

## **I. BUỒU BÀNG QUANG**

### **Phân loại TNM (2009)**

#### **T – Bướu nguyên phát**

TX không đánh giá được

T0 không bướu

Ta carcinom khu trú ở niêm mạc

Tis (CIS) Carcinoma in situ: carcinom phẳng

T1 chân bướu đến lớp dưới niêm

#### ***T2 xâm lấn cơ***

T2a xâm lấn lớp cơ nông (lớp trong)

T2b xâm lấn lớp cơ sâu (lớp ngoài)

#### ***T3 ra ngoài lớp cơ, ngoài bàng quang***

T3a vi thể

T3b đại thể (khối u ngoài bàng quang)

#### ***T4 xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo, thành chậu***

T4a xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo

T4b xâm lấn thành chậu

#### **N – hạch bạch huyết**

NX không đánh giá được

N0 chưa di căn hạch

N1 di căn 1 hạch tại vùng chậu (hạ vị, bịt, trước thiêng, chậu ngoài)

N2 di căn nhiều hạch tại vùng chậu (hạ vị, bịt, trước thiêng, chậu ngoài)

N3 di căn hạch quá vùng chậu

#### **M – di căn cơ quan**

MX không đánh giá được

M0 chưa di căn cơ quan khác

M1 có di căn cơ quan khác

### **Phân loại bướu chưa và đã xâm lấn cơ**

Bướu chưa xâm lấn cơ (bướu nông): Ta, T1, CIS

Bướu đã xâm lấn cơ (bướu sâu): T2, T3, T4

### **Phân loại mô học WHO (1973 và 2004)**

#### **WHO 1973**

Bướu dạng gai niệu mạc

Grade 1: biệt hóa tốt

Grade 2: biệt hóa vừa

Grade 3: biệt hóa kém

#### **WHO 2004**

##### ***Sang thương phẳng***

Tăng sản

Phản ứng không điển hình

Dị sản niệu mạc

***Bướu phẳng:*** CIS (carcinom phẳng)

##### ***Bướu dạng gai***

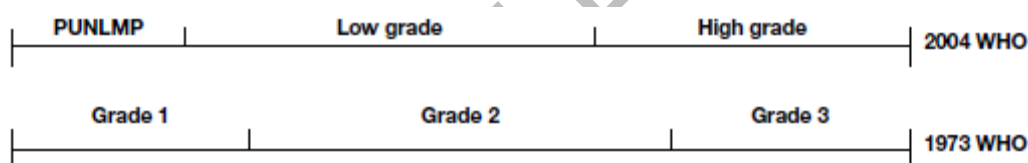
Lành tính

Bướu dạng gai tiềm năng hóa ác thấp (PUNLMP, Papillary urothelial neoplasms of low malignant potential)

Carcinom niệu mạc dạng gai grade thấp

Carcinom niệu mạc dạng gai grade cao

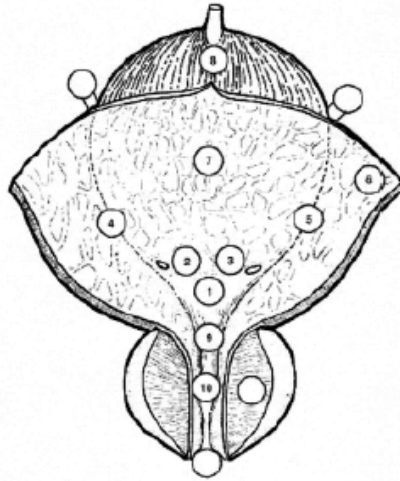
So sánh 2 cách phân loại mô học WHO 2004 và WHO 1973



## **BUỚU CHƯA XÂM LẤN CƠ (BUỚU NÔNG)**

### **Chẩn đoán**

1. Bệnh sử: chú ý đến thói quen (hút thuốc) và nghề nghiệp. Khai thác tất cả các triệu chứng của đường tiết niệu dưới, chú ý đến triệu chứng tiểu máu.
2. Siêu âm thận và bàng quang. CT scan, Xquang có cản quang (UIV) chỉ nên thực hiện trong một số trường hợp chọn lọc (ví dụ: bướu ở vùng tam giác bàng quang)
3. Soi bàng quang thực hiện trong tất cả các trường hợp nếu có nghi ngờ đến bướu bàng quang
4. Khi soi bàng quang phải mô tả tất cả các bất thường thấy được. Nếu có bướu đại thể, cần ghi nhận vị trí, kích thước, số lượng, hình dạng. Nên vẽ lại sơ đồ: chú ý đến các vị trí như đỉnh, các mặt thành trước, thành sau, 2 thành bên, vùng tam giác, 2 lỗ niệu quản. cổ bàng quang, niệu đạo sau, tuyến tiền liệt.



Hình ảnh sơ đồ các vị trí cần ghi nhận

### **Cắt đốt nội soi (TURBT)**

1. Là phương pháp điều trị cơ bản đối với bướu chưa xâm lấn cơ
2. Trước khi đặt máy: khi bệnh nhân đã được gây tê-mê, phải thăm khám kỹ bằng ấn chẩn 2 tay sau khi đã lấy hết nước tiểu ra khỏi bàng quang.
3. Trước khi cắt đốt: quan sát từ niệu đạo vào đến trong bàng quang, tất cả các vị trí nghi ngờ, ghi nhận lại sơ đồ. Sinh thiết những vị trí nghi ngờ.
4. Đối với bướu có kích thước  $\leq 1$  cm, cắt đốt lấy bướu nguyên khối, có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm
5. Đối với bướu có kích thước  $> 1$  cm, có thể cắt đốt từng phần bướu, cần có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm
6. Khi có bướu tại vùng tam giác và cổ bàng quang thì cần phải sinh thiết thêm tại niệu đạo sau
7. Nên có máy soi huỳnh quang (fluorescence-guided-PDD) kiểm tra lại và hướng dẫn sinh thiết nếu thấy hoặc nghi ngờ có hiện diện của CIS
8. Các mẫu bệnh phẩm phải để riêng biệt, đánh dấu các vị trí trên sơ đồ trước khi gửi thử GPB
9. Cắt đốt lặp lại trong vòng 2 – 6 tuần trong các trường hợp sau:
  - Không có lớp cơ trong bệnh phẩm
  - CIS, T1, biệt hóa kém (G3)

### **Phân nhóm nguy cơ**

1. Nguy cơ thấp  
Tiên phát, một bướu, Ta, G1 (low grade),  $< 3$  cm, không có hiện diện CIS
2. Nguy cơ trung bình  
Không thể xếp vào (ở giữa) 2 nhóm kia

### 3. Nguy cơ cao

- T1
- G3
- CIS
- Nhiều bướu và tái phát
- Ta G1G2 kích thước > 3 cm

### 4. Nguy cơ rất cao

- T1G3 kết hợp CIS, có nhiều bướu hay kích thước lớn > 3cm, bướu tái phát, ở vị trí niệu đạo sau
- Tái phát sau điều trị hỗ trợ bằng BCG

## **Điều trị hỗ trợ sau cắt đốt bướu**

1. Điều trị hỗ trợ phải dựa trên kết quả phân loại nhóm nguy cơ
2. Hóa trị tại chỗ (thuốc bơm vào bàng quang) chu phẫu : nhóm nguy cơ thấp và trung bình.  
Chống chỉ định nếu thủng bàng quang hoặc không cầm máu tốt
3. Nhóm nguy cơ thấp : chỉ cần 1 lần duy nhất (chu phẫu)
4. Nhóm nguy cơ trung bình : cần tiếp tục hóa trị tại chỗ trong tối đa 1 năm bằng hóa chất hay BCG. Nếu sử dụng BCG thì phải thực hiện tối thiểu 2 tuần sau cắt đốt và khi chắc chắn tổn thương tại bàng quang đã lành hẳn
5. Nhóm nguy cơ cao : cần tiếp tục điều trị miễn nhiễm tại chỗ trong 1-3 năm bằng BCG
6. Chống chỉ định BCG : đang bị, đang điều trị lao hệ tiết niệu hay lao tại các cơ quan khác. Đang nhiễm trùng hệ tiết niệu. Tiểu máu đại thể. Thể trạng kém.
7. Chưa có phác đồ thật chuẩn (về số lần và thời gian giữa 2 lần bơm) cho hóa trị tại chỗ. Hiện có thể sử dụng Doxorubicin, Epirubicin hay Mitomycin C với liều 40 – 50 mg cho mỗi lần bơm thuốc. Có thể sử dụng nước cất hay NaCl 0,9% để pha thuốc. Chú ý đến nồng độ và pH dung dịch khi pha . Thời gian giữ thuốc trong bàng quang từ 1-3 giờ.

**Cắt bàng quang tận gốc** : nhóm nguy cơ rất cao

## **BUỚU XÂM LẤN CƠ (BUỚU SÂU)**

**Cắt bàng quang tận gốc** : là phương pháp điều trị cơ bản

Tùy thể trạng bệnh nhân, tuổi, tình trạng chức năng thận, đã từng mổ hay có bệnh lý trên hệ tiêu hóa không, và ý muốn chủ quan của bệnh nhân, thì sau cắt bàng quang có thể chọn lựa một trong các phương thức chuyển lưu nước tiểu sau :

**Chuyển lưu không kiểm soát** :

- Đem 2 niệu quản ra da
- Ống hồi tràng hay ống đại tràng

**Chuyển lưu có kiểm soát :**

- Túi hồi tràng, hồi-manh tràng, đại tràng
- Bàn quang trực vị

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Guidelines on bladder cancer. Muscle-invasive and metastatic. European association of Urology, 2008

BV BÌNH DÂN