



Original Article

# Clinical and Paraclinical Characteristics of Wilms Tumor in Children at the Vietnam National Children's Hospital

Bui Ngoc Lan, Nghiem Ngoc Linh\*

*Oncology Center, Vietnam National Children's Hospital, 18/879 La Thanh, Dong Da, Hanoi, Vietnam*

Received 6<sup>th</sup> June 2025

Revised 19<sup>th</sup> June 2025; Accepted 23<sup>rd</sup> June 2025

**Abstract:** Background: Wilms tumor is the most common renal malignancy in children. Its clinical manifestations are often nonspecific. Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of Wilms tumor in pediatric patients at the Vietnam National Children's Hospital. Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 72 patients diagnosed from January 2018 to April 2024, and followed up until August 2024. Diagnosis was based on imaging and confirmed by histopathology. Results: The median age at diagnosis was 19 months. Female-to-male ratio was 1.12:1. Tumors were left-sided in 45.2%, right-sided in 42.4%, and bilateral in 10.9%. Abdominal mass was the most common presenting symptom (69.4%). Most patients were diagnosed at localized stages after pre-operative chemotherapy (I–III, 80.8%), and 8.3% had lung metastases. According to the SIOP histopathological risk classification, 82.6% were intermediate risk, 10.2% were low risk, and 7.2% were high risk. Conclusions: The majority of patients were diagnosed at an early stage. Clinical and histopathological features were consistent with previous international studies, emphasizing the importance of early imaging-based detection and appropriate risk stratification.

**Keywords:** Wilms tumor, clinical characteristics, SIOP protocol, histopathological classification.

\* Corresponding author.

*E-mail address:* pintrau@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4796>

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u nguyên bào thận ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Bùi Ngọc Lan, Nghiêm Ngọc Linh\*

Trung tâm Ung thư, Bệnh viện Nhi Trung ương, 18/879 La Thành, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 6 tháng 6 năm 2025

Chỉnh sửa ngày 19 tháng 6 năm 2025; Chấp nhận đăng ngày 23 tháng 6 năm 2025

**Tóm tắt:** Đặt vấn đề: u nguyên bào thận là khối u ác tính thường gặp ở trẻ em. Triệu chứng không đặc hiệu và có thể được phát hiện muộn. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, bệnh nhân có khối u thận đang tiến hành điều trị theo 2 phác đồ NTWS-5 (Mỹ) hoặc SIOP Umbrella (Châu Âu). Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u nguyên bào thận nhóm điều trị hóa chất trước phẫu thuật theo phác đồ SIOP tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học u thận từ 01/2018 đến 04/2024, theo dõi đến tháng 08/2024. Kết quả: tuổi trung vị là 19 tháng. Tỷ lệ nữ cao hơn nam (52,8% vs. 47,2%). U thận trái chiếm 45,2%, phải 42,4%, hai bên 10,9%. Khối u bụng là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất. Giai đoạn bệnh sau điều trị hóa chất chủ yếu là I - III (80,8%). Di căn phổi gặp 8,3%. Phân nhóm mô bệnh học theo SIOP: nguy cơ trung bình 82,6%, thấp 10,2%, cao 7,2%. Kết luận: Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn u tại chỗ, đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học phù hợp với các nghiên cứu quốc tế. Nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của tầm soát sớm và chẩn đoán hình ảnh trong phát hiện bệnh.

**Từ khóa:** U nguyên bào thận, đặc điểm lâm sàng, phác đồ SIOP, phân loại mô bệnh học.

## 1. Mở đầu

U nguyên bào thận (hay còn gọi là u Wilms) là một trong những khối u đặc thường gặp nhất ở trẻ em, chỉ sau các u hệ thần kinh trung ương, u lympho và u nguyên bào thần kinh [1]. Bệnh thường gặp nhất trong độ tuổi từ 2 đến 5 tuổi và rất hiếm gặp ở trẻ trên 10 tuổi hoặc dưới 6 tháng tuổi [2]. Triệu chứng lâm sàng của u nguyên bào thận thường không đặc hiệu, với biểu hiện điển hình là khối u vùng hông lưng hoặc mạng sườn được phát hiện tình cờ khi trẻ khám bệnh vì lý do khác, bên cạnh các triệu chứng có thể gặp như đau bụng, đái máu, sốt, tăng huyết áp hoặc các dấu hiệu chèn ép do khối u lớn [3]. Khoảng 10% bệnh nhân đã có di căn tại thời điểm chẩn đoán,

chủ yếu là phổi (85%), gan (10%) và hiếm gặp ở xương hoặc não [4]. Các dị tật bẩm sinh kèm theo và yếu tố di truyền cũng đóng vai trò trong bệnh sinh học của u, trong đó đáng chú ý là các hội chứng WAGR, Denys-Drash và Beckwith-Wiedemann [5].

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, bệnh nhân dưới 6 tháng hoặc trên 8 tuổi sẽ được mổ cắt u và thận ngay; các bệnh nhân có khối u thận sẽ được chia 2 phác đồ. Bệnh nhân có nguy cơ cao khi phẫu thuật cắt u và thận, di căn xa, u thận 2 bên sẽ được điều trị hóa chất trước mổ và điều trị theo phác đồ SIOP Umbrella. Bệnh nhân có thể cắt u và thận ít nguy cơ sẽ tiến hành phẫu thuật ngay và điều trị hóa chất sau mổ theo phác đồ NTWS-5. Tại Việt Nam, một số trung tâm đang

\* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: pintrau@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4796>

điều trị cho bệnh nhân u nguyên bào thận theo phác đồ SIOP cũng đã có một ít dữ liệu nghiên cứu về u nguyên bào thận do số lượng bệnh nhân ít. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các trường hợp u nguyên bào thận ở trẻ em điều trị theo phác đồ SIOP tại Bệnh viện Nhi Trung ương – một trong những trung tâm điều trị Nhi khoa hàng đầu – từ đó góp phần cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn hỗ trợ cho việc chẩn đoán, theo dõi và phát hiện sớm bệnh lý này.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Ung thư, Bệnh viện Nhi Trung ương

Thời gian thực hiện lấy bệnh nhân từ 01/2018 đến 04/2024. Bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thận dựa vào chẩn đoán hình ảnh, có chỉ định điều trị hoá chất trước phẫu thuật theo phác đồ SIOP Umbrella hoặc phẫu thuật cắt thận ngay (đối với bệnh nhân dưới 6 tháng tuổi hoặc u thận vỡ) sau hội chẩn u đặc và có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định u nguyên bào thận tại Trung tâm Ung thư, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2018 đến 04/2024 và được theo dõi đến tháng 08/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân tuổi < 18 tuổi, có chẩn đoán mô bệnh học +/- hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định là u nguyên bào thận sau phẫu thuật và các bệnh nhân u thận hai bên, chưa điều trị đặc hiệu (phẫu thuật, hóa chất, xạ trị) trước khi vào viện, gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thận dựa vào chẩn đoán hình ảnh, có chỉ định điều trị hoá chất trước phẫu thuật theo phác đồ SIOP Umbrella hoặc phẫu thuật cắt thận ngay (đối với bệnh nhân dưới 6 tháng tuổi hoặc u thận vỡ) sau hội chẩn u đặc và có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định u nguyên bào thận tại Trung tâm Ung thư, Bệnh viện Nhi Trung ương từ

01/2018 đến 04/2024 và được theo dõi đến tháng 08/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân tuổi < 18 tuổi, có chẩn đoán mô bệnh học +/- hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định là u nguyên bào thận sau phẫu thuật và các bệnh nhân u thận hai bên, chưa điều trị đặc hiệu (phẫu thuật, hóa chất, xạ trị) trước khi vào viện, gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thu thập đầy đủ các biến số nghiên cứu theo bệnh án nghiên cứu.

### 2.4. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện (lấy tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định).

### 2.5. Xử lý số liệu

Toàn bộ số liệu thu thập được nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Excel. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

### 2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương số 726/BVNTW-HĐĐĐ ngày 19/04/2024. Kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không có hại cho bệnh nhân. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật và tôn trọng.

## 3. Kết quả

Trong nghiên cứu này có 72 bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thận dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Nhi Trung ương và khẳng định bằng mô bệnh học khối u sau mổ. Đặc điểm giới tính và tuổi của bệnh nhân được thể hiện ở Bảng 1.

Tỉ lệ gặp nam: nữ là 0,87:1. Tuổi phát hiện trung vị 19 tháng, nhỏ nhất là 1 ngày tuổi và lớn nhất là 72 tháng tuổi. Nhóm từ 6 tháng đến 5 tuổi gặp nhiều nhất với tỉ lệ 86%. Có 1 trường hợp

bệnh nhân u nguyên bào thận 2 bên có kèm theo dị tật đục thủy tinh thể. Còn các bệnh nhân khác không kèm các dị tật kèm theo. Không ghi nhận trường hợp nào có phối hợp với các dị tật bẩm sinh.

Bảng 1. Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n=72)	%
Giới		
Nam	34	47,2
Nữ	39	52,8
Phân bố theo nhóm tuổi		
< 6 tháng	6	8,3
6-24 tháng	38	52,7
25-60 tháng	24	33,3
> 60 tháng	4	5,7
Tiền sử gia đình		
Có các dị tật lâm sàng	1	1,1

Đặc điểm lâm sàng và lí do nhập viện của bệnh nhân được thể hiện ở Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và lí do nhập viện của bệnh nhân u nguyên bào thận

Đặc điểm	Số trường hợp (N=72)	%
Lý do nhập viện		
Tự sờ thấy khối ổ bụng	32	44,4
Đau bụng	12	16,7
Đái máu	12	16,7
Bụng chướng, bụng to	12	16,7
Khác	26	36,1
Các triệu chứng lâm sàng		
Sốt	12	16,7
Cao huyết áp	14	19,4
U bụng	50	69,4
Khác	1	1,1

Đa số bệnh nhân nhập viện vì gia đình trẻ tự sờ thấy khối u (44,4%). Bệnh nhân nhập viện với triệu chứng khác, chiếm tỉ lệ 36,1% trong đó 6 trường hợp phát hiện u từ thời kỳ bào thai, chiếm tỉ lệ là 6,8%. Tất cả các trường hợp này đều thuộc nhóm dưới 6 tháng tuổi. Lý do tình cờ phát hiện u trên siêu âm gặp 18 trường hợp, chiếm tỉ lệ 25%. Có 2 trường hợp táo bón và siêu âm phát hiện u thận, chiếm tỉ lệ (2,7%), lý do nhập viện vì đau bụng, bụng chướng, bụng to, đái máu cùng, chiếm tỉ lệ 16,7%.

Triệu chứng u bụng chiếm tỉ lệ cao nhất, gặp trong 50 trường hợp, chiếm tỉ lệ 69,4%. Triệu chứng cao huyết áp gặp 14 trường hợp, chiếm tỉ lệ 19,4%. Triệu chứng sốt gặp 12 trường hợp chiếm tỉ lệ 16,7%. Có 1 trường hợp bệnh nhân suy tim cao huyết áp nhập viện tại khoa điều trị tích cực ngoại khoa thở máy.

Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ngực bụng khi chẩn đoán và xác định được vị trí khối u cũng như một số đặc điểm chẩn đoán hình ảnh khác. Kết quả được thể hiện ở Bảng 3.

Bảng 3. Vị trí khối u và tính chất di căn trên phim chụp cắt lớp vi tính

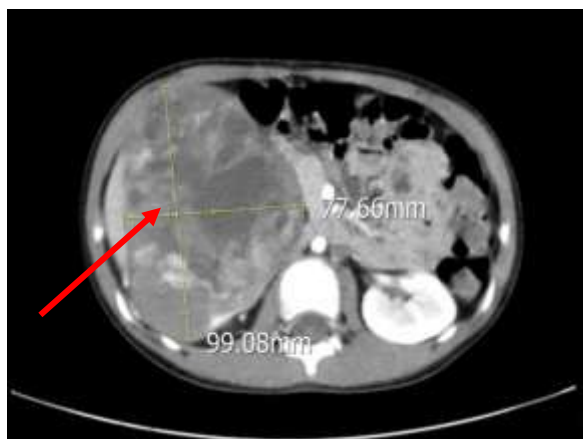
Đặc điểm	Số trường hợp (n = 72)	%
Vị trí u		
Thận phải	31	42,4
Thận trái	33	45,2
Hai bên	8	10,9
Tính chất trên chụp CT		
Huyết khối tĩnh mạch chủ dưới	3	4,1
Huyết khối tĩnh mạch thận	3	4,1
Vỡ u vào ổ bụng	1	1,4
Tụ dịch dưới bao	3	4,1
Di căn phổi	6	8,3
Mô bệnh học	n	%
Hoại tử hoàn toàn	5	6,9
Thoái triển	8	11,1
Mầm	5	6,9
Biểu mô	5	6,9
Mô đệm	13	18,1
Hỗn hợp	31	43,1
Không mô tả	5	6,9
Tổng	72	100

U thận phải chiếm tỉ lệ 42,4%, u thận trái chiếm tỉ lệ 45,2%. Tỉ lệ u thận phải so với thận trái là 0,91:1. U thận 2 bên gặp 8 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 10,9%.

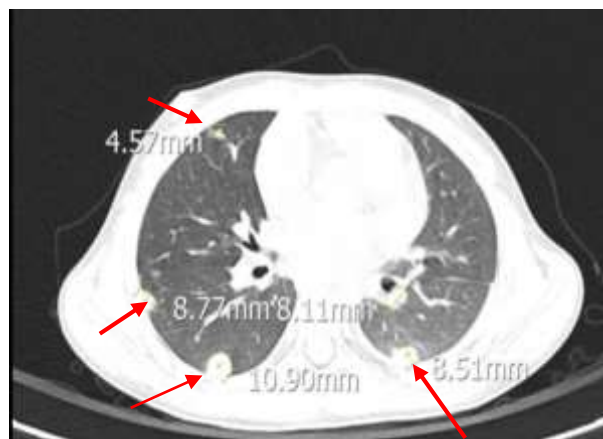
Số trường hợp có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch thận là 4,1%. Số trường hợp vỡ u vào trong ổ bụng có 1 trường hợp, chiếm tỉ lệ 1,4%. Trường hợp này, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt u ngay tại thời điểm chẩn đoán. Có 3 trường hợp vỡ u trong bao chiếm tỉ lệ 4,1%

và đều đáp ứng với điều trị bảo tồn. Có 6 trường hợp di căn tại thời điểm chẩn đoán (8,3%), tất cả đều ghi nhận tổn thương di căn phổi, không có

trường hợp nào ghi nhận di căn gan hoặc di căn vị trí khác. Một hình ảnh điển hình của u nguyên bào thận giai đoạn IV được thể hiện ở Hình 1.



Bệnh nhân: Trần Ngọc L.



Ms: 190165225

Hình 1. U thận giai đoạn IV.

Tại thời điểm chẩn đoán, thể tích u trung bình là  $384,84 \pm 286,97 \text{ cm}^3$ , lớn nhất là  $1525,7 \text{ cm}^3$  và nhỏ nhất là  $8,24 \text{ cm}^3$ . U được phân loại theo các giai đoạn tại thời điểm chẩn đoán với kết quả: u thận giai đoạn tại chỗ (I-III) gặp 59 trường hợp chiếm tỉ lệ cao nhất là 80,8%, u thận giai đoạn IV gặp ở 6 trường hợp chiếm tỉ lệ 8,3%, giai đoạn V gặp 8 trường hợp chiếm tỉ lệ 10,9%. Phân loại mô bệnh học được thể hiện ở Bảng 4.

Bảng 4. Phân nhóm mô bệnh học khối u thận

Mô bệnh học	n	%
Hoại tử hoàn toàn	5	6,9
Thoái triển	8	11,1
Mầm	5	6,9
Biểu mô	5	6,9
Mô đệm	13	18,1
Hỗn hợp	31	43,1
Không mô tả	5	6,9
Tổng	72	100

Típ hỗn hợp gặp tỉ lệ cao nhất trong phân loại mô bệnh học, chiếm tỉ lệ 43,1%; hoại tử hoàn toàn, típ biểu mô, típ mầm chiếm tỉ lệ thấp nhất 6,9%.

#### 4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của tôi có 72 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u nguyên bào thận được điều trị hóa chất trước phẫu thuật. Tuổi trung vị 19 tháng, nhỏ nhất là 1 ngày tuổi và lớn nhất là 72 tháng tuổi. Nhóm bệnh nhi từ 6 tháng đến 5 tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 86%. Các nhóm bệnh nhi dưới 6 tháng chiếm tỉ lệ 8,3% và trên 6 tuổi chiếm 5,7%. Theo nghiên cứu của Vũ Trường Nhân (2020), nghiên cứu 64 trường hợp bệnh nhân u nguyên bào thận giai đoạn II-IV điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ năm 2013-2016, tuổi chẩn đoán u nguyên bào thận trung bình là 28,9 tháng, nhỏ nhất là 1,5 tháng và lớn nhất là 10 tuổi. Nhóm bệnh nhi từ 6 tháng đến 6 tuổi chiếm tỉ lệ 85,7% [6]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Như (2023), nghiên cứu 58 trường hợp bệnh nhân chẩn đoán u nguyên bào thận điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ năm 2017 đến 2019, tuổi mắc bệnh trung bình là 20,3 tháng [7]. Theo tác giả Rikki John và cộng sự, nghiên cứu các trường hợp u nguyên bào thận được điều trị theo phác đồ SIOP tại miền Nam Ấn Độ, cũng cho thấy tuổi trung bình thường gặp u nguyên bào thận là 36 tháng [8]. Tuổi thường gặp của u nguyên bào thận là 6 tháng đến 156 tháng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ mắc bệnh ở nữ là 52,8%, nam là 47,2%, tỉ lệ nam:nữ là 0,87:1, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ u nguyên bào thận phân bố ở nam và nữ tuy không có sự khác biệt nhưng vẫn có sự chênh lệch và thay đổi theo chủng tộc. Ở Bắc Mỹ và Châu Âu, tỉ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn so với nam. Ngược lại, ở Châu Á, tỉ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn so với nữ [9].

Trong nghiên cứu của tôi, khối u bụng là triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 69,4% và đây cũng là lý do chính bố mẹ bệnh nhân đưa trẻ đi khám như gia đình tự sờ thấy khối u, bụng to chướng, chiếm 61,1%. Tiếp theo là lý do đái máu chiếm tỉ lệ 16,7%. Đây cũng là những triệu chứng lâm sàng thường gặp đã được mô tả trong hầu hết trong các nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Vũ Trường Nhân ghi nhận triệu chứng khối u bụng chiếm tỉ lệ cao là 84,4% [6]. Trường hợp bố mẹ bệnh nhân đưa trẻ đi khám do lý do khác chiếm tỉ lệ khá cao là 36,1%, bao gồm các lý do tình cờ phát hiện khối u trên siêu âm, phát hiện từ thời kỳ bào thai và táo bón. Điều này cho thấy bệnh nhân được khám và phát hiện khá sớm khi chưa có biểu hiện lâm sàng và từ thời kỳ bào thai, cho thấy vai trò của chẩn đoán hình ảnh rất quan trọng trong quá trình phát hiện các triệu chứng.

Theo y văn thế giới, u nguyên bào thận có thể gặp một bên hay cả hai bên thận, đa số là tổn thương ở một bên thận với tỉ lệ ở thận phải và thận trái không khác biệt nhau, hiếm gặp ở hai bên thận và ngoài thận, tỉ lệ 2 bên có thể gặp tỉ lệ 4,4-7% [9]. Nghiên cứu của Graf và cộng sự khảo sát trên 594 trường hợp u nguyên bào thận, cho thấy u thận phải chiếm 48%, bên trái chiếm 47% và 2 bên chiếm 5% [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u thận bên phải chiếm 43,1% thấp hơn so với bên trái chiếm 45,8%, tỉ lệ u thận phải so với thận trái là 0,94:1, tỉ lệ u thận hai bên trong nghiên cứu của tôi là 11,1%, có thể do có thể giải thích được đó là hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương áp dụng hai phác đồ điều trị u thận, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy toàn bộ bệnh nhân u nguyên bào thận được điều trị theo phác đồ SIOP còn bệnh nhân u thận phẫu thuật cắt ngay điều trị theo phác đồ NWTS không được tổng hợp trong nghiên cứu này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm chẩn đoán ghi nhận có 1 trường hợp u thận vỡ ra ổ bụng, bệnh nhân này có chỉ định phẫu

thuật cắt u ngay. Có 3 trường hợp u vỡ dưới bao chiếm tỷ lệ 4,1% và đều được điều trị hóa chất trước phẫu thuật, 3 trường hợp này ghi nhận giai đoạn u sau phẫu thuật là giai đoạn III. So sánh với nghiên cứu của Vũ Trường Nhân, tại thời điểm chẩn đoán có 15,6% số bệnh nhân có vỡ u trong bao, 9,4% có vỡ u vào ổ bụng (trong tổng số 64 bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thận) [6]. Thể tích khối u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 384,84 cm<sup>3</sup>, lớn hơn mức trung bình 353 cm<sup>3</sup> trong nghiên cứu của Reinhard và cộng sự [11]. Điều này cho thấy đa số bệnh nhân đến khám khi u đã tiến triển với kích thước lớn, có thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong điều trị và cần cân nhắc chỉ định hoá trị trước phẫu thuật theo hướng dẫn SIOP.

Trong nghiên cứu, u nguyên bào thận được phân loại giai đoạn tại thời điểm chẩn đoán với tỉ lệ cao nhất thuộc về nhóm giai đoạn tại chỗ (I–III), chiếm 80,8% (59/73 trường hợp). Tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn IV là 8,3% và giai đoạn V là 10,9%. Kết quả này cho thấy đa số bệnh nhân được chẩn đoán khi u vẫn còn khu trú tại thận hoặc chưa có di căn xa, phản ánh khả năng tiếp cận y tế tương đối sớm. Tuy nhiên, vẫn còn khoảng 19% trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa (IV–V), điều này cho thấy cần tiếp tục tăng cường tầm soát và nâng cao nhận thức cộng đồng về dấu hiệu nhận biết sớm của bệnh. Tỉ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu quốc tế về phân bố giai đoạn u nguyên bào thận ở trẻ em [12, 13].

Theo phân loại mô bệnh học sau hóa trị của SIOP, nhóm nguy cơ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (82,6%), tiếp theo là nhóm nguy cơ thấp (10,2%) và cao (7,2%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Reinhard (90% trung bình) và Anyanwu (84% trung bình) [11, 14]. So với các nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi gần Vũ Trường Nhân [6], dù tỉ lệ nhóm nguy cơ thấp thấp hơn, có thể do tại Bệnh viện Nhi Trung ương, những trường hợp u tại chỗ, có kích thước nhỏ thường được phẫu thuật ngay theo phác đồ NWTS.

Về mô bệnh học, nhóm có tiên lượng tốt như hỗn hợp và thoái triển chiếm 58,2%, trong khi nhóm mầm có tiên lượng xấu, chiếm 7,5%. Không ghi nhận trường hợp nào thuộc nhóm bất thực sản lan tỏa, và tỉ lệ hoại tử hoàn toàn là 7,5%, tương tự các nghiên cứu của Vũ Trường

Nhân và Reinhard [6, 11]. Theo Hoàng Ngọc Thạch và cộng sự, nhóm hỗn hợp và thoái triển chiếm 49,4%, còn các nhóm tiên lượng xấu như mầm và bất thực sản lan tỏa chiếm 12,18%, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi [15].

## 5. Kết luận

U nguyên bào thận là khối u thận ác tính phổ biến nhất ở trẻ nhỏ, chủ yếu gặp trong độ tuổi từ 6 tháng đến 5 tuổi. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn khu trú (I-III), với tỉ lệ u hai bên là 10,9% và di căn phổi là 8,3%. Khối u bụng là triệu chứng phổ biến nhất, nhưng tỉ lệ phát hiện tình cờ khá cao (36,1%), nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán hình ảnh. Mô bệnh học sau hóa trị chủ yếu thuộc nhóm nguy cơ trung bình (82,6%), trong đó type hỗn hợp – thoái triển chiếm ưu thế; các nhóm tiên lượng xấu hiếm gặp và không ghi nhận bệnh nhân nào thuộc nhóm bất thực sản lan tỏa. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các dữ liệu trong và ngoài nước, góp phần bổ sung bằng chứng thực tiễn cho việc phát hiện sớm và định hướng điều trị hiệu quả.

## Tài liệu tham khảo

- [1] SEER Cancer Statistics Review, 1975-2016, SEER, Accessed: Mar. 03, 2025, [Online], Available: [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2016/index.html](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2016/index.html) (accessed on: April 1<sup>st</sup>, 2025).
- [2] E. Szychoł, J. Apps, K. P. Jones, Wilms' Tumor: Biology, Diagnosis and Treatment, *Transl. Pediatr.*, Vol. 3, No. 1, 2014, pp. 12-24, <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-4336.2014.01.09>.
- [3] M. G. Lamb, J. H. Aldrink, S. H. O'Brien, H. Yin, M. A. Arnold, M. A. Ranalli, Renal Tumors in Children Younger Than 12 Months of Age: A 65-Year Single Institution Review, *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, Vol. 39, No. 2, 2017, pp. 103-107.
- [4] M. Dumba, N. Jawad, K. McHugh, Neuroblastoma and Nephroblastoma: A Radiological Review, *Cancer Imaging*, Vol. 15, No. 1, 2015, pp. 5, <https://doi.org/10.1186/s40644-015-0040-6>.
- [5] W. Xie, L. Wei, J. Guo et al., Physiological Functions of Wilms' Tumor 1-Associating Protein and its Role in Tumorigenesis, *J. Cell. Biochem.*, Vol. 120, No. 7, 2009, pp. 10884-10892, <https://doi.org/10.1002/jcb.28402>.
- [6] V. T. Nhan, Evaluation of Treatment Results of Stage II – IV Wilms' Tumor in Children According to Chemotherapy – Surgery Strategy, PhD thesis in Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 2020.
- [7] N. T. Q. Nhu, N. D. Van et al., Prognostic Factors Associated with Survival Rate For Children with Wilms Tumor at Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City Journal of Medicine, Supplement, Vol. 24, No. 3, 2020, pp. 230-238.
- [8] L. J. C. Anyanwu, A. T. Atanda, J. O. Atanda, Wilms' Tumour in African Children: Can An Institutional Approach Improve Outcome?, *Afr. J. Paediatr. Surg. AJPS*, Vol. 12, No. 1, 2015, pp. 7-11, <https://doi.org/10.4103/0189-6725.150926>.
- [9] P. Kaatsch, Epidemiology of Childhood Cancer, *Cancer Treat. Rev.*, Vol. 36, No. 4, 2010, pp. 277-285, <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2010.02.003>.
- [10] N. Graf, M. F. Tournade, J. de Kraker, The role of Preoperative Chemotherapy in the Management of Wilms' Tumor, the SIOP Studies. International Society of Pediatric Oncology, *Urol. Clin. North Am.*, Vol. 27, No. 3, 2000, pp. 443-454, [https://doi.org/10.1016/s0094-0143\(05\)70092-6](https://doi.org/10.1016/s0094-0143(05)70092-6).
- [11] H. Reinhard, S. Aliani, C. Ruebe et al., Wilms' Tumor in Adults: Results of the Society of Pediatric Oncology (SIOP) 93-01/Society for Pediatric Oncology and Hematology (GPOH) Study, *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, Vol. 22, No. 22, 2004, pp. 4500-4506, <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.12.099>.
- [12] I. J. Hung, W. H. Chang, C. P. Yang et al., Taiwan Pediatric Oncology Group, Epidemiology, Clinical Features and Treatment Outcome of Wilms' Tumor in Taiwan: a Report from Taiwan Pediatric Oncology Group, *J Formos Med Assoc*, PMID: 15083240, Vol. 103, No. 2, 2004, pp. 104-111.
- [13] E. A. Rahiman, A. Trehan, R. Jain, P. Menon, N. Kakkar, R. Srinivasan, D. Bansal, A Higher Tumor Volume and Undernutrition at Diagnosis Adversely Affect the Survival of Children with Wilms Tumor: A Study of 200 Patients, *Pediatric Blood & Cancer*, Vol. 69, No. 11, 2022, pp. e29880.
- [14] L. J. C. Anyanwu, A. T. Atanda, J. O. Atanda, Wilms' tumour in African Children: Can an Institutional Approach Improve Outcome?, *Afr. J. Paediatr. Surg. AJPS*, Vol. 12, No. 1, 2015, pp. 7-11, <https://doi.org/10.4103/0189/6725.150926>.