

## **KẾT QUẢ SƠM MỔ UNG THƯ BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN XANH-PÔN TRONG BA NĂM 6/2007 - 6/2010**

**ĐỖ ANH TUẤN**

### **TÓM TẮT**

70 ca ung thư bàng quang (UTBQ) được điều trị tại khoa tiết niệu bệnh viện Xanh-Pôn, Hà Nội, từ tháng 6 năm 2007 đến tháng 6 năm 2010. Tuổi trung bình là: 67 (bảng 1). Nam giới/nữ=53/17 # 3 lần. Xét nghiệm giải phẫu bệnh lý đều là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp ở mức độ từ I – IV, trừ 1 ca u cơ trơn (bảng 6). Qua soi bàng quang phát hiện u thường một khối: 74,3 % (bảng 4). Kích thước u đa số dưới 3 cm: 65,7 % (bảng 5). Mổ nội soi 52 ca; mổ hở: 18 ca;

NS/MH = 52/18 # 3 lần (bảng 7). Kết quả điều trị: không có tử vong trong thời gian nằm viện. Số ngày điều trị: đa số dưới 2 tuần: 77 % (bảng 3).

### **SUMMARY**

70 cases of bladder cancer were treated in the urological department of Saint Paul hospital in Ha Noi from June 2007 through June 2010. Mean age is 67 years old (tab. 1). Male over female = 53/17 # 3 times. Anatomico-pathologic examination: transitional

cellular carcinoma with different degrees from I to IV, except one case of myoma (tab. 6). In general the tumor is single: 74,3 % (tab. 4). The sizes of the tumors are under 3 cm : 65,7 % (tab. 5). Endoscopic surgery was applied to 52 patients, while 18 cases were treated by open surgery. Endoscopic surgery/open surgery = 52/18 # 3 times (tab. 7). Overall results: no hospital death. Hospital stay after operation is short: 77 % under 2 weeks.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là một bệnh khá phổ biến trên thế giới cũng như ở nước ta. Tại Pháp đã ghi nhận 10.700 ca UTBQ được chẩn đoán mới trong năm 2.000. Trong 2 năm 2005-2006, khoa tiết niệu bệnh viện Việt-Đức đã điều trị cho 400 bệnh nhân UTBQ (tài liệu của tiến sĩ Vũ Nguyễn Khải Ca, chủ nhiệm khoa tiết niệu). Nhiều tác giả cho rằng tuổi hay gặp là khoảng từ 50-70, nam gấp đôi nữ. Điều trị chủ yếu bằng mổ nội, ngày càng phát triển.

Mục đích của báo cáo này là thu thập bệnh án các ca UTBQ được chẩn đoán và điều trị từ tháng 6-2007 đến tháng 6 năm 2010, tại khoa tiết niệu bệnh viện Xanh-Pôn, để đánh giá kết quả sau mổ, làm cơ sở cho những nghiên cứu sâu hơn về sau này.

### ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP VÀ TƯ LIỆU NGHIÊN CỨU

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán UTBQ và phẫu thuật trong thời gian từ tháng 6/2007 đến tháng 6/2010 và có hồ sơ lưu trữ tại bệnh viện.

Bệnh nhân được theo dõi từ khi vào viện, chuẩn bị mổ, tiến hành phẫu thuật, diễn biến hậu phẫu cho tới khi ra viện. Vì chưa có điều kiện mời bệnh nhân đến khám lại để đánh giá kết quả lâu dài, đề tài này chỉ có tính chất điểm lại tình hình.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau đây là các số liệu tóm tắt qua các bảng:

Bảng 1: Theo tuổi và giới.

Nam giới: từ 44-86, TB: 67,1 + 10,2

Nữ giới: từ 33-88, TB: 56,2 + 16,5

Chung: từ 33-88, TB: 66,9 + 12,3

Tuổi	< 50	<60	< 70	< 80	> 80	+	%
Nam	9	4	15	17	8	53	75,7
%	17,	7,5	29,3	32,1	15,	100	
Nữ	4	2	2	6	1	17	24,3
%	23,5	12,	12,	35,3	0,6	100	
Cộng	13	6	17	23	11	70	100
%	18,6	8,6	24,3	32,9	15,7	100	
			67,2				

Bảng 2: Theo địa phương.

Địa phương	Nội thành	Ngoại thành	Tỉnh khác	Không rõ	Cộng	Ghi chú
Số bệnh nhân	28	24	12	6	70	
Tỷ lệ %	40,	34,3	17,1	8,6	100	
	Hà Nội: 74,3 %					

Bảng 3: Số ngày nằm điều trị sau phẫu thuật.

Số ngày	< 7 ngày	< 14 ngày	< 21 ngày	> 21 ngày	Không rõ	+
Số b/nhân	26	28	6	4	6	70
%	37,1	40,	8,6	5,7	8,6	100
	77,1					

Bảng 4: vị trí khối u qua nội soi bàng quang.

Vị trí	thành P	thành T	thành sau	thành trước	sát cổ B Q	ra m giác	niêm o chỗ	không rõ
Số ca	14	10	15	4	6	3	18	8
%	20,	14,3	21,4	5,7	8,6	4,3	25,7	11,5
	52 = 74,3 %							

Bảng 5: Kích thước u qua siêu âm

Cỡ u (sm)	< 1	< 2	< 3	< 4	> 4	O rõ	+
Số ca	5	26	15	5	4	15	70
%	7,1	37,1	21,4	7,1	5,7	21,4	
	65,7						

(Chọn u to nhất khi có nhiều u)

Số lượng khối u: 1 u: 45 (64,3 %); 2 u: 4; nhiều u: 16; không rõ: 5.

Số bệnh nhân tái phát: 18

Bảng 6: Xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

Carcinoma tế bào chuyển tiếp				U cơ trơn	Không rõ	+
độ I	độ II	độ III	độ IV			
26	23	9	5	1	6	70
37,1 %	32,9 %	12,9 %	7,1 %	1,4 %	8,6 %	100 %
87,1 %						

Bảng 7: Các phương pháp mổ:

Cách mổ	Nội soi	Mổ hở	Nội soi -> Mổ hở		+
			Cùng đợt	Khác đợt	
Số bệnh nhân	52	13	2	3	70
%	74,3	18,6	3,	4,3	100
	18 ca = 25,7 %				

Số mổ lần đầu: 49; mổ lần hai: 15; mổ lần ba: 5; mổ trên ba lần: 1; không rõ: 7.

Ghi chú: mổ hở: cắt bỏ u 11 ca; cắt bàng quang bán phần 4 ca và toàn phần 3 ca

### Kết quả điều trị:

Không có tử vong trong thời gian nằm viện;

Biến chứng chủ yếu là: 6 ca chảy máu phải mổ lại cầm máu;

## BÀN LUẬN

Theo Hiệp hội quốc tế chống ung thư, ung thư bàng quang là loại mà thương tổn còn giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc màng đáy chưa xâm lấn lớp cơ, gồm các giai đoạn Ta, Tis và T1. Nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời thì tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư bàng quang có thể lên tới 80-95%. Phương pháp điều trị chuẩn hiện tại là phẫu thuật cắt u qua nội soi kết hợp với bơm hoá chất tại chỗ hoặc BCG. Chúng tôi có làm ssuộc 5 ca nên chưa có kinh nghiệm.

UTBQ là một loại ung thư khá phổ biến ở nước ta. Nhiều bệnh viện ở các địa phương đã có thông báo về tình hình này, nhất là ở các cơ sở có chuyên khoa tiết niệu phát triển. Thường không khó chẩn đoán và bệnh nhân hay đến sớm vì có đái máu mà không kèm đau buốt. Tuy nhiên vẫn còn một số đến muộn, khi triệu chứng trở nên rầm rộ, tình trạng toàn thân suy sụp, vì nhiều lý do khác nhau.

Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật nội soi đốt/cắt u, hoặc mổ hở cắt bỏ một phần hay toàn bộ bàng quang (có khi cả tuyến tiền liệt, hoặc vét tiểu khung ở phụ nữ). Cũng đã có nơi cắt cả bàng quang qua nội soi (bệnh viện Bình Dân,...).

Bệnh nhân đến khám chúng tôi chủ yếu là người Hà Nội cho nên khá sớm và cũng được xử trí kịp thời, ít biến chứng, ra viện nhanh (bảng 2). Tuy nhiên vẫn còn một số bệnh nhân đến muộn, khi khối u đã xâm lấn qua lớp cơ cũng như lan rộng và có di căn. Do đó tỷ lệ mổ hở khá cao (25,7%).

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi bàng quang và sinh thiết khối u. Về nội soi chẩn đoán, chúng tôi còn thiếu sót chưa định hình mô tả thống nhất về vị trí cũng như hình thái, số lượng và tổn thương kèm theo,... Trong xác định chẩn đoán giải phẫu bệnh lý có từ ngữ còn chưa thật chuẩn. Thực chất các UTBQ đều là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp, với mức độ phát triển khác nhau.

Về nguyên nhân gây bệnh, nhiều tác giả có nói mối liên quan với hút thuốc lá, nhưng chúng tôi chưa khai thác được nhiều. Có thể yếu tố môi trường đóng vai trò quan trọng, đòi hỏi nhiều nghiên cứu cơ bản hơn nữa.

Các phương pháp điều trị UTBQ rất đa dạng và phong phú, kể cả các trị liệu y học dân tộc với nhiều vị thuốc từ cây cỏ và các chất liệu khác. Tây y có cách kết hợp bơm BCG hoặc hoá chất tại chỗ sau khi mổ lấy u để phòng ngừa tái phát. Có tác giả đề xuất liệu pháp gien, có thể có triển vọng trong tương lai. Dù sao chúng tôi cho rằng phẫu thuật vẫn là phương pháp chủ yếu cho UTBQ. Với những ca đến sớm, u đơn độc, nhỏ dưới 4 cm, không hoặc ít chảy máu, thể trạng tốt, thì nên bắt đầu bằng mổ nội soi cắt đốt khối u; nếu có khó khăn hoặc xét khả năng khối u đã xâm lấn sâu vào lớp cơ thì nên mổ hở để kiểm tra cho thật chắc chắn và xử lý kịp thời. Cũng cần nghiên cứu mổ nội soi cắt bàng quang kể cả cắt bỏ toàn bộ và tạo hình bàng quang thay thế.

Bệnh tái phát vẫn còn cao, cho nên hướng phần đầu tới là triển khai bơm mitomycin C hoặc hoá chất khác sau mổ lấy u.

## KẾT LUẬN

Xã hội phát triển, môi trường ngày càng ô nhiễm, nguy cơ gia tăng các bệnh ung thư, trong đó có UTBQ. Đồng thời cũng ngày càng có nhiều phương pháp và kỹ thuật mới để chữa trị. Do đó, số bệnh nhân được chẩn đoán sớm gia tăng. Mặc dù vậy, điều quan trọng bây giờ là phải nâng cao ý thức phòng bệnh cho mọi người, nhằm hạn chế tối đa số người mắc bệnh cũng như sớm phát hiện bệnh để có thể chữa tận gốc khi mới chớm bị bệnh. Chúng tôi hy vọng trong tương lai không xa sẽ được trang bị nhiều phương tiện kỹ thuật hiện đại để góp phần phát hiện và xử trí bệnh mới chớm xuất hiện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gary David Steinberg Bladder Cancer: Treatment & Medication. Urology, Department of Surgery, The University of Chicago Cancer Research Center e-Medicine: Updated: Jul 27, 2009
2. Vale CL, et al. (2003). Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: A systemic review and meta-analysis. *Lancet*, 361 (9373): 1927-1934
3. Shipley WU, et al. (2005). Cancer of the bladder, ureter, and renal pelvis. In VT DeVita Jr et al., eds., *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 7th ed., pp. 1168-1185. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
4. Jiminez VK, Marshall FF (2002). Surgery of bladder cancer. In PC Walsh et al., eds., *Campbell's Urology*, 8th ed., vol. 4, chap. 79, pp. 2819-2844. Philadelphia: W.B. Saunders.
5. Sauter G, Algaba F, Amin M, et al. Tumours of the urinary system: non-invasive urothelial neoplasias. In: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn I, eds. *WHO classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs*. Lyon: IARC Press; 2004.
6. MacLennan GT, Kirkali Z, Cheng L. Histologic grading of noninvasive papillary urothelial neoplasms. *Eur Urol*. 2007;57:889-897.
7. Leslie Moffat .- Radical cystectomy and ileal conduit for invasive bladder tumour *J.R.Coll.Surg.Edinb.*, 44, December 1999, 379-85
8. Irani J, Bernardini S, Bonnal JL, et al. Tumeurs urothéliales: recommandations du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie. *Prog Urol* 2004;14:959-96. Leuret T, Hervé JM, Yonneau L, et al.
9. Leuret T, Hervé JM, Yonneau L, et al. Étude de la survie après cystectomie pour cancer de vessie. propos de 504 cas. *Prog Urol* 2000;10:553-60.
10. B. Diao<sup>a</sup>, T. Amath<sup>a</sup>, B. Fall<sup>a</sup>, P.A. Fall<sup>a</sup>, M.J. Diomè<sup>b</sup>, N.N. Steevy<sup>a</sup>, A.K. Ndoeye<sup>a</sup>, M. Ba<sup>a</sup>, V. Mendes<sup>b</sup>, B.A. Diagne<sup>a</sup> Les cancers de vessie au Sénégal : particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques. *Prog Urol*, 2008, 18, 7, 445-448
11. M. Droller: Le cancer de la vessie: du passé au future. *Revue Médical Suisse*, no 90. 06-12-2006.