

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA PHÚC MẠC CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Đỗ Thị Thu Hiền^{1,✉}, Hoàng Long^{1,2}, Chu Văn Lâm¹, Đỗ Ích Định¹

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá bước đầu kết quả nội soi qua phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng được áp dụng trên 17 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 31/5/2021 đến hết 31/5/2022. Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình là $62,5 \pm 5,13$ tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 209 ± 42 phút, lượng máu mất trung bình 420 ± 168 ml. 3/17 trường hợp có biến chứng sớm (tắc ruột cơ năng, rò nước tiểu). Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cho thấy có 2/17 trường hợp có di căn hạch. Sau phẫu thuật 1 tháng, 8/17 trường hợp có tái phát sinh hóa. Sau phẫu thuật 6 tháng, 8/10 trường hợp không có đái rỉ, 8/10 trường hợp có rối loạn cương dương, không có trường hợp nào bị hẹp niệu đạo. Bước đầu cho thấy, phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt qua phúc mạc có độ an toàn cao, có hiệu quả tốt về mặt lâm sàng và chức năng cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt qua phúc mạc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh ung thư phổ biến thứ hai và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ năm ở nam giới trong năm 2020.¹ Theo GLOBOCAN, tại Việt Nam năm 2020 số trường hợp mắc mới ung thư tuyến tiền liệt là 6.248, chiếm tỷ lệ 6,3% và 2.628 ca tử vong, chiếm tỷ lệ 2,1% trong tổng số các bệnh ung thư.¹

Ở giai đoạn sớm, các triệu chứng của ung thư tuyến tiền liệt thường nghèo nàn, bệnh diễn biến thầm lặng trong thời gian dài. Khi biểu hiện ra triệu chứng (đau hậu môn, táo bón, đau tinh hoàn, đau xương, phù hai chân, đái máu...) thì bệnh đã ở giai đoạn muộn. Gần đây, do hiệu quả tích cực của việc định lượng PSA, chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt tầm soát và kỹ

thuật sinh thiết tuyến tiền liệt, mà ngày càng có nhiều bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán sớm, làm tăng cơ hội sống thêm cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt.

Việc lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, yếu tố nguy cơ và tiên lượng sống thêm của từng bệnh nhân. Tuy nhiên, với ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt được coi là tiêu chuẩn vàng. Có thể thực hiện phẫu thuật này bằng các đường tiếp cận khác nhau (trong phúc mạc, ngoài phúc mạc, đường đáy chậu), với các kỹ thuật khác nhau (mổ mở, nội soi, nội soi có robot hỗ trợ), nhằm mục đích tăng hiệu quả và giảm thiểu các biến chứng của cuộc phẫu thuật. Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn có hỗ trợ của robot là phương pháp hiện đại nhất, tuy nhiên, tại Việt Nam, hệ thống robot còn chưa được sử dụng rộng rãi do chi phí lớn, chưa phù hợp với mức thu nhập chung của người Việt Nam.² Vì vậy, phẫu thuật nội soi

Tác giả liên hệ: Đỗ Thị Thu Hiền

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: dothithuhien10061992@gmail.com

Ngày nhận: 23/09//2022

Ngày được chấp nhận: 25/10/2022

cắt tuyến tiền liệt tận gốc (Laparoscopic radical prostatectomy - LRP) vẫn được sử dụng rộng rãi hơn do các ưu điểm về khả năng tiếp cận, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, kiểm soát biến chứng, vết mổ nhỏ, thẩm mỹ, kinh tế... làm tăng chất lượng cuộc sống và mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Năm 1997, Schuessler là người đầu tiên thực hiện thành công phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc, tuy nhiên thời gian phẫu thuật quá dài nên chưa đủ thuyết phục (8 - 11 giờ).³ Tháng 1/1998, Guillonau và Vallancien đã thực hiện phẫu thuật nội soi triệt căn cắt tuyến tiền liệt và tiêu chuẩn hóa kỹ thuật như xuyên phúc mạc và nội soi.⁴ Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc lần đầu tiên được thực hiện ở Việt Nam là tại Bệnh viện Chợ Rẫy vào năm 2004.⁵ Tuy nhiên cho tới nay, tại Việt Nam công trình nghiên cứu đánh phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua phúc mạc còn hạn chế. Tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong vòng 1 năm qua, đã có 17 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, bước đầu cho những kết quả khả quan và đáng mong đợi. Dựa trên thực tiễn đó, nhóm tác giả chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: “Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt điều trị bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt” với mục tiêu đánh giá một số kết quả sớm cũng như phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt qua phúc mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt điều trị tại Khoa Ngoại Tiết niệu và Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu (KCBTYC), Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 31/5/2021 đến hết 31/5/2022

được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt qua phúc mạc.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt do chỉ số PSA tăng cao mà chưa được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết tuyến tiền liệt.

- Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn cT4.

- Ung thư tuyến tiền liệt nghi ngờ đã di căn hạch trên lâm sàng và/hoặc di căn xa.

- Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn cT1, cT2, cT3, Nx-0, Mx-0 nhưng thời gian kỳ vọng sống < 10 năm.

- Có các bệnh lý chống chỉ định của gây mê và của phẫu thuật nội soi.

- Không đồng ý phẫu thuật nội soi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, lý do phát hiện bệnh, kết quả thăm trực tràng, tiền sử.

- Cận lâm sàng

Xét nghiệm PSA toàn phần, tỷ lệ PSA tự do/ toàn phần, chụp cộng hưởng từ (CHT) tuyến tiền liệt: khối lượng tuyến tiền liệt, đánh giá tổn thương theo thang điểm PIRADS, xâm lấn vỏ bao, xâm lấn túi tinh, hạch động mạch chậu, số mảnh sinh thiết tuyến tiền liệt trước mổ, điểm Gleason khi sinh thiết trước mổ, đánh giá giai đoạn ung thư trước mổ.

- Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật, truyền máu trong và sau phẫu thuật, số ca chuyển mổ mở, số ngày hậu phẫu, tai biến trong phẫu thuật (tổn thương trực tràng, tổn thương niệu quản, tổn thương các mạch máu lớn), thời gian lưu ống thông tiểu, các biến chứng sớm khác (tắc ruột sau phẫu thuật, rò nước tiểu sau phẫu thuật).

- Kết quả điều trị bước đầu

Tái phát sinh hóa sau phẫu thuật, hẹp niệu đạo sau 1 tháng, 3 tháng, mức độ tiểu không kiểm soát sau 6 tháng theo phân độ Stamey, đánh giá rối loạn cương dương sau 6 tháng theo bảng điểm IIEF-5 (International Index of Erectile Function-5).

3. Xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng Excel và phân tích bằng SPSS 20.0. Thực hiện thống kê mô tả và thống kê phân tích.

4. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu được thực hiện theo phác đồ điều trị bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt là tiêu chuẩn vàng với ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú, việc tham gia vào nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện và được giải thích kỹ trước khi tiến hành điều trị. Toàn bộ thông tin của bệnh nhân đều được mã hóa giữ kín.

III. KẾT QUẢ

1. Kết quả lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi: nghiên cứu được thực hiện trên 17 bệnh nhân, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $62,5 \pm 5,13$ (bệnh nhân trẻ nhất 52 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất 71 tuổi).

Lý do phát hiện bệnh

Bảng 1. Phân bố lý do phát hiện bệnh

Lý do phát hiện bệnh	Số lượng
Đi khám vì có triệu chứng đường tiểu dưới	9/17
Đái máu	1/17
Đau tinh hoàn	1/17
Khám sức khỏe định kỳ	6/17

Số bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới, đi khám được thăm trực tràng và làm xét nghiệm PSA tầm soát ung thư chiếm 9/17 bệnh nhân, có 6/17 bệnh nhân đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt.

Thăm trực tràng: có 8/17 bệnh nhân khi thăm trực tràng phát hiện có nhân cứng trên bề mặt vùng ngoại vi tuyến tiền liệt.

Tiền sử: 2/17 bệnh nhân có tiền sử mổ nội soi cắt u phì đại tuyến tiền liệt trước đó.

Xét nghiệm PSA và tỷ lệ PSA tự do/toàn phần: trong nghiên cứu, có 8/17 bệnh nhân có xét nghiệm PSA > 20 ng/ml, 4/17 bệnh nhân xét nghiệm PSA từ 10,1 – 20 ng/ml, 5/17 bệnh nhân có PSA từ 4,1 – 10 ng/ml.

Kết quả CHT

Bảng 2. Phân bố kết quả đánh giá khối u trên cộng hưởng từ

Khối lượng tuyến tiền liệt	≤ 40g	12
	> 40g	5
PIRADS	3 điểm	4
	4 điểm	5
	5 điểm	8
Hạch tiểu khung	Có	2
	Không	15
Đặc điểm xâm lấn	Chưa xâm lấn	12
	Xâm lấn vỏ bao	1
	Xâm lấn túi tinh	4
Vị trí tổn thương	Thương tổn 1 thùy	13
	Thương tổn 2 thùy	4

Kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt trước mổ**Bảng 3. Phân bố kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt trước mổ**

Số mẫu sinh thiết	8	4
	10	9
	12	4
Điểm Gleason	6 điểm	5
	3+4 điểm	4
	4+3 điểm	3
	8 điểm	5

Đánh giá giai đoạn ung thư tuyến tiền liệt trước mổ: trong nghiên cứu, trước phẫu thuật có 12/17 bệnh nhân được đánh giá là thuộc giai đoạn cT2, 1/17 bệnh nhân giai đoạn cT3a, 4 bệnh nhân giai đoạn cT3b. Có 2 trường hợp giai đoạn cT3b được ghi nhận có vài hạch vùng tiểu khung trên phim cộng hưởng từ nhưng không điển hình của hạch di căn.

2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật: thời gian phẫu thuật trung bình là 209 ± 42 phút, ca mổ có thời gian phẫu thuật lâu nhất là 300 phút, ngắn nhất là 165 phút.

Nội soi chuyển mổ mở: 3/17 trường hợp phải chuyển từ phương pháp nội soi sang mổ mở cắt toàn bộ tuyến tiền liệt. 2 trường hợp do đánh giá trong phẫu thuật thấy tổn thương ung thư xâm lấn, dính chắc, khó giải phóng, 1 trường hợp do sau khi cắt niệu đạo tụt sâu, nối niệu đạo qua nội soi khó khăn.

Lượng máu mất trong phẫu thuật: trung bình, mỗi ca mổ mất 420 ± 168 ml máu. 16/17 trường hợp không cần truyền máu trong và sau phẫu thuật, các trường hợp này toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn, xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi sau phẫu thuật 1 ngày không có tình trạng thiếu máu cần truyền máu.

1/17 trường hợp có lượng máu mất trong phẫu thuật là 700ml nên được chỉ định truyền 2 đơn vị hồng cầu khối 250ml, sau phẫu thuật toàn trạng của bệnh nhân và xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi ổn định.

Tổn thương các tạng khác: không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương trực tràng, tổn thương niệu quản, tổn thương các mạch máu lớn trong phẫu thuật.

Số ngày hậu phẫu: trung bình bệnh nhân nằm viện $9,23 \pm 2,9$ ngày, lâu nhất là 16 ngày ở 2 bệnh nhân theo dõi rò nước tiểu sau mổ, bệnh nhân ra viện nhanh nhất là 6 ngày.

Thời gian lưu thông tiểu: 15/17 trường hợp được lưu ống thông tiểu đến ngày thứ 14, 2/17 trường hợp lưu ống thông tiểu 21 ngày do theo dõi rò nước tiểu sau mổ.

Các biến chứng sớm khác**Bảng 4. Các biến chứng sớm**

Tắc ruột	Rò nước tiểu	Rò bạch huyết	Không
1	2	0	14

3/17 trường hợp có các biến chứng sớm sau phẫu thuật, trong đó có 1 trường hợp tắc ruột cơ năng, phải nhịn ăn, đặt ống thông dạ dày rút sau 5 ngày, siêu âm và X-quang bụng không chuẩn bị không ghi nhận hình ảnh mức nước mức hơi.

Đánh giá giai đoạn ung thư sau phẫu thuật theo giải phẫu bệnh**Bảng 5. Giai đoạn ung thư sau phẫu thuật**

Giai đoạn	Số lượng
pT2N0M0	10
pT3bN0M0	5
pT3bN1M0	2

Cả 2 trường hợp chụp cộng hưởng từ

trước phẫu thuật có hình ảnh vài hạch vùng tiểu khung đều được nạo vét hạch mở rộng (từ hạch chậu bịt tới chỗ chia động mạch chậu chung) và có kết quả giải phẫu bệnh là hạch di căn. 2/12 trường hợp được đánh giá là cT2 có sự thay đổi về đánh giá giai đoạn ung thư sau phẫu thuật thành pT3b.

3. Kết quả điều trị bước đầu

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được hẹn khám lại sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, xét nghiệm lại chỉ số PSA toàn phần, tự do, siêu âm đo nước tiểu tồn dư, đánh giá tình trạng đái rỉ theo phân loại Stamey, tình trạng rối loạn cương dương theo bảng điểm IIEF-5. Sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn nếu PSA $\geq 0,2$ ng/ml được coi là tái phát sinh hóa.

Tái phát sinh hóa: sau phẫu thuật 1 tháng, ghi nhận có 8/17 trường hợp tái phát sinh hóa.

Tiểu không kiểm soát: sau 6 tháng, 8/10 bệnh nhân không có tình trạng tiểu không kiểm soát.

Rối loạn cương dương: sau 6 tháng, 8/10 bệnh nhân có tình trạng rối loạn cương dương.

Hẹp niệu đạo: dựa trên triệu chứng đái khó, siêu âm đo nước tiểu tồn dư và chụp X-quang niệu đạo khi có nghi ngờ không ghi nhận bệnh nhân có hẹp niệu đạo.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,5 \pm 5,13$, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 52 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. So với Nguyễn Tiến Đệ ($67,2 \pm 7,2$, các bệnh nhân có độ tuổi từ 55 - 79 tuổi), chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân có độ tuổi trẻ hơn với kỳ vọng sống thêm lâu hơn.⁶ Đa số bệnh nhân đi khám vì có triệu chứng đường tiểu dưới hoặc khám sức khỏe định kỳ (15/17 trường hợp). Điều đó cho thấy, việc tầm soát ung thư tuyến tiền liệt ở bệnh nhân nam > 40 tuổi và bệnh nhân nam có triệu chứng đường tiểu dưới là rất quan trọng.

Ngày nay, xét nghiệm PSA với chi phí rẻ, thuận tiện, được chỉ định ngày càng rộng rãi, nên số bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phát hiện và chẩn đoán ở giai đoạn sớm ngày càng tăng. Theo GLOBOCAN, so với năm 2018, số ca mắc mới ung thư tuyến tiền liệt được ghi nhận tại Việt Nam tăng lên đáng kể, từ 3.959 ca lên 6.248 ca.¹ Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được xét nghiệm PSA toàn phần, tự do, thăm trực tràng, chụp cộng hưởng từ vùng chậu và sinh thiết trước phẫu thuật. Tỷ lệ PSA tự do/ toàn phần đóng vai trò rất quan trọng. 9/17 trường hợp có xét nghiệm PSA toàn phần từ 4,1 - 20 ng/ml, trong đó có 8/9 bệnh nhân có tỷ lệ PSA tự do/ toàn phần < 0,2, 1/9 bệnh nhân tỷ lệ PSA tự do/ toàn phần > 0,2 (2,24/5,7), tuy nhiên vẫn được chỉ định sinh thiết do xét nghiệm PSA tăng gần gấp đôi khi làm lại sau 1 tháng. Chụp cộng hưởng từ tiểu khung cho thấy 100% bệnh nhân có tổn thương PIRADS 3 trở lên, 2/17 trường hợp ghi nhận có vài hạch tiểu khung, không điển hình của hạch di căn nên vẫn được chỉ định phẫu thuật. Chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân giai đoạn từ cT3b trở xuống với hi vọng bệnh nhân vẫn thực hiện được phẫu thuật nội soi, lại không quá ảnh hưởng tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống, so với xạ trị còn giúp đánh giá đúng giai đoạn và độ ác tính, từ đó thiết kế liệu pháp điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật hiệu quả.⁷ 10/17 trường hợp được xếp nhóm nguy cơ thấp và trung bình, 7/17 trường hợp nguy cơ cao và rất cao. Tất cả 17 bệnh nhân đều được giải thích khả năng điều trị đa mô thức sau phẫu thuật, đặc biệt là nhóm nguy cơ cao và rất cao và chỉ được phẫu thuật sau khi có sự đồng thuận của bệnh nhân.

Về mặt phẫu thuật, so với nghiên cứu của các tác giả khác, chúng tôi ghi nhận những kết quả tương đồng hoặc khả quan hơn. Trong nghiên cứu này, thời gian phẫu thuật trung bình là 209 ± 42 phút, ca mổ lâu nhất là 300 phút, ngắn nhất là 165 phút, tương đương với kết

quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Đệ, thời gian phẫu thuật trung bình $194,69 \pm 46,21$ phút, ngắn nhất là 120 phút và dài nhất là 315 phút.⁶ Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là 420 ± 168 ml, trường hợp nhiều nhất là 700ml, 16/17 trường hợp không cần truyền máu. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đệ cho kết quả lượng máu mất trung bình là $433,67 \pm 315,13$ ml, trong đó trường hợp máu mất ít nhất là 100ml và nhiều nhất là 1500ml, trong đó có đến 40,8% bệnh nhân phải truyền máu trong phẫu thuật.⁶ Chảy máu trong khi phẫu thuật làm cản trở tầm quan sát, làm kéo dài thời gian phẫu thuật. Các yếu tố quyết định chảy máu trong khi mổ phải kể đến là kinh nghiệm phẫu thuật viên, trọng lượng tuyến tiền liệt, kỹ thuật cầm máu...⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3/17 trường hợp phải chuyển mổ mở, nhưng không phải do chảy máu, 2/3 trường hợp chuyển mổ mở do đánh giá trong mổ thấy khối u dính chắc, khó giải phóng, 1 trường hợp còn lại do miệng nối niệu đạo tụt sâu, không khâu nối lại được bằng nội soi, thời gian mổ của ca này lên tới 300 phút. Không ghi nhận trường hợp nào bị tổn thương các tạng khác (trực tràng, niệu quản, mạch máu lớn...) trong phẫu thuật. Sau phẫu thuật, 3/17 bệnh nhân có các biến chứng sớm (1 bệnh nhân tắc ruột cơ năng, 2 bệnh nhân rò nước tiểu), cả 2 bệnh nhân rò nước tiểu đều được lưu ống thông tiểu 3 tuần, sau khi rút ống thông không còn tình trạng rò nước tiểu.

Về mặt ung thư học, sau phẫu thuật các bệnh nhân được đánh giá lại giai đoạn ung thư theo giải phẫu bệnh, ghi nhận 2/12 trường hợp có sự khác biệt về đánh giá giai đoạn ung thư trước và sau phẫu thuật, từ cT2 thành pT3b, 2 trường hợp có hình ảnh vùi hạch tiểu khung trên cộng hưởng từ giải phẫu bệnh sau mổ đều là hạch di căn. 8/17 trường hợp có sự thay đổi về điểm Gleason, trong đấy có 2 trường hợp điểm Gleason trước phẫu thuật là 6, 7 điểm,

sau phẫu thuật là 9 điểm. Như vậy, xét về ưu điểm, phẫu thuật giúp đánh giá chính xác hơn giai đoạn và độ ác tính của ung thư, giúp bệnh nhân lựa chọn liệu pháp điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật chính xác hơn. Tuy nhiên, việc lựa chọn bệnh nhân rộng rãi cũng cho tỷ lệ tái phát sinh hóa cao, 8/17 trường hợp ghi nhận có chỉ số PSA toàn phần $> 0,2$ ng/ml sau 1 tháng, tuy nhiên 2/8 bệnh nhân đó được làm xạ hình xương, chụp cộng hưởng từ vùng chậu, chụp cắt lớp vi tính ngực không phát hiện tổn thương di căn, 6/8 trường hợp còn lại được chỉ định điều trị bổ trợ (cắt tinh hoàn, xạ trị, ADT, Bicalutamid...).

Tính tới thời điểm này, có 10/17 bệnh nhân có thời gian hậu phẫu đủ 6 tháng để đánh giá thang điểm IIEF-5. Vì vậy, chúng tôi chỉ đánh giá tình trạng tiểu không kiểm soát và rối loạn cương dương trên các bệnh nhân này. Theo Stamey, 8/10 trường hợp không còn đái rỉ gắng sức, 2/10 trường hợp đái rỉ gắng sức Stamey I. 8/10 trường hợp còn rối loạn cương dương trong đó có 2 trường hợp đã được cắt tinh hoàn do tái phát sinh hóa sau phẫu thuật. 100% bệnh nhân sau khi rút ống thông tiểu đều được hướng dẫn bài tập phục hồi chức năng cơ sàn chậu do Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội hướng dẫn.

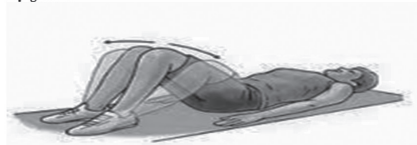


BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Địa chỉ: tầng 2 nhà A5 - Trường Đại học Y Hà Nội, số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội

TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CƠ SÀN CHẬU

Động tác 1:



Hình 1. Một phần bài tập phục hồi chức năng cơ sàn chậu

V. KẾT LUẬN

Với các tiến bộ về sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt ở nhóm bệnh nhân ≥ 40 tuổi và nhóm bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới, số lượng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phát hiện ở giai đoạn sớm ngày càng tăng. Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt qua phúc mạc được chỉ định trên những bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt còn khu trú, là một phẫu thuật phức tạp, cần phải lựa chọn bệnh nhân chặt chẽ, yêu cầu phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm, chăm sóc và theo dõi diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng sau mổ bài bản. Bước đầu cho thấy, phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt có độ an toàn cao, có hiệu quả tốt về mặt lâm sàng và chức năng cho bệnh nhân, thời gian phẫu thuật trung bình là 209 ± 42 phút, lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là 420 ± 168 ml, trường hợp nhiều nhất là 700ml, 16/17 trường hợp không cần truyền máu. Không có trường hợp nào tử vong hoặc có biến chứng nặng nề, kéo dài sau phẫu thuật. 8/17 trường hợp ghi nhận có tái phát sinh hóa sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật 6 tháng, 8/10 trường hợp không có đái rỉ, 8/10 trường hợp có rối loạn cương dương, không có trường hợp nào bị hẹp niệu đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. GLOBOCAN 2020: The Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/27-Prostate-fact-sheet.pdf>. All Rights Reserved, December, 2020.

2. Li Ming Su, Joseph A Smith. *Laparoscopic and robotic-assited laparoscopic radical protectomy and pelvic lymphadenectomy*. Philadelphia, Elsevier Saunders; 2012.

3. Schuessler W. Laparoscopic radical prostatectomy: initial shortterm experience. *Urology*. 1997; 50(6): 854-857.

4. Guillonnet B, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy: The Montsouris technique. *J Urol*. 2000; 163: 1643–1649.

5. Trần Ngọc Sinh, Fabienne Absil, Thái Minh Sâm. Nhân 1 trường hợp cắt tuyến tiền liệt toàn phần bằng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc trên bệnh nhân bướt ác tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2004;8(2):3.

6. Nguyễn Tiến Đệ. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2015.

7. James L Mohler, Emmanuel S. Antonarakis, Andrew J. Armstrong *et al*. Prostate Cancer, Version 2.2019. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2019;17.

8. Ramirez BM, Stolzenburg J, Dietel A, et al. Learning laparoscopic radical prostatectomy with the Leipzig program. Analysis of the training module program. *Actas Urol Esp*. 2009;33(3):290-295.

9. Denis L J, Gospodarowiz M K, Griffiths K. Cancer of the Prostate. UICC Manual of Clinical Oncology. *International Union against Cancer*. 8th Ed. 2004;585-598.

Summary

INITIAL ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY IN THE TREATMENT OF PROSTATE CANCER

The objective of the study was to evaluate the results of transperitoneal laparoscopic radical prostatectomy in the treatment of prostate cancer. This was a non-controlled clinical intervention in 17 patients with prostate cancer treated at Hanoi Medical University Hospital from May 31, 2021 to the end of May 31, 2022. The mean age was 62.5 ± 5.13 . The mean surgery time was 209 ± 42 minutes, the average blood loss was 420 ± 168 ml. Early complications including functional bowel obstruction and urine leakage occurred in 3/17 cases. Pathology after surgery showed 2/17 cases had lymph node metastasis. After 1 month of surgery, 8/17 cases had biochemical recurrence. After 6 months of surgery, 8/10 cases did not have urinary incontinence (UI), 8/10 cases had erectile dysfunction, and there was no cases of urethral stricture. The results suggested transperitoneal laparoscopic radical prostatectomy is safe and has good clinical and functional efficacy for patients.

Keywords: Prostate cancer, Transperitoneal Laparoscopic Radical Prostatectomy.