

HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRIỆT ĐỂ CARCINÔM TẾ BÀO GAI NIỆU ĐẠO NGUYÊN PHÁT: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ XEM LẠI Y VẤN

Nguyễn Công Mỹ Hà*, Trần Thị Xuân, Nguyễn Thị Vân

TÓM TẮT

Giới thiệu: Ung thư niệu đạo nguyên phát là bệnh lý hiếm gặp, chiếm dưới 1% ung thư hệ niệu dục. Bệnh thường dễ cho di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán và tiên lượng kém. Phẫu thuật đơn thuần được xem là điều trị tiêu chuẩn cho giai đoạn sớm; điều trị đa mô thức kết hợp phẫu thuật, xạ trị và/hoặc hóa trị được khuyến cáo cho giai đoạn tiến xa. Trên thế giới và tại Việt Nam còn ít hướng dẫn điều trị và dữ liệu về bệnh lý này.

Phương pháp: Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân ung thư niệu đạo nguyên phát và tổng quan y văn về chẩn đoán và điều trị ung thư niệu đạo, tập trung đến hóa xạ trị đồng thời triệt để cho giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng.

Kết quả: Bệnh nhân nữ 48 tuổi, được chẩn đoán ung thư niệu đạo cT4N2M0, giải phẫu bệnh loại carcinôm tế bào gai. Bệnh nhân được hóa xạ trị đồng thời triệt để tổng liều 64 Gy/32 phân liều kết hợp hóa trị 5-FU 800 mg/m² và Cisplatin 80 mg/m² tổng 4 chu kỳ, đạt được đáp ứng lâm sàng khả quan với độc tính chấp nhận được.

Kết luận: Hóa xạ trị đồng thời triệt để là mô thức điều trị hiệu quả cho ung thư niệu đạo nguyên phát loại carcinôm tế bào gai giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng.

Từ khóa: Ung thư niệu đạo nguyên phát, carcinôm tế bào gai, giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng, hóa xạ trị đồng thời.

CONCURRENT CHEMORADIATION THERAPY FOR PRIMARY SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE URETHRA: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Introduction: Primary urethral cancer is a rare malignancy, accounting for less than 1% of genitourinary cancers. It is often diagnosed at an advanced stage, with lymph node metastasis, and has

Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Mỹ Hà

Email: bsnguyencongmyha@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện: 12/11/2025

Ngày chấp nhận đăng: 01/12/2025

a poor prognosis. Surgery is the standard of care for early-stage disease, while multimodality treatments combining surgery, radiotherapy, and/or chemotherapy are recommended for locally advanced cases. However, clinical evidence and treatment guidelines remain limited worldwide, including in Vietnam.

Methods: We report a case of locally advanced primary urethral squamous cell carcinoma treated with definitive concurrent chemoradiation therapy, accompanied by a literature review on diagnostic approaches and focused on concurrent chemoradiation therapy.

Results: A 48-year-old woman was diagnosed with primary urethral squamous cell carcinoma, staged cT4N2M0. She received definitive concurrent chemoradiation therapy with the dose of 64 Gy in 32 fractions combined with chemotherapy (5-fluorouracil 800 mg/m² and cisplatin 80 mg/m² for 4 cycles). The patient achieved a favorable clinical response with manageable toxicity.

Conclusion: This case highlights the potential role of definitive concurrent chemoradiation therapy as an effective and tolerable treatment option for locally advanced primary urethral squamous cell carcinoma.

Keywords: Primary urethral carcinoma; squamous cell carcinoma; locally advanced disease; concurrent chemoradiotherapy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư niệu đạo nguyên phát là bệnh lý ác tính rất hiếm gặp, chiếm dưới 1% các ung thư hệ niệu dục. Theo dữ liệu của SEER (2004 – 2016), tỉ lệ ung thư niệu đạo cao nhất ở tuổi trên 75 với 7,6 ca/1 triệu dân, rất hiếm gặp ở tuổi dưới 55, tỉ lệ nam/nữ là 2,9/1 [1]. Bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển và có tiên lượng xấu, sống còn toàn bộ 5 năm xấp xỉ 40% [2]. Ở nữ giới, bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn trễ hơn và tỉ lệ tử vong do bệnh cao hơn so với nam giới do triệu chứng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh phụ khoa hoặc tiết niệu khác [1].

Điều trị ung thư niệu đạo nguyên phát còn ít dữ liệu, chủ yếu dựa vào các thông kê hồi cứu và các báo cáo ca lâm sàng. Từ năm 2020, hội Niệu khoa Châu Âu (EAU) đã đưa ra hướng dẫn điều trị chung và được cập nhật qua các năm [1]. Phẫu thuật đơn thuần được xem là điều trị tiêu chuẩn cho ung thư niệu đạo giai đoạn sớm; điều trị đa mô thức kết hợp phẫu thuật, xạ trị và/hoặc hóa trị được khuyến cáo cho giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng.

Năm 2022, tại Việt Nam có báo cáo hai trường hợp ung thư niệu đạo giai đoạn sớm điều trị bằng phẫu thuật [3]. Đối với điều trị hóa xạ trị triệt để

chưa ghi nhận ca lâm sàng được báo cáo và chưa có hướng dẫn điều trị chung cho bệnh lý này.

Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo một ca bệnh ung thư niệu đạo nguyên phát giai đoạn tiến xa và điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời triệt để.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi dựa trên thông tin hồ sơ bệnh án để báo cáo trường hợp bệnh nhân ung thư niệu đạo nguyên phát. Tổng quan y văn về chẩn đoán và điều trị ung thư niệu đạo, tập trung vào phương pháp hóa xạ trị đồng thời triệt để cho loại mô học là carcinôm tế bào gai. Tài liệu được tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu PubMed và Google Scholar, sử dụng từ khóa “primary urethral cancer” AND “squamous cell carcinoma” AND “concurrent chemoradiation”, trong thời gian 15 năm từ 2010 – 2025, bằng Tiếng Anh. Từ 37 bài ban đầu, chúng tôi chọn 13 bài tham khảo vào tổng quan y văn. Phần mềm EndNote 21 được sử dụng để quản lý tài liệu và tạo trích dẫn theo kiểu AMA 11th. Bệnh nhân đã đồng ý cho báo cáo ca bệnh và có văn bản đồng thuận.

3. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 48 tuổi, ECOG 1, tiền sử khỏe

mạnh, không ghi nhận tiền căn nhiễm HPV và các yếu tố nguy cơ khác. Bệnh nhân đến khám tại bệnh viện địa phương do tiểu khó tăng dần dẫn đến bí tiểu, giãn niệu quản, thận ứ nước độ 1 hai bên, suy thận cấp sau thận, đã can thiệp mở hai thận ra da cấp cứu. Sau đó, bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi ung thư cổ tử cung lan rộng và chuyển đến Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh điều trị tiếp.

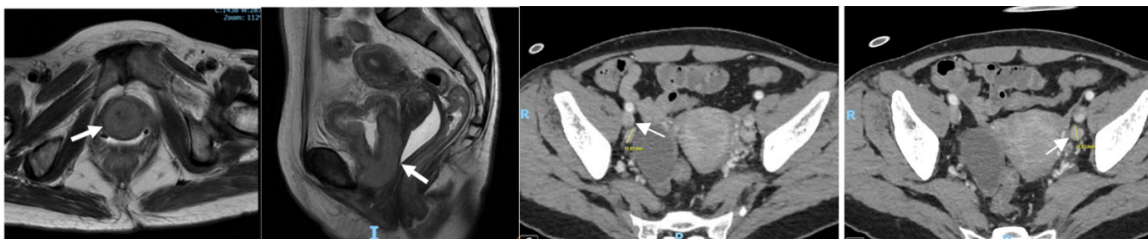
Khám lâm sàng không ghi nhận tổn thương ở vùng lỗ tiểu, âm hộ. Khám phụ khoa ghi nhận cổ tử cung trơn láng, tái tạo; thành trước âm đạo láng, sượng ở đoạn 1/3 dưới. Không ghi nhận hạch ngoại vi vùng cổ, bẹn. Soi cổ tử cung không ghi nhận tổn thương, thành trước âm đạo có bướu chèn ép, định hướng bướu nguồn gốc niệu đạo. Nội soi bàng quang có bướu chèn ép vị trí ngay sau miệng lỗ tiểu. Giải phẫu bệnh sau sinh thiết bướu là carcinôm tế bào gai biệt hóa vừa. MRI vùng chậu có hình ảnh khối choán chỗ miệng lỗ tiểu, lan toàn bộ chiều dài niệu đạo, xâm lấn mô xung quanh, lan đến cổ bàng quang, dính thành trước âm đạo, kích thước 55×55×45 mm; hạch chậu hai bên nghi di căn (Hình 1). CTscan ngực – bụng không ghi nhận tổn thương thứ phát ở phổi, gan và xương. Chức năng thận cải thiện tốt sau mở thận ra da (eGFR 7 mL/phút cải thiện đạt 66 mL/phút). Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư niệu đạo cT4N2M0 (Giai đoạn IV, theo AJCC 8th).

Đối với ca lâm sàng này, tuy bệnh chưa di căn xa, nhưng để phẫu thuật triệt để cần can thiệp rộng bằng phẫu thuật đoạn chậu trước kèm nạo hạch chậu hai bên, tàn phá nhiều. Bệnh đã cho di

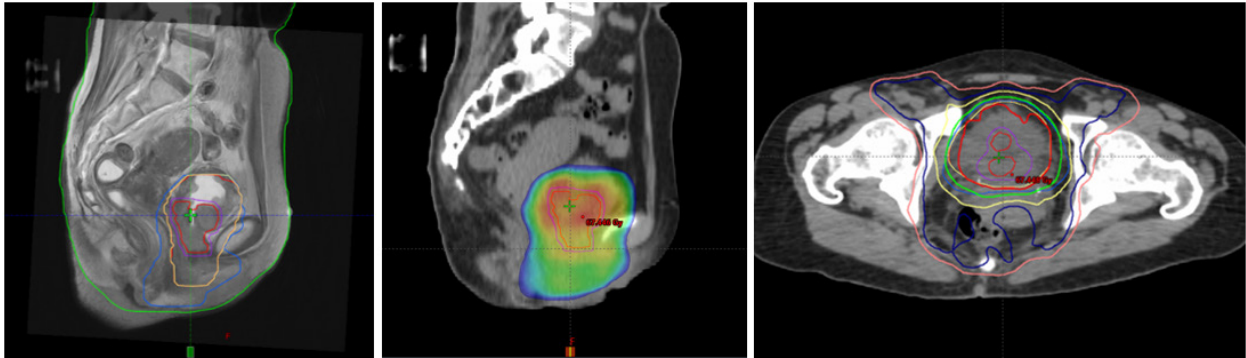
căn hạch, nguy cơ di căn xa rất cao, bên cạnh đó loại mô học là carcinôm tế bào gai là loại mô học nhạy với hóa xạ trị; do đó, chúng tôi quyết định điều trị bệnh nhân với hóa xạ trị đồng thời triệt để. Phác đồ hóa xạ trị đồng thời triệt để bao gồm xạ trị ngoài vùng chậu toàn phần và hạch bẹn hai bên 46 Gy, hạch chậu đại thể 54 Gy, và bướu niệu đạo đến 64 Gy (phân liều 2 Gy) (Hình 2); phối hợp hóa trị Cisplatin 80 mg/m² N1 và 5-FU 800 mg/m² N1–4 (Phác đồ PF) tổng 4 chu kỳ, gồm 2 chu kỳ trước xạ và 2 chu kỳ trong lúc xạ. Sau hai chu kỳ hóa trị PF dẫn đầu, hình ảnh MRI vùng chậu cho thấy kích thước bướu niệu đạo giảm 35%, hạch chậu di căn hai bên giảm kích thước (Hình 3A và 3B).

Trong quá trình điều trị, bệnh nhân có viêm vùng tăng sinh môn độ 2-3, một lần sốt giảm bạch cầu hạt độ 3, một lần thiếu máu có chỉ định truyền máu. Sau khi điều trị nội khoa và chăm sóc nâng đỡ tích cực, các tác dụng phụ đều đã cải thiện.

Đến nay, bệnh nhân đã hoàn thành điều trị, có sự cải thiện dần về triệu chứng trong và sau khi kết thúc điều trị. Sau hóa trị 2 chu kỳ trước xạ, bệnh nhân có thể tiểu nhỏ giọt, sau khi kết thúc hóa xạ trị bệnh nhân đã tiểu được thành dòng, tia nước tiểu nhỏ. Tại thời điểm dứt điều trị 6 tuần, hình ảnh MRI vùng chậu ghi nhận tổn thương niệu đạo giảm kích thước, còn 30×18×18mm, không ghi nhận hạch chậu di căn (Hình 3A-B-C), không ghi nhận tổn thương di căn xa trên CTscan ngực bụng. Chúng tôi đánh giá bệnh đáp ứng một phần theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, dự kiến tiếp tục đánh giá đáp ứng tại thời điểm dứt điều trị 3 tháng và 6 tháng.



Hình 1: Khối choán chỗ miệng lỗ tiểu, lan hết chiều dài niệu đạo đến cổ bàng quang, dính thành trước âm đạo, di căn hạch chậu hai bên, giảm kích thước sau 2 chu kỳ hóa trị PF dẫn đầu (mũi tên).



Hình 2: Thể tích xạ trị và đường liều của kế hoạch xạ trị.



Hình 3: Hình ảnh tổn thương niệu đạo (mũi tên) trước điều trị (A), sau hóa trị dẫn đầu 2 chu kỳ (B), sau kết thúc hóa xạ trị đồng thời 6 tuần (C).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tổng quan về chẩn đoán và điều trị ung thư niệu đạo [1]

Ung thư niệu đạo nguyên phát được định nghĩa là khi một carcinôm được chẩn đoán đầu tiên ở ống niệu đạo mà không có chẩn đoán ung thư ở vị trí khác trong hệ tiết niệu. Yếu tố nguy cơ ung thư niệu đạo nguyên phát có sự khác biệt giữa nam và nữ. Đối với nam giới, yếu tố nguy cơ gồm viêm mạn tính do tiền căn bệnh lây truyền qua đường tình dục (đặc biệt là HPV type 16), hẹp niệu đạo, kích thích sau đặt thông tiểu ngắt quãng hoặc tiền căn xạ trị. Đối với nữ giới, bệnh lây truyền qua đường tình dục và viêm mạn, kích thích do nhiễm trùng đường tiết niệu làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Ngoài ra, túi thừa niệu đạo cũng làm tăng nguy

cơ ung thư niệu đạo nguyên phát ở nữ, đặc biệt là dạng carcinôm tuyến [4].

Khi có biểu hiện lâm sàng, phần lớn bệnh nhân đã ở giai đoạn tiến triển tại chỗ - tại vùng. Triệu chứng thường gặp nhất là tiểu máu đại thể hoặc chảy máu từ niệu đạo. Các triệu chứng khác bao gồm khối ngoài niệu đạo, tắc nghẽn bàng quang, đau vùng chậu, dò niệu đạo, áp xe tầng sinh môn hoặc vô niệu. Chẩn đoán ung thư niệu đạo cần khám lâm sàng để đánh giá khối vùng niệu đạo và tổn thương niêm mạc niệu đạo; xét nghiệm tế bào học nước tiểu; nội soi niệu đạo - bàng quang để quan sát trực tiếp tổn thương và sinh thiết; các phương tiện hình ảnh học như MRI vùng chậu giúp đánh giá xâm lấn mô mềm xung quanh, CT scan và PET-CTscan để đánh giá di căn.

Về mặt giải phẫu bệnh, carcinôm niệu mạc (urothelial carcinoma - UC) là dạng mô học chiếm ưu thế (54% - 65%), kế đến là carcinôm tế bào gai (squamous cell carcinoma - SCC) (16% - 22%) và carcinôm tuyến (adenocarcinoma - AC) (10% - 16%). Ở nam giới, UC chiếm phần lớn (78%), và SCC (12%) và AC (5%) thấp hơn có ý nghĩa. Đối với nữ giới, AC là dạng mô học ưu thế (38% - 46,7%), sau đó là SCC (25,4% - 28%), UC (24,9% - 28%) và các dạng mô học khác (6%) [5]. Ung thư niệu đạo nguyên phát với dạng mô học khác thường rất hiếm và tiên lượng xấu.

Ung thư niệu đạo được chia làm giai đoạn sớm (tổn thương tại niêm mạc và dưới niêm) và giai đoạn tiến triển (bướu xâm lấn cơ và/hoặc di căn hạch vùng chậu, bẹn). Khi có di căn hạch, bệnh thường cho di căn xa (khoảng 84% bệnh nhân). Ung thư niệu đạo được xếp giai đoạn theo hệ thống TNM - phân loại AJCC.

Điều trị ung thư niệu đạo tùy thuộc vào giai đoạn, vị trí tổn thương và loại mô học. Phẫu thuật là phương pháp điều trị đầu tay, ưu thế đối với các tổn thương khu trú, có thể bao gồm cắt niệu đạo một phần hoặc toàn phần, kèm nạo hạch. Xạ trị được chỉ định để hỗ trợ sau phẫu thuật, hoặc thay thế ở bệnh nhân không phẫu thuật được hoặc từ chối phẫu thuật, có thể xạ trị ngoài đơn thuần hoặc phối hợp xạ trị áp sát. Hóa trị áp dụng trong trường hợp bệnh tiến xa, di căn hoặc phối hợp với xạ trị (hóa xạ trị đồng thời). Trong các ca bệnh phức tạp hoặc giai đoạn tiến xa cần sự phối hợp đa mô thức điều trị.

Tiên lượng ung thư niệu đạo phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Giai đoạn khu trú có tiên lượng khá tốt nếu được điều trị triệt để, các trường hợp di căn xa có tiên lượng kém. Theo RARECARE và dữ liệu SEER, tỉ lệ sống còn toàn bộ 1 năm, 5 năm đối với ung thư niệu đạo nguyên phát tại châu Âu là 71% và 54%. Các yếu tố tiên lượng bao gồm tuổi, chủng tộc, giai đoạn TNM, vị trí bướu, mô thức điều trị, sự hiện diện đồng thời của ung thư bàng quang, vị trí tái phát và loại mô học [5].

4.2. Hóa xạ trị đồng thời triệt để trong điều trị ung thư niệu đạo nguyên phát dạng carcinôm tế bào gai

Cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu lâm sàng tiến cứu ngẫu nhiên so sánh xạ trị với phẫu thuật triệt để trong điều trị ung thư niệu đạo. Tuy nhiên, áp dụng hóa xạ trị đồng thời được xem như là biện pháp thay thế cho phẫu thuật đối với carcinôm tế bào gai, cho cơ hội bảo tồn cơ quan sinh dục, nhất là đối với giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng. Trong nghiên cứu hồi cứu của Son [6] năm 2018, trên 2614 bệnh nhân ung thư niệu đạo điều trị từ năm 2004 - 2013, có 155 bệnh nhân carcinôm tế bào gai, cho thấy không có sự khác biệt về sống còn toàn bộ giữa xạ trị triệt để so với phẫu thuật (HR 1,36; 95% CI 0,61-3,01).

Nghiên cứu của Kent [7] năm 2015, 25 bệnh nhân nam ung thư niệu đạo carcinôm tế bào gai tiến triển tại chỗ trong thời gian từ năm 1991 - 2014, điều trị hóa xạ trị đồng thời với hai chu kỳ hóa trị Mitomycin C/5-FU cho tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 79%, sống còn toàn bộ 5 năm và sống còn đặc hiệu theo bệnh là 52% và 68,4%. Trong nghiên cứu này, phẫu thuật cứu vớt chỉ áp dụng đối với trường hợp không đáp ứng hoặc tiến triển tại chỗ, không cải thiện sống còn.

Hiệu quả và độc tính của điều trị là một yếu tố quan trọng cần cân nhắc khi lựa chọn phương thức điều trị tại chỗ và quyết định bảo tồn cơ quan. Tác dụng phụ cấp tính bao gồm mệt mỏi, viêm niêm mạc, viêm da, tiêu chảy, viêm bàng quang. Tác dụng phụ muộn gồm hẹp niệu đạo, hoại tử hoặc rò bàng quang – âm đạo, viêm bàng quang và viêm bàng quang xuất huyết; tỉ lệ có tác dụng phụ là gần 49%, với khoảng 15% ở mức độ nặng. Ở nam giới có thể gây hoại tử hoặc hẹp lỗ sáo, rối loạn chức năng tình dục. Bệnh nhân cần được tư vấn về ảnh hưởng của xạ trị đến buồng trứng/tinh hoàn, có khả năng gây vô sinh, giảm hoặc mất sản xuất hóc-môn [8].

Sau hóa xạ đồng thời có thể theo dõi và đánh giá lại tình trạng đáp ứng. Nếu bướu vẫn tồn tại từ

3 - 6 tháng có thể xét phẫu thuật cứu vớt. Trong tình huống bướu tiến triển hơn có thể phẫu thuật đoạn chậu.

Trong Bảng 1, chúng tôi tổng hợp một số nghiên cứu và báo cáo ca lâm sàng về hóa xạ trị đồng thời cho ung thư niệu đạo carcinôm tế bào gai.

4.3. Khuyến cáo về liệu và thể tích xạ trị ngoài triệt để [8-10]

Đối với dạng mô học carcinôm tế bào gai, khuyến cáo mạnh sử dụng hóa xạ trị đồng thời với Mitomycin C/5-FU hoặc hóa trị dựa trên Cisplatin. Với giai đoạn cT2N0, xạ trị triệt để hoặc xạ trị dẫn đầu với tổng liều 66 Gy - 70 Gy vào bướu đại thể, cân nhắc hóa xạ trị đồng thời triệt để phối hợp hóa trị tương tự ung thư bàng quang (Gemcitabine/Cisplatin hoặc Mitomycin C/5-FU); có thể giảm liều vào bướu đại thể từ 63 Gy - 66 Gy để giảm độc tính khi hóa xạ trị đồng thời. Với giai đoạn cT3-cT4 hoặc có hạch di căn, hóa xạ trị đồng thời triệt để hoặc xạ trị dẫn đầu với liều 45 Gy - 50,4 Gy vào vùng chậu và hạch

bẹn, 54 Gy - 66 Gy vào hạch di căn đại thể, 66 Gy - 70 Gy vào bướu đại thể. Khi phối hợp hóa xạ trị đồng thời cân nhắc giảm liều vào bướu đại thể từ 64 Gy trở xuống để giảm độc tính.

Thể tích đích lâm sàng bướu (Clinical target volume - CTV) bao gồm bướu niệu đạo đại thể mở rộng 5 mm xung quanh và 2 cm theo chiều đầu - chân. CTV bướu cần phủ toàn bộ chiều dài niệu đạo ở nữ giới; ở nam giới ung thư niệu đạo tuyến tiền liệt, CTV bướu gồm toàn bộ tuyến tiền liệt (GTV) mở rộng 2 cm vào cổ bàng quang và 2 cm về phía xa theo MRI. Thể tích đích lâm sàng hạch (CTV) gồm hạch di căn đại thể mở rộng 5 mm xung quanh. Hạch vùng dự phòng là các trạm hạch theo vị trí dẫn lưu bạch huyết bao gồm hạch chậu và hạch bẹn hai bên.

Ngày nay, với các kỹ thuật xạ trị hiện đại và xạ trị có hướng dẫn hình ảnh ngày càng phổ biến, và là tiêu chuẩn tại nhiều trung tâm, giúp đạt phân bố liều xạ tối ưu, tăng liều vào bướu và giảm liều cho các cơ quan lành, giúp xạ trị tăng hiệu quả và giảm độc tính.

Bảng 1: Tổng hợp y văn về hóa xạ đồng thời triệt để ung thư niệu đạo.

Nghiên cứu	Số BN - GPB Giai đoạn	Phác đồ hóa trị	Liều xạ (Gy)	Phẫu thuật	Kết quả
Kent, 2015 [7] NC hồi cứu	25 BN nam SCC GĐ tiến triển	Mitomycin C/ 5-FU x2 chu kỳ		PT cứu vớt khi không đáp ứng/tiến triển	CR: 79% OS 5 năm: 52% CSS 5 năm: 68,4%
Mouzount, 2018 [11] Báo cáo ca bệnh	1 BN SCC GĐ tiến triển	Cisplatin 40 mg/ m ² hàng tuần x7 tuần	56 Gy hạch vùng – 66 Gy bướu/33 phân liều	TURBT Xạ bổ túc PT cứu vớt	Còn bướu 3 tháng sau xạ
Singh, 2019 [2] Báo cáo ca bệnh	1 BN nam, SCC T3N0M0	4 chu kỳ Cisplatin 70 mg/ m ² mỗi 21 ngày 5-FU 1000 mg/m ² N1-N5	50,4 Gy vùng chậu - 73,8 Gy bướu	PT sau xạ 8 tuần	Đáp ứng hoàn toàn, theo dõi 28 tháng

Nghiên cứu	Số BN - GPB Giai đoạn	Phác đồ hóa trị	Liều xạ (Gy)	Phẫu thuật	Kết quả
Retzloff, 2023 [12] NC hồi cứu	17 BN, 73,6% nữ SCC 35.3%	70,5% hóa trị platinum	59,4 Gy (39,6 -70,2 Gy) / 30 phân liều	88,2% HXĐT 35,3% PT củng cố 2 tháng sau xạ	CR: 29,4% PR: 70,6% OS: 37,9 tháng
Garrett, 2023 [10] Báo cáo ca bệnh	1 BN nam, SCC T3N0M0	Gemcitabine đơn chất	45 Gy vùng chậu – 66 Gy bướu	-	-
Son, 2023 [6] NC hồi cứu	2614 BN 501 BN GĐ tiền triển 181 BN HXĐT	-	Xạ: 66 Gy Xạ ngoài + Xạ trong: 45 Gy PT + Xạ: 59,4 Gy	Phẫu thuật + Xạ trị bổ túc	OS 3 năm: HXĐT 44% PT + Xạ 57%
Al Barajraji, 2023 [13] Báo cáo ca bệnh	1 BN nữ SCC GĐ tiến triển, hạch bẹn +	Cisplatin 40 mg/ m ² hàng tuần x7 tuần	57,5 Gy vùng chậu/hạch bẹn – 59,4 Gy bướu / 33 phân liều	Không	CR sau 3 tháng Theo dõi 24 tháng không tái phát

NC: nghiên cứu; BN: bệnh nhân; GĐ: giai đoạn; PT: phẫu thuật; HXĐT: hóa xạ đồng thời; SCC: carcinôm tế bào gai; TURBT: cắt bướu qua ngã nội soi; CR: đáp ứng hoàn toàn; PR: đáp ứng một phần; OS: sống còn toàn bộ; CSS: sống còn đặc hiệu bệnh.

4.4. Bàn luận về ca lâm sàng

Trên bệnh nhân này tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh nhân là nữ giới, mắc ung thư niệu đạo ở tuổi 48, với dạng mô học carcinôm tế bào gai là một tình huống không thường gặp cả về độ tuổi mắc bệnh và loại mô học theo giới. Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận tiền căn hay yếu tố nguy cơ đặc hiệu nào.

Qua tham khảo và tổng hợp y văn, nhận thấy bệnh nhân có bướu tiến triển xâm lấn các cơ quan lân cận và có di căn hạch chậu, đánh giá phẫu thuật không thuận lợi, phương pháp tối ưu nhất là phối hợp hóa trị và xạ trị đồng thời. Phác đồ hóa trị được khuyến cáo là Mitomycin C/ 5-FU hoặc hóa trị dựa trên Cisplatin. Tuy nhiên trên thực tế, chúng tôi không có hóa chất Mitomycin C, do đó phác đồ hóa trị được lựa chọn là Cisplatin 80 mg/

m² ngày 1 và 5-FU 800 mg/m² ngày 1–4, dựa trên phác đồ hóa xạ trị đồng thời cho ung thư ống hậu môn. Hiệu quả ngắn hạn ngay sau hóa trị và ngay sau xạ trị cho thấy có đáp ứng và cải thiện chức năng đường tiểu, cần theo dõi để đánh giá hiệu quả lâu dài hơn sau hóa xạ trị.

Cho đến nay tại Việt Nam, chúng tôi ghi nhận đây là báo cáo ca lâm sàng đầu tiên về hóa xạ trị đồng thời triệt để đối với ung niệu đạo nguyên phát. Tuy nhiên, đây chỉ là trường hợp báo cáo ca lâm sàng đơn lẻ với thời gian theo dõi còn ngắn. Chúng tôi hi vọng khi có nhiều dữ kiện hơn từ các báo cáo loạt ca hoặc nghiên cứu đa trung tâm với thời gian theo dõi dài hơn sẽ có thể củng cố thêm bằng chứng về hiệu quả hóa xạ trị đồng thời triệt để đối với ung thư niệu đạo nguyên phát dạng carcinôm tế bào gai.

5. KẾT LUẬN

Đây là một trường hợp ung thư niệu đạo nguyên phát ở nữ giới trẻ tuổi, chẩn đoán ở giai muộn với tổn thương lan rộng. Việc tiếp cận đa chuyên khoa, phối hợp nội soi, hình ảnh học và mô bệnh học là then chốt trong chẩn đoán. Trường hợp này cho thấy tầm quan trọng của việc nghĩ đến ung thư niệu đạo trong chẩn đoán phân biệt các bệnh lý phụ khoa/niệu khoa không điển hình. Điều trị hóa xạ trị đồng thời là điều trị tối ưu trong bối cảnh tổn thương tiến triển, xâm lấn nhiều cơ quan nhưng còn giới hạn tại vùng chậu. Đây là hướng điều trị triệt để với mục đích kiểm soát tại chỗ và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Y. Neuzillet JAWC, H.M. Bruins, A. Carrión, R. Cathomas, E.M. Compérat, . EAU Guidelines on Primary Urethral Carcinoma. EAU Guidelines presented at: EAU Annual Congress; 2025; Madrid.
- [2]. Singh T, Li QK, Song DY. Pathologic Complete Response After Chemoradiation of a Massive Primary Urethral Carcinoma. *Adv Radiat Oncol*. Jul-Sep 2019;4(3):487-491. doi:10.1016/j.adro.2019.02.005
- [3]. Đinh Quốc Đạt, Phạm Hữu Đoàn. Phẫu thuật cắt niệu đạo tận gốc tạo van chuyển lưu bằng thành bàng quang trong ung thư niệu đạo: Báo cáo hai trường hợp lâm sàng. presented at: Hội nghị Khoa học thường niên - Hội Tiết niệu - Thận học Thành phố Hồ Chí Minh Lần thứ 18; 2022; <https://bvbinhdan.com.vn/vn/phau-thuat-cat-nieu-dao-tan-goc-tao-van-chuyen-luu-bang-thanh-bang-quang-trong-ung-thu-nieu-dao.html>
- [4]. Farrell MR, Xu JT, Vanni AJ. Current Perspectives on the Diagnosis and Management of Primary Urethral Cancer: A Systematic Review. *Res Rep Urol*. 2021;13:325-334. doi:10.2147/rru.S264720
- [5]. Su H, Zhu Y, Ye D. A brief review on the diagnostic and therapeutic principles of primary urethral cancer. *Asian J Urol*. Oct 2022;9(4):423-429. doi:10.1016/j.ajur.2022.04.005
- [6]. Son CH, Liauw SL, Hasan Y, Solanki AA. Optimizing the Role of Surgery and Radiation Therapy in Urethral Cancer Based on Histology and Disease Extent. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. Oct 1 2018;102(2):304-313. doi:10.1016/j.ijrobp.2018.06.007
- [7]. Kent M, Zinman L, Girshovich L, Sands J, Vanni A. Combined chemoradiation as primary treatment for invasive male urethral cancer. *J Urol*. Feb 2015;193(2):532-7. doi:10.1016/j.juro.2014.07.105
- [8]. Torgeson AM, Tward JD. Rare Genitourinary Malignancies (Penile, Urethral, Renal Pelvis, and Ureteral Cancers). In: Solanki AA, Chen RC, eds. *Radiation Therapy for Genitourinary Malignancies : A Practical and Technical Guide*. Springer International Publishing; 2021:338-350.
- [9]. Thomas W. Flaig PES, Michael Abern, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Primary Carcinoma of the Urethra. Updated 01.2025. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/bladder.pdf
- [10]. Garrett Harada SS. Urethral Cancer: Clinical Case. Association of Residents in Radiation Oncology (ARRO). 2023. <https://www.astro.org/interest-groups/arro/resident-resources/educational-resources/arro-case/genitourinary-cancer>

- [11]. Abdelmalik Mouzount KY, Omar Elallam, Wilfried Mossé, Sanaa El Majjaoui, Hanan ElKacemi, Tayeb Kibdani, Nouredine Benjaafar. Primary urethral squamous cell carcinoma of the bulbar urethra in elderly patient: A case report and review of the literature. *WORLD JOURNAL OF PHARMACEUTICAL AND MEDICAL RESEARCH*. 2018;9(4):66-71.
- [12]. Retzloff A, Li R, Gilbert SM, Dohm AE, Sexton WJ, Poch M, et al. Multidisciplinary Management of Primary Urethral Cancer with Radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics**. 2023/10/01/ 2023;117(2, Supplement):e431-e432. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2023.06.1597>
- [13]. Al Barajraji M, Holz S, Moussa I, Naudin M, Coscarella M, Martin Martinez MD, et al. Advanced Female Primary Urethral Carcinoma with Nodal Extension Managed with Exclusive Use of Chemoradiotherapy: Report of a Case and Review of the Relevant Current Literature. *Case Rep Oncol*. Jan-Dec 2023;16(1):946-953. doi:10.1159/000532121