

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Thịnh, Nguyễn Văn Luân, Tạ Đức Thành và cộng sự.** Ứng dụng tán sỏi nội soi ống mềm điều trị sỏi thận tại bệnh viện Thanh Nhân: Kết quả bước đầu, Tạp chí y dược học (2020), số đặc biệt (229-233)
2. **Phạm Ngọc Hùng, Phan Hữu Quốc Việt, Cao Xuân Thành và cộng sự.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi niệu quản ngược dòng ống mềm sử dụng một lần tại bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí y dược học(2020), số đặc biệt (382-386)
3. **Phan Trường Bảo.** Đánh giá vai trò nội soi ống mềm trong điều trị sỏi thận, Luận văn tiến sĩ y học (2016), Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
4. **Phạm Ngọc Hùng, Lê Đình Khánh.** Nghiên cứu ứng dụng nội soi mềm niệu quản ngược dòng tán sỏi đài bể thận bằng laser Holmium, Y học Việt Nam (2017), tập 452, số 1/2017, (8-11).
5. **Cacuzza, Marcello, Colombo junior, et al.** Outcomes of flexible ureteroscopic lithotripsy with holmium laser for upper urinary tract calculi. International Brazil journal urology(2009), 34,(143-150)
6. **Julie M.Riley, Laura Stearman, Scott Chosen(2009).** Retrograde Ureteroscopy for Renal Stones Larger Than 2.5 cm. Journal of endourology (2009), 23(9)
7. **Okan Bas, Cantuygun, Onur Dede, et al.** Factors affecting complication rates of retrograde flexible ureterorenoscopy: analysis of 1571 procedures—a single-center experience. World Journal of Urology (2017), 35,(819-826).

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN, KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA KỸ THUẬT CẮT TRỌN BƯỚU BÀNG QUANG QUA NGẢ NIỆU ĐẠO

**Trịnh Nguyên Bách¹, Nguyễn Ngọc Châu¹, Văn Thành Trung¹
Hồ Xuân Tuấn¹, Nguyễn Mạnh Tiến¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật cắt bướu bàng quang qua ngã niệu đạo (TURBT) đã là phẫu thuật tiêu chuẩn cho chẩn đoán, điều trị và phân giai đoạn của ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ. Tuy nhiên, TURBT vẫn còn có điểm hạn chế, trong quá trình hoàn thiện kỹ thuật điều trị, TURBT cắt

trọn bướu bằng dao cắt điện lưỡng cực ra đời. Bài viết này phân tích tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật cắt trọn bướu bàng quang (en bloc TURBT) qua ngã niệu đạo.

Đối tượng và phương pháp: Từ tháng 02/2019 đến tháng 11/2019, có 116 bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật en bloc TURBT. Chúng tôi phân tích các đặc điểm trong mổ, sau mổ và giải phẫu bệnh, cũng như các biến chứng trong mổ và sau mổ.

Kết quả: Có tổng cộng 116 bệnh nhân được phẫu thuật với 182 bướu được cắt. kích thước bướu trung bình là 2,12cm. Thời gian mổ trung

¹Khoa Nội Soi Niệu, Bệnh viện Bình Dân

Tác giả liên lạc: Trịnh Nguyên Bách

Email: bstrinhnguyenbach@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/7/2021

Ngày phân biện: 21/7/2021

Ngày duyệt bài: 10/8/2021

bình là 39,15 phút. Không có biến chứng như chảy máu, thủng bàng quang. Giải phẫu bệnh cho thấy số bệnh nhân ung thư tế bào chuyển tiếp là 79. Lớp cơ Detrusor của bàng quang hiện diện trong 75 trường hợp.

Kết luận: Qua nghiên cứu, chúng tôi bước đầu nhận thấy en bloc TURBT là an toàn và hiệu quả trong điều trị bướu bàng quang chưa xâm lấn cơ.

Từ khóa: Bướu bàng quang, cắt trọn bướu bàng quang qua ngã niệu đạo.

SUMMARY

THE SAFETY AND PATHOLOGY OUTCOMES OF EN BLOC TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR

Purpose: Transurethral resection of bladder tumor (TURBT) using wire loop is considered the standard for diagnosing, staging and treating non muscle invasive bladder cancer (NMIBC). However, TURBT has some disadvantages, in the process of perfecting the treatment technique, en bloc TURBT with the bipolar electrode was invented. This article analyzes the safety and efficacy of en bloc transurethral resection of bladder tumor (en bloc TURBT).

Methods: From January 2019 to November 2019, 116 patients with NMIBC received en bloc TURBT. Operative details, pathological result and intraoperative and postoperative complication was analyzed.

Results: A total of 182 neoplasms were removed by en bloc TURBT from 116 patients. The mean tumor diameter was 2.12cm. The average operation time was 39.15min. No complication such as bladder bleeding, vesicle perforation occurred during the treatment. Pathological evaluations showed transitional carcinoma was 79 patients. The bladder detrusor muscle layer was in 75 patients

Conclusion: The current results demonstrated that en bloc TURBT with bipolar electrode is an effective and safe treatment for NMIBC.

Keywords: Bladder cancer, en bloc transurethral resection of bladder tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bướu bàng quang qua ngã niệu đạo (TURBT) vẫn là tiêu chuẩn vàng cho điều trị bướu bàng quang chưa xâm lấn cơ hiện nay. TURBT là công cụ để chẩn đoán, phân giai đoạn, và cũng để điều trị[1],[2],[5]. Tuy nhiên, đặc thù của bướu bàng quang là tái phát nhiều, cùng với việc cắt hết bướu trong một số trường hợp còn khó khăn[3]. Ngoài ra việc cắt đốt bướu thành từng mảnh nhỏ không đảm bảo được nguyên tắc điều trị ung thư cổ điển là lấy trọn bướu, cách ly mô bướu và mô lành, làm tăng nguy cơ gieo rắc tế bào bướu. Điều này đặt ra vấn đề cần phải tối ưu hóa TURBT, để có tiên lượng tốt về mặt ung thư.

Thêm nữa, vai trò của nhà giải phẫu bệnh trong ung thư bàng quang rất quan trọng, không những phải nhận diện sự bất thường của tế bào niệu mạc, mà còn phải đi sâu vào đánh giá mức độ xâm lấn. Trong khi những mẫu bệnh phẩm gửi cho bác sĩ giải phẫu bệnh là những mô cắt rời rạc và bị đốt cháy nhiều, mức độ chính xác để đánh giá giai đoạn là khó đạt được[6].

Điều này thúc đẩy sự ra đời của một kỹ thuật mới trong cắt bướu bàng quang, là cắt trọn bướu (en bloc resection), với sự hỗ trợ của dao cắt lưỡng cực hoặc laser[2],[4],[3]. Những khối bướu được cắt trọn, lấy rộng mô xung quanh, lấy sâu qua lớp cơ bàng quang, đưa ra ngoài thành một khối, để đảm bảo không sót mô bướu và quan sát các lớp qua vi thể được chính xác nhất.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu về kỹ thuật cắt trọn bướu bàng quang qua ngã niệu đạo trong khoảng thời gian từ 02/2019 đến 05/2019 tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các trường hợp bướu bàng quang có chỉ định cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo từ 02/2019 đến 11/2019.

Ghi nhận các thông số trước mổ: soi bàng quang, siêu âm, MSCT hệ niệu. Ghi nhận các đặc điểm trong mổ: vị trí, kích thước, số lượng bướu, nghi ngờ CIS trên NBI, phản xạ thần kinh bịt, lượng máu mất, thời gian mổ, biến chứng trong mổ. Ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: loại tế bào, cơ bàng quang trong mẫu cắt đốt, mức độ biệt hóa. Ghi nhận theo dõi hậu phẫu: biến chứng, ngày rút thông niệu, ngày xuất viện.

Trong quá trình phẫu thuật, bệnh nhân được kê tư thế tán sỏi, sử dụng nước muối sinh lý làm dung dịch tưới rửa. En bloc TURBT được thực hiện bằng máy Olympus 26fr, sử dụng điện lưỡng cực, năng lượng cắt được chỉnh ở 40-100 W và đốt ở 100W, dao cắt được sử dụng gồm kim (plasma needle), vòng cắt (plasmaloop), ovan (plasma ovalbutton), con lăn (plasmaroller).

Đầu tiên, soi toàn bộ bàng quang đánh giá bướu và tương quan của bướu với niệu quản, soi lại thêm một lần nữa bằng ánh sáng NBI, xác định biên sẽ cắt, dùng kim cắt đánh dấu biên phẫu thuật. Cắt bằng kim sâu tới lớp cơ theo chu vi bướu, bóc tách và đưa nguyên khối bướu ra ngoài. Đánh giá lại đáy bướu và biên phẫu thuật, có thể lấy thêm làm giải phẫu bệnh, đốt cầm máu. Đặt thông niệu đạo lưu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1, tuổi trung bình là 57,34, bệnh nhân nam chiếm ưu thế, tiểu máu là triệu chứng nổi bật.

Bảng 1: đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi	57,34 ± 13,08
Giới tính	(22 – 87)
Nam (%)	91 (78%)
Nữ (%)	25 (12%)
Triệu chứng	
Tiểu máu (%)	110 (95%)
Tiểu đau (%)	6 (5%)

Đặc điểm trong mổ của bệnh nhân được thể hiện qua bảng 2. Kích thước bướu trung bình là 2,12cm, lớn nhất là 5cm và nhỏ nhất là 0,5cm. Vị trí bướu thường gặp nhất là vách bàng quang, đây cũng là vùng có phản xạ thần kinh bịt nhiều nhất, và có 36% bệnh nhân có phản xạ thần kinh bịt trong mổ. Thời gian mổ trung bình là 39,48 phút. Lượng máu mất không đáng kể. Không có trường hợp chảy máu cần truyền máu hay lủng bàng quang trong mổ.

Bảng 2: phân tích trong mổ

Kích thước bướu (cm)	2,12 ± 1,05 (0,5 – 5)
Vị trí bướu	4 (3%)
Đáy	14 (12%)
Thành sau	65 (56%)
Vách	24 (21%)
Tam giác	9 (8%)
Cổ bàng quang	116 (100%)
Tổng số	39,48 ± 16,44
Thời gian mổ (phút)	(20 – 120)
Phản xạ thần kinh bịt	36 (31%)
Thủng bàng quang	0

Theo dõi hậu phẫu được ghi nhận ở bảng 3. Rút thông niệu đạo sau khoảng 3,22 ngày và xuất viện sau khoảng 2,97 ngày.

Trong 116 trường hợp mổ, ghi nhận có 9 trường hợp viêm mạn tính, 1 trường hợp bứu mạch máu, 22 trường hợp u nhú tiềm năng ác tính thấp, 1 trường hợp bứu cơ trơn, 1 trường hợp lạc nội mạc tử cung, 3 trường hợp u nhú đảo ngược và 79 trường hợp Carcinoma tế bào chuyển tiếp.

Trong 79 trường hợp TCC này, có 5 trường hợp không có cơ trên mẫu sinh thiết, 21 trường hợp bứu xâm lấn cơ và 53 trường hợp chưa xâm lấn cơ.

Bảng 3: theo dõi hậu phẫu

Ngày rút thông niệu đạo (ngày)	3,22 ± 1,22 (1-7)
Ngày xuất viện (ngày)	2,97 ± 1,31 (1-7)
Giải phẫu bệnh TCC	79 (68%)
Viêm mạn	9 (8%)
U nhú	22 (19%)
Bứu mạch máu	1 (1%)
Bứu cơ trơn	1 (1%)
Lạc nội mạc tử cung	1 (1%)
U nhú đảo ngược	3 (3%)
Tổng số	116 (100%)
Cơ Detrusor (xét 79 bệnh nhân có giải phẫu bệnh là TCC)	
Không có cơ	5 (6%)
Xâm lấn cơ	21 (27%)
Không xâm lấn cơ	53 (67%)
Tổng số	79 (100%)

IV. BÀN LUẬN

1. Kỹ thuật cắt trọn bứu bàng quang qua ngã niệu đạo cho thấy tính an toàn, không có trường hợp biến chứng nặng trong mổ như chảy máu phải truyền máu hay thủng bàng quang. Trường hợp mất máu nhiều nhất là 200ml là ở bứu lớn khoảng 5x5cm và thời gian mổ của trường hợp này cũng khá lâu là

100 phút.

2. Yêu cầu bắt buộc trong cắt đốt nội soi chẩn đoán và điều trị bứu bàng quang là phải có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm, bảo đảm việc đánh giá đầy đủ, chính xác giai đoạn, quyết định kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. En bloc TURBT đã cắt trọn được bứu qua đánh giá trong mổ. Tỷ lệ lấy được lớp cơ là khá cao (94%), cung cấp mẫu bệnh phẩm hoàn hảo, đảm bảo cho bác sĩ giải phẫu bệnh đánh giá chính xác có xâm lấn cơ hay không, cũng như giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra quyết định phù hợp trong giai đoạn tiếp theo cho từng bệnh nhân, qua đó nâng cao chất lượng điều trị. Điều này có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong điều trị ung thư bàng quang.

Một số nghiên cứu chỉ ra việc không có lớp cơ trong mẫu cắt đốt sẽ làm gia tăng tỷ lệ tái phát, việc theo dõi tái phát dài hạn ở 53 bệnh nhân không xâm lấn cơ sẽ cũng có thêm cho các nghiên cứu này[7].

Một thực tế trong điều trị bứu bàng quang là việc đánh giá giai đoạn TNM, khi đánh giá T dựa vào giải phẫu bệnh, chúng ta mới chỉ dừng lại ở xâm lấn cơ hay không xâm lấn cơ, trong khi chỉ định cắt đốt nội soi bứu bàng quang lần 2 (second look) lại cần mức độ cao hơn như: CIS, Ta, T1, mức độ biệt hóa tế bào[2],[5]. Do đó, việc bảo đảm các lớp được giữ nguyên thành một khối trong kỹ thuật en bloc TURBT sẽ góp phần hỗ trợ cho các nhà giải phẫu bệnh trong việc xác định chính xác các lớp của bàng quang và cũng là giúp chính các bác sĩ lâm sàng trong điều trị bệnh nhân bứu bàng quang.

3. Phản xạ thần kinh bị luôn là trở ngại cho các bác sĩ lâm sàng khi làm TURBT đơn thuần, đôi khi phải kết thúc sớm phẫu thuật

và làm lại lần 2 sau này, việc dùng kim cắt (plasma needle) để thao tác ở vị trí vách bàng quang cho thấy sự thuận lợi, và trong trường hợp phản xạ xảy ra, thương tổn gây nên cho bàng quang được hạn chế ở mức thấp nhất[1]. Trong 36 trường hợp có phản xạ thần kinh bứt, không có trường hợp nào thủng bàng quang hay biến chứng cần can thiệp mở.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi bước đầu nhận thấy en bloc TURBT an toàn và hiệu quả trong điều trị bướu bàng quang chưa xâm lấn cơ, cũng như mang lại sự chính xác trong phân giai đoạn bướu bàng quang xâm lấn cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balan G. X., Geavlete P. A., Georgescu D. A., Ene C. V., Bulai C. A., 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 (3), pp. 773-780.
2. **Herrmann T. R., Wolters M., Kramer M. W. (2017)**, "Transurethral en bloc resection of nonmuscle invasive bladder cancer: trend or hype". *Curr Opin Urol*, 27 (2), pp. 182-190.
3. **Kramer M. W., Rassweiler J. J., Klein J., Martov A., Baykov N., et al. (2015)**, "En bloc resection of urothelium carcinoma of the bladder (EBRUC): a European multicenter study to compare safety, efficacy, and outcome of laser and electrical en bloc transurethral resection of bladder tumor". *World J Urol*, 33 (12), pp. 1937-43.
4. **Kramer M. W., Wolters M., Cash H., Jutzi S., Imkamp F., et al. (2015)**, "Current evidence of transurethral Ho:YAG and Tm:YAG treatment of bladder cancer: update 2014". *World J Urol*, 33 (4), pp. 571-9.
5. **Kramer M. W., Altieri V., Hurle R., Lusuardi L., Merseburger A. S., et al. (2017)**, "Current Evidence of Transurethral En-bloc Resection of Nonmuscle Invasive Bladder Cancer". *Eur Urol Focus*, 3 (6), pp. 567-576.
6. **Ouzaid I., Panthier F., Hermieu J. F., Xylinas E. (2019)**, "Contemporary surgical and technical aspects of transurethral resection of bladder tumor". *Transl Androl Urol*, 8 (1), pp. 21-24.
7. **Zhang J., Wang L., Mao S., Liu M., Zhang W., et al. (2018)**, "Transurethral en bloc resection with bipolar button electrode for non-muscle invasive bladder cancer". *International urology and nephrology*, 50 (4), pp. 619-623.