

Kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng theo Abol-Enein trên bệnh nhân nam giới

Results of radical cystectomy followed by the ileal orthotopic bladder substitution with Abol-Enein's technique at 108 Military Central Hospital

Đỗ Ngọc Thê*, Nghiêm Trung Hưng*
Nguyễn Việt Hiếu*, Trần Thanh Tùng*,
Phạm Tiến Đạt**, Nguyễn Thanh Tuấn*,
Nguyễn Tùng Lâm*

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng theo kỹ thuật Abol-Enein. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca bệnh trên 47 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ có chỉ định điều trị triệt căn, được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng theo kỹ thuật Abol-Enein tại khoa Tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 3/2018 đến 8/2022. *Kết quả:* Tuổi trung bình 61,2, thời gian mổ trung bình 326 phút; mất máu trong mổ ước tính trung bình 545ml, truyền máu trong mổ 19,1%, truyền máu sau mổ 40,4%, phục hồi lưu thông tiêu hoá trung bình 2,26 ngày; thời gian lưu ống thông double J niệu quản trung bình 28 ngày, thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình 16,8 ngày; nằm viện sau mổ trung bình 20 ngày. Biến chứng hậu phẫu: Nhiễm khuẩn huyết 2,1%, rò bàng quang tân tạo 8,5%, bán tắc ruột 6,4%; không có tử vong hậu phẫu. *Kết luận:* Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng điều trị ung thư bàng quang là phẫu thuật phức tạp, nhiều tai biến-biến chứng nặng trong và ngay sau mổ.

Từ khoá: Cắt toàn bộ bàng quang, bàng quang trực vị, kỹ thuật Abol-Enein.

Summary

Objective: To evaluate the results of radical cystectomy followed by the ileal orthotopic bladder substitution with Abol-Enein's technique. *Subject and method:* A retrospective descriptive case serial study was performed on 47 male patients with locally advanced bladder cancer who underwent radical cystectomy followed by the ileal orthotopic bladder substitution with Abol-Enein's technique at Department of Urology, 108 Military Central Hospital, from March 2018 to August 2022. *Result:* Mean age was 61.2; mean operation time 326 mins; operative blood loss estimated at 545 ml with 19.1% of intra-operative and 40.4% of post-operative transfusion. The bowel recovered after 2.26 days; the 2 ureteral double J stents were removed in 28 days and the mean urethral catheterization time was 16.8 days, postoperatively. The hospital stay was 20 days. Postoperative inpatient complications: urosepsis 2.1%, neobladder's leakage 8.5%, partial bowel obstruction 6.4%; there was no postoperative mortality.

Ngày nhận bài: 11/10/2022, *ngày chấp nhận đăng:* 23/10/2022

Người phản hồi: Đỗ Ngọc Thê, Email: dongocthe@yahoo.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Conclusion: The radical cystectomy followed by the ileal orthotopic bladder substitution is a complicated procedure with severe intra- and peri-operative complications.

Keywords: Radical cystectomy, orthotopic bladder substitution, Abol-Enein's technique.

1. Đặt vấn đề

Ung thư bàng quang (UTBQ) là bệnh lý ác tính thường gặp của đường tiết niệu, đứng thứ 2 sau ung thư tuyến tiền liệt [1]. Trên thế giới, UTBQ đứng hàng thứ 7 trong các ung thư ở nam giới và đứng thứ 10 trong tổng số các ung thư; tỷ lệ mắc chuẩn hoá theo tuổi trên hàng năm là 9,5/100.000 cho nam giới và 2,4/100.000 cho nữ giới [2]. Có khoảng 1/4 số trường hợp khi phát hiện bệnh đã ở giai đoạn tiến triển tại chỗ (xâm lấn cơ), hoặc di căn; 75% số UTBQ mới phát hiện ở giai đoạn u nông, tuy nhiên tỷ lệ tái phát sau 5 năm có thể lên tới hơn 40% với các trường hợp nguy cơ cao và rất cao [2, 3].

Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang là phương pháp điều trị cơ bản đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ chưa di căn xa, ung thư bàng quang tái phát/tiến triển bệnh [2]. Sau cắt bàng quang, nước tiểu được chuyển lưu với nhiều kỹ thuật như chuyển lưu trực tiếp ra da, chuyển lưu "nội" cắm niệu quản vào đại tràng, chuyển lưu qua túi chứa không/có kiểm soát và tạo hình bàng quang trực vị (từ hồi tràng, hồi manh tràng, đại tràng...). Kỹ thuật tạo hình bàng quang trực vị mặc dù là khó khăn, nhưng đã đem lại chất lượng sống tốt cho người bệnh, và được các tác giả cân nhắc lựa chọn trước tiên [4, 5, 6].

Đến nay, đã có nhiều kỹ thuật tạo hình bàng quang bằng một đoạn hồi tràng biệt lập được ứng dụng, với các đặc điểm chung: Mở dọc đoạn ruột biệt lập, tạo bàng quang mới tương đối hình cầu, cắm niệu quản vào bàng quang có tạo van chống trào ngược bàng quang - niệu quản, khâu nối bàng quang tân tạo với niệu đạo. Tuy nhiên, không có kỹ thuật nào thực sự vượt trội. Năm 1994, Abol-Enein giới thiệu kỹ thuật tạo hình với cải tiến chủ yếu ở kỹ thuật khâu nối niệu quản với bàng quang tân tạo: Tạo vị trí lỗ niệu quản gần như giải phẫu bình thường, cùng với việc tạo van chống trào ngược dễ dàng và thuận lợi [7].

Tại Việt Nam, phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng ruột sau cắt toàn bộ bàng quang được Đào Quang Oánh thực hiện từ năm 1993. Sau đó, một vài

kỹ thuật tạo hình bàng quang khác nhau cũng được số ít trung tâm ứng dụng và phát triển; tuy nhiên hiện tại vẫn có rất ít báo cáo về kỹ thuật Abol-Enein. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình bàng quang theo kỹ thuật Anol-Enein tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca bệnh trên 47 bệnh nhân (BN) nam giới được chẩn đoán ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ có chỉ định điều trị triệt căn, được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng theo kỹ thuật Abol-Enein tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 3/2018 đến 8/2022.

Một số khái niệm và chỉ tiêu nghiên cứu

Khoảng thời gian đánh giá kết quả phẫu thuật được tính từ lúc bắt đầu phẫu thuật cho đến khi BN ra viện, và đã được rút bỏ toàn bộ dẫn lưu/ống thông.

Các chỉ tiêu nghiên cứu chính bao gồm các chỉ tiêu của phẫu thuật (thời gian mổ, máu mất, tỷ lệ truyền máu, ngày điều trị sau mổ...), và các tai biến, biến chứng liên quan đến phẫu thuật.

Chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang cho các trường hợp ung thư tiến triển tại chỗ chưa di căn T1-2NxMo [2, 6]

Ung thư bàng quang xâm lấn cơ.

Ung thư bàng quang tái phát.

Ung thư bàng quang phát hiện lần đầu, nguy cơ cao/rất cao.

Điều kiện tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng [2, 6]

BN < 80 tuổi và có thời gian sống thêm ước tính > 10 năm.

U không xâm lấn vào niệu đạo tuyến tiền liệt (sinh thiết qua nội soi), hoặc mẫu cắt lạnh diện cắt niệu đạo không có tế bào u.

Quy trình phẫu thuật

Chuẩn bị:

BN được khám lâm sàng, làm bộ xét nghiệm chuẩn bị phẫu thuật; khai thác các vấn đề về tiền sử tim mạch, hô hấp, tiêu hoá, can thiệp phẫu thuật ổ bụng, tình trạng dinh dưỡng toàn thân..., đánh giá các yếu tố nguy cơ.

BN được chẩn đoán ung thư bàng quang với đầy đủ các xét nghiệm, cận lâm sàng quan trọng như: Mô bệnh học, X-quang/CT ngực, CT/MRI vùng chậu.

Ngày trước mổ, BN được chuẩn bị ruột bằng cách nhịn ăn, truyền dịch, dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, uống thuốc tẩy ruột.

Vô cảm: Mê nội khí quản.

Có 2 thì mổ chính:

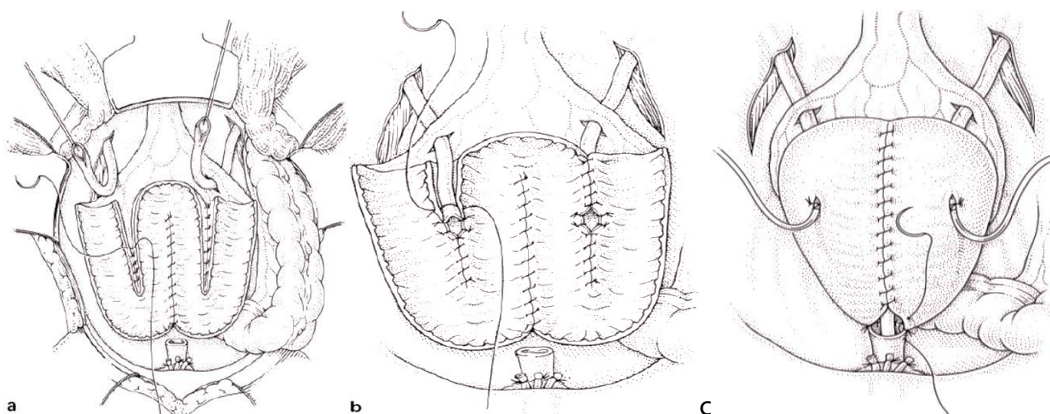
Thì cắt toàn bộ bàng quang (nam giới):

Cắt bàng quang, tuyến tiền liệt, túi tinh (bao gồm toàn bộ tổ chức xơ mỡ xung quanh bàng quang); lấy các mẫu bệnh phẩm gửi sinh thiết lạnh

(mỏm cắt niệu đạo, mỏm cắt 2 niệu quản) nếu không có tế bào u sẽ tạo hình bàng quang.

Nạo vét hạch chậu 2 bên (tiêu chuẩn): Nhóm hạch quanh bó mạch chậu ngoài, quanh bó mạch chậu trong, và hố bịt.

Thì tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng theo Abol-Enein [7]: Cô lập 1 đoạn hồi tràng có mạch mạc treo nuôi dưỡng, thường bắt đầu cách góc hồi manh tràng 20cm, lấy lên 40-45cm; mở dọc bờ tự do, xếp ruột hình chữ W, khâu tạo ngay đường hầm thanh cơ chống trào ngược khi khâu định hình bàng quang ở mặt sau để chuẩn bị cắm niệu quản vào bàng quang mới (Hình 1a). Nối trực tiếp niệu quản vào thành ruột với các mũi toàn thể để tạo van chống trào ngược kiểu thành ngoài thanh cơ (Hình 1b); cả 2 niệu quản đều được đặt ống thông double J khi khâu nối vào bàng quang tân tạo. Miệng nối niệu đạo với bàng quang mới được thực hiện ở đỉnh chữ W trước khi đóng kín mặt trước bàng quang (Hình 1c); sử dụng ống sonde Foley 2 nòng cỡ 20, 22Fr làm thông niệu đạo-bàng quang tân tạo; khâu phục hồi lưu thông hồi tràng kiểu tận-tận, đóng phúc mạc/ngoài phúc mạc hoá bàng quang tân tạo.



Hình 1. Sơ đồ kỹ thuật tạo hình bàng quang từ hồi tràng theo Abol-Enein.

Chăm sóc sau mổ:

Truyền dịch, nuôi dưỡng tĩnh mạch; cho ăn nhẹ khi BN có lưu thông tiêu hoá; tập vận động sớm sau mổ.

Bơm rửa bàng quang lấy nhầy ruột 1÷2 ngày/lần; rút dẫn lưu hố chậu 2 bên khi hết dịch (hoặc lượng dịch tiết < 50ml/24 giờ).

Rút thông niệu đạo, tiếp theo soi bàng quang rút JJ-stent niệu quản 2 bên ở tuần thứ 3 sau phẫu

thuật; ngoại trừ các trường hợp nghi ngờ hoặc có rò niệu cần theo dõi kéo dài.

Thu thập và xử lý số liệu

Các số liệu đầu vào được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Số liệu đầu ra được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, số trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh 2 số trung

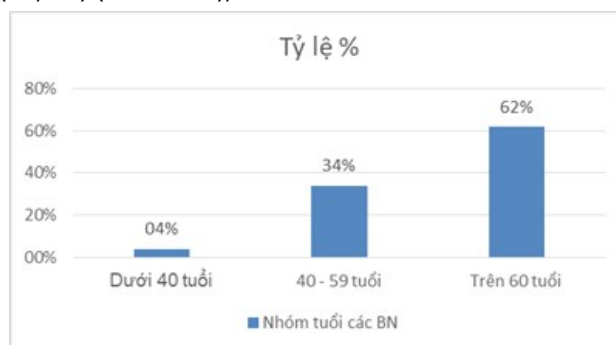
bình bằng kiểm định t-student với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Xử lý thống kê bằng chương trình SPSS 20.0 for Mac.

3. Kết quả

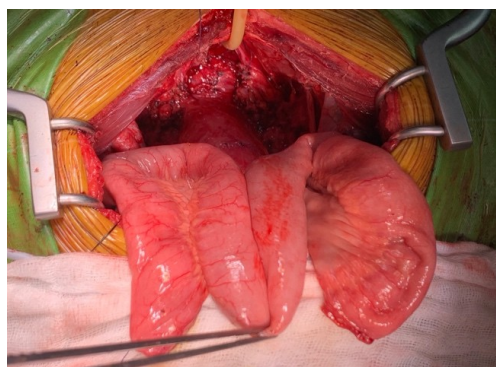
Trong hơn 4 năm, từ tháng 3/20218 đến tháng 8/2022, 132 BN ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ trên lâm sàng, được điều trị triệt căn bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu; trong đó đưa 2 niệu quản ra da cải biên cho 28 trường hợp, chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng kiểu Bricker cho 51 trường hợp, và tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng cho 53 trường hợp (4 nữ và 49 nam), với 47 nam giới được tạo hình bàng quang bằng kỹ thuật Abol-Enein (nhóm nghiên cứu).

Các BN nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình $61,28 \pm 10,4$ ($28 \div 76$); tỷ lệ tuổi trên 60 chiếm đa số (61,7%) (Biểu đồ 1); 100% các BN có điểm ASA 1 và 2.

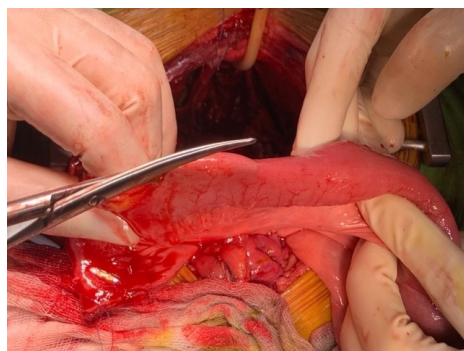


Biểu đồ 1. Nhóm tuổi các bệnh nhân (n = 47)

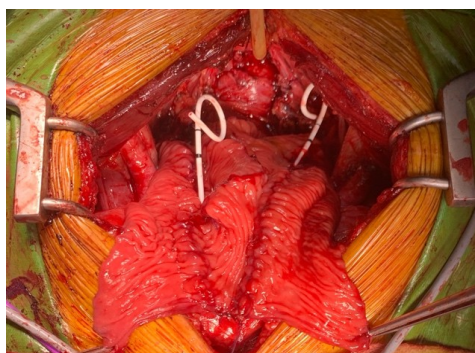
Thời gian mổ chung trung bình 326 phút ($270 \div 420$), trong đó thì mổ cắt bàng quang là 114 phút ($80 \div 160$), thì tạo hình bàng quang trực vị là 210 phút ($150 \div 275$).



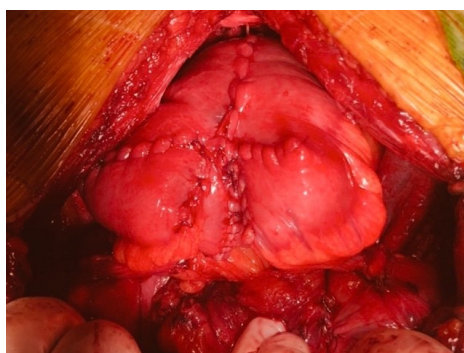
a



b



c



d

Hình 2. Hình ảnh trong mổ thì tạo hình bàng quang trực vị

(a - đoạn hồi tràng đã được cô lập cùng mạc treo,

b - ống ruột được theo bờ tự do, c - mặt sau BQ tân tạo đã được trồng 2 niệu quản và khâu kín,

d - BQ tân tạo đã nối với niệu đạo và đóng kín mặt trước. Nguồn: Lại Khắc A., 62T. Số hồ sơ: 20516510).

Mất máu trong mổ ước tính 545 ± 224 ml ($150 \div 1300$). Có 9 BN phải truyền máu trong mổ (19,1%)

với lượng khối hồng cầu truyền trung bình là 655 ± 275 ml ($350 \div 1200$). Sau phẫu thuật, tỷ lệ BN phải

truyền máu lên tới 40,4% (19 trường hợp) với lượng khối hồng cầu truyền trung bình sau mổ là $634 \pm 312\text{ml}$ ($350 \div 1750$). Tính chung cả trong và sau mổ, tỷ lệ BN phải truyền máu là 48,9% (23 trường hợp)

với lượng khối hồng cầu truyền trung bình sau mổ là $780 \pm 464\text{ml}$ ($350 \div 1900$). Tổn thương tĩnh mạch chậu ngoài 1 trường hợp (2,3%); tổn thương thần kinh bịt 1 trường hợp (2,3%).

Bảng 1. Một số chỉ số xét nghiệm máu trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Ngày 1 sau phẫu thuật	Trước khi ra viện	p
Hồng cầu	$4,91 \pm 0,5$	$4,01 \pm 0,5$	-	$< 0,01$
Huyết sắc tố	$145,1 \pm 20,7$	$119 \pm 15,2$	-	$< 0,01$
Ure *	$6,14 \pm 1,66$	$7,21 \pm 1,71$	$5,31 \pm 2,14$	$< 0,01, < 0,05$
Creatinin*	$84,7 \pm 14,4$	$100,2 \pm 19,6$	$84,6 \pm 24,2$	$< 0,01, > 0,05$

(* so sánh từng cặp: Trước mổ và sau mổ 1 ngày, trước mổ và trước ra viện.

Xét nghiệm máu ở ngày thứ nhất sau phẫu thuật cho thấy lượng hồng cầu và huyết sắc tố đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật (Bảng 1).

Nếu không tính đến 9 trường hợp phải truyền máu trong mổ, lượng huyết sắc tố giảm trung bình là $30,3 \pm 11,7$ (g/L) ($3 \div 50$).

Bên cạnh đó, chỉ số ure và creatinin ngay sau phẫu thuật mặc dù vẫn trong giới hạn bình thường, nhưng tăng có ý nghĩa thống kê so với trước mổ. Tuy nhiên, trước ra viện thì chức năng thận đã trở về bình thường như trước khi phẫu thuật (Bảng 1).

Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hoá trung bình $2,26 \pm 1,15$ ngày ($1 \div 7$); rút dẫn lưu hố chậu 2 bên $5,38 \pm 1,3$ ngày ($3 \div 10$). Ống thông double J của 2 niệu quản được rút sau $28,1 \pm 20,1$ ngày ($13 \div 90$); tuy nhiên số BN được rút trong vòng 3 tuần chiếm đa số (66%). Tương tự, ống thông niệu đạo được rút sau trung bình $16,8 \pm 3,3$ ngày ($13 \div 31$), với 93,6% các trường hợp được rút trong vòng 3 tuần sau phẫu thuật.

Các biến chứng trong thời gian điều trị hậu phẫu được thống kê ở Bảng 2.

Bảng 2. Các biến chứng trong thời gian điều trị hậu phẫu

Biến chứng	Số lượt BN	Tỷ lệ % trên tổng số BN
Sốt nhiễm khuẩn niệu	10	21,3
Nhiễm khuẩn huyết	1	2,1
Nhiễm khuẩn/toác vết mổ	3	6,4
Rò bàng quang tân tạo	4	8,5
Bán tắc ruột	3	6,4
Xuất huyết tiêu hoá	1	2,1

Viêm tắc động mạch mu chân	1	2,1
----------------------------	---	-----

Không có tử vong hậu phẫu.



Hình 3. Rò mật sau bàng quang tân tạo (thì muộn)

(Nguồn: Bùi Nguyên V., 1963. Số hồ sơ: 21923388)

Ngày nằm viện sau mổ $20,2 \pm 7,3$ ngày ($14 \div 58$).

4. Bàn luận

Tạo hình bàng quang trực vị đã làm tăng chất lượng sống của bệnh nhân so với các kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu ra da: Chuyển lưu trực tiếp, chuyển lưu qua một đoạn ruột hoặc chuyển lưu qua túi chứa có van kiểm soát [4, 6]. Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị cần phải đảm bảo các yêu cầu: Bảo vệ đường tiết niệu

trên (chống trào ngược, áp lực trong bàng quang thấp trong quá trình đổ đầy bàng quang và khi rặn đái, chống hẹp miệng nối niệu quản-bàng quang), chức năng giữ nước tiểu và đi tiểu chủ động, bảo tồn chức năng cương dương, giảm tối đa rối loạn chuyển hoá và cuối cùng là có tỷ lệ tai biến biến chứng thấp [4, 5, 6].

Năm 1994, Abol-Enein giới thiệu kỹ thuật tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng được thực hiện trên 12 BN [7]. Một đoạn hồi tràng dài 40-45cm được cô lập, mở dọc bờ tự do và xếp ruột hình chữ W tương tự như kỹ thuật Hautmann; tuy nhiên 2 niệu quản được trồng lại vào bàng quang tân tạo ở 2 vị trí đối xứng nhau trên 2 góc bên của chữ W với van chống trào ngược kiểu thành thanh cơ, trong khi niệu đạo được nối vào đỉnh chữ W. Do vậy, bàng quang mới có dạng tương đối hình cầu, tương quan vị trí giữa lỗ niệu đạo và hai lỗ niệu quản gần giống với bàng quang bình thường; điều này cho phép dụng cụ soi bàng quang có thể thăm khám và can

thIỆP ngược dòng tới đường tiểu trên thuận lợi hơn các phương pháp khác (Hình 1).

Kỹ thuật Abol-Enein cho phép thao tác thực hiện miệng nối niệu quản bàng quang khá dễ dàng trong các tình huống khác nhau kể cả đường kính niệu quản to hay nhỏ. Niệu quản sau khi tạo hình bàng quang vẫn nằm sau phúc mạc. Sau thì tạo hình, cô lập được bàng quang mới, các miệng nối ngoài phúc mạc một cách thuận lợi [8]. So sánh với phương pháp Studer, Hautmann, Le Duc, phương pháp này có ưu điểm ở chỗ không phải tạo đường hầm dưới niêm mạc (van chống trào ngược kiểu thành) sau khi đã tạo hình bàng quang mới, hoặc không tốn khoảng 10-18cm ruột để cắm niệu quản trực tiếp vào đoạn ruột này (nếu không làm van chống trào ngược). Với phương pháp Hemi-Kock thì kỹ thuật Abol-Enein không phải làm van chống trào ngược kiểu nút, điều đó vừa tiết kiệm thời gian vừa tiết kiệm được đoạn ruột [8].

Một số chỉ tiêu phẫu thuật

Bảng 3. Chỉ tiêu phẫu thuật của một số nghiên cứu áp dụng kỹ thuật Abol-Enein

	Thời gian mổ	Truyền máu trong mổ	Truyền máu sau mổ	Lưu thông tiêu hoá	Rút ống thông niệu đạo	Ngày điều trị sau mổ
TC. Thanh [6]	404	50%	23,8%	4,5	19,2	16,5
T.K. Luân [9]	376*	-	-	4,2	-	16,6
Nghiên cứu này	326	19,1%	40,4%	2,26	16,8	20,2

(*: Tác giả tính cho các trường hợp mổ mở, với các trường hợp mổ nội soi ổ bụng thì thời gian kéo dài hơn).

Bảng 3 cho thấy kết quả của nghiên cứu này khá tốt so với các thống kê trước: Thời gian mổ ngắn hơn, tỷ lệ truyền máu trong mổ thấp hơn, thời gian phục hồi lưu thông tiêu hoá nhanh hơn, thời gian lưu ống thông niệu đạo ngắn hơn. Tuy nhiên tỷ lệ BN phải truyền máu sau mổ cao hơn; ngày nằm điều trị hậu phẫu cũng dài hơn, có thể do BN trong nghiên cứu này đều được rút sonde tiểu trước khi ra viện, trong khi các tác giả khác có thể cho BN đeo ống thông niệu đạo khi xuất viện và quay lại rút ống

thông sau. Qua một thời gian thực hiện phẫu thuật, chăm sóc BN, nhóm nghiên cứu nhận thấy khoảng thời gian 3 tuần sau phẫu thuật là đủ để BN có thể phục hồi và ra viện; ống thông double J có thể rút bỏ cùng lúc với ống thông niệu đạo.

Tai biến

Nghiên cứu gặp 1 trường hợp tổn thương tĩnh mạch chậu ngoài trong thì nạo hạch chậu, xử trí khâu lại tổn thương mạch máu; 1 trường hợp tổn thương thần kinh bịt, xử trí khâu nối thần kinh.

Nghiên cứu của Trần Chí Thanh gặp 2 trường hợp (4,7%) rách tĩnh mạch chậu ngoài, 1 trường hợp (2,3%) sai vị trí niệu quản, 1 trường hợp (2,3%) sai vị trí miệng nối ống tiêu hoá, 1 trường hợp (2,3%) rách tĩnh mạch mạc treo ruột [6]. Báo cáo của Abol-Enein (2001) và Thái Kinh Luân (2019) ghi nhận không có tai biến trong quá trình phẫu thuật [9, 10].

Tình trạng máu mất trong mổ không do tổn thương mạch máu lớn thường từ đám rối tĩnh mạch, tĩnh mạch lưng sâu, và bó mạch thần kinh cương 2 bên; thường được chủ động kiểm soát trước bằng khâu buộc, sử dụng dao hàn mạch. Tuy nhiên, vị trí mất máu không kiểm soát được là máu chảy rỉ rả ở mép ruột khi xẻ ống ruột ở bờ tự do, chỉ được kiểm soát hoàn toàn khi đã khâu tạo hình bàng quang mới hoàn thiện.

Biến chứng trong thời gian hậu phẫu

Bảng 4. Biến chứng hậu phẫu trong một số nghiên cứu áp dụng kỹ thuật Abol-Enein

Nghiên cứu	Số BN	Tử vong hậu phẫu	Sốc nhiễm khuẩn	Sốt nhiễm khuẩn niệu	Thuyên tắc phổi	Bán tắc ruột	Tắc ruột	Tụ dịch bạch huyết	Nhiễm khuẩn vết mổ
Abol-Enein [10]	450	0,8*	-	-	0,6	1,3	-	2,2	2
TC. Thanh [6]	42	0	-	-	0	4,76	2,38	-	4,76
T.K. Luân [9]	33	0	3	NA	3	-	-	18,2	12,1
Nghiên cứu này	47	0	1	21,3	-	6,4	0	-	6,4

(*: 3 BN tắc mạch phổi, 1 BN nhồi máu cơ tim)

Ngược lại với tai biến trong phẫu thuật ít gặp và không quá phức tạp, biến chứng hậu phẫu của phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị bằng ruột rất đa dạng, phức tạp, nặng nề. Ngoài thống kê ở Bảng 4, nghiên cứu của Abol-Enein (2001) còn có 2 BN viêm gan (0,4%), 2 BN xuất huyết tiêu hoá (0,4%), 6 BN huyết khối tĩnh mạch sâu (1,3%), 11 BN rò nước tiểu (2,4%), 3 BN nữ có rò bàng quang tân tạo-âm đạo (3,1% trong tổng số 97 BN nữ); Thái Kinh Luân (2019) cũng báo cáo gặp 1/33 BN có biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu chân phải (kèm thuyên tắc động mạch phổi). Tương tự, nghiên cứu này có 1 BN loét tá tràng chảy máu ngày thứ 15 sau mổ, 1 BN viêm tắc động mạch mu chân, 4 BN rò bàng quang tân tạo, làm kéo dài thời gian nằm viện. Các BN đều được điều trị nội khoa bảo tồn, không có trường hợp nào phải phẫu thuật lại xử trí biến chứng.

Bài viết tổng hợp về biến chứng sau tạo hình bàng quang của Patel SG và Cookson MS (2018) cho thấy các biến chứng được đề cập ở trên cũng rất

thường gặp: tỷ lệ biến chứng về tiêu hoá trung bình 20% (trong đó tắc ruột khoảng 15%), rò miệng nối niệu đạo-bàng quang tân tạo dao động từ 2,1 ÷ 6,6%; có tới 78% BN có ít nhất 1 lần có biểu hiện nhiễm khuẩn niệu hoạt động trong nước tiểu, 50% cấy khuẩn niệu định danh được vi khuẩn, tỷ lệ nhiễm khuẩn niệu và nhiễm khuẩn huyết trên lâm sàng lần lượt là 38% và 12% [11].

Hiện tại, cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị vẫn là một phẫu thuật phức tạp, nặng nề và ít có khả năng triển khai trên diện rộng. Phân tích tổng hợp năm 2019 của Lin-Brande và cộng sự trên 27.170 phẫu thuật cắt bàng quang do ung thư từ năm 2004 đến 2013 tại Mỹ cho thấy tỷ lệ chuyển lưu nước tiểu bằng túi chứa có kiểm soát (bao gồm tạo hình bàng quang) chỉ chiếm 14,3%; thậm chí tỷ lệ này ở giai đoạn 2010 ÷ 2013 (12,1%) còn thấp hơn so với giai đoạn trước đó 2004 ÷ 2006 (17,2%), khi hầu hết các ca tạo hình bàng quang chỉ còn được thực hiện ở các bệnh viện, trung tâm niệu khoa lớn [12].

5. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang trực vị từ hồi tràng theo kỹ thuật Abol-Enein điều trị ung thư bàng quang là phẫu thuật phức tạp, thời gian mổ dài, nhiều biến chứng nặng toàn thân và tại chỗ xảy ra trong và ngay sau mổ; biến chứng hay gặp nhất là mất máu phải truyền máu.

Tài liệu tham khảo

1. Wood DP (2016) *Tumors of the bladder*. Campbell-Walsh's Urology 11th Edition: Elsevier: 2184-2204.
2. Witjes JA, Bruins HM, Carrión A et al (2022) *EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer*.
3. Babjuk M, Burger M, Compérat E et al (2022) *EAU guidelines on non-muscle-invasive bladder cancer (TaT1 and CIS)*.
4. Đào Quang Oánh (2009) *Khảo sát kết quả phẫu thuật tạo hình bàng quang thay thế bằng ruột*. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. Lee RK, Abol-Enein H, Artibani W et al (2014) *Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: Options, patient selection, and outcomes*. *BJU Int* 113(1): 11-23.
6. Thanh TC (2016) *Nghiên cứu ứng dụng và kết quả tạo hình theo phương pháp Abol-Enein trong điều trị ung thư bàng quang*. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Abol-Enein H, Ghoneim MA (1994) *A novel uretero-ileal reimplantation technique: The serous lined extramural tunnel*. A Preliminary Report. *J Urol*. 151(5): 1193-1197.
8. Hendry WF (1996) *Bladder replacement by ileocystoplasty after cystectomy for cancer: Comparison of two techniques*. *Br J Urol* 78(1): 74-79.
9. Luân TK, Minh PĐ, La QĐ, Sâm TM, Thái NX, Sinh TN (2019) *Kết quả phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng hồi tràng theo Abol-Enein: báo cáo 33 trường hợp*. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh* 23(3), tr. 102-108.
10. Abol-Enein H, Ghoneim MA (2001) *Functional results of orthotopic ileal neobladder with serous-lined extramural ureteral reimplantation: experience with 450 patients*. *J Urol* 165(5):1427-1432.
11. Patel SG, Cookson MS (2018) *Complications of orthotopic neobladder*. *Complications of urologic surgery - diagnosis, prevention and management*, 5th edition: Elsevier: 505-515.
12. Lin-Brandt M, Azadeh N, Pearce SM, et al (2019) *Assessing trends in urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer in the United States*. *Urologic Oncology* 37(3): 180, 181-180, 189.