

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BÀNG QUANG TỪ ĐOẠN HỒI TRÀNG THEO PHƯƠNG PHÁP STUDER CẢI TIẾN: KINH NGHIỆM 13 TRƯỜNG HỢP

*Trần Ngọc Khánh**

*Phạm Ngọc Hùng**

*Lê Anh Tuấn***

*Trần Văn Hình** và CS*

TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt bàng quang (BQ) và tạo hình BQ từ quai ruột điều trị ung thư BQ xâm lấn được thực hiện tại Bệnh viện TW Huế từ năm 2003. Sau nhiều năm thực hiện theo kỹ thuật Studer, từ 1 - 2007 chúng tôi đã cải tiến kỹ thuật này và áp dụng cho 13 bệnh nhân (BN) đầu tiên thu được kết quả khả quan: rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm mất máu, giảm chi phí phẫu thuật, giảm biến chứng sau mổ. Từ đó có thể mở rộng chỉ định cắt và tạo hình BQ cho BN lớn tuổi, có bệnh lý khác kèm theo.

* Từ khoá: Tạo hình bàng quang; Phương pháp Studer cải tiến.

BLADDER RECONSTRUCTION FOLLOWING MODIFIED STUDER PROCEDURE ON TREATMENT OF INVASIVE BLADDER CANCER: EXPERIENCE IN 13 CASES

Tran Ngoc Khanh

Pham Ngoc Hung

Le Anh Tuan

Tran Van Hinh et al

SUMMARY

The authors evaluated the results of simple cystectomy and reconstruction by ileal loop following Studer modified on treatment of 13 cases of invasive bladder cancer from 1 - 2007 in Hue Central Hospital.

The author presented many modifications in technique with good results: the average time of operation reduced (234 ± 22 minutes), the blood transfusion normally only need 1 unit (250 ml), reduce expenditure of treatment. No severe operative complication have been noted. Simple technique can be performed extendely for the older patients, patients with other diseases.

* Key words: Bladder reconstruction; Modified Studer procedure.

* Bệnh viện TW Huế

** Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đặng Ngọc Hùng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt BQ và sử dụng quai ruột để tạo hình BQ mới trong điều trị ung thư BQ đã được nhiều nơi trên thế giới thực hiện. Từ những năm đầu thế kỷ 20, có nhiều phương pháp khác nhau để tạo hình BQ như của Camey, Studer, Hautmann, Koch... [7]. Trong nước, Bệnh viện Bình Dân sử dụng chủ yếu kỹ thuật Camey, một số bệnh viện khác dùng kỹ thuật Studer... Từ năm 2003, Bệnh viện TW Huế sử dụng kỹ thuật cắt BQ để lại một phần tiền liệt tuyến (TLT) và sau đó dùng đoạn hồi tràng tạo hình BQ theo phương pháp Studer với gần 30 trường hợp đã thu được kết quả đáng khích lệ. Hơn 1 năm trở lại đây, từ hai kỹ thuật nguyên bản Studer và Hautmann, chúng tôi cải tiến tạo hình BQ theo kinh nghiệm riêng của bệnh viện với 13 trường hợp đầu tiên đạt kết quả tốt, rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm tỷ lệ biến chứng rò nước tiểu sau mổ, giảm chi phí phẫu thuật và thời gian điều trị... Bài viết này báo cáo những kinh nghiệm ban đầu qua điều trị bằng phương pháp cải tiến này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

13 BN nam ung thư BQ xâm lấn, chưa có di căn hạch được phẫu thuật cắt BQ và tạo hình BQ theo kỹ thuật Studer cải tiến tại Bệnh viện TW Huế từ 1 - 2007 đến 3 - 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu.

2.1. Kỹ thuật mổ:

Phẫu thuật gồm hai thì chính:

* *Cắt bỏ BQ:*

- Rạch da đường giữa dưới rốn hoặc vòng qua rốn 3 - 4 cm.

- Bộc lộ khoang Retzius, các khoang bên phải và trái cạnh BQ, đi dần đến bó mạch chậu, nạo vét hạch chậu hai bên và làm xét

NGHIỆM GIẢI PHẪU BỆNH TỨC THỜI. Nếu kết quả âm tính tiến hành cắt BQ.

- Bộc lộ và cắt niệu quản đến sát tận BQ, mổ cắt niệu quản có kết quả giải phẫu bệnh tức thời âm tính.

- Bóc tách mặt sau BQ, mở cân Denonvilliers và dễ dàng bóc tách theo mặt sau túi tinh đến tận cổ BQ.

- Cắt lần lượt hai cánh của BQ (có chứa các mạch nuôi BQ), đến tận cổ BQ - TLT. Khâu cầm máu với chỉ vicryl 1.0.

- Khâu cầm máu chủ động đám rối tĩnh mạch trước BQ. Cắt ngang TLT dưới cổ BQ từ 0,5 - 1 cm. Khoét bỏ nhân TLT nếu thấy TLT lớn. Mổ cắt vùng cổ BQ có xét nghiệm giải phẫu bệnh tức thời âm tính.

* *Tạo hình BQ:*

- Chuẩn bị đoạn ruột non có chiều dài khoảng 60 - 70 cm, cách góc hồi manh tràng 15 - 20 cm. Phần ruột còn lại được tái lập lưu thông theo kiểu nối tận-tận.

- Đầu xa đoạn ruột đã chọn để tạo hình được xẻ dọc khoảng 50 cm, để lại đầu gần khoảng 10 cm để cắm hai niệu quản theo kiểu chống trào ngược của Studer.

- Phần ruột được chọn đã xẻ dọc, khâu gấp thành 4 phần đều nhau như kiểu cắt và gấp của Hautmann. Sau đó dùng chỉ vicryl 2.0 nối phần thấp nhất của quai ruột đã gấp này vào niệu đạo TLT bằng mũi khâu vắt. Thông thường, chúng tôi dùng 2 sợi chỉ vicryl bắt đầu khâu ở vị trí 6 giờ về hai hướng thuận và ngược chiều kim đồng hồ để cùng kết thúc ở vị trí 12 giờ. Để lại một phần TLT nên mổ cắt niệu đạo TLT đủ dài và rộng để thao tác mà không gặp khó khăn nào.

- Cắm hai niệu quản vào đầu gần ở đoạn ruột 10 cm đã chừa lại không xẻ dọc, đặt thông nòng niệu quản xuyên qua thành BQ mới và đưa ra ngoài qua da. Dẫn lưu BQ bằng sonde Pezzer. Đặt ống thông tiểu. Dẫn lưu ổ mổ.

* *Săn sóc hậu phẫu:*

- Hậu phẫu ngày thứ ba, bơm rửa BQ với nước muối sinh lý (300 - 500 ml/lần), lấy sạch chất nhầy của ruột tiết ra để tránh tắc sonde làm căng BQ gây rò, vỡ BQ. Rút sonde niệu quản vào ngày thứ 12 sau mổ, sonde niệu đạo khoảng 8 ngày sau mổ và sonde Pezzer rút sau mổ 14 ngày.

- Xử lý số liệu bằng các phép toán thống kê y học thông thường.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả chung.

Tuổi trung bình của BN: $64,2 \pm 8$ (nhỏ nhất: 54 tuổi, lớn nhất: 85 tuổi).

Số ngày điều trị trung bình: $29,07 \pm 6,06$ (ngắn nhất 19 ngày, dài nhất 40 ngày).

Số ngày điều trị trước mổ: $6,2 \pm 1,8$ (ngắn nhất: 4 ngày, dài nhất: 10 ngày).

Sau mổ: $22,8 \pm 6,02$ (ngắn nhất: 15 ngày, dài nhất: 35 ngày).

2. Kết quả phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật trung bình: 234 phút \pm 22 phút (ngắn nhất: 195 phút, dài nhất 270 phút), trong đó thời gian cắt BQ: 92 ± 14 phút, tạo hình BQ: 142 ± 18 phút.

Lượng máu mất trong mổ: 300 ml.

Máu truyền trong mổ trung bình 1 đơn vị (250 ml)/BN.

Thể tích BQ đo ngay trong mổ: trung bình 150 ml.

3. Kết quả sớm sau mổ.

Tốc độ dòng tiểu trung bình: $8 \pm 1,5$ ml/s giây.

Thể tích cặn BQ: $75,5 \pm 8,5$ ml.

4. Các biến chứng sớm sau mổ.

Tắc ruột: rò nước tiểu qua chân dẫn lưu BQ: 2 trường hợp, đặt lại sonde tiểu sau đó đường rò tự liền. Nhiễm trùng vết mổ: 1 BN. Tiểu không tự chủ ban đêm: 7 BN.

5. Kết quả tái khám.

10 BN tái khám sau mổ, sớm nhất sau 3 tháng, muộn nhất sau 1 năm.

Bảng 1: Thể tích BQ mới sau mổ.

THỂ TÍCH (ml) \ BN	SAU 3 THÁNG (n)	SAU 6 THÁNG (n)	SAU 12 THÁNG (n)
≤ 150 ml	0		
150 - 300 ml	6		
≥ 300 ml	1	2	1
Tổng	7	2	1

- Thể tích nước tiểu tồn đọng sau đi tiểu ở nhóm BN tái khám: trung bình $58,5 \pm 26,02$ ml, nhiều nhất 100 ml, ít nhất 15 ml.

- 2 BN (15,3%) ban ngày thỉnh thoảng tiểu không tự chủ, 5 BN ban đêm thỉnh thoảng tiểu không tự chủ. Không có BN nào són tiểu liên tục.

BÀN LUẬN

1. Cắt BQ để lại TLT.

Kỹ thuật cắt BQ để lại một phần TLT được thực hiện đầu tiên ở Viện Montsouris năm 1992, chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật này cho tất cả BN từ năm 2003 [2, 6].

Tiêu chuẩn lựa chọn là không ung thư TLT và kết quả giải phẫu bệnh tức thời của môm cắt âm tính. Kỹ thuật này rút ngắn thời gian mổ, giảm mất máu, bảo tồn cơ thắt ngoài và một phần đoạn niệu đạo TLT, tạo thuận lợi cho khâu nối BQ mới vào vỏ TLT dễ dàng. Miệng nối rộng và không có trường hợp nào bị hẹp miệng nối sau mổ. Theo Vallancien, với kỹ thuật bảo tồn vỏ TLT, tiểu tự chủ ban ngày 97%, ban đêm 95% [6].

2. Tạo hình BQ mới theo phương pháp Studer cải tiến.

Trong phương pháp tạo hình BQ này chỉ sử dụng một phần nhỏ của kỹ thuật Studer ở đoạn ống ruột dài 10 cm, còn lại để cắm hai niệu quản, kỹ thuật này đơn giản, đoạn hồi tràng để nguyên nằm khá cao để cắm hai niệu quản. Tác dụng chống trào ngược của đoạn ruột này cũng khá tốt [4].

Đoạn ruột được xẻ dọc để tạo hình BQ mới khâu gấp làm 4 phần bằng nhau như

chữ W, gần giống như kỹ thuật của Hautmann [7]. Do mỏm cắt niệu đạo đi ngang qua TLT khá rộng, nằm cao nên chúng tôi mạnh dạn sử dụng miệng nối trực tiếp từ phần thấp nhất của quai ruột vào mỏm cắt TLT bằng mũi chỉ khâu vắt vicryl 2.0. Với kỹ thuật này không cần nối BQ vào niệu đạo bằng các mũi chỉ rời theo kiểu “thả dù”, làm giảm đáng kể thời gian phẫu thuật (từ 5 - 8 giờ xuống 3 giờ 30 phút đến 4 giờ) cho mỗi trường hợp (234 phút \pm 22 phút). Từ đó làm giảm chi phí cuộc mổ, BN mau hồi phục sau mổ.

Do thời gian mổ ngắn nên phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, từ đó đã mạnh dạn mở rộng chỉ định cho BN lớn tuổi, có bệnh lý mạn tính kèm theo như đái tháo đường... Tuổi trung bình của 13 trường hợp đầu tiên áp dụng kỹ thuật cải tiến là $64,2 \pm 8$, lớn tuổi nhất là 85 tuổi, có bệnh lý đái tháo đường tít 1.

Do miệng nối niệu đạo BQ được thực hiện bằng kỹ thuật khâu vắt nên không gặp trường hợp nào rò từ miệng nối, trong khi kỹ thuật nối mũi rời gặp 5 trường hợp rò [2].

Sau phẫu thuật, BQ có hình dạng tròn đều, sau 3 tháng đều có thể tích từ 150 - 300 ml và sau 6 tháng 3 BN tái khám đều có thể tích > 300 ml. Thể tích cặn BQ cũng ở mức chấp nhận, trung bình $58,5 \pm 26,02$ ml.

Một số biến chứng sớm như nhiễm trùng vết mổ (1 BN) điều trị bằng thay băng, dùng kháng sinh, bệnh ổn định. Tiểu không tự chủ ban đêm (7 BN) do thời gian đầu BQ chưa thích nghi... 1 BN có biến chứng tắc ruột sớm vào ngày thứ 4 sau mổ, phải mổ lại và do súc ruột không sạch, còn nhiều phân cứng đóng khuôn trong đại tràng sigma và đại tràng xuống, lấy sạch phân qua đường hậu môn, BN ổn định ra viện sau 20 ngày.

Nói chung, sau phẫu thuật do BN cần có thời gian để thích nghi với BQ mới nên kết quả đo tốc độ dòng tiểu không cao (trung

bình $8 \pm 1,5$ ml/giây). Sau 6 tháng BN mới có thích nghi tốt nhất với BQ mới.

KẾT LUẬN

Cắt BQ để lại một phần TLT kết hợp với tạo hình BQ từ đoạn hồi tràng theo phương pháp Studer cải tiến giảm đáng kể thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ, giảm biến chứng rò sau mổ, giảm chi phí điều trị. BQ mới có hình dạng tròn đều, dung tích lớn và thể tích cặn BQ thấp.

Kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, có thể mở rộng chỉ định cho cả những BN cao tuổi, có bệnh lý khác kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Quang Ánh, Vũ Văn Ty. Tạo hình BQ bằng ruột. Y học Việt Nam. Chuyên đề tiết niệu thận học. số 8 - 2005, tr.756-763.
2. Hoàng Văn Tùng, Trần Ngọc Khánh. Cắt BQ giữ lại TLT và tạo hình BQ mới bằng đoạn hồi tràng theo Studer. Y học thực hành. 2007, 586, tr.61-65.
3. Nguyễn Ngọc Hiền. Một nhận xét qua 13 ca tạo hình BQ theo phương pháp Camey. Y học Việt Nam. 2001, 4, tr.196-205.
4. Studer U., Casanova G., Mottaza A. Vessie de substitution construite au moyen de l'ileon replié. Rapport à la Société Belge d'Urologie 25-26. 1991, Mai, pp.263-282.
5. Sebe P., Traxer O., Cussenot O. Cystectomie avec conservation prostatique dans le traitement des tumeurs de vessie: bases anatomiques, techniques chirurgicales, indications et resultants. Progrès en Urologie. 2003, 13, pp.1279-1285.
6. Vallacien G., Guilloneau B. Cystectomy with prostate sparing in bladder cancer, 100 patients, 10 years experience. J Urol. 168, pp.69-53.
7. Zerbib M., Bouchot O. Les traitements des tumeurs infiltrantes de vessie. Rapport du Congrès 2002 de AFU. Progrès en Urologie. 2002, pp.833-840.

