

Báo cáo trường hợp

Ung thư biểu mô tế bào thận loại ưa toan, dạng đặc và nang: Báo cáo ca bệnh hiếm gặp

Lê Thị Yến*, Nguyễn Thị Vân Anh, Nguyễn Thu Liên, Trịnh Tuấn Dũng

Khoa Giải phẫu bệnh - Tế bào, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Lê Thị Yến; Email: leyen95hmu@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 02/05/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 24/05/2026; Ngày xuất bản (Published): 10/08/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-2.39

Tóm tắt

Bối cảnh: Ung thư biểu mô tế bào thận loại ưa toan, dạng đặc và nang (Eosinophilic Solid and Cystic Renal Cell Carcinoma - ESC RCC) là một thực thể hiếm, mới được công nhận trong phân loại u hệ tiết niệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2022. Khối u thường gặp ở nữ giới trung niên và có các đặc điểm mô bệnh học cũng như hóa mô miễn dịch khá đặc trưng.

Trình bày ca bệnh: Bệnh nhân nữ 49 tuổi được phát hiện khối u thận phải dạng nang Bosniak IV trên chẩn đoán hình ảnh. Đại thể cho thấy khối u kích thước 5,5 cm, cấu trúc đặc xen kẽ các nang chứa máu. Vi thể ghi nhận các tế bào u có bào tương rộng, dạng hạt ưa toan, nhân tròn tương đối đồng đều, sắp xếp thành cấu trúc đặc và nang. Các nang thường chứa nhiều hồng cầu và một số vùng được lót bởi tế bào dạng hobnail. Hóa mô miễn dịch cho thấy các tế bào u dương tính với PAX8, CK, CD10 và vimentin; âm tính với CK7, CK20, RCC, EMA và CD117. Chỉ số tăng sinh Ki67 khoảng 2%.

Kết luận: Các đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch phù hợp với chẩn đoán Ung thư biểu mô tế bào thận loại ưa toan, dạng đặc và nang. Việc nhận diện chính xác thực thể này có ý nghĩa quan trọng nhằm tránh nhầm lẫn với các khối u thận ưa toan khác.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào thận loại ưa toan; dạng đặc và nang; ESC RCC.

Eosinophilic solid and cystic renal cell carcinoma: A rare case report

Le Thi Yen*, Nguyen Thi Van Anh, Nguyen Thu Lien, Trinh Tuan Dung

Department of Pathology and Cytology, Tam Anh General Hospital

Abstract

Background: Eosinophilic solid and cystic renal cell carcinoma (ESC RCC) is a rare renal tumor entity recently recognized in the World Health Organization classification of urinary system tumors. It predominantly affects middle-aged women and demonstrates distinctive morphologic and immunohistochemical features.

Case presentation: A 49-year-old woman presented with a Bosniak IV cystic mass in the right kidney. Gross examination revealed a 5.5 cm tumor composed of solid and cystic areas with hemorrhagic content. Microscopically, tumor cells showed abundant eosinophilic granular cytoplasm and round nuclei, arranged in solid and cystic patterns. The cystic spaces frequently contained red blood cells, with focal hobnail-like epithelial lining. Immunohistochemistry demonstrated positivity for PAX8, cytokeratin, CD10, and vimentin, while CK7, CK20, RCC marker, EMA, and CD117 were negative. The Ki-67 proliferation index was approximately 2%.

Conclusion: The clinicopathologic findings support the diagnosis of eosinophilic solid and cystic renal cell carcinoma. Accurate recognition is important to avoid misdiagnosis with other eosinophilic renal tumors.

Keywords: Eosinophilic solid and cystic renal cell carcinoma; ESC RCC.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào thận (Renal Cell Carcinoma - RCC) là nhóm u ác tính phổ biến nhất của thận ở người trưởng thành và bao gồm nhiều phân nhóm mô học khác nhau với đặc điểm hình thái và tiên lượng đa dạng. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của các kỹ thuật mô học,

hóa mô miễn dịch và sinh học phân tử, nhiều thực thể u thận mới đã được nhận diện và phân loại.

Ung thư biểu mô tế bào thận loại ưa toan, dạng đặc và nang (Eosinophilic Solid and Cystic Renal Cell Carcinoma - ESC RCC) là một thực thể hiếm, lần đầu tiên được mô tả bởi Trpkov và cộng sự năm 2016 và hiện đã được công nhận trong phân loại u

hệ tiết niệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2022.

ESC RCC thường gặp ở nữ giới trung niên và có những đặc điểm mô học đặc trưng như cấu trúc đặc xen kẽ nang, các nang thường chứa hồng cầu, tế bào u có bào tương ưa toan dạng hạt và có thể gặp tế bào lát dạng hobnail. Về hóa mô miễn dịch, khối u thường dương tính với PAX8 và CD10, trong khi CK7 thường âm tính hoặc chỉ dương tính ổ.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp ESC RCC được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh nhằm góp phần mô tả các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của thực thể u hiếm gặp này.

2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh cảnh lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 49 tuổi, vào viện vì đau vùng hông phải kéo dài khoảng 1 tháng.

Chẩn đoán hình ảnh: Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện khối nang phức tạp tại thận phải, phân loại Bosniak IV.

Chẩn đoán lâm sàng: U thận phải dạng nang.

Giải phẫu bệnh

Đại thể

Bệnh phẩm kích thước 6 x 5 x 4 cm, đã cắt đôi. Cắt qua có u ranh giới khá rõ, kích thước 5,5 x 4,5 x 3,8 cm, chiếm gần toàn bộ bệnh phẩm. Diện cắt u màu nâu vàng, có phần đặc và phần nang, có vùng chảy máu.



Hình 1. Khối u thận gồm phần đặc và phần nang

Vi thể

Khối u có ranh giới tương đối rõ với mô thận lành xung quanh. Cấu trúc u gồm các vùng đặc xen kẽ với nhiều nang. Các nang có kích thước khác nhau và thường chứa đầy hồng cầu.

Các tế bào u có hình khối hoặc trụ thấp, bào tương rộng, dạng hạt và ưa toan. Nhân tế bào tròn hoặc bầu dục, tương đối đều, hạt nhân rõ, một số nhân lớn, tăng sắc. Có vùng các nang được lót bởi các tế bào biểu mô dạng hobnail. Không thấy nhân chia hoặc hoại tử.

Mô đệm u xơ hóa và hyalin hóa, kèm theo thâm

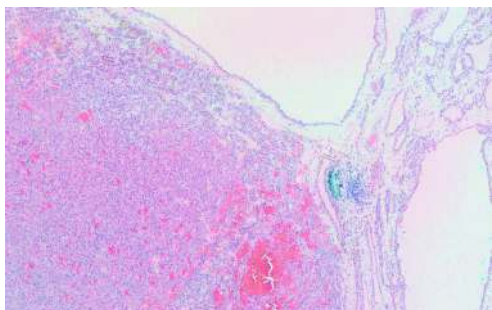
nhiễm khá nhiều tế bào viêm đơn nhân, có vùng mô u sung huyết, xuất huyết, tập trung nhiều đại thực bào chứa sắc tố hemosiderin. Không thấy xâm nhập mạch máu hoặc thần kinh. Diện cắt của bệnh phẩm không có tế bào u.

Hóa mô miễn dịch

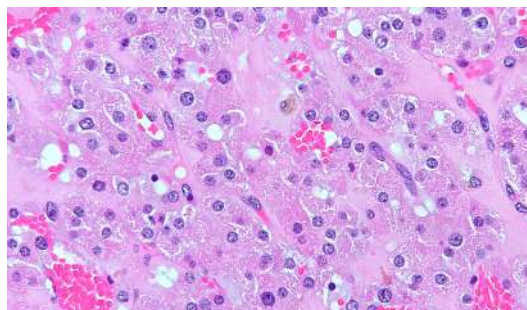
Các tế bào u dương tính với các dấu ấn: CK, PAX8, CD10, vimentin.

Các tế bào u âm tính với các dấu ấn: CK7, CK20, RCC, EMA, CD117, CD31, CD34.

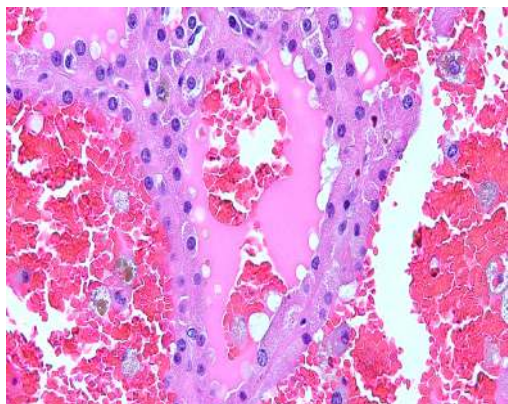
Chỉ số tăng sinh Ki-67 khoảng 2%.



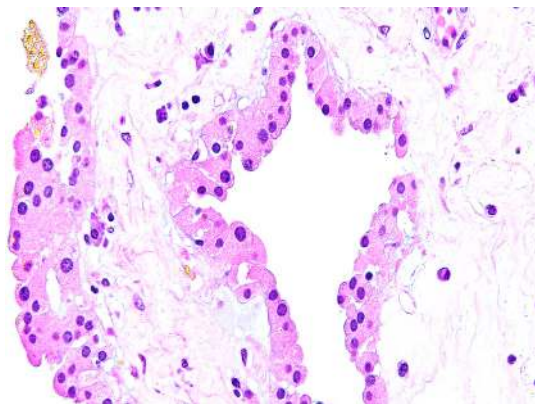
Hình 2. U có vùng đặc và vùng nang (HE x 100)



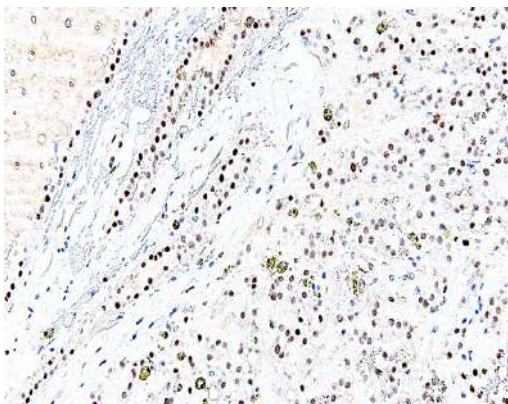
Hình 3. Vùng u đặc: Các tế bào có hình khối hoặc trụ thấp với bào tương rộng, dạng hạt ưa toan; nhân tròn, nhỏ, khá đều, hạt nhân rõ (HE x 400)



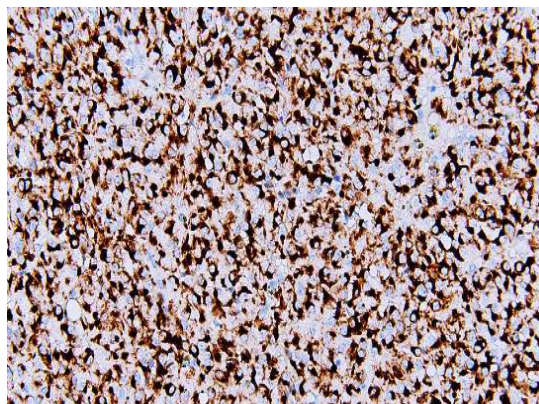
Hình 4. Vùng nang:
Các nang chứa đầy hồng cầu (HE x 400)



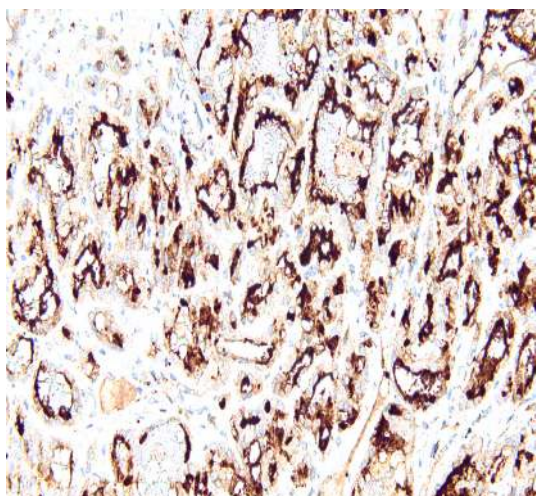
Hình 5. Các tế bào lót lòng nang dạng hobnail
(HE x 400)



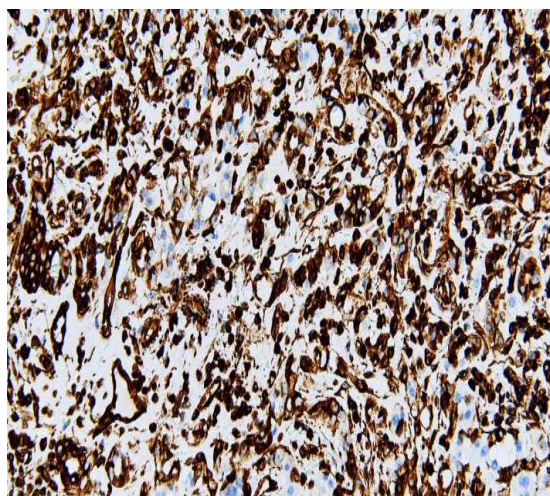
Hình 6. Các tế bào u dương tính ổ với PAX8
(PAX8 x 200)



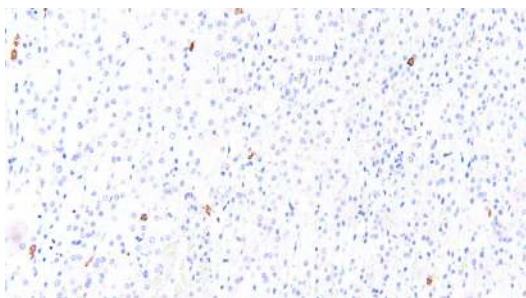
Hình 7. Các tế bào u dương tính lan tỏa với CK
(CK x 200)



Hình 8. Các tế bào u dương tính lan tỏa với CD10
(CD10 x 200)



Hình 9. Các tế bào u dương tính lan tỏa với
Vimentin (Vimentin x 200)



Hình 10. Các tế bào u âm tính với CD117
(CD117 x 200)

Chẩn đoán xác định

Ung thư biểu mô tế bào thận loại ưa toan, dạng đặc và nang (Eosinophilic solid and cystic renal cell carcinoma); ICD-O: 8311/3.

Giai đoạn bệnh: pT1b (Theo hệ thống phân giai đoạn TNM của AJCC phiên bản 8).

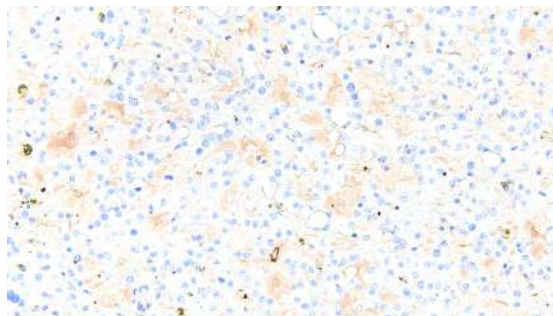
3. BÀN LUẬN

ESC RCC là một thực thể u thận hiếm gặp, được mô tả lần đầu bởi Trpkov và cộng sự năm 2016 [1]. Sau đó, nhiều nghiên cứu đã xác nhận các đặc điểm hình thái và kiểu hình miễn dịch đặc trưng của khối u này, và ESC RCC hiện đã được công nhận chính thức trong phân loại u hệ tiết niệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2022 và được xếp vào nhóm “các u thận khác” [2].

Theo các tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây, ESC RCC chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong các khối u biểu mô thận. Bệnh thường gặp ở nữ giới trung niên, với tỷ lệ nữ/nam khoảng 2 - 3/1 và tuổi trung bình khoảng 50 tuổi. Phần lớn các trường hợp được phát hiện tình cờ khi chụp cắt lớp vi tính hoặc siêu âm ổ bụng. Kích thước khối u thường dao động từ 2 đến 7 cm tại thời điểm chẩn đoán [1, 3].

Về mặt đại thể, ESC RCC thường biểu hiện dưới dạng khối u ranh giới rõ, cấu trúc đặc xen kẽ nhiều nang.¹ Diện cắt khối u thường có màu nâu vàng hoặc đỏ nâu và các nang có thể chứa dịch máu. Những đặc điểm này hoàn toàn phù hợp với trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, khi khối u có kích thước 5,5 cm và có cấu trúc đặc xen kẽ nhiều nang chứa máu.

Đặc điểm vi thể đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán ESC RCC, do thực thể này có nhiều điểm chồng lấp với các u thận ưa toan khác. Về cấu trúc, ESC RCC điển hình bởi sự kết hợp giữa các vùng đặc xen kẽ nhiều nang với kích thước khác nhau, tạo nên hình ảnh “đặc và nang” đặc trưng [2]. Một dấu hiệu có giá trị chẩn đoán cao là các nang thường chứa đầy hồng



Hình 11. Các tế bào u âm tính với CK7
(CK7 x 200)

cầu, giúp gợi ý mạnh ESC RCC và hỗ trợ phân biệt với u tế bào ưa toan và ung thư biểu mô tế bào thận loại kỵ màu. Lớp tế bào lót nang có thể thay đổi từ dẹt đến trụ thấp, trong đó đôi khi xuất hiện các tế bào dạng hobnail với nhân lồi vào lòng nang. Về tế bào học, các tế bào u thường có hình đa diện, bào tương rộng, ưa toan và dạng hạt, đôi khi có các không bào nhỏ; nhân tròn hoặc bầu dục, tương đối đồng đều, mức độ không điển hình nhẹ đến trung bình và hoạt động phân bào thấp. Mô đệm u có thể có xơ hóa, hyalin hóa và thường thấy các đại thực bào chứa hemosiderin, phản ánh tình trạng xuất huyết trong lòng nang. Đáng chú ý, ESC RCC thường không có các đặc điểm gợi ý ác tính cao như hoại tử lan rộng, nhân chia nhiều hoặc xâm nhập mạch máu. Trong thực hành, sự kết hợp của ba đặc điểm vi thể chính gồm cấu trúc đặc xen kẽ nang, nang chứa hồng cầu và bào tương tế bào u ưa toan dạng hạt được xem là cơ sở quan trọng nhất để định hướng chẩn đoán ESC RCC trên tiêu bản nhuộm HE.

Về hóa mô miễn dịch, ESC RCC có kiểu hình đặc trưng với sự biểu hiện của các dấu ấn nguồn gốc biểu mô thận như PAX8 và CK. Nhiều nghiên cứu cho thấy CD10 thường dương tính trong ESC RCC, trong khi CK7 thường âm tính hoặc chỉ dương tính khu trú. CD117 thường âm tính, giúp phân biệt ESC RCC với u tế bào ưa toan và ung thư biểu mô tế bào thận loại kỵ màu [1, 2, 3]. Kết quả hóa mô miễn dịch trong trường hợp của chúng tôi phù hợp với các đặc điểm đã được mô tả trong y văn, với PAX8, CK và CD10 dương tính, trong khi CK7 và CD117 âm tính.

Chẩn đoán phân biệt quan trọng của ESC RCC bao gồm ung thư biểu mô tế bào thận loại kỵ màu dạng ưa toan, u tế bào ưa toan và một số trường hợp ung thư biểu mô tế bào thận loại tế bào sáng có bào tương ưa toan. Việc phân biệt các thực thể này dựa trên sự kết hợp giữa đặc điểm hình thái và hóa mô miễn dịch.

Bảng 1. Chẩn đoán phân biệt các u thận có bào tương ưa toan

Đặc điểm	ESC RCC	U tế bào ưa toan	Ung thư biểu mô tế bào thận loại kỵ màu	RCC loại tế bào sáng
Cấu trúc	Đặc + nang	Chủ yếu đặc	Tổ chức đặc, bè	Tổ chức ổ, bè
Nang chứa hồng cầu	Thường gặp	Hiếm	Hiếm	Không điển hình
Tế bào hobnail	Có thể gặp	Không	Không	Không
Bào tương	Ưa toan dạng hạt	Ưa toan hạt mịn	Ưa toan/ sáng	Thường sáng
CK7	(-) hoặc (+) ổ	(-)	(+) lan tỏa	Thường (-)
CD10	(+)	(-) hoặc (+) ổ	(-)	(+)
CD117	(-)	(+)	(+)	(-)
PAX8	(+)	(+)	(+)	(+)

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022, ESC RCC còn cần được phân biệt với một số thực thể mới thuộc nhóm u thận ưa toan khác, bao gồm u ưa toan có không bào (eosinophilic vacuolated tumor - EVT), u ưa toan độ thấp (low-grade oncocytic tumor - LOT), ung thư biểu mô tế bào thận thiếu hụt fumarate hydratase (FH-deficient RCC) và ung thư biểu mô tế bào thận thiếu hụt succinate dehydrogenase (SDH-deficient RCC) [2]. EVT thường có nhiều không bào lớn trong bào tương và biểu hiện CD117 dương tính; LOT có hình thái tế bào ưa toan đơn dạng với CK7 dương tính lan tỏa nhưng CD117 âm tính; trong khi các u thiếu hụt FH hoặc SDH thường có đặc điểm hình thái đặc trưng, liên quan hội chứng di truyền và xu hướng diễn biến ác tính hơn. Trong trường hợp của chúng tôi, sự hiện diện đồng thời của cấu trúc đặc xen kẽ nang chứa hồng cầu, tế bào u bào tương ưa toan dạng hạt cùng kiểu hình miễn dịch CD10(+), CK7(-), CD117(-) là những cơ sở quan trọng giúp định hướng chẩn đoán ESC RCC.

Về tiên lượng, ESC RCC được nhìn nhận là một thực thể có độ ác tính thấp đến trung bình, với diễn biến lâm sàng tương đối thuận lợi trong đa số trường hợp [1, 4]. Theo các tổng quan hệ thống gần đây, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (pT1), ít ghi nhận xâm nhập mạch máu hay di căn xa tại thời điểm phát hiện. Tỷ lệ tái phát hoặc di căn thấp, mặc dù đã có một số báo cáo hiếm về tiến triển ác tính [5].

Khi so sánh với các u thận có bào tương ưa toan khác, ESC RCC có một số điểm khác biệt đáng chú ý: Thứ nhất, so với u tế bào ưa toan, ESC RCC vẫn là một u ác tính thực sự, trong khi u tế bào ưa toan được coi là u lành tính. Tuy nhiên, về mặt lâm sàng, ESC RCC thường có diễn biến khá “lành”, đặc biệt trong các trường hợp khu trú và có chỉ số tăng sinh thấp. Do đó, tiên lượng của ESC RCC có thể được xem là

xấu hơn u tế bào ưa toan nhưng tốt hơn rõ rệt so với phần lớn các RCC ác tính khác. Thứ hai, so với ung thư biểu mô tế bào thận loại kỵ màu, ESC RCC nhìn chung có tiên lượng tương đương hoặc có thể thuận lợi hơn. Ung thư biểu mô tế bào thận loại kỵ màu thường có tiên lượng tốt trong nhóm RCC, nhưng vẫn có tỷ lệ nhỏ tiến triển xâm lấn hoặc di căn. ESC RCC, đặc biệt trong các nghiên cứu gần đây, cho thấy tỷ lệ di căn thấp hơn, mặc dù số lượng ca còn hạn chế và thời gian theo dõi chưa dài. Thứ ba, so với RCC loại tế bào sáng có bào tương ưa toan, ESC RCC có tiên lượng tốt hơn rõ rệt. RCC loại tế bào sáng, ngay cả khi có biến thể ưa toan, vẫn thuộc nhóm u ác tính có nguy cơ cao hơn về xâm lấn và di căn, đặc biệt khi có các yếu tố tiên lượng xấu như hoại tử, xâm nhập mạch máu hoặc chỉ số tăng sinh cao.

Ngoài ra, về mặt sinh học phân tử, ESC RCC thường liên quan đến các biến đổi gen TSC1/TSC2 và hoạt hóa đường mTOR, điều này có thể góp phần giải thích cho đặc điểm tăng sinh thấp và hành vi sinh học tương đối ít ác tính của khối u [5]. Đáng chú ý, WHO 2022 nhấn mạnh mối liên quan chặt chẽ giữa ESC RCC với các bất thường của con đường TSC1/TSC2–mTOR, với phần lớn trường hợp ghi nhận đột biến mất chức năng ở TSC1 hoặc TSC2 dẫn đến hoạt hóa mTOR complex 1. ESC RCC có sự chồng lấp đáng kể về hình thái, miễn dịch và sinh học phân tử với nhóm RCC liên quan hội chứng xơ cứng củ, mặc dù đa số trường hợp xảy ra dưới dạng tản phát và không có biểu hiện lâm sàng của hội chứng này. Vì vậy, ESC RCC hiện được xem như một thực thể nằm trong phổ u thận liên quan con đường TSC/mTOR hơn là chỉ đơn thuần một biến thể RCC ưa toan mới.

Trong trường hợp của chúng tôi, khối u có kích thước 5,5 cm, không ghi nhận xâm nhập mạch máu hoặc thần kinh, và chỉ số Ki-67 thấp (khoảng 2%), phù hợp với các yếu tố tiên lượng thuận lợi đã được mô

tả trong y văn. Tuy nhiên, do vẫn có những báo cáo hiếm về tiến triển ác tính, việc theo dõi lâu dài sau phẫu thuật vẫn được khuyến cáo.

4. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào thận loại ưa toan dạng đặc và nang là một thực thể u thận hiếm gặp nhưng có những đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch tương đối đặc trưng. Trường hợp được báo cáo cho thấy các đặc điểm điển hình về hình thái và kiểu hình miễn dịch điển hình của bệnh này.

Việc nhận diện chính xác thực thể này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành giải phẫu bệnh nhằm tránh nhầm lẫn với các u thận ưa toan khác, đặc biệt có giá trị trong tiên lượng và theo dõi lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trpkov K, Hes O, Bonert M, Lopez J, Stephen M, Nesi G, et al. Eosinophilic, solid, and cystic renal cell carcinoma: clinicopathologic study of 16 cases. *Am J Surg Pathol*. 2016;40(1):60-71.
2. WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Urinary and Male Genital Tumours*. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022.
3. Calìò, A., Segala, D., Martignoni, G. Eosinophilic solid and cystic renal cell carcinoma: a systematic review. *Diagnostics (Basel)*. 2020;10(10):802.
4. Williamson SR, Gill AJ, Argani P. Eosinophilic solid and cystic renal cell carcinoma: emerging entity with distinctive features. *Histopathology*. 2020;76(6):841-850.
5. Chen YB, Mirsadraei L, Dresser K, Gopalanet A, Al-Ahmadie, Samson W et al. Molecular and clinicopathologic features of eosinophilic solid and cystic renal cell carcinoma. *Mod Pathol*. 2021;34:160-171.