

Phẫu thuật nội soi ổ bụng ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do Adenocarcinoma khu trú: Kinh nghiệm ban đầu qua 5 trường hợp

Trần Chí Thanh, Thiệu Sỹ Sắc, Võ Văn Minh, Lê Hữu Thanh

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Từ khóa:

Ung thư tuyến tiền liệt, cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, cắt toàn bộ tuyến tiền liệt nội soi.

Địa chỉ liên hệ:

Trần Chí Thanh,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0944 538 768
Email: tranchithanh73@yahoo.com

Ngày nhận bài: 09/07/2021

Ngày duyệt: 10/08/2021

Ngày chấp nhận đăng:
03/11/2021

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua nội soi ổ bụng ngoài phúc mạc do ung thư biểu mô tuyến tại khoa Điều trị theo yêu cầu bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 9/ 2019 - 12/2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu trên 5 người bệnh được mổ cắt tuyến tiền liệt toàn bộ qua nội soi ổ bụng. Chỉ tiêu nghiên cứu gồm tuổi, trọng lượng tuyến tiền liệt, nồng độ PSA toàn phần trước và sau mổ, thời gian mổ, lượng mất máu trong mổ, các biến chứng trong và sau mổ. Chức năng giữ nước tiểu chủ động sau mổ 3 tháng.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình 64,4 (63 - 77). Thời gian mổ trung bình 322,5 phút (270 - 420 phút). Mất máu trung bình 237,5 ml (VV100 - 300), không người bệnh nào phải truyền máu trong và sau mổ. Thời gian nằm viện 7,5 (5 - 10 ngày). Chủ động giữ nước tiểu ban ngày và đêm 4/5 trường hợp. 1 trường hợp phải điều trị Hormon bổ trợ sau phẫu thuật.

Kết luận: Phương pháp mổ cắt tuyến tiền liệt toàn bộ qua nội soi ổ bụng an toàn và có thể áp dụng được.

Early results of laparoscopic radical prostatectomy for localized prostate cancer: Initial 5 cases

Tran Chí Thanh, Thieu Sy Sac, Vo Van Minh, Le Huu Thanh

Viet Duc University Hospital

Abstracts

Objective: To evaluate the surgical and functional outcomes in retroperitoneal laparoscopic radical prostatectomy.

Patients and Methods: Between Jan September 2019 to Decembre 2020, five cases of retroperitonal radical prostatectomy were performed at our clinic. Demographic datas, variables before and after surgery, and outcomes were taken.

Results: The operative duration was 322.5 min (270 - 420 min). Estimated blood loss was 237.5 ml (100 - 300 ml). There was no biochemical recurrence but one has adjuvant hormonal therapy. At 3 month after surgery, day time and night time continence were reported in 4/5 cases.

Conclusions: Laparoscopic retroperitoneal radical prostatectomy was safe.

Keywords: prostate cancer, radical prostatectomy, laparoscopic radical prostatectomy.

Đặt vấn đề

Ung thư tuyến tiền liệt ngày càng phát hiện sớm tại Việt Nam. Cắt tuyến tiền liệt toàn bộ bao gồm cắt toàn bộ tuyến tiền liệt và hai túi tinh là phương pháp điều trị triệt căn trong ung thư biểu mô tuyến tiền liệt khu trú tại tuyến (T1,2N0M0) đặc biệt đối với nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ trung bình. Trong nghiên cứu của Karim Toujier và cộng sự (n = 1564, tuổi trung bình 61), tỷ lệ không tái phát sinh hóa sau phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư biểu mô tuyến khu trú ở thời điểm 5 năm là 78% và 8 năm 71% (tái phát sinh hóa được xác định khi PSA toàn phần sau mổ > 0,1 ng/ml và tăng dần); tỷ lệ không tái phát sinh hóa tại thời điểm 5 năm đối với nhóm bệnh nguy cơ thấp là 91%, nguy cơ trung bình 77% và nguy cơ cao 53% [5]. Hiện có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, bao gồm: mổ mở sau xương mu, mổ nội soi ổ bụng và mổ nội soi ổ bụng với sự trợ giúp của người máy Robot Da Vinci [1], [2], [4], [7], [8], [9], [10], [11]. Mỗi phương pháp mổ đều có ưu nhược điểm nhất định. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục đích: Đánh giá kết quả ban đầu phẫu thuật mổ cắt toàn bộ tuyến tiền liệt qua nội soi ổ bụng ngoài phúc mạc do ung thư biểu mô tuyến khu trú tại khoa Điều trị theo yêu cầu bệnh viện Việt Đức từ 9/2019 - 12/2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả chùm bệnh từ tháng 9/2019 - tháng 12/2020, tại khoa Phẫu thuật theo yêu cầu bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh: các người bệnh được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến khu trú bằng sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng và cộng hưởng từ chậu hông (cT1,2), không mắc bệnh phổi hợp, có khả năng sống trên 10 năm (dựa vào Gait speed) nếu có bệnh phổi hợp thì thuộc nhóm có điểm G8 trên 14/17 điểm. Xạ hình xương khi PSA toàn phần trên 10 ng/ml hoặc số điểm SG \geq 7.

Quá trình phẫu thuật: sau sinh thiết tuyến tiền liệt 1 tháng.

Gây mê nội khí quản

Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc: sử dụng đường vào 5 Trocar. Đặt Trocar 1 cm dưới rốn bằng phương pháp mở, tạo khoang trước bàng quang bằng quả bóng. Đặt Trocar 5 mm điểm giữa giữa rốn và bờ trên xương mu tại đường trắng giữa; 5 mm hố chậu trái, 5 mm hố chậu phải; 10 mm bờ ngoài cơ thẳng to dưới rốn hố chậu phải.

Thì bên: Giải phóng khoang trước và hai bên tuyến tiền liệt và vùng cổ bàng quang ra khỏi thành chậu hông. Mở cân chậu bên hai bên, tách vỏ tuyến tiền liệt hai bên ra khỏi cơ nâng hậu môn hai bên từ cổ bàng quang đến đỉnh tuyến tiền liệt.

Thì trước: Khâu, cắt tĩnh mạch mu sâu.

Thì sau: Cắt rời cổ bàng quang ra khỏi đáy tuyến tiền liệt. Bộc lộ túi tinh, cắt ống dẫn tinh hai bên. Mở cân Denonvillier, giải phóng mặt sau tuyến tiền liệt ra khỏi mặt trước trực tràng. Cắt Helmolok, cắt các mạch máu vỏ tuyến tiền liệt từ đáy đến đỉnh tuyến tiền liệt. Cắt rời đỉnh tuyến tiền liệt ra khỏi niệu đạo màng. Đưa bệnh phẩm cả khối: Tuyến tiền liệt và túi tinh hai bên vào túi

chứa bệnh phẩm. Đưa đầu túi bệnh phẩm ra ngoài cố định tạm thời túi trên thành bụng qua lỗ trocar 5 mm ở hố chậu trái.

Nối cổ bàng quang - niệu đạo: Khâu nối niệu đạo màng với cổ bàng quang: mũi rời, chỉ Vicryl 3/0 trên ống thông niệu đạo cỡ 20. Nạo vét hạch chậu bít khi nguy cơ di căn hạch chậu trên 5% với ung thư nguy cơ thấp, nạo vét hạch chậu mở rộng khi nguy cơ cao.

Đặt dẫn lưu cạnh miệng nối bàng quang - niệu đạo. Xả hơi, lấy bệnh phẩm. Đóng bụng.

Điều trị sau mổ: Rút dẫn lưu cạnh miệng nối từ

24 - 48 giờ khi không còn dịch. Rút thông đái sau 14 - 21 ngày.

Khám lại sau mổ 1 tháng, sau đó 3 tháng, sáu tháng sau mổ.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, nồng độ PSA toàn phần trước và sau mổ, thời gian mổ, mất máu trong mổ, tai biến trong mổ và sau mổ. Chức năng giữ nước tiểu sau mổ 3 tháng. Phẫu thuật không hiệu quả khi PSA toàn phần huyết thanh sau mổ trên 0,2 ng/ml sau sáu tuần sau mổ.

Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhóm người bệnh nghiên cứu

STT	Tuổi người bệnh	PSA toàn phần trước mổ (ng/ml)	Trong lượng tuyến tiền liệt (gram)	Điểm Gleason	Thời gian mổ (phút)	Giai đoạn bệnh	PSA toàn phần sau mổ 3 tháng (ng/ml)	Chủ động giữ nước tiểu ban ngày	Chủ động giữ nước tiểu đêm
1	63	18,02	29	6	270	T2aN0M0	18,23	+	+
2	65	13,6	38	7	420	T2aN0M0	0,01	+	+
3*	69	14,09	135	6	240	T1cN0M0	0,003	+	+
4	77	17,6	39	7	270	T1cN0M0	0,01	-	-
5	73	20,47	58	7	330	T1cN0M0	0,001	+	+

Chú thích: * Chuyển mổ mở.

Tuổi trung bình 69,4 (63 - 77).

Thời gian mổ nội soi trung bình 322,5 phút (270 - 420 phút).

Mất máu trung bình qua máy hút 237,5 ml (100 - 300 ml), không người bệnh nào phải truyền máu trong và sau mổ. Biến chứng sau mổ không gặp trường hợp nào.

Thời gian nằm viện 7,4 (5 - 10 ngày). Chủ động giữ nước tiểu ban ngày và đêm sau 3 tháng 4/5 người bệnh.

Tỷ lệ tử vong trong và sau mổ 0%. Có 1 trường hợp phải điều trị nội tiết bổ trợ sau phẫu thuật.



Hình 1. Hình cộng hưởng từ tuyến tiền liệt (người bệnh số 2)



Hình 2. Hình ảnh sau khi hoàn thành thì bên và thì trước và một phần thì sau (mở cân chậu bên, khâu tĩnh mạch sâu dương vật, cắt rời cổ bàng quang, phẫu tích giải phóng túi tinh và ống dẫn tinh).

Bàn luận

Tuổi người bệnh: Trong nhóm nghiên cứu tuổi trung bình của nhóm người bệnh tương đối cao: tuổi trung bình 64,4 tuổi, 3 người bệnh dưới 70 tuổi, 2 người bệnh trên 70. Chỉ định cắt toàn bộ tuyến tiền liệt là phương pháp điều trị triệt căn đối với ung thư khu trú tại tuyến nhưng chỉ với nhóm người bệnh còn khả năng sống trên 10 năm. Hiện nay theo Hội thận học và tiết niệu Việt nam, với người khỏe mạnh thì nhóm người bệnh dưới 80 tuổi còn được hưởng lợi từ phẫu thuật này, những người có bệnh nhẹ đã điều trị khỏi thì ngưỡng chỉ định dưới 75 tuổi. Tuy nhiên để đánh giá khách quan hơn tiên lượng sống của người cao tuổi dựa vào vận tốc đi bộ của người bệnh (Gait speed), đây là thước khách quan nhất hiện nay.

Phương pháp mổ: Hiện nay có nhiều phương pháp mổ cắt tuyến tiền liệt toàn bộ, đường sau xương mu, đường tầng sinh môn, nội soi ổ bụng, hoặc nội soi ổ bụng có sự hỗ trợ của người máy. Thời gian mổ trung bình 322,5 phút (270 - 420 phút). Khi so sánh với các tác giả khác, thời gian mổ của F. Manferrari là 160 phút (60 - 600 phút, n = 400); của M. William 168 phút (n = 2493, nghiên cứu tại 9 trung tâm) [6]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đệ và cộng sự, thời gian mổ trung bình 187,1 phút (120 - 265 phút, n = 16) [8]. Như vậy thời gian mổ của chúng tôi dài hơn vì đây là những ca đầu tiên chúng tôi thực hiện. Mất máu trung bình 237,5 ml (100 - 300), không người bệnh nào phải truyền máu

trong và sau mổ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đệ và cộng sự, số lượng máu mất trung bình 384,3 ml (100 - 1500 ml). Tỷ lệ truyền máu sau mổ cao nhất là kỹ thuật mổ mở (20,1%), mổ nội soi ổ bụng hoặc mổ nội soi ổ bụng có hỗ trợ người máy là thấp nhất (1,1% - 3,5%) [9]. Về kỹ thuật mổ, người bệnh số 3 kích thước tuyến tiền liệt 135 gram, người bệnh này có ung thư tuyến tiền liệt kết hợp với u phì đại vì u quá to chiếm hết phần chậu hông bé nên chúng tôi phải chuyển mổ mở; khi mổ mở chúng tôi phải mở bao tuyến tiền liệt để bóc bỏ hai thùy trung gian trước sau đó mới cắt toàn bộ tuyến tiền liệt được. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu tổng quan của Kun Wang là 1,25% [4]. Những yếu tố làm kéo dài cuộc mổ bao gồm: tuyến tiền liệt to, hiện tượng viêm dính mặt sau tuyến tiền liệt với trực tràng sau sinh thiết, tuyến tiền liệt có phì đại thùy giữa. Tất cả các người bệnh của chúng tôi đều mổ ở giai đoạn sau 4 tuần sinh thiết tuyến tiền liệt, chúng tôi chỉ gặp một người bệnh rất khó phẫu tích và nhận biết cân Denovillier ở thì sau của phẫu thuật còn các trường hợp khác thì không gặp khó khăn gì. Thông thường sau sinh thiết ngoài kháng sinh chúng tôi còn dung thêm thuốc chống viêm AINS. Đường mổ ngoài phúc mạc có ưu điểm: tư thế người bệnh đầu thấp vừa phải, trong mổ không vướng các quai ruột nhưng chỉ cho phép nạo vét hạch chậu tiêu chuẩn. Trong trường hợp phải nạo vét hạch chậu mở rộng thì đường mổ ngoài phúc mạc khó tiếp cận nên kỹ thuật trong phúc mạc chiếm ưu thế. Trong nghiên cứu của Kun Wang khi so sánh hai đường mổ ngoài và trong phúc mạc cho thấy không có sự khác biệt giữa hai đường vào về biến chứng trong và sau mổ cũng như kết quả xa về chức năng hệ tiết niệu dưới (nghiên cứu đa trung tâm, n = 1672) [4]. Kỹ thuật nối bàng quang và niệu đạo màng: chúng tôi thực hiện mũi chỉ rời, đóng kín phần thừa cổ bàng quang cuối cùng. So sánh với các tác giả khác khi mổ nội soi thì hầu hết các tác giả sử dụng hai đường khâu vắt. Theo chúng tôi khâu vắt khi cổ bàng quang và mồm cắt niệu đạo mềm mại còn khi cổ bàng quang và niệu đạo viêm, có nguy cơ rách khi buộc hoặc kéo chỉ thì nên dùng mũi rời.

Biến chứng sau mổ: Trong 5 trường hợp chúng tôi không gặp trường hợp nào rò nước tiểu sau mổ. Chảy máu sau mổ cũng như truyền máu cũng không gặp.

Chức năng giữ nước tiểu chủ động: Ngay sau rút thông đái tất cả các người bệnh đều có són nước tiểu gắng sức về ngày và đêm trong những tuần đầu. Khi ra viện tất cả các người bệnh được tự tập phục hồi chức năng cơ tầng sinh môn. Sau 3 tháng tỷ lệ giữ nước tiểu chủ động ban ngày và đêm 4/5 trường hợp. Trong nghiên cứu đa trung tâm của M. William và cộng sự, tỷ lệ giữ nước tiểu chủ động 91,4% sau 12 tháng (n = 2943) [6]. Trong nghiên cứu so sánh 3 phương pháp: mổ mở, mổ nội soi và mổ nội soi có sự trợ giúp của người máy, tỷ lệ chủ động giữ nước tiểu sau 12 tháng tương ứng là 79%, 84,8% và 92%. Sự khác biệt về tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê cho thấy mổ nội soi ổ bụng, đặc biệt mổ nội soi ổ bụng có sự hỗ trợ của người máy cho kết quả tốt hơn vì cho phép phẫu thuật tinh tế hơn khi bảo tồn cơ thắt cũng như bó mạch thần kinh cương dương [9].

Kết quả về ung thư: 4/5 người bệnh có ngưỡng PSA toàn phần sau mổ có ngưỡng lý tưởng, có một trường hợp PSA toàn phần không thay đổi, trường hợp này phải điều trị bổ trợ sau phẫu thuật. Nguyên nhân PSA toàn phần không thay đổi có thể do còn sót tổ chức ung thư tại diện cắt, hoặc bệnh đã ở trạng thái di căn hạch hoặc di căn xương mà không xác định được trước mổ. Trong nghiên cứu của Karim Toujier, tỷ lệ còn tế bào ung thư diện cắt sau mổ nội soi ổ bụng cắt toàn bộ tuyến tiền liệt là 13% (n = 1564, bệnh ở giai đoạn pT1 - pT3a). Trong nghiên cứu của M. William, tỷ lệ này 15,9%, tăng dần theo giai đoạn tại chỗ của bệnh (n = 2943, 9,8 % pT2, 30,8% pT3a, 39,2% pT3b) [5]. Khi diện cắt còn tế bào ung thư hoặc PSA toàn phần không giảm (PSA toàn phần trên 0,2 ng/ml) thì người bệnh có chỉ định điều trị bổ trợ sau phẫu thuật.

Kết luận

Với tỷ lệ tử vong trong và sau mổ không gặp trường hợp nào; thời gian mổ trung bình 322,7 phút, mất máu trung bình 237,5 ml, không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ, tỷ lệ chủ

động giữ nước tiểu về ngày và đêm 4/5 trường hợp cho thấy phương pháp cắt tuyến tiền liệt toàn bộ do ung thư biểu mô tuyến khu trú qua nội soi ổ bụng có nhiều ưu điểm và có thể triển khai an toàn tại bệnh viện. Tuy nhiên vì số lượng người bệnh ít nên nghiên cứu còn có nhiều hạn chế trong đánh giá kết quả.

Tài liệu tham khảo

1. Genetic of prostate cancer
2. Adnan Simsir, Fuat Kizilay, Bayram Aliyev, Bayram Aliyev (2021). Comparison of robotic and open radical prostatectomy: initial experience of a single surgeon. Pak J Med Sci, Vol 37, No1: 167 - 174.
3. Fabio Manferrari, Eugenio Brunocilla, Alessandro Baccos and al (2014). Laparoscopic radical prostatectomy: 10 years of experience at a single institution. Anticancer reseach, 34: 2442 - 2448.
4. Gautum Agawal, Oscar Valderama, Adam M. Luchey (2015). Robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy. Cancer control, Vol 22, No 3: 283 - 290.
5. Kun Wang, Quianfeng Zhuang, Rengfang Xu and al. (2018). Transperitoneal versus extraperitoneal approach in laparoscopic radical prostatectomy: a meta analysis. Medecine, 97, Vol 29: 1-7.
6. Karim Toujier, Fernando P. Scin, Angel M Cronin (2009). Oncology outcome after laparoscopic radical prostatectomy: 10 years experience. Eur Urol, May, 55(5): 1014 - 1019.
7. Mark William Louie Johnsun, Marcus M. Handmer, Ross John Spero Calopedis (2016). The Australian laparoscopic non robotic radical prostatectomy experience - analysis of 2943 cases (USANZ supplement). BJU Int, 118, Supplement 3: 43 - 48.
8. Nguyễn Tiến Đệ, Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Triết, Mai Việt Nhật Tân (2017). Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc trong ung thư tuyến tiền liệt khu trú ở người bệnh cao tuổi. Tạp chí Y Dược học. Số đặc biệt 8/2017. 64 - 67
9. Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Văn Ân và cộng sự (2017). Áp dụng kỹ thuật nội soi robot để phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc do ung thư. Tạp chí Y Dược học, Số đặc biệt 8/2017: 237 - 242.
10. Rafel F. Coelho, Bernardo Rocco, Manoj B. Patel (2010). Retropubic, laparoscopic, robotic assisted radical prostatectomy: A critical review of outcomes reported by high - volume centers. Journal of endourology, Vol 24, Number12: 2003 - 2015.
11. Đỗ Trường Thành, Trương Hoàng Minh, Trần Thanh

- Phong, Đỗ anh Đức, Nguyễn Văn Trí Dũng (2017). Đánh giá kết quả cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt khu trú. Tạp chí Y Dược học, Số đặc biệt 8/2017: 129 - 132.
12. Trần Chí Thanh (2015). Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận căn đường sau xương mu do Adenocarcinoma khu trú: Kinh nghiệm ban đầu qua 6 trường hợp. Tạp chí Y Dược học, Tập 19, số 4: 258 - 262.
 13. Fossati, N., et al. The Benefits and Harms of Different Extents of Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review. Eur Urol, 2017. 72: 84.
 14. Gandaglia, G., et al. Development and Internal Validation of a Novel Model to Identify the Candidates for Extended Pelvic Lymph Node Dissection in Prostate Cancer. Eur Urol, 2017. 72: 632.