

ƯU ĐIỂM PHƯƠNG PHÁP CẮT ĐỐT NỘI SOI LẤY NGUYÊN KHỐI BƯỚU BÀNG QUANG BẰNG ĐIỆN LƯƠNG CỰC

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹, Nguyễn Thanh Mộng¹, Trần Trọng Huân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong nhiều năm qua phương pháp cắt đốt nội soi qui ước (TURBT) được xem là tiêu chuẩn trong điều trị ung thư bàng quang không xâm lấn cơ. Tiêu chí cốt lõi để xác định phẫu thuật đã cắt hết bướu bàng quang là có cơ chóp bàng quang trong mẫu bướu cắt được, điều này nhiều khi không đạt được bởi những hạn chế của phương pháp cắt đốt qui ước. Hơn một thập kỷ qua với nhiều công trình nghiên cứu ngoài nước thực hiện phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bàng quang (ERBT) chứng minh ưu điểm vượt trội so với phương pháp cắt đốt nội soi qui ước về khía cạnh cung cấp mẫu mô đạt chất lượng, tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán đúng giai đoạn bệnh.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ cắt hết bướu thành công được chứng minh bằng sự hiện diện cơ bàng quang trong mẫu bướu cắt được. Xác định tỉ lệ tai biến, biến chứng của phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Cắt tiến cứu mô tả 47 bệnh nhân (BN) bướu bàng quang nông nhập viện và điều trị tại bệnh viện (BV) Bình Dân từ tháng 10/2019 đến tháng 4/2020. Tất cả BN trên được cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực. Thăm khám, phỏng vấn trực tiếp và ghi nhận kết quả xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án để thu thập các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng theo bảng câu hỏi cấu trúc. Tần số, tỉ lệ, số trung bình được đo lường bằng phần mềm SPSS 16.0.

Kết quả: 47 BN được cắt đốt nội soi bướu bàng quang nông bằng điện lưỡng cực lấy nguyên khối bướu (ERBT). Tuổi trung bình là 57,68 tuổi, nam chiếm ưu thế (74,5%) hơn nữ (24,5%). Nhóm bướu gặp nhiều nhất là 1 bướu chiếm 83,0%, kích thước bướu trung bình là 1,96 (cm). Kết quả giải phẫu bệnh với 100% trường hợp đều có cơ bàng quang trong mẫu bướu cắt được, tất cả đều chẩn đoán được giai đoạn bệnh ngay sau lần phẫu thuật đầu tiên, không có trường hợp nào phải cắt đốt lần 2 do không chẩn đoán được giai đoạn. Một trường hợp chảy máu sau khi bệnh nhân xuất viện được 2 ngày được điều trị nội khoa bảo tồn. Không có trường hợp thủng bàng quang trong phẫu thuật, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau phẫu thuật.

Kết luận: Lợi ích lớn nhất của phương pháp ERBT cho đến thời điểm hiện tại là cung cấp mẫu mô có chất lượng, giúp cho nhà giải phẫu bệnh chẩn đoán được bệnh và giai đoạn bệnh ngay lần phẫu thuật đầu tiên, giảm số trường hợp cắt đốt lần 2 không đáng có và tai biến, biến chứng cũng như chi phí điều trị phát sinh.

Từ khóa: bướu bàng quang, cắt đốt nội soi, ERBT

ABSTRACT

EVALUATING TRANSURETHRAL EN BLOC RESECTION OF NON MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER BY BIPOLAR ENERGY

Nguyen Phuc Cam Hoang, Nguyen Thanh Mong, Tran Trong Huan

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No 1 - 2021: 195 - 199

Objectives: Over a few recent decades, monopolar transurethral resection (TURBT) has been considered as the standard treatment for Non muscle invasive bladder cancer (NMIBC). However, this procedure has been pointed out some serious disadvantages mostly because of insufficient assessment of resection depth, which result

¹Bệnh viện Bình Dân TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Thanh Mộng

ĐT: 0918952204

Email: mongbsn@gmail.com

in the absence of detrusor muscle. In the fact that there has not been yet an overview research for this treatment in Vietnam, the purpose of this review is to present clinical data on en bloc resection of bladder tumor (ERBT) using bipolar energy that has been demonstrated to offer high potential to overcome main limitations of TURBT.

Method: *The study describing case series conducted on 47 bladder tumor subjects from 10/2019 to 04/2020. All patients were performed en bloc resection of bladder tumor (ERBT) using bipolar energy for treatment. Physical examination, directly interviewing, collecting information from medical records based on a structured questionnaire. Frequency, ratio, average of the data were processed by SPSS 18.0*

Result: *Mean age was 57.68, with dominance on male (74.5%). Single tumor in the bladder was the majority (83%), Mean diameter was 1.96 cm. All cases were observed to successfully collect the muscle layer of the bladder for staging after the initial surgery, no need re-TURBT for staging. In terms of complications during and after surgery, while a case was reported to experience hematuria after hospitalization. No patient had to undergo surgery due to the complications as listed.*

Conclusion: *The biggest benefit of ERBT using bipolar energy is providing an efficient method to evaluate better the stage of bladder cancer, right after using the first surgery. This surgery reduces the risk of failure on exact staging, as well as more chance for better treatment.*

Keywords: *ERBT (en-bloc resection of bladder tumor), bladder tumor, TURBT (transurethral resection of bladder tumor)*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở các bệnh nhân bị ung thư bàng quang mới được chẩn đoán, có khoảng 75% đến 85% là ung thư bàng quang không xâm lấn cơ⁽¹⁾. Tại Việt Nam, khoảng hơn 20 năm trước thì ung thư bàng quang đứng vị trí hàng đầu nhưng trong vài năm gần đây thì lùi lại vị trí thứ hai, sau ung thư tuyến tiền liệt^(2,3). Trong nhiều năm qua, phương pháp cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngã niệu đạo (Transurethral resection of bladder tumor - TURBT) bằng điện đơn cực được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn^(1,4,5). Tuy nhiên, phương pháp này có những hạn chế như gieo rắc tế bào ung thư, nhiều khi không chọn được mẫu mô đạt chất lượng do bướu đã bị cắt vụn, dẫn đến khó khăn cho việc chẩn đoán giai đoạn bệnh^(6,7). Trong khi đó, sự hiện diện cơ chóp bàng quang trong mẫu bướu cắt được là tiêu chí cốt lõi để cho thấy phẫu thuật đã cắt hết bướu bàng quang, nếu không có cơ thì phải cắt đốt lại lần hai kèm theo tai biến, biến chứng của phẫu thuật, chi phí điều trị tăng lên, làm chậm trễ trong quá trình điều trị⁽⁸⁾.

Nhằm khắc phục những khó khăn đó nhiều tác giả đã thực hiện phương pháp cắt đốt nội soi

lấy nguyên khối bướu (en- bloc resection of bladder tumor - ERBT) trong điều trị ung thư bàng quang không xâm lấn cơ với nhiều phương tiện như điện đơn cực, điện lưỡng cực, laser... cho thấy tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ tai biến, biến chứng không khác biệt so với phẫu thuật qui ước^(9,10,11). Tại Việt Nam, thực tế cho thấy cần phải có nghiên cứu về tính ứng dụng và hiệu quả của phương pháp ERBT đối với điều trị bướu bàng quang ở các cơ sở y tế. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) trên 18 tuổi mới được chẩn đoán bướu bàng quang và được phẫu thuật theo phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 10/2019 - 4/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bướu có kích thước ≤3 cm, nhỏ hơn 4 bướu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bướu ở túi ngách bàng quang, bướu gần sát

miệng niệu quản, kết quả giải phẫu bệnh không phải ung thư tế bào chuyển tiếp.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu mô tả các trường hợp lâm sàng.

Phương tiện

Phương tiện thực hiện phẫu thuật là bộ dụng cụ cắt đốt nội soi sử dụng điện lưỡng cực với dao cắt dạng dao xẻ (Needle plasma electrode).

Các bước tiến hành

Sử dụng dao xẻ đánh dấu niêm mạc bàng quang quanh chân bướu, cách chân bướu khoảng 1cm, sau đó cắt sâu đến cơ bàng quang theo đường đã đánh dấu, kết hợp bóc tách cơ học với cắt đốt điểm lấy nguyên khối bướu và chân bướu khỏi thành bàng quang^(9,10). Thu thập mẫu mô gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý gồm khối bướu có phần nhú bướu và chân bướu lấy sâu đến lớp cơ. Thăm khám, phỏng vấn trực tiếp và ghi nhận kết quả xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án để thu thập các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng theo bảng câu hỏi cấu trúc.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Đánh giá phân loại tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật dựa vào bảng phân loại Clavien-Dindo.

Cắt bướu thành công khi cắt được hết bướu nhìn thấy được, cắt sâu đến lớp cơ chóp bàng quang được chứng minh bởi kết quả giải phẫu bệnh có hiện diện mô cơ trong chân bướu cắt được.

Xử lý số liệu

Kết quả được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trị số trung bình(± độ lệch chuẩn).

Biến định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm. Kiểm định trung bình bằng T test, kiểm định sự khác biệt tỉ lệ bằng phép kiểm Chi bình phương. P có ý nghĩa thống kê nếu <0,05.

KẾT QUẢ

Nghiên cứu ghi nhận 47 trường hợp (TH) bệnh nhân được phẫu thuật cắt đốt nội soi lấy

nguyên khối bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực với kích thước bướu từ 3cm trở xuống và dưới 4 bướu.

Tuổi trung bình của loạt người bệnh trong nghiên cứu này là 57,68 ± 15,91, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 61-70 tuổi với 16/47 TH chiếm 34%, tỉ lệ nam/nữ là 2,92/1. Kết quả này phù hợp với y văn là bệnh ung thư bàng quang thường gặp ở người lớn tuổi, nam nhiều hơn nữ. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân này không đại diện cho tất cả bệnh nhân bị ung thư bàng quang đang điều trị tại bệnh viện Bình Dân vì những người bệnh có nhiều hơn 3 bướu, bướu lớn hơn 3cm, bướu gần sát miệng niệu quản, bướu nằm trong túi góc không được đưa vào nhóm nghiên cứu.

Tỉ lệ người bệnh có hút thuốc lá là 59,6% (28/47 TH), tất cả các trường hợp có hút thuốc đều là nam giới, ngoài thuốc lá trong nghiên cứu này không thấy có yếu tố nguy cơ nào khác liên quan đến ung thư bàng quang.

Bảng 1: Các đặc điểm liên quan bướu bàng quang

Đặc điểm bướu	n (%)
Số lượng bướu:	
Đơn bướu	39 (83%)
Đa bướu	8 (17%)
Kích thước bướu:	
≤ 1cm	7 (14,95%)
1-2 cm	27 (57,4%)
2-3 cm	13 (27,7%)
Vị trí bướu:	
Bướu 2 bên vách	25 (53,2%)
Các vị trí còn lại	22 (46,8%)

Bảng 2: Tóm tắt kết quả trong và sau phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	32,23 ± 8,45 (20 - 60)
Thời gian lưu thông niệu đạo (ngày)	2,85 ± 1,38(1 - 7)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	2,74 ± 1,35(1 - 7)
Phân xạ thần kinh bì (%)	11/47 (23,4%)
Có cơ trong mẫu bướu (%)	47/47 (100%)
Thủng bàng quang (%)	0
Phân loại tai biến (Clavien-Dindo)	Độ 2: 1/47 (2,13%)
Mức giảm huyết sắc tố (g/dl)	0,85 ± 0,77 (p=0,347)

Trong lúc phẫu thuật không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển phương pháp phẫu thuật khác vì chảy máu, không có trường hợp nào thủng bàng quang, kết quả trong và sau phẫu thuật được tóm tắt trong *Bảng 2*.



Hình 1: Thành bàng quang nhìn thấy rõ nhưng bó cơ sau cắt bướu



Hình 2: Khối bướu được lấy ra ngoài gồm phần nhú và chân bướu

BÀN LUẬN

Qua bảng tóm tắt kết quả phẫu thuật theo phương pháp cắt đốt nội soi lấy trọn bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực cho thấy tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp, không có trường hợp nào thủng bàng quang trong lúc phẫu thuật, không có trường hợp nào phải chuyển đổi phương pháp phẫu thuật do khó khăn trong quá trình cắt đốt nội soi hay khắc phục tai biến, mức độ sụt giảm lượng huyết sắc tố là không có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh kết quả này với các tác giả thực hiện phẫu thuật theo phương pháp cắt đốt nội soi qui ước như Zhang KY⁽¹²⁾, Kramer MW⁽⁵⁾ thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn cho thấy sự an toàn của phương pháp cắt đốt nội

soi lấy trọn khối bướu ERBT. Mặt khác, khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả ngoài nước thực hiện phương pháp ERBT bằng điện lưỡng cực như Zhang J⁽¹⁰⁾ và Balan GX⁽⁹⁾ thì tỉ lệ tai biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với hai tác giả này.

Phản xạ thần kinh bị là trở ngại lớn trong phẫu thuật cắt đốt nội soi bướu bàng quang vị trí 2 bên vách, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp phải với tỉ lệ 23,4%. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn cắt được hết bướu vì sử dụng dao xẻ với năng lượng thấp 10W - 20W nên khắc phục một phần khó khăn trong lúc phẫu thuật.

Xét về khía cạnh hiệu quả: Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện hậu phẫu, thời gian lưu thông niệu đạo, tỉ lệ cắt hết bướu chứng minh bằng hiện diện mô cơ trong mẫu bướu là 100% trong nghiên cứu của chúng tôi, tương đương với 2 tác giả nước ngoài thực hiện ERBT bằng điện lưỡng cực là Zhang J⁽¹⁰⁾ và Balan GX⁽⁹⁾. Đồng thời, khi so sánh với các tác giả thực hiện cắt đốt nội soi qui ước thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn Zhang KY⁽¹¹⁾ và đặc biệt khi so sánh tỉ lệ có cơ trong mẫu bướu là 100% trong nghiên cứu của chúng tôi với 70% của Zhang KY⁽¹²⁾ và 87% với Kramer MW⁽⁵⁾. Điều này cho thấy ưu điểm vượt trội của phương pháp ERBT bằng điện lưỡng cực so với phương pháp cắt đốt nội soi qui ước.

Với phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bằng dao dạng dao xẻ kết hợp cắt đốt điện với bóc tách cơ học nên hạn chế sử dụng dòng điện, quan sát rõ những điểm chảy máu, mẫu mô cắt được ít bị tổn thương do nhiệt. Trong lúc phẫu thuật có thể quan sát rất rõ những thớ cơ bàng quang giúp nhận định độ sâu cần thiết (Hình 1). Kết quả giải phẫu bệnh 100% trường hợp chẩn đoán được bệnh và giai đoạn bệnh ngay lần cắt đốt đầu tiên.

KẾT LUẬN

Phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bàng quang ERBT bằng điện lưỡng cực cho thấy là phương pháp an toàn và hiệu quả,

ưu điểm vượt trội của phương pháp ERBT so với phương pháp TURBT qui ước là khả năng cung cấp mẫu mô đạt chất lượng, giúp nhà giải phẫu bệnh thuận lợi trong việc chẩn đoán bệnh và giai đoạn bệnh, giúp chẩn đoán đúng bệnh ngay sau lần phẫu thuật đầu tiên, hạn chế được nhiều trường hợp cắt đốt lại lần 2 không đáng có. Phương pháp này không phức tạp, chi phí không cao nên hoàn toàn có thể áp dụng rộng rãi tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R (2013). Guidelines on non-muscle-invasive bladder cancer. *European Association of Urology*, 76:639.
- Vũ Lê Chuyên, Đào Quang Oánh (2012). Đại cương về ung thư bàng quang. *Phẫu thuật cắt bàng quang*, chương 1, pp.13-61. *Nhà xuất bản Y học TP. HCM*.
- Hồ Xuân Tuấn, Nguyễn Văn Ân (2018). Nhận xét thực trạng cắt đốt nội soi trong chẩn đoán bướu bàng quang không xâm lấn cơ. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, chuyên đề Thận - Niệu, 22(2):288-291.
- Hurle R, Lazzeri M, Colombo P, et al (2016). En bloc resection of nonmuscle invasive bladder cancer: a prospective single-center study. *European Urology*, 90:126-130.
- Kramer MW, Altieri V, Hurle R, et al (2017). Current Evidence of Transurethral En-bloc Resection of Nonmuscle Invasive Bladder Cancer. *Eur Urol Focus*, 3(6):567-576.
- Guo CC, Al-Ahmadie HA, Flaig TW, et al (2018). Contribution of bladder cancer pathology assessment in planning clinical trials. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. Elsevier*.
- Koie T, Ohyama C, Hosogoe S, et al (2015). Oncological outcomes of a single but extensive transurethral resection followed by appropriate intra-vesical instillation therapy for newly diagnosed non-muscle-invasive bladder cancer. *Int Urol Nephrol*, 47(9):1509-1514.
- Mariappan P, Alexandra Z, Grigor KM (2010). Detrusor muscle in the first, apparently complete transurethral resection of bladder tumour specimen is a surrogate marker of resection quality, predicts risk of early recurrence, and is dependent on operator experience. *European Urology*, 57(5):843-849.
- Balan GX, Geavlete BA, Georgescu DA, et al (2018). Bipolar en bloc tumor resection versus standard monopolar TURBT— which is the best way to go in non-invasive bladder cancer? *Rom J Morphol Embryol*, 59:773-780.
- Zhang J, Wang L, Zhang W, et al (2018). Transurethral en bloc resection with bipolar button electrode for non-muscle invasive bladder cancer. *Int Urol Nephrol*, 50(4):619-623.
- Zhang KY, Xing JC, Wu Z, et al (2017). A novel transurethral resection technique for superficial bladder tumor: retrograde en bloc resection. *World J Surg Oncol*, 15 (1):125-129.
- Zhang KY, Xing JC, Li W, et al (2017). A novel transurethral resection technique for superficial bladder tumor: retrograde en bloc resection. *World Journal of Surgical Oncology*, 15(1):1-7.

Ngày nhận bài báo:	06/12/2020
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:	20/02/2021
Ngày bài báo được đăng:	10/03/2021