

## ỨNG DỤNG NỘI SOI CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP TRONG PHÁT HIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG TẠI BỆNH VIỆN K

TRẦN VĂN THUẬN

### TÓM TẮT

*Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp tiến cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, và kết quả cắt u qua nội soi trong điều trị ung thư bàng quang nông.*

*Kết quả cho thấy bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, nhóm tuổi hay gặp từ 50 – 70 tuổi, dấu hiệu lâm sàng điển hình là đái máu. Phát hiện bệnh chủ yếu dựa vào siêu âm và soi bàng quang, với thể u nhú dạng có cuống và u đơn độc chiếm đa số, kích thước u đa số < 3cm, vị trí hay gặp nhất là ở 2 thành bên. Phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo là phương pháp có thể triển khai có hiệu quả, thời gian mổ và thời gian hậu phẫu ngắn và tương đối an toàn.*

**Từ khóa:** Nội soi, ung thư bàng quang nông.

### SUMMARY

*A study has been conducted by the method of cross-sectional survey so as to describe some clinical symptoms and results of removing the tumor by means of ultrasound in treatment of hollow cancer of vesica urinaria.*

*Results indicated that male patients were higher than female ones. Group of age who suffer such disease most is 50-70 years old. Typical clinic symptom is haematuria. It is detected mainly by ultrasound and vesica urinaria endoscopy in which stem-shaped papilloma and single tumor overwhelm. Most of tumor is less than 3cm. They are often seen on two sides. Ultrasonic surgery to remove the tumor via urethra may be performed effectively with short time and relative safety of operation and postoperation.*

**Keywords:** *Ultrasound, hollow cancer of vesica urinaria.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là loại ung thư hay gặp của hệ tiết niệu, xếp thứ 2 sau ung thư tiền liệt tuyến. Tại Việt Nam, UTBQ chiếm khoảng 2% trong tổng số các loại ung thư. Trong UTBQ, loại ung thư tế

bào chuyển tiếp là loại hay gặp nhất. Nếu được phát hiện sớm thì việc điều trị đơn giản và tiên lượng tốt. Hiện nay việc chẩn đoán UTBQ chủ yếu dựa vào siêu âm và nội soi bàng quang, trong đó nội soi bàng quang cho phép đánh giá khối u trong bàng quang và sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học. Ngoài ra với những khối u bàng quang nông thì được phẫu thuật cắt u nội soi qua niệu đạo (TUR), đây là phương pháp hiệu quả, ít biến chứng và bảo tồn chức năng bàng quang. Tại Bệnh viện K cùng với việc phát triển nội soi trong chẩn đoán, can thiệp các bệnh ung thư TUR cũng bắt đầu được ứng dụng trong chẩn đoán và điều trị UTBQ nông. Chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm các mục tiêu sau: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và sinh thiết qua nội soi của ung thư bàng quang nông; Đánh giá kết quả bước đầu điều trị ung thư bàng quang nông bằng cắt u qua nội soi.

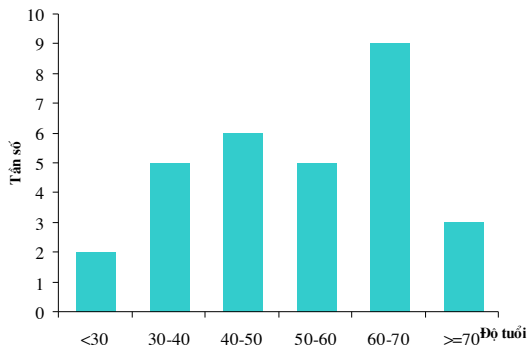
### PHƯƠNG PHÁP

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp tiến cứu với đối tượng là bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư bàng quang dựa vào lâm sàng, siêu âm, nội soi bàng quang và mô bệnh học qua nội soi sinh thiết đang được điều trị tại Bệnh viện K. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2007 đến tháng 6/2008, với cỡ mẫu là 30 bệnh nhân được lựa chọn tham gia nghiên cứu.

Các đối tượng nghiên cứu được hỏi khai thác bệnh sử, tiền sử khám phát hiện triệu chứng lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Tiến hành nội soi bàng quang, sinh thiết làm giải phẫu bệnh, bệnh phẩm được xét nghiệm mô bệnh học.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

Phân bố bệnh nhân theo giới: Nam giới 16/30 (53,3%); Nữ: 14/30 (46,7%).

Tuổi mắc bệnh trung bình  $53 \pm 15,6$  trong đó tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất là 74 tuổi. Nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất từ 50 đến 70 tuổi chiếm 46,7%.

Bảng 1: Tình trạng bệnh, lý do vào viện và kết quả sinh thiết qua nội soi

Nội dung		n = 30	Tỷ lệ %
Tình trạng bệnh	U lần đầu	26	86,7
	U tái phát	4	13,3
Lý do vào viện	Đái máu	24	80,0
	Khám định kỳ và tình cờ	6	20,0
Mô bệnh học qua ST nội soi	U nhú biểu mô chuyển tiếp	10	33,4%
	Ung thư tế bào chuyển tiếp	19	63,3%
	Ung thư biểu mô tuyến	1	3,3%

Đái ra máu là triệu chứng điển hình chiếm tỷ lệ cao 24/30 (80%), chỉ có 4 trường hợp do khám định kỳ hoặc tình cờ phát hiện thấy u. Đa số bệnh nhân được phát hiện u lần đầu (86,7%) số còn lại là u tái phát 13,3%. Có 33,4% trường hợp sinh thiết qua nội soi cho kết quả âm tính

**Bảng 2. Kết quả về đặc điểm hình ảnh nội soi**

Nội dung		n = 30	Tỷ lệ %
Hình ảnh đại thể	Thể u nhú	21	70%
	Thể u đặc	7	23,3%
	Thể ung thư tại chỗ	2	6,7%
Hình dạng u	Có cuống	23	76,7%
	Không cuống	7	23,3%
Số lượng u	1	25	83,3%
	$\geq 2$	5	16,7%

Bảng 2 cho thấy: Đa số u bàng quang ở thể u nhú chiếm 70%. Phần lớn u bàng quang có cuống chiếm 76,7%. Số bệnh nhân có 1 u đơn độc chiếm đa số với 25/30 trường hợp, chiếm 83,3%. Chỉ có 16,7% có từ 2 đến nhiều u.

**Bảng 3: Đặc điểm u qua hình ảnh nội soi**

Nội dung		n = 30	Tỷ lệ %
Kích thước u	< 2cm	5	16,7%
	Từ 2 – 3cm	16	53,3%
	> 3 cm	9	30,0%

Vị trí u	Vùng cổ bàng quang	3	10%
	Tam giác bàng quang	1	3,3%
	Hai thành bên	17	56,7%
	Mặt sau	6	20,0%
	Rải rác trong bàng quang	3	10,0%
Mô bệnh học	Ung thư tế bào chuyển tiếp	29	96,7%
	Ung thư biểu mô tuyến	1	3,3%

Số bệnh nhân ung thư bàng quang nông có kích thước  $\leq 3$ cm chiếm đa số với 21/30 trường hợp chiếm 70%. Số bệnh nhân có kích thước u  $> 3$ cm thường là u có chân hoặc chân hẹp. Kích thước u trung bình:  $2,75 \pm 1,15$ cm, nhỏ nhất là 0,5cm, lớn nhất 5cm. Vị trí u bàng quang nông gặp nhiều nhất là ở 2 thành bên 17/30 trường hợp chiếm 56,7%, chỉ 3 trường hợp (10%) nhiều u rải rác trong bàng quang.

### Kết quả điều trị

30/30 bệnh nhân được chỉ định cắt u nội soi qua nội đạo.

Phương pháp vô cảm: Tê tuỷ sống 30/30 (100%) bệnh nhân.

Thời gian tiến hành trung bình  $38 \pm 13,4$  phút.

Thời gian nằm viện trung bình  $4,2 \pm 2,1$  ngày.

Biến chứng: 1/30 trường hợp chảy máu do không cắt hết u, trường hợp này u lớn nằm ở vị trí góc khuất của cổ bàng quang, 1/30 trường hợp chuyển mổ mở dẫn lưu bàng quang do tổn thương niệu đạo sau khi cắt u và 1/30 trường hợp thủng bàng quang phải chuyển mổ mở.

### BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là  $53 \pm 15,6$ , nhóm tuổi từ 50 – 70 có tỷ lệ mắc cao nhất 46,7%. Trong nghiên cứu này tuổi mắc bệnh của bệnh nhân trẻ hơn so với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Vũ Văn Lại (2007) tuổi mắc bệnh là 56,68 tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn Kỳ (1991) là 57 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam 53,3% cao hơn nữ giới 46,7%. Theo Nguyễn Trường Thành tỷ lệ nam/nữ là 4/1. Các nghiên cứu tại Pháp và Mỹ là 3/1. Như vậy tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu này không cao có thể do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Đa số bệnh nhân được phát hiện u lần đầu 86,7%, chỉ có 13,3% là u tái phát. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Lại là 29,2%, nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức 51,75% có thể do chúng tôi mới áp dụng TUR.

Triệu chứng lâm sàng điển hình là đái máu chiếm 80%, cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Trường Thành 91% và Nguyễn Kỳ 96%, bệnh nhân thường xuất hiện đái máu đột ngột, không đau, đái máu đỏ tươi có thể lẫn máu cục.

Về hình ảnh u bàng quang qua nội soi chúng tôi thường gặp nhất là thể u nhú chiếm 70%, thể u đặc chiếm 23,3% và thể ung thư tại chỗ chiếm 6,7%. Hình dạng u hay gặp nhất là thể có cuống với 76,7% và chỉ có 23,3% ở thể không cuống. Đa số bệnh nhân được xác định bằng siêu âm và soi bàng quang có 1 u đơn độc chiếm 83,3% cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Văn Lại 57,44%. Chỉ có 16,7% có 2 đến nhiều u. Kích

thước u trung bình  $2,75 \pm 1,15$ cm, nhỏ nhất 0,5cm, lớn nhất 5cm.

Kết quả điều trị ung thư bàng quang nông với thời gian mổ trung bình là  $38 \pm 13,4$  phút, thời gian nằm viện trung bình  $4,2 \pm 2,1$  ngày. Phẫu thuật nội soi vừa rút ngắn được thời gian điều trị và tương đối an toàn trong điều trị, chỉ gặp 1/30 trường hợp chảy máu do không cắt hết u, trường hợp này u lớn nằm ở vị trí góc khuất của ổ bàng quang, 1/30 trường hợp chuyển mổ dẫn lưu bàng quang do tổn thương niệu đạo sau khi cắt u và 1/30 trường hợp thủng bàng quang phải chuyển mổ mở.

#### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu ứng dụng nội soi chẩn đoán và can thiệp trên 30 ca ung thư bàng quang nông cho thấy:

Bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, nhóm tuổi hay gặp từ 50 – 70 tuổi, dấu hiệu lâm sàng điển hình là đái máu.

Phát hiện bệnh chủ yếu dựa vào siêu âm và soi bàng quang, với thể u nhú dạng có cuống và u đơn độc chiếm đa số, kích thước u đa số < 3cm, vị trí hay gặp nhất là ở 2 thành bên.

Thể mô bệnh học chủ yếu là ung thư tế bào chuyển tiếp chiếm 96,7%.

Phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo là phương pháp có thể triển khai có hiệu quả, thời gian mổ và thời gian hậu phẫu ngắn và tương đối an toàn.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Bá Đức (2007), “Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Phạm Duy Hiền và cộng sự (2006), “Phòng và phát hiện sớm bệnh ung thư”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Đỗ Xuân hợp (1997), “Giải phẫu bàng quang”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội: 285 – 287.
4. Nguyễn Kỳ (1995), “U bàng quang”, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học: 423 – 443.
5. Đỗ Trường Thành (2004), “Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư bàng quang tại bệnh viện Việt Đức trong 3 năm (2000-2002)”, Y học thực hành số 491:466 – 469.
6. Trần Văn Thuấn (2007), “Sàng lọc phát hiện sớm ung thư bàng quang”, Sàng lọc phát hiện sớm bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học: 103 – 106.
7. Cheng Chiwai, Peter Chen S.F, Chan L.W.et al (2005), “Twelve year follow up of a randomized prooective trial compaing bacillus Calmette-Guerin and epirubicin á ad juvant therapy in superficial bladder cancer”, Internationmal Jour of Uro, volume 12, issue 5: 449.
8. De Braud F. and Massimo Maffezzini (2012), “Bladder cancer”, Critical reviews in Oncology Hematology, volume 41, issue 1: 89 – 106.
9. Epstein J.I. (2003), “The new World Health Organization/International Society of Urological Pathology (WHO/ISUP) classification for Ta, T1 bladder tumour: is it an improvement? “Critical reviews in Oncology/Hematology, volume 47, issue 2: 83 – 89.