PHẪU THUẬT ROBOT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC, TẠO HÌNH BÀNG QUANG BẰNG RUỘT HOÀN TOÀN TRONG Ổ BỤNG Ở BỆNH NHÂN NỮ

Văn Thành Trung, Nguyễn Ngọc Châu*, Hồ Xuân Tuấn*, Trịnh Nguyên Bách*, Đoàn Thanh Khải*,Phạm Vĩnh Phú*, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng**

TÓM TẮT

Phẫu thuật robot cắt bàng quang (PTRCBQ) tận gốc và tạo hình bàng quang bằng ruột trong ổ bụng là một trong những phẫu thuật phức tạp nhất của niệu khoa, với tỉ lệ biến chứng cao ngay cả với các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm [1]. Tại một vài trung tâm y khoa tân tiến trên thế giới, loại phẫu thuật này đã được thực hiện với tỉ lệ thành công tương đối cao, thời gian phẫu thuật có thể chấp nhận và tỉ lệ biến chứng thấp [2].

Tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi đã thực hiện nhiều phẫu thuật robot cắt bàng quang từ năm 2016 tới nay. Trong số đó, có 3 trường hợp bệnh nhân nữ được phẫu thuật robot cắt bàng quang, tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng. Trong cả 3 thì bệnh phẩm đều được lấy qua ngã âm đạo. Trong cả 3 trường hợp, bệnh nhân đều hồi phục tốt sau mổ, đau ít do đường mổ nhỏ. Nhân đây chúng tôi muốn tạo tiền đề để tiếp tục phát triển kỹ thuật này trong tương lai tại Việt Nam.

Từ khóa: *phẫu thuật robot cắt bàng quang, bàng quang tân tạo, cắt bàng quang tận gốc, hoàn toàn trong ổ bụng. nữ.*

ABSTRACT

Robotic-asissted radical cystectomy (RARC) with intracorporeal neobladder remains one of the most complex and morbid operations performed in urology, with high complication rates even with experienced surgeons [1]. RARC with intracorporeal diversion has been shown to be feasible in a few centers of excellence worldwide, with promising functional and oncologic outcomes, with acceptable operative time and complications [2].

In Binh Dan hospital, since 2016, many RARC surgeries had been done with promising results. During the time, there were 3 cases of female patients with bladder tumor, who underwent RARC with intracoporeal neobladder and maximized the advantage of robotic surgery as the specimen was extracted through the vagina with no need for umbilical incisional extention.

Key words: *robotic-asissted radical cystectomy, neobladder, radical cystectomy, total intracorporeal. female.*

*Bệnh viện Bình Dân, 371 Điện Biên Phủ, phường 4, quận 3, TP.HCM
Thông tin liên hệ: BS Văn Thành Trung, bsthanhtrung1512@gmail.com

1. MỞ ĐẦU

Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, nạo hạch chậu được xem là phương pháp hiệu quả nhất điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ. Mặc dù phẫu thuật mở cắt bàng quang vẫn là tiêu chuẩn vàng tại nhiều nơi để điều trị bệnh lý trên, các loại phẫu thuật ít xâm lấn hơn đang dần phổ biến, trong đó có phẫu thuật robot [2,3]. Phẫu thuật robot cắt bàng quang (PTRCBQ) tận gốc được chứng minh là có hiệu quả tương đương với mổ mở về mặt ung thư học, và đạt kết quả tốt hơn về mặt hậu phẫu, giảm máu mất và giảm thời gian nằm viện [2,3].

PTRCBQ tận gốc được thực hiện đầu tiên vào năm 2003 [4]. Vào năm 2010, PTRCBQ tận gốc và chuyển lưu nước tiểu bằng đoạn cuối hồi tràng được thực hiện hoàn toàn trong ổ bụng lần đầu tiên [4]. Sau gần 2 thập kỷ phát triển, PTRCBQ tận gốc, tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng đã được thực hiện tại một số trung tâm y khoa tân tiến trên thế giới [2].

Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo 3 trường hợp phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng và lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo.

2. CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG:

Chúng tôi báo cáo 3 trường hợp lâm sàng đều là các bệnh nhân nữ, vào thời điểm phẫu thuật, tuổi của các bệnh nhân lần lượt là 67, 66 và 75 tuổi. Cả 3 đều vào viện vì tiểu máu, và được chẩn đoán là ung thư bàng quang xâm lấn cơ, với giải phẫu bệnh lý là Carcinom tế bào chuyển tiếp.

Cả 3 trường hợp đều được lên chương trình phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang bằng ruột trong ổ bụng. Quá trình thực hiện như sau:

Hình 1: Vị trí trocar

Trocar camera port: trên rốn 3 cm

Cánh tay robot 1, 2: ngang rốn, bên phải và trái cách đường giữa 8cm.

Cánh tay robot : Cách gai chậu trước trên bên trái 2cm

Hai cánh tay phụ: Hông phải và hạ sườn phải

Bệnh nhân nằm ở tư thế Trendelenburg. Kíp mổ vào khoang phúc mạc với 6 trocar, bao gồm 1 trocar camera port, 3 trocar cánh tay robot, 2 trocar phụ. Docking cánh tay robot monopolar scissors cánh tay số 1, bipolar fenesrated forceps cánh tay số 2, prograsp forceps cánh tay số 3. Xẻ phúc mạc hai bên tại vị trí bó mạch chậu, bộc lộ và kẹp niệu quản 2 bên. Xẻ phúc mạc tại vị trí túi cùng sau bóc tách bộc lộ kẹp và cắt rời các mạch máu bàng quang và tử cung, cắt toàn bộ bàng quang, tử cung và thành trước âm đạo. Trường hợp bảo tồn tử cung: chỉ cắt bàng quang và thành trước âm đạo. Áp dụng kỹ thuật bảo tồn bó mạch thần kinh: không xẻ cân mạc nội chậu, không

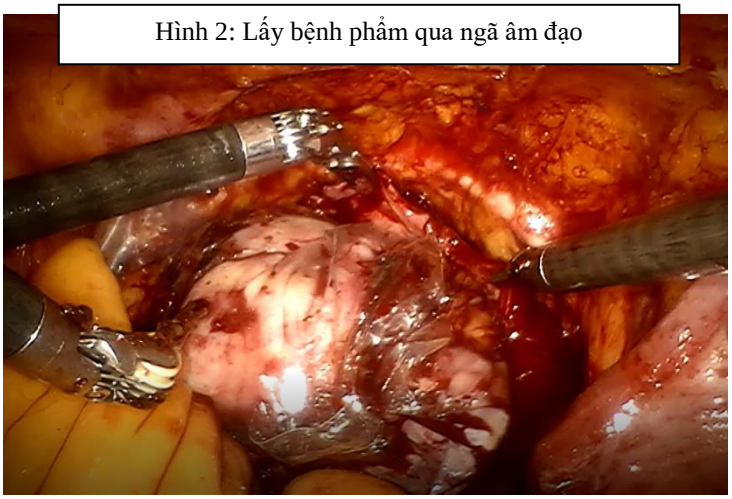
*Bệnh viện Bình Dân, 371 Điện Biên Phủ, phường 4, quận 3, TP.HCM
Thông tin liên hệ: BS Văn Thành Trung, bsthanhtrung1512@gmail.com

cắt dây chằng mu – niệu đạo. Bệnh phẩm sau đó được lấy qua ngả âm đạo. Khâu lại thành trước âm đạo. Nạo hạch chậu-bịt tiêu chuẩn hai bên. Chọn một đoạn hồi tràng khoảng 40cm, cách gốc hồi manh tràng 20 cm, có cuốn nuôi tốt để làm bàng quang tân tạo. Xếp đoạn hồi tràng theo V-shaped để làm bàng quang tân tạo. Xẻ ruột ở đỉnh chữ V tạo cổ cổ bàng quang tân tạo. Khâu nối cổ bàng quang tân tạo xuống niệu đạo bằng chỉ Stratafix 3.0, có lưu thông niệu đạo bằng thông Silicon 18Fr. Cắt và khâu phục hồi lưu thông hai đầu hồi tràng. Đoạn ruột đã chọn: xẻ bờ tự do và khâu tạo hình bàng quang bằng V-lok 3.0. Sau tạo hình, niệu quản 2 bên được cắm lại vào bàng quang tân tạo kiểu tận - bên với chỉ Protisorb 4.0 có lưu thông JJ 6Fr 2 bên làm nòng. Mở bàng quang tân tạo ra da bằng Foley 20Fr. Ngoài phúc mạc hóa bàng quang tân tạo.

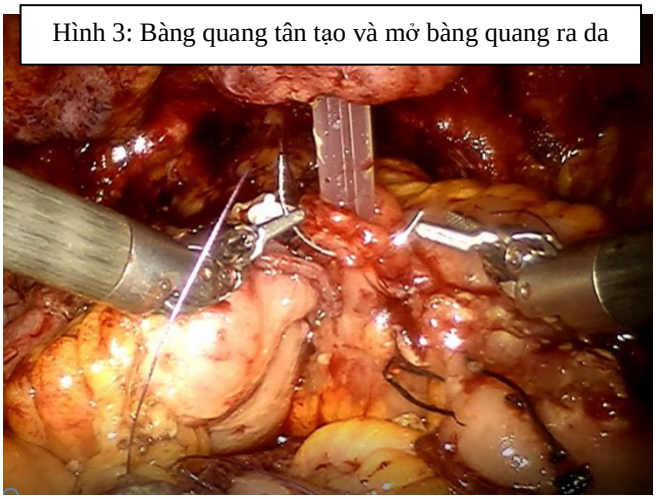
Sau mổ cả 3 bệnh nhân đều hồi phục tốt: hông ghi nhận vấn đề ở hậu phẫu. Bệnh nhân được bơm rửa bàng quang mỗi ngày và rút thông niệu đạo sau 2 tuần. Sau 4 tuần, được rút thông mở bàng quang ra da và JJ 2 bên. Tái khám sau 2 thàng: Ghi nhận 1 trường hợp (trường hợp số 2) nhiễm khuẩn niệu phải nhập viện phải nhập viên điều trị, không có trường hợp suy thận, rối loạn điện giải.

Trường hợp	**Ca số 1**	**Ca số 2**	**Ca số 3**
TNM	T2N0M0	T2N0M0	T3aN0M0
Thời gian mổ	435 phút	420 phút	410 phút
Lượng máu mất	500 ml	400 ml	600 ml
Trung tiện sau mổ	Hậu phẫu ngày 2	Hậu phẫu ngày 2	Hậu phẫu ngày 3
Thời gian hậu phẫu	13 ngày	5 ngày	7 ngày
Tình trạng đi tiểu sau 2 tháng	Tiểu kiểm soát hoàn toàn	Tiểu kiểm soát hoàn toàn	Tiểu kiểm soát ban ngày Tiểu không kiểm soát ban đêm

Hình 2: Lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo



Hình 3: Bàng quang tân tạo và mở bàng quang ra da



*Bệnh viện Bình Dân, 371 Điện Biên Phủ, phường 4, quận 3, TP.HCM
Thông tin liên hệ: BS Văn Thành Trung, bsthanhtrung1512@gmail.com

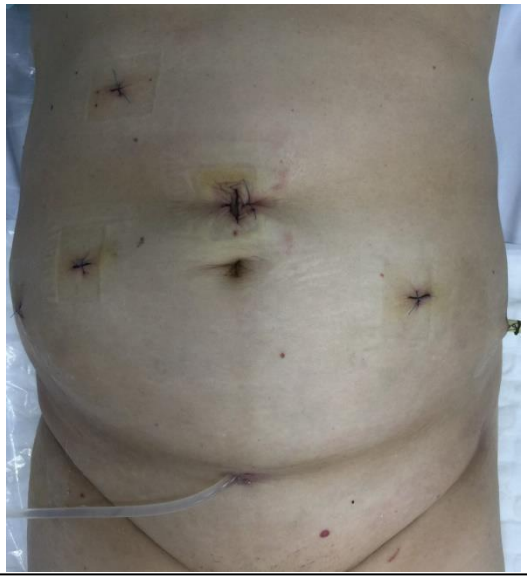
3. BÀN LUẬN:

PTBCBQ tân gốc tạo hình bàng quang bằng ruột bao gồm 2 giai đoạn: giai đoạn cắt bàng quang và giai đoạn tạo hình bàng quang bằng ruột. Trong đó, giai đoạn sau có rất nhiều thách thức, ngay cả đối với những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm. Để tận dụng được hiệu quả tối đa của phẫu thuật robot, nhất là trong vấn đề xâm lấn tối thiểu, giai đoạn 2 cũng nên được thực hiện trong ổ bụng hoàn toàn. Ở bệnh nhân nữ, tính xâm lấn tối thiểu trong loại phẫu thuật này càng được thể hiện rõ. Phẫu thuật viên không cần mở đường nhỏ trên bụng để lấy bệnh phẩm, mà có thể lấy qua ngã âm đạo trong lúc mổ [5].

Mặc dù ca PTRCBQ đầu tiên được thực hiện năm 2003, theo số liệu của WHO, số lượng bệnh nhân được phẫu thuật bằng robot cắt bàng quang tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng vẫn rất khiêm tốn so với số trường được phẫu thuật robot cắt bàng quang nói chung, với khoảng 6,5% [6]. Mức độ phức tạp rất cao và thời gian phẫu thuật kéo dài có thể lý giải cho vấn đề trên. Theo Hautmann và cộng sự, đa phần các biến chứng của phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc đến từ giai đoạn chuyển lưu nước tiểu [7]. Theo nghiên cứu của Hội Phẫu thuật robot cắt bàng quang quốc tế, PTRCBQ tận gốc tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng có tỉ lệ biến chứng là 20%, thấp hơn con số 32% của nhóm tạo hình ngoài ổ bụng [8].

Phẫu thuật robot là một bước đột phá của nghành ngoại khoa thế giới, do đó nếu có thể tận dụng được tối đa khả năng của robot, bệnh nhân sẽ được hưởng lợi nhiều nhất. Tại bệnh viện Bình Dân, từ năm 2018, chúng tôi đã thực hiện hơn 70 trường hợp phẫu thuật robot cắt bàng quang. Trong đó, có 40 trường hợp tạo hình bàng quang ngoài ổ bụng, và 8 trường hợp tạo hình bàng quang hoàn toàn trong ổ bung. Với những kinh nghiệm tích góp được từ suốt quá trình trên, chúng tôi đã và đang tiến tới sự tối ưu hóa phẫu thuật robot cắt bàng quang, đem lại sự an toàn cao nhất có thể, và sự hồi phục tốt sau mổ. Đặc biệt ở những bệnh nhân nữ, việc cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng, và lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo giúp bệnh nhân hồi phục tốt sau mổ, đau ít hơn và mang tính thẩm mỹ hơn.

*Bệnh viện Bình Dân, 371 Điện Biên Phủ, phường 4, quận 3, TP.HCM
Thông tin liên hệ: BS Văn Thành Trung, bsthanhtrung1512@gmail.com



Hình 4: Bụng bệnh nhân ở hậu phẫu ngày 2

4. KẾT LUẬN:

PTRCBQ tận gốc, tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng là một phẫu thuật tân tiến, đòi hỏi kỹ năng rất cao và tận dụng tối đa lợi ích của phẫu thuật robot, giúp bệnh nhân giảm đau sau mổ, nhất là ở bệnh nhân nữ.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Justin W Collins (2013). Total intracorporeal robotic cystectomy: are we there yet? Wolters Kluwer Health. 23 (2): 135-140.
2. Christian Schwentner (2015). Robot-assisted radical cystectomy and intracorporeal neobladder formation: on the way to a standardized procedure. World journal of surgical oncology. 13(3). 1-6
3. V. Tostivint (2019). Orthotopic neobladder reconstruction for bladder cancer: robotic assisted versus open-radical cystectomy for perioperative outcomes, functional results and quality of life. Science Direct. Elsevier. 29. 440-448.
4. Danica May (2018). Robotic cystectomy. Urologic clinics or North America. Elsevier. 45 (2). 183-188.

*Bệnh viện Bình Dân, 371 Điện Biên Phủ, phường 4, quận 3, TP.HCM
Thông tin liên hệ: BS Văn Thành Trung, bsthanhtrung1512@gmail.com

5. Omar Fahmy (2015). Current Status of Robotic Assisted Radical Cystectomy With Intracorporeal Ileal Neobladder for Bladder Cancer. Journal of Surgical Oncology. 112. 427-429.
6. Beecken WD (2003). Robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy and intra-abdominal formation of an orthotopic ilealneobladder. Eur Urol. 44. 337–339.
7. Hautmann RE (2010). Lessons learned from 1,000 neobladders: The 90-day complication rate. J Urol. 184. 990–994.
8. Ahmed K (2014). Analysis of intracorporeal compared with extracorporeal urinary diversion after robot-assisted radical cystectomy: Results from the International Robotic Cystectomy Consortium. Eur Urol. 65. 340–347.

*Bệnh viện Bình Dân, 371 Điện Biên Phủ, phường 4, quận 3, TP.HCM
Thông tin liên hệ: BS Văn Thành Trung, bsthanhtrung1512@gmail.com