

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO THẬN BẰNG
PHẪU THUẬT CẮT THẬN BẢO TỒN THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG**

Nguyễn Minh Tuấn, Cao Văn Trí, Nguyễn Duy Khánh,
Trương Quang Bình, Đỗ Văn Hiếu, Trần Trọng Lực, Nguyễn Quốc Trí*

Bệnh viện Đà Nẵng

Email: bstuanngoaitn@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt thận bảo tồn nhu mô thận, cụ thể là phẫu thuật cắt bán phần thận được lựa chọn gần như thường quy cho những trường hợp ung thư tế bào thận T1a và xem xét chỉ định trong những trường hợp T1b. Thời gian sống không thư ở nhóm mổ cắt bán phần thận và mổ cắt thận tận gốc như nhau. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư tế bào thận bằng phẫu thuật cắt thận bảo tồn thận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 30 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt thận bảo tồn thận điều trị ung thư tế bào thận tại bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 10/2017 đến tháng 10/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 12,1$ tuổi (29 - 76 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 2/1. Đau thắt lưng là triệu chứng cơ năng chủ yếu chiếm tỷ lệ 56,7%; đái máu gặp ở 13,3%. Phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe chiếm 30. Khối u ở thận phải chiếm 63,3%, thận trái 36,7%. Kích thước u trung bình: $25,7 \pm 0,7$ mm (12 - 44 mm). Cách mổ: 83,3% mổ hở, 16,7% mổ nội soi. Thời gian mổ trung bình là $86,1 \pm 14,1$ phút. Có 2 bệnh nhân gặp tai biến chảy máu trong mổ phải truyền máu, chiếm 6,7%. 1 trường hợp tổn thương lách trong lúc mổ chiếm 3,3%. Giải phẫu bệnh: Ung thư tế bào sáng chiếm 90%. Giai đoạn: 100% là giai đoạn I. (T < 7 cm, N0, M0). Kết quả tốt chiếm 93,3%, trung bình chiếm 6,7%. Thời gian sống thêm giảm dần theo các năm. Thời gian sống thêm trong nghiên cứu với tỉ lệ sống thêm 1, 2, 3 năm lần lượt là 100%, 96,7%, 89,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt u bảo tồn thận là một lựa chọn tốt cho điều trị ung thư tế bào thận giai đoạn I (T < 7 cm) và có thể thay thế chỉ định cắt thận rộng rãi trong điều trị ung thư tế bào thận. Có thể thực hiện cắt bán phần thận qua mổ mở hoặc qua ngả nội soi...

Từ khóa: Ung thư tế bào thận, Cắt thận bán phần, bệnh viện Đà Nẵng.

ABSTRACT

**EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT NEPHRONSPARING
SURGERY FOR RENAL CELL CARCINOMA AT DA NANG HOSPITAL**

Nguyen Minh Tuan, Cao Van Tri, Nguyen Duy Khanh,
Truong Quang Binh, Do Van Hieu, Tran Trong Luc, Nguyen Quoc Tri
Da Nang Hospital*

Background: Nephron-sparing surgery for renal cell cancer is selected almost routinely for cases of T1a renal cell carcinoma and is considered contraindicated in cases of T1b. Cancer-free survival in the Nephron-sparing surgery and radical nephrectomy groups was similar. **Objectives:** To evaluate the results of treatment nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma in the early stage. **Subjects and methods:** 30 patients underwent nephron-sparing surgery for renal cell cancer at Da Nang hospital from October 2017 to October 2022. **Results:** The average age was 54.9 ± 12.1 years old (29 - 76 years old). Male/Female ratio = 2/1. Low back pain is the main functional symptom, accounting for 56.7%; hematuria was found in 13.3%. Incidentally discovered through physical examination accounted for 30. Tumor: right kidney 63.3%, left kidney 36.7%. Average tumor size: 25.7 ± 0.7 mm (12 - 44 mm). Surgery: 83.3% open nephron-sparing, 16.7% laparoscopic nephron-sparing. The average operation time was 86.1 ± 14.1 minutes. There were 2 patients with bleeding complications during surgery requiring blood transfusion, accounting for 6.7%. 1 case of spleen loss during surgery accounted for 3.3%. Stage: 100% is stage I. (T < 7 cm, N0, M0). Good

results accounted for 93.3%, average accounted for 6.7%. Life expectancy is decreasing over the years. Evaluation of additional survival in the study with 1, 2, 3-year additional survival rates was 100%, 96.7%, 89.7%. **Conclusion:** Nephron-sparing surgery is a good choice for the treatment of stage I renal cell carcinoma ($T < 7$ cm) and can replace radical nephrectomy in the treatment of renal cell carcinoma. Nephron-sparing surgery can be performed through open surgery or laparoscopically if conditions permit.

Keywords: Nephron-sparing surgery, renal cell carcinoma, Da Nang hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế bào thận (RCC) là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ 3 trong ung thư hệ tiết niệu, theo GLOBOCAN 2020 thì trên thế giới có 432.288 case mắc bệnh mỗi năm, số case tử vong là 179.368. Tại Việt Nam số case ghi nhận năm 2020 là 2.415 và số case tử vong là 1.130 case. Ung thư tế bào thận điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Trước đây thường được chỉ định cắt thận toàn bộ nhưng cắt thận toàn bộ dễ dẫn đến suy thận khi sau đó kéo theo các bệnh tim mạch làm tăng tỉ lệ tử vong. Mặt khác, quan điểm phẫu thuật điều trị tận gốc trong lĩnh vực ung thư cũng đã có những thay đổi, phẫu thuật bảo tồn hay tiết kiệm nhu mô thận đang là xu hướng hiện nay [3],[6],[8].

Phẫu thuật bảo tồn nhu mô thận, cụ thể là phẫu thuật cắt bán phần thận được lựa chọn gần như thường quy cho những trường hợp ung thư tế bào thận T1a và xem xét chỉ định trong những trường hợp T1b. Thời gian sống không ung thư ở nhóm mổ mở cắt bán phần thận và mổ mở cắt thận tận gốc như nhau. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu thuật cắt u bảo tồn thận đã mang lại những kết quả đáng kể như: giảm 61% nguy cơ sự phát triển của suy thận nặng, giảm 19% nguy cơ trong tổng thể tỷ lệ tử vong, và giảm 29% nguy cơ tỷ lệ tử vong ung thư cụ thể [4],[9].

Xuất phát từ thực tiễn nói trên, nghiên cứu: “Đánh giá kết quả điều trị ung thư tế bào thận bằng phẫu thuật cắt thận bán phần” được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư tế bào thận bằng phẫu thuật cắt thận bảo tồn thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 30 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt thận bán phần điều trị ung thư tế bào thận tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 10/2017 đến tháng 10/2022.

- Khối u thận ở giai đoạn pT1 (là khối u thận có kích thước ≤ 7 cm) theo phân giai đoạn bệnh ung thư thận của AJCC năm 2010 [3],[4],[9].

Được chỉ định phẫu thuật cắt bán phần thận.

Kết quả giải phẫu bệnh trả lời là ung thư tế bào thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả tiên cứu kết hợp với hồi cứu dựa trên mẫu bệnh án đã được xây dựng sẵn. Hồi cứu từ 10/2017 – 10/2021. Tiên cứu từ 10/2021 -10/2022.

- **Cách thức tiến hành:**

+ Chỉ định điều trị:

Khối u đơn độc một bên thận

Đường kính khối u < 7 cm

U thận trên thận độc nhất.

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật: Theo tác giả Đoàn Tuấn Sơn (2017) [4]

Tốt: Quá trình mổ thuận lợi không gặp bất cứ tai biến nào cả về phẫu thuật và gây mê.

Trung bình: Quá trình mổ diễn ra khó khăn hơn, thời gian mổ kéo dài > 120 phút, gặp phải các tai biến không mong muốn (tổn thương màng phổi, rách bao gan, lách..) nhưng khắc phục được không đe dọa đến tính mạng bệnh nhân.

Xấu: xảy ra các tai biến (chảy máu nhiều phải truyền máu do tổn thương mạch máu lớn, huyết khối di chuyển gây tắc mạch phổi, đe dọa tính mạng bệnh nhân, tử vong tại bàn mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 12,1$ tuổi. (29 - 76 tuổi). BN nam chiếm 66,7%. Tỷ lệ nam/nữ = 2/1. Độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 12,1$ tuổi (29 - 76 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 2/1. Đau thắt lưng là triệu chứng cơ năng chủ yếu chiếm tỷ lệ 56,7%; đái máu gặp ở 13,3%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 1. Phân bố kích thước khối u thận trên CLVT

Kích thước u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 20mm	4	13,3
20 – 30 mm	19	63,3
31 – 40 mm	5	16,7
> 40 mm	2	6,7
Tổng	30	100

Kích thước u Trung bình: $25,7 \pm 0,7$ mm (12 - 44 mm).

Nhận xét: Siêu âm Khối u ở thận phải chiếm 63,3%, thận trái 36,7%. U thận ở cực dưới chiếm 50%, nhóm đài giữa chiếm 43,3%, cực trên chiếm 6,7%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Chẩn đoán u thận trước và sau mổ

Chẩn đoán		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Trước mổ	U thận	25	83,3
	Nang thận	5	16,7
Sau mổ	Ung thư tế bào thận	30	100
Tổng		30	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư tế bào thận.

- Đường mổ: 83,3% mổ hở, 16,7% mổ nội soi. 63,5% các bệnh nhân được phẫu thuật theo đường xuyên hông sau phúc mạc.

- Thời gian mổ trung bình là $86,1 \pm 14,1$ phút. 76,7% bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian phẫu thuật dưới 90 phút.

- Có 2 bệnh nhân gặp tai biến chảy máu trong mổ phải truyền máu, chiếm 6,7%. 1 trường hợp tổn thương lách trong lúc mổ chiếm 3,3%.

- Thời gian có lại trung tiện trung bình là $1,6 \pm 0,4$ ngày. Thời gian rút ống dẫn lưu vết mổ trung bình là $1,9 \pm 0,6$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $6,1 \pm 1,1$ ngày.

- Giải phẫu bệnh: Ung thư tế bào sáng chiếm 90%. Giai đoạn: 100% là giai đoạn I. (T < 7 cm, N0, M0).

Bảng 3. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật 3 tháng

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tốt	28	93,3
Trung bình	2	6,7
Xấu	0	0
Tổng	30	100

Nhận xét: Sau 3 tháng kết quả tốt 93,3%. Không có kết quả xấu.

Bảng 4. Sống thêm toàn bộ (thời gian sống thêm sau mổ)

Thời gian sống thêm	BN đủ thời gian theo dõi	BN còn sống	Tỷ lệ sống thêm (%)
Ít nhất 1 năm	30	30	100
Ít nhất 2 năm	30	29	96,7
Ít nhất 3 năm	29	26	89,7

Nhận xét: 100% bệnh nhân còn sống sau 1 năm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi, độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 12,1$ tuổi. BN nhỏ tuổi nhất là 29 tuổi, nhiều nhất là 76 tuổi. Theo nghiên cứu Đoàn Tuấn Sơn (2017), độ tuổi trung bình là $55,59 \pm 11,53$ tuổi [4]. Theo Nguyễn Thế Trường và CS (2005) nghiên cứu 108 bệnh nhân thấy tuổi trung bình mắc bệnh là $49,8 \pm 13,2$, [5]. Phân bố bệnh theo giới tính, nam chiếm 66,7% và nữ chiếm 33,3%. Tỷ lệ nam/nữ = 2/1. Theo Nghiên cứu của tác giả Phạm Phú Phát (2019), ghi nhận số lượng BN nam là 20 (55,6%) và nữ là 16 (44,4%), phù hợp với nhận định của Hội Niệu khoa Châu Âu 2008 [3].

Vị trí và kích thước của u thận: Trong nhóm nghiên cứu gặp khối u ở thận phải chiếm 63,3%, u ở thận trái chiếm 36,7%. Tỷ lệ vị trí khối u trong nghiên cứu này cũng tương đương với các nghiên cứu và y văn đã nêu. Những năm gần đây tỷ lệ phát hiện u có kích thước nhỏ ngày càng nhiều, kích thước u trung bình là < 40 mm. Điều này là do ý thức về sức khỏe trong cộng đồng ngày càng cao, chính vì thế ngày càng phát hiện sớm ung thư tế bào thận khi u còn nhỏ và ở giai đoạn sớm. Kích thước u là một yếu tố quan trọng để đưa ra quyết định chiến lược cho chỉ định cắt 1 phần thận. Theo Weiser (2008), đưa ra tiêu chuẩn các thông số về vị trí và kích thước, hướng dẫn việc chỉ định cắt 1 phần thận và đường mổ vào là trước hoặc sau phúc mạc. Dựa vào đó để quyết định không chế hoặc không không chế cuốn thận [8]. Theo Phạm Phú Phát với những u thận không quá 5 mm thì không cần phải không chế cuốn thận [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u trung bình: $25,7 \pm 0,7$ mm (12 - 44 mm). Trần Văn Thành (2019), kết quả của nghiên cứu cho thấy kích thước trung bình của u là $34,3 \pm 10,3$ (10– 60mm) [6]. Inderbir S. Gill (2010) [50]: $3 \pm 1,4$ (2- 3,5cm). Vậy chỉ định cắt bán phần thận trong u tế bào thận ở nghiên cứu của chúng tôi kích thước trung bình của u không khác biệt lắm so với các tác giả khác [6].

Chỉ định cắt u bảo tồn thận trong ung thư biểu mô thận. Ngày nay nhiều tác giả thống nhất rằng phẫu thuật cắt bán phần thận có thể tiến hành ở bệnh nhân có khối u ác đơn độc, u nhỏ (< 7 cm) và thận bên kia có chức năng bình thường [9]. Mổ nội soi hay mổ mở trong thập niên cuối cùng của thế kỷ 20, phẫu thuật cắt thận qua nội soi ổ bụng lúc đầu là cho bệnh lý thận lành tính và sau đó là u ác thận và dần được thế giới chấp nhận trong niệu khoa. Phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc và sau phúc mạc - cắt thận bán phần cho ung thư biểu

mô tế bào thận vẫn bảo đảm các nguyên tắc mổ ung thư thận còn khu trú: không chế các mạch máu cuống thận ngay từ đầu và lấy nguyên khối u thận. Tuy vậy, trong giai đoạn mới ứng dụng, những phẫu thuật này gây ra nhiều điểm băng khoăn về thời gian phẫu thuật lâu, tỉ lệ thương tật và kết quả lâu dài về mặt ung thư học so với mổ mở cổ điển [9]. Schiff chủ trương cắt u bảo tồn thận nội soi cho ung thư biểu mô tế bào thận nhỏ còn mổ hở cắt thận bán phần bắt buộc với khối u thận lớn. Vì nói chung mổ nội soi có thời gian thiếu máu nóng dài hơn và có nhiều biến chứng hơn mổ mở. Theo Lane và Gill: tại bệnh viện Cleveland (Hoa Kỳ) hiện nay cắt thận bán phần qua nội soi là một kỹ thuật có thể thay thế mổ mở bất kể vị trí của u và ngay cả u trên thận độc nhất [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mổ hở cắt u chiếm 83,3%, mổ nội soi cắt u chiếm 16,7%.

Thời gian mổ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như; kích thước u lớn hay nhỏ, xâm lấn tổ chức xung quanh, có huyết khối tĩnh mạch, đường mổ, thể trạng bệnh nhân gầy hay béo, kinh nghiệm phẫu thuật viên. Thời gian mổ càng ngắn thì hồi tỉnh cho bệnh nhân sau mổ càng nhanh. Thời gian mổ cũng phản ánh được cuộc mổ có thuận lợi hay gặp khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi Đa số các bệnh nhân có thời gian phẫu thuật dưới 90 phút; thời gian phẫu thuật trung bình là $86,1 \pm 14,1$ phút. Theo Nguyễn Thế Trường, đường mổ dưới bờ sườn chiếm tỷ lệ 87,03% có thời gian mổ trung bình là $118,1 \pm 43,7$ phút, đường mổ sườn thắt lưng chiếm 11,11%, thời gian mổ trung bình là $98,3 \pm 26,5$ [5]. Theo Đoàn Tuấn Sơn thời gian mổ trung bình là $79,4 \pm 29,3$ phút [4].

Tai biến trong mổ phẫu thuật cắt thận bằng mổ mở hay nội soi sau phúc mạc hay qua phúc mạc đều có những ưu điểm riêng với những nguy cơ tai biến nhất định. Đối với NS qua phúc mạc là nguy cơ tổn thương các tạng ổ bụng, mạch máu lớn còn đối với NS sau phúc mạc là tổn thương rách phúc mạc, rách cơ hoành, tổn thương mạch máu, nhu mô phổi. Nghiên cứu của chúng tôi gặp tai biến chung trong mổ: Có 2 bệnh nhân gặp tai biến chảy máu trong mổ phải truyền máu, chiếm tỷ lệ 6,7%. Có 1 trường hợp tổn thương lách trong lúc mổ chiếm 3,3%, trường hợp này được khâu lại nhu mô lách nên sau mổ bệnh nhân ổn định. Đánh giá sau mổ: Kết quả tốt chiếm 93,3%, kết quả trung bình chiếm 6,7%.

Thời gian sống thêm giảm dần theo các năm. Đánh giá sống thêm trong nghiên cứu với tỉ lệ sống thêm 1, 2, 3 năm lần lượt là 100%, 96,7%, 89,7%. Thời gian sống thêm chịu ảnh hưởng của các yếu tố phản ánh mức độ phát triển xâm lấn và di căn của u. Khảo sát thời gian sống thêm với từng yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập hay phụ thuộc trong ung thư tế bào thận.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt u bảo tồn thận là một lựa chọn tốt cho điều trị ung thư tế bào thận giai đoạn 1 ($T < 7$ cm) và có thể thay thế chỉ định cắt thận rộng rãi trong điều trị ung thư tế bào thận. Có thể thực hiện cắt bán phần thận qua mổ mở hoặc qua ngả nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Thị Thu Hiền, “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô tế bào thận tại Bệnh viện Việt Đức” (2018), *Luận án thạc sỹ y học*, Đại học y Hà Nội.
2. Nguyễn Trung Hiếu, “Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thận tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2012 đến 2014”, (2014) *Luận văn thạc sỹ Y học*, Đại Học Y Hà Nội.
3. Phạm Phú Phát, “Đánh giá kết quả Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận trong

- bướu thận nhỏ” (2019), *Luận án tiến sỹ y học*, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.
4. Đoàn Tuấn Sơn, “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u bảo tồn thận trong điều trị ung thư tế bào thận tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2012 – 2017” (2017), *Luận án bác sỹ chuyên khoa 2*, Đại học Y Hà Nội.
 5. Nguyễn Thế Trường, “Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư tế bào thận ở người lớn”, (2005), *Luận án Tiến sỹ Y học*, Đại học y Hà Nội,
 6. Nội.Nguyễn Văn Thành, “Kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận trong điều trị ung thư thận”, (2019), *Luận văn thạc sỹ y học*, Đại học y Hà Nội.
 7. Trương Thanh Tùng. (2018). Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận trong điều trị u thận: Kinh nghiệm bước đầu tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Thanh Hóa, *Tạp chí Y, Dược học quân sự*. số 2. 63-70.
 8. Rendon RA, Kapoor A, Breau R, *et al*, “Surgical management of renal cell carcinoma: Canadian Kidney Cancer Forum Consensus”, (2014), *Can Urol Assoc J*. 8(5,6). E398-E412.
 9. Pierorazio MP *et al*, “Active surveillance for small renal masse”, *Rev Urol*, 14(1,2), (2012)13-19.

(Ngày nhận bài: 20/02/2023 – Ngày duyệt đăng: 31/3/2023)