

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG XÂM LẤN LỚP CƠ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT BÀNG QUANG TRIỆT CĂN ĐỂ LẠI VỎ TUYẾN TIỀN LIỆT KẾT HỢP NẠO HẠCH CHẬU MỞ RỘNG VÀ TẠO HÌNH BÀNG QUANG TỪ HỒI TRÀNG

Trần Ngọc Khánh¹, Lê Lương Vinh¹,
Ngô Thanh Liêm¹, Bùi Công Lê Kha¹, Trần Quang Minh¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.74.7

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ bàng quang được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn đối với ung thư bàng quang xâm lấn. Tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng, cũng như nạo vét hạch nhằm tránh di căn và nâng cao tỉ lệ sống sau 5 năm rất quan trọng. Bên cạnh đó, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cũng rất đáng quan tâm.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ bằng phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn để lại vỏ tuyến tiền liệt kết hợp nạo hạch chậu mở rộng và tạo hình bàng quang từ hồi tràng.

Nội dung và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng không nhóm chứng 43 bệnh nhân nam được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn (cT2a - T4aN₀M₀), được phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn để lại vỏ tuyến tiền liệt, nạo hạch chậu mở rộng và tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng từ tháng 1/2015 đến 12/2020 tại khoa ngoại Tổng hợp BVTW Huế.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình: 213,5 ± 29,7 phút. Lượng máu mất trung bình: 130 ± 90 ml. Lấy được 11,5 ± 4,5 hạch. Thời gian nằm viện trung bình: 17,12 ± 6,45 ngày. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ 32,6%. Đa số bệnh nhân khi xuất viện đều tiểu được nhưng tia tiểu yếu, tiểu són, thể tích nước tiểu ít dưới 150 ml. Thể tích bàng quang tăng có ý nghĩa qua các lần tái khám (p < 0,05). Tỷ lệ kiểm soát tiểu tiện ban ngày: 97,2% sau 6 tháng. 1/43 tái phát tại miêng nối bàng quang - niệu đạo sau 4 tháng. 7 trường hợp tử vong do ung thư tiến triển.

Kết luận: Cắt bàng quang triệt căn để lại vỏ tuyến tiền liệt, nạo hạch chậu mở rộng và tạo hình bàng quang mới từ đoạn ruột non theo phương pháp Hautmann - Studer vẫn giải quyết triệt để vấn đề ung thư học, giảm khả năng tái phát di căn hạch, bệnh nhân vẫn còn khả năng tinh dục và tiểu tự chủ sau mổ.

Từ khóa: Nạo hạch chậu rộng; Ung thư bàng quang xâm lấn; Cắt bàng quang toàn bộ; tạo hình bàng quang từ hồi tràng.

ABSTRACT

OUTCOMES OF INVASIVE BLADDER CANCER TREATED BY PROSTATE SPARING RADICAL CYSTECTOMY WITH EXTENDED PELVIC LYMPHADENECTOMY AND ORTHOTOPIC ILEAL NEOBLADDER

Tran Ngoc Khanh¹, Le Luong Vinh¹,
Ngo Thanh Liem¹, Bui Cong Le Kha¹, Tran Quang Minh¹

¹Khoa Ngoại Tổng hợp,
Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 01/11/2021; Ngày phản biện (Revised): 28/11/2021;
- Ngày đăng bài (Accepted): 03/12/2021
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Ngọc Khánh
- Email: drtranngockhanh@gmail.com; SĐT: 0856859888

Bệnh viện Trung ương Huế

Background: Radical cystectomy is considered a “gold standard” procedure to treat invasive bladder cancer. Orthotopic ileal neobladder after cystectomy as well as lymphadenectomy, which avoids metastasis and enhances postoperative 5 - years survival rate are important. Moreover, the quality of life after this kind of surgery is a great concern.

Purpose: Evaluating results of treatment of invasive bladder cancer by prostate sparing radical cystectomy with extended pelvic lymphadenectomy and orthotopic ileal neobladder.

Material and Method: Prospective and descriptive clinical study without a control group in 43 males who were diagnosed with invasive bladder cancer (cT2a - T4aN₀M₀), they underwent prostate sparing radical cystectomy with extended pelvic lymphadenectomy and orthotopic ileal neobladder, from 1/2015 to 12/2020 at Department of General Surgery, Hue Central Hospital.

Results: The operative time: 213,5 ± 29,7 min. The estimated blood loss: 130 ± 90 ml. The mean number of lympho nodes which is conducted lymphadenectomy: 11,5 ± 4,5. The length of hospital stay: 17,12 ± 6,45 days. Early complication rate: 32,6%. The majority of patients who were discharged from the hospital passed urine with urinary incontinence, weak urine stream and voided volume < 150ml. The volume of the neobladder increased with statistical significance through follow - up examinations (p < 0,05). The daytime continence rate was 97,2% after 6 months. 1/43 case recured at cystourethral anastomosis after 4 months. 7 cases dead due to cancer progression.

Conclusion: Prostate sparing radical cystectomy with extended pelvic lymphadenectomy and Hautmann - Studer orthotopic ileal neobladder still thoroughly solve oncologic issues, reduce the possibility of lymph node metastasis recurrence. The patient still has the sexual ability and urinary continence after this procedure.

Keywords: Extended pelvis lymphadenectomy; invasive bladder cancer; radical cystectomy; orthotopic ileal neobladder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh lý ác tính đứng hàng đầu của hệ tiết niệu và đứng vị trí thứ 4 trong các ung thư nam giới. Tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư bàng quang nông là 90%, khoảng 15 - 20% ung thư bàng quang nông tiến triển thành ung thư bàng quang xâm lấn cơ. Tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư bàng quang xâm lấn cơ là 60 - 70% [1]. Tỷ lệ này giảm xuống 35% nếu có di căn hạch [2].

Khi ung thư bàng quang ở giai đoạn xâm lấn lớp cơ nhưng chưa di căn hạch và di căn xa thì phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ bàng quang và sau đó dùng đoạn ruột để tạo hình bàng quang mới cho bệnh nhân được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn “Gold Standard” [3].

Có nhiều kỹ thuật khác nhau để cắt bàng quang và tạo hình bàng quang mới, chẳng hạn như các kỹ thuật của Kock, của Camey, của Hautmann, của Studer... Nhìn chung các phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ bên cạnh ưu điểm lấy bỏ triệt để tổ chức ung thư thì vẫn còn một số nhược điểm như phẫu thuật phức tạp, thời gian mổ kéo dài, có nhiều tai

biến, biến chứng trong và sau mổ. Sau phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân bị són tiểu, tiểu không tự chủ cao, đa số đều bị liệt dương. Để giảm các biến chứng này một số tác giả như Colombo R., Valencien G., Ghanem A. đã đề nghị kỹ thuật cắt bàng quang triệt căn nhưng để lại một phần hay toàn bộ vỏ tuyến tiền liệt. Với kỹ thuật mới này các tác giả đã thu được kết quả khá ấn tượng trên phương diện điều trị ung thư, cũng như giải quyết tốt vấn đề són tiểu và liệt dương sau mổ, giảm đáng kể thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ [2].

Bên cạnh đó, việc tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng sau khi đã cắt bàng quang, cũng như thì nạo vét hạch nhằm tránh di căn và nâng cao tỉ lệ sống sau 5 năm cũng rất quan trọng. Có khoảng 10 - 50% di căn hạch tại thời điểm cắt bàng quang. Đây là dấu hiệu xấu của nguy cơ bệnh tiến triển, tái phát và phẫu thuật nạo vét hạch đóng vai trò quan trọng [2]. Cắt bàng quang triệt căn và nạo vét hạch tiêu chuẩn đã được thực hiện như một phẫu thuật chuẩn

Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ bằng phẫu thuật...

tại BVTW Huế từ 2003, trong khi nạo vét hạch chậu rộng chỉ mới được thực hiện từ 2017 do yêu cầu kỹ thuật phức tạp và thời gian mổ kéo dài. Những nghiên cứu gần đây cho thấy nhiều ưu điểm của nạo hạch rộng nên chúng tôi mạnh dạn phát triển phương pháp nạo hạch này. Tại Bệnh viện Trung Ương Huế phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn để lại một phần vỏ tuyến tiền liệt được áp dụng từ năm 2003, sau gần 20 năm phẫu thuật cho trên 500 bệnh nhân đã thu được những kết quả đáng khích lệ. Đa số bệnh nhân sau mổ đều có kết quả khá tốt trên vấn đề tiểu tự chủ và cương dương vật, số lần đi tiểu ngày và đêm hợp lý, chất lượng cuộc sống được đảm bảo. Tuy nhiên vẫn luôn tồn tại những mâu thuẫn giữa tính triệt để, rộng rãi trong phẫu thuật ung thư và những yêu cầu bảo tồn các chức năng ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh (hoạt động tiểu tiện, chức năng hoạt động tình dục). Điều này đặt ra những trở ngại cần giải đáp cho các nhà niệu khoa phải làm thế nào dung hòa được cả hai vấn đề trên. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật trên cơ sở những thay đổi trong kỹ thuật cắt bàng quang để lại vỏ tuyến tiền liệt, nạo hạch chậu rộng và tạo hình bàng quang từ đoạn hồi tràng theo phương pháp Hautmann - Studer.

II. NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng không nhóm chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 43 bệnh nhân nam được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn (cT2a - T4aN₀M₀), được phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn để lại vỏ tuyến tiền liệt, nạo hạch chậu mở rộng và tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng từ tháng 1/2015 đến 12/2020 tại khoa ngoại Tổng hợp BVTW Huế.

2.3. Các bước kỹ thuật phẫu thuật

2.3.1. Thì cắt bàng quang và nạo hạch chậu mở rộng

+ Đường rạch da giữa dưới rốn hoặc vòng qua rốn. Mở cân cơ bộc lộ khoang mô lỏng lẻo trước bàng quang, bóc tách đi dần sang hai bên đến phía bó mạch chậu. Nạo hạch chậu mở rộng hai bên.

+ Bóc tách giải phóng mặt trước BQ cho đến tận đỉnh tuyến tiền liệt (TTL) và niệu đạo màng. Khâu cầm máu đám rối tĩnh mạch lưng dương vật (đám rối TM Santorini).

+ Bộc lộ và cắt bỏ hai ống dẫn tinh phải và trái.

+ Giải phóng và cắt hai niệu quản sát bàng quang.

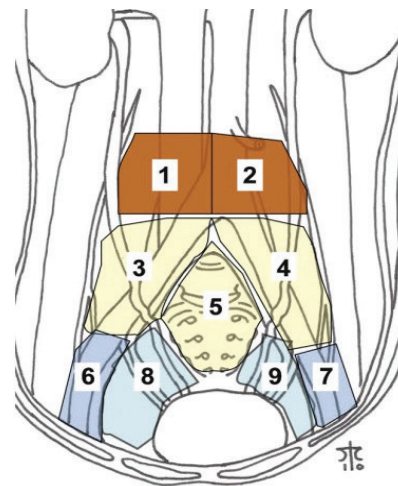
+ Giải phóng mặt sau BQ, đi sát mặt sau túi tinh đến tận cổ bàng quang, tuyến tiền liệt.

+ Cắt cuống mạch ở hai mặt bên bàng quang, khâu cầm máu.

+ Cắt ngang TTL dưới cổ BQ khoảng 1 - 2 cm, khoét bỏ nhân TTL chỉ để lại vỏ tuyến.

+ Trong quá trình cắt BQ sẽ làm sinh thiết lạnh móm cắt niệu đạo TTL và hai niệu quản đảm bảo không còn tế bào ung thư

+ Thì nạo hạch chậu bít hai bên mở rộng: Giới hạn của nạo vét hạch chậu rộng rãi được quy định giới hạn trên tối thiểu là vị trí phân chia của động mạch chủ bụng, ranh giới ngoài là thần kinh sinh dục đùi. Giới hạn dưới là hạch bẹn sâu cao nhất (Cloquet). Thành bên là bó mạch hạ vị, nền hố bít. Phía trong là bàng quang, các hạch cạnh tạng được lấy nguyên khối cùng với bàng quang và tổ chức liên kết cạnh bàng quang kèm phức mạc tạng phủ bàng quang. Cụ thể cho từng nhóm như sau:



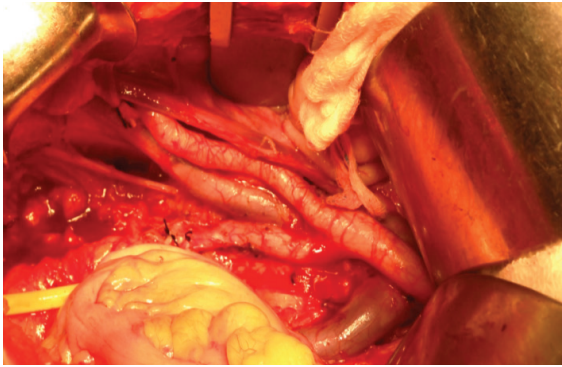
Hình 1: Vùng nạo hạch.

Nhóm 1: hạch cạnh TMC dưới. Nhóm 2: hạch cạnh ĐMC bụng. Nhóm 3,4: Hạch chậu chung P và T. Nhóm 5: Hạch trước xương cụt. Nhóm 6,7: hạch chậu ngoài T và P. Nhóm 8,9: Nhóm hạch chậu trong/ bít T và P

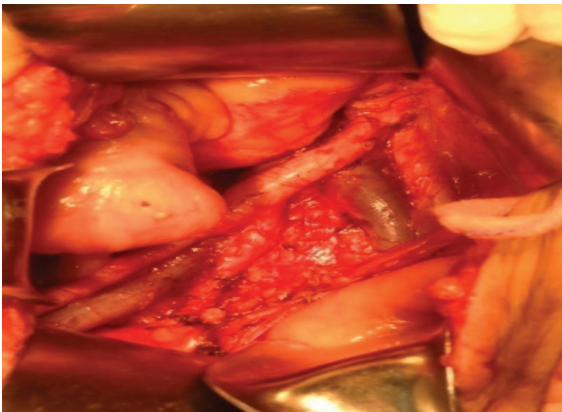
Bệnh viện Trung ương Huế

Hạch cạnh động mạch chủ bụng và hạch cạnh TM chủ dưới được lấy từ vị trí chia đôi của ĐM chủ bụng lên trên 1 - 2 cm kèm tổ chức mỡ và bao xơ của bó mạch, tối thiểu phải lấy đến vị trí phân đôi. Riêng nhóm hạch bịt và chậu trong được đưa vào cùng một nhóm.

Chúng tôi nạo vét toàn bộ hạch, tổ chức mỡ và bao xơ của bó mạch gửi giải phẫu bệnh nguyên khối theo nhóm như trên, so sánh thời gian nạo vét hạch rộng so với nạo hạch tiêu chuẩn, đánh giá và theo dõi những biến chứng trong và sau mổ liên quan đến nạo hạch rộng, đánh giá kết quả di căn hạch sau nạo hạch chậu rộng.



Hình 2: Nạo hạch chậu trong/bịt, ngoài, chung



Hình 3: Hạch cạnh ĐMC

2.3.2. Thủ thuật tạo hình bàng quang từ đoạn hồi tràng theo phương pháp cải tiến

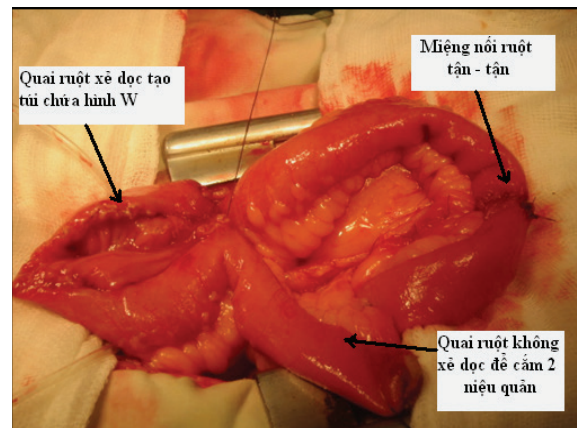
+ Chọn đoạn hồi tràng dài khoảng 50 - 60 cm, cách góc hồi manh tràng 25 - 30 cm. Ruột non được tái lập lưu thông tiêu hóa theo kiểu nối tận - tận.

+ Bơm rửa sạch đoạn ruột non với dung dịch nước muối sinh lý có pha betadin loãng 1%.

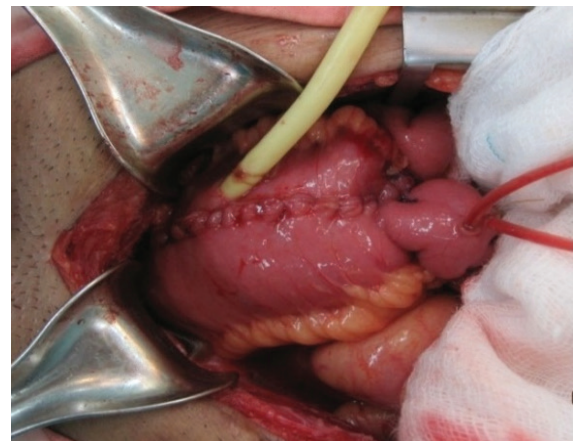
+ Chia đoạn ruột đã chọn thành hai phần và tạo hình:

Phần xa dài khoảng 45 - 50 cm được xẻ dọc ở bờ tự do, chia ra 4 phần đều nhau và khâu gấp hình W như kiểu gấp ruột của Hautmann để tạo túi chứa nước tiểu. Phần gần còn lại của đoạn ruột cô lập có chiều dài khoảng 10 - 15cm để nguyên không xẻ dọc dùng để cắm hai niệu quản theo kiểu cắm niệu quản của Studer (kiểu tận - bên).

+ Khâu bàng quang mới vào vỏ tuyến tiền liệt mũi khâu vắt, đóng kín bàng quang.



Hình 4: Tạo hình bàng quang



Hình 5: BQ mới hoàn chỉnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình: $61,72 \pm 12,5$ (48 - 77).
- Tỷ lệ suy thận trước mổ 9/43 BN (20.9%). Suy thận độ 1 có 5 BN, độ 2 có 4 BN.

Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ bằng phẫu thuật...

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 1: Các biến số ghi nhận trong phẫu thuật

Các giá trị	Trung bình
Thời gian phẫu thuật	213,5 ± 29,7 phút
Thời gian nạo hạch và cắt bàng quang	155 ± 23,7 phút
Thời gian tạo hình	110 ± 35,2 phút
Lượng máu mất ước tính	130 ± 90 ml
Lượng máu truyền trong mổ	165,5 ± 35,3 ml
Chiều dài đoạn hồi tràng tạo hình	53,4 ± 4,2cm
Thể tích bàng quang mới sau mổ	145,5 ± 25,3ml
Số hạch lấy được	11,5 ± 4,5 hạch

3.3. Chăm sóc hậu phẫu

Bảng 2: Kết quả chăm sóc hậu phẫu

Các biến số	Thời gian (ngày)
Thời gian rút dẫn lưu ổ mổ	3,74 ± 1,43
Thời gian bệnh nhân trung tiện được sau mổ	3,54 ± 0,71
Thời gian bệnh nhân được ăn sau mổ	5,93 ± 2,43
Thời gian rút dẫn lưu niệu quản	12,21 ± 1,3
Thời gian rút dẫn lưu bàng quang	13,71 ± 1,5
Thời gian rút thông niệu đạo	14,29 ± 1,83
Thời gian nằm viện	17,12 ± 6,45 (14 - 35)

3.4. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Toàn bộ 43 bệnh nhân được nạo vét hạch mở rộng và nạo vét đủ các nhóm theo phân nhóm và bàng táng của Dorin [4].

Bảng 3: Phân giai đoạn u theo TNM (UICC - EAU 2010)

TMN	Số bệnh nhân	Số hạch dương
pT2aN ₀ M ₀	9	0
pT2bN ₀ M ₀	11	0
pT2bN ₁ M ₀	3	3
pT2bN ₀ M ₀	3	0
pT2bN ₃ M ₀	2	2
pT2bN ₀ M ₀	3	0
pT3aN ₀ M ₀	5	0
pT3bN ₀ M ₀	5	0
pT4aN ₀ M ₀	2	0
Tổng	43	5

Chúng tôi phát hiện 5 trường hợp di căn hạch trong đó di căn hạch biệt 3 trường hợp và di căn hạch chậu chung 2.

3.5. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 4: Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Nhiễm trùng vết mổ	5	11,6%
Tắc ruột sớm sau mổ	2	4,7%
Viêm phổi	1	2,3%
Rò nước tiểu qua chân dẫn lưu	4	9,3%
Rò tiêu hóa	2	4,7%
N = 43	14/43	32,6%

Trong hai biến chứng rò tiêu hóa, một BN rò tiêu hóa kéo dài trên 10 ngày phải mổ lại đóng rò sau đó ổn định, một trường hợp khác điều trị nội khoa rò tự đóng sau 7 ngày, hai BN tắc ruột sớm điều trị nội ổn

Bệnh viện Trung ương Huế

định hết tắc ruột. Các biến chứng khác điều trị nội
ổn định không cần can thiệp phẫu thuật.

Bảng 5: Chức năng thận tại thời điểm xuất viện

	Kết quả / Độ suy thận	Số BNN = 43	Tỷ lệ %
Urê (mmol/l)	≤ 8.3	37	86.05
	> 8.3	6	13.95
Creatinin (μmol/ml)	≤ 120 (Bình thường)	36	83.72
	121 - 129 (Độ 1)	5	11.63
	130 - 299 (Độ 2)	2	4.65
Tổng		43	100%

Tại thời điểm ra viện chỉ còn 7/53 BN có biểu
hiện suy thận độ 1 và 2, giảm 2 BN so với trước mổ

Bảng 6: Các chỉ số niệu dòng đồ khi xuất viện

Các chỉ số	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất
Thể tích BQ (ml)	114,7 ± 19,6	70	155
Thể tích nước tiểu tồn lưu (ml)	41,2 ± 12,4	20	80
Tốc độ dòng tiểu tối đa (ml/s)	8,2 ± 2,5	4,8	17
Tốc độ dòng tiểu trung bình (ml/s)	4,5 ± 1,4	2,1	7,8
Số lần tiểu đêm (lần/đêm)	4,2 ± 0,6	3	6

Đa số bệnh nhân khi xuất viện đều tiểu được
nhưng tia tiểu yếu, tiểu són, thể tích nước tiểu ít
dưới 150 ml.

3.6. Kết quả tái khám

Bảng 7: Biến chứng xa qua các lần tái khám

Lần tái khám Biến chứng	Lần 1 n = 43	Lần 2 n = 36	Lần 3 n = 28
Ứ nước thận do hẹp miệng nối NQ - BQ	1	2	2
Ứ nước thận do trào ngược BQ - NQ	3	3	1
Sỏi bàng quang	0	1	0
Suy thận	3	3	1
Xơ hẹp miệng nối ND - BQ	1	1	0
Tổng số biến chứng (tỷ lệ %)	8 (18,6)	10 (27,9)	4 (14,3)

Tái khám lần 1 sau 1-3 tháng, lần 2 sau 3-6 tháng
và lần 3 sau 6 tháng.

Bảng 8: Thể tích bàng quang qua các lần tái khám

Thể tích bàng quang (ml)	Trung bình (ml)	Thấp nhất (ml)	Cao nhất (ml)
Số BN tái khám			
Lần 1 (n = 43)	256 ± 35.5	195	355
Lần 2 (n = 36)	345 ± 23.5	435	280
Lần 3 (n = 28)	430 ± 47.5	350	480
P	P < 0,05		

Thể tích bàng quang tăng có ý nghĩa qua các lần
tái khám (p < 0,05).

Tỷ lệ kiểm soát tiểu tiện ban ngày: 97,2% sau
6 tháng.

3.7. Tái phát và di căn

- Tái phát ung thư tại miệng nối bàng quang - niệu đạo có 1 BN sau 4 tháng.
- Di căn hạch phát hiện mới qua theo dõi định kỳ: 2 ca sau 10 tháng và 18 tháng.
- Di căn xa ở gan 1 ca sau 14 tháng.
- Tử vong tại thời điểm kết thúc nghiên cứu:
 - + Không do ung thư: 3 trường hợp tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim.
 - + Do ung thư tiến triển 7 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về phẫu thuật cắt BQ triệt căn để lại vỏ tuyến tiền liệt

Phẫu thuật cắt BQ triệt căn từ lâu đã được xem như “PT chuẩn” hay “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị UTBQ xâm lấn [3]. Trong khoảng 30 năm trở lại đây với sự tiến bộ của kỹ thuật phẫu thuật và sự tìm tòi phát triển không ngừng trong nghiên cứu đã ghi nhận nhiều cải tiến, nhiều thay đổi trong phẫu thuật cắt BQ. Gần đây, các báo cáo ngày càng lưu ý đề cập nhiều hơn về chất lượng cuộc sống, khả năng tiểu tự chủ, khả năng cương dương sau mổ.

Phẫu thuật cắt BQ triệt căn càng phát triển, số lượng BN được mổ theo phương pháp này càng lớn thì càng có nhiều báo cáo ghi nhận những nhược điểm của nó. Nổi trội nhất trong nhóm các nhược điểm là vấn đề rối loạn cương dương sau mổ, theo Allareddy V. số BN rối loạn cương dương sau mổ lên đến 89% [5]. Trái lại, theo Voskuilen C.S. với PT cắt BQ đơn thuần để lại TTL tỷ lệ cương dương bình thường sau mổ lên đến 86,1% [6].

Vấn đề thứ hai được đề cập đến trong cắt BQ triệt căn là tình trạng són tiểu sau mổ. Do phải lấy bỏ toàn bộ TTL nên khó tránh khỏi thương tổn cơ vòng niệu đạo, nhất là khi khâu nối BQ mới vào móm niệu đạo sẽ có nguy cơ khâu vào cơ thắt ngoài làm tình trạng són tiểu sau mổ càng nặng nề hơn. Són tiểu sẽ làm bệnh nhân mặc cảm tàn tật, khó hòa nhập cuộc sống xã hội. Tùy theo nghiên cứu tỷ lệ BN bị són tiểu sau PT cắt BQ triệt căn thay đổi từ 7 - 13% vào ban ngày và 14 - 43% vào ban đêm [7], trong khi với cắt BQ triệt căn để lại vỏ TTL tỷ lệ són tiểu chỉ khoảng 2,2% [6]. Cuối cùng là những ưu điểm nổi trội của cắt BQ để lại vỏ TTL khi so với cắt

BQ triệt căn đó là lượng máu mất ít hơn, thời gian mổ ngắn hơn, miệng nối giữa BQ mới với vỏ TTL chắc chắn hơn, ít gây dò nước tiểu hơn. Từ những ưu và khuyết điểm của 2 kỹ thuật trên mà số lượng các báo cáo về kỹ thuật cắt BQ đơn thuần ngày càng nhiều, các hướng dẫn điều trị (guidelines) [3] các tạp chí hay sách giáo khoa (textbook) gần đây cũng đã ghi nhận kỹ thuật này. Tuy vậy, tất cả tác giả đều thống nhất cần lưu ý áp dụng phẫu thuật này một cách có chọn lọc cẩn thận để giảm nguy cơ ung thư tái phát tại chỗ do để sót tế bào u đã xâm lấn ở đoạn niệu đạo TTL và để giảm nguy cơ ung thư TTL ở phần còn để lại [6].

Trong nghiên cứu tất cả bệnh nhân đều được tầm soát loại trừ ung thư TTL và tất cả móm cắt NĐ đều được sinh thiết lạnh để bảo đảm an toàn về mặt ung thư trong mổ. Do đó, tỷ lệ ung thư tái phát tại móm cắt niệu đạo sau mổ của chúng tôi chỉ 2 BN (4,7%). Chúng tôi khuyến nghị rằng ở những cơ sở không có sinh thiết lạnh thì không nên áp dụng kỹ thuật cắt BQ để lại vỏ TTL và tốt nhất cũng không nên áp dụng cả kỹ thuật cắt BQ triệt căn vì nguy cơ để sót thương tổn là rất lớn.

4.2. Chọn lựa kỹ thuật để tạo hình BQ

Sau khi cắt BQ vấn đề tiếp theo cần phải giải quyết là chuyển lưu nước tiểu một cách hợp sinh lý, nhằm đáp ứng đòi hỏi của BN được sống gần như người bình thường, cuộc sống có chất lượng cao nhất có thể. Do đó khuynh hướng hiện nay của đa số tác giả là chọn phương pháp tạo hình BQ mới từ hồi tràng để nối vào niệu đạo hay còn gọi là BQ trực vị (orthotopic neobladder). Các phương pháp khác như ống hồi tràng (Bricker), túi chứa nước tiểu có van kiểm soát (Kock, Indiana...) đều cho thấy nhiều bất tiện và không mang lại chất lượng cuộc sống cao cho BN.

Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn đoạn hồi tràng cách van hồi manh tràng khoảng 25 - 30 cm để tạo hình BQ. Ưu điểm của sử dụng hồi tràng là thao tác dễ dàng, đoạn hồi tràng khá cơ động nên dễ dàng đưa xuống để khâu nối vào NĐ và đưa lên trên để nối với 2 NQ. Hơn nữa đối với các PTV niệu khoa thì thao tác khâu nối trên hồi tràng vẫn mang lại cảm giác an tâm khó xì dò tiêu hóa hơn là trên đại tràng. Việc cô lập một đoạn hồi tràng 60 cm ra khỏi

Bệnh viện Trung ương Huế

đường tiêu hóa cũng ít gây tác động lên cơ thể BN. Để lại đoạn cuối hồi tràng trên 20 cm là đủ để hấp thụ muối mật và vitamin B12.

Trong thi tạo hình BQ từ ruột chúng tôi kết hợp cả hai kỹ thuật Studer và Hautmann [8]. Nguyên nhân là do BQ tạo hình theo kiểu Studer nằm lệch một bên về phía trái vùng tiểu khung của bệnh nhân, BQ không có hình dạng tròn đều mà hơi méo, khi khâu nối BQ mới vào niệu đạo phải đục lỗ ở phần thấp của BQ và khâu theo kiểu “thả dù” mũi rời khá bất tiện và mất thời gian, cũng như tốn quá nhiều chỉ khâu cho một miệng nối (thông thường là từ 6 - 8 sợi chỉ vicryl 2.0). Do đó chúng tôi chọn BQ kiểu Hautmann, sau khi xẻ dọc ruột non và khâu gấp kiểu “W” xong, phần thấp nhất của BQ mới sẽ được đưa xuống khâu nối vào vỏ TTL bằng mũi khâu vắt nên đường khâu khá chắc, giảm đáng kể tai biến dò nước tiểu, giảm thời gian mổ và chỉ cần 2 sợi chỉ khâu để làm miệng nối. Do có để lại một phần vỏ TTL nên mồm niệu đạo TTL đủ dài và rộng để thao tác khâu vắt mà không gặp khó khăn nào và tránh được khâu vào cơ vòng niệu đạo ngoài gây són tiểu.

Để cấm 2 niệu quản vào BQ mới chúng tôi ứng dụng kỹ thuật của Studer. Cụ thể để lại một đoạn ruột dài khoảng 10 - 15 cm ở đầu gần của đoạn ruột cô lập không xẻ dọc và cấm hai NQ kiểu tận - bên vào đầu đoạn ruột. Tác dụng chống trào ngược của đoạn ruột này khá tốt nhờ hai đặc điểm, thứ nhất do nhu động cùng chiều của đoạn ruột mà nước tiểu sẽ được đẩy xuống BQ mới, thứ hai do còn để nguyên hình ống nên áp lực trong lòng đoạn ruột này sẽ cao hơn phần ruột xẻ dọc tạo hình BQ. Một ưu điểm khác của cấm NQ theo kiểu Studer là do quai ruột đưa lên khá dài

nên rất thuận lợi khi cấm 2 NQ, miệng nối sẽ không bị căng, kỹ thuật khâu nối cũng rất đơn giản và nhất là có thể cắt bỏ đầu xa của NQ đủ dài để mồm cắt NQ âm tính với tế bào ung thư. Hơn nữa trên một nghiên cứu hồi cứu trên 79 BN, tác giả Shaaban A.A. [9] thấy miệng nối trực tiếp không có van chống trào ngược kiểu Studer có tỷ lệ hẹp sau mổ thấp hơn miệng nối có van chống trào ngược kiểu Le Duc hay Kock và tỷ lệ thận ứ nước sau mổ cũng thấp hơn.

4.3. Các cải tiến trong kỹ thuật phẫu thuật

Thì cắt BQ sau khi cắt ngang TTL dưới cổ BQ 1cm và lấy bỏ cả BQ, túi tinh và phần đáy TTL, mồm cắt TTL còn để lại sẽ được khoét bỏ nhân TTL và lấy luôn đoạn NĐ này. Như vậy so với cắt BQ triệt căn lấy hết TTL chúng tôi chỉ để lại một phần vỏ vùng đỉnh tuyến. Mồm cắt này sẽ được sinh thiết lạnh để đảm bảo cắt đến vị trí âm tính không còn tế bào ung thư. Tóm lại, thay vì phải bóc tách phía ngoài vỏ TTL để cắt bỏ nó cùng với đoạn niệu đạo TTL thì chúng tôi khoét bỏ bằng đường trong lòng tuyến để tránh đụng chạm trực tiếp đến bó mạch thần kinh TTL (đi sát phía sau vỏ tuyến) nên nâng cao tỷ lệ bảo tồn chức năng cương dương sau mổ. Niệu đạo TTL cũng được cắt bỏ nên vẫn đảm bảo về mặt ung thư học. Do nối BQ mới vào vỏ TTL nên miệng nối rất chắc, dễ thao tác khâu nối bằng khâu vắt làm giảm đáng kể thời gian mổ và tránh được khâu vào cơ vòng NĐ ngoài gây són tiểu.

Ở thi tạo hình BQ chúng tôi bố trí 2 kíp mổ, một kíp sẽ tiến hành khâu nối phục hồi lưu thông ruột đồng thời một kíp sẽ khâu tạo hình BQ. Bàn quang mới sẽ được tạo hình theo kiểu Hautmann - Studer [8].

Bảng 9: Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất

Tác giả	Số BN	Thời gian mổ (phút)	Lượng máu mất (ml)
Mandhani A. [10]	36	300	600
Liu Y. [11]	39	327,1 ± 47,3	739,3 ± 31,5
Tostivint V. [12]	55	300	540
Đào Quang Oánh [13]	113	355 ± 32	Không ghi nhận
Chúng tôi	43	215 ± 23,86	130,5 ± 90

Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ bằng phẫu thuật...

Nhờ áp dụng nhiều cải tiến mà thời gian phẫu thuật của chúng tôi giảm khá thấp so với các tác giả khác, thay vì trung bình 5 giờ đến 8 giờ cho một ca mổ, chúng tôi chỉ còn mất trung bình $215 \pm 23,86$ phút (3 giờ 30 phút) cho mỗi trường hợp. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê khi so với các tác giả khác ($p < 0,001$). Giảm thời gian mổ sẽ làm giảm chi phí cho cuộc mổ, BN mau hồi phục sau mổ, tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ cũng giảm đi. Đồng thời do thi cắt BQ không phải bóc tách vùng TTL và cổ BQ nhiều nên lượng máu mất cũng giảm đi có ý nghĩa chỉ còn $130,5 \pm 90$ ml / BN ($p < 0,001$).

Tóm lại thời gian phẫu thuật của chúng tôi giảm đáng kể là do:

- + Thi cắt BQ không cần phải cắt bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt.

- + Thi tạo hình BQ được 2 kíp PT tiến hành đồng thời (kíp cắt nối ruột phục hồi lưu thông tiêu hóa và kíp khâu gấp ruột W tạo hình BQ).

- + Miệng nối BQ vào mồm cắt niệu đạo được thực hiện bằng mũi khâu vắt.

- + Miệng nối 2 niệu quản vào BQ theo kiểu Studer.

4.4. Vấn đề nạo hạch

Phát hiện đã có di căn hạch trong phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ là một dấu hiệu tiên lượng xấu, phẫu thuật nạo hạch giúp loại bỏ những hạch có di căn vi thể. Nạo vét hạch tiêu chuẩn được nhiều tác giả thống nhất là lấy hạch đến vị trí đầu xa của động mạch chậu chung hai bên hay là vị trí niệu quản bắt chéo bó mạch chậu, bao gồm cả hạch ở hố Marcille. Sự mở rộng của vùng nạo vét hạch lên đến bó mạch chậu chung, vùng trước xương cùng và vị trí phân đôi của động mạch chủ cùng với việc lấy đi càng nhiều hạch đóng vai trò quan trọng trong kết quả phẫu thuật nạo vét hạch điều trị ung thư bàng quang xâm lấn, tuy nhiên mở rộng đến đâu thì vẫn còn nhiều tranh cãi. Leadbetter và Cooper ban đầu cho rằng không cần thiết phải nạo vét hạch chậu rộng đến ngang mức động mạch chủ bụng và coi nó không phải là một phần của phẫu thuật cắt bàng quang, nhiều tác giả khác e ngại sự mở rộng lên đến vị trí động mạch mạc treo tràng dưới làm tăng đáng kể thời gian phẫu thuật và các tai biến như chảy

máu, tổn thương hệ thần kinh thực vật, u nang bạch huyết... [14].

Nhưng thực tế nhiều nghiên cứu cho thấy rằng nạo vét hạch rộng đến ngang mức động mạch mạc treo tràng dưới có thể thực hiện an toàn, hơn nữa có bằng chứng bệnh lý cho thấy rằng vùng bạch huyết trải rộng từ vị trí phân chia của động mạch chủ đến động mạch mạc treo tràng dưới là vị trí di căn thông thường và nó được loại bỏ một cách hiệu quả bằng phẫu thuật. Tầm quan trọng của nạo hạch mở rộng cũng được chứng thực trong một nghiên cứu của Bochner B.H., trong đó một phần ba bệnh nhân đã di căn hạch chậu chung vi thể tại thời điểm cắt bàng quang. Dù vị trí nạo vét hạch mở rộng đến đâu còn nhiều tranh cãi nhưng các tác giả đi đến thống nhất chung rằng vị trí lên càng cao thì số hạch lấy đi càng nhiều và số bệnh nhân phát hiện có di căn hạch càng tăng [15]. Leissner J. so sánh số hạch trung bình lấy đi khi vét hạch rộng và vét hạch chuẩn là 25 hạch so với 14 hạch, trong nghiên cứu này ông cũng so sánh thời gian sống còn sau 5 năm không tái phát đối với u còn khu trú là 85% cho nạo hạch rộng và 63% cho nạo hạch tiêu chuẩn và tỷ lệ sống còn sau nạo vét hạch rộng cũng được cải thiện cho cả nhóm bệnh nhân có di căn hạch và chưa di căn hạch, tỷ lệ tái phát tại chỗ càng giảm khi số hạch lấy đi càng nhiều [16].

Tất cả bệnh nhân trong nhóm của chúng tôi được tiến hành nạo hạch trước khi lấy bỏ bàng quang. Phẫu tích và bóc lộ niệu quản trong khi lấy bỏ nhóm hạch chậu chung, giải phóng và di động hai bên bàng quang trong khi nạo nhóm hạch bịt và hố Marcille do vậy thời gian nạo vét hạch rộng tăng lên so với tiêu chuẩn nhưng chúng tôi rút ngắn được thi cắt bàng quang nên tổng thời gian phẫu thuật không tăng lên nhiều. Tỷ lệ hạch dương tính là 5/43 (11.62%), thấp hơn so với kết quả chung của các tác giả trong nước và thế giới 20 - 25%, kết quả này có thể do loạt bệnh này của chúng tôi nhập viện trong giai đoạn sớm chủ yếu là pT2. Như vậy nếu chỉ vét nhóm hạch bịt (vét hạch giới hạn), hoặc mở rộng lên nạo hạch chuẩn chúng tôi sẽ bỏ qua hai trường hợp di căn hạch chậu chung. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận có những biến chứng

Bệnh viện Trung ương Huế

này có thể do số lượng bệnh nhân trong nhóm còn ít và u chủ yếu ở giai đoạn T2 các hạch chưa xâm lấn vào mạch máu và các tổ chức lân cận. Tất cả bệnh nhân sau phẫu thuật đều được điều trị hỗ trợ hoá trị liệu theo phác đồ với sự phối hợp và theo dõi định kì của khoa Ngoại và Ung bướu.

Tỷ lệ tử vong do phẫu thuật: Tỷ lệ tử vong sau mổ do phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ và tạo hình bàng quang từ 0,8 - 2,8%. Khi nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày kể từ khi phẫu thuật, không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ trên 5 đơn vị.

Tắc ruột sau mổ: Chúng tôi gặp 2 trường hợp bán tắc ruột sau mổ vào ngày thứ 5 sau mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa bảo tồn không phải mổ lại phải mổ lại.

Nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỉ lệ cao nhất 5 BN (11,6%), điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ BN ổn định, rò tiêu hóa có 2 BN trong đó có một BN phải mổ lại do dịch tiêu hóa thoát ra nhiều qua vết mổ từ chỗ bục miệng nối hồi tràng 0,5 cm, BN được khâu dẫn lưu và ổn định, một BN rò tiêu hóa vào BQ mới được nhịn ăn, chuyển dịch đậm, đường rò tự bít sau 7 ngày.

Thời gian nằm viện: ngắn nhất là 14 ngày, dài nhất là 27 ngày. Trường hợp nằm 35 ngày là do rò tiêu hóa. Thông thường nếu bệnh nhân không biến chứng có thể ra viện ngày thứ 13 hoặc 14 sau mổ vì ngày thứ 12 rút hai ống thông niệu quản, rửa bàng quang, rút thông tiểu.

Thể tích bàng quang chức năng trên bệnh nhân bình thường là thể tích nước tiểu đo được khi bệnh nhân buồn đi tiểu và bắt buộc phải đi tiểu nếu không sẽ gây cảm giác đau. Trên bệnh nhân ung thư bàng quang thể tích này đo được khi bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu, nếu không đi tiểu sẽ trào nước tiểu qua miệng sáo hoặc lỗ niệu đạo. Hầu hết các nghiên cứu của các tác giả khác đều thống nhất sau tạo hình bàng quang, thể tích bàng quang chức năng từ 300 - 500 ml là lý tưởng tức là đưa chức năng chứa đựng và chức năng đi tiểu gần như bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích bàng quang chức năng tăng dần ở các thời điểm khám sau mổ trước 3 tháng và sau 6 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở thời điểm 6 tháng sau mổ chúng tôi thấy gần 100% số bệnh nhân có thể tích bàng quang chức năng đạt tiêu chuẩn trong khoảng 300 - 500 ml. Cùng với quan điểm này tác giả Đào Quang Oánh cũng thấy thể tích bàng quang chức năng ổn định từ tháng thứ sáu sau mổ [13].

V. KẾT LUẬN

Cắt bàng quang triệt căn để lại vỏ tuyến tiền liệt, nạo hạch chậu mở rộng và tạo hình bàng quang mới từ đoạn ruột non theo phương pháp Hautmann - Studer vẫn giải quyết triệt để vấn đề ung thư học, giảm khả năng tái phát di căn hạch, bệnh nhân vẫn còn khả năng tình dục và tiểu tự chủ sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. V.G. P, W.K. O, M.D. G. Treatment of muscle-invasive and advanced bladder cancer in 2020. CA: a cancer journal for clinicians. 2020. 70: 404-423.
2. T. H, T. Z, N. A, S.C. S, M.M. H, M.K. T, et al. Evaluation of computed tomography for lymph node staging in bladder cancer prior to radical cystectomy. Urologia internationalis. 2016. 96: 51-56.
3. J.A. W, T. L, E.M. C, N.C. C, M. DS, H.M. B, et al. Updated 2016 EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer. European urology. 2017. 71: 462-475.
4. R.P. D, S. D, M.S. E, S. C, J. C, G. M, et al. Lymph node dissection technique is more important than lymph node count in identifying nodal metastases in radical cystectomy patients: a comparative mapping study. European urology. 2011. 60: 946-952.
5. V. A, J. K, M.M. W, B.R. K. Quality of life in long - term survivors of bladder cancer. Cancer. 2006. 106: 2355-2362.

6. C.S. V, E.E.F. vdP, J. P-R, E. vW, L.S. M, B.W.G. vR, et al. Prostate sparing cystectomy for bladder cancer: A two-center study. *European Journal of Surgical Oncology*. 2018. 44: 1446-1452.
7. H. A, E.C. S, V. S-C, G. M, J. C, D.F. P, et al. Urinary functional outcome following radical cystoprostatectomy and ileal neobladder reconstruction in male patients. *The Journal of urology*. 2013. 189: 1782-1788.
8. Tùng HV, Khánh TN, Hùng PN, Vinh LL, Khánh LĐ. Phẫu thuật tạo hình bàng quang từ đoạn hồi tràng theo phương pháp Studer cải tiến: Kinh nghiệm 25 trường hợp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2010. Số 2 - tháng 11: 485-491.
9. A.A. S, M. AL, A. M, H. G, I. E, B. AED, et al. A randomized study comparing an antireflux system with a direct ureteric anastomosis in patients with orthotopic ileal neobladders. *BJU international*. 2006. 97: 1057-1062.
10. A. M, A. D, R. K. Technical steps of open radical cystectomy and orthotopic neobladder to achieve the goals of “minimally invasive surgery”? *Indian journal of urology: IJU: journal of the Urological Society of India*. 2010. 26: 457.
11. Y. L, H. D, C. L, J. Z. Comparative analysis of the clinical effect and safety of Laparoscopic Radical Cystectomy Orthotopic Ileal Neobladder and Open Surgery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2021. 37: 59.
12. V. T, M. R, B. C, G. V, J. G, P. C, et al. Orthotopic neobladder reconstruction for bladder cancer: robotic - assisted versus open - radical cystectomy for perioperative outcomes, functional results and quality of life. *Progres en Urologie: Journal de L’association Francaise D’urologie et de la Societe Francaise D’urologie*. 2019. 29: 440-448.
13. Oánh ĐQ. Vai trò của nạo hạch trong cắt bàng quang tận gốc. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2011. Số 3 - Tập 15: 4-8.
14. M.B, D.Y. J, J.P. S. Lymphadenectomy in bladder cancer: a review. *Urologia internationalis*. 2007. 79: 191-199.
15. B.H B, H.W. H, V.E. R. Impact of separate versus en bloc pelvic lymph node dissection on the number of lymph nodes retrieved in cystectomy specimens. *The Journal of urology*. 2001. 166: 2295-2296.
16. J. L, R. H, J.W. T, H.K. W. Lymphadenectomy in patients with transitional cell carcinoma of the urinary bladder; significance for staging and prognosis. *BJU international*. 2000. 85: 817-823.