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

Trần Quốc Hòa[1,2,✉], Nguyễn Đình Bắc[1]

[1]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

[2]Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá tính hiệu quả, an toàn và kết quả của phẫu thuật nội soi (PTNS) trong điều trị ung thư đường bài xuất (UTĐBX) tiết niệu trên. Nghiên cứu gồm 46 bệnh nhân trong đó 40 bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc và 6 bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc. Thời gian phẫu thuật trung bình là 151,2 ± 33,5 phút (từ 95 đến 330 phút), trong đó nhóm PTNS qua phúc mạc có thời gian phẫu thuật dài hơn nhóm PTNS sau phúc mạc. Tỷ lệ truyền máu là 8,7% và tất cả đều thuộc nhóm PTNS sau phúc mạc. Tất cả biến chứng đều thuộc độ I, II với tỷ lệ lần lượt là 10,8%, 6,5% và không ghi nhận biến chứng nào ở nhóm PTNS qua phúc mạc. Thời gian nằm viện sau mổ là 7,2 ± 1,8 ngày (từ 6 đến 14 ngày) trong đó nhóm PTNS qua phúc mạc có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm sau phúc mạc. Thời gian theo dõi trung bình là 19,0 ± 11,9 tháng (từ 6 đến 44 tháng), trong đó có 6,5% tử vong do ung thư di căn xa, 8,7% tái phát tại chỗ và tại bàng quang, 8,7% có di căn xa. Nhóm PTNS qua phúc mạc có thời gian theo dõi là 8,7 ± 2,9 tháng (từ 6 đến 14 tháng), không ghi nhận tái phát tại chỗ và tại bàng quang, có 1 bệnh nhân có di căn xa và tử vong sau phẫu thuật 5 tháng. Như vậy, PTNS nói chung và PTNS qua phúc mạc là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị UTĐBX. Một số kết quả về mặt ung thư học thu được khá tốt. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi lâu hơn để đưa ra kết luận chắc chắn.

Từ khóa: Ung thư đường bài xuất tiết niệu trên, phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản tận gốc, phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận niệu quản tận gốc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTĐBX tiết niệu trên là một loại ung thư ít gặp, chiếm 5% ung thư biểu mô đường niệu, tỷ lệ mắc UTĐBX tiết niệu trên đang có xu hướng gia tăng.[1,2] Cắt thận niệu quản tận gốc bao gồm cắt toàn bộ thận, niệu quản và khoét chóp bàng quang được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị bệnh lý này. Trước đây, cắt thận niệu quản tận gốc được thực hiện qua đường mổ mở với một hoặc hai đường mổ dài, thường đau sau mổ nhiều và tỷ lệ biến chứng cao. Kể từ khi PTNS cắt u thận lần đầu tiên năm 1991 cho đến nay, PTNS cắt thận niệu quản tận gốc điều trị UTĐBX tiết niệu trên đã được chấp nhận rộng rãi nhờ các lợi ích mà nó mang lại như mất máu ít, hồi phục nhanh, tỷ lệ biến chứng thấp và vẫn đảm bảo được hiệu quả về mặt ung thư học.[3-7]

PTNS cắt thận niệu quản tận gốc có thể được thực hiện qua đường sau phúc mạc hoặc qua phúc mạc. Mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng với hiệu quả tương đương nhau trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên.[8] Trước đây, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, PTNS cắt thận niệu quản tận gốc được thực hiện qua

Tác giả liên hệ: Trần Quốc Hòa
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Email: Bshoadhy@gmail.com
Ngày nhận: 24/09/2023
Ngày được chấp nhận: 10/10/2023

đường sau phúc mạc để cắt thận và đoạn gần niệu quản kết hợp với đường mổ mở trắng bên để cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang. Gần đây, chúng tôi đã triển khai PTNS qua phúc mạc để cắt thận niệu quản tận gốc mà không cần sử dụng thêm đường mổ mở và đã bước đầu thu được các kết quả tích cực. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tính hiệu quả, an toàn và kết quả của PTNS trong điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bao gồm các bệnh nhân được PTNS cắt thận niệu quản tận gốc điều trị UTĐBX tiết niệu trên tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được PTNS để cắt thận niệu quản tận gốc điều trị UTĐBX tiết niệu trên.
- Có kết quả giải phẫu bệnh là UTĐBX tiết niệu trên.
- Hồ sơ bệnh án đáp ứng yêu cầu nghiên cứu.
- Bệnh nhân có đến khám lại định kỳ theo hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân UTĐBX tiết niệu trên được phẫu thuật khác phối hợp đồng thời.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc hồi cứu.

Thời gian: từ tháng 1/2020 đến tháng 3/2023 tại khoa Ngoại Tiết niệu – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu bao gồm tất cả các bệnh nhân đạt các yêu cầu trên. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm 1 gồm các bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc và nhóm 2 gồm các bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc.

Phân tích và xử lí số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Quy trình phẫu thuật

- PTNS sau phúc mạc: Bệnh nhân được phẫu thuật qua 2 thì[9]:

+ Thì 1: Bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ với 1 gối độn ở vùng thắt lưng và đặt 3 trocar vào khoang sau phúc mạc (2 trocar 10mm ở đường nách giữa và nách sau, 1 trocar 5mm ở đường nách trước) để cắt thận và đoạn đầu niệu quản.

+ Thì 2: Bệnh nhân nằm ngửa, mổ mở theo đường trắng bên dưới rốn để cắt đoạn xa niệu quản, khoét chóp bàng quang và lấy toàn bộ thận – niệu quản – một phần bàng quang qua đường mổ này.

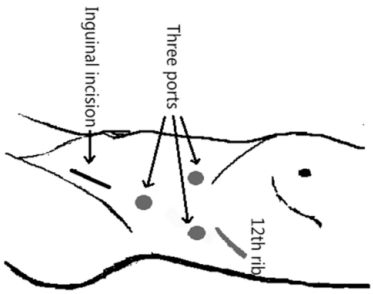
- PTNS qua phúc mạc: Bệnh nhân được phẫu thuật qua 2 thì[10]:

+ Thì 1: Bệnh nhân được đặt nằm nghiêng 90 độ về bên đối diện và đặt 4 trocar vào ổ bụng để cắt thận và đoạn gần niệu quản.

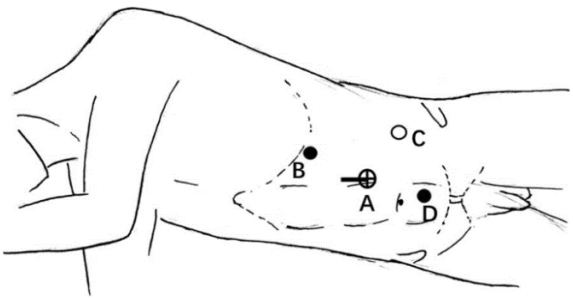
+ Thì 2: Bệnh nhân nằm ngửa và PTNS cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang. Trong trường hợp phẫu tích khó khăn, có thể đặt thêm trocar để thao tác. Sau đó, mở nhỏ ở đường trắng giữa dưới rốn để lấy bệnh phẩm thành 1 khối.

Các tiêu chí đánh giá

- Các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, BMI.
- Các đặc điểm cận lâm sàng: cắt lớp vi tính (CLVT) hệ tiết niệu (vị trí u, kích thước u, giai đoạn của khối u), đặc điểm giải phẫu bệnh.
- Các đặc điểm trong và sau mổ: thời gian phẫu thuật, tỷ lệ phải truyền máu trong và sau mổ, mức giảm hemoglobin sau mổ so với trước mổ, nạo vét hạch trong mổ, thời gian nằm viện sau mổ, biến chứng sau mổ (theo phân loại Clavien-dindo).[10]
- Kết quả theo dõi xa: thời gian theo dõi, tỷ lệ bệnh nhân còn sống, tỷ lệ tái phát tại chỗ và bàng quang, tỷ lệ di căn xa, các phương pháp điều trị phối hợp sau mổ.



Hình 1. Vị trí đặt trocar trong PTNS sau phúc mạc



Hình 2. Vị trí đặt trocar trong PTNS qua phúc mạc

3. Đạo đức nghiên cứu

- Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố.

- Các thông tin của bệnh nhân được sử dụng trong nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nghiên cứu gồm 46 bệnh nhân, trong đó 40 bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc và 6 bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc. Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ là 71,7%. BMI trung bình là 22,2 ± 2,5 (từ 18,3 đến 27,1). Có 44 bệnh nhân phát hiện được u trên CLVT với kích thước u trung bình là 38,0 ± 13,4mm (từ 12 đến 60mm), đài bể thận là vị trí thường gặp nhất với 47,8% và không ghi nhận bệnh nhân nào có giai đoạn của khối u là T4 trên CLVT. Tuy nhiên, trên giải phẫu bệnh có 1 bệnh nhân (2,2%) có giai đoạn của khối u là pT4 và đây là một trường hợp u niệu quản 1/3 dưới. Tỷ lệ di căn hạch là 19,6%.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm			PTNS sau phúc mạc	PTNS qua phúc mạc	Chung
Số bệnh nhân (n)			40	6	46
Tuổi (TB ± SD)			62,6 ± 12,4	62,3 ± 15,1	62,5 ± 12,8
Giới	Nam		29 (72,5%)	4 (66,7%)	33 (71,7%)
	Nữ		11 (27,5%)	2 (33,3%)	13 (28,3%)
BMI			22,1 ± 2,6	23,2 ± 2,1	22,2 ± 2,5
Đặc điểm u trên CLVT	Kích thước u (mm)		38,9 ± 13,2	32,0 ± 15,2	38,0 ± 13,4
	Vị trí u	Đài bể thận	21 (52,5%)	1 (16,7%)	22 (47,8%)
		Niệu quản	11 (27,5%)	4 (66,6%)	15 (32,6%)
		Bể thận + niệu quản	6 (15%)	1 (16,7%)	7 (15,2%)
	Giai đoạn T của u	T1	12 (30%)	2 (33,3%)	14 (31,8%)
		T2	14 (35%)	1 (16,7%)	15 (34,1%)
		T3	12 (30%)	3 (50,0%)	15 (34,1%)

Đặc điểm			PTNS sau phúc mạc	PTNS qua phúc mạc	Chung
Giải phẫu bệnh	Giai đoạn T của u (pT)	pT1	16 (40%)	2 (33,3%)	18 (39,2%)
		pT2	12 (30%)	1 (16,7%)	13 (28,2%)
		pT3	11 (27,5%)	3 (50,0%)	14 (30,4%)
		pT4	1 (2,5%)	0 (0%)	1 (2,2%)
	Tỷ lệ có di căn hạch		8 (20%)	1 (16,7%)	9 (19,6%)

2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 151,2 ± 33,5 phút (từ 95 đến 330 phút) trong đó thời gian phẫu thuật ở nhóm PTNS qua phúc mạc dài hơn nhóm sau phúc mạc. Tỷ lệ nạo vét hạch trong mổ là 47,8% và tỷ lệ này ở nhóm PTNS qua phúc mạc thấp hơn nhóm PTNS sau phúc mạc. Có 4 bệnh nhân (8,7%) phải truyền máu và tất cả đều là các bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc. Mức giảm Hb trung bình là 19,5 ± 12,7 g/l (từ 7 đến 75 g/l) và mức giảm Hb ở nhóm PTNS qua phúc mạc thấp hơn nhóm sau phúc mạc. Tỷ lệ biến chứng độ I, II lần lượt là 10,8% và 6,5%, trong đó nhóm PTNS qua phúc mạc không ghi nhận ca nào có biến chứng. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 7,2 ± 1,8 ngày (từ 6 đến 14 ngày) trong đó nhóm PTNS qua phúc mạc có thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn nhóm PTNS sau phúc mạc.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		PTNS sau phúc mạc	PTNS qua phúc mạc	Chung
Thời gian phẫu thuật (phút)		136,4 ± 28,0	250,0 ± 70,1	151,2 ± 33,5
Tỷ lệ nạo vét hạch trong mổ (%)		21 (52,5%)	1 (16,7%)	47,8%
Đánh giá mất máu	Tỷ lệ truyền máu (%)	4 (10%)	0 (0%)	4 (8,7%)
	Mức giảm Hb (g/l)	20,6 ± 13,4	11,8 ± 8,2	19,5 ± 12,7
Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo	Độ I	5 (12,5%)	0 (0%)	5 (10,8%)
	Độ II	3 (7,5%)	0 (0%)	3 (6,5%)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		7,4 ± 1,9	5,7 ± 1,4	7,2 ± 1,8

3. Kết quả theo dõi xa

Thời gian theo dõi trung bình là 19,0 ± 11,9 tháng (từ 6 đến 44 tháng) trong đó thời gian theo dõi của nhóm PTNS qua phúc mạc ngắn hơn nhóm PTNS sau phúc mạc. Trong thời gian theo dõi, có 3 bệnh nhân (6,5%) tử vong do ung thư di căn trong đó có 2 bệnh nhân PTNS sau phúc mạc và 1 bệnh nhân PTNS qua phúc mạc. Có 4 bệnh nhân (8,7%) có tái phát tại chỗ và bàng quang trong đó không có bệnh nhân nào thuộc nhóm PTNS qua phúc mạc. Sau phẫu thuật, có 6 bệnh nhân (13,0%) được điều trị hóa chất bổ trợ, 1 bệnh nhân (2,2%) được cắt u bàng quang nội soi và 2 bệnh nhân (4,3%) cắt bàng quang toàn bộ do u tái phát tại bàng quang.

Bảng 3. Kết quả theo dõi xa

Đặc điểm		PTNS sau phúc mạc	PTNS qua phúc mạc	Chung
Thời gian theo dõi (tháng)		20,5 ± 13,3	8,7 ± 2,9	19,0 ± 11,9
Tỷ lệ sống và tử vong	Còn sống	38 (95%)	5 (83,3%)	43 (93,5%)
	Tử vong	2 (5%)	1 (16,7%)	3 (6,5%)
Tái phát và di căn	Tái phát tại chỗ và bàng quang	4 (10%)	0 (0%)	4 (8,7%)
	Di căn xa	3 (7,5%)	1 (16,7%)	4 (8,7%)
Điều trị phối hợp sau mổ	Hóa chất bổ trợ	5 (12,5%)	1 (16,7%)	6 (13,0%)
	Cắt u bàng quang nội soi	1 (2,5%)	0 (0%)	1 (2,2%)
	Cắt bàng quang toàn bộ	2 (5%)	0 (0%)	2 (4,3%)

IV. BÀN LUẬN

Với sự tiến bộ của khoa học công nghệ và các dụng cụ nội soi, PTNS dần thay thế mổ mở trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên. PTNS có nhiều ưu điểm hơn so với mổ như mất máu trong mổ ít, đau sau mổ ít, phục hồi sau mổ nhanh, thời gian nằm viện ngắn và tỷ lệ các biến chứng thấp hơn…[4,5] PTNS có hiệu quả tương đương so với mổ mở về mặt ung thư học, tuy nhiên một số nghiên cứu khuyến cáo cần có các nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn để đưa ra kết luận này.[4-7] PTNS cắt thận niệu quản tận gốc điều trị UTĐBX tiết niệu trên có thể được thực hiện qua đường sau phúc mạc hoặc qua phúc mạc. Đối với các phẫu thuật viên tiết niệu, việc lựa chọn PTNS sau phúc mạc hay qua phúc mạc phụ thuộc chủ yếu vào thói quen cũng như kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Trước đây, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, hầu hết bệnh nhân UTĐBX tiết niệu trên được PTNS sau phúc mạc để cắt thận niệu quản tận gốc. Tuy nhiên, PTNS sau phúc mạc thường phải kết hợp với đường mổ mở đường trắng bên để cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang. Gần đây, chúng tôi đã triển khai PTNS qua phúc mạc để cắt thận niệu quản tận gốc và đã thu được một số kết quả bước đầu khá tích cực. Với phẫu thuật này toàn bộ thận, niệu quản và khoét chóp bàng quang được thực hiện qua nội soi mà không cần phải phối hợp với mổ mở đường trắng bên.

Theo Pingyu Zhu, PTNS qua phúc mạc có thời gian phẫu thuật ngắn hơn đáng kể so với PTNS sau phúc mạc.[12] Kết quả tương tự cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của Kun Ye.[10] Tuy nhiên, Wentao Liu lại cho thấy 2 phương pháp này có thời gian phẫu thuật tương đương nhau.[8] Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc dài hơn so với nhóm bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc, tuy nhiên kết quả này chưa đủ để đưa ra kết luận vì số lượng bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để so sánh. Hơn thế nữa, đây là những ca đầu tiên chúng tôi triển khai PTNS qua phúc mạc vì vậy chúng tôi còn gặp nhiều khó khăn trong quá trình phẫu thuật. Một trong những ưu điểm của PTNS so với mổ mở là giảm lượng máu mất trong mổ và các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy PTNS qua phúc mạc và sau phúc

mạc có lượng máu mất trong mổ tương đương nhau.[8,12] Do nghiên cứu hồi cứu nên không thể đánh giá chính xác lượng máu mất trong mổ. Vì vậy, chúng tôi đánh giá mất máu một cách giản tiếp dựa vào tỷ lệ truyền máu và mức giảm hemoglobin sau mổ so với trước mổ. Có 8,7% bệnh nhân cần truyền máu trong và sau mổ trong đó tất cả bệnh nhân phải truyền máu đều thuộc nhóm PTNS qua phúc mạc. Ngoài ra, mức giảm hemoglobin trung bình ở nhóm PTNS qua phúc mạc thấp hơn so với nhóm PTNS sau phúc mạc. Các nghiên cứu trước đây cho thấy PTNS là một phương pháp đảm bảo được tính an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp và đa số là các biến chứng nhẹ. Theo nghiên cứu của Wentao Liu, Pingyu Zhu và Kun Ye cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ của PTNS qua phúc mạc và sau phúc mạc tương đương nhau và tất cả là biến chứng độ I, II theo phân loại Clavien-Dindo.[8,10,12] Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác và tất cả đều là biến chứng độ I, II theo phân loại Clavien-Dindo. Trong nhóm bệnh nhân PTNS qua phúc mạc, không có trường hợp nào có biến chứng sau mổ. Một trong số những vấn đề cũng được quan tâm là thời gian phục hồi nhu động ruột và thời gian nằm viện sau mổ. Theo nghiên cứu của Wentao Liu cho thấy, PTNS sau phúc mạc có thời gian nằm viện sau mổ và thời gian hồi phục nhu động ruột ngắn hơn.[8] Ở nghiên cứu khác của Pingyu Zhu lại cho thấy hai phương pháp này có thời gian nằm viện sau mổ tương đương nhau trong khi đó PTNS sau phúc mạc có thời gian hồi phục nhu động ruột sau mổ ngắn hơn. Còn ở nghiên cứu của Kun Ye lại kết luận rằng 2 phương pháp này có thời gian nằm viện sau mổ và thời gian hồi phục nhu động ruột tương đương nhau.[10] Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc có thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn nhóm PTNS sau phúc mạc. Như vậy, PTNS nói chung cũng như PTNS qua phúc mạc nói riêng đã cho thấy được tính hiệu quả và an toàn trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên. Hạn chế của nghiên cứu là số lượng bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc còn ít, vì vậy cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đưa ra kết luận này.

Một trong những vấn đề được quan tâm khi phẫu thuật các bệnh lý ung thư là hiệu quả về mặt ung thư học. Các nghiên cứu gần đây cho thấy PTNS có hiệu quả về mặt ung thư học tương đương với mổ mở trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên.[4-7] Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu so sánh hiệu quả về mặt ung thư học của hai phương pháp này. Theo nghiên cứu của Pingyu Zhu cho thấy, PTNS sau phúc mạc và qua phúc mạc có hiệu quả tương đương nhau về mặt ung thư học. Nghiên cứu này chỉ ra rằng, tỷ lệ tái phát tại chỗ, tỷ lệ di căn xa và tỷ lệ sống thêm một năm sau mổ ở hai phương pháp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.[12] Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu của Tae Heon Kim lại cho thấy, PTNS qua phúc mạc có hiệu quả về mặt ung thư học kém hơn so với PTNS sau phúc mạc. Nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát tại chỗ giữa hai phương pháp. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc có tỷ lệ di căn hạch, di căn xa và di căn phúc mạc cao hơn so với nhóm bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc.[13] Ngoài ra, nghiên cứu này cũng cho thấy nhóm bệnh nhân PTNS sau phúc mạc có thời gian sống không bệnh tốt hơn so với nhóm bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc.[13] Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm liên quan đến bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ ở 2 phương pháp này.[13] Tỷ lệ tái phát tại chỗ và tại bàng quang, tỷ lệ di căn xa trong nghiên cứu cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu Andre Berger.[14] Sự khác biệt này có thể là do thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng

tôi ngắn hơn trong nghiên cứu của tác giả này. Trong nhóm PTNS qua phúc mạc của chúng tôi, chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát tại chỗ và tại bàng quang. Có một trường hợp tử vong do ung thư di căn khoang phúc mạc sau phẫu thuật 1 tháng. Tuy nhiên, bệnh nhân và người nhà không đồng ý tiếp nhận các phương pháp điều trị bổ trợ và bệnh nhân đã tử vong sau phẫu thuật 5 tháng. Như vậy, PTNS có những kết quả khả quan về mặt ung thư học và PTNS qua phúc mạc đã thu được các kết quả bước đầu khá tích cực. Tuy nhiên, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả của PTNS nói chung và của PTNS qua phúc mạc trong điều trị bệnh lý này.

V. KẾT LUẬN

PTNS nói chung và PTNS qua phúc mạc là một phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên. Các kết quả về mặt ung thư học của PTNS trong điều trị bệnh lý này bước đầu thu được khá tích cực. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả của PTNS nói chung và PTNS qua phúc mạc trong điều trị bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jemal A, Siegel R, Xu J, et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2010;60:277-300.

2. Siegel R, Naishadham D, Jemal A, et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:10-29.

3. Clayman RV, Kavoussi LR, Figenshau RS, et al. Laparoscopic nephroureterectomy: initial clinical case report. *J Laparoendosc Surg*. 1991;1:343-349

4. Jorge Correia, Gonçalo Mendes, Bernardo Texeira, et al. Perioperative and oncological outcomes of laparoscopic and open radical nephroureterectomy for locally advanced upper tract urothelial carcinoma: a single-center cohort study. *Cent European J Urol*. 2022;75(3):257-264.

5. Radosław Piszczek, Łukasz Nowak, Wojciech Krajewski, et al. Oncological outcomes of laparoscopic versus open nephroureterectomy for the treatment of upper tract urothelial carcinoma: an updated meta-analysis. *World Journal of Surgical Oncology. 2021;19:129.*

6. Benoit Peyronnet, Thomas Seisen, Jose-Luis Dominguez-Escrig, et al. Oncological Outcomes of Laparoscopic Nephroureterectomy Versus Open Radical Nephroureterectomy for Upper Tract Urothelial Carcinoma: An European Association of Urology Guidelines Systematic Review. *Eur Urol Focus*. 2019;5(2):205-223.

7. Rassweiler JJ, Schulze M, Marrero R, et al. Laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma: Is it better than open surgery? *Eur Urol*. 2004;46:690-697.

8. Wentao Liu, Yinhuai Wang, Zhaohui Zhong, 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.

9. Kaouk Jihad H, Savage Stephen J, Gill Inderbir S. Retroperitoneal Laparoscopic Nephroureterectomy and Management Options for the Distal Ureter. *Journal of Endourology*. 2001;15(4):385-390.

10. Kun Ye, Zhaohui Zhong, Liang Zhu, et al. Modified transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic radical nephroureterectomy in the management of upper urinary tract urothelial carcinoma: Best practice in a single center with updated results. *Journal of International Medical Research*. 2020;48(6):1-9.

11. Daniel Dindo, Nicolas Demartines, Pierre-Alain Clavien. Classification of Surgical Complications. *Ann Surg*. 2004;240(2):205-213.

12. Pingyu Zhu, Li Wang, Kunpeng Li, et al. Perioperative and oncologic outcomes of transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract urothelial carcinoma: a systematic review and pooled analysis of comparative outcomes. *World Journal of Surgical Oncology*. 2023;21:163.

13. Tae Heon Kim, Yoon Seok Suh, Hwang Gyun Jeon, et al. Transperitoneal radical nephroureterectomy is associated with worse disease progression than retroperitoneal radical nephroureterectomy in patients with upper urinary tract urothelial carcinoma. *Scientific Reports*. 2019;9:6294.

14. Andre Berger, Amr Fergany. Laparoscopic Nephroureterectomy: Oncologic Outcomes and Management of Distal Ureter; Review of the Literature. *Advances in Urology.* 2009;1-4.

Summary

OUTCOMES OF LAPAROSCOPY IN THE MANAGEMENT OF UPPER URINARY TRACT UROTHELIAL CARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The purpose of this study is to evaluate the effectiveness, safety and outcomes of laparoscopy and transperitoneal laparoscopy (TL) in the treatment of upper tract urothelial carcinoma (UTUC). The study included 46 patients, of which 40 patients underwent retroperitoneal laparoscopy (RL) and 6 patients underwent TL. The average operative time was 151.2 ± 33.5 minutes (Min 95; Max 330), of which the TL group had longer operative time than the RL group. The blood transfusion rate was 8.7% and all were in the RL group. All complications were grade I, II representing 10.8%, 6.5% respectively, and no complication was recorded in the TL group. Postoperative hospital stay was 7.2 ± 1.8 days (Min 6; Max 14), of which the TL group had a shorter hospital stay than the RL group. The mean follow-up was 19.0 ± 11.9 months (Min 6; Max 44), of which the disease specific mortality was 6.5%, 8.7% had local and bladder recurence, and 8.7% had distant metastasis. The mean follow-up of the TL group was 8.7 ± 2.9 months (Min 6; Max 14), no local or bladder recurrence was recorded. One patient had distant metastasis and died 5 months after surgery. Thus, laparoscopy and TL is a safe and effective procedure in the treatment of UTUC. Oncological outcomes obtained from our study are quite good. However, studies with larger sample sizes and longer follow-up are needed to establish definitive conclusions.

Keywords: Upper tract urothelial carcinoma, laparoscopic nephroureterectomy, transperitoneal laparoscopic nephroureterectomy.