

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÀNG QUANG TOÀN BỘ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG: BÁO CÁO LOẠT TRƯỜNG HỢP BỆNH

Trần Quốc Hòa^{1,2} và Nguyễn Đình Bắc^{1,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Ung thư bàng quang (UTBQ) là một trong số các loại ung thư thường gặp nhất của hệ tiết niệu. Tại thời điểm được chẩn đoán, đa số UTBQ đã xâm lấn lớp cơ. Vì vậy, mổ mở cắt bàng quang toàn bộ, nạo vét hạch chậu bịt được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn ở các trường hợp này. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ đã được áp dụng thành công tại một số trung tâm trên thế giới và đã cho thấy đây có thể là một lựa chọn khả thi thay thế cho mổ mở trong điều trị bệnh lý này. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, mổ mở cắt bàng quang toàn bộ vẫn được xem là lựa chọn tiêu chuẩn trong điều trị UTBQ. Gần đây chúng tôi đã bước đầu triển khai thành công phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bàng quang toàn bộ và thu được một số kết quả tích cực. Tuy nhiên, đây vẫn còn là một phẫu thuật khó, tiềm ẩn nhiều nguy cơ, cũng như chưa có đủ bằng chứng để đánh giá hiệu quả về mặt ung thư học. Vì vậy, trong tương lai cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả thực sự của phương pháp này.

Từ khóa: Ung thư bàng quang, phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là một trong số các loại ung thư thường gặp nhất của hệ tiết niệu. Tại thời điểm được chẩn đoán có 75% ung thư bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ và 25% còn lại đã xâm lấn lớp cơ.¹⁻³ Phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ và nạo vét hạch chậu bịt hai bên được xem là phương pháp điều trị chính cho các trường hợp ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ hoặc ung thư bàng quang nguy cơ cao.¹⁻³ Trước đây, mổ mở cắt bàng quang toàn bộ và nạo vét hạch chậu bịt được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn.^{2,3} Tuy nhiên, mổ mở thường liên quan đến nguy cơ biến chứng cao với tỷ lệ biến chứng sau mổ là 30 - 60% và tỷ lệ tử vong là 2 - 3%.⁴ Mặc dù tỷ lệ biến chứng cao nhưng tỷ lệ sống 5 năm ở các bệnh nhân ung

thư bàng quang khu trú, chưa di căn hạch là 73 - 89%, 45 - 55% ở các bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn tiểu khung và 25 - 35% ở các bệnh nhân ung thư bàng quang di căn hạch.⁵⁻⁷ Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bàng quang toàn bộ được thực hiện lần đầu tiên năm 1993 bởi Badajoz. Kể từ khi ra đời phương pháp này đã dần chứng minh được tính hiệu quả về mặt phẫu thuật cũng như ung thư học tương đương với mổ mở trong điều trị ung thư bàng quang. Trên thế giới, phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ điều trị ung thư bàng quang ngày càng trở nên phổ biến, tuy nhiên đây vẫn còn được xem là một phẫu thuật khó và tiềm ẩn nhiều nguy cơ xảy ra biến chứng. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ điều trị ung thư bàng quang chủ yếu được thực hiện tại một số trung tâm lớn với số lượng bệnh nhân được phẫu thuật còn ít. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã triển khai phẫu thuật này và bước đầu đạt được một số kết quả tích cực.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đình Bắc

Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Email: Nguyendinhbac1991@gmail.com

Ngày nhận: 20/09/2024

Ngày được chấp nhận: 23/10/2024

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để báo cáo kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ trong điều trị ung thư bàng quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang.

- Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ và nạo vét hạch chậu bịt.

- Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư bàng quang xâm lấn cơ.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- Bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả sau mổ định kỳ theo hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Không đảm bảo đầy đủ các tiêu chuẩn ở phần tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Báo cáo loạt ca bệnh.

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Ngoại Tiết niệu – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 03/2022 đến tháng 05/2024.

Cách chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu có 6 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu của chúng tôi.

Tóm tắt quy trình phẫu thuật:

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, dạng 2 chân, đầu thấp.

- Vị trí đặt trocar: 1 trocar 10mm ở rốn, 1 trocar 10mm ở mạng sườn phải và 2 trocar 5mm ở hố chậu 2 bên.

- Bước 1: Giải phóng niệu quản 2 bên đến sát bàng quang, lấy diện cắt niệu quản 2 bên gửi sinh thiết tức thì.

- Bước 3: Nạo vét hạch chậu bịt 2 bên gửi giải phẫu bệnh.

- Bước 4: Giải phóng toàn bộ bàng quang kèm theo cắt toàn bộ tuyến tiền liệt đối với nam, tử cung và vòi trứng 2 bên đối với nữ.

- Bước 5: Đưa niệu quản 2 bên ra da tại 2 vị trí đặt trocar 5mm.

- Bước 6: Lấy bệnh phẩm, đặt dẫn lưu và đóng các lỗ trocar.

Các tiêu chí nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, bệnh mãn tính, tiền sử ngoại khoa và điều trị ung thư bàng quang, kích thước u lớn nhất, số lượng u, giai đoạn TNM của khối u bàng quang trên CLVT, giai đoạn TNM của khối u trên giải phẫu bệnh.

- Kết quả phẫu thuật và theo dõi sớm sau mổ: Thời gian phẫu thuật, số trocar sử dụng, sinh thiết tức thì diện cắt niệu quản, phương pháp chuyển lưu nước tiểu, tai biến trong mổ, mất máu trong mổ, truyền máu, biến chứng sau mổ, giảm đau sau mổ và thời gian nằm viện sau mổ.

- Kết quả theo dõi xa sau mổ: Thời gian theo dõi, tử vong, tái phát tại chỗ, tái phát tại lỗ trocar, di căn xa, biến chứng xa sau mổ.

Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

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

Trong thời gian nghiên cứu, có 6 bệnh nhân ung thư bàng quang được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ, đưa niệu quản ra da 2 bên và không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở.

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi của bệnh nhân thay đổi từ 78 - 91 tuổi (trung bình $83,2 \pm 4,4$), nam giới chiếm đa số với 5/6 bệnh nhân và trong số đó có 2 bệnh nhân có bệnh lý tim mạch và hô hấp kèm theo. Kích thước lớn nhất của u trên trên cắt lớp vi tính thay đổi từ 22 - 63mm (trung bình $39,5 \pm 18,3$), tất cả khối u ở giai đoạn T2-T3 và chỉ có 1 bệnh nhân có di căn hạch vùng N1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	BN1	BN2	BN3	BN4	BN5	BN6
Tuổi	81	83	82	91	78	84
Giới	Nữ	Nam	Nam	Nam	Nam	Nam
BMI	18,5	19,5	17,8	21,9	18,2	19,3
Bệnh mãn tính	Không	Không	Không	THA	COPD, stent MV	Không
TS ngoại khoa	Mổ mở cắt RT	Không	Không	Cắt UPĐ	Không	Không
KT u (mm)	26	22	54	63	50	22
Số lượng u	Một ổ	Một ổ	Đa ổ	Một ổ	Một ổ	Một ổ
TNM trên CLVT	T2N0M0	T3N0M0	T2N0M0	T3N0M0	T3N1M0	T3N0M0
TNM trên GPB	T2N0	T3N0	T2N0	T3N0	T3N1	T3N0

2. Kết quả phẫu thuật và theo dõi sớm sau mổ

Tất cả bệnh nhân được cắt bàng quang toàn bộ, đưa niệu quản ra da 2 bên với thời gian phẫu thuật thay đổi từ 200 - 225 phút (trung bình $210,8 \pm 10,2$). Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng 4 trocar để phẫu thuật (2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm). Không ghi nhận bệnh nhân nào có tai biến trong mổ, có 2/6 bệnh nhân

phải truyền máu, 2/6 bệnh nhân có biến chứng tắc ruột sớm sau mổ được điều trị bảo tồn và không ghi nhận thêm biến chứng nào khác. Tất cả bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng tê tại chỗ lỗ trocar phối hợp với paracetamol truyền tĩnh mạch. Thời gian nằm viện sau mổ thay đổi từ 5 - 21 ngày (trung bình $9,7 \pm 5,7$).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật và theo dõi sớm sau mổ

Đặc điểm	BN1	BN2	BN3	BN4	BN5	BN6
Thời gian PT (phút)	220	200	210	225	210	200
Số trocar	4	4	4	4	4	4
Phương pháp chuyển lưu nước tiểu	Đưa niệu quản ra da 2 bên					

Đặc điểm	BN1	BN2	BN3	BN4	BN5	BN6
ST diện cắt NQ	Âm tính					
TB trong mổ	Không	Không	Không	Không	Không	Không
Truyền máu	Không	Không	Không	Có	Có	Không
Biến chứng sau mổ	Không	Không	Không	Có	Không	Có
PP giảm đau sau mổ	Tê tại chỗ trocar + paracetamol truyền tĩnh mạch					
Nằm viện sau mổ (ngày)	7	9	5	21	7	9

3. Kết quả theo dõi xa sau mổ

Thời gian theo dõi sau mổ thay đổi từ 4 - 26 tháng (trung bình $12,3 \pm 9,1$), không ghi nhận bệnh nhân nào tử vong, di căn xa, tái phát tại

chỗ hoặc có biến chứng xa sau mổ. Chỉ có 1 bệnh nhân tái phát tại chân trocar sau thời gian phẫu thuật 7 tháng.

Bảng 3. Kết quả theo dõi xa sau mổ

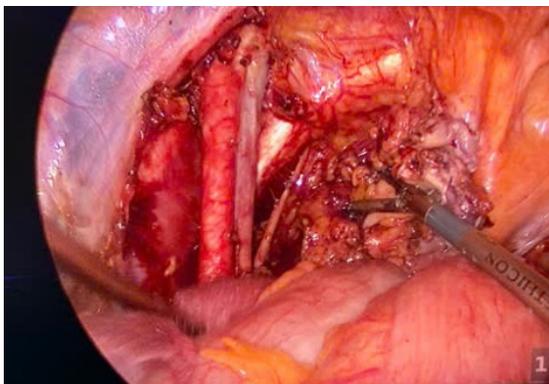
Đặc điểm	BN1	BN2	BN3	BN4	BN5	BN6
Thời gian theo dõi (tháng)	21	6	26	11	4	6
Tử vong	Không	Không	Không	Không	Không	Không
Tái phát tại chỗ	Không	Không	Không	Không	Không	Không
Tái phát trocar	Không	Không	Không	Có	Không	Không
Di căn xa	Không	Không	Không	Không	Không	Không
BC xa sau mổ	Không	Không	Không	Không	Không	Không

IV. BÀN LUẬN

Mở mở cắt bàng quang toàn bộ được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ hoặc ung thư bàng quang nguy cơ cao.¹⁻³ Tuy nhiên, trong thời gian gần đây phẫu thuật nội soi và phẫu thuật có hỗ trợ của robot đã được áp dụng và đã chứng minh được các ưu điểm so với mổ mở. Theo kết quả nghiên cứu của Omar M. Aboumarzouk và cộng sự cho thấy, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ cao hơn so với các bệnh nhân được mổ mở.⁸ Điều này đồng nghĩa với việc phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ có

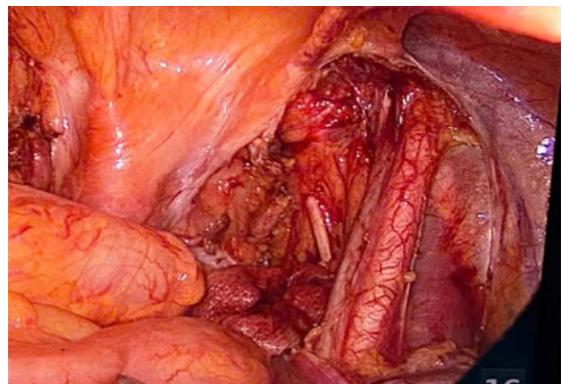
thể chỉ định được cho cả nhóm bệnh nhân lớn tuổi với nhiều bệnh lý phối hợp. Đặc điểm này cũng thấy được trong nghiên cứu của chúng tôi với tuổi của bệnh nhân thay đổi từ 78 - 91 tuổi, trong đó có 2 bệnh nhân có các vấn đề về tim mạch và hô hấp kèm theo. Theo nghiên cứu của Kun Tang và cộng sự cho thấy, ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có lượng máu mất trong mổ ít hơn cũng như tỷ lệ phải truyền máu thấp hơn nhóm mổ mở ở mức có ý nghĩa thống kê.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trong số 6 bệnh nhân cần phải truyền máu và cả 2 bệnh nhân này đều

có các bệnh lý tim mạch kèm theo (tăng huyết áp và stent mạch vành). Đây có thể là yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ mất máu trong mổ ở các bệnh nhân này. Mặc dù phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ không làm giảm tỷ lệ các biến chứng nặng so với mổ mở. Tuy nhiên, các nghiên cứu lại cho thấy, tổng tỷ lệ các biến chứng ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ thấp hơn so với nhóm bệnh nhân mổ mở.^{8,9} Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 bệnh nhân có biến chứng tắc ruột sớm sau mổ, tuy nhiên cả 2 bệnh nhân này đều được điều trị nội mà không cần can thiệp phẫu thuật. Ngoài ra, chúng tôi cũng không ghi nhận thêm tai biến hoặc biến chứng nào khác xảy ra trong và sau mổ ở các bệnh nhân đã được phẫu thuật. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi cũng giúp giảm mức độ đau đáng kể so với mổ mở cắt bàng quang toàn bộ. Theo nghiên cứu của Kazumasa Matsumoto cho thấy, nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ có nhu cầu sử dụng Fentanyl để gây tê ngoài màng cứng thấp hơn nhóm bệnh nhân mổ mở.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân chỉ cần giảm đau sau mổ bằng gây tê tại chỗ ở các vị trí chân trocar phối hợp với các thuốc giảm đau bậc 1 (paracetamol truyền tĩnh mạch) mà không có bệnh nhân nào phải sử dụng thêm thuốc giảm đau bậc 2, 3. Một trong những ưu điểm nữa của phẫu thuật nội



Hình 1. Nạo vét hạch chậu bịt trái

soi cắt bàng quang toàn bộ là giúp rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ.^{8,9} Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện sau mổ thay đổi từ 5 - 21 ngày. Trong đó bệnh nhân có thời gian nằm viện dài nhất là bệnh nhân lớn tuổi nhất và kèm theo biến chứng tắc ruột sớm sau mổ vì vậy đã kéo dài thời gian nằm viện so với các bệnh nhân khác. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ cũng tồn tại một số nhược điểm. Trong đó, nhược điểm lớn nhất là khó khăn khi thao tác phẫu thuật trong không gian hẹp của tiểu khung, điều này sẽ yêu cầu phải sử dụng nhiều trocar hơn đồng thời có thể làm cho thời gian phẫu thuật kéo dài hơn. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tất cả bệnh nhân được phẫu thuật với 4 trocar (2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm), trong đó có 2 trocar 5mm đặt ở 2 bên hố chậu được tận dụng để làm vị trí đưa niệu quản ra da. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thay đổi từ 200 - 225 phút, dài hơn so với thời gian mổ mở cắt bàng quang toàn bộ. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng, thời gian phẫu thuật ở các bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ dài hơn so với các bệnh nhân mổ mở.^{8,9} Từ các kết quả bước đầu triển khai cho thấy phẫu thuật nội soi là một lựa chọn hứa hẹn có thể thay thế mổ mở trong điều trị ung thư bàng quang. Tuy nhiên, đây vẫn được xem là một phẫu thuật khó và tiềm ẩn nhiều nguy cơ xảy ra tai biến.



Hình 2. Nạo vét hạch chậu bịt phải

Mặc dù, đã có nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ là một lựa chọn thay thế an toàn và hiệu quả về mặt phẫu thuật cho mổ mở trong điều trị ung thư bàng quang. Tuy nhiên, các nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng hiện tại chưa đủ bằng chứng để khẳng định được hiệu quả về mặt ung thư học của phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ so với mổ mở.^{8,9,11} Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ với thời gian theo dõi sau mổ thay đổi từ 4 - 26 tháng. Trong thời gian theo dõi chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bệnh nhân tử vong, không phát hiện di căn xa, tái phát tại chỗ và chỉ có một trường hợp tái phát tại chân trocar. Đây là một trường hợp tái phát tại vị trí chân trocar 5mm tương ứng với vị trí đưa niệu quản ra da sau thời gian phẫu thuật 7 tháng. Mặc dù các kết quả bước đầu về mặt ung thư học khá tích cực, tuy nhiên cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định được hiệu quả về mặt ung thư học của phương pháp này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ lần đầu tiên được triển khai tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội đã thu được một số kết quả tích cực và có thể là một lựa chọn thay thế mổ mở trong điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ. Tuy nhiên, nghiên cứu cần được tiến hành với cỡ mẫu và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá được tính hiệu quả và an toàn về mặt phẫu thuật cũng như hiệu quả về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van den Bosch S, Alfred Witjes J. Long-term cancer-specific survival in patients with high-risk, non-muscle-invasive bladder cancer and tumour progression: a systematic review. *Eur Urol.* 2011; 60(3): 493-500.
2. Babjuk M, Böhle A, Burger M, et al. EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: update 2016. *Eur Urol.* 2017; 71(3): 447-461.
3. Witjes J A, Lebet T, Compérat E M, et al. Updated 2016 EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer. *Eur Urol.* 2017; 71(3): 462-475.
4. Cookson MS, Chang SS, Wells N, et al. Complications of radical cystectomy for nonmuscle invasive disease: comparison with muscle invasive disease. *J Urol.* 2003; 169:101-104.
5. Hautmann RE, Gschwend JE, de Petriconi RC, et al. Cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: results of a surgery only series in the neobladder era. *J Urol.* 2006; 176:486-492.
6. Herr H, Lee C, Chang S, Lerner S. Standardization of radical cystectomy and pelvic lymph node dissection for bladder cancer: a collaborative group report. *J Urol.* 2004; 171:1823-1828.
7. Karakiewicz PI, Shariat SF, Palapattu GS, et al. Nomogram for predicting disease recurrence after radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol.* 2006; 176:1354-1361.
8. Omar M. Aboumarzouk, Owen Hughes, Krishna Narahari, et al. Safety and Feasibility of Laparoscopic Radical Cystectomy for the Treatment of Bladder Cancer. *Journal Of Endourology.* 2013; 27(9):1083-1095.
9. Kun Tang., Heng Li., Ding Xia, et al. Laparoscopic versus Open Radical Cystectomy in Bladder Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *PLoS ONE.* 2014; 9(5): e95667.
10. Kazumasa Matsumoto, Ken-ichi Tabata, Takahiro Hirayama, et al. Robot-assisted laparoscopic radical cystectomy is a safe and

effective procedure for patients with bladder cancer compared to laparoscopic and open surgery: Perioperative outcomes of a single-center experience. *Asian Journal of Surgery*. 2019; 42:189-196.

11. Fonseka Thomas, Ahmed Kamran, Froghi Saied, et al. Comparing robotic, laparoscopic and open cystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. 2015; 87(1):41–48.

Summary

INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC RADICAL CYSTECTOMY TREATMENT OF BLADDER CANCER: CASE SERIES REPORT

Bladder cancer is one of the most common tumors of the urinary system with the majority of patients presented with muscle invasive bladder cancer. Radical cystectomy with regional lymph node dissection is regarded as the standard treatment for muscle-invasive bladder cancer. In recent years, laparoscopic radical cystectomy has been successfully applied in a number of centers around the world and has shown as a viable alternative. At HaNoi Medical University Hospital, radical cystectomy is still considered as the standard treatment. Recently, we have successfully applied laparoscopic radical cystectomy and obtained some positive results. However, this is still a difficult surgery with many potential risks and there is not enough evidence to evaluate oncological outcomes. We suggest further studies with larger sample sizes and longer follow-up periods to evaluate the outcomes.

Keywords: Bladder cancer, Laparoscopic Radical Cystectomy.