

KINH NGHIỆM QUA 4098 TRƯỜNG HỢP SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT NGÃ TRỰC TRÀNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Phan Thành Thống^{1✉}, Đỗ Anh Toàn^{1,2}, Nguyễn Đạo Thuận^{1,2}, Lê Trọng Khôi¹, Nguyễn Ngọc Thái^{1,2}, Nguyễn Xuân Chiến¹, Nguyễn Văn Khoa¹, Huỳnh Thị Hoàng Oanh¹, Nguyễn Thái Hoàng¹, Trần Quang Sinh², Nguyễn Huỳnh Đăng Khoa²

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Tiết Niệu Học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh thiết là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt (TTL). Trong đó sinh thiết ngã trực tràng đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn trong 30 năm trở lại đây. Chúng tôi tổng kết 4098 trường hợp được sinh thiết qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm nhằm hướng đến tỷ lệ phát hiện bệnh và các biến chứng sau sinh thiết TTL.

Phương pháp: 4098 trường hợp sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng được thực hiện tại đơn vị Can thiệp tiết niệu sinh dục dưới hướng dẫn siêu âm từ 1/2018-6/2022. Tiến hành hồi cứu hồ sơ, thu thập kết quả mô học, đánh giá biến chứng trong tuần đầu tiên sau sinh thiết.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là 71.7 ± 5.3 (bệnh nhân trẻ nhất 32 tuổi, lớn nhất 100 tuổi). Kết quả mô học dương tính trong 37%. Sau sinh thiết có 7,98% số bệnh nhân có chảy máu hậu môn trực tràng, 12% có tiểu máu đại thể, 2 TH phải nhập viện truyền máu, 3,1% bị bí tiểu sau sinh thiết phải đặt sonde niệu đạo, 3,98% bị sốt sau sinh thiết, 12TH nhiễm khuẩn huyết, 1 TH choáng nhiễm khuẩn, 1 TH dị ứng thuốc tê. Không có TH nào tử vong.

Kết luận: Sinh thiết tuyến tiền liệt ngã trực tràng có tính an toàn cao. Các biến chứng có thể kiểm soát bằng cách sàng lọc đối tượng nguy cơ cao, kháng sinh, điều trị ổn định nhiễm khuẩn trước sinh thiết, sát khuẩn kỹ, thắt tháo trước sinh thiết, giảm đau tốt, kiểm soát đường đi kim sinh thiết và theo dõi sát bệnh nhân sau sinh thiết.

Từ khóa: Tuyến tiền liệt, Ung thư, Sinh thiết, Siêu âm ngã trực tràng.

ABSTRACT

EXPERIENCE 4098 CASES OF TRANSRECTAL PROSTATE BIOPSIES AT BINH DAN HOSPITAL

Phan Thanh Thong^{1✉}, Do Anh Toan^{1,2}, Nguyen Dao Thuan^{1,2}, Le Trong Khoi¹, Nguyen Ngoc Thai^{1,2}, Nguyen Xuan Chien¹, Nguyen Van Khoa¹, Huynh Thi Hoang Oanh¹, Nguyen Thai Hoang¹, Tran Quang Sinh², Nguyen Huynh Dang Khoa²

Background: Biopsy is the gold standard in the diagnosis of prostate cancer. In which, rectal biopsy has become the standard method in the past 30 years. We reviewed more 4098 cases of rectal biopsies to evaluate the detection rate and complication rate of this technique.

Ngày nhận bài:

13/6/2022

Ngày chỉnh sửa:

20/7/2023

Chấp thuận đăng:

25/7/2022

Tác giả liên hệ:

Phan Thành Thống

Email:

phanthanhtong2009@gmail.com

SĐT: 0987797171

Methods: 4098 cases of transrectal prostate biopsies were performed at the Urogenital Interventional Unit under ultrasound guidance in the period 1/2018 - 6/2022. Conduct a review of records, collect histological results, evaluate complications in the first week after biopsy.

Results: The mean age was 71.7 ± 5.3 years old (the youngest patient was 32 years old, the oldest patient was 100 years old). The positive histological result were 37%. After the procedure, 7.98% of patients had anorectal bleeding, 12% had gross hematuria, 2 cases required blood transfusion, 3.1% had urinary retention, 3.98 % had fever after biopsy, 12 cases of sepsis, 1 case of septic shock, 1 case of anaphylaxis with local anesthetic. There was no death.

Conclusions: Overall, a rectal biopsy is safe and effective. Complications can be prevented by excluding contraindications, screening high-risk factors, prophylactic antibiotics, stabilizing infection, thorough disinfection, good enema and analgesics, good control biopsy needle path and carefully follow up after procedure.

Keywords: Prostate, Cancer, Biosy, Transrectal ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là một bệnh lý phổ biến ở nam giới lớn tuổi, đứng hàng thứ hai trong các ung thư mới được chẩn đoán với hơn 1.2 triệu ca mắc mới và gây tử vong bình quân 350.000 ca mỗi năm trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, UTTTL đứng hàng thứ 10 trong ung thư ở cả hai giới với hơn 1200 ca mới chẩn đoán và 800 ca tử vong ước tính mỗi năm [2]. Trong chẩn đoán, sinh thiết TTL được xem là tiêu chuẩn vàng vừa xác nhận bệnh vừa là một trong những cơ sở để phân nhóm nguy cơ và lên kế hoạch điều trị. Sinh thiết TTL được báo cáo lần đầu vào năm 1926 bởi Young bằng kỹ thuật mở tầng sinh môn (TSM). Tiếp theo sau đó là sinh thiết qua TSM bằng kim của Ferguson hay qua ngã trực tràng định hướng bằng ngón tay bởi Astraldi [3]. Cho đến nay, kỹ thuật sinh thiết hệ thống phổ biến được sử dụng là sinh thiết TTL qua ngã trực tràng hoặc TSM dưới hướng dẫn siêu âm bên cạnh kỹ thuật sử dụng cộng hưởng từ hòa ảnh (MRI fusion) định hướng sinh thiết đang được nghiên cứu gần đây.

Theo hướng dẫn lâm sàng củaEAU, sinh thiết TTL nên được thực hiện qua ngã TSM vì đi kèm với nguy cơ biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau thủ thuật (Mức độ chứng cứ 1A, mức độ khuyến cáo mạnh) [4]. Tuy nhiên, sinh thiết TTL ngã trực tràng có ưu thế tiến hành nhanh hơn, ít đau khi thực hiện dưới gây tê tại chỗ tiện lợi, quen thuộc với bác sĩ tiết niệu và có lợi ích chi phí/hiệu quả lớn hơn, phù hợp với những nơi mới triển khai sinh thiết TTL [5]. Tại

Việt Nam, nhiều trung tâm thực hiện sinh thiết TTL qua ngã trực tràng và đã có những báo cáo về kết quả sinh thiết, tuy nhiên số liệu chưa thật sự đủ lớn [6]. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành hồi cứu kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt ở 4098 trường hợp tại bệnh viện Bình Dân nhằm hướng đến tỷ lệ phát hiện bệnh và các biến chứng sau sinh thiết TTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn vào: Tất cả những bệnh nhân được sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2018 - 6/2022 với số lượng mẫu mô là 12 mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Kết quả GPB không rõ lành tính hay ác tính, cần phải nhuộm hóa mô miễn dịch để khẳng định; TH không đủ hồ sơ để thu thập số liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp
Các bước tiến hành sinh thiết tại bệnh viện Bình Dân:

- Giải thích, tư vấn cho BN về lợi ích và nguy cơ thủ thuật.

- Kiểm tra các xét nghiệm đông cầm máu, tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, PSA, free PSA, MRI TTL.

- Kháng sinh Levofloxacin + Metronidazole 3-5 ngày, giảm đau đường uống trước sinh thiết.

- Thụt tháo bằng Fleet enema trước sinh thiết ít nhất 1 giờ.

Kinh nghiệm qua 4098 trường hợp sinh thiết tuyến tiền liệt ngã trực tràng...

- Nằm nghiêng trái, mắc monitor theo dõi sinh hiệu, thở oxy 3l/phút
- Sát khuẩn trực tràng, trải khăn vô khuẩn
- SA ngã trực tràng xác định vị trí, kích thước và thể tích TTL

- Giảm đau tại chỗ bằng Lidocain 2% vào vị trí quanh vỏ bao hay gần túi tinh
- Dùng súng sinh thiết cỡ 16G dài 25cm, định vị sinh thiết 12 mẫu tiêu chuẩn.



Hình 1: Bộ dụng cụ dùng và trang bị trong sinh thiết tuyến tiền liệt tại đơn vị của chúng tôi

- Theo dõi sau sinh thiết khoảng 1 giờ về dấu hiệu: đau, tiểu máu ồ ạt, tiêu máu ồ ạt, bí tiểu, sốt, tụt huyết áp, khó thở.
- Xuất viện, hẹn tái khám lấy kết quả, dặn dò dấu hiệu nhập viện cấp cứu: sốt, tiểu máu ồ ạt, tiêu máu ồ ạt, tụt huyết áp.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 6 năm 2022 có 4098 bệnh nhân được sinh thiết TTL tại bệnh viện Bình Dân thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Tuổi trung bình của bệnh nhân 71.7 ± 5.3 (bệnh nhân trẻ nhất 32 tuổi, lớn nhất 100 tuổi).

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	< 50	50 - 59	60 - 69	70 - 79	> 79	Tổng
Số lượng	61	410	1446	1279	902	4098
Tỷ lệ (%)	1,5	10	35,3	31,2	22	100

Hầu hết bệnh nhân được sinh thiết TTL tập trung trong khoảng 60 - 79 tuổi phù hợp với dịch tễ bệnh lý TTL. Đáng chú ý là có đến 1,5% bệnh nhân nhỏ hơn 50 tuổi được sinh thiết TTL, điều này gợi ý cho việc trẻ hóa ở bệnh nhân bị TTL.

Bảng 2: Các biến chứng sau sinh thiết

Biến chứng sau sinh thiết	Tỷ lệ
Chảy máu hậu môn trực tràng	327/4098 (7,98%)
Tiểu máu đại thể	492/4098 (12%)
Phải nhập viện truyền máu	2/4098 (0,04%)
Bí tiểu sau sinh thiết	127/4098 (3,1%)
Sốt sau sinh thiết	163/4098 (3,98%)
Nhiễm khuẩn huyết	12/4098 (0,3%)
Choáng nhiễm khuẩn	1/4098 (0,02%)
Dị ứng thuốc tê	1/4098 (0,02%)
Phối hợp tiền mê để giảm đau khi sinh thiết	27/4098 (0,66%)

Bệnh viện Trung ương Huế

Sau thiết TTL bệnh nhân được theo dõi và đánh giá biến chứng ngay sau sinh thiết và tại thời điểm đi lấy kết quả sinh thiết. Theo đó có 7,98% số bệnh nhân có chảy máu hậu môn trực tràng, 12% có tiểu máu đại thể, 3,1% bị bí tiểu sau sinh thiết phải đặt sonde niệu đạo, 3,98% bị sốt sau sinh thiết. Cần lưu ý rằng có 12TH nhiễm khuẩn huyết, 2 TH phải nhập viện truyền máu, 1 TH choáng nhiễm khuẩn, 1 TH dị ứng thuốc tê.



Hình 2: Hình ảnh thực tế sinh thiết TTL ngã trực tràng tại đơn vị

Bảng 3: Kết quả giải phẫu bệnh

	Tăng sinh lành tính	Ác tính	Tổng
Số lượng	2582	1516	4098
Tỷ lệ (%)	63	37	100

IV. BÀN LUẬN

Sinh thiết TTL là một thủ thuật xâm lấn, luôn tồn tại nguy cơ biến chứng dù tỉ lệ tương đối thấp. Tại Đơn vị Can thiệp mạch tiết niệu sinh dục bệnh viện Bình Dân, mỗi năm có trên 1000 BN được sinh thiết TTL tại đơn vị. Chúng tôi xin được bàn về một số vấn đề sau:

Vấn đề chảy máu: Với biến chứng tiểu máu, tổng quan y văn của Borghesi trên 85 nghiên cứu ở những quốc gia khác ghi nhận con số dao động từ 2 - 84% có tiểu máu sau sinh thiết tùy theo kỹ thuật, định nghĩa tiểu máu, thời gian theo dõi, phương pháp thu thập số liệu và có liên quan mật thiết tới kích thước tuyến tiền liệt [6]. Theo thống kê của Namekawa trên 2086 BN sinh thiết TTL ngã TSM cho thấy tỉ lệ

tiểu máu lên đến 73.4% và kéo dài bình quân 4.51 ± 2.88 ngày [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 327/4098 (7,98%) chảy máu trực tràng và 492/4098 (12%) BN tiểu máu đại thể ngay sau sinh thiết. Hầu hết các TH này chỉ tiểu máu kéo dài 2 - 5 ngày rồi tự khỏi. Có 2 TH phải nhập viện truyền máu.

TH1: Bệnh nhân 65 tuổi, tiền căn khỏe, xét nghiệm tiền phẫu ghi nhận tiểu cầu 55k/ul. Bệnh nhân được khám chuyên khoa nội để đánh giá nguy cơ chảy máu do bệnh lý huyết học. Sau khi hội chẩn BN được phép sinh thiết TTL ngoại trú. Sau khi sinh thiết bệnh nhân tiểu máu, bí tiểu được đặt sonde niệu đạo ra nhiều máu đỏ tươi. BN được nhập viện theo dõi ghi nhận Hct giảm từ 35% xuống 28%. Bệnh nhân được truyền tiểu cầu, truyền máu, ròng nước

liên tục và theo dõi sát. Sau 3 ngày bệnh nhân hết tiểu máu và xuất viện sau đó.

TH2: BN có chỉ định sinh thiết TTL và không thể ngưng clopidogrel do nguy cơ tim mạch cao. Bệnh nhân được nhập viện để sinh thiết, sau sinh thiết BN tiểu máu lượng nhiều, phải truyền 1 đơn vị máu và hội chẩn tim mạch ngưng clopidogrel. Sau 3 ngày tình trạng tiểu máu ổn định. Qua 2 TH chúng ta thấy mặc dù sinh thiết TTL khá an toàn tuy nhiên cần lưu ý những bệnh nhân đang dùng thuốc liên quan đông máu hay BN có tiểu cầu thấp. Những BN này nên được nhập viện để sinh thiết và theo dõi kỹ.

Xuất tinh máu là biến chứng thường gặp được báo cáo trong hầu hết các nghiên cứu ở nước ngoài và dao động từ 1.1 - 93% tùy tác giả [6 - 8]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết BN lớn tuổi, tần suất quan hệ tình dục thấp bên cạnh đó thường có xu hướng kiêng xuất tinh sau sinh thiết TTL và ngần ngại trao đổi về vấn đề này nên không thể báo cáo chính xác con số.

Vấn đề nhiễm khuẩn: Nhiễm khuẩn huyết là biến chứng đáng sợ và tiềm ẩn nguy cơ tử vong nếu không được phát hiện và can thiệp tích cực sớm. Tỷ lệ biến chứng do nhiễm khuẩn dao động từ 1 - 17.5% trong khi sepsis được báo cáo khoảng 0.2 - 1% [6]. TTL to hay viêm có tương quan thuận tới các biến chứng nhiễm khuẩn [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 163/4098 (3,98%) BN sốt sau sinh thiết phải nhập viện điều trị, trong đó có 12/4098 (0,3%) BN nhiễm khuẩn huyết với kết quả cấy máu dương tính, 1/4098 (0,02%) BN bị choáng nhiễm khuẩn. Bệnh nhân choáng nhiễm khuẩn là BN 58 tuổi, tiền căn béo phì, ĐTĐ2. Sau sinh thiết 1 ngày bệnh nhân sốt và tiếp tục thuốc uống ngoại trú mà không nhập viện. Sau đó 1 ngày bệnh nhân vẫn sốt cao nên liên hệ đơn vị sinh thiết và được hướng dẫn đến bệnh viện ngay. Qua TH này chúng ta cần lưu ý những bệnh nhân có cơ địa suy giảm miễn dịch và việc theo dõi sát bệnh nhân sau sinh thiết rất quan trọng để phát hiện và xử lý tai biến nặng.

Vấn đề sử dụng kháng sinh sau sinh thiết: Theo khuyến cáo của Hội Nội khoa Hoa Kỳ, kháng sinh dự phòng nên được chỉ định khi sinh thiết TTL ngã trực tràng với Fluoroquinolone hoặc Cephalosporin thế hệ 2 - 3 [10]. Quan điểm này tương tự với Hội Nội khoa Châu Âu bên cạnh khuyến cáo thực rửa trực tràng bằng Povidone - iodine khi sinh thiết qua

ngã này [4]. Tuy nhiên thực tế tại bệnh viện chúng tôi đa số các bác sĩ sử dụng phối hợp levofloxacin + Metronidazole trong 3 - 5 ngày sau sinh thiết. Việc sử dụng kháng sinh khi sinh thiết TTL tại Việt Nam cần được nghiên cứu thêm do chưa có số liệu thực tế tại Việt Nam. Tuy nhiên nhìn chung biến chứng nhiễm khuẩn sau sinh thiết của chúng tôi có vẻ thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới.

Vấn đề giảm đau: Đau là một thách thức đối với sinh thiết TTL vì gây khó khăn thậm chí tai biến nếu BN không hợp tác. Kinh nghiệm ở đơn vị của chúng tôi áp dụng gây tê tại chỗ bằng 3 ống Lidocain + 5ml nước cất vào vị trí đỉnh TTL hoặc bên cạnh túi tinh 2 bên cùng với giảm đau đường uống. Hầu hết các TH đều kiểm soát tốt vấn đề đau, chỉ có 27/4098 (0,66%) TH phải phối hợp thêm tiền mê trong quá trình sinh thiết, đa số các TH này là bệnh nhân lớn tuổi, kém hợp tác khi sinh thiết. Bên cạnh đó việc thường quy khám trực tràng bằng ngón tay có bôi gel Xylocain và phối hợp bôi gel này bên ngoài đầu dò, trò chuyện với BN, mở nhạc nhẹ để trấn an BN cũng góp phần kiểm soát đau khi sinh thiết.

Qua hơn 4098 thủ thuật, không TH nào tử vong liên quan đến sinh thiết. Trên thế giới, các TH tử vong phần lớn do nguyên nhân khác không liên quan thủ thuật này [9].

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết TTL qua ngã trực tràng an toàn, hiệu quả với tỷ lệ thấp các biến chứng chủ yếu liên quan đến chảy máu và nhiễm khuẩn. Các biến chứng có thể được hạn chế khi sàng lọc kỹ đối tượng nguy cơ cao, kháng sinh dự phòng, tư vấn cận kề, sát khuẩn, thực tháo, giảm đau tốt, kiểm soát đường đi kim sinh thiết trên siêu âm, theo dõi sát bệnh nhân sau sinh thiết. So với sinh thiết TTL ngã TSM, phương pháp này đơn giản, dễ thực hiện, ít đau và ít đòi hỏi phương tiện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rebello RJ, Christoph O, Knudsen KE, Loeb S, Johnson DC, Reiter RE, et al. Prostate cancer (Primer). Nature Reviews: Disease Primers. 2021;7.
2. Hội Tiết Niệu Thận Học Việt Nam (2014), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Ung thư tuyến tiền liệt. .
3. Schmeusser B, Levin B, Lama D, Sidana A. Hundred years of transperineal prostate biopsy. Therapeutic Advances in Urology. 2022;14:17562872221100590.

4. Mottet N, van den Bergh RC, Briers E, Van den Broeck T, Cumberbatch MG, De Santis M, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG guidelines on prostate cancer. *European urology*. 2022.
5. Grummet J, Pepdjonovic L, Huang S, Anderson E, Hadaschik B. Transperineal vs. transrectal biopsy in MRI targeting. *Translational andrology and urology*. 2017;6:368.
6. Borghesi M, Ahmed H, Nam R, Schaeffer E, Schiavina R, Taneja S, et al. Complications after systematic, random, and image - guided prostate biopsy. *European urology*. 2017;71:353-365.
7. Namekawa T, Fukasawa S, Komaru A, Kobayashi M, Imamura Y, Ohzeki T, et al. Prospective evaluation of the safety of transrectal ultrasound-guided transperineal prostate biopsy based on adverse events. *International journal of clinical oncology*. 2015;20:1185-1191.
8. Loeb S, Vellekoop A, Ahmed HU, Catto J, Emberton M, Nam R, et al. Systematic review of complications of prostate biopsy. *European urology*. 2013;64:876-892.
9. Pinsky PF, Parnes HL, Andriole G. Mortality and complications after prostate biopsy in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening (PLCO) trial. *BJU Int*. 2014;113:254-9.
10. Lightner DJ, Wymer K, Sanchez J, Kavoussi L. Best practice statement on urologic procedures and antimicrobial prophylaxis. *The Journal of Urology*. 2020;203:351-356.