

Nhận xét chỉ định phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn điều trị ung thư biểu mô tế bào thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nhân 191 trường hợp và cập nhật xu hướng hiện tại

Nguyễn Huy Hoàng^{1,2}, Đỗ Trường Thành^{1,2}, Hoàng Long^{1,2}

1. Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, 2. Trường Đại Học Y Hà Nội

Từ khóa:

Ung thư biểu mô tế bào thận, cắt thận triệt căn, cắt thận bán phần, phẫu thuật nội soi.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Huy Hoàng
Trường Đại học Y Hà Nội
Số 1, Tôn Thất Tùng, Đống Đa,
Hà Nội
Điện thoại: 0977 135 086
Email: hoangnt35@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/10/2021

Ngày duyệt: 30/10/2021

Ngày chấp nhận đăng:
23/11/2021

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hiện nay phẫu thuật nội soi với những ưu điểm vượt bậc dần thay thế mổ mở truyền thống để xử lý các khối u thận tại chỗ T1-2. Mặc dù vậy ngay cả ở giai đoạn T1-2 vấn đề cắt thận triệt căn hay bán phần vẫn còn nhiều tranh cãi. Với các khối u ở giai đoạn muộn hơn mổ mở vẫn là tiêu chuẩn để điều trị, tuy nhiên phẫu thuật nội soi đang cho thấy có thể từng bước thay thế mổ mở trong các trường hợp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu 191 người bệnh ung thư biểu mô tế bào thận được nội soi sau phúc mạc cắt thận triệt căn từ tháng 01/2013 đến tháng 03/2021.

Kết quả: Thời gian mổ dài nhất ở giai đoạn 3 và nhóm nạo vét hạch mở rộng. Các biến chứng trong mổ và sau mổ, thời gian nằm viện, thời gian dùng giảm đau không có sự khác biệt giữa giai đoạn I, II và III cũng như giữa nhóm nạo vét hạch mở rộng với nhóm còn lại. Số hạch trung bình trong nhóm nạo vét hạch là: 3.9 ± 2.3 hạch. Tỷ lệ sống không bệnh sau 5 năm ở 3 giai đoạn lần lượt là: 99%, 94.7% và 87.3%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm ở 3 giai đoạn lần lượt là: 100%, 97,7% và 94.23%. Điểm R.E.N.A.L trung bình của khối u ở giai đoạn T1,2 là 9.3.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn chỉ định cho những khối u T1-2 không thích hợp với cắt thận bán phần và các khối u ở giai đoạn T3a. Với các khối u ở giai đoạn T3b chỉ định mổ nội soi được cân nhắc kỹ dựa trên lựa chọn ở từng người bệnh cụ thể.

Indications laparoscopic radical nephrectomy for renal cell carcinoma: 191 cases at Viet Duc University Hospital and update current trends.

Nguyen Huy Hoang^{1,2}, Do Truong Thanh^{1,2}, Hoang Long^{1,2}

1. Viet Duc University Hospital, 2. Hanoi Medical University

Abstract

Introduction: Currently, laparoscopic surgery with outstanding advantages gradually replaces traditional open surgery to treat local tumors (T1-2). However, even at stage T1-2, the question of radical or partial nephrectomy is still controversial. For tumors at a later stage, open surgery is still the standard for treatment, however, laparoscopic surgery is showing that it can gradually replace open surgery in these cases.

Subjects and methods: Retrospective and prospective description of 191 renal cell carcinoma patients undergoing retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy from January 2013 to March 2021.

Results: The longest operation time in the 3rd stage and the extend lymph node dissection group. Intraoperative and postoperative complications, length of hospital stay, and painkiller time did not differ between stages I, II and III as well as between the lymph node dissection group and the other group. The average number of lymph nodes in the lymph node dissection group was: 3.9 ± 2.3 lymph nodes. The disease-free survival rate after 5 years in 3 stages is: 99%, 94.7% and 87.3%, respectively. Overall survival rate after 5 years in 3 stages are: 100%, 97.7% and 94.23%, respectively. The mean R.E.N.A.L score of tumors at T1,2 stage was 9.3.

Conclusion: Laparoscopic radical nephrectomy is indicated for T1-2 tumors not suitable for partial nephrectomy and T3a stage tumors. With tumors at stage T3b, the indication for laparoscopic surgery is carefully considered based on the selection in each specific patient.

Keywords: Renal cell carcinoma, radical nephrectomy, partial nephrectomy, laparoscopic surgery.

Đặt vấn đề

Ung thư biểu mô tế bào thận (RCC: Renal Cell Carcinoma) là loại ung thư thận thường gặp nhất chiếm 90% các tăng sinh ác tính của thận. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 60 - 70, với tỉ lệ nam: nữ khoảng 1,5:1. Tại Việt Nam mặc dù chưa có số liệu thống kê đầy đủ nhưng RCC được xếp hàng thứ ba trong các loại ung thư của hệ tiết niệu. Có nhiều phương pháp điều trị RCC trong đó phẫu thuật vẫn giữ vai trò chủ yếu, phẫu thuật nội soi (PTNS) được ứng dụng ngày càng rộng rãi cho kết quả tương đương mổ mở và thể hiện những ưu điểm vượt trội [1]. Ngày nay nhờ kỹ thuật mổ ngày càng thành thực cùng với sự phát triển của khoa học nên chỉ định PTNS có nhiều thay đổi so với trước đây. Xu hướng chung là mở rộng chỉ định mổ nội soi, một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng có thể thực hiện PTNS khi khối u ở giai đoạn T3a, thậm chí ở giai đoạn T3b, c. Bài viết này của chúng tôi dựa trên kinh nghiệm thực tiễn và cập nhật xu hướng hiện tại trên y văn thế giới mong muốn đưa ra những chỉ định PTNS cắt

thận triệt căn một cách khách quan và hợp lý nhất, vấn đề mà các tác giả trên thế giới đang có nhiều tranh luận trong thời gian gần đây.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 191 người bệnh (NB) ung thư biểu mô tế bào thận được PTNS sau phúc mạc cắt thận triệt căn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 3 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, được chẩn đoán RCC.

Được PTNS sau phúc mạc cắt thận triệt căn.

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

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh không khám lại sau mổ, không liên lạc được, bị mất thông tin.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp tiến cứu và hồi cứu.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện áp dụng trong nghiên cứu này.

Các chỉ số nghiên cứu: giai đoạn bệnh, thời gian mổ, thời gian nằm viện, thời gian dùng giảm đau, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, số lượng hạch nạo vét, điểm số R.E.N.A.L.

Xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng để mô tả các đặc điểm của NB nghiên cứu (tần số và tỉ lệ % đối với biến định tính; trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến định lượng). Phân tích sống còn Kaplan-Meier được

sử dụng để đánh giá tỉ suất sống của NB sau mổ.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của Phòng kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mọi thông tin thu thập từ NB được đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. NB được điều trị theo phác đồ và nghiên cứu không ảnh hưởng tới kết quả điều trị của người bệnh.

Kết quả

Giai đoạn bệnh trước mổ và kết quả điều trị

Bảng 1. Đặc điểm chung theo giai đoạn bệnh

Đặc điểm	Tổng	Giai đoạn			P
		I	II	III	
Thời gian mổ					
Trung bình (Trung vị)	86.8 (80)	83.8 (80)	90.4 (90)	101.8 (100)	< 0.001
Tai biến trong mổ					
Không	180 (94.2)	137 (95.1)	24 (96)	19 (86.4)	0.24
Có	11 (5.8)	7 (4.9)	1 (4)	3 (13.6)	
Thời gian dùng giảm đau					
Trung bình (Trung vị)	3.5 (4)	3.5 (3)	3.5 (4)	3.6 (4)	0.20
Thời gian nằm viện					
Trung bình (Trung vị)	5 (5)	5.1 (5)	4.9 (5)	4.9 (5)	0.46
Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)					
Sau 5 năm	48 (87.3)	37 (90.2)	6 (100)	5 (62.5)	
Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)					
Sau 5 năm	49 (94.23)	38 (95)	6 (100)	5 (83.3)	

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình của giai đoạn 3 cao hơn có ý nghĩa so với giai đoạn 1 và 2 với $p < 0.001$. Không có sự khác biệt về thời gian dùng thuốc giảm đau, số ngày nằm viện, tai biến trong mổ giữa 3 giai đoạn với p lần lượt là: 0.2; 0.46; 0.24. DFS sau 5 năm ở 3 giai đoạn lần lượt là: 90.2%, 100% và 62.5%. OS sau 5 năm ở 3 giai đoạn lần lượt là: 95%, 100% và 83.3%.

Điểm R.E.N.A.L

Bảng 2. Điểm RENAL trung bình cho giai đoạn I và II trước mổ

Điểm R.E.N.A.L.	n = 177	Tỉ lệ %	Điểm trung bình
Độ phức tạp thấp	3	1.7	6.0
Độ phức tạp trung bình	95	53.7	8.46
Độ phức tạp cao	79	44.6	10.4
Tổng	177	100.0	9.3

Nhận xét: các khối u có độ phức tạp trung bình và cao chiếm tỷ lệ lớn với 98.3%. Điểm R.E.N.A.L trung bình của cả nhóm là 9.3.

Nạo vét hạch

Bảng 3. Đặc điểm trong và sau mổ theo LND

Đặc điểm	Tổng	LND			P
		Hạn chế	vùng	mở rộng	
Biến chứng					
Không	180 (94.2)	163 (94.2)	12 (92.3)	5 (100)	0.82
Có	11 (5.8)	10 (5.8)	1 (7.7)	0 (0)	
Thời gian mổ					
Trung bình (Trung vị)	86.8 (80)	86.5 (80)	84.6 (90)	102 (100)	p13 = 0.049
Thời gian dùng giảm đau					
Trung bình (Trung vị)	3.5 (4)	3.5 (4)	3.6 (4)	3.4 (3)	0.85
Thời gian nằm viện					
Trung bình (Trung vị)	5 (5)	5.1 (5)	4.8 (5)	5 (5)	0.91

Nhận xét: LND mở rộng có thời gian mổ dài nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.049$. Các tai biến, biến chứng trong và sau mổ cũng như thời gian dùng thuốc giảm đau và thời gian nằm viện không có sự khác biệt giữa các nhóm nạo vét hạch.

Số lượng hạch được nạo vét: Trong số 50 NB được đếm số lượng hạch trên GPB, số hạch nạo vét được trung bình là: 3.9 ± 2.3 hạch. Tối thiểu là 1 hạch, tối đa là 15 hạch. Số hạch nạo vét được trong nhóm mở rộng là: 7.6 hạch.

Bàn luận

Chỉ định PTNS cắt thận triệt căn phụ thuộc vào 2 yếu tố chính là: giai đoạn bệnh (TNM) và vị trí - độ phức tạp về mặt giải phẫu của khối u.

Chỉ định mổ phụ thuộc giai đoạn của khối u.

Giai đoạn khối u được chúng tôi đánh giá dựa trên phân loại TNM của AJCC 2018.

Chỉ định PTNS cắt thận triệt căn ở giai đoạn khu trú T1, 2N0M0.

Năm 1991, ca PTNS thận đầu tiên được thực hiện bởi Clayman và cộng sự. PTNS mang lại một số lợi

thế so với phẫu thuật mở như: giảm đau, giảm thời gian nằm viện, hồi phục sớm, thẩm mỹ, trong khi đạt được kiểm soát ung thư tương đương [2]. Theo Guideline của Hội Tiết niệu châu Âu (EAU) 2019 [3] và Hội Tiết niệu Mỹ (AUA) 2017 [4]: PTNS cắt thận triệt căn chỉ định cho các khối u còn giới hạn trong thận (T1-2) không khả thi với cắt thận bán phần.

Tai biến trong mổ của chúng tôi ở giai đoạn T1-2 là 8/170 NB chiếm 4.7%, trong đó hay gặp nhất là chảy máu trong mổ ở 7/170 NB chiếm 4.1% và tổn thương mạch máu 5/170 NB chiếm 2.9%, lượng máu mất trung bình là 137.5 ± 56.9 ml, có 1 NB phải chuyển sang mổ mở do chảy máu nhiều. Theo Campbell S.C (2002), tỷ lệ biến chứng trong cắt thận triệt căn khoảng 2% chủ yếu là tai biến chảy máu do tổn thương mạch máu lớn và tổn thương lách [5]. A.K. Hemal (2006) nghiên cứu trên 41 NB gặp 3 trường hợp chảy máu trong mổ chiếm 7.3%, trong đó 2 NB phải chuyển mổ mở cầm máu cuống thận [6]. So sánh với tỷ lệ tai biến trong mổ cho thấy tỷ lệ của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác.

Tính theo thời gian nằm viện, các tác giả đã mô tả một lợi thế đáng kể của PTNS so với mổ mở: Abbou và cs 4,8 so với 9,7 ngày [7]. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi là: 5.0 ± 1.3 ngày tương tự như các tác giả khác.

Theo Eskicorapci SY sự an toàn về mặt ung thư học và tỷ lệ sống sót sau 5 năm không mắc bệnh (DFS) trong PTNS cắt thận triệt căn được tìm thấy là hơn 90%, tương đương với mổ mở. Tỷ lệ sống sót toàn bộ (OS) sau 5 năm là 94%, trong đó 96% cho pT1/pT2 và 75% cho pT3 [8]. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo DFS và OS sau 5 năm của giai đoạn T1/2N0M0 tương ứng dao động từ 91 - 96% và 81 - 95% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi DFS sau 5 năm ở giai đoạn T1,2 lần lượt là: 90.2% và 100% và OS sau 5 năm ở giai đoạn T1,2 lần lượt là: 95% và 100% tương đương với kết quả của các tác giả nước ngoài. Như vậy RCC ở giai đoạn T1, 2N0M0 không khả thi với phẫu thuật cắt thận bán phần thì PTNS cắt thận triệt căn là chỉ định được ưu tiên và được chấp thuận rộng rãi bởi đa số các phẫu thuật viên.

Chỉ định PTNS cắt thận triệt căn cho RCC giai đoạn tiến triển.

Chỉ định mổ nội soi cắt thận cho RCC giai đoạn tiến triển còn nhiều tranh cãi về mức độ an toàn và hiệu quả thực sự của nó so với mổ mở truyền thống.

T1, 2N1M0.

Phẫu thuật nạo vét hạch (LND: lympho node dissection) trong điều trị ung thư nói chung và RCC nói riêng được xem như nguyên tắc điều trị triệt căn. Tuy nhiên việc nạo vét hạch trong RCC còn nhiều tranh cãi. Theo Guideline của AUA [4] và EAU [3]: LND không được khuyến cáo khi u còn giới hạn trong thận và không có bằng chứng về di căn hạch. Mặc dù sự hiện diện của hạch di căn tại thời điểm cắt thận cho thấy tiên lượng xấu, nhưng vai trò của LND vẫn chưa rõ ràng. Hiện tại không có tiêu chuẩn nào được chấp nhận về cách quản lý các hạch bạch huyết như thế nào tại thời điểm cắt thận [10]. Tuy nhiên LND có thể có giá trị trong nhóm NB nguy cơ cao: u trên 10 cm, T3,4; Furman độ cao, u dạng sarcomatoid và những NB nghi ngờ di căn hạch trong mổ hoặc trên chẩn đoán hình ảnh (CBHA) trước mổ. LND mở rộng

có thể được áp dụng trong các trường hợp này. Đối với những NB không có bằng chứng trước mổ về di căn hạch thì không cần nạo vét hạch hoặc chỉ cần nạo vét hạch hạn chế vì không có lợi ích rõ ràng đối với phẫu thuật nạo vét hạch mở rộng [3], [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5/191 NB chẩn đoán trước mổ nghi ngờ di căn hạch trên CLVT, 40/191 NB trong mổ quan sát thấy có hạch bạch huyết tăng kích thước. Nạo vét hạch được tiến hành ở 180 NB chiếm 94.2%, trong đó chủ yếu là nạo vét hạch hạn chế chiếm 85.3% (163/191 NB), nạo vét hạch vùng 13/191 NB (6.8%) và 5 NB nghi ngờ di căn hạch trên CLVT được nạo vét hạch mở rộng. Tuy nhiên kết quả giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ chỉ có 1 trường hợp có di căn hạch chiếm 20% số NB được chẩn đoán có di căn hạch trước mổ, các trường hợp còn lại hạch tăng kích thước do viêm.

Trong giai đoạn đầu, PTNS nạo vét hạch còn khá mới mẻ, do khó khăn về mặt kỹ thuật nên việc nạo vét hạch thường được báo cáo là không có tác dụng điều trị có lợi. Onoa Y đã tiến hành nội soi cắt thận và nạo vét các hạch cạnh động mạch chủ ở 25 RCC (u ≥ 5 cm), kết quả GPB có 1 NB bị vi di căn hạch. Tác giả cho rằng LND mở rộng qua PTNS là an toàn và cần thiết trong những trường hợp nghi ngờ để tránh bỏ sót những trường hợp vi di căn hạch [12]. Matthew N Simmons [13]: nhận thấy PTNS nạo vét hạch là khả thi về mặt kỹ thuật và an toàn trên một số NB được lựa chọn cụ thể mà khối hạch di căn không quá lớn. Kết quả của chúng tôi (bảng 3) cho thấy PTNS nạo vét hạch mở rộng chỉ làm kéo dài thời gian mổ nhưng không làm tăng thêm các tai biến như: chảy máu, mổ mở hay tổn thương tạng và không ảnh hưởng đến diễn biến sau mổ như: thời gian trung tiện, thời gian dùng thuốc giảm đau, thời gian nằm viện.

Chapman T.N (2007) [14]: với kinh nghiệm của phẫu thuật viên ngày càng tăng, phạm vi của LND cũng nên được tăng dần. Số hạch trung bình được lấy bỏ là 7,8 hạch; tuy nhiên với LND mở rộng số hạch trung bình được lấy là 12. Nguy cơ tổng thể trong và sau mổ tương tự nhau giữa 2 nhóm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50 NB được đếm số lượng hạch trên GPB, số hạch nạo vét được trung

bình là: 3.9 ± 2.3 hạch. Tối thiểu là 1 hạch, tối đa là 15 hạch. Số hạch nạo vét được trong nhóm mở rộng trung bình là: 7.6 hạch.

T3a, bNxMo.

Giai đoạn T3a (AJCC) bao gồm các khối u tiến triển tại chỗ: phá vỡ vỏ thận xâm lấn tổ chức mỡ quanh thận và/hoặc xâm lấn xoang thận và/hoặc có huyết khối tĩnh mạch thận nhưng chưa lan tới tĩnh mạch chủ dưới. EAU, AUA guideline trước 2020 chưa thấy khuyến cáo PTNS cho các khối u ở giai đoạn này.

Huyết khối tĩnh mạch (TM) do u thường là hỗn hợp tế bào u ở phần gần TM và cục máu đông ở đầu xa. Trong RCC khoảng 4 - 10% có huyết khối TM, trong đó 50 - 75% gặp ở khối u thận phải. Huyết khối TM ở NB ung thư tế bào thận là một trong những yếu tố tiên lượng xấu [15]. Huyết khối TM trong RCC được phân loại theo: TNM AJCC (2018) và Mayo Clinic [16]. Trong RCC chưa có di căn xa, mổ lấy huyết khối là 1 kỹ thuật khó và thường được thực hiện dưới mổ mở truyền thống. Một số báo cáo đã thực hiện PTNS cho giai đoạn T3a-b, tuy nhiên những nghiên cứu này còn ít và hiệu quả so với mổ mở còn chưa được chứng minh [17]. Tuy nhiên gần đây với những cải tiến trong kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, PTNS đang ngày càng được sử dụng phổ biến ở một số trung tâm phẫu thuật cho phép lấy bỏ huyết khối cấp 0, I hoặc II. Các kết quả sơ bộ đã chứng minh PTNS là an toàn và khả thi ở những NB có huyết khối TM được chọn lựa cụ thể [15].

Barbas-Bernardos G (2020) [18], cũng chỉ ra PTNS là an toàn cho NB ở giai đoạn T3a và nó chỉ làm tăng thời gian phẫu thuật, nhưng giảm thời gian nằm viện và các biến chứng sau mổ và đặc biệt là không ảnh hưởng đến RFS (Recurrence free survival), OS (Overall survival) hoặc CSS (Cancer specific survival). Yoshinari Ono [12] báo cáo PTNS cắt thận triệt căn cho 16 người bệnh T3aN0M0, OS sau 5 năm là 100% [19]. Chống chỉ định được chấp nhận duy nhất là di căn hạch đáng kể, thâm nhiễm thành TM chủ và xâm lấn các cơ quan lân cận thận. Các thông số như thời gian mổ, lượng máu mất và nguy cơ biến chứng không khác biệt đáng kể khi so sánh

với PTNS ở giai đoạn T1,2 [20].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 17 NB được chẩn đoán ở giai đoạn T3a trước mổ, trong đó có 1 NB được chẩn đoán có huyết khối ở đoạn đầu của TM thận. Về cơ bản PTNS cắt thận triệt căn ở giai đoạn này chỉ làm tăng thời gian mổ, các biến chứng trong và sau mổ không có sự khác biệt so với nhóm u T1-2 (bảng 1). Trong số 17 NB không có NB nào phải chuyển mổ mở, có 1 trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ vì tuột clip động mạch thận. Thời gian nằm viện, thời gian dùng giảm đau không có sự khác biệt giữa nhóm T1-2 và nhóm T3a, OS sau 5 năm là 83.3% (bảng 1). Desai M (2003) báo cáo 8 NB được chẩn đoán trước mổ với khối u TM thận cấp I được điều trị bằng PTNS, khẳng định thành công bước đầu [20]. Đối với huyết khối khối u cấp độ I, cách tiếp cận tương tự như PTNS cắt thận tiêu chuẩn. Kích thước và mức độ lan rộng của huyết khối có thể được xác nhận bằng siêu âm nội soi trong mổ [20].

Theo EM Bolton [21], tất cả các trường hợp RCC T3a nên được xem xét để PTNS trong khi các khối u mở rộng vào TM chủ nên được mổ mở. James D.D. Allan [22], cũng đồng tình với quan điểm chỉ định PTNS cho các khối u ở giai đoạn T1-T3aN0M0.

Guzzo T.J (2009) đại học Johns Hopkins đã công bố kết quả 37 trường hợp PTNS cho các khối u T3b đã làm nổi bật sự phức tạp của phẫu thuật và sự cần thiết của PTV có kỹ năng mổ nội soi tốt [23]. Marcin Slojewski [19] cho rằng với những kinh nghiệm đầy hứa hẹn thì PTNS cho giai đoạn T3b là khả thi với việc tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc ung thư bắt buộc ở một số NB được chọn; tuy nhiên, cần theo dõi lâu dài để đánh giá kết quả ung thư của kỹ thuật đó.

Gill và cộng sự: PTNS cắt bỏ thận cho 16 người bệnh pT3b [20], một trường hợp phải chuyển mổ mở do chảy máu ổ ạt. Wille và cộng sự cũng báo cáo kết quả tương tự ở 7 người bệnh pT3b [24].

Như vậy có thấy đa phần tác giả đang dần thừa nhận PTNS cắt thận triệt căn là khả thi cho những hầu hết các khối u thận ở giai đoạn T3a và có thể mở rộng cho giai đoạn T3b ở những trường hợp lựa chọn cụ thể. Hiện nay, RCC với những khối di căn hạch lớn, u xâm lấn vào thành TM chủ, hoặc xâm lấn vào

các tạng xung quanh vẫn là những chống chỉ định đối với PTNS [12], [20].

Chỉ định mổ phụ thuộc vị trí khối u.

Vị trí khối u là yếu tố chính cấu thành nên độ phức tạp của khối u thận. Vị trí của khối u quyết định có thể cắt thận bán phần được hay không khi khối u ở giai đoạn T1,2. Rất nhiều khối u mặc dù có kích thước nhỏ nhưng vị trí bất lợi khiến cho việc cắt thận bán phần (PN) không khả thi, do đó cắt thận triệt căn (RN) được ưu tiên ở những trường hợp này [25].

Năm 2005, khoảng 27% NB có khối u < 4 cm được PN. Những số liệu gần đây chỉ ra rằng tỷ lệ này là hơn 65%. Rất nhiều báo cáo đã cho thấy kết quả khả quan

của phẫu thuật PN, kết quả về mặt ung thư học cũng như thời gian sống thêm là tương đương với RN. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra những tồn tại do việc mở rộng chỉ định mổ PN một cách chủ quan, đó là: tăng giai đoạn sau mổ, rìa phẫu thuật dương tính [26]. Điều này gây ra rất nhiều lo lắng cho NB cũng như sự bối rối cho phẫu thuật viên.

Theo Daniel Canter [26]: cho đến nay, việc ra quyết định điều trị cho một khối u thận vẫn còn chủ quan vì thói quen của PTV và mong muốn của NB. Điểm R.E.N.A.L được giới thiệu như là một phương tiện khách quan để mô tả giải phẫu khối u thận từ đó các PTV có thể đưa ra chỉ định điều trị hợp lý.

	1pt	2pts	3pts
(R)adius (maximal diameter in cm)	≤ 4	> 4 but < 7	≥ 7
(E)xophytic/endophytic properties	≥ 50%	< 50%	Entirely endophytic
(N)earness of the tumor to the collecting system or sinus (mm)	≥ 7	> 4 but < 7	≤ 4
(A)nterior/Posterior	No points given. Mass assigned a descriptor of a, p, or x		
(L)ocation relative to the polar lines* *suffix "h" assigned if the tumor touches the main renal artery or vein	Entirely above the upper or below the lower polar line	Lesion crosses polar line	> 50% of mass is across polar line (a) or mass crosses the axial renal midline (b) or mass is entirely between the polar lines (c)

Hình 1. Thang điểm R.E.N.A.L [27]

Đánh giá độ phức tạp khối u thận qua điểm R.E.N.A.L

- 4 - 6 điểm: độ phức tạp thấp.
- 7 - 9 điểm: độ phức tạp trung bình.
- 10 - 12 điểm: độ phức tạp cao.

Khối u có độ phức tạp cao hơn liên quan đến cả RN và PN mổ mở. So với NB trải qua PN, NB được điều trị bằng RN có điểm số về kích thước (R), khoảng cách tới xoang thận (N) và vị trí so với đường cực (L) cao hơn đáng kể. Hơn nữa, các khối u được điều trị bằng RN thường có vị trí gần rốn thận hơn “h”. Tương tự, so với PN xâm lấn tối thiểu, PN mổ mở có liên quan đến điểm số R.E.N.A.L cao hơn. Các khối u với tổng số điểm R.E.N.A.L tăng cũng như tăng điểm từng thành phần có nhiều khả

năng trải qua RN hơn PN. Các khối u được điều trị bằng RN có tổng điểm Nephrometry trung bình là 9,6. Trong khi đó, các khối u được điều trị bởi PN có điểm Nephrometry trung bình là 7,4 [26]. PN mổ mở có điểm R.E.N.A.L cao hơn (trung bình = 8,1) so với các tổn thương được điều trị bởi MIS-PN là 6,6 [26].

MH Wong (2014) [28] khi nghiên cứu 74 NB, trong đó 38 người bệnh được PN và 36 NB được RN. Có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm PN và RN về điểm số R.E.N.A.L trung bình (6,9 so với 9,0; P < 0,001). Tổng số điểm R.E.N.A.L trung bình cũng khác nhau đáng kể trong cách tiếp cận mổ mở so với xâm lấn tối thiểu ở người bệnh PN (7,8 so với 6,0, P = 0,001).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 177 NB được đánh giá điểm R.E.N.A.L trước mổ. Các NB chẩn

đoán trước mổ ở giai đoạn 3 chúng tôi không đánh giá điểm R.E.N.A.L. Trong số 177 NB chỉ có 3/177 (1.7%) có điểm độ phức tạp thấp: 2 NB 6ah và 1 NB 6xh, cả 3 NB này mặc dù khối u nhỏ nhưng lại nằm hoàn toàn trong nhu mô thận, không lồi ra ngoài, vị trí gần rốn thận, chức năng thận đối diện tốt nên chúng tôi quyết định PTNS cắt thận triệt căn cho NB. Độ phức tạp trung bình có 95/177 NB chiếm 53.7%, điểm trung bình trong nhóm này là 8.5. Độ phức tạp cao có 79/177 NB chiếm 44.7%, điểm trung bình trong nhóm này là 10.4. Điểm trung bình của cả 177 NB là 9.3. Như vậy xét về điểm R.E.N.A.L, các NB trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với chỉ định RN khi so sánh với các tác giả nước ngoài.

Từ các nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy NB trước mổ cần thiết phải được chụp CLVT để đánh giá độ phức tạp của khối u thận từ đó đưa ra quyết định điều trị hợp lý. Tránh tối đa hiện tượng tăng giai đoạn, rìa phẫu thuật dương tính, cũng như tránh cắt thận toàn bộ trong những trường hợp không cần thiết.

Kết luận

Chỉ định PTNS cắt thận triệt căn điều trị RCC phụ thuộc chủ yếu vào hai yếu tố: giai đoạn và vị trí u. Dựa trên giai đoạn TNM: PTNS cắt thận triệt căn được chấp thuận rộng rãi nhất khi khối u ở giai đoạn T1,2 không khả thi với cắt thận bán phần. Ngày nay nhiều tác giả dần thừa nhận PTNS cắt thận triệt căn là phương pháp tiêu chuẩn cho RCC giai đoạn T3a và việc nạo vét hạch bằng PTNS là an toàn và khả thi, PTNS ở giai đoạn này chỉ làm tăng thêm thời gian mổ, các nguy cơ trong và sau mổ tương đương với nhóm T1,2. Đối với RCC ở giai đoạn muộn hơn, PTNS có thể khả thi ở từng trường hợp cụ thể và được chọn lựa kỹ, nhưng PTNS không được coi là tiêu chuẩn điều trị cho giai đoạn này.

Dựa trên vị trí khối u: Đối với các khối u thận có độ phức tạp cao PTNS cắt thận triệt căn nên được áp dụng, các khối u có độ phức tạp thấp thì PTNS cắt thận bán phần là chỉ định được ưu tiên, các khối u có độ phức tạp trung bình chỉ định cắt thận triệt căn hay bán phần phụ thuộc vào tuổi, lựa chọn của người bệnh, tình trạng thận đối diện.

Tài liệu tham khảo

1. Chuyên LV. *Bệnh Lý Các Khối u Đường Tiết Niệu*. Nhà xuất bản Y học; 2013.
2. Curcio L, Cunha AC, Renteria J, Presto D. Laparoscopic resection of tumor recurrence after radical nephrectomy for localized renal cell carcinoma. *International braz j urol*. 2014;40(3):431-432.
3. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al. European association of urology guidelines on renal cell carcinoma: the 2019 update. *European urology*. 2019;75(5):799-810.
4. Campbell S, Uzzo RG, Allaf ME, et al. Renal mass and localized renal cancer: AUA guideline. *The Journal of urology*. 2017; 198 (3): 520-529.
5. Campbell, M. F. et al. Renal tumor. In: *Campbells Urology*. ; 2002:2672-2731.
6. Hemal AK, Kumar A, Kumar R, Wadhwa P, Seth A, Gupta NP. Laparoscopic versus open radical nephrectomy for large renal tumors: a long-term prospective comparison. *The Journal of urology*. 2007; 177 (3): 862-866.
7. Cicco A, Salomon L, Hoznek H, et al. Carcinological risks and retroperitoneal laparoscopy. *European urology*. 2000; 38 (5):606-612.
8. Eskicorapci SY, Teber D, Schulze M, Ates M, Stock C, Rassweiler JJ. Laparoscopic radical nephrectomy: the new gold standard surgical treatment for localized renal cell carcinoma. *The Scientific World Journal*. 2007; 7: 825 - 836.
9. Ono Y, Kinukawa T, Hattori R, Gotoh M, Kamihira O, Ohshima S. The long-term outcome of laparoscopic radical nephrectomy for small renal cell carcinoma. *The Journal of urology*. 2001; 165 (6 Part 1): 1867-1870.
10. Albqami N, Janetschek G. Indications and contraindications for the use of laparoscopic surgery for renal cell carcinoma. *Nature Clinical Practice Urology*. 2006; 3(1):32-37.
11. Pantuck AJ, Zisman A, Dorey F, et al. Renal cell carcinoma with retroperitoneal lymph nodes: role of lymph node dissection. *The Journal of urology*. 2003; 169(6): 2076-2083.
12. Ono Y, Hattori R, Gotoh M, Yoshino Y, Yoshikawa Y, Kamihira O. Laparoscopic radical nephrectomy for renal cell carcinoma: the standard of care already? *Current opinion in urology*. 2005;15(2):75-78.
13. Simmons MN, Kaouk J, Gill IS, Fergany A. Laparoscopic radical nephrectomy with hilar lymph node dissection in patients with advanced renal cell carcinoma. *Urology*. 2007; 70(1):43-46.

14. Chapman TN, Sharma S, Zhang S, Wong MK, Kim HL. Laparoscopic lymph node dissection in clinically node-negative patients undergoing laparoscopic nephrectomy for renal carcinoma. *Urology*. 2008;71 (2): 287-291.
15. Bansal RK, Tu HYV, Drachenberg D, et al. Laparoscopic management of advanced renal cell carcinoma with renal vein and inferior vena cava thrombus. *Urology*. 2014;83(4):812-817.
16. Blute ML, Leibovich BC, Lohse CM, Cheville JC, Zincke H. The Mayo Clinic experience with surgical management, complications and outcome for patients with renal cell carcinoma and venous tumour thrombus. *BJU international*. 2004;94 (1): 33-41.
17. Chen X, Li S, Xu Z, et al. Clinical and oncological outcomes in Chinese patients with renal cell carcinoma and venous tumor thrombus extension: single-center experience. *World journal of surgical oncology*. 2015; 13 (1): 14.
18. Barbas-Bernardos G, Herranz-Amo F, Cano-Velasco J, et al. Effect of surgical approach on radical nephrectomy outcomes: Comparative study between open and laparoscopic nephrectomy. *Archivos Espanoles de Urologia*. 2020; 73 (3): 172-182.
19. Slojewski M, Golab A, Petrasz P, Sikorski A. Laparoscopic radical nephrectomy for T3b tumor. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2010; 20 (1):47-49.
20. Desai MM, Gill IS, Ramani AP, Matin SF, Kaouk JH, Campero JM. Laparoscopic radical nephrectomy for cancer with level I renal vein involvement. *The Journal of urology*. 2003;169(2):487-491.
21. Bolton EM, Hennessy D, Lonergan PE, Darcy FT, Manecksha RP, Lynch TH. Evaluating the perioperative safety of laparoscopic radical nephrectomy for large, non-metastatic renal tumours: a comparative analysis of T1-T2 with T3a tumours. *Irish Journal of Medical Science* (1971-). 2018;187(2):313-318.
22. Allan JDD, Tolley DA, Kaouk JH, Novick AC, Gill IS. Laparoscopic radical nephrectomy. *European urology*. 2001; 40 (1): 17-23.
23. Guzzo TJ, Schaeffer EM, McNeil BK, Pollock RA, Pavlovich CP, Allaf ME. Laparoscopic radical nephrectomy for patients with pathologic T3b renal-cell carcinoma: the Johns Hopkins experience. *Journal of endourology*. 2009;23(1):63-68.
24. Wille AH, Roigas J, Deger S, Tullmann M, Turk I, Loening SA. Laparoscopic radical nephrectomy: techniques, results and oncological outcome in 125 consecutive cases. *European urology*. 2004; 45 (4): 483-489.
25. Mattar K, Finelli A. Expanding the indications for laparoscopic radical nephrectomy. *Current Opinion in Urology*. 2007;17(2):88-92.
26. Canter D, Kutikov A, Manley B, et al. Utility of the RENAL nephrometry scoring system in objectifying treatment decision-making of the enhancing renal mass. *Urology*. 2011;78(5):1089-1094.
27. Kutikov A, Uzzo RG. The RENAL nephrometry score: a comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location and depth. *The Journal of urology*. 2009;182(3):844-853.
28. Wong MH, Cho KY, Ho KL, et al. How can the RENAL nephrometry scoring system aid management of a solid renal mass. *Hong Kong Med J*. 2014;20(1):37-44.