

KẾT QUẢ NỘI SOI SAU PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG BÀI XUẤT TIẾT NIỆU TRÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Trần Trung Thành^{1,2}

TÓM TẮT

Điều trị ngoại khoa giữ vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên. Từ nhiều năm qua bệnh viện Đại Học Y Hà Nội đã tiến hành phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận phối hợp với mổ mở cắt đoạn xa niệu quản và chóp bàng quang điều trị cho nhiều trường hợp ung thư đường bài xuất tiết niệu trên. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 40 bệnh nhân mắc ung thư biểu mô đường bài xuất tiết niệu trên trong đó có 28 bệnh nhân hồi cứu và 12 bệnh nhân tiến cứu được phẫu thuật và theo dõi trong thời gian từ năm 2010 đến 2022. Phương pháp nghiên cứu mô tả theo dõi dọc. Mẫu lấy thuận tiện không xác suất. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 62,6 ± 12,35. Nam giới chiếm đa số với 72,5%. Tổng thời gian phẫu thuật trung bình là 136,4 ± 28,04 phút. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 7,4 ± 1,92 ngày. Có 4 bệnh nhân phải truyền máu ngay sau mổ. Không có bệnh nhân nào có biến chứng lớn hơn độ 2 theo phân loại Clavien-Dindo. Có 2 trường hợp bệnh nhân có tái phát tại bàng quang trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật. Thời gian sống thêm tính theo phương pháp Kaplan-Meier: từ 0 – 11 tháng là 100%, 12 – 23 tháng là 70%, từ 24 – 35 tháng là 47,5% và từ 36 tháng trở lên là 12,5%.

Từ khóa: ung thư biểu mô đường bài xuất tiết niệu trên, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc

SUMMARY

RESULTS OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC FOR UPPER URINARY TRACT CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Surgical treatment is a key role in the treatment of the upper urinary tract cancer. For many years, Hanoi Medical University Hospital has performed retroperitoneal laparoscopic nephrectomy combined with open surgical resection of the distal ureter and bladder cone to treat many cases of the upper urinary tract cancer. Our study included 40 patients with the upper urinary tract cancer, including 28 retrospective and 12 prospective patients undergoing surgery and follow-up from 2010 to 2022. Method is longitudinal follow-up descriptive study with non-probability convenience sample. **Results:** The mean age of the patients in the study was 62.6 ± 12.35. Men make up the majority with 72.5%. The mean total surgical time

was 136.4 ± 28.04 minutes. The mean hospital stay was 7.4 ± 1.92 days. There were 4 patients who required blood transfusion immediately after surgery. No patient had a complication greater than grade 1 according to the Clavien-Dindo classification. There were 2 cases of patients with bladder recurrence within 1 month after surgery. The survival time calculated according to the Kaplan-Meier method: from 0 to 11 months is 100%, from 12 to 23 months is 70%, from 24 to 35 months is 47.5% and from 36 months or more is 12.5%.

Keywords: upper urinary tract cancer, retroperitoneal laparoscopic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường bài xuất tiết niệu trên là một bệnh hiếm gặp, chỉ chiếm từ 5 – 10% ung thư biểu mô của toàn bộ đường tiết niệu với tần suất mắc khoảng 1 – 2 ca/ 100.000 người.¹ Điều trị ngoại khoa vẫn giữ vai trò chủ đạo. Phẫu thuật tiêu chuẩn là cắt toàn bộ thận, niệu quản và tổ chức bàng quang xung quanh ổ niệu quản.¹⁻⁴ Từ nhiều năm qua bệnh viện Đại Học Y Hà Nội đã tiến hành phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận phối hợp với mổ mở cắt đoạn xa niệu quản và chóp bàng quang điều trị cho nhiều trường hợp ung thư đường bài xuất tiết niệu trên và đem lại kết quả khả quan. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2010 – 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả theo dõi dọc hồi cứu và tiến cứu. Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán giải phẫu bệnh là ung thư đường bài xuất tiết niệu trên được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận phối hợp với mổ mở cắt đoạn xa niệu quản và chóp bàng quang tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2010 đến tháng 9/2022 được lựa chọn. Lấy mẫu thuận tiện không xác suất, bao gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

Số liệu được nhập và quản lý, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự phê duyệt của bệnh viện, nhà trường và hội đồng y đức.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 40 bệnh nhân trong đó có 28 bệnh nhân hồi cứu và 12 bệnh nhân tiến cứu. Nam giới chiếm đa số với 72,5%. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi từ 50 – 79, trong đó nhóm tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 35%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 62,6 ± 12,35 với tuổi nhỏ nhất là 35 và lớn nhất là 86. Tổng thời gian phẫu thuật trung bình là 136,4 ± 28,04 phút. Trường hợp có thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 95 phút và trường hợp có thời gian phẫu thuật dài nhất là 180 phút. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 7,4 ± 1,92 ngày.

Mức giảm hemoglobin trung bình sau mổ so với trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,6 ± 13,8 g/l. Trường hợp có mức giảm hemoglobin sau mổ so với trước mổ thấp nhất là 7 g/l và cao nhất là 75 g/l. Có 4 bệnh nhân phải truyền máu ngay sau mổ. Số lượng máu cần truyền thay đổi từ 250ml – 500ml/bệnh nhân.

Bảng 1. Tỷ lệ nạo vét hạch

Nạo vét hạch		n	Tỷ lệ %
Có	Có hạch di căn	8	20%
	Không có hạch di căn	13	32,5%
Không		19	47,5%
Tổng		40	100%

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học của các khối u

Phân loại	n	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô đường niệu đơn thuần	36	90%
Ung thư biểu mô đường niệu có dị sản tế bào vảy	4	10%
Tổng	40	100%

Bảng 3. Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM

Giai đoạn	n	Tỷ lệ %	
pT1	N0	3	7,5%
		6	15%
		4	10%
pT2	N1	1	2,5%
		2	5%
pT3	N2	3	7,5%
		1	2,5%
pT4	Nx	1	2,5%
pT1		13	32,5%
pT2		2	5%
pT3		4	10%
Tổng	40	100%	

Bảng 4. Biến chứng sau mổ theo phân loại Clavien-Dindo

Biến chứng	Phân độ theo Clavien-Dindo	n	Tỷ lệ %
Sốt	Độ I	5	12,5%

Nhiễm trùng vết mổ	Độ I	3	7,5%
Tổng		8	20%

Bảng 5. Kết quả theo dõi

Kết quả theo dõi	n	Tỷ lệ %	
Không tái phát và không di căn	33	82,5%	
Tái phát hoặc di căn	Còn sống	5	12,5%
	Tử vong	2	5%
Tổng	40	100%	

Bảng 6. Các phương pháp điều trị bổ trợ

Phương pháp	n	Tỷ lệ %
Hóa chất bổ trợ	5	12,5%
Cắt u bàng quang nội soi	1	2,5%
Cắt bàng quang toàn bộ	2	5%
Đặt JJ	1	2,5%

Bảng 7. Thời gian sống thêm trung bình tính theo phương pháp Kaplan - Meier

Thời gian sống thêm sau mổ	n	Tỷ lệ %
0 - 12 tháng	40	100%
13 - 24 tháng	28	70%
25 - 36 tháng	19	47,5%
Trên 36 tháng	5	12,5%

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đường bài xuất là một bệnh lý tương đối hiếm, ước tính chiếm khoảng 5 - 7% của các khối u thận nói chung và 5 - 10% ung thư biểu mô đường niệu.⁵ Bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn so với nữ giới, với tỷ lệ nam/nữ là 2/1.⁶ Trong những năm gần đây tỷ lệ mắc đang có xu hướng tăng lên. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,6 ± 12,35 tuổi. Theo Keiichiro Mori và cộng sự tuổi trung bình của bệnh nhân trong các nghiên cứu thay đổi từ 59 – 74 tuổi.⁴ Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ ung thư đường bài xuất trên ở nam cao hơn nữ, với tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 72,5% và 27,5%.

Thời gian phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản tận gốc phụ thuộc vào cách thức cắt thận (phẫu thuật nội soi qua phúc mạc, sau phúc mạc, có rô bột hỗ trợ) và cách thức xử lý đoạn xa niệu quản. Tổng thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 136,4 ± 28,04 phút. Kết quả này tương tự với các tác giả Chengwu Xiao và Wentao Liu.^{3,7} Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc để cắt thận phối hợp với mổ mở để cắt đoạn xa niệu quản và chóp bàng quang. Nhược điểm của việc mổ mở cắt đoạn xa niệu quản là phải đặt lại tư thế bệnh nhân và bệnh nhân đau sau mổ nhiều hơn. Tuy nhiên, ưu điểm của phương pháp này là có thể tận dụng đường mổ mở này để lấy bệnh phẩm

cũng như cắt đoạn xa niệu quản và chóp bàng quang dễ dàng hơn.

Nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt thận niệu quản tận gốc do ung thư đường bài xuất trên vẫn còn là một vấn đề có nhiều tranh cãi. Nhiều tác giả nhấn mạnh vai trò quan trọng của nạo vét hạch trong chỉ định hóa chất ở các bệnh nhân ung thư đường bài xuất trên cũng như vai trò ngày càng quan trọng liên quan đến tỷ lệ sống, tỷ lệ khỏi bệnh và nguy cơ tái phát tại chỗ cũng như di căn xa.^{8,9} Ngược lại, một số nghiên cứu khác kết luận không thấy được lợi ích của nạo vét hạch trong ung thư đường bài xuất trên. Các tác giả này khuyến cáo nạo vét hạch ở các bệnh nhân có hạch lớn có thể sờ thấy khi mổ mở hoặc hạch có kích thước lớn trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ.⁹ Chúng tôi đã tiến hành nạo vét hạch cho 21 bệnh nhân (52,5%). Tỷ lệ này tương tự khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả khác. Thống kê trên 51 trung tâm của Nhật Bản năm 2009, chỉ có dưới 50% bệnh nhân được nạo vét hạch đồng thời với phẫu thuật cắt thận niệu quản tận gốc.¹⁰ Theo Liu và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân không được nạo vét hạch lần lượt là 59,6% và 55,8%.²

Tình trạng mất máu trong mổ trong các nghiên cứu trước đây thay đổi khác nhau tùy theo từng tác giả và cách thức phẫu thuật. Do nghiên cứu này của chúng tôi đa số bệnh nhân thuộc nhóm hồi cứu vì vậy chúng tôi không đánh giá được lượng máu mất thực tế trong mổ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này của chúng tôi có 4 bệnh nhân (10%) có mất máu trong mổ và phải truyền máu, với lượng máu truyền thay đổi từ 250 – 500 ml. Đây là 4 trường hợp mất máu nhiều trong quá trình phẫu thuật nội soi cắt thận và niệu quản đoạn trên do khoang sau phúc mạc viêm dính nhiều. Ngoài ra, trong nghiên cứu này của chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu sau mổ phải yêu cầu mổ lại hoặc can thiệp mạch để cầm máu.

Để một phương pháp phẫu thuật được chấp nhận rộng rãi trên toàn thế giới thì tính an toàn của phẫu thuật đó phải được đặt lên hàng đầu. Các biến chứng sau phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản tận gốc để điều trị ung thư đường bài xuất trên hầu hết là các biến chứng độ thấp theo phân loại Clavien-Dindo.^{3,7} Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào có biến chứng lớn hơn độ 1 theo phân loại Clavien-Dindo. Có 5 bệnh nhân sốt sau mổ và 3 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ nhưng không cần đến các can thiệp ngoại khoa. Như vậy, phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản tận gốc đảm bảo được tính an toàn

trong điều trị ung thư đường bài xuất trên.

Các nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật nội soi rút ngắn đáng kể thời gian nằm viện của bệnh nhân cắt thận niệu quản tận gốc để điều trị ung thư đường bài xuất trên. Theo nghiên cứu của Chengwu Xiao cho thấy, thời gian nằm viện ở các bệnh nhân nội soi sau phúc mạc để cắt thận phối hợp với mổ mở để cắt đoạn xa niệu quản và chóp bàng quang có thời gian nằm viện sau mổ là $8,1 \pm 2,3$ ngày.¹¹ Trong nghiên cứu này của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân sau mổ là $7,4 \pm 1,92$ ngày. Như vậy, thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trước đây.

Các nghiên cứu gần đây đang cho thấy lợi ích của điều trị hóa chất bổ trợ. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 5 bệnh nhân được điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ. Đây đều là những bệnh nhân có nguy cơ cao với giai đoạn mô bệnh học lần lượt là pT2N0M0, pT3N0M0, pT3N2M0, pT4N2M0 và pT2N2M1. Tuy nhiên hiện chúng tôi chưa có tiêu chuẩn cụ thể để đưa ra chỉ định điều trị hóa chất bổ trợ cũng như chưa đánh giá được hiệu quả của phương pháp này.

Tái phát ở bàng quang là vị trí thường gặp nhất sau phẫu thuật cắt thận niệu quản tận gốc do u đường bài xuất trên. Trong nghiên cứu này chúng tôi có 2 trường hợp bệnh nhân có tái phát tại bàng quang trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật. Trường hợp 1 tái phát ở bàng quang với u bàng quang đa ổ vì vậy chúng tôi chỉ định cắt bàng quang toàn bộ. Một trường hợp còn lại có tái phát ở bàng quang sau 18 tháng theo dõi với u bàng quang đơn ổ có kích thước 1,5cm và bệnh nhân này được chỉ định cắt u bàng quang nội soi. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân có tái phát tại chỗ và xâm lấn bó mạch chậu bên đối diện chèn ép niệu quản gây suy thận cấp. Bệnh nhân này được đặt JJ để giải quyết tắc nghẽn và sau đó được điều trị hóa chất bổ trợ.

Thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều có thể do thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ dài. Thời gian sống thêm tính theo phương pháp Kaplan-Meier trong nghiên cứu của chúng tôi là: Từ 0 – 11 tháng là 100%, 12 – 23 tháng là 70%, từ 24 – 35 tháng là 47,5% và từ 36 tháng trở lên là 12,5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Giuseppe Rosiello về thời gian sống thêm của 6826 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận niệu quản tận gốc để điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên chưa di căn.¹²

Tuy nhiên, do thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ dài như tác giả này vì vậy chúng tôi chưa đánh giá được ở các mốc thời gian phía sau.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận niệu quản tận gốc phối hợp với mổ mở cắt đoạn xa niệu quản và chóp bàng quang là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên. Vì vậy có thể chỉ định cho các khối u ở giai đoạn chưa xâm lấn thanh mạc. Nạo vét hạch có thể giúp cải thiện thời gian sống thêm của bệnh nhân. Hóa chất bổ trợ sau cắt thận niệu quản tận gốc là một phương pháp điều trị hứa hẹn tuy nhiên cần có thêm nghiên cứu về tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rouprêt M, Babjuk M, Compérat E, et al. European guidelines on upper tract urothelial carcinomas: 2013 update. *Eur Urol.* 2013; 63(6):1059-1071.
2. Liu JY, Dai YB, Zhou FJ, et al. Laparoscopic versus open nephroureterectomy to treat localized and/or locally advanced upper tract urothelial carcinoma: oncological outcomes from a multicentre study. *BMC Surg.* 2017; 17(1):8.
3. Liu Wentao, Wang Yinhuai, Zhong Zhaohui, et al. Transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic nephroureterectomy in the management of upper urinary tract urothelial carcinoma: a matched-pair comparison based on perioperative outcomes. *Surgical Endoscopy.* 2016; 30(12):5537-5541.
4. Keiichiro Mori, Florian Janisch, Mehdi Kardoust Pariz, et al. Prognostic Value of Variant Histology in Upper Tract Urothelial Carcinoma Treated with Nephroureterectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Urological Association Education And Research.* 2020; 203:1075-1084.
5. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2016; 66(1):7-30.
6. Shariat SF, Favaretto RL, Gupta A, et al. Gender differences in radical nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. *World J Urol.* 2011; 29:481-486.
7. Campi Riccardo, Cotte Juliette, Sessa Francesco, et al. Robotic radical nephroureterectomy and segmental ureterectomy for upper tract urothelial carcinoma: a multi-institutional experience. *World Journal of Urology.* 2019; 37(11):2303-2311.
8. Abe T, Shinohara N, Muranaka M, et al. Role of lymph node dissection in the treatment of urothelial carcinoma of the upper urinary tract: multiinstitutional relapse analysis and immunohistochemical re-evaluation of negative lymph nodes. *Eur J Surg Oncol.* 2010; 36(11):1085-1091.
9. Lughezzani G, Jeldres C, Isbarn H, et al. A critical appraisal of the value of lymph node dissection at nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. *Urology.* 2010; 75(1):118-124.
10. Kamihira O, Hattori R, Yamaguchi A, et al. Laparoscopic radical nephroureterectomy: a multicenter analysis in Japan. *Eur Urol.* 2009; 55(6):1397-1407.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG KÍCH THƯỚC LỚN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Hà Văn Huy¹, Nguyễn Viết Trung¹,
Mai Trọng Hưng², Lê Thị Vân Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt tử cung điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 bệnh nhân u xơ tử cung kích thước lớn được phẫu thuật cắt tử cung tại Bệnh viện Quân y 103 từ 3/2021 đến 9/2022. **Kết quả:** Trong nhóm phẫu thuật nội soi (PTNS): tuổi trung bình 46,37 ± 5,56, kích thước tử

cung trung bình (so với tử cung có thai) 14,3 ± 1,7 tuần, kích thước u xơ trung bình trên siêu âm 84,6 ± 21,8 mm, thời gian phẫu thuật trung bình 140,2 ± 44,1 phút, số lần sử dụng giảm đau trung bình 1,2 ± 0,7, ngày thứ hai tỉ lệ bệnh nhân đi lại 67,7%, thời gian nằm viện trung bình 4,40 ± 0,74 ngày. Trong nhóm mổ mở: tuổi trung bình 46,61 ± 4,41, kích thước tử cung trung bình (so với tử cung có thai) 14,5 ± 3,0 tuần, kích thước u xơ trung bình trên siêu âm 88,3 ± 33,1 mm, thời gian phẫu thuật trung bình 91,4 ± 51,9 phút, số lần sử dụng giảm đau trung bình 1,9 ± 0,9, ngày thứ hai tỉ lệ bệnh nhân đi lại 22,5%, thời gian nằm viện trung bình 4,97 ± 0,66 ngày. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm PTNS và phẫu thuật mở về thời gian phẫu thuật, số lần dùng giảm đau và thời gian nằm viện. **Kết luận:** Kết quả điều trị u xơ tử cung kích thước lớn của phẫu thuật nội soi tương đương phẫu thuật mở. Phẫu thuật nội soi

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Huy

Email: havanhuyvmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 2.3.2023