

Báo cáo trường hợp

Sarcôm tạo xương nguyên phát của thận: Báo cáo một trường hợp hiếm gặp và hồi cứu y văn

Nguyễn Phúc Thục Uyên^{1,2*}, Giang Mỹ Ngọc^{2,3}, Bùi Thị Thanh Tâm², Võ Quang Thái⁴, Bùi Phương Quỳnh⁴,
Lê Trọng Hiếu⁴, Nguyễn Ngọc Minh Tâm⁴

¹Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh

²Bộ môn Mô phôi - Giải phẫu bệnh, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Quân Y 175, Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Phúc Thục Uyên; Email: phucthucuyenn97@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 01/05/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 30/05/2026; Ngày xuất bản (Published): 10/08/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-2.40

Tóm tắt

Bối cảnh: Sarcôm tạo xương nguyên phát của thận là tân sinh ác tính rất hiếm gặp, chiếm < 1% tất cả các khối u thận nguyên phát. Theo hiểu biết tốt nhất của chúng tôi, đến nay chỉ có dưới 30 trường hợp được báo cáo trong y văn kể từ năm 1936. Bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn và khoảng 32% bệnh nhân có di căn, do đó tiên lượng chung rất kém. Các chiến lược điều trị như phẫu thuật, hóa trị và xạ trị có tác dụng giảm nhẹ đối với khối u này.

Trình bày ca bệnh: Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một trường hợp sarcôm tạo xương nguyên phát của thận ở một bệnh nhân nam 56 tuổi. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận toàn phần kết hợp hóa xạ trị. Sau điều trị, tổng trạng bệnh nhân ổn định, không ghi nhận các biến chứng từ việc điều trị, thời gian sống còn không u ghi nhận đến hiện tại là 1 năm.

Kết luận: Việc chẩn đoán xác định cần dựa trên bối cảnh lâm sàng, hình ảnh học, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Vì đây là một thực thể rất hiếm gặp, các bác sĩ giải phẫu bệnh nên cẩn thận và xem xét các chẩn đoán phân biệt khác, đặc biệt là carcinôm dạng sarcôm, để tránh chẩn đoán nhầm.

Từ khóa: sarcôm tạo xương ngoài xương; thận.

Primary renal osteosarcoma: A rare case report and literature review

Nguyen Phuc Thuc Uyen^{1,2*}, Giang My Ngoc^{2,3}, Bui Thi Thanh Tam², Vo Quang Thai⁴,
Bui Phuong Quynh⁴, Le Trong Hieu⁴, Nguyen Ngoc Minh Tam⁴

¹Department of Pathology, Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Department of Histology, Embryology and Pathology, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam

³Department of Pathology, Military Hospital 175, Ho Chi Minh City, Vietnam

⁴Department of Pathology, Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

Abstract

Background: Primary osteosarcoma of the kidney is an extremely rare malignant neoplasm, accounting for less than 1% of all primary renal tumors. To the best of our knowledge, fewer than 30 cases have been reported in the literature since 1936. The disease is usually diagnosed at an advanced stage, and approximately 32% of patients present with metastasis; therefore, the overall prognosis is very poor. Treatment strategies such as surgery, chemotherapy, and radiotherapy mainly have a palliative role in this tumor.

Case presentation: In this article, we present a case of primary renal osteosarcoma in a 56-year-old male patient. The patient underwent total nephrectomy followed by chemoradiotherapy. After treatment, the patient's general condition remained stable, with no treatment-related complications. The tumor-free survival recorded to date is 1 year.

Conclusion: Definitive diagnosis should be based on the integration of clinical context, imaging findings, histopathology, and immunohistochemistry. Because this is an extremely rare entity, pathologists should perform careful gross examination and thorough sampling, while considering other differential diagnoses, particularly sarcomatoid carcinoma, to avoid misdiagnosis.

Keywords: extraskelatal osteosarcoma; kidney.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcôm tạo xương nguyên phát của thận là tân sinh ác tính rất hiếm gặp, chiếm < 1% tất cả các khối u thận nguyên phát [1]. Nhiều trường hợp sarcôm tạo xương ngoài xương đã được báo cáo trong y văn, các vị trí phổ biến bao gồm: chi, bụng, sau phúc mạc và ngực [2]. Ngoài ra, cũng đã có một số báo cáo về các vị trí hiếm khác, bao gồm não, phổi và tim [3]. Tuy nhiên, sarcôm tạo xương ngoài xương nguyên phát của thận là cực kỳ hiếm gặp. Theo hiểu biết tốt nhất của chúng tôi, đến nay chỉ có dưới 30 trường hợp được báo cáo trong y văn kể từ năm 1936 [4]. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng. “Thuyết chuyển dạng” (“metaplastic theory”) thường được trích dẫn, cho rằng mô liên kết có thể biến thành mô trung mô phôi thai trong một vi môi trường đặc biệt, có khả năng biệt hóa thành các nguyên bào xương và tạo thành mô xương [1]. Bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn và khoảng 32% bệnh nhân có di căn, do đó tiên lượng chung rất kém [5]. Các chiến lược điều trị như phẫu thuật, hóa trị và xạ trị có tác dụng giảm nhẹ đối với khối u này [1]. Việc chẩn đoán

xác định cần dựa trên hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một trường hợp sarcôm tạo xương nguyên phát của thận ở một bệnh nhân nam 56 tuổi.

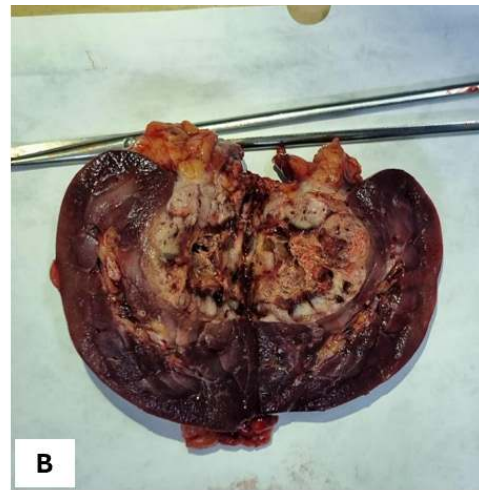
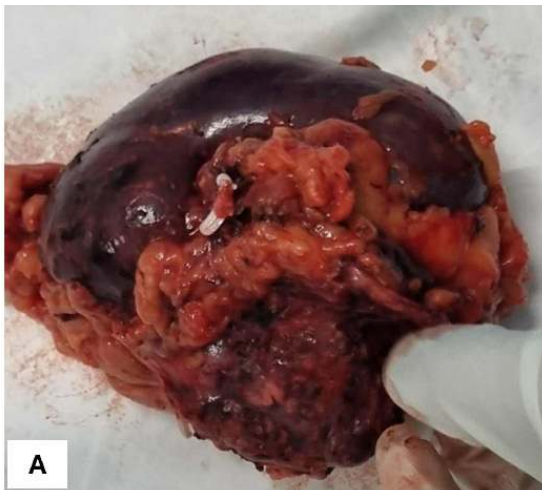
2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh sử: Bệnh nhân nam, 56 tuổi, đến khám vì tình trạng đau lưng âm ỉ kéo dài 2 tháng, không kèm các triệu chứng khác như sốt, tiểu máu, sụt cân. Bệnh nhân chưa từng mắc các bệnh lý nội khoa hay ngoại khoa trước đây, không ghi nhận thói quen hút thuốc lá, rượu bia. Tiền căn gia đình không ghi nhận bất thường.

Cận lâm sàng: CT bụng chậu ghi nhận khối u ở thận trái kích thước lớn nhất khoảng 6 cm.

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận trái toàn phần.

Đại thể: U có kích thước 6 x 5 x 5 cm, khi xẻ nhiều lát qua u, ghi nhận có mặt cắt không đồng nhất, màu vàng đến nâu, có vùng cứng chắc như xương, có vị trí xuất huyết, hoại tử. U có giới hạn không rõ với nhu mô thận xung quanh (Hình 1).

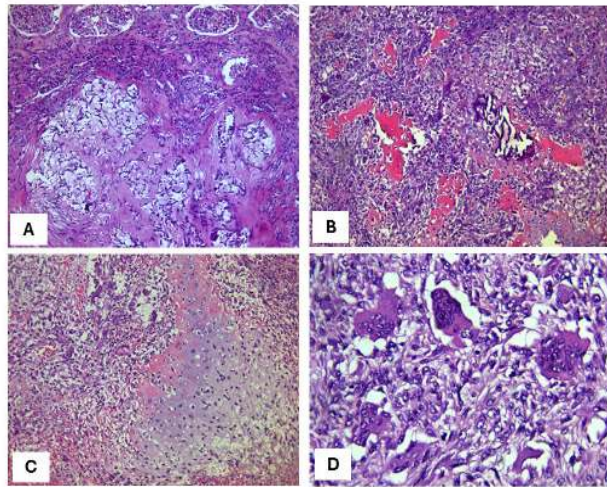


Hình 1. U có kích thước 6 x 5 x 5 cm, khi xẻ nhiều lát qua u, ghi nhận có mặt cắt không đồng nhất, màu vàng đến nâu, có vùng cứng chắc như xương, có vị trí xuất huyết, hoại tử. U có giới hạn không rõ với nhu mô thận xung quanh.

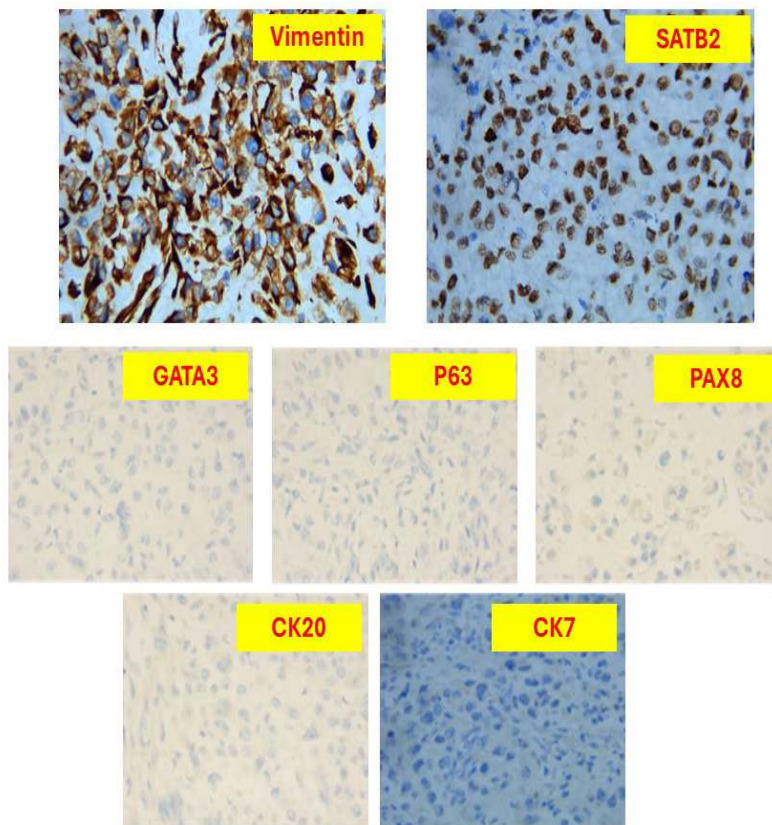
Vi thể: Mô u hiện diện các tế bào có nhân to nhỏ không đều, tăng sắc, viền nhân không đều, hạt nhân rõ, bào tương ái kiềm. Những tế bào này nằm trên nền chất dạng xương. Một số vùng hiện diện mô sụn với những tế bào sụn không điển hình trên nền sụn. Một số vùng khác hiện diện rải rác các đại bào loại hủy cốt bào. Phân bào dễ thấy. Mô u không ghi nhận vùng biệt hóa dạng biểu mô (Hình 2).

Hóa mô miễn dịch: Các tế bào u dương tính với Vimentin, SATB2; âm tính với GATA3, p63, PAX8, CK20, CK7 (Hình 3).

Sau khi phẫu thuật cắt bỏ u, bệnh nhân được tiếp tục điều trị hỗ trợ với hóa trị. Sau điều trị, bệnh nhân ăn uống được, đi lại được, thời gian sống còn không u đạt được 1 năm, lần tái khám gần nhất không ghi nhận tổn thương mới.



Hình 2. Mô u có giới hạn không rõ với mô thận lành (Hình A, HE, x40). Mô u hiện diện các tế bào có nhân to nhỏ không đều, tăng sắc, viền nhân không đều, hạt nhân rõ, bào tương ái kiềm. Những tế bào này nằm trên nền chất dạng xương (Hình B, HE, x100). Một số vùng hiện diện mô sụn với những tế bào sụn không điển hình trên nền sụn (Hình C, HE, x100). Một số vùng khác hiện diện rải rác các đại bào loại hủy cốt bào (Hình D, HE, x 400).



Hình 3. Hóa mô miễn dịch, các tế bào u dương tính với Vimentin, SATB2 (x400); âm tính với GATA3, p63, PAX8, CK20, CK7 (x400)

3. BÀN LUẬN

Các sarcôm chiếm khoảng dưới 1% các khối u ác tính nguyên phát của thận ở người lớn [1]. Nhiều loại sarcôm nguyên phát của thận đã được mô tả, chẳng hạn như Ewing's sarcôm, u nguyên bào thần kinh ngoại bì nguyên phát, sarcôm màng khớp và sarcôm cơ trơn. Trong nhóm này, sarcôm cơ trơn là loại sarcôm nguyên phát của thận thường gặp nhất đã được báo cáo [6].

Sarcôm tạo xương nguyên phát của thận là một thực thể rất hiếm gặp, cho đến nay mới chỉ có dưới 30 trường hợp được báo cáo trong y văn [1]. Tỷ lệ nam:nữ là 2:1, thường gặp nhất ở khoảng tuổi 50 - 70 [6]. Các triệu chứng lâm sàng nhìn chung tương tự như các u thận khác và không đặc hiệu, có thể gồm: khối vùng hông có thể sờ thấy, đau thắt lưng, sụt cân, và hiếm hơn là tiểu máu đại thể [6]. Bệnh nhân của chúng tôi là nam, 56 tuổi, có triệu chứng diễn tiến âm thầm, chỉ biểu hiện bằng đau hông lưng âm ỉ mà không có dấu hiệu nào khác.

Một tổng quan các tài liệu hiện có về sarcôm nguyên phát tại thận cho thấy việc chẩn đoán cần sự kết hợp giữa bối cảnh lâm sàng, hình ảnh học, hình ảnh vi thể và hóa mô miễn dịch.

Trước tiên, cần loại trừ khả năng di căn từ các ổ sarcôm xương ở vị trí khác, do đó việc chụp CT hoặc MRI toàn thân là cần thiết. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân không có tiền sử u ác ở xương trước đó, kết quả CT toàn thân không phát hiện bằng chứng cho thấy u di căn từ vị trí khác.

Về đại thể, y văn ghi nhận sarcôm tạo xương thường có kích thước lớn hơn 5 cm, mặt cắt không đồng nhất tùy thuộc vào loại và mức độ khoáng hóa của chất nền chiếm ưu thế: Các u khoáng hóa nhiều có màu vàng - trắng nhạt, mật độ cứng chắc. Các thành phần sụn chưa khoáng hóa có thể xám và dai hoặc nhầy. Mô u thường xuất huyết, hoại tử và hóa nang. Trường hợp này đại thể ghi nhận u khoảng 6 cm, với mặt cắt không đồng nhất, màu vàng đến nâu, kèm vùng xuất huyết, hoại tử, phù hợp với y văn.

Về mô bệnh học, sarcôm tạo xương ngoài xương có hình ảnh vi thể không khác với sarcôm tạo xương nguyên phát của xương. Các tế bào u tăng sinh có hình thoi hoặc đa hình, kèm theo chất dạng xương, không có sự biệt hóa biểu mô. Phân bào thường nhiều, có thể thấy phân bào không điển hình. Các chẩn đoán phân biệt của sarcôm tạo xương nguyên phát tại thận bao gồm: carcinôm tế bào thận dạng sarcôm (sarcomatoid renal cell carcinoma), carcinôm niệu mạc dạng sarcôm của đài bể thận và sarcôm di căn. Trong trường hợp của chúng tôi, như đã trình bày ở trên, CT toàn thân không ghi nhận bằng chứng cho thấy khối u là di căn từ nguồn gốc khác.

Vì carcinôm dạng sarcôm thường gặp hơn nhiều so với sarcôm nguyên phát tại thận, chúng tôi đã cắt lọc thêm mô u để loại trừ chẩn đoán này. Trên mô bệnh học không ghi nhận vùng nào biệt hóa dạng biểu mô, kết hợp với hóa mô miễn dịch âm tính hoàn toàn với PAX8, CK7 giúp loại trừ carcinôm tế bào thận dạng sarcôm. Mô u cũng âm tính với GATA3, p63, CK20 giúp loại trừ carcinôm niệu mạc dạng sarcôm. Bên cạnh đó, mô u dương tính với Vimentin và SATB2 giúp chúng tôi đưa ra chẩn đoán xác định là sarcôm tạo xương nguyên phát của thận.

Theo tác giả Kun Zhang và cộng sự [6], tiêu chuẩn chẩn đoán sarcôm tạo xương nguyên phát của thận bao gồm:

(1) Chẩn đoán hình ảnh: xác định tổn thương choáng chỗ tại thận qua CT hoặc MRI, đồng thời loại trừ căn thận di căn ngoài thận.

(2) Hóa mô miễn dịch: tế bào u biểu hiện các dấu ấn như Vimentin, CD56, SMA và SATB2.

(3) Phân biệt với các khối u thận khác: cần loại trừ hoàn toàn các khối u khác, đặc biệt là carcinôm tế bào thận.

Chẩn đoán càng được ủng hộ nếu hình ảnh học loại trừ được u di căn và mô bệnh học cho thấy có thành phần dạng xương trong u.

Ngoài ra, với sự phổ biến của xét nghiệm di truyền và điều trị nhắm trúng đích, đã có các báo cáo về xét nghiệm di truyền đối với sarcôm tạo xương nguyên phát của thận. Các gen có sự biến đổi được báo cáo bao gồm: Phosphatidylinositol-4,5-bisphosphate 3-kinase catalytic subunit α (*PIK3CA*), CCCTC-binding factor (*CTCF*), Ras p21 protein activator 1 (*RASA1*), MutS Homolog 6 (*MSH6*), Fanconi anemia complementation group F (*FANCF*) và excision repair cross-complementing rodent repair deficiency complementation group 4 (*ERCC4*). Một số nghiên cứu đã gợi ý rằng các gen trên có thể dẫn đến sự tiến triển của khối u và tiên lượng xấu ở các loại ung thư khác, và chúng có thể tăng cường đáp ứng của khối u với hóa trị. Tuy nhiên, vai trò của chúng trong sarcôm tạo xương nguyên phát của thận hiện tại vẫn chưa được hiểu rõ [6].

Điều trị chính của sarcôm tạo xương nguyên phát của thận là phẫu thuật, với mục tiêu cắt bỏ hoàn toàn khối u và đảm bảo diện cắt âm tính. Hiện chưa có nhiều nghiên cứu về phác đồ hóa trị đặc hiệu cho sarcôm tạo xương nguyên phát của thận, nhưng một nghiên cứu trên sarcôm xương ngoài xương cho thấy hóa trị hỗ trợ có nền tảng platinum có thể kéo dài đáng kể thời gian sống. Xạ trị cũng thường được dùng trong thực thể này, và có bằng chứng cho thấy hiệu quả hơn hóa trị trong cải thiện sống còn không tái phát. Sự kết hợp xạ trị và hóa trị đã

được chứng minh cải thiện đáng kể tỷ lệ sống so với chỉ phẫu thuật đơn thuần [6]. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cắt thận trái toàn phần, với các rìa phẫu thuật an toàn, không ghi nhận di căn hạch, không ghi nhận các biến chứng liên quan đến trong và sau phẫu thuật, bệnh nhân tổng trạng tốt, vết mổ lành tốt, ăn uống được, đi lại được. Bệnh nhân sau đó được điều trị bổ trợ với hóa trị, và theo dõi định kỳ. Sau 1 năm kể từ khi được chẩn đoán và điều trị, bệnh nhân chưa ghi nhận có tổn thương mới, tổng trạng ổn định.

4. KẾT LUẬN

Sarcôm tạo xương nguyên phát của thận là một loại tân sinh ác tính rất hiếm gặp và tiên lượng xấu. Việc phối hợp các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch là cần thiết trong việc chẩn đoán xác định thực thể này. Vì đây là một bệnh hiếm gặp, các bác sĩ giải phẫu bệnh nên cẩn thận và xem xét các chẩn đoán phân biệt khác, đặc biệt là carcinôm dạng sarcôm, để tránh chẩn đoán nhầm. Các chiến lược điều trị như phẫu thuật, hóa trị và xạ trị có tác dụng giảm nhẹ đối với khối u này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Su W, Fu H, Mao X. Case report: A case of primary renal osteosarcoma. *Medicine*. 2024;103(30):e39024.
2. Wang D-H, Zhang J-L, Fan X-W, Du H-Q, Gao Z-F, Ling D-D, et al. An analysis of extraskeletal osteosarcoma based on the literature. *Scientific Reports*. 2025;15(1):896.
3. Namdari F, Nazar Pour MJ, Behzadi A, Akbari M, Moradi H, Dialameh H. Primary renal osteosarcoma: A case report and review of literature. *Clinical case reports*. 2022;10(6):e5957.
4. Huang C, Zhu X, Xiong W, Zhao X, Xu R. A case report of primary osteosarcoma originating from kidney. *Medicine*. 2019;98(4):e14234.
5. Ahomadégbé C, Bennani-Guebessi N, Karkouri M. Primary renal osteosarcoma: A case report. *African Journal of Urology*. 2014;20(4):189-92.
6. Zhang K, Dai L, Wan H, Zhu B, Wang Y, Ning E, et al. Primary osteosarcoma of the kidney: A case report. *Oncology letters*. 2024;28(6):599.