

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG BẰNG BCG NỘI BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Nguyễn Thị Thu Trà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố tiên lượng trong điều trị của ung thư bàng quang nông (UTBQN) điều trị bổ trợ bằng Bacillus Calmette-Guérin (BCG) nội bàng quang tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 82 bệnh nhân UTBQN mới chẩn đoán, được phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang qua đường niệu đạo và bổ trợ bằng BCG nội bàng quang tại Bệnh viện K, thời gian từ tháng 04/2015 đến tháng 12/2020. Ước tính thời gian sống thêm không bệnh theo phương pháp Kaplan – Meier. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm không bệnh sử dụng phương pháp hồi quy Cox với độ tin cậy 95% ($p=0,05$). **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm không tái phát bệnh ở thời điểm 12 tháng đầu là 90,2%. Ở thời điểm 24 tháng tỷ lệ này là 87,8%. Ở thời điểm 36 tháng, tỷ lệ sống thêm không tái phát bệnh là 86,6%. Sau 48 tháng, tỷ lệ sống thêm không tái phát bệnh là 85,3% và duy trì đến khi kết thúc theo dõi. Các yếu tố số lượng u, độ mô học và liều lượng BCG là các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng tới nguy cơ bệnh tái phát. **Kết luận:** Liệu pháp miễn dịch bổ trợ bằng BCG nội bàng quang có hiệu quả cao trên bệnh nhân ung thư bàng quang nông đã phẫu thuật cắt u qua nội soi, giúp giảm tỉ lệ tái phát và tiến triển. Các yếu tố số lượng u, độ mô học và liều lượng BCG là các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng tới nguy cơ bệnh tái phát.

Từ khóa: Ung thư bàng quang nông, BCG nội bàng quang, các yếu tố tiên lượng

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER TREATED WITH BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To evaluate prognostic factors in patients with non-muscle-invasive bladder cancer treated with Bacillus Calmette-Guérin at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and Research Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 82 newly diagnosed NMIBC patients who underwent transurethral resection of bladder tumors (TURBT) and received adjuvant intravesical BCG therapy at Vietnam National Cancer Hospital from April 2015 to December 2020. Estimated recurrence-free

survival time according to the Kaplan-Meier method. Analyze factors affecting recurrence-free survival using the Cox regression method with 95% confidence ($p=0,05$). **Results:** The survival rate without disease recurrence in the first 12 months was 90,2%. At 24 months this rate was 87,8%. At 36 months, the disease recurrence-free survival rate was 86,6%. After 48 months, the disease recurrence-free survival rate was 85,3% and maintained until the end of follow-up. Factors such as a multifocal tumor, histological grade, and BCG dosage are independent prognostic factors affecting the risk of disease recurrence. **Conclusion:** Adjuvant immunotherapy with intravesical BCG is highly effective in patients with superficial bladder cancer who have undergone laparoscopic tumor resection, helping to reduce the rate of recurrence and progression. Multifocal tumor, histological grade, and BCG dosage are independent prognostic factors affecting the risk of disease recurrence.

Keywords: Non-muscle-invasive bladder cancer, intravesical BCG, prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là bệnh ung thư thường gặp nhất của đường tiết niệu và đứng thứ 10 trong các bệnh ung thư thường gặp ở cả hai giới.¹ Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp (Ung thư biểu mô đường niệu) là típ phổ biến nhất, chiếm trên 90% bệnh nhân ung thư bàng quang ở Mỹ và Châu Âu và chiếm tỉ lệ thấp hơn ở các khu vực khác.² Ung thư bàng quang bao gồm nhóm UTBQ nông, nhóm xâm lấn lớp cơ và nhóm di căn.

Ung thư bàng quang nông là nhóm ung thư mà thương tổn còn giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc màng đáy, chưa xâm lấn lớp cơ, bao gồm các u Ta, Tis, T1. Do triệu chứng của bệnh thường biểu hiện rõ như tiểu máu đại thể với đặc điểm tái đi tái lại, thay đổi thói quen tiểu tiện nên bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn sớm. Với giai đoạn này, phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo (TUR) là phương thức điều trị chính vừa giúp loại bỏ được u, vừa làm giải phẫu bệnh giúp xác định chính xác giai đoạn. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật thường cao. Các nghiên cứu cho thấy có khoảng 40 – 80% UTBQ tái phát tại chỗ trong vòng 6 – 12 tháng sau phẫu thuật đơn thuần và khoảng 10 – 25% sẽ có nguy cơ tiến triển xâm lấn lớp cơ, tiến triển tại vùng hoặc di căn xa.³ Để giảm tỉ lệ tái phát và tiến triển, liệu pháp bổ trợ tại chỗ sau phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo đã được nghiên cứu và áp dụng từ lâu. Các tác nhân được sử dụng bao

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

gồm liệu pháp miễn dịch bằng BCG và các hóa chất như Mitomycin C, gemcitabine, epirubicin, doxorubicin... Trong các tác nhân hỗ trợ này, BCG (Bacillus-Calmette-Guérin) nội bàng quang là phác đồ được nghiên cứu và sử dụng từ rất sớm. BCG nội bàng quang đã chứng minh được hiệu quả giảm tỷ lệ tái phát, tiến triển do UTBQN, nhất là đối với những trường hợp nguy cơ cao và được khuyến cáo là lựa chọn hàng đầu trong điều trị hỗ trợ. Tuy nhiên, kết quả điều trị không đồng nhất giữa các nhóm bệnh nhân và có nhiều yếu tố liên quan đến tiên lượng khả năng tái phát và tiến triển bao gồm: Giai đoạn bệnh, độ mô học, kích thước u, số lượng u, sự có mặt của ung thư biểu mô tại chỗ Tis, tần suất tái phát, đáp ứng của khối u với điều trị hỗ trợ trong bàng quang. Tại Bệnh viện K, điều trị ung thư bàng quang nông bằng miễn dịch hỗ trợ BCG nội bàng quang sau phẫu thuật cắt u nội soi đã được áp dụng từ lâu và đem lại những hiệu quả nhất định. Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu, báo cáo về phương pháp điều trị này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Các yếu tố tiên lượng trong điều trị ung thư bàng quang nông bằng BCG nội bàng quang tại Bệnh viện K*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 82 bệnh nhân UTBQN được phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang qua đường niệu đạo và hỗ trợ bằng BCG nội bàng quang tại Bệnh viện K, thời gian từ tháng 04/2015 đến tháng 12/2020 và theo dõi đến 10/2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định là UTBQ nông, đã phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo và hỗ trợ bằng BCG nội bàng quang tại Bệnh viện K, mô bệnh học là ung thư biểu mô đường niệu, chưa xâm lấn lớp cơ, nguy cơ trung bình hoặc cao.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật không có lớp cơ trên bệnh phẩm.
- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2.
- Bệnh nhân có bệnh kết hợp như lao tiến

Bảng 1: Phân tích hồi quy Cox xác định các yếu tố nguy cơ tái phát

Yếu tố		Số BN tái phát	Hồi quy Cox	
			HR (CI 95%)	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	4 (10,0)	1	0,41
	≥ 60 tuổi	8 (19,1)	2,00 (0,38 – 10,53)	
Số lượng khối u	U đơn ổ	5 (8,4)	1	0,008
	U đa ổ	7 (30,4)	16,7 (2,11 – 132,50)	
Kích thước khối u	< 3cm	6 (11,1)	1	0,61
	≥ 3cm	6 (21,4)	1,4 (0,32-6,15)	
Hình dáng khối u	Cổ cuống	3 (7,6)	1	0,052

triển, suy thận, suy giảm miễn dịch như HIV, sử dụng corticoid.

- Bệnh nhân có các bệnh mạn tính nặng khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

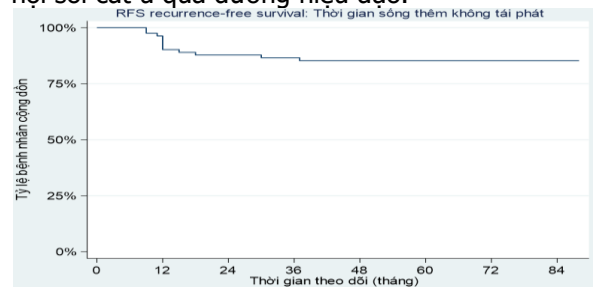
- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.
- Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

• Ước tính thời gian sống thêm không bệnh theo phương pháp Kaplan – Meier

• Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm không bệnh sử dụng phương pháp hồi quy Cox với độ tin cậy 95% (p=0,05).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tuyển chọn được 82 bệnh nhân với tuổi trung bình là 56,8± 13,7, dao động từ 23 đến 84. 72% bệnh nhân chỉ có 1 u đơn độc trong bàng quang, 12,1% bệnh nhân có u kích thước lớn nhất trên 3cm, u có cuống chiếm tỷ lệ 47,6%. Các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn T1 với 56,1%. Nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao chiếm 43,9% và đều có độ mô học cao. Trong thời gian theo dõi trung bình là 48,2 tháng, có 12 (14,6%) bệnh nhân tái phát, được phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo.



Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không tái phát bệnh ở thời điểm 12 tháng đầu là 90,2%. Ở thời điểm 24 tháng tỷ lệ này là 87,8%. Ở thời điểm 36 tháng, tỷ lệ sống thêm không tái phát bệnh là 86,6%. Sau 48 tháng, tỷ lệ sống thêm không tái phát bệnh là 85,3% và duy trì đến khi kết thúc theo dõi.

	Không cố gắng	9 (20,9)	5,29 (1,01 – 27,94)	
Độ mô học	Thấp	2 (6,9)	1	0,02
	Cao	10 (18,8)	44,12 (1,78 – 108,87)	
Xếp loại u	T1	7 (15,2)	1	0,11
	Ta	3 (9,6)	0,10 (0,01 – 1,69)	
	Tis	2 (40,0)	20,15 (0,15 – 258,40)	
Nhóm nguy cơ	Trung bình	4 (8,7)	1	0,07
	Cao	8 (22,2)	32,32 (0,72 – 114,04)	
Thời điểm điều trị	2 đến 6 tuần	10 (14,9)	1	0,79
	Trên 6 tuần	2 (13,3)	1,26 (0,20 – 7,66)	
Liều lượng BCG (mg)	75	8 (22,2)	1	0,16
	81	2 (11,1)	0,01 (0,01 – 4,83)	
	112,5	2 (7,14)	0,11 (0,01 – 0,83)	

Nhận xét: Qua phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố số lượng u, độ mô học và liều lượng BCG là các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng tới nguy cơ bệnh tái phát. U đa ổ làm tăng nguy cơ tái phát bệnh so với u 1 ổ (HR=16,7; CI 95%: 2,11 – 132,50). U có độ mô học cao làm tăng nguy cơ tái phát so với u có độ mô học thấp (HR=44,12; CI 95%: 1,78 – 108,87). BCG có liều lượng 112,5mg làm giảm nguy cơ tái phát so với BCG có liều lượng 75mg (HR=0,11; CI 95%: 0,01 – 0,83).

IV. BÀN LUẬN

Điều trị ung thư bàng quang nông phải đạt được 03 mục tiêu: Loại bỏ khối u nguyên phát, dự phòng khối u tái phát hoặc tiến triển xâm lấn. Tuy nhiên có khoảng 40 – 80% bệnh nhân ung thư bàng quang nông tái phát tại chỗ trong vòng 6 – 12 tháng sau phẫu thuật đơn thuần và khoảng 10 – 25% sẽ có nguy cơ tiến triển xâm lấn lớp cơ, tiến triển tại vùng hoặc di căn xa.³ Để giảm tỉ lệ tái phát và tiến triển, liệu pháp hỗ trợ tại chỗ sau phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo đã được nghiên cứu và áp dụng từ lâu. Các tác nhân được sử dụng bao gồm liệu pháp miễn dịch bằng BCG và các hóa chất như Mitomycin C, Gemcitabine, Epirubicin, Doxorubicin... Trong các tác nhân hỗ trợ này, BCG (Bacillus-Calmette-Guérin) nội bàng quang là phác đồ được nghiên cứu và sử dụng từ rất sớm. BCG nội bàng quang đã chứng minh được hiệu quả giảm tỷ lệ tái phát, tiến triển do UTBQN, nhất là đối với những trường hợp nguy cơ cao và được khuyến cáo là lựa chọn hàng đầu trong điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật cắt u nội soi qua đường niệu đạo.

Nghiên cứu của Martinez Pineiro J A (2003) cho thấy nhận định trung bình 5 năm sau phẫu thuật và điều trị BCG, còn khoảng trên 70% bệnh nhân sống không tái phát.⁴ Tại Việt Nam, theo Vũ Văn Lại (2007), thời gian sống không tái

phát bắt đầu giảm từ tháng 11 và giảm dần theo thời gian. Theo dõi trung bình 27,9 tháng (8-48 tháng), các bệnh nhân bơm BCG có 84,7% bệnh nhân sống không tái phát, trong khi đó ở nhóm phẫu thuật đơn thuần, với thời gian theo dõi trung bình 26,4 tháng, tỷ lệ sống không tái phát chỉ còn 51,1%.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 48 tháng sau điều trị kết quả cho thấy, có 12 bệnh nhân tái phát, thời gian sống thêm không tái phát ngắn nhất là 9 tháng. Tỷ lệ sống thêm không tái phát bệnh ở thời điểm 12 tháng đầu là 90,2%, 24 tháng là 87,8%. Ở thời điểm 36 tháng, tỷ lệ sống thêm không tái phát là 86,6%. Sau 48 tháng, tỷ lệ này là 85,3% và duy trì đến khi kết thúc theo dõi.

Kết quả của các nghiên cứu cho thấy có nhiều yếu tố liên quan đến tiên lượng khả năng tái phát và tiến triển bao gồm: Giai đoạn bệnh, độ mô học, kích thước u, số lượng u, sự có mặt của ung thư biểu mô tại chỗ Tis, tần suất tái phát, đáp ứng của khối u với điều trị hỗ trợ trong bàng quang. Việc nhận biết các yếu tố tiên lượng liên quan đến sự tái phát và tiến triển của NMIBC là rất quan trọng để tư vấn cho bệnh nhân và quyết định điều trị hỗ trợ, như hóa trị (IVC) và liệu pháp miễn dịch Bacillus Calmette-Guérin (BCG). Số lượng khối u là một yếu tố quan trọng trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân để đưa ra quyết định điều trị phù hợp. Số lượng khối u càng nhiều thì mức độ lan rộng của tế bào u ung thư cao và nguy cơ tái phát, tiến triển càng lớn.⁶ Những bệnh nhân có khối u bàng quang đơn độc thường có tiên lượng tốt hơn so với những bệnh nhân có khối u đa ổ. Những khối u đa ổ là một trở ngại trong phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo (TURBT) so với tổn thương đơn ổ, do đó nguy cơ tồn dư khối u ở những bệnh nhân này sẽ cao hơn. Bên cạnh đó, những bệnh nhân có khối u đa ổ thường có độ mô học cao hơn và sự hiện diện của nhiều khối u ở các vị trí khác nhau có thể là kết quả của sự phát triển độc lập của

các tổn thương ung thư với các đột biến gen đa dạng. Nghiên cứu của chúng tôi kết quả cho thấy bệnh nhân có u đa ổ nguy cơ tái phát bệnh cao hơn 16,7 lần so với u 1 ổ (CI 95%: 2,11 – 132,50).

Trong các bệnh lí ung thư nói chung và ung thư bàng quang nông nói riêng độ mô học là một yếu tố tiên lượng quan trọng hàng đầu trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân, độ mô học càng cao thì nguy cơ tái phát, xâm lấn lớp cơ càng lớn và tiên lượng bệnh càng xấu. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc với 2412 bệnh nhân NMIBC điều trị hỗ trợ với BCG kết quả cho thấy, bệnh nhân với độ mô học cao nguy cơ tái phát cao hơn 1,54 lần so với nhóm bệnh nhân có độ mô bệnh học thấp (95% CI: 1,34–1,77).⁷ Nghiên cứu của chúng tôi cho cũng cho thấy, nhóm bệnh nhân độ mô học cao có nguy cơ tái phát cao so với nhóm bệnh nhân có độ mô học thấp (HR= 44,12; CI 95%: 1,78 – 108,87)

Bacillus-Calmette-Guérin (BCG) có nguồn gốc từ một chủng trực khuẩn lao bò (*Mycobacterium bovis*) được A. Nocard phân lập từ năm 1904 và có đặc tính rất độc. Vào khoảng giữa thế kỷ 20, BCG đã được chứng minh có tác dụng kích thích miễn dịch qua trung gian tế bào, làm tăng sự tương tác giữa tế bào lympho và đại thực bào, làm các tế bào này tiết ra các cytokine (IL, IFN, TNF...) có tác dụng chống u. Vào năm 1975, Schellhamer bơm BCG vào bàng quang chó để điều trị khối u bàng quang đã xác định cơ chế đáp ứng miễn dịch (ĐỨMD) của BCG bao gồm tại chỗ và toàn thân giúp tiêu diệt tế bào u. Năm 1976, Morales A lần đầu tiên bơm BCG vào bàng quang người để điều trị UTBQN thu được kết quả khả quan. Từ đó đến nay, BCG được áp dụng khá phổ biến để điều trị UTBQN.⁵ Một đặc điểm quan trọng của BCG là khả năng sống, khả năng tự sinh sản trong cơ thể, tạo nên các đơn vị khuẩn lạc và các đơn vị khuẩn lạc này sẽ tạo nên hiệu quả của liệu pháp. Theo Catalona W.J (1992), ít nhất phải có 10^7 vi khuẩn lao trong 01 lần bơm BQ để tạo ra một đáp ứng miễn dịch chống u.⁸ Do vậy, tùy thuộc vào từng loại BCG, số vi khuẩn trong 1mg vaccine khác nhau mà liều dùng cũng khác nhau cho mỗi loại. Tại Việt Nam, chế phẩm BCG được sử dụng là Im.BCG đông khô 37,5 mg, dùng mỗi lần từ 2-3 ống hoặc Immucyst 81mg 01 lọ đông khô. Mặc dù trên thế giới có nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh tái phát không có sự khác biệt đáng kể giữa các liều BCG⁹, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng liều lượng Im.BCG 112,5mg làm giảm nguy cơ tái phát so với Im.BCG có liều lượng 75mg (HR=0,11; CI 95%: 0,01 – 0,83).

Ngoài các yếu tố như số lượng u, độ mô học và liều lượng BCG là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với thời gian sống thêm bệnh không tái phát. Những yếu tố khác như tuổi, kích thước u, phân nhóm nguy cơ, thời điểm điều trị chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ tái phát.

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp miễn dịch hỗ trợ bằng BCG nội bàng quang có hiệu quả cao trên bệnh nhân ung thư bàng quang nông đã phẫu thuật cắt u qua nội soi, giúp giảm tỉ lệ tái phát và tiến triển. Các yếu tố số lượng u, độ mô học và liều lượng BCG là các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng tới nguy cơ bệnh tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Lyerly HK.** Comprehensive Textbook of Oncology, 2nd Edition. *Ann Surg.* 1992; 215(3):294-295.
3. **Huncharek M, McGarry R, Kupelnick B.** Impact of intravesical chemotherapy on recurrence rate of recurrent superficial transitional cell carcinoma of the bladder: results of a meta-analysis. *Anticancer Res.* 2001;21(1B):765-769.
4. **Martinez-Piñero JA, Flores N, Isorna S, et al.** Long-term follow-up of a randomized prospective trial comparing a standard 81 mg dose of intravesical bacille Calmette-Guérin with a reduced dose of 27 mg in superficial bladder cancer. *BJU Int.* 2002;89(7):671-680. doi:10.1046/j.1464-410x.2002.02722.x
5. **Vũ Văn Lại.** Nghiên cứu điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo kết hợp với bơm BCG vào bàng quang, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2007
6. **Shao Y, Hu X, Yang Z, et al.** Prognostic factors of non-muscle invasive bladder cancer: a study based on next-generation sequencing. *Cancer Cell Int.* 2021;21:23. doi:10.1186/s12935-020-01731-9
7. **Kim HS, Ku JH, Kim SJ, et al.** Prognostic Factors for Recurrence and Progression in Korean Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer Patients: A Retrospective, Multi-Institutional Study. *Yonsei Med J.* 2016;57(4): 855-864. doi:10.3349/ymj.2016.57.4.855
8. **Catalona W.J.** Bladder cancer. *Campbell Urology.* 1992; 6th edition: 1094-1136.
9. **Kawada T, Yanagisawa T, Bekku K, et al.** The efficacy and safety outcomes of lower dose BCG compared to intravesical chemotherapy in non-muscle-invasive bladder cancer: A network meta-analysis. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations.* 2023;41(6):261-273. doi:10.1016/j.urolonc.2023.04.003

ẢNH HƯỞNG CỦA HÌNH THÁI GIẢI PHẪU QUAI ĐỘNG MẠCH CHỦ TRONG PHẪU THUẬT LÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ LOẠI A CẤP TÍNH

Phùng Duy Hồng Sơn¹, Hoàng Thế Anh²,
Hoàng Trọng Hải¹, Vũ Đức Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mỗi liên quan giữa đặc điểm giải phẫu của quai động mạch chủ và nguy cơ hình thành lóc động mạch chủ loại A và phẫu thuật bệnh lý này còn chưa được nghiên cứu rõ ràng. Nghiên cứu này nhằm đánh giá ảnh hưởng của các hình thái quai động mạch chủ bình thường trong điều trị ngoại khoa lóc động mạch chủ loại A cấp tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành hồi cứu tất cả các bệnh nhân lóc động mạch chủ loại A cấp tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2021-2022. **Kết quả:** Trong 89 bệnh nhân lóc động mạch chủ loại A cấp tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2022, 5 bệnh nhân có bất thường giải phẫu quai động mạch chủ. Trong nhóm có quai động mạch chủ bình thường, nhóm loại I có tỷ lệ lớn nhất (57,1%), cao gấp 3 lần loại II (19,0%) và trên 2 lần loại III (23,8%); với nhóm quai loại II có tiền sử tăng huyết áp cao hơn đáng kể, bệnh nhân có quai loại III thường có tổn thương mạch tạng hơn hai nhóm còn lại. Sau phẫu thuật, tỷ lệ tử vong sớm và tỷ lệ phẫu thuật lại sớm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 11,2% và 5,6%; trong đó nguyên nhân tử vong sớm hay gặp nhất là suy đa tạng, nguyên nhân phẫu thuật lại phổ biến nhất là chảy máu. Kiểu hình giải phẫu của quai động mạch chủ bình thường không có ảnh hưởng có ý nghĩa với đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm sau phẫu thuật lóc động mạch chủ loại A cấp tính. **Kết luận:** Đặc điểm giải phẫu của quai động mạch chủ có thể là một yếu tố nguy cơ của bệnh lý lóc động mạch chủ loại A cấp tính và tiên lượng trong phẫu thuật bệnh lý này, đặc biệt là quai động mạch chủ loại III, tuy nhiên, cần thực hiện thêm những nghiên cứu chuyên sâu một cách hệ thống để làm sáng tỏ vấn đề này. **Từ khóa:** Lóc động mạch chủ, giải phẫu, quai động mạch chủ, ngoại khoa

SUMMARY

IMPACT OF NORMAL AORTIC ARCH MORPHOLOGIES ON ACUTE TYPE A AORTIC DISSECTION SURGERY

Objectives: The relationship between anatomical characteristics of the aortic arch and the risk of type A aortic dissection and surgery for this disease remained unclear. This study evaluated the effects of the types

of normal aortic arch on acute type A aortic dissection surgery. **Methods and results:** We retrospectively reviewed all patients with acute type A aortic dissection who underwent surgery at Viet Duc University Hospital from January 2021 to December 2022. Of total 89 patients, 5 patients had abnormal aortic arch anatomy. Among the group with normal aortic arch, type I group had the highest rate (57.1%), 3 times higher than type II (19.0%) and over 2 times higher than type III (23.8%). Type II arch group had a significantly higher history of hypertension, while patients with type III arch were more likely to have visceral vessel injuries than the other two groups. Postoperatively, the early mortality rate and early reoperation rate were 11.2% and 5.6%, respectively. The most common cause of postoperative early death was multiorgan failure and this of reoperation was bleeding. The types of the normal aortic arch showed no significant influence on surgical characteristics and early outcomes after surgery for acute type A aortic dissection. **Conclusions:** The anatomical morphology of the normal aortic arch may be a risk factor for acute type A aortic dissection and the predictor in surgery for this disease, especially type III arch configuration, however, more systematic and in-depth studies are required to clarify this issue. **Keywords:** Aortic dissection, anatomy, aortic arch, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lóc động mạch chủ (LĐMC) là bệnh lý do có vết rách lớp áo trong thành động mạch chủ (ĐMC), qua đó dòng máu áp lực cao trong lòng ĐMC đi vào giữa các lớp áo dẫn tới tách thành ĐMC [1]. LĐMC loại A được định nghĩa là các tổn thương lóc có liên quan tới ĐMC lên. Đây là một bệnh lý nặng, đe dọa tính mạng với tỷ lệ tử vong và biến chứng cao. Phẫu thuật là phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị LĐMC loại A [2]. Mục tiêu quan trọng hàng đầu của phẫu thuật là loại bỏ lỗ vào vết rách lớp áo trong, lòng già và đảm bảo được tưới máu trong lòng thật, để đạt được mục đích này đôi khi rất khó khăn tùy thuộc vào vị trí lỗ vào và phạm vi tổn thương lóc của ĐMC, nhất là khi có tổn thương tại quai ĐMC. Đặc điểm giải phẫu của quai ĐMC được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của LĐMC nói chung [3] và loại A nói riêng và có ảnh hưởng tới quá trình thực hiện cũng như kết quả phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật lên quai ĐMC. Nghiên cứu đặc điểm hình thái quai ĐMC và các nhánh của quai có giá trị quan trọng trong lên kế hoạch phẫu thuật. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn chưa có

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thế Anh

Email: hoangtheanhngoaitimmach@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024