

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ĐỖ LỆNH HÙNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI
QUA PHÚC MẠC CẮT THẬN - NIỆU QUẢN TẬN GỐC
ĐIỀU TRỊ BƯỚU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN**

NGÀNH: NGOẠI THẬN VÀ TIẾT NIỆU

MÃ SỐ: 62720126

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2022

Công trình được hoàn thành tại:

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Tuấn Vinh

2. PGS.TS. Nguyễn Văn Ân

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp trường
học tại Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

vào hồi: giờ ngày tháng năm

Có thể tìm Luận án tại thư viện:

1. Thư viện Quốc gia Việt Nam
2. Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
3. Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Đỗ Lệnh Hùng (2020), "Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận niệu quản và một phần bàng quang điều trị ung thư niệu mạc đường niệu trên: phân tích nguyên nhân thất bại phẫu thuật", *Y học thực hành*, (1136), số 6/2020, tr. 218-220.
2. Đỗ Lệnh Hùng (2020), "Phẫu thuật nội soi trong cắt thận - niệu quản tận gốc trên bướu niệu mạc đường tiết niệu trên", *Y học thực hành*, (1139), số 7/2020, tr. 47-51.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu niệu mạc đường tiết niệu trên (BNMĐTNT) là một bệnh lý khá hiếm gặp, chiếm khoảng 5-7% các trường hợp bướu của thận và 5% các trường hợp bướu của niệu mạc. Cho đến nay, phẫu thuật mổ mở cắt thận-niệu quản và một phần bàng quang vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bướu niệu mạc đường tiết niệu trên.

Với sự hỗ trợ mạnh mẽ của các phương tiện dụng cụ nội soi, các phẫu thuật mổ mở phức tạp trước đây đã dần được thay thế bởi phẫu thuật nội soi. Năm 1991, Clayman là người đầu tiên thực hiện thành công cắt thận – niệu quản bằng phẫu thuật nội soi. Từ đó đến nay đã có nhiều tác giả thực hiện và cải tiến kỹ thuật phẫu thuật nội soi để điều trị bướu niệu mạc đường tiết niệu trên, ngã trong phúc mạc hoặc sau phúc mạc. Phẫu thuật nội soi cắt BNMĐTNT đã được chứng minh là có hiệu quả tương đương với phẫu thuật mổ mở về hiệu quả điều trị và ung thư học, nhưng nó còn có lợi điểm hơn nhiều về giảm đau, thời gian nằm viện ngắn, lượng máu mất ít, thẩm mỹ. Trong đó phẫu thuật nội soi cắt BNMĐTNT ngã trong phúc mạc có thể giúp cắt bỏ thận, niệu quản, một phần bàng quang bên có bướu trong một thì hiệu quả.

Hiện nay, tại Việt Nam, vẫn chưa có một nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp PTNS áp dụng điều trị BNMĐTNT.

Chúng tôi đặt ra câu hỏi nghiên cứu là “*Hiệu quả của phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận – niệu quản tận gốc điều trị bứu niệu mạc đường tiết niệu trên như thế nào?*”. Từ đó chúng tôi có các mục tiêu nghiên cứu như sau:

Mục tiêu tổng quát:

Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận – niệu quản tận gốc điều trị bứu niệu mạc đường tiết niệu trên.

Mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận - niệu quản tận gốc điều trị bứu niệu mạc đường tiết niệu trên ở các thời điểm: tại thời điểm xuất viện, ở thời điểm xuất viện 1 tháng và ở thời điểm xuất viện 3 tháng.

2. Xác định các yếu tố lâm sàng ảnh hưởng đến sự thất bại điều trị ở thời điểm xuất viện 3 tháng.

Ý NGHĨA THỰC TIỄN VÀ ĐÓNG GÓP MỚI

- Về nội dung: Kỹ thuật áp dụng là phẫu thuật cắt thận, niệu quản, một phần bàng quang bên có BNMĐTNT qua ngã nội soi trong phúc mạc. Đây là công trình nghiên cứu đầu tiên áp dụng kỹ thuật này tại Việt Nam. Khẳng định tinh thần luôn đi đầu đổi mới của Bệnh viện Bình Dân trong việc triển khai kỹ thuật mới về phẫu thuật nội soi nói chung tại Việt Nam.

- Về cách tiếp cận: Thiết kế nghiên cứu là báo cáo loạt ca tiến cứu và theo dõi kết quả sớm sau mổ sau mổ với các mốc thời gian là

ngay sau mổ, sau mổ 1 tháng, sau mổ 3 tháng, cho phép đánh giá tỷ lệ thành công sớm của phương pháp điều trị.

- Về phương pháp phân tích số liệu: sử dụng phân tích hồi quy Logistic đa biến giúp xử lý tốt các yếu tố gây nhiễu và đồng tác, cho kết quả chính xác về các yếu tố tiên lượng.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án có 124 trang, trong đó: Đặt vấn đề 3 trang. Chương 1: Tổng quan tài liệu 38 trang. Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 21 trang. Chương 3: Kết quả 24 trang. Chương 4: Bàn luận 33 trang. Kết luận và kiến nghị: 3 trang. Phần tài liệu tham khảo: 112 tài liệu (9 tiếng Việt, 103 tiếng nước ngoài). Năm phụ lục. Luận án có 32 bảng, 20 hình và 6 biểu đồ, 1 sơ đồ.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu học ứng dụng đường tiết niệu trên

1.1.1. Giải phẫu ứng dụng liên quan của thận

1.2. Giải phẫu ứng dụng liên quan của niệu quản

1.3. Tổng quan về bứu niệu mạc đường tiết niệu trên

Ung thư biểu mô (UTBM) nguyên phát đường tiết niệu trên là một bệnh ít gặp, chiếm khoảng 5% tổng số ung thư biểu mô nguyên phát đường tiết niệu. Các khối bứu ở vị trí đài bể thận nhiều gặp đôi ở niệu quản. Tỷ lệ tái phát tại bàng quang là 22 – 47%, so với chỉ

2 – 6% tại bên đối diện. Khoảng 60% các trường hợp được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn xâm lấn, trong khi tỉ lệ này ở u bàng quang là 15 – 25%. Do đó, đa phần các trường hợp điều trị bằng phẫu thuật triệt căn. Chỉ định phẫu thuật bảo tồn đặt ra trong một số ít các trường hợp đặc biệt.

1.3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

1.3.1.2. Các xét nghiệm chẩn đoán

1.3.2. Điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô đường tiết niệu

1.3.2.1. Đánh giá mức nguy cơ

- Ung thư biểu mô đường tiết niệu nguy cơ cao

Bướu được đánh giá là UTBM đường tiết niệu nguy cơ cao khi nó có một trong các biểu hiện sau:

- Thận ứ nước
- Bướu ≥ 2 cm
- Xét nghiệm tế bào học nước tiểu: grade cao
- Xét nghiệm sinh thiết qua nội soi niệu quản: grade cao
- Bướu ở nhiều vị trí
- Có tiền sử cắt bàng quang toàn bộ do ung thư
- Mô học thay đổi
- Có xâm lấn tại chỗ trên CLĐT

1.3.2.2. Phẫu thuật bảo tồn

1.3.2.3. Phẫu thuật tận gốc (cắt toàn bộ thận-niệu quản)

* Chỉ định:

- Các trường hợp bướu thuộc nhóm nguy cơ cao ở bất kể vị trí nào.

- Thận bên đối diện có chức năng bình thường.

- Bướu chưa có biểu hiện di căn tạng. Trong các trường hợp đã có di căn tạng, phẫu thuật này không đem lại lợi ích nào về mặt.

1.3.3. Sơ lược về lịch sử mổ mở cắt thận-niệu quản

1.3.4. Sự phát triển của phẫu thuật nội soi trong cắt thận-niệu quản

Khởi đầu cắt thận nội soi được thực hiện ở những bệnh nhân được chẩn đoán bướu lành tính hoặc thận mất chức năng. Sau đó nhiều nơi trên thế giới cũng bắt đầu can thiệp cắt thận qua ngã nội soi cho các bệnh lý thận lành tính cũng như ác tính. Kirbe và Clayman (1993) đã thực hiện được 20 trường hợp, với thời gian mổ trung bình là 355 phút, sử dụng 5 lỗ trocar, 12% biến chứng nặng và 19% biến chứng nhẹ. Tại châu Á, Ono và cộng sự (1993), cũng đã sớm áp dụng kỹ thuật cắt thận qua ngã nội soi trong phúc mạc, nhân 2 trường hợp. Năm 1991, Clayman báo cáo trường hợp đầu tiên cắt thận – niệu quản qua nội soi trong phúc mạc. sau ba thập kỷ áp dụng, kết quả về mặt ung thư học của phẫu thuật nội soi vẫn không thay đổi quá nhiều, dù đã có sự điều chỉnh trong việc phân loại giai đoạn cũng như kỹ thuật mổ. Hiện nay, phẫu thuật nội soi trong phúc

mạc cắt toàn bộ thận – niệu quản được xem là phẫu thuật an toàn và là một lựa chọn thay thế mổ mở kinh điển.

- Đường vào:

+ Đường trong phúc mạc giúp cho phẫu thuật viên có được khoang làm việc rộng hơn, phẫu trường dễ nhìn hơn vì nó quen thuộc với hình ảnh giải phẫu học trong ổ bụng.

+ Đường ngoài phúc mạc cho phép không chế động mạch thận nhanh và dễ dàng hơn do tiếp cận từ mặt sau. Đồng thời cũng tránh được hiện tượng dính nhau của tạng ổ bụng sau mổ.

-Trình tự phẫu thuật: Tương tự như phẫu thuật mổ mở, nhưng thao tác qua dụng cụ nội soi.

1.3.4.2. Kết quả của PTNS trong cắt thận-niệu quản

Các biến chứng có thể gặp như tổn thương lách, tuyến thượng thận, mạch máu cuống thận, tá tràng, hoặc chuyển mổ mở, mổ lại cầm máu, áp xe, tắc ruột, dò tụy, thoát vị (Rassaweiler, 1998). Theo Cadeddu (1998): biến chứng 9,6%, chuyển mổ mở 3,8%, 1 chết trên bàn mổ, 1 chết sau 1 tháng, 1 thủng tá tràng, 1 di căn phổi và gan, 1 di căn phổi, 1 di căn tuyến thượng thận, 1 di căn lỗ trocar, 1 di căn bàng quang. Tỷ lệ sống 5 năm không có ung thư là 91%, không có trường hợp nào chết do ung thư. Càng về sau các báo cáo càng cho thấy tính hiệu quả của cắt thận nội soi, theo dõi dài hạn về mặt ung thư học cũng như so sánh với các kết quả của mổ mở.

Ưu thế của phương pháp này so với mổ mở kinh điển là giảm đau sau mổ, giảm lượng máu mất và thời gian hồi phục của bệnh

nhân. Nghiên cứu sau đó cho thấy về mặt ung thư học, nội soi trong phúc mạc không có sự khác biệt so với mổ mở. Hiện nay, phẫu thuật nội soi trong phúc mạc cắt toàn bộ thận – niệu quản được xem là phẫu thuật an toàn và là một lựa chọn thay thế mổ mở kinh điển.

1.3.5. Điều trị đa mô thức trong ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên

1.3.6. Y văn liên quan đến nghiên cứu

1.3.6.1. Trên thế giới

Tháng 4/2000, Shalhav và cộng sự báo cáo 25 trường hợp phẫu thuật nội soi trong phúc mạc cho bướu niệu mạc đường tiết niệu. Đoạn niệu quản cuối được xử lý qua nội soi ngã niệu đạo trước khi tiến hành phẫu thuật nội soi.

Tháng 11/2000, Gill và cộng sự báo cáo 42 trường hợp phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt thận-niệu quản cho bướu niệu mạc đường tiết niệu. Đoạn niệu quản cuối được xử lý qua nội soi ngã niệu đạo trước khi tiến hành phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

Năm 2005, Gill và cộng sự báo cáo 100 trường hợp phẫu thuật nội soi cả ngoài phúc mạc và trong phúc mạc cắt thận – niệu quản cho bướu niệu mạc đường tiết niệu. Đoạn niệu quản cuối được xử lý qua nội soi ngã niệu đạo, dùng stappler cắt từ ngoài qua mổ mở hoặc nội soi trong phúc mạc, trước hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật nội soi.

Năm 2007, Bollens và cộng sự báo cáo 100 trường hợp phẫu thuật nội soi trong phúc mạc cắt thận – niệu quản cho bướu niệu

mạc đường tiết niệu. Đoạn niệu quản cuối được xử lý qua nội soi ngã niệu đạo, mổ mở hoặc nội soi trong phúc mạc, trước hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật nội soi.

Năm 2009, Viprakasit và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu hồi cứu, tổng hợp các nghiên cứu về PTNS và cách xử trí niệu quản đoạn xa trong điều trị BNMĐTNT. Kết quả cho thấy PTNS đang trở thành lựa chọn điều trị thay thế cho mổ mở với kết quả ung thư học tương đương và kết quả phẫu thuật cải thiện đáng kể. Tuy nhiên, chưa có phương pháp xử trí niệu quản đoạn xa nào tỏ rõ ưu điểm nhiều hơn so với các phương pháp khác. Nguyên tắc đường tiết niệu trên phải được cắt thành 1 khối để kiểm soát ung thư cần phải được đảm bảo. Những nghiên cứu tiến cứu cần được tiến hành để đánh giá đầy đủ những kỹ thuật này.

Tháng 3/2010, Ghazi và cộng sự báo cáo 8 trường hợp phẫu thuật nội soi trong phúc mạc cho bứu niệu mạc đường tiết niệu. Đoạn niệu quản cuối được xử lý qua nội soi trong phúc mạc.

Năm 2015, Stravodimos và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu hồi cứu, tổng hợp các phương pháp xử trí niệu quản đoạn xa trong PTNS và PTNS có robot hỗ trợ điều trị BNMĐTNT. Dữ liệu đã có chưa cho thấy phương pháp nào có ưu điểm vượt trội hơn so với các phương pháp khác. Phương pháp xử trí niệu quản đoạn xa thực hiện hoàn toàn trong phúc mạc qua PTNS hoặc PTNS có robot hỗ trợ dường như có hiệu quả tương đương và dung nạp tốt hơn mổ mở. Nghiên cứu đề nghị cần tiến hành những nghiên cứu tiến cứu để đánh giá nhận định trên.

1.3.6.2. Tại Việt Nam

Năm 2007, C.Q.Thuận và T.N.Sinh báo cáo phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị bướu niệu mạc đường tiết niệu trên tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Năm 2010, N.V.Ân và cộng sự báo cáo phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị bướu niệu mạc đường tiết niệu trên tại bệnh viện Bình Dân.

Các tác giả sử dụng đường mổ Gibson để vừa xử lý niệu quản đoạn cuối và một phần bàng quang, vừa lấy bệnh phẩm ra ngoài qua đường này.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả loạt trường hợp tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.2. Dân số chọn mẫu

Các BN được chẩn đoán BNMĐTNT và điều trị PTNS cắt thận-niệu quản tận gốc tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 08/2013 đến tháng 06/2020.

2.2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- BN được chẩn đoán BNMĐTNT, xác định giai đoạn lâm sàng dựa vào kết quả chụp CLĐT là $T \leq T2$ và chưa có di căn hạch (N0) và chưa có di căn xa (M0) theo phân loại TNM.

- BN đồng ý phương pháp phẫu thuật và tham gia nghiên cứu.

2.2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có chống chỉ định PTNS.

- BN đã từng được mổ mở vùng bụng.

- BN có tiền sử bị bứu bàng quang hoặc được phát hiện đồng thời có bứu bàng quang.

- BN bị bứu niệu mạc đường tiết niệu trên 2 bên.

- BN có thận độc nhất.

- Hồ sơ không đủ các dữ kiện nghiên cứu: BN không tái khám, BN tử vong sau phẫu thuật không liên quan đến bệnh hoặc phẫu thuật,...

2.2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ 08/2013 đến 06/2020.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bình Dân.

2.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán BNMĐTNT từ tháng 08/2013 đến tháng 06/2020, tại bệnh viện Bình Dân.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Các bước phẫu thuật

+ Đặt các trocar

+ Tiến hành cắt mạc Toldt, hạ đại tràng sau đó bóc tách tìm niệu quản. Dựa vào vị trí bứu được xác định trên MSCT, chúng tôi sẽ tiếp cận vào đoạn niệu quản bên dưới vị trí có bứu trước, kẹp đoạn niệu quản này bằng hem-o-lok trước. Tiếp theo, chúng tôi bóc tách theo niệu quản vào vùng rốn thận. Bóc tách bộc lộ động mạch (ĐM) và tĩnh mạch (TM) thận. Sau khi kẹp cắt ĐM và TM thận bằng hem-o-lok, tiến hành bóc tách quanh thận. Tiếp theo, tiến hành bóc tách dọc niệu quản xuống vùng chậu đến mức tối đa, đến trước chỗ niệu quản bắt chéo ĐM chậu chung.

Đến đây, chúng tôi chuyển tư thế hướng xuống vùng chậu, đổi chỗ giữa phẫu thuật viên chính và phụ. Bóc tách theo niệu quản đến chỗ niệu quản cắm vào bàng quang. Sau đó bóc tách bộc lộ rộng thành bàng quang. Cắt thành bàng quang theo diện chu vi hình tròn, tâm là chỗ niệu quản cắm vào bàng quang, bán kính 1cm. Tiếp theo, khâu kín lại thành bàng quang 1 lớp bằng chỉ vicryl 2/0. Rồi tiến hành bỏ bệnh phẩm vào bao và dẫn lưu hốc chậu và hố thận.

Chúng tôi rạch mở nhỏ thành bụng theo nếp vân da hoặc theo đường Gibson tại vùng chậu, cùng bên với bên được phẫu thuật, để lấy túi chứa bệnh phẩm ra ngoài. Cuối cùng, đóng lại vết mổ và khâu da, cố định ống dẫn lưu. Bệnh phẩm sẽ được gửi phân tích giải phẫu bệnh lý.

Theo dõi sau phẫu thuật

Ghi nhận:

- Thời gian mổ, thời gian nằm viện sau PT và tổng thời gian nằm viện.

- Lượng máu mất trong mổ

- Các biến chứng: thương tổn các cơ quan khác trong lúc mổ, các biến chứng của gây mê trong lúc mổ, thoát vị vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, chuyển mổ hở.

- Tử vong hoặc bệnh nặng xin về.

- Biến chứng muộn và tử vong muộn sau khi xuất viện.

2.5. Định nghĩa các biến số

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị ở thời điểm sau phẫu thuật (thời điểm xuất viện)

- **Thành công:** bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau:

+ Lấy được toàn bộ khối bệnh phẩm bao gồm: thận, niệu quản, và 1 phần bàng quang chung quanh miệng niệu quản, nguyên vẹn không thông thương đường tiết niệu với bên ngoài trong quá trình phẫu thuật.

+ Mất máu $\leq 500\text{ml}$ (500ml là lượng máu mất trung bình của phẫu thuật mổ mở cắt thận - niệu quản tận gốc điều trị BNMĐTNT).

+ Không xảy ra tai biến trong PT: chạm thương các tạng khác trong ổ bụng không chủ động, chảy máu mà không thể cầm bằng

ngã nội soi, tình trạng bệnh nhân không thể tiếp tục bơm hơi phúc mạc, tử vong trong lúc PT...

+ Không chuyển mổ mở.

+ Ăn uống theo nhu cầu cơ bản và không có triệu chứng tắc ruột.

+ Giai đoạn hậu phẫu: không xảy ra biến chứng hậu phẫu nặng ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân (thoát vị vết mổ, tắc ruột) hoặc biến chứng nhẹ không cần can thiệp phẫu thuật.

- **Thất bại:** khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

+ Không lấy được toàn bộ khối bệnh phẩm bao gồm: thận, niệu quản, và 1 phần bàng quang chung quanh miệng niệu quản.

+ Vỡ bướt hoặc tổn thương đường tiết niệu tạo thông thương với bên ngoài trong quá trình phẫu thuật (thủng hoặc rách bề thận, niệu quản) hoặc có biên phẫu thuật dương tính.

+ Mất máu >500ml

+ Xảy ra tai biến trong PT: không cố ý nhưng có làm chạm thương các tạng khác trong ổ bụng, chảy máu mà không thể cầm bằng ngả nội soi, tình trạng bệnh nhân không thể tiếp tục bơm hơi phúc mạc, tử vong trong lúc PT...

+ Chuyển mổ mở.

+ Tắc ruột.

+ Giai đoạn hậu phẫu: xảy ra biến chứng hậu phẫu nặng ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân hoặc biến chứng cần can thiệp phẫu thuật.

Tiêu chuẩn đánh giá điều trị ở thời điểm xuất viện 1 tháng

- **Thành công:** bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau:

+ Không xảy ra biến chứng ngoại khoa liên quan đến PT: thoát vị vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, bứu tái phát tại vết mổ...

+ Siêu âm bụng không phát hiện tụ dịch hoặc có tụ dịch nhưng kích thước nhỏ hơn trước đó và không có bứu tái phát.

- **Thất bại:** khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

+ Có biến chứng ngoại khoa liên quan đến PT cần phải điều trị: thoát vị vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, bứu tái phát tại vết mổ...

+ Siêu âm bụng phát hiện có tụ dịch tăng hơn trước hoặc bứu tái phát.

Tiêu chuẩn đánh giá điều trị chung cuộc ở thời điểm xuất viện 3 tháng

- **Thành công:** bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau:

+ Không xảy ra biến chứng ngoại khoa liên quan đến PT: thoát vị vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, bứu tái phát tại vết mổ...

+ Siêu âm bụng không phát hiện tụ dịch hoặc có tụ dịch nhưng kích thước nhỏ hơn trước đó và không có bứu tái phát.

+ Nội soi bàng quang không phát hiện bứu tái phát.

- **Thất bại:** khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

+ Có biến chứng ngoại khoa liên quan đến PT cần phải điều trị: thoát vị vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, bứu tái phát tại vết mổ...

+ Siêu âm bụng phát hiện có tụ dịch tăng hơn trước hoặc bứu tái phát.

+ Nội soi bàng quang phát hiện bứu tái phát.

2.5.5. Thu thập và xử lý số liệu

- Tất cả các số liệu đều được ghi lại trong mẫu hồ sơ nghiên cứu.

- Chúng tôi sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để quản lý, tính toán, xử lý các dữ liệu thống kê.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu $61,3 \pm 9,1$. Nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,3% (19/30).

Hơn phân nửa các đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm tỷ lệ 63,3% (19/30).

3.5. Đặc điểm ghi nhận trong quá trình mổ

Có 7/30 trường hợp (chiếm 23,3%) có viêm dính trong ổ bụng, trong đó 3/30 trường hợp phải chuyển mổ mở. Có 22/30 trường hợp (chiếm 73,3%) được xử lý bằng PTNS hoàn toàn, 8/30 trường hợp còn lại được xử lý niệu quản đoạn xa bằng đường Gibson. Có 3/30 trường hợp (chiếm 10%) được nạo vét hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình là $193,6 \pm 59,7$ phút, ngắn nhất là 100

phút, dài nhất là 360 phút. Máu mất trung vị của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 100ml, ít nhất là 30 ml, nhiều nhất là 2000ml. Không có trường hợp phẫu thuật nào gặp các biến chứng trong mổ.

3.6. Các đặc điểm ghi nhận sau mổ

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ của các đối tượng tham gia nghiên cứu có độ biệt hóa vừa chiếm tỉ lệ 80,0% (24/30 trường hợp), biệt hóa kém chiếm tỉ lệ 20,0% (6/24 trường hợp), mức độ ác tính cao sau mổ có 26/30 trường hợp (chiếm 86,7%). Phân giai đoạn T2 có 23/30 trường hợp (chiếm 76%), T3 có 6/30 trường hợp (chiếm 20%), T4 có 1/30 trường hợp (chiếm 3,3%). Có 27/30 trường hợp giai đoạn hậu phẫu không có biến chứng (chiếm 90%), trong đó có 2/30 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, 1/30 trường hợp có tụ dịch bụng sau mổ. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là $1,9 \pm 0,7$ ngày (ngắn nhất là ngày đầu sau mổ, dài nhất là ngày thứ 4 sau mổ). Thời gian rút ống dẫn lưu trung vị của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 4,5 ngày (tứ phân vị 25-75% là 3,75 và 6,25), trong đó ngắn nhất là ngày thứ 2 sau mổ, dài nhất là ngày thứ 12.

3.7. Kết quả điều trị tính đến thời điểm 3 tháng sau mổ

Theo cách định nghĩa thành công và thất bại của chúng tôi trong nghiên cứu, tại thời điểm xuất viện có 25/30 trường hợp thành công (83,3%), 5 trường hợp thất bại. Tại thời điểm xuất viện 1 tháng, có 25/30 trường hợp thành công, 5 trường hợp thất bại. Tại thời điểm xuất viện 3 tháng, có 24/30 trường hợp thành công (80%), 6 trường hợp thất bại.

3.9. Các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị phẫu thuật nội soi

3.9.1. Phân tích hồi quy Logistic mối liên quan giữa các yếu tố với thất bại điều trị ở thời điểm xuất viện

Sau khi phân tích hồi quy Logistic đơn biến, so với nhóm không có viêm dính trong mổ, nhóm có viêm dính có nguy cơ tăng tỉ lệ thất bại lên 29,33 lần. So với nhóm T2 không đổi, nhóm có T2 tăng độ có nguy cơ tăng tỉ lệ thất bại lên 7,85 lần.

Sau khi phân tích hồi quy Logistic đa biến, không ghi nhận được các biến có liên quan đến thất bại điều trị ở thời điểm xuất viện.

3.9.2. Phân tích hồi quy Logistic liên quan giữa các yếu tố với thất bại điều trị ở thời điểm xuất viện 3 tháng

Sau khi phân tích hồi quy Logistic đơn biến, so với nhóm không có viêm dính trong mổ, nhóm có viêm dính có nguy cơ tăng tỉ lệ thất bại lên 14,00 lần

Sau khi phân tích hồi quy Logistic đa biến, ta chỉ còn một yếu tố tiên lượng độc lập kết quả thất bại của điều trị là “viêm dính”, so với nhóm không có viêm dính trong mổ, nhóm có viêm dính có nguy cơ tăng tỉ lệ thất bại lên 15,14 lần.

3.10. Kết quả theo dõi điều trị

3.10.1. Tỷ lệ di căn hay tái phát trong quá trình theo dõi

30 bệnh nhân (BN) với thời gian theo dõi sống không di căn hay tái phát trung bình là $53,1 \pm 8,5$ tháng.

Có 7 BN có di căn hay tái phát, chiếm 23,3%. Trong đó có 4 trường hợp tái phát tại bàng quang, 3 trường hợp cho di căn xa đến hạch sau phúc mạc (1 trường hợp), di căn gan và phổi (2 trường hợp). Xác suất sống đến 24 tháng là khoảng 58,0% và khoảng tin cậy từ 13% đến 89%.

3.10.2. Tỷ lệ sống còn trong quá trình theo dõi

30 bệnh nhân được theo dõi với thời gian theo dõi sống sót trung bình là $59,7 \pm 8,2$ tháng, có 5 trường hợp bị tử vong, chiếm 16,7%. Phân tích sống còn theo Kaplan-Meier.

Có 1 trường hợp tử vong do tai nạn. Xác suất sống đến 60 tháng là khoảng 57,4% và khoảng tin cậy từ 32,3% đến 100%.

Sau 3 năm xác suất sống sót khoảng 57,4% và khoảng tin cậy từ 32,3% đến 100%, xác suất này không thay đổi đến hết nghiên cứu.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Nhận định chung về các đặc điểm nghiên cứu

4.1.5. Số liệu trong khi phẫu thuật

4.1.5.1. Thời gian phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $193,6 \pm 59,7$ phút (100-360 phút). Kết quả này tương tự một số nghiên cứu thực hiện qua ngã trong phúc mạc (trong khoảng 157-462 phút). Sử dụng kiểm định ANOVA cho thấy sự khác biệt về thời gian mổ giữa các nhóm kích thước bướu và vị trí bướu là không có ý nghĩa thống kê. Thực tế cho thấy phẫu thuật

đễ hay khó tùy theo cấu trúc giải phẫu, giai đoạn bướu đã xâm lấn ra ngoài hay chưa và phụ thuộc nhiều vào kỹ năng của phẫu thuật viên.

4.1.5.2. Lượng máu mất

Lượng máu mất trung bình khoảng 246 ± 364 ml (nhiều nhất 2000 ml, ít nhất là 30 ml). Kết quả của nghiên cứu cũng tương đương kết quả của các đồng nghiệp khác (trung bình từ $199-248 \pm 429$ ml). Kết quả cho thấy PTNS cắt thận – niệu quản tận gốc có lượng máu mất ít và ít hơn so với lượng máu mất trung bình của mổ mở ghi nhận qua các nghiên cứu khác. Kích thước và vị trí bướu cũng không ảnh hưởng lên lượng máu mất trong mổ.

4.1.6.2. Giải phẫu bệnh của mô bướu

30/30 trường hợp đều ghi nhận là carcinôm tế bào chuyển tiếp. 23/30 trường hợp có đánh giá giai đoạn bướu trước và sau mổ đều là T2; 6/30 trường hợp có đánh giá giai đoạn bướu trước và sau mổ thay đổi T2 => T3; 1/30 trường hợp có đánh giá giai đoạn bướu trước và sau mổ thay đổi T2 => T4. Như vậy, việc chẩn đoán chính xác giai đoạn bướu trước mổ qua CLĐT hoặc nội soi ngược dòng sinh thiết là vấn đề không dễ dàng, trong khi khuyến cáo của Hội Nội Khoa Châu Âu 2018 là chống chỉ định PTNS cho những trường hợp T3 và T4.

4.1.7. Theo dõi sau mổ

Nghiên cứu ghi nhận thời gian trung tiện lại sau mổ trung bình là $1,9 \pm 0,7$ ngày, không có TH nào bị liệt ruột hoặc tắc ruột dù phẫu thuật qua ngã trong phúc mạc. Một số tác giả khác ghi nhận có khoảng 2% bệnh nhân có liệt ruột sau mổ.

Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 4,5 ngày.

Thời gian nằm viện, nghiên cứu ghi nhận trung bình là $7,9 \pm 2,9$ ngày. Những trường hợp có ngày nằm viện dài trong nghiên cứu là do đợt nằm viện có chồng lấp với ngày lễ hoặc 2 ngày cuối tuần nên không giải quyết ra viện được hoặc xảy ra ở những trường hợp có biến chứng sau mổ. Số ngày nằm viện trung bình của nghiên cứu thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

4.1.8. Biến chứng trong và sau mổ

Nghiên cứu chưa ghi nhận biến chứng xảy ra trong mổ.

Biến chứng sau mổ xảy ra ở 3/30 trường hợp (10%), được phân thành độ 1 (theo phân độ biến chứng Clavien-Dindo) và đều không cần can thiệp. Nhiễm khuẩn vết mổ được săn sóc và thay băng vết mổ 2 lần/ngày và sử dụng kháng sinh phổ rộng theo kháng sinh đồ. Tụ dịch bụng được lưu ống dẫn lưu dài ngày và dịch sau đó được hấp thu. Nghiên cứu của chúng tôi xảy ra ít biến chứng hơn, biến chứng nhẹ hơn so với các tác giả ngoài nước (4-15,4%), có thể do những nghiên cứu có xảy ra các biến chứng lớn và nặng là những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn 100 BN, số liệu thu thập đa trung tâm nên có thể gặp nhiều biến chứng và đa dạng hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu nhỏ hơn.

4.2. Kết quả theo dõi sớm sau xuất viện

Nghiên cứu ghi nhận ở thời điểm 1 tháng sau mổ, không có trường hợp nào có tụ dịch ổ bụng. Ở thời điểm theo dõi 3 tháng sau mổ, ghi nhận có 2 trường hợp có bướu tái phát tại bàng quang, chiếm tỷ lệ 7,4%. Các nghiên cứu khác có tỷ lệ tái phát tại bàng quang từ 13-23%, cao hơn của chúng tôi, và xuất hiện ở nhiều vị trí khác, có thể do thời gian theo dõi xa của chúng tôi ngắn (chỉ 3 tháng sau mổ) do nghiên cứu có mục tiêu là đánh giá phương pháp phẫu

thuật chứ không nhằm mục tiêu theo dõi kết quả ung thư học và sống còn không bệnh.

Chúng tôi cho rằng trong các phương pháp theo dõi sau mổ, nội soi bàng quang có giá trị nhất trong đánh giá tái phát sớm tại bàng quang, qua đó có thể sinh thiết sang thương nghi ngờ. Chụp CLĐT không đánh giá được những sang thương dạng phẳng không có hiệu ứng khối choáng chỗ và không đánh giá được tình trạng dày lên của niêm mạc đường tiết niệu. Xét nghiệm TBH nước tiểu cũng có vai trò hạn chế và độ nhạy không cao.

4.3. Tỷ lệ thành công của phương pháp

Tỷ lệ thành công của phương pháp tại thời điểm xuất viện là 83,3%, thời điểm 01 tháng sau xuất viện là 83,3%, thời điểm sau xuất viện 3 tháng là 80%.

Tỷ lệ thành công của phương pháp có giảm theo thời gian theo dõi do xuất hiện bứu tái phát tại bàng quang.

4.4. Khảo sát cấu yếu tố đưa đến thất bại của phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi có 27 trường hợp được thực hiện PTNS, có 3 trường hợp phải chuyển mổ mở. Trong 27 trường hợp được PTNS có 22 trường hợp được phẫu thuật hoàn toàn qua nội soi trong phúc mạc cho đến khi cắt hoàn toàn khối bệnh phẩm gồm thận - niệu quản và phần bàng quang 1 cm quanh miệng niệu quản cùng bên. 5 trường hợp còn lại, chúng tôi sử dụng đường mổ Gibson để xử lý niệu quản đoạn xa và cắt khoét phần thành bàng quang chung quanh miệng niệu quản.

Kết quả phân tích hồi quy đa biến logistic khứ nhiều và tương tác, chỉ còn 1 yếu tố tiên lượng độc lập kết quả thất bại điều trị là

“viêm dính”. So với nhóm không có viêm dính trong mổ, nhóm có viêm dính có nguy cơ tăng tỉ lệ thất bại lên 15,14 lần.

Một số nghiên cứu khác có tỷ lệ chuyển mổ mở từ 3-7%, thấp hơn kết quả của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi quyết định chuyển mổ mở do đánh giá giai đoạn bấu trước mổ sai, chủ động chuyển mổ mở để tránh tai biến xảy ra và nghiên cứu không có tai biến xảy ra trong mổ. Các tác giả khác có tỷ lệ chuyển mổ mở ít hơn nhưng đa số đều là do xảy ra tai biến trong mổ, chuyển mổ mở xử trí tai biến. Như vậy, nghiên cứu của Chúng tôi có tỷ lệ chuyển mổ mở không liên quan đến tai biến trong mổ.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên 30 bệnh nhân BNMĐTNT được PTNS trong phúc mạc cắt tận gốc thận – niệu quản và một phần bàng quang trong thời gian từ tháng 08/2013 đến tháng 06/2020, chúng tôi có kết luận:

1. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận – niệu quản tận gốc điều trị bệnh lý bấu niệu mạc đường tiết niệu trên ở các thời điểm

- Thời điểm xuất viện là 83,3% (25/30 trường hợp).
- 1 tháng sau xuất viện là 83,3% (25/30 trường hợp).
- Ở thời điểm 3 tháng là 80% (24/30 trường hợp).
- Thời gian mổ trung bình chấp nhận được là $193,6 \pm 59,7$ phút, với biến chứng ngoại khoa tối thiểu, chỉ có biến chứng độ 1

theo phân độ Clavien-Dindo, đã đạt yêu cầu của một phẫu thuật lý tưởng cắt thận – niệu quản tận gốc.

- Tỷ lệ thành công của phương pháp có giảm theo thời gian theo dõi sau 3 tháng là do xuất hiện bướu tái phát tại bàng quang.

Phẫu thuật nội soi cắt thận – niệu quản tận gốc là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả, có giá trị với tỷ lệ thành công cao và là chọn lựa phù hợp điều trị BNMĐTNT.

2. Yếu tố ảnh hưởng đến sự thất bại của phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận – niệu quản tận gốc điều trị bệnh lý bướu niệu mạc đường tiết niệu trên

Yếu tố dẫn đến thất bại ở thời điểm xuất viện:

Nghiên cứu chưa ghi nhận được các biến cố liên quan đến thất bại điều trị ở thời điểm xuất viện sau khi phân tích hồi quy Logistic đa biến

Yếu tố dẫn đến thất bại ở thời điểm xuất viện 3 tháng:

Sau khi phân tích hồi quy đa biến Logistic, nghiên cứu chưa ghi nhận được kích thước bướu và sự khác biệt về giai đoạn T trước và sau mổ có liên quan đến thất bại điều trị ở thời điểm xuất viện 3 tháng. Chỉ còn 1 yếu tố tiên lượng độc lập kết quả thất bại điều trị là “viêm dính”.

So với nhóm không có viêm dính trong mổ, nhóm có viêm dính có nguy cơ tăng tỉ lệ thất bại lên 15,14 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trong phân tích hồi quy đa biến với $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Bướu niệu mạc đường tiết niệu trên là một bệnh lý hiếm gặp, cần phải được chú ý đến khi chẩn đoán nguyên nhân tiểu máu (66,7%), đặc biệt ở nhóm đối tượng bệnh nhân lớn tuổi, trên 60 tuổi (63,3%).

Phẫu thuật nội soi trong phúc mạc cắt thận – niệu quản tận gốc có tỷ lệ thành công cao, cần được áp dụng trên diện rộng để điều trị BNMĐTNT cùng với việc xử lý niệu quản đoạn xa và cắt khoét thành bàng quang chung quanh miệng niệu quản thực hiện hoàn toàn bằng PTNS. Đối với những trường hợp có bướu to ở niệu quản đoạn chậu, niệu quản viêm dính hoặc bướu niệu quản trôi ra khỏi miệng niệu quản nên thực hiện xử lý niệu quản đoạn xa và thành bàng quang chung quanh miệng niệu quản bằng kỹ thuật mổ mở với đường mổ Gibson.

Cần tiến hành những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, đa trung tâm, với thời gian theo dõi lâu để hiểu rõ và đầy đủ bản chất của bệnh lý BNMĐTNT. Từ đó cho ra những khuyến cáo điều trị với độ mạnh cao, có giá trị hơn nữa.