

## **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SƠM PHƯƠNG PHÁP CẮT NỘI SOI PHỔI HỢP TIÊM HORMONE ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÔNG CẦN CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN**

**NGÔ TRUNG KIÊN, DOÃN THỊ NGỌC VÂN - BV Xanh Pôn;  
NGUYỄN MINH AN - Trường cao đẳng y tế Hà Nội**

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh rất phổ biến và ngày càng tăng. Bệnh có thể gặp ở nam giới từ 50 tuổi trở lên và tần số mắc tăng lên nhanh cùng với tuổi thọ. Ung thư tuyến tiền liệt đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư, tuy nhiên, sự phân bố rất khác nhau trên thế giới. Ở Mỹ và châu Âu, ung thư tuyến tiền liệt hay gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong cao thứ 2 ở nam giới. Ở Châu Á tần số mắc bệnh thấp hơn [1,2]. Ở Việt Nam, qua tầm soát trên 1011 trường hợp nam giới trên 50 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỉ lệ ung thư tuyến tiền liệt là 2,5% [3]

Ung thư tuyến tiền liệt tiến triển chậm, với các trường hợp ung thư còn ở giai đoạn khu trú, khoảng 70-85% bệnh nhân sống trên 10 năm. Với các trường hợp ung thư xâm lấn bao tuyến vi thể, tỉ lệ sống sau 5 năm và 10 năm là 85% và 75%. Trong khi đó, với những trường hợp ung thư xâm lấn bao tuyến lan rộng, tỉ lệ sống sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 70% và 40% [3]. Do đó chẩn đoán sớm ung thư tuyến tiền liệt có vai trò rất quan trọng.

Tuy nhiên phần lớn ung thư tuyến tiền liệt tiến triển tiềm tàng, chẩn đoán sớm rất khó và diễn biến lâm sàng rất đa dạng làm cho việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Trong những năm gần đây, xét nghiệm PSA và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh siêu âm qua trực tràng, chụp cắt lớp vi tính...) và sinh thiết đã giúp chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn sớm hơn, giúp cho việc điều trị bệnh có nhiều tiến bộ. [2]

Chỉ định điều trị ung thư tuyến tiền liệt phụ thuộc vào nhiều yếu tố: giai đoạn xâm lấn, độ ác tính của u, toàn trạng của bệnh nhân, các biến chứng có thể gặp. Khi ung thư còn khu trú trong bao tuyến, bệnh có thể điều trị khỏi bằng cắt bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt hay điều trị bằng quang tuyến. Tuy nhiên, trên thực tế ở Việt Nam, các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thường được phát hiện ở giai đoạn đã có xâm lấn và thể trạng thường già yếu, không thích hợp với các phẫu thuật triệt căn. Phẫu thuật nội soi cắt u kết hợp với điều trị bằng hormone cắt nguồn androgen đến tuyến tiền liệt thực sự phù hợp hơn, nâng cao được chất lượng sống của người bệnh.

Khoa Tiết niệu bệnh viện Xanh Pôn đã tiến hành điều trị cho các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt bằng cắt u nội soi phổi hợp với điều trị hormone. Các trường hợp này trước đây phải chuyển đi các bệnh viện khác để điều trị với chi phí rất lớn.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài áp

dụng cắt nội soi phổi hợp tiêm hormone điều trị ung thư tuyến tiền liệt không cần chỉ định phẫu thuật triệt căn nhằm mục tiêu:

- Đánh giá kết quả của phương pháp cắt ung thư nội soi phổi hợp tiêm hormone điều trị u tuyến tiền liệt
- Rút ra một số nhận xét về chỉ định và kinh nghiệm trong quá trình điều trị

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được khám và điều trị tại khoa Tiết niệu bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 10/2010 đến tháng 10/2012.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, không đối chứng.

#### **2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

- Các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật triệt căn.
- Các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thể trạng còn tốt nhưng không chấp nhận phẫu thuật triệt căn;
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin hợp lệ

#### **2.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phẫu thuật triệt căn
- Các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thể trạng già yếu, không đủ điều kiện phẫu thuật, chỉ dẫn lưu bàng quang.
- Đang có nhiễm khuẩn tiết niệu
- Niệu đạo hẹp, thoái hoá xương khớp háng, không đặt được máy

### **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $72,9 \pm 10,2$ , trẻ nhất là 51 tuổi, cao tuổi nhất là 91 tuổi, nhóm bệnh nhân từ 61-80 tuổi chiếm đa số (73,07%).
- Điểm IPSS trước mổ: nhóm bệnh nhân có IPSS nặng (20-35 điểm) chiếm tỷ lệ 80,77% cao hơn nhóm có điểm IPSS nhẹ và trung bình có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

Bảng 1: Kết quả định lượng PSA trước mổ

PSA	4-10	10-30	>30	Tổng
Số bệnh nhân	2	17	7	26
Tỷ lệ %	7,69	65,38	26,93	100

Nhóm bệnh nhân có PSA từ 10-30ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất (65,38%) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### **2. Kết quả sau mổ**

Bảng 2: Kết quả đánh giá điểm IPSS sau mổ

IPSS	0-7	8-19	20-35	Tổng
Số BN	22	4	0	26
Tỷ lệ %	84,61	15,39	0	100

Nhóm bệnh nhân sau mổ có IPSS nhẹ chiếm tỷ lệ 84,61%, cao hơn các nhóm khác có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Sự thay đổi IPSS có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

Bảng 3: Kết quả định lượng PSA sau mổ

PSA	4-10	10-30	>30	Tổng
Số BN	5	16	5	26
Tỷ lệ %	19,23	61,54	19,23	100

Bảng 4: Điểm Gleason

Điểm Gleason	2-4	5-7	8-10	Tổng
Số bệnh nhân	4	13	9	26
Tỷ lệ %	15,39	50	34,61	100

Nhóm bệnh nhân có điểm Gleason trung bình (5-7 điểm) chiếm tỷ lệ cao hơn các nhóm khác có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ).

### 3. Kết quả sau tiêm

Bảng 5: Kết quả đánh giá điểm IPSS sau tiêm

IPSS	0-7	8-19	20-35	Tổng
Số BN	23	3	0	26
Tỷ lệ %	88,46	11,54	0	100

Bảng 6: Kết quả định lượng PSA sau tiêm

PSA	4-10	10-30	>30	Tổng
Số BN	25	1	0	26
Tỷ lệ %	96,15	3,85	0	100

### 4. Kết quả chung

Đánh giá kết quả gần khi theo dõi bệnh nhân sau 3 tháng có kết quả

Tốt: 22 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 84,61%

Trung bình: 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 15,39%

Xấu: 0 bệnh nhân

### BÀN LUẬN

#### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi bệnh nhân dao động từ 51 - 91 tuổi, tập trung nhiều trong độ tuổi từ 60-80 (73,07%) và tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi, tương tự như đặc điểm của u phì đại tuyến tiền liệt. Điều này cho thấy bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt đến khám muộn, khi đã có các biểu hiện lâm sàng rõ. Trong nghiên cứu của GS Vũ Lê Chuyên và cộng sự về tầm soát ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Bình Dân từ 2008-2009, nhóm bệnh nhân từ 55-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn. [3]

- Đánh giá các triệu chứng cơ năng theo thang điểm quốc tế IPSS cũng cho thấy, nhóm có điểm IPSS nặng chiếm đa số (84,61%) việc phát hiện bệnh muộn có nguyên nhân do bệnh nhân đến khám muộn, nhưng cũng có những bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán là u phì đại lành tính tuyến tiền liệt và được điều trị nội khoa. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc xét nghiệm PSA cho tất

cả các bệnh nhân u phì đại tiền liệt tuyến nói riêng và nam giới cao tuổi có rối loạn tiểu tiện nói chung. Trong nghiên cứu của GS Vũ Lê Chuyên, các bệnh nhân nam trên 50 tuổi đều được xét nghiệm PSA [3]

- Tỷ lệ thăm khám qua trực tràng nghi ngờ có ung thư tiền liệt tuyến là 57,69%, thấp hơn so với độ nhạy của siêu âm (62,39%) và CT Scanner (70,07%). Các trường hợp phát hiện được qua thăm khám trực tràng thường có ung thư xâm lấn bao tuyến lan rộng, thường kèm theo PSA cao. Trong khi đó, các trường hợp ung thư xâm lấn bao tuyến vi thể thường không phát hiện được qua thăm khám trực tràng. Trong nghiên cứu về vai trò của thăm trực tràng, PSA và siêu âm trong chẩn đoán bướu tiền liệt tuyến của Vũ Văn Ty và cộng sự, độ nhạy của thăm trực tràng là 69,6% [5]

- Nhóm bệnh nhân có PSA cao ( $> 10\text{ng/ml}$ ) chiếm đa số, điều này phù hợp với các nghiên cứu về vai trò của PSA trong ung thư tiền liệt tuyến, khi PSA càng cao, khả năng bị ung thư tiền liệt tuyến càng lớn. Trong nghiên cứu của GS Vũ Lê Chuyên, với PSA  $> 10\text{ng/ml}$ , tỷ lệ phát hiện ung thư tiền liệt tuyến là 30,8%. [3]

#### 2. Kết quả sau mổ

- Đánh giá kết quả sau mổ 1 tuần thông qua thang điểm quốc tế IPSS cho thấy, các bệnh nhân có sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng. Nhóm bệnh nhân có IPSS nhẹ chiếm đa số (84,61%) và không có bệnh nhân nào có IPSS nặng.

Điều này cho thấy đa số các bệnh nhân bị tắc nghẽn lâu ngày do khối u tiền liệt tuyến. Trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính, có những bệnh nhân có khối u rất lớn, khoảng 60-70g (ảnh 5, ảnh 6). Khi soi bàng quang cho bệnh nhân thấy niệu đạo tiền liệt tuyến bị chèn ép do u chỉ còn 1 lỗ nhỏ ảnh 7). Thậm chí có bệnh nhân vào viện do bí đái hoàn toàn. Vì vậy, việc can thiệp ngoại khoa, cắt nội soi u tuyến tiền liệt nhằm giải phóng sự tắc nghẽn đường niệu do u gây ra là thực sự hiệu quả. Kinh nghiệm cho thấy, những bệnh nhân càng có nhiều biểu hiện tắc nghẽn thì sau khi được can thiệp ngoại khoa càng có sự cải thiện rõ ràng về mặt lâm sàng.

- Trong khi đó, định lượng PSA sau mổ cho thấy không có sự thay đổi đáng kể. So sánh PSA trước mổ và sau mổ cho kết quả là sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Điều đó có lẽ do chúng tôi định lượng PSA huyết thanh ngay sau mổ. Mặt khác, cắt nội soi u tiền liệt tuyến không thể lấy hết được toàn bộ khối u kể cả ung thư xâm lấn bao tuyến vi thể hay ung thư xâm lấn bao tuyến lan rộng.

#### 3. Kết quả sau tiêm

- Ngược lại với kết quả sau mổ, đánh giá IPSS của các bệnh nhân sau khi PSA giảm cho thấy không có nhiều sự thay đổi. Trong khi đó, nhóm bệnh nhân có PSA giảm về  $< 10\text{ng/ml}$ , có nhiều bệnh nhân giảm còn  $< 4\text{ng/ml}$  sau 3 tháng, chiếm tuyệt đa số (25/96; 15%). Phần lớn các trường hợp có sự giảm PSA rất nhanh trong tháng đầu tiên và giảm về bình thường sau 3 tháng. Điều đó cho thấy tiêm hormone

tạo ra sự thoái triển của ung thư tuyến tiền liệt. Nhiều bệnh nhân được siêu âm sau mổ 3 tháng cho kết quả bình thường, trong khi chụp CT Scanner thấy khối vùng tuyến tiền liệt không rõ ràng. Không những gây ra sự thoái triển u tại chỗ, tiêm hormone còn làm thoái triển được các nhân di căn xa của ung thư tuyến tiền liệt. Một trường hợp bệnh nhân có di căn xương, chúng tôi cho bệnh nhân làm xạ hình xương trước mổ và sau mổ 3 tháng cho thấy có sự thay đổi rõ rệt trên ảnh xạ hình.

Tuy tạo ra sự thoái triển khối ung thư như vậy nhưng tiêm hormone không thể cải thiện một cách nhanh chóng về mặt cơ năng. Chính vì vậy sự kết hợp giữa điều trị ngoại khoa, nhằm giải phóng sự tắc nghẽn đường tiết niệu do u gây ra, với điều trị nội tiết, nhằm làm thoái triển ung thư tuyến tiền liệt, cho một kết quả điều trị chung: nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt.

#### **KẾT LUẬN**

- Phương pháp phối hợp cắt nội soi và điều trị nội tiết trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn cho kết quả:

- + Kết quả tốt: 22 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 84,61 %
  - + Kết quả trung bình : 4 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 15,39%
  - + Kết quả xấu: 0 bệnh nhân
- Các bệnh nhân có nhiều biểu hiện tắc nghẽn do

khối u gây ra có sự thay đổi rõ rệt sau khi được chỉ định và tiến hành can thiệp ngoại khoa.

- Do phương pháp điều trị triệt căn có nhiều biến chứng, phương pháp điều trị này cũng là sự lựa chọn và có thể áp dụng cho các trường hợp ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn còn khu trú.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học ngoại khoa sau đại học - NXB Y học 2004.
2. Bệnh học tiết niệu - NXB Y học 2003 .
3. Hiệu quả của việc tầm soát ung thư tuyến tiền liệt - Vũ Lê Chuyên và cộng sự 2010.
4. Đào Quang Oánh "Ung thư tuyến tiền liệt và xu hướng điều trị nội tiết" BV Bình Dân 2010.
5. Vũ Văn Ty và cộng sự "Vai trò của PSA, thăm khám trực tràng và siêu âm qua trực tràng trong bứu học tiền liệt tuyến", BV Bình Dân 2009.
6. Gillen Water Jay T, Howard Stuard S "Adult and Pediatric Urology".
7. Diagnosis and Staging of prostate Cancer Carter, Partin 2008.
8. Prostate Sprcific antigen best practice policy phu I: early detection and diagnosis of Prostate cancer. Carroll, Mcleok, Schell Hammer et ai.
- 9 Screening and Prostate cancer mortality in a randomized European Study. Schroder, Hugoson, Tamela. 2009