NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN IV ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K

VŨ XUÂN HUY - *Bệnh viện K*
LÊ THỊ KHÁNH TÂM - *Bệnh viện Hữu Nghị*

TÓM TẮT

Ung thư tuyến tiền liệt là ung thư thường gặp hàng thứ 2 sau UT phổi và là nguyên nhân tử vong thứ 6 ở nam giới. Tuổi trung bình là 69,1, tuổi hay gặp 70–79, lý do vào viện hay gặp nhất: hội chứng tắc nghẽn (84%), hội chứng kích thích (32%), đau xương do di căn (28%). 50% di căn xương. 22% bệnh nhân thiếu máu mãn tính. PSA trung bình 153,7ng/ml, PSA > 50ng/ml chiếm 68%. Tỷ lệ giai đoạn bệnh T4N0M0; TxN1M0 và TxNxM1 tương ứng là 20%, 20%, 60%. Kết luận: Đa phần bệnh nhân đến viện ở giai đoạn bệnh đã di căn. Điều này ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị cũng như chất lượng sống của bệnh nhân

SUMMARY

Prostate cancer is the second most frequently diagnosed cancer and is the sixth leading cause of cancer death in men with an estimated 254,000 deaths in 2007. Found out the characteristics of this disease help the doctors have appropriate treatment. Results: average age of prostate cancer is 69.1. The most common symtoms are weak or interrupted urine flow; inability to urinate or difficulty starting or stopping the urine flow (84%). The need to urinate frequently (32%). 50% of patients is suffered a pain from the metastasis. Average PSA is 153,7 ng/ml. Conclusion: most of patients has the symtoms of metastatic disease. That affects largely to the outcome of treatments and quality of their life.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt là ung thư thường gặp hàng thứ 2 sau UT phổi và là nguyên nhân tử vong thứ 6 ở nam giới [3]. Tỷ lệ mắc bệnh cao tại các nước Âu–Mỹ, các nước châu Á ít gặp hơn. Năm 2002, trên thế giới có khoảng 679.000 người mới mắc bệnh UT TTL, trong đó số tử vong là 221.000 người. Tỷ lệ mắc là 25,3/ 100.000 dân. Tỷ lệ tử vong là 8,1/ 100.000 dân. Tại Hoa Kỳ năm 2007 có khoảng 218.890 người mắc UT TTL, số bệnh nhân tử vong là 27.050 bệnh nhân [3]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh là 4,7/100.000 dân đứng thứ 9 trong các bệnh UT ở nam giới.

Tại Pháp, 30% số bệnh nhân UT TTL đến khám phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn, tại Việt Nam con số này lên tới trên 50%.

Tại Việt Nam các công trình nghiên cứu bệnh lý TTL chủ yếu về bệnh lý lành tính. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu sau:

1. Nhận xét 1 số đặc điểm về đối tượng.

2. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UT TTL giai đoạn IV được điều trị tại bệnh viện K từ năm 2005 đến năm 2011.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả những bệnh nhân UT TTL giai đoạn IV có kết quả MBH là UT biểu mô tuyến điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 8 năm 2011. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu cắt ngang có theo dõi dọc.

3. Các bước tiến hành: thu thập các thông tin về đối tượng, lâm sàng (TNM), cận lâm sàng (di căn xương, PSA)

4. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 16.0. So sánh giá trị trung bình của các biến định lượng giữa hai nhóm bằng test T, giữa nhiều nhóm bằng test ANOVA.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng.

- Tuổi mắc bệnh trung bình là 69,1±6,9 tuổi. Thấp nhất là 54 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Chủ yếu bệnh nhân trên 60 tuổi (88%), đỉnh cao ở nhóm tuổi 70–79 (54%). Nhóm dưới 60 tuổi chiếm 12%.

- Lý do vào viện hay gặp nhất là các dấu hiệu tắc nghẽn đường tiểu (bí tiểu, tiểu khó, tiểu phải rặn) chiếm tới 84%. Triệu chứng kích thích (tiểu nhiều lần về đêm, tiểu rắt) chiếm 32%. Đau xương: 28%. Có tới 6% khám vì liệt 2 chi dưới.

- Tiền sử bệnh lý phối hợp: có 40% bệnh nhân có bệnh phối hợp (20/50bn). Tỷ lệ BN mắc bệnh về tim mạch cao chiếm tới 28%. Bệnh đái tháo đường chiếm

tỷ lệ 8%, viêm xương khớp 2 %, 1 bệnh nhân (2%) tiền sử ngoại khoa thoát vị bẹn đã phải phẫu thuật.

2. Đặc điểm lâm sàng.

* Các triệu chứng lâm sàng:

- Mất ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất 92% (46/50 bn), sụt cân chiếm tỷ lệ 42% (21/50 bn)

- Hội chứng kích thích, hội chứng tắc nghẽn, đau xương lần lượt chiếm tỷ lệ là: 84% (42/50 bn), 32%(42/50 bn), và 14%

- Khám thực thể, tỷ lệ phát hiện hạch ngoại vi (hạch bẹn, hạch thượng đòn) là 14%. Phù 2 chi dưới là 6% và bệnh nhân có cầu bàng quang phải mở thông là 10%

- Tỷ lệ thiếu máu: 22% (11/50 bn), tăng Ca2+: 14%.

* Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Vị trí di căn xa hay gặp nhất là di căn xương có tới 25/ 50 bệnh nhân (50%), 3 bệnh nhân (6%) di căn gan, 2 bệnh nhân (4%) di căn phổi, 1 bệnh nhân (2%) di căn não và di căn CSTL chiếm tỷ lệ cao trong số vị trí xương di căn (88%).

+ Chức năng thận: Bệnh nhân đến khám với chức năng thận bình thường chiếm tỷ lệ 86%. Có 8% suy thận độ III và độ IV.

+ Nồng độ PSA huyết thanh:

Bảng: Nồng độ PSA huyết thanh bệnh nhân

Nồng độ PSA (ng/ml)	Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
< 10	4	8
10 – 20	5	10
20 – 50	7	14
50 – 100	11	22
>100	23	46
Σ	50	100%

PSA > 100 chiếm 46%. PSA thấp nhất và cao nhất tương ứng là 5.0 và 1356 ng/ml

+ Trọng lượng tuyến tiền liệt qua siêu âm: từ 30 – 60g chiếm 66%. TTL < 30g chỉ có 2%

+ Giai đoạn bệnh: Trong tổng số 50 bệnh nhân nghiên cứu có 10 bệnh nhân (20%) bệnh lý u xâm lấn rộng xung quanh (T4), 20% di căn hạch vùng (TxN1M0), còn lại 30 bệnh nhân (60%) di căn xa.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng.

- Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 69,1 cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 54 tuổi, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 70–79 tuổi (54%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước: Lê Ngọc Bằng (2005) tuổi trung bình là 71,6 tuổi, nhóm tuổi mắc nhiều nhất cũng từ 70-79 tuổi [2], Gabriel Lopez và Xavier (2004) tuổi mắc trung bình lần lượt là 72 và 72,5 tuổi.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc UT TTL tăng dần theo tuổi, lần lượt theo các nhóm tuổi là 50–59 (12%), 60–69 (32%), 70–79 (54%) Tương tự kết quả nghiên cứu của Albertsen (1996) thì tỷ lệ mắc UT theo tuổi lần lượt là 27%, 41% và 80% [6].

Tác giả Rigaud khuyến cáo nên tiến hành test sàng lọc cho nam giới tuổi từ 50–70 (kỳ vọng sống trên 10 năm) và nam giới tuổi > 45 và có các yếu tố nguy cơ như trong gia đình có trên 2 người cùng huyết thống gần bị UTTTL [10].

- Bệnh lý phối hợp: 28% bn tăng huyết áp phải điều trị thuốc thường xuyên, tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu THA của nam giới cao tuổi tại cộng đồng: Nguyễn Đăng Phải (2009) 30,3% [5], Nguyễn Đình Liên (2010) 33,7% [4]. 8% bệnh nhân bị tiểu đường. Trong đó phần lớn bị ĐTĐ type II là những bệnh thường gặp nam giới cao (> 40 tuổi). 2% bệnh lý viêm khớp phối hợp. 2% bệnh nhân tiền sử ngoại khoa bị thoát vị bẹn đã phẫu thuật.

2. Các triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng cơ năng biểu hiện phong phú. Phần lớn bệnh nhân đến khám với các triệu chứng, hội chứng: Hội chứng rối loạn tắc nghẽn, Hội chứng kích thích đường tiết niệu dưới gây tiểu rắt, tiểu nhiều về đêm là 32%. Kết quả nghiên cứu nghiên cứu này tương đương với tác giả Lê Ngọc Bằng, Nguyễn Đình Liên: Tiểu khó, bí tiểu là 86,8% và 90,4%. Tiểu rắt, tiểu nhiều về đêm là 34,6% và 32% [2], [4].

Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu (Hemoglobin <80g/l; hồng cầu <4,0 T/l) chiếm tỷ lệ 22%. Nguyên nhân do thiếu hụt các yếu tố vi lượng do ảnh hưởng thói quen sinh hoạt hàng ngày, mệt mỏi, chán ăn, ăn uống kém, suy kiệt, rối loạn tiêu hóa, rối loạn hấp thu, do bệnh lý phối hợp trên người già, cao tuổi (suy thận) hoặc do UT di căn xương ảnh hưởng tới chức năng tủy xương. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Liên (2010) là 14% [4]. Có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên những bệnh nhân được chẩn đoán UT TTL giai đoạn tiến triển.

50% bệnh nhân đến viện khi đã di căn xương. 22% di căn hạch ngoại vi. Theo Tremont và Lukats (2002) nghiên cứu trên 361 bệnh nhân UT TTL giai đoạn tiến triển cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân di căn xương chiếm 40%, di căn gan 10%, phổi 7% và não chỉ có 1% [9]. Đau do UT di căn xương (28%), đau xương là triệu chứng mơ hồ, cảm giác sâu của bệnh nhân, đau tại vị trí di căn thường âm ỉ liên tục, tăng khi vận động, giảm đau khi dùng thuốc. Đây là những triệu chứng làm giảm chất lượng sống cho bệnh nhân UT TTL rất nhiều do ảnh hưởng tới giấc ngủ (mất ngủ: 92%) và làm thay đổi tâm sinh lý bệnh nhân, bệnh nhân tới viện muộn do bệnh lý của TTL tiến triển chậm và liên quan nhiều về mặt xã hội: ý thức về bệnh tật và sức khỏe của chính người bệnh. Nhiều bệnh nhân dù có những triệu chứng bất thường nhưng chỉ khi có biểu hiện đau đớn mới đi khám. Bên cạnh đó còn phụ thuộc nhiều vào điều kiện kinh tế, hoàn cảnh gia đình của người bệnh và sự tuyên truyền giáo dục, hiểu biết về bệnh UT TTL trong cộng đồng.

3. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chức năng thận: 86% bệnh nhân có chức năng thận bình thường, có 4% bệnh nhân suy thận độ IV phải chạy thận nhân tạo định kỳ. Nguyên nhân chính gây suy thận là do UT TTL xâm lấn rộng hoặc do hạch di căn vùng tiểu khung chèn ép niệu quản gây ứ nước thận 2 bên.

- PSA huyết thanh: Nồng độ PSA thấp nhất là 5,4ng/ml, cao nhất là 1356 ng/ml. Trong đó PSA <10ng/ml chiếm tỷ lệ 8%, từ 10-50 chiếm 24%, >50 chiếm 68%. Nồng độ PSA trung bình của nhóm BN nghiên cứu rất cao (153,7 ng/ml). Điều này được lý giải là do BN đến khám muộn khi bệnh đã ở giai đoạn tiến

triển. Philip (2007) nghiên cứu 242 BN, nồng độ PSA trung bình là 150ng/ml; Edwards (2005) nghiên cứu trên 102 BN, nồng PSA trung bình là 185ng/ml [7].

Từ năm 1994 Cơ quan quản lý Thuốc và Thực Phẩm Hoa Kỳ đã khuyến cáo sử dụng PSA để phát hiện sớm UTTTL và mức PSA trên 4ng/ml là chỉ định cho sinh thiết tuyến tiền liệt.

Theo tác giả Mehra và Sah nghiên cứu khám nghiệm tử thi đối với những bệnh nhân UT TTL giai đoạn tiến triển đã tử vong, kiểm tra vi di căn bằng kính hiển vi cho thấy 50% bệnh nhân đều có hiện tượng vi di căn xa tại các tổ chức như: xương, gan, phổi [8].

- Trọng lượng TTL qua siêu âm dựa trên kết quả đo chiều dài, chiều cao, chiều dày của tuyến TTL qua siêu âm ổ bụng. Kết quả thu được cho thấy trọng lượng TTL chiếm tỷ lệ cao 66% ở mức từ 30–60g. Chỉ có 2% dưới 30g và 32% trên 60g. Kết quả chúng tôi cũng tương tự như tác giả Nguyễn Đình Liên (104 BN) < 30g tỷ lệ 5%, 30–60g chiếm 70% [4]. Trần Giang (100 BN) < 30g là 18,2%, 30–60g là 51,4%, > 60g là 30,4%.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân Ung thư TTL giai đoạn IV tại bệnh viện K từ 1/2005 – 8/2011 chúng tôi rút ra kết luận sau:

Tuổi trung bình là 69,1. Nhóm tuổi hay gặp nhất 70–79 tuổi.

Lý do vào viện hay gặp nhất: Hội chứng tắc nghẽn (84%), Hội chứng kích thích (32%), đau xương do di căn (28%). Trong số đó có 22% thiếu máu mãn tính.

40% bệnh nhân có bệnh phối hợp (20/50 bn). BN mắc bệnh về tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất: 28%

Di căn xa: Xương 50% (CSTL 88%, xương chậu 48%, xương sườn 44%. Hình ảnh di căn thể đặc xương trên XQ 68%); gan 6%, phổi 4% và não 2%.

PSA trung bình 153,7ng/ml, thấp nhất là 5,4ng/ml, cao nhất là 1356ng/ml. PSA < 10ng/ml chiếm 8%, PSA > 50ng/ml chiếm 68%., PSA của nhóm bệnh nhân di căn xương cao hơn hẳn so với nhóm không di căn xương với p = 0,01 (< 0,05).

86% bệnh nhân có chức năng thận bình thường

Trọng lượng tuyến tiền liệt qua siêu âm: từ 30 – 60g chiếm 66%.

Tỷ lệ giai đoạn bệnh T4N0M0; TxN1M0 và TxNxM1 tương ứng là 20%, 20%, 60%. Nồng độ PSA tăng dần theo mức độ di căn, p=0,003.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hoàng Anh và cs (1993), *"Ung thư trên người Hà Nội 1991-1992"*. Ung thư Hà Nội, Hội Y học Việt Nam; trang 308

2. Lê Ngọc Bằng (2005): "*Vai trò của sinh thiết kết hợp với PSA và siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt"* Đề tài thạc sĩ y học ngoại khoa [62].

3. Nguyễn Bá Đức và cs (2010); *"Dịch tễ học ung thư tại Việt Nam* "Hội thảo quốc gia phòng chống ung thư lần XV; trang 25

4. Nguyễn Đình Liên (2010): *"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm qua trực tràng trong xác định Ung thư Tuyến Tiền Liệt "*. Đề tài thác sĩ y học ngoại khoa.

5. Nguyễn Đăng Phải (2000): "*Điều tra tình hình bệnh THA và xây dựng mô hình chăm sóc – bảo vệ sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng".*

6. Alberto A. Antunes, Marcos F. Dall'oglio, Alexandre C (2005). *"Rognostic value of the percentage of positive fragements in biopsies from patients with localized prostate cancer".* Clinical Urology.International Braz J Urol.Official Journal of the Brazilian Society of Urology.Vol. 31(1)Pp. 34-41.

7. Edward M. Messing, M.D., Judith Manola, M.S, Micha (2007): *"Immediate Hormonal therapy compared with observation after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy in men with node – positve prostate cancer*" - The New England Journal of Medicine.

8. Shah RB, Mehra R, Chinnaiyan AM, et al.(2004): "*Androgen-independent prostate cancer is a heterogeneous group of diseases: lessons from a rapid autopsy program* ". Pp 64

9. Tremont-Lukats IW, Bobustuc G, Lagos GK, et al (2003): "*Brain metastasis from prostate carcinoma*" The M. D. Anderson Cancer Center experience. Pp 98.

10. Jerome Rigaund; Olivier Boucht (2003): *"Antigene specifique de la prostate et diagnostic des cancers prostatiques"*. La revue du praticien (31 decembre 2003,Tom 53, No 20, Pg 2229-2236).