

13. Pierorazio P. M., Patel H. D., Feng T., Yohannan J., Hyams E. S., Allaf M. E. (2011) "Robotic-assisted versus traditional laparoscopic partial nephrectomy: comparison of outcomes and evaluation of learning curve". *Urology*, 78 (4), 813-9.
14. M. N. Simmons, C. J. Weight, I. S. Gill (2009) "Laparoscopic radical versus partial nephrectomy for tumors >4 cm: intermediate-term oncologic and functional outcomes". *Urology*, 73 (5), 1077-82.
15. C. Springer, M. R. Hoda, H. Fajkovic, G. Pini, N. Mohammed, P. Fornara, F. Greco (2013) "Laparoscopic vs open partial nephrectomy for T1 renal tumours: evaluation of long-term oncological and functional outcomes in 340 patients". *BJU Int*, 111 (2), 281-8.
16. Zhang X., Shen Z., Zhong S., Zhu Z., Wang X., Xu T. (2013) "Comparison of peri-operative outcomes of robot-assisted vs laparoscopic partial nephrectomy: a meta-analysis". *BJU Int*, 112 (8), 1133-42.

UNG THƯ TÚI THỪA BÀNG QUANG: NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP

Trần Thanh Tùng¹, Vũ Thị Thanh Thủy², Đỗ Ngọc Thế², Trần Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý và kết quả điều trị một trường hợp Ung thư túi thừa bàng quang.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả trường hợp bệnh trên 1 trường hợp ung thư túi thừa bàng quang, điều trị bằng phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa tại Bệnh viện TWQĐ 108, tháng 12/2020.

Kết quả: Chẩn đoán xác định ung thư túi thừa bàng quang dựa vào chẩn đoán hình ảnh và sinh thiết trước mổ, trong khi đó soi bàng quang không xác định được túi thừa. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi

thừa, diễn biến trong và sau mổ thuận lợi, không xảy ra tai biến-biến chứng; kiểm tra sau mổ 6 tháng bệnh nhân ổn định, không có dấu hiệu tái phát.

Kết luận: Ung thư túi thừa bàng quang là một bệnh ít gặp, một số trường hợp không điển hình khi soi bàng quang phải xác định dựa vào chẩn đoán hình ảnh và nên sinh thiết trước mổ nếu điều kiện cho phép. Phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa là lựa chọn tốt với bệnh nhân cao tuổi.

Từ khóa: Túi thừa bàng quang, ung thư túi thừa bàng quang.

SUMMARY

CARCINOMA OF THE BLADDER DIVERTICULUM: A CASE REPORT

Objective: Description of the pathology characteristics and treatment results of a case of carcinoma of the bladder diverticulum.

Patients and methods: A case report was performed on a case with carcinoma of the

¹Đại học Y Dược Hải Phòng.

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Liên hệ tác giả: BS Trần Thanh Tùng.

Email: ttung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/7/2021

Ngày phản biện: 30/7/2021

Ngày duyệt đăng: 25/9/2021

bladder diverticulum, treated by partial cystectomy at 108 Military Central Hospital in December 2020.

Results: The definitive diagnosis of carcinoma of bladder diverticulum based on imaging diagnosis, and preoperative biopsy while cystourethroscopy did not identify the diverticulum. The partial cystectomy along with the diverticulum was carried out without any peri- or post-operative complications. There was no sign of recurrence 6 months after surgery.

Conclusion: carcinoma of the bladder diverticulum is a rare disease. In some cases, the cystoscopy results are atypical, the diagnosis is confirmed based on imaging, and biopsies should be performed before surgery (if possible). The partial cystectomy is a good choice for elderly patients.

Keyword: bladder diverticulum, carcinoma of bladder diverticulum.

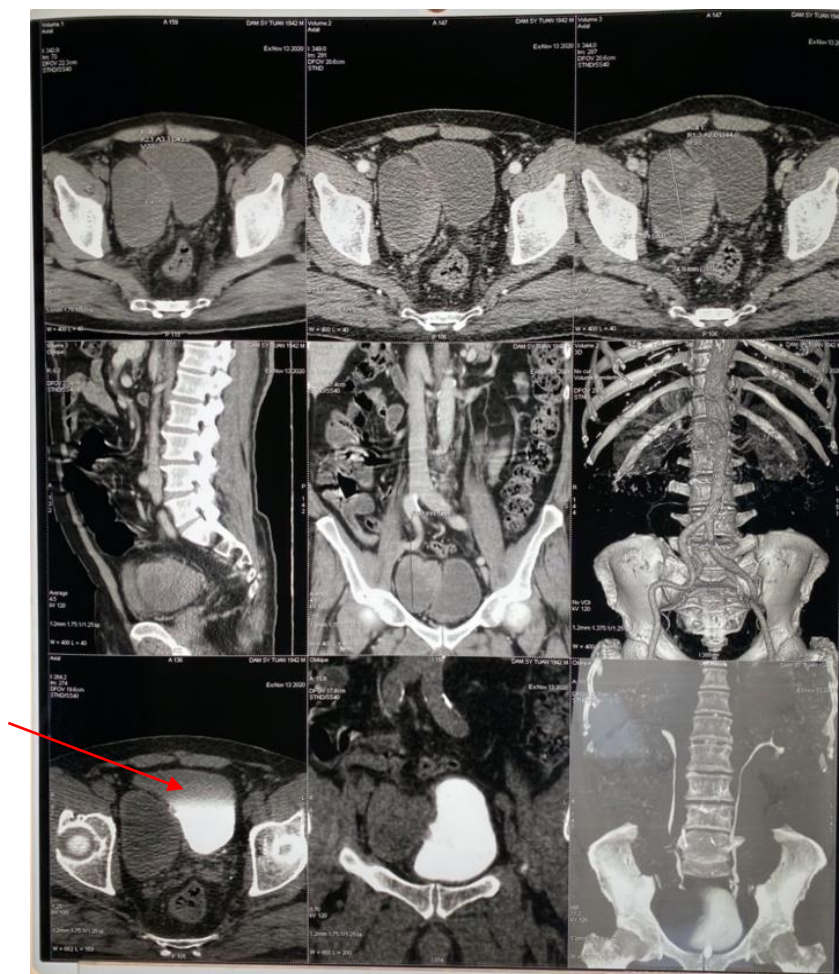
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa bàng quang (TTBQ) là phần niêm mạc bàng quang thoát vị ra ngoài lớp cơ thành bàng quang với tỷ lệ từ 6 - 23,4% ở người lớn [1],[2]. Tỷ lệ ung thư phát sinh từ túi thừa bàng quang dao động từ 0,8% - 14,3%, chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp, chiếm số ít là ung thư biểu mô tế bào vảy; ung thư tế bào tuyến rất hiếm gặp và thường là từ nơi khác di căn tới [2],[3]. Việc chẩn đoán ung thư trong túi thừa bàng quang (UTTTBQ) còn nhiều thách thức, đặc biệt là các căn cứ để chẩn đoán giai đoạn bệnh còn thiếu chính xác và phương thức điều trị vẫn còn nhiều tranh cãi do tần suất

bệnh là hiếm gặp [4],[5]. Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp bệnh nhân cao tuổi UTTTBQ chẩn đoán khó được điều trị bằng cắt một phần bàng quang cùng túi thừa tại bệnh viện TWQĐ 108.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam 78 tuổi, vào viện 12/2020 với chẩn đoán khối u vùng hạ vị, thiếu máu mức độ nặng, với bệnh nền là đái tháo đường type II, ngoài ra đã được phẫu thuật nội soi cắt đốt qua niệu đạo điều trị u lành tuyến tiền liệt năm 2019 (tại thời điểm đó không xác định có túi thừa bàng quang hay không). Khoảng một tháng trước khi vào viện bệnh nhân xuất hiện mệt mỏi, đi tiểu nước tiểu hồng toàn bãi, thỉnh thoảng lẫn máu cục; kèm theo đau tức nhẹ vùng hạ vị lệch phải. Trước đó vài tháng, bệnh nhân cũng có từng đợt tiểu hồng toàn bãi nhưng thấy tự hết, bệnh nhân không đi khám bệnh. Bệnh không gây sút cân, khoảng 1 tuần trước khi vào viện bệnh nhân tiểu máu thường xuyên hơn, mệt mỏi nhiều, đi khám phát hiện thiếu máu (Hồng cầu 3,85 T/l; huyết sắc tố: 51 g/l), siêu âm có khối giảm âm vùng hạ vị nghi đến u bàng quang, vào bệnh viện TWQĐ 108 điều trị. Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cho thấy hình ảnh khối cạnh thành phải bàng quang dạng túi thừa bàng quang KT 5x6cm, trong lòng túi đặc, không ngấm thuốc cản quang, chưa loại trừ u thanh mạc cơ bàng quang (Hình 1).



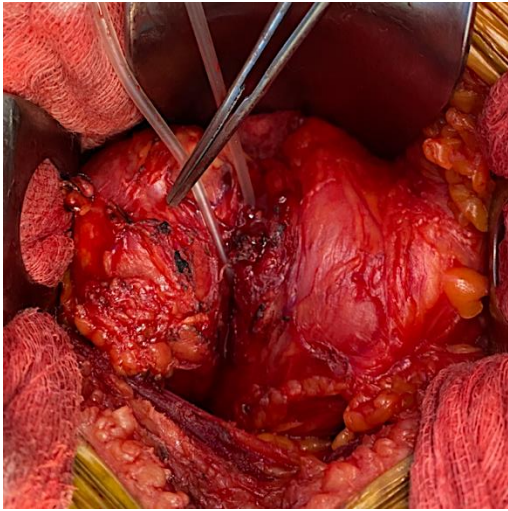
Hình 3. Hình ảnh CLVT trước mổ (Khối u ở đầu mũi tên)

Soi bàng quang cho thấy hình ảnh niêm mạc bàng quang bình thường, hai lỗ niệu quản ở vị trí bình thường, không xác định được cổ túi thừa. Chúng tôi quyết định sinh thiết khối u qua hướng dẫn của CLVT. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô nhú đường niệu không xâm nhập độ thấp.

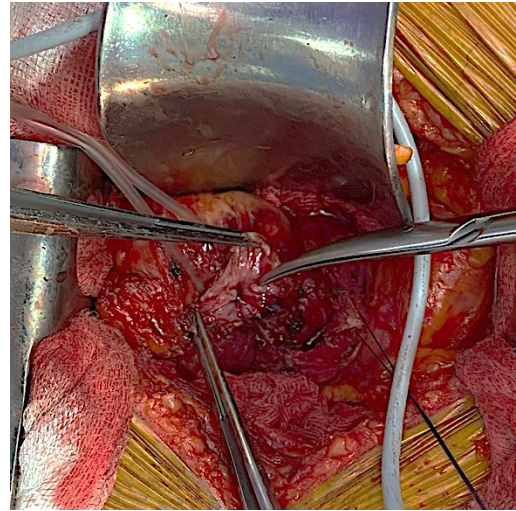
Do vậy, với chẩn đoán cuối cùng là ung thư túi thừa bàng quang (T1NxMo), chúng tôi quyết định phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa.

Đường mổ theo đường trắng giữa dưới rốn, sau khi bộc lộ mặt trước bàng quang,

ống dẫn tinh bên phải được kẹp cắt tạo thuận lợi cho bộc lộ toàn bộ hố chậu phải cùng với túi thừa kích thước 7x5cm; cổ túi thừa được phẫu tích và nâng lên bằng 1 ống thông Modelage (Hình 2), khâu mối túi và buộc chặt; khâu treo và cắt 1 phần bàng quang viên xung quanh cổ túi thừa 2cm (Hình 3); phẫu tích lấy bỏ toàn bộ túi thừa ra khỏi hố chậu phải; kiểm tra niệu quản phải bình thường; rửa bàng quang và khâu kín bàng quang 2 lớp.



Hình 4. Cổ túi thừa đã được phẫu tích và nâng lên



Hình 5. Cổ túi thừa đã được khâu mối túi và buộc chặt, cắt 1 phần bàng quang quanh cổ túi thừa



Hình 6. Túi thừa được lấy ra nguyên vẹn (en-bloc)



Hình 7. Túi thừa đã được mở, bên trong toàn bộ là tổ chức u

Diễn biến hậu phẫu ổn định, rút dẫn lưu ổ mổ ngày thứ 4 sau mổ, thông niệu đạo được rút sau mổ 7 ngày; sau rút thông niệu đạo bệnh nhân tự tiểu tốt, nước tiểu trong, xuất viện ngày thứ 8.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô nhú đường niệu độ ác tính cao xâm nhập lớp hạ niêm mạc (tương đương T1 theo hệ thống TNM hoặc A theo Jewett-Strong-Marshall (JSM) [6]).

Sau khi ra viện bệnh nhân không áp dụng

thêm các biện pháp điều trị nào khác vì chẩn đoán sau mổ UTTTBQ ở giai đoạn T1NxMo; bệnh cạnh đó điều kiện bệnh nhân không có người chăm sóc; BN không ghi nhận bất cứ dấu hiệu bất thường gì cho đến thời điểm hiện tại là tháng thứ 7 sau điều trị.

III. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc và giai đoạn bệnh

Túi thừa bàng quang có tỷ lệ mắc thay đổi từ 6% đến 23,4% ở người lớn, ở nam gặp

nhều hơn ở nữ giới (tỷ lệ tần lượt là 31,6% và 9%) [1],[2]; Gerridzen (1982) ghi nhận tỷ lệ túi thừa bàng quang là 48% ở BN có TSLTTTL [7]. Một số tác giả nhận định: sự thiếu hụt hoặc thiếu một lớp cơ trong túi bàng quang khiến nó không thể thải hết nước tiểu ra khỏi bàng quang. Kích thích mãn tính do ứ đọng nước tiểu bên trong túi dẫn đến nhiễm trùng và viêm mãn tính và sau đó tạo điều kiện cho sự phát triển của khối u ác tính [1],[6]. Ở BN của chúng tôi TTbQ là hậu quả của TSLTTTL điều này là phù hợp với nhận định trên của tác giả. Các khối u xuất hiện trong TTbQ là không phổ biến, tỷ lệ được báo cáo là từ 0,8% đến 13%, trong đó đa số là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp chiếm từ 70 – 80 %, ung thư biểu mô tế bào vảy là 20 – 25 %, ngoài ra ung thư biểu mô tuyến được báo cáo khoảng 2% và thường là di căn từ nơi khác tới và hiện diện chủ yếu ở vùng tam giác bàng quang [2],[3].

Việc xác định mô bệnh học của các bệnh lý ung thư biểu mô đường niệu một cách thích hợp còn nhiều tranh cãi, khi hệ thống TNM chưa đáp ứng được. Năm 2003, Tổ chức Y tế Thế giới / Hiệp hội Bệnh lý Tiết niệu Quốc tế đã đưa ra một hệ thống phân loại bệnh lý tiết niệu đồng thuận của các khối u biểu mô của bàng quang tiết niệu. Sự phân loại này bao gồm các tổn thương tăng sản, tổn thương phẳng có teo và u nhú. Mỗi trong số này được chia nhỏ hơn nữa. Loại cuối cùng bao gồm u nhú, u có khả năng ác tính thấp và ung thư biểu mô cấp thấp và cấp cao [8].

Các phân chia giai đoạn của hệ thống Jewett-Strong-Marshall và hệ thống TNM của Liên minh quốc tế chống ung thư đều đánh giá bệnh cục bộ trên cơ sở khối u lan rộng dọc theo các lớp khác nhau của thành bàng quang; Hạch hoặc di căn xa thường không liên quan đến khối u bề ngoài, nhưng

khả năng lây lan tăng lên đáng kể sau khi xâm lấn lớp cơ. Do đó, việc phân loại các khối u TTbQ gây ra một khó khăn duy nhất, vì các túi thừa bàng quang được hình thành do thoát vị niêm mạc thông qua các khuyết tật cơ và các thành túi thừa thiếu một lớp cơ, do vậy một số tác giả đề nghị bỏ qua giai đoạn T2 hoàn toàn khi phân giai đoạn các khối u túi thừa [5].

Dựa vào kết quả mô bệnh học và kết quả trong mổ, BN của chúng tôi được chẩn đoán sau mổ là Ung thư biểu mô nhú độ ác tính cao giai đoạn A (theo JSM) hoặc T1, Nx, Mo (theo TNM), kết quả này là phù hợp với các tác giả ở trên.

Chẩn đoán

Theo các báo cáo chùm case bệnh và các case bệnh riêng lẻ thì đái máu là biểu hiện của hầu hết UTbQ nói riêng và UTbQ nói chung, nhưng triệu chứng này không xảy ra liên tục và mức độ đái máu là khác nhau khiến bệnh nhân dễ bỏ qua. Ngoài ra có thể có bí tiểu, tiểu khó, chướng bụng; hiếm hơn là đau tức mạn sườn thắt lưng, phù chân hoặc khối ở xương chậu khi u to chèn ép vào niệu quản, tĩnh mạch hoặc di căn xương [5],[6].

Căn cứ chẩn đoán xác định ung thư túi thừa bàng quang là nội soi bàng quang và sinh thiết tổn thương. Tuy nhiên các khối u trong TTbQ cũng có thể khó nhìn thấy hoặc hoàn toàn bị bỏ sót khi soi bàng quang [9],[10].

Ngoài nội soi bàng quang, chẩn đoán hình ảnh là một phương pháp hỗ trợ không thể thiếu trong chẩn đoán, phân giai đoạn và quản lý UTbQ và UTTbQ. Trong đó siêu âm Doppler và chụp cắt lớp vi tính có sử dụng thuốc cản quang là một cách hiệu quả để xác định bản chất của một tổn thương ví dụ trong trường hợp cần phân biệt khối máu tụ lấp đầy TTbQ [6].

Chúng tôi sử dụng siêu âm, phim chụp CLVT (Hình 1) và sinh thiết dưới hướng dẫn của CLVT để chẩn đoán ở bệnh nhân này do nội soi bàng quang không phát hiện bất thường bên trong lòng bàng quang.

Điều trị

Các hướng dẫn hiện hành về quản lý ung thư bàng quang không nêu bất kỳ các khuyến nghị liên quan đến điều trị UTTTBQ, ngoại trừ hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu Pháp năm 2016. Trong hướng dẫn này, cắt một phần bàng quang cùng túi thừa và vét hạch chậu 2 bên được mô tả như một phương pháp điều trị tùy chọn cho các khối u giới hạn trong một TTbQ, không có CIS đồng thời và với giai đoạn tối đa của cT3 [11]. Trước đó các tác giả thường dùng các hướng dẫn về quản lý UTbQ làm căn cứ để điều trị UTTTBQ.

Hiện có các phương pháp điều trị UTbQ hiện nay gồm cắt đốt nội soi qua niệu đạo có kết hợp hóa chất hoặc không cho các u bàng quang nông; cắt bàng quang triệt căn, hóa chất hoặc xạ trị với các khối u bàng quang xâm lấn cơ [6],[12]. Tuy nhiên TTbQ không có lớp cơ mà chỉ đơn thuần là lớp niêm mạc bàng quang nên nếu điều trị bằng cắt đốt nội để gây thủng, hơn nữa khả năng tiếp cận được khối u bên trong túi thừa cũng khó khăn hơn, có lẽ vì vậy mà hiệu chưa có báo cáo nào về điều trị UTTTBQ bằng cắt đốt nội soi.

Hai phương pháp ngoại khoa được phân đông các tác giả áp dụng là cắt toàn bộ TTbQ cùng 1 phần bàng quang hoặc cắt toàn bộ bàng quang, có hoặc không vét hạch chậu, có hoặc không kết hợp hóa chất hoặc xạ trị sau mổ [4],[5],[13],[14].

Tác giả Chen (2016) điều trị cho một trường hợp UTTTBQ bằng PTNS cắt túi thừa và 1 phần bàng quang cách cổ túi

khoảng 0,4 – 1cm kết hợp hóa trị 6 lần với 30 mg mitomycin C. Sau 6 tháng theo dõi, soi bàng quang cho thấy nhiều u nhú tái phát ở thành bên phải, thành sau trái và thành bên trái nhưng cách xa vị trí túi thừa trước đó. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u bàng quang qua đường nội soi. Các ký tự mô bệnh học vẫn còn ở bề ngoài, ung thư biểu mô tuyến cao. Sự xâm lấn lớp dưới niêm mạc không được nhìn thấy. Thêm 6 tuần hóa trị liệu trong ổ mitomycin C đã được thực hiện. Không có thêm sự tái phát khối u được ghi nhận trong 1 năm theo dõi gần đây [1]. Tác giả Moussa (2018) điều trị cho một BN UTTTBQ kèm nhiều sỏi trong TTbQ, ban đầu tác giả ý định sử dụng cắt đốt nội soi và tán qua niệu đạo tuy nhiên không thết tiếp cận được, sau đó chuyển mổ mở cắt toàn bộ túi thừa và một phần bàng quang kèm nạo hạch chậu 2 bên, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô nhú độ ác tính cao chưa xâm nhập mô đệm, hạch bạch huyết âm tính. Theo dõi 6 tháng sau mổ bệnh nhân được soi bàng quang kiểm tra không thấy sự tái phát của khối u [13]. Raheem (2011), đã cắt toàn bộ TTbQ cùng 1 phần bàng quang và bóc tuyến tiền liệt cho một trường hợp UTTTBQ mô học là u nhú độ I, giai đoạn pT1, G2; PSA: 0,9 ng/ml kết hợp hóa trị sau mổ. Theo dõi sau 12 tháng không có sự tái phát của tế bào u [15].

Voskuilen (2018) công bố một nghiên cứu đa trung tâm trên 115 BN UTTTBQ ở giai đoạn thấp hơn hoặc bằng pT2 được điều trị bằng PT cắt toàn bộ bàng quang và cắt TTbQ cùng 1 phần bàng quang cách rìa cổ túi thừa 1cm (Tcis là chông chỉ định với PT cắt TTbQ cùng 1 phần BQ). 81 BN được cắt toàn bộ bàng quang kèm nạo hạch chậu, 34 BN còn lại được cắt TTbQ cùng 1 phần bàng quang có hoặc không kèm vét hạch chậu. Kết

quả ghi nhận tỷ lệ sống sau 5 năm của 2 nhóm BN là lần lượt là 62% và 66%, có thể thấy hiệu quả là tương đương [4].

BN của chúng tôi có chẩn đoán giai đoạn là pT1, soi bàng quang không thấy sự hiện diện của CIS nên chúng tôi quyết định xử trí bằng cắt TTbQ và một phần BQ với đường rạch cách cổ TTbQ 2cm, trước khi cắt cổ túi thừa được thắt lại để tránh sự reo rắc tế bào u, không kèm nạo hạch và không điều trị bổ sung khác. Chúng tôi lựa chọn điều trị như vậy xuất phát từ hai lý do: 1/ trước hết, chẩn đoán mô bệnh học trước PT là ung thư biểu mô nhú đường niệu không xâm nhập độ thấp giai đoạn T1NxMo, và kết quả soi bàng quang không có tổn thương, trong quá trình PT không thấy sự xâm lấn của khối u ra bên ngoài; như vậy cắt túi thừa và một phần bàng quang cách túi thừa 2cm là phù hợp theo các tác giả trên; 2/ hai là BN tuổi cao, thể trạng trước mổ yếu, nếu PT kèm vét hạch sẽ tăng nguy cơ cho BN, hơn nữa các hướng dẫn điều trị cho giai đoạn T1 không yêu cầu vét hạch; bên cạnh đó điều kiện của BN không có người ở cùng chăm sóc, nên việc đi lại thăm khám sau điều trị là tương đối khó khăn. Cho đến thời điểm hiện tại là sau 7 tháng điều trị bệnh nhân hoàn toàn khỏe mạnh.

IV. KẾT LUẬN

UTTTbQ là một bệnh lý hiếm gặp, chẩn đoán quyết định dựa vào soi bàng quang, sinh thiết làm mô bệnh học và kết hợp chẩn đoán hình ảnh. Phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa là lựa chọn phù hợp với những bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen H. E., Lin Y. C., Cheng Y. H. (2016),** Urothelial carcinoma arising within bladder

diverticulum. Report of a case and review of the literature, *Urological Science*. 27, 177-180.

2. **Hazra S. P., Priyadarshi V., Awasthi N. et al. (2013),** Bladder Diverticulum with Stone and Transitional Cell Carcinoma: A Case Report, *UroToday International Journal*. 6(5).
3. **Matsuhashi N, Kazuya Yamaguchi K., Tamura T. et al. (2005),** Case report: Adenocarcinoma in bladder diverticulum, metastatic from gastric cancer, *World Journal of Surgical Oncology*. 3(1), 55.
4. **Voskuilen C. S., Seiler R., Rink M. et al. (2018),** Urothelial Carcinoma in Bladder Diverticula: A Multicenter Analysis of Characteristics and Clinical Outcomes, *European Urology Focus*.
5. **Golijanin D., Yossepowitch O., Beck S. D. et al (2003),** Carcinoma in a Bladder Diverticulum: Presentation and Treatment Outcome, *The Journal of Urology*. 170(5), 1761-1764.
6. **Matta E. J., Kenney A. J., Barre' G. M. et al. (2005),** Best Cases from the AFIP - Intradiverticular Bladder Carcinoma, *RadioGraphics*. 25, 1397-1403.
7. **Gerridzen R. G., & Futter N. G. (1982),** Ten-year review of vesical diverticula, *Urology*. 20(1), 33-35.
8. **Epstein J. I. (2003),** The new World Health Organization/International Society of Urological Pathology (WHO/ISUP) classification for TA, T1 bladder tumors: is it an improvement?, *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 47(2), 83-89.
9. **Dondalski M., White E. M., Ghahremani G. G. et al. (1993),** Carcinoma arising in urinary bladder diverticula: imaging findings in six patients, *American Journal of Roentgenology*. 161(4), 817-820.