

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường sau xương mu điều trị ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Results of retropubic radical prostatectomy for prostate cancer at 108 Military Central Hospital

Đỗ Ngọc Thế, Trần Đức, Nguyễn Thị Thịnh
Nguyễn Viết Hiếu, Nguyễn Thanh Tuấn
Trần Thanh Tùng, Nguyễn Tùng Lâm,
Nguyễn Công Định

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường sau xương mu trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Từ tháng 7/2018 đến tháng 6/2023, 30 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn có tuổi trung bình 67,5 với chẩn đoán giai đoạn u T1-2-3 lần lượt là 6,7% - 83,3% - 10%. Thời gian mổ trung bình 167 phút, lượng máu mất trung bình 508ml, tỷ lệ truyền máu trong mổ 43,3%, tổn thương trực tràng trong mổ 2 bệnh nhân (6,7%). Sau 3 tháng: 1 bệnh nhân (3,3%) phải phẫu thuật nội soi xơ hẹp cổ bàng quang, tỷ lệ tiểu tự chủ 95,6%. **Đánh giá kết quả phẫu thuật:** Tỷ lệ đạt kết quả tốt - trung bình và xấu lần lượt là 80% - 16,7% và 3,3%. **Kết luận:** Cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường sau xương mu là phẫu thuật phức tạp có thời gian mổ dài, lượng máu mất và tỷ lệ truyền máu trong mổ cao.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường sau xương mu.

Summary

Objective: To evaluate the results of retropubic radical prostatectomy in the treatment of prostate cancer. **Subject and method:** A descriptive prospective study was performed on patients with prostate cancer indicated for radical prostatectomy at 108 Military Central Hospital. **Result:** 30 consecutive prostate cancer patients were undergone retropubic radical prostatectomy from July 2018 to June 2023. The mean age was 67.5, and tumor stages T1-2-3 were 6.7%, 83.3% and 10%, respectively. The mean operation time was 167 minutes, the average blood loss was 508ml with 43.3% intraoperative transfusion, and rectal injury was found in 2 patients (6.7%). There was 1 patient required endoscopic surgery due to bladder neck stenosis; the rate of urinary continence was 95.6% at 3 months after surgery. Evaluation of surgical results: The rates of good - average and bad results were 80% - 16.7% and 3.3%, respectively. **Conclusion:** Retropubic radical prostatectomy was complicated surgery with the long operation time and the high rate of blood loss as well as intraoperative transfusion.

Keywords: Prostate cancer, retropubic radical prostatectomy.

Ngày nhận bài: 12/07/2023, ngày chấp nhận đăng: 02/10/2023

Người phản hồi: Đỗ Ngọc Thế, Email: tietnieu108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là bệnh lý thường gặp ở nam giới cao tuổi. Theo thống kê của Globocan 2020, UTTTL đứng thứ 3 trong tổng số ca mới mắc trên tổng số các loại ung thư, đứng thứ 2 trong các trường hợp ung thư mới mắc ở nam giới; thống kê ở Việt Nam cho thấy UTTTL có tỷ lệ mới mắc cao thứ 5. Bệnh có nhiều thể mô học, tuy nhiên ung thư biểu mô tuyến thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ tới hơn 95% [1]. Mặc dù vậy, UTTTL tiến triển chậm, có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn khi bệnh còn khu trú, bao gồm cắt bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt cùng 2 túi tinh, kèm nạo hạch chậu-bị 2 bên, khâu tạo hình cổ bàng quang và nối với mỏm niệu đạo còn lại phục hồi lưu thông đường tiểu dưới. Tuy vậy, đây là phẫu thuật phức tạp, không những phải đảm bảo yêu cầu điều trị bệnh triệt căn, mà còn phải bảo tồn được chức năng quan trọng như tiểu tiện tự chủ, để đảm bảo chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân sau mổ... [1, 2, 3].

Nhưng trên cả nước, số lượng báo cáo về vấn đề này còn chưa nhiều. Bệnh viện TƯQĐ 108 đã thực hiện mổ mở cắt tuyến tiền liệt triệt căn từ năm 2006, tuy nhiên số liệu ít và thất lạc. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trên loạt những bệnh nhân gần đây với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường sau xương mu điều trị ung thư tuyến tiền liệt.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú (T1-2NoMo), hoặc tiến triển tại chỗ chưa di căn xa (T3NoMo), có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường sau xương mu.

Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 7/2018 đến tháng 6/2023.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện TƯQĐ 108.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả theo dõi dọc.

Quy trình phẫu thuật

Chuẩn bị: BN được khám lâm sàng-cận lâm sàng, chẩn đoán giai đoạn bệnh theo TNM, làm các xét nghiệm thường quy chuẩn bị phẫu thuật; hôm trước phẫu thuật được dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, uống thuốc tẩy ruột.

Các bước kỹ thuật: Mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, đầu dốc (Trendelenburg 15°); rạch da đường trắng giữa dưới rốn, bóc lộ mặt trước bàng quang và khoang Retzius; bóc lộ hố chậu 2 bên, nạo hạch hố bị 2 bên; mở cân nội chậu, thắt và cắt đám rối tĩnh mạch lưng sâu; cắt niệu đạo ngang đỉnh tuyến tiền liệt, tách mặt sau tuyến tiền liệt ra khỏi mặt trước trực tràng; cắt 2 cánh bên ngược chiều; cắt cân Denonvilliers, cắt 2 ống dẫn tinh, bóc tách 2 túi tinh ra khỏi mặt sau bàng quang; cắt rời tuyến tiền liệt ra khỏi cổ bàng quang; khâu tạo hình cổ bàng quang, đặt thông niệu đạo bằng Foley 18Fr, khâu nối cổ bàng quang-niệu đạo bằng 6 mũi rời chỉ Vicryl 4/0 hoặc PDS 4/0; bơm kiểm tra bàng quang, cầm máu, đặt dẫn lưu hố chậu 2 bên, khâu đóng vết mổ.

Chăm sóc, theo dõi thường quy sau mổ: BN được ăn nhẹ ngay khi có trung tiện, bơm rửa bàng quang đảm bảo lưu thông hàng ngày; rút dẫn lưu ổ mổ sau 72 giờ (hoặc khi dịch <50ml/24 giờ), rút thông niệu đạo sau 10 ngày.

Các chỉ tiêu nghiên cứu chính

Thời gian mổ: Được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến khi đóng xong vết mổ kết thúc phẫu thuật; so sánh trung bình giữa 15 BN trước và 15 BN sau trong nhóm nghiên cứu.

Lượng máu mất ước tính trong mổ, được đo lường qua bình hút và gạc; so sánh trung bình giữa 15 BN trước và 15 BN sau trong nhóm nghiên cứu.

Tỷ lệ BN phải truyền máu trong/sau mổ, so sánh giữa 15 BN trước và 15 BN sau trong nhóm nghiên cứu.

Tình trạng tiểu không kiểm soát sau mổ 1 tháng, 3 tháng: Nếu dùng > 1 tã, có tình trạng tiểu không kiểm soát [3].

Tai biến trong mổ: Tổn thương mạch máu lớn/thần kinh, tổn thương trực tràng, tổn thương niệu quản...

Biến chứng sau mổ: Chảy máu sau mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, rò bạch huyết, rò miệng nối bàng quang-niệu đạo.

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Tốt: Phẫu thuật thuận lợi, không có tai biến, biến chứng, tiểu tiện tự chủ.

Trung bình: Có tai biến được phát hiện và xử lý ngay trong mổ, hoặc có biến chứng sau mổ được điều trị bảo tồn thành công, hoặc tiểu không kiểm soát.

Xấu: Có tai biến hoặc biến chứng phải phẫu thuật lại, hoặc BN tử vong do tai biến/biến chứng.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện TƯQĐ 108 thông qua.

3. Kết quả

Từ tháng 7/2018 đến tháng 6/2023, chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn cho

30 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. Cho đến hiện tại tất cả các bệnh nhân khỏe mạnh (đã dùng/đang điều trị bổ trợ), thời gian theo dõi trung bình $15,5 \pm 17,3$ tháng (1,1 - 60), với trung vị 9,3 tháng.

Tuổi trung bình: $67,5 \pm 7,5$ tuổi (46-83); tỷ lệ BN theo các nhóm dưới 60 tuổi, từ 60 đến 69 tuổi, và từ 70 tuổi trở lên lần lượt là 10% - 53,3% - 36,7%. Số bệnh nhân có UTTTL giai đoạn T2 chiếm tỷ lệ chủ yếu 83,3% (25 BN); chỉ có 2 bệnh nhân UTTTL giai đoạn T1 (6,7%), và 3 BN ở giai đoạn T3 (2 trường hợp u xâm lấn túi tinh bên trái, 1 trường hợp u xâm lấn vỏ bao tuyến tiền liệt).

Thời gian mổ trung bình 167 ± 56 phút (120 - 400), với lượng máu mất ước tính 508 ± 232 ml (50 - 1150). Tai biến trong mổ: Tổn thương thành trực tràng 2 BN (6,7%); truyền máu trong mổ 13 BN (43,3%), truyền máu sau mổ 2 BN (6,7%); không có trường hợp nào truyền máu cả trong và sau mổ.

Bảng 1. So sánh thời gian mổ, lượng máu mất ước tính trong mổ giữa 2 nhóm bệnh nhân (nửa trước và nửa sau) của nghiên cứu

		Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Thời gian mổ (phút)	15 BN đầu	188	70,9	<0,05
	15 BN sau	147	23,9	
Máu mất ước tính	15 BN đầu	520	209	>0,05
	15 BN sau	496	260	

(Kiểm định Independent samples T-tests)

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình của nhóm 15 BN sau rút ngắn có ý nghĩa thống kê so với 15 BN mổ đầu; lượng máu mất cũng có giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. So sánh số bệnh nhân phải truyền máu trong mổ giữa 2 nhóm bệnh nhân (nửa trước và nửa sau) của nghiên cứu

		15 BN đầu	15 BN sau	Tổng
Không truyền máu	Số BN	6	11	17
	Tỷ lệ % hàng	35,3	64,7	100
	Tỷ lệ % cột	40	73,3	56,7
	Tỷ lệ % tổng	20	36,7	56,7
Có truyền máu	Số BN	9	4	13
	Tỷ lệ % hàng	69,2	30,8	100
	Tỷ lệ % cột	60	26,7	43,3
	Tỷ lệ % tổng	30	13,3	43,3
Tổng	Số BN	15	15	30

(Kiểm định Chi bình phương, $p=0,065>0,05$).

Nhận xét: Tỷ lệ không phải truyền máu ở nhóm 15 BN sau (64,7%) cao gấp đôi so với nhóm 15 BN trước (35,3%); ngược lại, tỷ lệ phải truyền phải ở nhóm 15 BN sau (30,8%) chỉ bằng 1/2 so với nhóm 15 BN trước (69,2%).

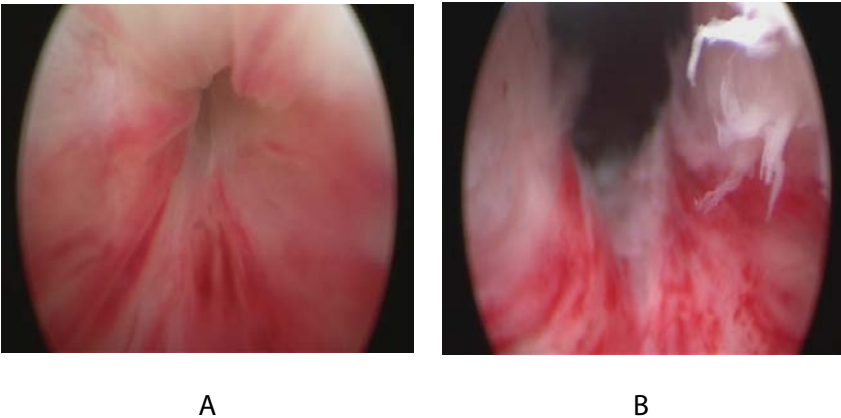
Sau mổ trung bình 2,1 ngày bệnh nhân đã lưu thông tiêu hóa bình thường; thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình 13,2 ngày (8-29); thời gian điều trị sau mổ trung bình 12,4 ngày (8-18); không ghi nhận biến chứng nào khác trong thời gian hậu phẫu như tụ dịch lympho, rò miệng nối...

Bảng 3. So sánh ngày lưu ống thông niệu đạo giữa 2 nhóm bệnh nhân (nửa trước và nửa sau của nghiên cứu)

Nhóm bệnh nhân	15 BN đầu	15 BN sau	p
	(Mean ± SD)		
Ngày lưu ống thông niệu đạo	14,5 ± 5,5	11,8 ± 1,8	0,08

Nhận xét: Ngày lưu ống thông niệu đạo của 15 bệnh nhân sau ngắn hơn đáng kể so với 15 bệnh nhân được mổ trước; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Theo dõi sau mổ có 4 bệnh nhân hẹp chỗ nối bàng quang-niệu đạo (13,3%) (2 trường hợp trong vòng 3 tháng, và 2 trường hợp sau 3-6 tháng), trong đó có 1 bệnh nhân phải mổ nội soi cắt xẻ vòng xơ hẹp (3,3%), 3 bệnh nhân còn lại xử lý bằng nong niệu đạo thành công sau 1 lần nong.



Hình 1. Hẹp cổ bàng quang (A: Trước xẻ hẹp. B: Sau xẻ hẹp) (Nguồn: BN Hà Văn H., số HS 23670152)

Về tình trạng đi tiểu ở thời điểm 1 tháng sau rút thông niệu đạo, 90% bệnh nhân tiểu tiện tự chủ hoàn toàn ban ngày. Trong 23 bệnh nhân được theo dõi trên 3 tháng sau mổ, chỉ có 1 trường hợp tiểu không kiểm soát (phải dùng từ 2 miếng lót trở lên thường xuyên cả ngày lẫn đêm), tỷ lệ tiểu tự chủ sau 3 tháng là 95,6%.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: Kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao 80%; kết quả trung bình 16,7%, và 1 trường hợp kết quả xấu (3,3%) do có biến chứng hẹp miệng nối bàng quang-niệu đạo, phải can thiệp lại.

4. Bàn luận

Nghiên cứu của chúng tôi có đa số các BN dưới 70 tuổi, có kỳ vọng sống trên 10 năm, phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh chung [2, 3, 4]. Với những bệnh nhân trên 70 tuổi, hoặc có kỳ vọng sống ngắn hơn, việc lựa chọn chỉ định cần cân nhắc, tuy nhiên một số hướng dẫn điều trị và nghiên cứu cũng khẳng định phẫu thuật triệt căn là lựa chọn phù hợp khi được thực hiện ở những trung tâm có điều kiện [2, 5].

Bên cạnh đó, có tới 90% bệnh ở giai đoạn khu trú T1-2, đây là tiêu chuẩn của chỉ định phẫu thuật

cắt tuyến tiền liệt triệt căn [2, 3]. Ngoài ra, 3 bệnh nhân (10%) giai đoạn T3 tiến triển tại chỗ; phẫu thuật vẫn còn chỉ định vì đánh giá trước mổ u vẫn còn khả năng cắt bỏ (resectable tumor), và là bước đầu tiên của điều trị đa mô thức với những trường hợp này [1, 2, 4].

Trên thế giới, phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn điều trị UTTL được hoàn thiện về mặt kỹ thuật trong khoảng 40 năm nay [6]. Tại Việt Nam, kỹ thuật này mới chỉ được triển khai tại một số trung tâm lớn... cho thấy sự khó khăn trong chẩn đoán và tính phức tạp của phẫu thuật như thời gian phẫu thuật tương đối dài, nhiều thì phẫu thuật liên tiếp, liên quan đến mạch máu lớn vùng chậu, tỷ lệ mất máu và yêu cầu phải truyền máu tương đối cao hơn so với các phẫu thuật ngoại khoa nói chung...

Vũ Lê Chuyên (2006) báo cáo những kinh nghiệm bước đầu về phẫu thuật tận gốc UTTL trên 11 bệnh nhân cho thấy lượng máu mất trung bình 654ml (300-2000ml), 2 trường hợp cần truyền máu [7]. Vũ Nguyễn Khải Ca (2012) phẫu thuật cho 8 trường hợp có thời gian mổ từ 130-180 phút với lượng máu mất trung bình 625ml [4]. Sau đó 10 năm, tác giả Ngô Xuân Thái (2022) cho kết quả không có cải thiện hơn khi 17 bệnh nhân được mổ mở đường sau xương mu có thời gian trung bình 321 phút, lượng máu mất trung bình 667ml, và có tới 13/17 trường hợp phải truyền máu (76,4%) [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đối khả quan về thời gian mổ (trung bình 167 phút) và lượng máu mất (trung bình 508ml), nhưng cũng có tới 13 bệnh nhân (43,3%) phải truyền máu trong mổ và 2 bệnh nhân (6,7%) phải truyền máu sau mổ (không có trường hợp nào phải truyền 2 lần). Với phẫu thuật nội soi, Nguyễn Tiến Đệ (2015) cũng báo cáo tỷ lệ truyền máu trong mổ tới 40,8% [3]. Tỷ lệ truyền máu cao như vậy, chúng tôi cho rằng còn phụ thuộc vào quan điểm và đánh giá các dấu hiệu lâm sàng của bác sĩ vô cảm để đưa ra quyết định; các yếu tố về tuổi, bệnh nền, khối lượng tuyến tiền liệt, giai đoạn T, nạo hạch hay không... có thể liên quan, tuy nhiên chưa được phân tích ở đây.

Một số tác giả nước ngoài có cho kết quả tốt hơn. Barre (2007) phẫu thuật trên 231 bệnh nhân, có thời gian mổ trung bình chỉ 97 phút (56-147 phút) và lượng máu mất 179ml (10-850ml) và chỉ 2,6% bệnh nhân phải truyền máu [6]. Tuy thế, các bệnh nhân trong nghiên cứu của Barre còn khá 'trẻ' và được can thiệp sớm: Tuổi trung bình 63 (46-75 tuổi), 67,9% u giai đoạn T1c và 27,7% u giai đoạn T2a; tác giả cũng không đề cập đến số lượng bệnh nhân nạo hạch và không nạo hạch chậu. Một nghiên cứu khác được báo cáo gần đây của Abdul (2020) trên 42 bệnh nhân UTTL giai đoạn T2a-b có lượng máu mất trung bình 460ml, khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [9].

Thời gian thực hành có liên quan đến thời gian mổ và mất máu trong mổ. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Đệ và của chúng tôi thu được những kết quả tương đồng: Thời gian mổ và lượng máu mất trong mổ có giảm rõ rệt khi kinh nghiệm phẫu thuật được tích lũy [3]. Thêm vào đó, nghiên cứu này thống kê thấy tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu trong mổ ở nhóm 15 bệnh nhân mổ sau giảm rõ rệt so với nhóm 15 bệnh nhân mổ trước; tuy kiểm định không có ý nghĩa thống kê với $p=0,06$ (Bảng 2), nhưng có lẽ do số lượng bệnh nhân còn chưa nhiều. Do hạn chế về thời gian, chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu nào có phân tích tương tự.

Tổn thương trực tràng trong mổ được phân loại mức IIIb theo Clavien-Dindo. Hội Nội khoa Châu Âu thống kê tỷ lệ gặp tai biến này trong khoảng 1,6 - 9% tùy nghiên cứu [1]. Ngô Xuân Thái (2022) gặp 3 trường hợp (3,4%) tổn thương trực tràng, khâu lại trong mổ, hậu phẫu nuôi dưỡng tĩnh mạch 7 ngày [8]. Hai trường hợp có tai biến này trong nghiên cứu của chúng tôi (chiếm tỷ lệ 6,7%) có tình trạng viêm dính quanh tuyến tiền liệt sau sinh thiết (1 trường hợp) và sau mổ cắt đốt nội soi (1 trường hợp), trong khi phẫu tích phát hiện rách thành trực tràng trực tràng khoảng 2cm; chúng tôi dùng chỉ tiêu đơn sợi PDS 3/0 khâu mối rời 1 lớp, kết hợp đặt thông hậu môn, rút sau 2 ngày khi đã lưu thông tiêu hóa tốt (ống thông ra khí, phân lỏng...); bệnh nhân được cho ăn nhẹ sớm ở ngày thứ 3 sau phẫu thuật, kết hợp nuôi dưỡng tĩnh

mạch. Chúng tôi cho rằng, mặc dù tổn thương trực tràng là một tai biến nặng, nhưng một vết thương sạch, đã được chuẩn bị tiêu hoá trước mổ, phát hiện ngay trong mổ, chủ động trong xử lý và theo dõi sau mổ thì bệnh nhân sẽ hồi phục tốt và không để lại di chứng gì.

Hội Nội khoa châu Âu khuyến nghị thời gian lưu ống thông niệu đạo sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn là 1 tuần, không có sự khác biệt giữa cách khâu nối cổ bàng quang niệu đạo (khâu rời, hay khâu vắt); một số báo cáo rút sonde khá sớm (trong vòng 2 đến 3 ngày sau mổ), nhưng không có khác biệt về tỷ lệ nhiễm khuẩn niệu hậu phẫu, và tỷ lệ tiểu tự chủ trong dài hạn [1]. Tuy thế, chúng tôi thấy các nghiên cứu được tham khảo có số liệu này rất khác nhau. Nghiên cứu của Barre (2007) có thời gian lưu ống thông niệu đạo chỉ 5,3 ngày; nhưng báo cáo sau đó nhiều năm của Abdul (2020) thì bệnh nhân được ra viện sớm sau mổ 4 ngày và đeo ống thông niệu đạo (Foley) 3 tuần [6, 9]. Các nghiên cứu khác trong nước cũng cho thấy thời gian này cũng khá dài từ 2 đến 3 tuần [4, 8]. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình 13,2 ngày; thời gian rút sonde của những bệnh nhân được mổ sau ngắn hơn đáng kể so với những bệnh nhân được mổ trước (từ 14,5 ngày xuống còn 11,8 ngày Bảng 3); không ghi nhận trường hợp nào rò miệng nối sau đó. Do vậy, chúng tôi cho rằng, nhận định chủ quan của cá nhân phẫu thuật viên có ảnh hưởng đến quyết định rút ống thông niệu đạo của bệnh nhân hơn là yếu tố kỹ thuật.

Tiểu không kiểm soát khá thường gặp trong các nghiên cứu. Thống kê của Hội Nội khoa châu Âu cho thấy có tới 20,2% bệnh nhân có biến chứng này kéo dài trên 1 năm [1]. Nhưng các nghiên cứu được tham khảo có tỷ lệ này ở mức thấp. Vũ Lê Chuyên (2006) có 1/11 bệnh nhân (9,1%) tiểu không kiểm soát kéo dài trên 3 tháng [7]; Barre (2007) chỉ có 5,7% bệnh nhân tiểu không kiểm soát trên 1 năm [6]; Vũ Nguyễn Khải Ca (2012) báo cáo tỷ lệ 100% tiểu tự chủ sau 1 tháng [4]; Abdul (2020) báo cáo tỷ lệ tiểu tự chủ sau 3 tháng là 90,4% và sau 1 năm là 100% các bệnh nhân theo dõi [9]. Tương tự, nghiên

cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân tiểu tự chủ sau 3 tháng khá tốt, là 95,6%.

Tỷ lệ hẹp miệng nối bàng quang-niệu đạo của nghiên cứu này cao, gặp ở 4/30 bệnh nhân (13,3%). Thời điểm phát hiện hẹp miệng nối ở trong khoảng trước/sau 3 tháng, với triệu chứng điển hình là tia tiểu nhỏ dần. Các bệnh nhân khi đến khám lại đều được nội soi niệu đạo-bàng quang xác định hẹp. Tuy nhiên chỉ 1 bệnh nhân phải nội soi xẻ đoạn xơ hẹp bằng dao lạnh (Hình 1); 3 bệnh nhân còn lại nong chỗ hẹp bằng que thăm Benique tới số 21Fr, thành công với 1 lần nong duy nhất. Vũ Nguyễn Khải Ca (2012) gặp 1/7 trường hợp hẹp niệu đạo (14,2%), phải nong định kỳ [4]. Tỷ lệ này theo tổng hợp của Hội Nội khoa châu Âu chỉ là 4,9% [1]. Như vậy, chúng tôi cần phải lưu ý hơn về biến chứng này, tìm ra các yếu tố có liên quan để khắc phục, mang lại kết quả tốt hơn cho những loạt bệnh nhân tiếp theo.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn, chúng tôi nhận thấy đây là phẫu thuật có thời gian mổ dài (167 phút), lượng máu mất trung bình cao 508ml, tỷ lệ truyền máu trong mổ lên tới 43,3%, tỷ lệ tai biến tổn thương trực tràng trong mổ 6,7%; tỷ lệ bệnh nhân phải can thiệp lại vì xơ hẹp miệng nối bàng quang-niệu đạo là 3,3%; tỷ lệ kiểm soát nước tiểu 95,6% sau 3 tháng. Các bệnh nhân đều hồi phục sau phẫu thuật, không có tử vong trong/sau phẫu thuật; tỷ lệ đạt kết quả phẫu thuật tốt, trung bình và xấu lần lượt là 80%, 16,7% và 3,3%.

Tài liệu tham khảo

1. Mottet N, van den Bergh RCN, Briers E, Van den Broeck T, Cumberbatch MG, De Santis M, Fanti S, Fossati N, Gandaglia G, Gillessen S, Grivas N, Grummet J, Henry AM, van der Kwast TH, Lam TB, Lardas M, Liew M, Mason MD, Moris L, Oprea-Lager DE, van der Poel HG, Rouvière O, Schoots IG, Tilki D, Wiegel T, Willemse PM, Cornford P (2022) *EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update*. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol* 79(2): 243-262.

2. Vũ Lê Chuyên, Vũ Nguyễn Khải Ca, Trần Ngọc Sinh (2014) *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. Nguyễn Tiến Đệ (2015) *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt tuyến tiền liệt tận gốc*. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
4. Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long, Nguyễn Hoài Bắc (2012) *Nhân 8 trường hợp cắt toàn bộ tuyến tiền liệt tận gốc tại Bệnh viện Việt Đức*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 16(3), tr. 169-173.
5. Nguyễn Tiến Đệ, Vũ Lê Chuyên (2017) *Ung thư tuyến tiền liệt bệnh nhân cao tuổi: Tiêu chuẩn chọn bệnh*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 21(6).
6. Barre C (2007) *Open radical retropubic prostatectomy*. Eur Urol 52(1): 71-80.
7. Vũ Lê Chuyên, Vũ Văn Ty, Nguyễn Đạo Thuần (2006) *Những kinh nghiệm bước đầu về phẫu thuật tận gốc ung thư tiền liệt tuyến tại Bệnh viện Bình Dân*. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh 10(1).
8. Ngô Xuân Thái, Nguyễn Thái Hoàng, Thái Minh Sâm (2022) *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại Bệnh viện Chợ Rẫy*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 26(1), tr. 127-133.
9. Abdul Rouf K, Malik Abdul R, Yasir D et al (2020) *Open radical retropubic prostatectomy as a saviour in the era of robotics - a single surgeon experience*. Annals of urologic oncology: 1-7.