

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Xuân Thái^{1,2}, Nguyễn Thái Hoàng¹, Thái Minh Sâm^{1,2}, Châu Quý Thuận², Thái Kinh Luân^{1,2},
Nguyễn Thành Tuấn^{1,2}, Phạm Đức Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc là điều trị tiêu chuẩn cho ung thư giai đoạn khu trú và kỳ vọng sống >10 năm. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, phẫu thuật (PT) cắt tuyến tiền liệt (TTL) tận gốc được thực hiện với nhiều phương pháp PT khác nhau. Chúng tôi báo cáo kết quả PT cắt TTL tận gốc tại bệnh viện Chợ Rẫy sau 10 năm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả những trường hợp (TH) PT cắt TTL tận gốc tại khoa Ngoại Tiết Niệu, bệnh viện Chợ Rẫy. Thời gian từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2020. Các biến số ghi nhận gồm: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), kích thước tuyến tiền liệt, kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) trước mổ, điểm số Gleason, giai đoạn ung thư. Kết quả phẫu thuật gồm thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian hậu phẫu, thời gian đặt ống dẫn lưu, thời gian lưu thông niệu đạo, các biến chứng trong và sau mổ, kết quả về mặt chức năng và ung thư học sau phẫu thuật.

Kết quả: Tất cả có 89 TH được PT cắt TTL tận gốc tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2011 – 12/2020 với giai đoạn từ T1b-T3b và điểm Gleason score 6-10. Tuổi trung bình $66,43 \pm 6,57$ (53-82). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình $22,9 \pm 2,8$ (16-32) kg/m². Kích thước tuyến tiền liệt trung bình $40,1 \pm 29,38$ (8-252) mL. Nồng độ PSA máu trung bình $32,8 \pm 29,6$ (1-143) mg/dL. Phương pháp PT có 17/89 TH (19,1%) PT qua ngả sau xương mu, 27/89 TH (30,3%) phẫu thuật nội soi (PTNS) và 45/89 TH (50,6%) PTNS có hỗ trợ robot, trong đó có 87,6% (78/89 TH) nạo hạch chậu tiêu chuẩn. Thời gian mổ trung bình $396,7 \pm 98,2$ (140-660) phút, lượng máu mất khoảng $433,7 \pm 469,5$ (50-3000) mL. Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật 7,9%, đều thuộc nhóm 0-1 theo phân loại Clavien. Giải phẫu bệnh sau PT giai đoạn T2 có 53 TH (59,5%), T3 có 33 TH (37,1%), T4 có 3 TH (3,4%), 10 TH giải phẫu bệnh sau phẫu thuật có hạch dương tính. Biên phẫu thuật dương tính chiếm 23,8% (19/80 TH). Có 69,9% (51/89 TH) đạt PSA cực tiểu $\leq 0,1$ ng/ml sau 8 tuần. Tỷ lệ tái phát sinh hóa là 39,2% (20/51 TH). Thời gian tái phát sinh hóa TB là $15,1 \pm 19,8$ (3-84) tháng. Tỷ lệ kiểm soát nước tiểu 81,5% (53/65 TH). Tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không tiến triển sau 5 năm lần lượt là 82,4% và 70,2%.

Kết luận: Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc là một phẫu thuật tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, bệnh nhân hồi phục tốt sau mổ, mang lại hiệu quả cao về mặt chức năng cũng như về kết quả ung thư học.

Từ khóa: phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc, ung thư tuyến tiền liệt, sống còn toàn bộ

ABSTRACT

RESULTS RADICAL PROSTATECTOMY AT CHO RAY HOSPITAL

Ngô Xuân Thái, Nguyễn Thái Hoàng, Thái Minh Sâm, Châu Quý Thuận, Thái Kinh Luân,
Nguyễn Thành Tuấn, Phạm Đức Minh

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 127-133

Objective: Radical prostatectomy is the standard surgical treatment for clinically localized prostate cancer. We report the results of radical prostatectomy at Cho Ray hospital after 10 years.

¹Bộ môn Tiết Niệu Học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Thái Hoàng ĐT: 0398481690

²Bệnh viện Chợ Rẫy
Email: thaihoangy12@gmail.com

Methods: All cases of prostate cancer underwent radical prostatectomy from January 2011 to December 2020 at Urology Department, Cho Ray hospital. Data elements included patient age, body mass index (BMI), prostate volume, prostate specific antigen (PSA) level, TNM stage, preoperative and postoperative Gleason score. Surgical outcomes consisted of operative time, estimated blood loss, complications, postoperative time, catheterization time, oncological results, continence rate, biochemistry recurrence rate, overall survival and progression-free survival rate after 5 years.

Results: Total of 89 patients with stage T1b to T3b prostatic cancer and Gleason score 6-10 underwent radical prostatectomy. Mean age 66.43 ± 6.57 (53-82) years, mean BMI 22.9 ± 2.8 (16-32). Mean prostate volume 40.1 ± 29.38 (8-252) mL, preoperative PSA level 32.8 ± 29.6 (1-143) mg/dL. Mean operating time was 396.7 ± 98.2 (140-660) minutes and estimated blood loss of 433.7 ± 469.5 (50-3000) mL. There were 17 case in open surgery group, 27 case in laproscopic surgery group and 45 case in robot surgery group. Pelvic lymph node dissection was performed in 78 patients (87.6%). Complication rate was 7.9%, all of complications belonged to Clavien class 0-I. Pathology stage: 53 cases T2 (59.5%), 33 cases T3 (37.1%), 3 case T4 (3.4%) and 10 cases had positive lympho nodes (11.2%). Nineteen cases (23.8%) had positive surgical margin. There was 69.9% (51/89 case) PSA ≤ 0.1 ng/ml after 8 weeks. Biochemical recurrence (BCR) rate was 39.2% with mean BCR time 15.1 ± 19.8 (3-84) months. Continence rate was 81.5% (53/65 cases). The 5-year overall survival rate and progression free survival was 82.4% and 70.2%, respectively.

Conclusions: Radical prostatectomy is safe and efficient procedure with promising results regarding not only functional outcomes but also oncologic outcomes.

Keywords: radical prostatectomy, prostate cancer, overall survival

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt (TTL) tận gốc vẫn là điều trị tiêu chuẩn nhằm điều trị triệt căn ung thư TTL giai đoạn khu trú với kỳ vọng sống lớn hơn 10 năm. Mổ mở cắt TTL được xem là tiêu chuẩn, trong khi phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt TTL vài năm gần đây đang trở thành xu hướng được chọn lựa, nhất là khi PTNS có hỗ trợ robot với nhiều lợi ích của phẫu thuật ít xâm hại⁽¹⁾.

Khoa Ngoại Tiết Niệu bệnh viện Chợ Rẫy đã triển khai phẫu thuật cắt TTL với nhiều phương pháp khác nhau. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, PTNS cắt TTL tận gốc được thực hiện đầu tiên từ năm 2004⁽²⁾, PTNS có hỗ trợ robot được thực hiện từ năm 2017 và đang trở thành phương pháp PT cắt TTL tận gốc phổ biến nhất hiện nay⁽³⁾. Nay chúng tôi báo cáo kết quả PT cắt TTL tận gốc tại bệnh viện Chợ Rẫy.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp (TH) được PT cắt TTL tận gốc tại khoa Ngoại Tiết Niệu bệnh viện Chợ Rẫy

từ tháng 1/2011 đến 12/2020.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt TH.

Biến số nghiên cứu

Các biến số ghi nhận gồm:

- Tuổi, BMI, thể tích tuyến tiền liệt, giá trị PSA trước mổ, điểm số ISUP trước và sau mổ, giai đoạn ung thư tuyến tiền liệt.

- Kết quả phẫu thuật gồm thời gian mổ, lượng máu mất, các biến chứng của phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, thời gian rút các ống thông, kết quả biên phẫu thuật, khả năng kiểm soát nước tiểu, tỷ lệ tái phát sinh hóa sau phẫu thuật, tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không tiến triển sau 5 năm.

Thu thập và xử lý số liệu

Đánh giá tình trạng kiểm soát nước tiểu bằng bảng điểm EPIC (Expanded Prostate Cancer Index Composite). BN sử dụng ≥ 1 tá trong ngày là có tình trạng tiểu không kiểm soát. Tái phát sinh hóa được xác định bằng theo dõi

giá trị PSA sau mổ. Định nghĩa tái phát sinh hóa là PSA $\geq 0,4$ ng/ml sau phẫu thuật và tiếp tục tăng. Tiến triển bao gồm tái phát tại chỗ và di căn xa. Các biến số được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0, khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số: 47/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 28/01/2021.

KẾT QUẢ

Mẫu nghiên cứu gồm 89 TH ung thư TTL được PT cắt TTL tận gốc. Tuổi trung bình $66,43 \pm 6,57$ (53-82), trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm 52,8%. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình $22,9 \pm 2,8$ (16-32) kg/m^2 . Kích thước TTL trung bình $40,1 \pm 29,38$ (8-252) mL dựa trên kích thước 3 chiều trên MRI. Nồng độ PSA máu trước mổ trung bình $32,8 \pm 29,6$ (1-143) ng/mL (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N=89)

Đặc điểm	TH (%) / $\bar{X} \pm SD$ (giá trị nhỏ nhất–lớn nhất)
Tuổi trung bình (năm)	$66,43 \pm 6,57$ (53-82)
BMI trung bình (kg/m^2)	$22,9 \pm 2,8$ (16-32)
Kích thước tuyến tiền liệt trung bình (ml)	$40,1 \pm 29,38$ (8-252)
Giá trị PSA (ng/ml)	$32,8 \pm 29,6$ (1-143)
Phân độ ISUP trước mổ n (%)	
ISUP 1	18 (21,2)
ISUP 2	19 (22,4)
ISUP 3	18 (21,2)
ISUP 4	12 (14,1)
ISUP 5	18 (21,2)
Giai đoạn trước mổ n (%)	
cT1b	1 (1,1)
cT1c	3 (3,4)
cT2a	14 (15,7)
cT2b	24 (27)
cT2c	22 (24,7)
cT3a	12 (13,5)
cT3b	13 (14,6)
cN0	87 (97,8)
cN1	2 (2,2)
Phân nhóm nguy cơ theo AUA 2020 n (%)	
Nguy cơ thấp	3 (3,4)
Nguy cơ trung bình	17 (19,1)

Đặc điểm	TH (%) / $\bar{X} \pm SD$ (giá trị nhỏ nhất–lớn nhất)
Nguy cơ cao	69 (77,5)
Phân độ ISUP sau mổ n (%)	
ISUP 1	13 (15,1)
ISUP 2	27 (31,4)
ISUP 3	21 (24,4)
ISUP 4	5 (5,8)
ISUP 5	20 (23,3)
Giai đoạn sau mổ n (%)	
pT2a	16 (18)
pT2b	19 (21,3)
pT2c	18 (20,2)
pT3a	11 (12,4)
pT3b	22 (24,7)
pT4	3 (3,4)
pN0	79 (88,8)
pN1	10 (11,2)

Giải phẫu bệnh sau sinh thiết và sau PT là carcinoma tuyến của TTL chiếm 98,9%, sarcoma sợi chiếm 1,1%. Các TH carcinoma tuyến TTL trong đó ISUP 1 có 18 TH, ISUP 2 có 19 TH, ISUP 3 có 18 TH, ISUP 4 có 12 TH và ISUP 5 có 18 TH. Giai đoạn trước mổ có 4 TH giai đoạn T1, 60 TH giai đoạn T2, 12 TH giai đoạn T3a và 13 TH giai đoạn T3b. Phân loại nguy cơ theo AUA 2020 có 3 TH nguy cơ thấp, 17 TH nguy cơ trung bình, 69 TH nguy cơ cao (Bảng 1).

Qua 10 năm, bệnh viện Chợ Rẫy đã sử dụng nhiều phương pháp PT cắt TTL tận gốc trong đó 19,1% PT qua ngả sau xương mu, 30,3% PTNS và 50,6% PTNS có hỗ trợ Robot. Thời gian mổ trung bình $396,7 \pm 98,2$ (140-660) phút, lượng máu mất trung bình $433,7 \pm 469,5$ (50-3000) mL, có 39 TH (43,8%) phải truyền máu trong mổ, lượng máu truyền trong mổ trung bình là $681,6 \pm 269,2$ (350-1400) mL. Có 03 TH tổn thương trực tràng, được khâu lại ngay trong mổ. Các trường hợp này được nuôi ăn tĩnh mạch trong 7 ngày, sau đó được rút dẫn lưu và xuất viện. Không có TH nào bị tổn thương mạch máu hay tổn thương thần kinh trong quá trình mổ (Bảng 2). Đặc điểm của từng phương pháp phẫu thuật được trình bày trong Bảng 3.

Thời gian (TG) nằm hậu phẫu trung bình $8,8 \pm 3,4$ (4-19) ngày. Thời gian đặt dẫn lưu bụng rút

$4,8 \pm 1,92$ (2-10) ngày, thời gian lưu thông niệu đạo $14,7 \pm 3,8$ (7-25) ngày. Có 4 TH (4,5%) rò bạch huyết sau mổ, đều được điều trị nội khoa. Không ghi nhận các biến chứng rò nước tiểu hay chảy máu sau mổ (Bảng 2).

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật (N=89)

Đặc điểm	Giá trị
Thời gian phẫu thuật (phút)	$396,7 \pm 98,2$ (140-660)
Lượng máu mất (ml)	$433,7 \pm 469,5$ (50-3000)
Truyền máu n (%)	39 (43,8)
Lượng máu truyền (ml)	$681,6 \pm 269,2$ (350-1400)
Tổn thương trực tràng n (%)	3 (3,4)
TG đặt dẫn lưu bụng (ngày)	$4,8 \pm 1,92$ (2-10)
TG lưu thông niệu đạo (ngày)	$14,7 \pm 3,8$ (7-25)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	$8,8 \pm 3,4$ (4-19)
Rò bạch huyết n (%)	4 (4,5)
Biến chứng khác sau PT n(%)	0 (0)

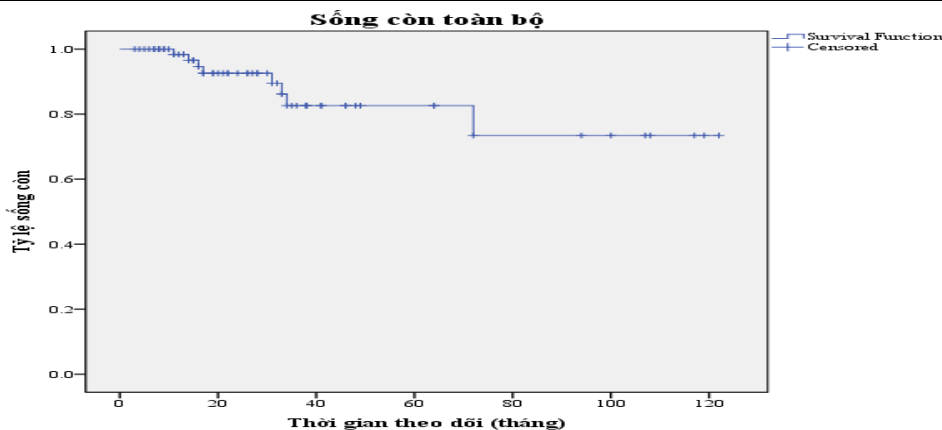
Trong mẫu nghiên cứu, giai phẫu bệnh sau mổ ghi nhận ISUP 1 có 13 TH, ISUP 2 có 27 TH, ISUP 3 có 21 TH, ISUP 4 có 5 TH và ISUP 5 có 20 TH. Trong đó điểm ISUP 2-3 chiếm đa số với 55,8%. Giai đoạn sau mổ có 53 TH giai đoạn pT2,

11 TH pT3a, 22 TH pT3b. Có 10 TH hạch sau phẫu thuật dương tính. Biên phẫu thuật móm niệu đạo dương tính chiếm 23,8% (19/89 TH). Biên phẫu thuật dương tính trong nhóm pT2, pT3, pT4 lần lượt 13%, 32,3% và 100%. Tỷ lệ kiểm soát nước tiểu 81,5% (53/89 TH).

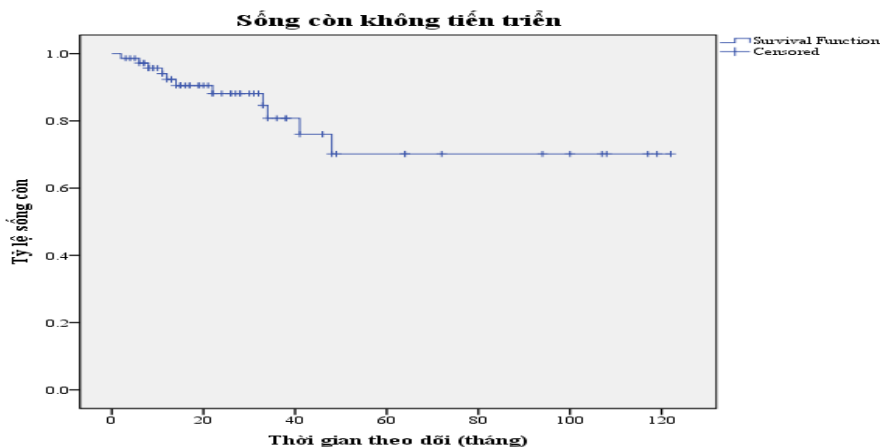
Theo dõi 89 TH trong mẫu nghiên cứu. Sau phẫu thuật, 51/89 TH (69,9%) PSA đạt giá trị cực tiểu $\leq 0,1$ ng/ml sau 8 tuần, 22/89 TH (30,1%) PSA $> 0,1$ ng/ml trong suốt thời gian theo dõi. Trong 22 TH PSA tăng dai dẳng này, giai đoạn sau mổ phần lớn thuộc nhóm nguy cơ cao: 14/22 TH pT3b, 2/22 pT4, 10/22 TH pN1, 8/22 TH có ISUP 4-5 và 9/22 TH có biên phẫu thuật dương tính. Trong quá trình theo dõi, 9/22 TH được xạ trị phối hợp nội tiết tố và 11/22 TH được điều trị nội tiết tố đơn thuần. Tỷ lệ tái phát sinh hóa là 39,2% (20/51 TH), thời gian tái phát sinh hóa TB là $15,1 \pm 19,8$ tháng (3-84) tháng. Tỷ lệ kiểm soát nước tiểu là 81,5% (53/65 TH). Chưa đánh giá kết quả rối loạn cương sau mổ.

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm	PT ngã sau xương mu	PTNS	PTNS có hỗ trợ Robot	Giá trị p
Số TH n (%)	17 (19,1)	27 (71,9)	45 (50,6)	
Thời gian phẫu thuật (phút)	$321,3 \pm 92,2$	$404,4 \pm 87,8$	$418,8 \pm 95$	0,002
Lượng máu mất (ml)	$667,7 \pm 662,6$	$396,3 \pm 381,5$	$367,8 \pm 410,8$	0,07
Truyền máu n (%)	13 (14,6)	12 (13,5)	14 (15,7)	0,04
Lượng máu truyền (ml)	$673,1 \pm 265,8$	$636,4 \pm 211,1$	$725 \pm 320,9$	0,72
Tổn thương trực tràng n (%)	1 (5,8)	1 (3,7)	1 (2,2)	0,72
Thời gian đặt dẫn lưu bụng (ngày)	$4,5 \pm 2,1$	$4,4 \pm 1,3$	$5,1 \pm 2,1$	0,376
Thời gian lưu thông niệu đạo (ngày)	$17,8 \pm 3,6$	$15,1 \pm 3,3$	$13,8 \pm 3,7$	0,004
Thời gian hậu phẫu (ngày)	$9,7 \pm 3,8$	$9,1 \pm 4,1$	$8,3 \pm 2,8$	0,355
Rò bạch huyết n (%)	1 (5,8)	1 (3,7)	1 (2,2)	0,72



Hình 1: Sống còn toàn bộ sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc



Hình 2: Sống còn không tiến triển sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc

Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 5 năm là 82,4% (Hình 1). Phân tích kiểm định Log rank cho thấy giai đoạn pT ($p < 0,001$), phân nhóm nguy cơ ($p = 0,021$), pISUP ($p = 0,047$), biên phẫu thuật ($p = 0,003$) ảnh hưởng đến kết quả sống còn có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ sống còn không tiến triển sau 5 năm là 70,2% (Hình 2).

BÀN LUẬN

Ung thư tuyến tiền liệt là loại ung thư thường gặp nhất của hệ tiết niệu - sinh dục nam và ở nam giới sau tuổi 50. Ung thư TTL là ung thư có tần suất mới mắc đứng hàng thứ 2 và gây chết đứng hàng thứ 5 tính riêng cho nam giới trên toàn thế giới; số trường hợp mới mắc và tử vong lần lượt chiếm là 13,5% và 6,7% trong các loại ung thư⁽⁴⁾. Tại Việt Nam, ung thư thường được phát hiện ở giai đoạn muộn và vì thế đã trở thành gánh nặng thực sự đối với nền kinh tế - y tế. Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc vẫn là điều trị tiêu chuẩn nhằm điều trị triệt căn ung thư TTL giai đoạn khu trú với kỳ vọng sống lớn hơn 10 năm⁽¹⁾.

Qua 10 năm, bệnh viện Chợ Rẫy đã sử dụng nhiều phương pháp PT cắt TTL tận gốc trong đó 19,1% PT qua ngả sau xương mu, 30,3% PTNS và 50,6% PTNS có hỗ trợ Robot. Phẫu thuật mở cắt TTL qua ngả sau xương mu được thực hiện từ lâu đời, sau đó dần được thay thế bởi PTNS vào năm 2004⁽²⁾. Trong đó PTNS có hỗ trợ Robot mới được sử dụng tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm

2017, với cánh tay robot hoạt động linh hoạt 3 chiều giúp thao tác, khâu miệng nối bàng quang niệu đạo dễ dàng, camera 3 chiều độ phân giải cao giúp quan sát rõ phẫu trường, bóc tách tốt trong PT nên được sử dụng ngày càng phổ biến, số lượng ngày càng tăng và đã trở thành phương pháp PT cắt TTL tận gốc phổ biến nhất hiện nay⁽³⁾.

Thời gian mổ trung bình 396,7 phút cao hơn so với nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước với thời gian mổ khoảng 100-250 phút^(5,6,7). Nghiên cứu có 39/89 TH cần truyền máu trong lúc mổ, lượng máu mất 367,78 ml, tuy nhiên, lượng máu mất của chúng tôi khá tương đồng với đa số tác giả^(5,7) và chỉ cao hơn so với các tác giả có nhiều kinh nghiệm phẫu thuật cắt TTL tận gốc với số lượng lớn trường hợp⁽⁶⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn T3 chiếm một tỷ lệ khá cao, đa phần các TH thuộc nhóm nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ, kích thước tuyến tiền liệt khá lớn so với các tác giả khác vì thế nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật cao hơn so với các tác giả khác. Lượng máu mất là tương đồng so với đa số nghiên cứu, chỉ cao hơn các tác giả có kinh nghiệm với số lượng lớn bệnh nhân, do tại bệnh viện Chợ Rẫy, phương pháp phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot đã được áp dụng từ năm 2017 và đang trở thành phương pháp PT được sử dụng nhiều nhất, nhiều phẫu thuật viên được đào tạo ở nước ngoài nên đường cong học tập tại bệnh viện Chợ Rẫy đang dần

cải thiện. Nhiều nghiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật cắt TTL giữa mổ mở và PTNS có hỗ trợ Robot cho thấy PTNS có hỗ trợ robot có lượng máu mất và tỷ lệ truyền máu thấp hơn so với mổ mở⁽⁸⁾.

Thời gian nằm hậu phẫu trung bình 8,8 ngày, thời gian đặt dẫn lưu bụng là 4,8 ngày và thời gian lưu thông niệu đạo là 14,7 ngày. Một trong những ưu điểm của PTNS và PTNS có hỗ trợ Robot là thời gian nằm viện ngắn, trong nghiên cứu tỷ lệ mổ mở thấp hơn nhiều so với PTNS và PTNS có hỗ trợ robot. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng hậu phẫu. Do vết mổ ngắn, bệnh nhân ít đau. Đồng thời, vết mổ ngắn bệnh nhân tránh được tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ. Đây cũng là yếu tố làm giảm thời gian nằm viện. Bệnh nhân có thể ăn uống và vận động sau mổ sớm. Những ưu điểm trên của PTNS và PTNS có hỗ trợ Robot đang được sử dụng ngày càng phổ biến đã rút ngắn đáng kể thời gian nằm viện, thời gian rút ống dẫn lưu và thời gian lưu thông niệu đạo của nghiên cứu. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới. PTNS và PTNS có hỗ trợ robot mang lại nhiều ưu điểm của phẫu thuật ít xâm hại, bệnh nhân ít đau hơn, thời gian rút ống dẫn lưu, thời gian lưu thông niệu đạo và thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở⁽⁸⁾.

Khả năng kiểm soát nước tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi là 81,5%, kết quả tương đồng với các tác giả khác^(9,10). Khả năng kiểm soát nước tiểu sẽ cải thiện dần theo thời gian, nhiều tác giả cho thấy tỉ lệ kiểm soát nước tiểu lên đến 94-98% sau 12 tháng^(6,11).

Tỷ lệ biên phẫu thuật dương tính trong nghiên cứu là 23,8% (19/80 TH), các tác giả trên thế giới cũng ghi nhận tỉ lệ biên phẫu thuật dương tính trong PT cắt TTL tận gốc vào khoảng 10-25%^(9,12). Một phần do tỷ lệ giai đoạn $\geq$ pT3 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm một tỷ lệ cao. Những bước này đã xâm lấn vỏ bao, túi tinh hoặc xâm lấn các cơ quan lân cận, nên khả năng còn sót tế bào ung thư là rất cao.

Tỷ lệ tái phát sinh hóa trong nghiên cứu của

chúng tôi là 39,2% sau 12 tháng, tương đương với y văn 27-53%⁽¹⁾, cao hơn so với các nghiên cứu khác ở châu Âu <10%^(6,10). Tỷ lệ PSA dai dẳng trong NC chúng tôi là 30,1%, cao hơn một số tác giả khác^(6,10). PSA vẫn còn phát hiện được trên bệnh nhân sau mổ cắt tuyến tiền liệt có thể do nhiều nguyên nhân. Thứ nhất là phẫu thuật viên còn để lại mô tuyến tiền liệt bình thường lại. Những trường hợp ung thư còn khu trú tại vùng đáy TTL, một số tác giả bảo tồn toàn bộ chiều dài chức năng của niệu đạo vì thế có thể để lại một số mô tuyến tiền liệt tại vùng móm. Thứ hai là với những trường hợp ung thư ở giai đoạn tiến triển tại chỗ chưa đánh giá chính xác trước mổ làm tăng khả năng để lại biên phẫu thuật dương tính, điều này có ý nghĩa khi nó làm tăng tỉ lệ tái phát lâm sàng và hình ảnh học trong quá trình theo dõi. Trong NC của chúng tôi, phần lớn số bệnh nhân có PSA tăng dai dẳng là thuộc nhóm nguy cơ cao với 14/22 TH pT3b, 2/22 pT4, 10/22 TH pN1, 8/22 TH có ISUP 4-5 và 9/22 TH có biên phẫu thuật dương tính. Tất cả các TH này đều được tư vấn điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật. Cuối cùng là một số ít trường hợp đã có di căn hạch hoặc di căn xa vi thể mà với những xét nghiệm thường quy trước mổ chưa phát hiện được. Vì thế, gần đây người ta đặt ra vai trò của một số chất đánh dấu có độ nhạy cao hơn trong phát hiện ung thư TTL như chụp PET (Positron Emission Tomography) với chất gắn PSMA, là một kháng nguyên màng đặc hiệu cho TTL. Tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không tiến triển trong nghiên cứu khá tương đồng với một số tác giả^(7,12).

Nghiên cứu của chúng tôi đạt được nhiều kết quả rất khả quan, tuy nhiên nó vẫn còn một số hạn chế nhất định. Đó là số mẫu chưa nhiều do vậy, vẫn cần thêm nhiều nghiên cứu với số lượng mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi lâu dài hơn để đánh giá chính xác về tính an toàn, khả dụng, hiệu quả về mặt chức năng cũng như ung thư học mà phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có thể mang lại cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc là một phẫu thuật tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, bệnh nhân hồi phục tốt sau mổ, mang lại hiệu quả cao về mặt chức năng cũng như về kết quả ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mottet N, Van den Bergh RCN, Briers E, et al (2020). EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. *Eur Assoc Urol*, 79(2):243-262.
2. Trần Ngọc Sinh, Fabienne Absil, Thái Minh Sâm (2004). Nhân một trường hợp cắt tuyến tiền liệt toàn phần bằng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc trên bệnh nhân bướu ác tuyến tiền liệt tại BV Chợ Rẫy. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 8(2):151-153.
3. Thái Minh Sâm, Châu Quý Thuận, Thái Kinh Luân, et al (2018). Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ Robot tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 22(4):72-77.
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3):209-249.
5. Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Văn Ân, et al (2018). Áp dụng kỹ thuật nội soi robot để phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc do ung thư - kinh nghiệm sau một năm thực hiện. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 22(2):563-575.
6. Patel VR, Sivaraman A, Coelho RF, et al (2011). Pentafecta: a new concept for reporting outcomes of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *European Urology*, 59(5):702-707.
7. Yaxley JW, Coughlin GD, Chambers SK, et al (2016). Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3 study. *Lancet*, 388(10049):1057-1066.
8. Cao L, Yang Z, Qi L, et al (2019). Robot-assisted and laparoscopic vs open radical prostatectomy in clinically localized prostate cancer: perioperative, functional, and oncological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 98(22):15770a-15770e.
9. Porpiglia F, Fiori C, Bertolo R, et al (2018). Five-year outcomes for a prospective randomised controlled trial comparing laparoscopic and robot-assisted radical prostatectomy. *European Urology Focus*, 4(1):80-86.
10. Coughlin GD, Yaxley JW, Chambers SK, et al (2018). Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: 24-month outcomes from a randomised controlled study. *Lancet Oncology*, 19(8):1051-1060.
11. Kang SG, Shim Ji S, Onol F, et al (2020). Lessons learned from 12,000 robotic radical prostatectomies: Is the journey as important as the outcome? *Investigative and Clinical Urology*, 61(1):1-10.
12. Sooriakumaran P, Pini G, Nyberg T, et al (2018). Erectile function and oncologic outcomes following open retropubic and robot-assisted radical prostatectomy: results from the laparoscopic prostatectomy robot open trial. *European Urology*, 73(4):618-627.

Ngày nhận bài báo:	08/12/2021
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:	10/02/2022
Ngày bài báo được đăng:	15/03/2022