

# VAI TRÒ PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TIỀN LIỆT TUYẾN, CÓ KÈM NẠO HẠCH CHẬU

Vũ Lê Chuyên\*, Nguyễn Tiên Đệ\*, Trần Ngọc Khắc Linh\*,  
Phạm Phú Phát\*, Nguyễn Việt Cường\*, Nguyễn Phước Vĩnh\*

**Đặt vấn đề:** Từ năm 2004, tại BV Bình Dân, chúng tôi đã ứng dụng phương pháp mổ nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Chúng tôi chia sẻ kinh nghiệm về kỹ thuật mổ nội soi ngoài phúc mạc, chẩn đoán lâm sàng, kết quả điều trị.

**Tư liệu và phương pháp nghiên cứu:** Trong thời gian từ 2004-2009, chúng tôi đã tiến hành thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua nội soi ngoài phúc mạc được 73 bệnh nhân.

**Kết quả:** Thời gian phẫu thuật là 210 phút, lượng máu mất trung bình là 572mL. Có 20 BN nạo hạch chậu 2 bên. Không ghi nhận biến chứng trong mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 10,30 ngày. Thông tiểu thường rút sau khi mổ 14 ngày. Các di chứng tiểu không kiểm soát thường hết sau 1 tháng-3 tháng. Có 4 BN cương tốt sau 1 năm theo dõi.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc, kèm nạo hạch chậu thực hiện qua nội soi ngoài phúc mạc là phương pháp hiệu quả, ít đau, thời gian nằm viện ngắn để điều trị ung thư giai đoạn khu trú.

*Từ khoá: Ung thư tiền liệt tuyến; Phẫu thuật nội soi*

## ROLE OF LAPAROSCOPY IN RADICAL PROSTATECTOMY WITH LYMPHADENECTOMY AT BINH DAN HOSPITAL

**Purpose:** Since 2004, at BINH DAN hospital we have done laparoscopic radical prostatectomy. We report our experience with the extraperitoneal approach to laparoscopic radical prostatectomy. We describe the technique, clinical, and functional outcome.

**Materials and Methods:** From February 2004 to July 2009, 73 laparoscopic radical prostatectomy were performed by an extraperitoneal approach.

**Results:** Mean operative time was 210 minutes. Mean operative blood loss was 572mL. 20 patients were done pelvic lymphadenectomy. The complications rate was 2.3%. Mean hospital stay was 10.30 days. Mean Gleason score was 7. Median follow-up was 12 months. Of the patients 95% had prostate specific antigen less than 0.2 ng/ml. At a median follow-up of 12 months 84% of the patients were continent (no pad). At a median follow-up of 6 months in preoperatively potent patients the postoperative erection and intercourse rate was 64% and 43%, respectively, in those with bilateral nerve bundle preservation.

**Conclusions:** The extraperitoneal technique with pelvic lymphadenectomy is a reliable approach for radical prostatectomy. This technique was less pain, and short of stay in hospital.

*Key words: Laparoscopic radical prostatectomy*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Đã hơn một thế kỷ trôi qua từ khi Hugh H. Young thực hiện phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua ngã hội âm (1905), nhiều nghiên cứu cải tiến phẫu thuật được tiến hành. Thế nhưng phải mãi đến năm 1947, khi Milin lần đầu tiên mô tả phương pháp cắt tuyến tiền liệt qua ngã sau xương mu, phương pháp mổ này mới được áp dụng rộng rãi. Mặc dù vậy, biến chứng do phẫu thuật còn rất cao, lượng máu mất nhiều, tỉ lệ tiểu không kiểm soát và liệt dương cao. Đến đầu năm 1980, nhờ những nghiên cứu về phôi thai và tử thi, người ta mới thấu hiểu hơn về giải phẫu học các cơ quan xung quanh tuyến tiền liệt, đặc biệt là về đám rối tĩnh mạch (Reiner và Walsh)<sup>(8)</sup>; về bó mạch thần kinh (Walsh và Donker 1982) và về cấu trúc cơ thắt ngoài (Oelrich, 1980). Từ những hiểu biết này, phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến được cải thiện nhiều hơn, ít thấy di chứng hơn và nhất là nếu bảo tồn được bó mạch thần kinh trong khi mổ sẽ giúp bệnh nhân tránh được rối loạn cương sau mổ.

\* Bệnh viện Bình Dân

Địa chỉ liên lạc: ThS.BS.Nguyễn Tiên Đệ

ĐT: 0903622073 Email: nguyende116@yahoo.com

Trong nỗ lực nhằm giảm bớt di chứng do phẫu thuật mổ hở gây ra, năm 1997 Schuessler giới thiệu phương pháp mổ ít xâm lấn, và ông là người đầu tiên thực hiện thành công phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến toàn phần qua nội soi ổ bụng. Trong 9 bệnh nhân ông thực hiện, thời gian phẫu thuật dài 8-11 giờ, thời gian nằm viện dài 7,3 ngày. Mặc dù phẫu thuật thành công, nhưng nhiều tác giả nhận thấy PT nội soi cắt TLT tận gốc không có nhiều ưu điểm hơn so với mổ hở. Chính vì lý do này, phẫu thuật NS không được nhiều nhà niệu khoa chấp nhận.

Vào đầu những năm 2000, với sự phát triển của dụng cụ nội soi, video kỹ thuật số, ống kính quan sát, phẫu thuật nội tiền liệt tuyến lại được nhiều tác giả nghiên cứu. Trong số đó nổi lên 2 Trung Tâm nội soi tại Pháp, đã mô tả kỹ càng phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến qua nội soi (Abbou, 2000; Guillonnet và Vallencien 2000). Với những ghi mô tả này đã mở ra hướng phẫu thuật nội soi mới cho niệu khoa, mặc dù để thực hiện phẫu thuật này không đơn giản. Thời gian phẫu thuật dài, tỉ lệ bỏ sót ung thư còn cao 15-28%. Tiêu không kiểm soát # 72-84%, tỉ lệ không rời loạn cương là 45%. Với những kết quả đáng khích lệ của 2 tác giả người Pháp, đã nhóm lên nghiên cứu phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến toàn phần qua nội soi.

Trước năm 2000, tại Bệnh Viện Bình Dân, phần lớn ung thư tuyến tiền liệt được phát hiện qua thăm khám trực tràng, hoặc qua cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt, nên ung thư thường được phát hiện ở giai đoạn muộn<sup>(11)</sup>. Gần đây với sự phát triển các xét nghiệm cận lâm sàng, nhất là xét nghiệm PSA, siêu âm qua trực tràng, và sinh thiết, ung thư tuyến tiền liệt ngày càng phát hiện sớm hơn. Từ đó, phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc được đặt ra. Mổ hở cắt tuyến tiền liệt tận gốc bắt đầu được thực hiện. Tuy nhiên, phẫu thuật mổ hở làm bệnh nhân đau kéo dài sau mổ, bệnh nhân phải chịu một đường mổ dài, thời gian trở lại cuộc sống bình thường sẽ kéo dài.

Cuối năm 2004, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, nhiều trường hợp ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú đã được thực hiện qua nội soi tại BV Bình Dân.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2. 1 Thiết kế nghiên cứu:** tiền cứu, phân tích.

**2. 2 Đối tượng nghiên cứu:** Từ 2004 đến 2009, chúng tôi đã thực hiện được 73 trường hợp cắt tiền liệt tuyến tận gốc qua nội soi ngoài phúc mạc. Những trường hợp đầu tiên chúng tôi chỉ cắt tiền liệt tuyến tận gốc. Nhưng gần đây, chúng tôi thực hiện thường quy nạo hạch chậu trong khi phẫu thuật (20/73 bệnh nhân).

### **2. 3 Phương pháp nghiên cứu**

- BN được hỏi bệnh sử.
- Thăm khám TLT qua trực tràng bằng ngón tay.
- Định lượng PSA huyết thanh
- Siêu âm TLT qua trực tràng (TRUS).
- Sinh thiết tiền liệt tuyến được chỉ định ở những bệnh nhân có chỉ số PSA tăng dần qua 2 lần khám, hoặc khi PSA > 4ng/MI. Thường chúng tôi thực hiện sinh thiết 6 mẫu. Chẩn đoán ung thư khi có TB ung thư trong mẫu sinh thiết.
- Trước mổ 1 ngày, cho BN uống Fortrans 1g/gói.
- Ngày mổ, ngay khi khởi mê, tiêm tĩnh mạch 1,5g Unasyn.

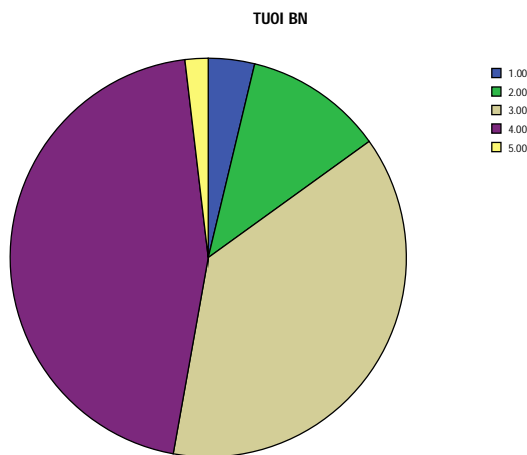
### **2. 3Tiến hành phẫu thuật**

1. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.
2. Rửa sạch vết mổ vùng bụng dưới và hội âm bằng xà bông và Betadin.
3. Trải drap vô trùng.
4. Thông thường, chúng tôi dùng 4 trocar, các Trocar được đặt theo hình nan hoa.
5. Rạch da ngay rốn đường # 2 cm. Tạo khoang ngoài phúc mạc bằng bong bóng. Bơm hơi tạo khoang ngoài phúc mạc. Ngay rốn chúng tôi đặt Trocar 10 và camera quan sát. 2 Trocars ở hai bên hông chậu. Trocar còn lại ở giữa rốn-mu.
6. Nạo hạch chậu chuẩn 2 bên. Chúng tôi nạo hạch giữa Tĩnh mạch chậu ngoài và thần kinh bịt. Hạch sẽ gửi giải phẫu bệnh.

7. Bóc tách mặt trước bàng quang và TLT đến cân chậu.
8. Xẻ cân chậu hai bên, bộc lộ đám rối tĩnh mạch Santorini. Hiện nay chúng tôi cắt đám rối tĩnh mạch bằng dao siêu âm, không còn khâu cột bằng chỉ.
9. Cắt ngang 1/2 thành trước niệu đạo, ngay dưới mỏm TLT, để lộ thông niệu đạo lưu. Sau đó cắt 1/2 thành sau niệu đạo.
10. Qua lỗ trocar giữa rốn – mu, dùng Allis để gấp đoạn thông Foley có bóng, lôi hơi chéch về phía đầu để bộc lộ cân Denonviller cùng với túi tinh và ống dẫn tinh, và cắt các mạch máu sau – bên của TLT.
11. Cắt cổ bàng quang để cắt bỏ tận gốc TLT. Cần thận tránh làm thương tổn 2 miệng niệu quản.
12. Nối cổ bàng quang - niệu đạo bằng 5-6 mũi rời, bằng vivryl 4/0. Trong vài trường hợp phải khâu nhỏ cổ bàng quang.
13. Lưu thông niệu đạo bằng thông Foley 18 F. Bỏ bệnh phẩm vào túi đựng và lấy ra ngoài. Dẫn lưu drain khoang Retzius, rút các Trocar và đóng bụng.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Tuổi bệnh nhân



### 3. Trọng lượng bướu

#### TRỌNG LƯỢNG

|         | Valid  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|         | 45,0   | 1         | 1,9     | 5,3           | 5,3                |
|         | 56,0   | 1         | 1,9     | 5,3           | 10,5               |
|         | 57,0   | 1         | 1,9     | 5,3           | 15,8               |
|         | 60,0   | 1         | 1,9     | 5,3           | 21,1               |
|         | 63,0   | 1         | 1,9     | 5,3           | 26,3               |
|         | 65,0   | 5         | 9,4     | 26,3          | 52,6               |
|         | 66,0   | 1         | 1,9     | 5,3           | 57,9               |
|         | 67,0   | 6         | 11,3    | 31,6          | 89,5               |
|         | 70,0   | 2         | 3,8     | 10,5          | 100,0              |
|         | Total  | 19        | 35,8    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 34        | 64,2    |               |                    |
|         | Total  | 53        | 100,0   |               |                    |

### 2. Lượng PSA trước mổ.

#### PSA TRƯỚC MỔ

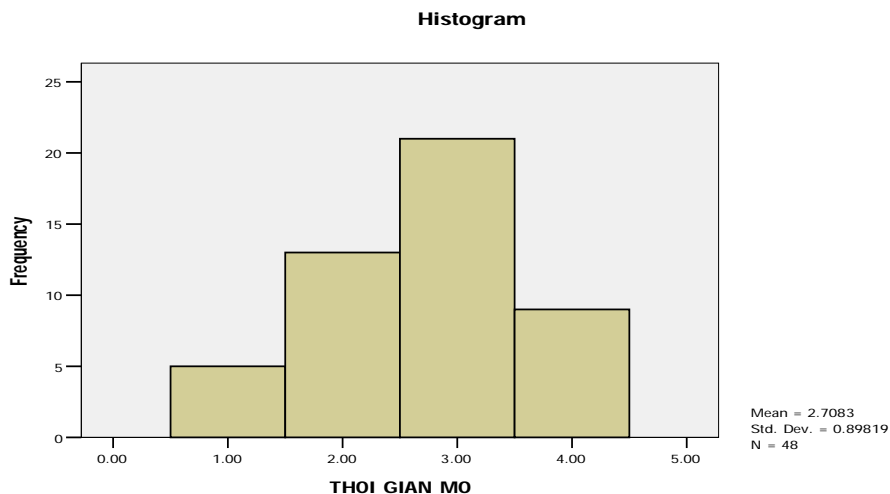
|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 1,00   | 4         | 7,5     | 8,7           | 8,7                |
|         | 2,00   | 13        | 24,5    | 28,3          | 37,0               |
|         | 3,00   | 13        | 24,5    | 28,3          | 65,2               |
|         | 4,00   | 11        | 20,8    | 23,9          | 89,1               |
|         | 5,00   | 4         | 7,5     | 8,7           | 97,8               |
|         | 6,00   | 1         | 1,9     | 2,2           | 100,0              |
|         | Total  | 46        | 86,8    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 7         | 13,2    |               |                    |
|         | Total  | 53        | 100,0   |               |                    |

3. Điểm số Gleason trước mổ.

### GLEASON SCORE

|         |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 1,00   | 5         | 9,4     | 10,9          | 10,9               |
|         | 2,00   | 13        | 24,5    | 28,3          | 39,1               |
|         | 3,00   | 28        | 52,8    | 60,9          | 100,0              |
|         | Total  | 46        | 86,8    | 100,0         |                    |
| Missing | System | 7         | 13,2    |               |                    |
|         | Total  | 53        | 100,0   |               |                    |

4. Thời gian mổ.



5. Lượng máu mất trong mổ.

### TRUYỀN MÁU TRONG MỔ

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | KHÔNG | 30        | 56,6    | 58,8          | 58,8               |
|       | CÓ    | 21        | 39,6    | 41,2          | 100,0              |
|       | Total | 51        | 96,2    | 100,0         |                    |

|              |   |    |       |  |  |
|--------------|---|----|-------|--|--|
| Missi-<br>ng | 1 | 2  | 3,8   |  |  |
| Total        |   | 53 | 100,0 |  |  |

6. Mối quan hệ trọng lượng bướu và thời gian mổ.

|                |          | THỜI GIAN MỔ |           |           |           |           |           |
|----------------|----------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                |          | 2,00         |           | 3,00      |           | 4,00      |           |
|                |          | Coun<br>t    | Col<br>%  | Coun<br>t | Col<br>%  | Coun<br>t | Col<br>%  |
| TRỌNG<br>LƯỢNG | 45,<br>0 |              |           | 1         | 12,5<br>% |           |           |
|                | 57,<br>0 | 1            | 20,0<br>% |           |           |           |           |
|                | 63,<br>0 |              |           | 1         | 12,5<br>% |           |           |
|                | 65,<br>0 | 2            | 40,0<br>% | 1         | 12,5<br>% | 1         | 50,0<br>% |
|                | 67,<br>0 | 2            | 40,0<br>% | 3         | 37,5<br>% | 1         | 50,0<br>% |
|                | 70,<br>0 |              |           | 2         | 25,0<br>% |           |           |

**BÀN LUẬN**

**1. Có cần phải phẫu thuật tất cả ung thư ở giai đoạn khu trú không?**

Trong một nghiên cứu của Sark vào năm 1994: ông nhận thấy có khoảng 30% BN trên 50 tuổi, có ung thư tuyến tiền liệt khi phẫu thuật tử thi, nhưng chỉ khoảng 16% có biểu hiện lâm sàng. Do đó câu hỏi đặt ra là những bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm, khi nào phải mổ và bệnh nhân nào không cần mổ?

Theo một nghiên cứu của Epstein vào năm 1994, trong 157 BN giai đoạn T1c được phẫu thuật tận gốc, ông đưa ra kết luận các ung thư không cần phẫu thuật khi:

- (1) PSA density <0,15,
- (2) Điểm số Gleason 4-5,
- (3) Có ít hơn 3 mẫu sinh thiết (+)
- (4) Có ít hơn 50 % mô ung thư trong 1 mẫu sinh thiết.

Giá trị tiên lượng 95% và tỉ lệ âm tính giả là 66%. Kết quả tương tự trong nghiên cứu của Goto 1996. **Theo tiêu chuẩn này, có khoảng 20% bệnh nhân ung thư giai đoạn khu trú tránh được phẫu thuật.**

Tiêu chuẩn này rất quan trọng đối với bệnh nhân lớn tuổi, tiên lượng sống <10 năm, và khi bệnh nhân có nhiều bệnh kèm theo.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chọn lựa bệnh nhân trước mổ rất quan trọng. Tuổi trung bình của người bệnh là 69,09. Trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 42; có 3 bệnh nhân tuổi trên 80, nhưng theo đánh giá trước mổ bệnh nhân có thể sống > 10 năm, và quan trọng là bệnh nhân không chấp nhận mang bệnh ung thư trong người.

Theo nghiên cứu của Chuyên và cs 2006<sup>(11)</sup>, ông cho rằng “phẫu thuật không thích hợp khi BN ít có khả năng trị khỏi (tức là khi đã có di căn hạch vùng hoặc di căn xa) và không sống đủ lâu để tận hưởng lợi ích mang lại từ phẫu thuật (do tuổi cao hoặc có nhiều bệnh nội khoa kết hợp). Các khuyến cáo gần đây đều khuyên chọn BN ≤ 70 tuổi hoặc có đời sống còn lại ≥ 10 năm và bướu còn khu trú trong vỏ bọc”

**2. Phẫu thuật tận gốc có điều trị hết bệnh ung thư không?**

Sau phẫu thuật, ung thư tái phát sẽ thấy PSA tăng trong phần lớn các trường hợp, và khi PSA tăng ung thư sẽ có triệu chứng sau 6-8 năm (Abi 1992, Puond1999). Do vậy cần phải

theo dõi sau phẫu thuật định kỳ PSA, để phát hiện khả năng tái phát của ung thư. Ngày nay đa số các nghiên cứu đều công nhận **tỉ lệ khỏi bệnh khi phẫu thuật giai đoạn khu trú là 85%**. Nếu thấy ung thư tái phát sớm, có thể do đánh giá giai đoạn bướu không đúng, hoặc do khi phẫu thuật không lấy hết bướu. Trong một nghiên cứu 989 BN giai đoạn khu trú, theo dõi trong 1-170 tháng, tỉ lệ ung thư tái phát (khi PSA tăng hơn 0,4ng/ml) # 15%. Ung thư tái phát nhiều nhất trong năm đầu, giảm dần trong 5 năm sau (5-15%).

### **3. Thời gian mổ**

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là khoảng trung bình là 210 phút, trong đó thấp nhất là 100 phút; dài nhất là 430 phút. Trường hợp có thời gian mổ dài là khi gặp bướu có kích thước lớn, trên 45 gram; bệnh nhân có cắt đốt bướu lành tiền liệt tuyến trước kia; những bệnh nhân mập. Một nguyên nhân khác là những bệnh nhân vừa sinh thiết chẩn đoán xong. Những bệnh nhân này, trong khi mổ, chúng tôi nhận thấy tiền liệt tuyến xung huyết rất nhiều, dễ chảy máu khi mổ và có hiện tượng viêm dính xung quanh tiền liệt tuyến. Do đó, moat số tác giả đề nghị, chỉ nên phẫu thuật sau khi sinh thiết 8 tuần.

### **4. Lượng máu mất trong mổ**

Lượng máu mất trung bình là 572 ml, thấp nhất là 100ml và cao nhất là 1700ml. Trong đó, có 21 bệnh nhân cần truyền máu trong khi mổ. Số lượng máu truyền khoảng 500ml.

Trong nghiên cứu của Chuyên và cs 2006, lượng máu mất trung bình lúc mổ là 865. 22 +- 692. 564ml. Chúng tôi cho rằng thể trạng gầy ốm của đa số người Việt Nam cùng với kỹ thuật cầm máu tốt đảm bảo tĩnh mạch lưng đã làm giảm lượng máu mất. Chang SS và cs nghiên cứu các yếu tố giúp tiên đoán nguy cơ chảy máu và truyền máu khi cắt toàn phần TLT, đã nhận thấy chỉ số khối cơ thể (BMI)<sup>(11)</sup> là yếu tố tiên lượng mạnh nhất. Người có BMI bình thường (< 25) bị mất ít máu hơn và tỷ lệ cần truyền máu thấp hơn nhiều so với người thừa cân (BMI = 25-30) và béo phì (BMI > 30).

### **5. Nạo hạch chậu**

Trong 20/73 bệnh nhân được thực hiện nạo hạch chậu 2 bên. Kỹ thuật chúng tôi thực hiện chỉ mới dừng ở chỗ nạo hạch chậu chuẩn. Chúng tôi tiến hành bóc tách tĩnh mạch chậu ngoài; sau đó bóc lộ thần kinh bịt. Hạch được lấy ra nằm giữa tĩnh mạch-thần kinh bịt. Mặt sau là thành chậu. Trong khi bóc tách cần tránh tổn thương thần kinh bịt. Do chúng tôi chưa có sinh thiết lạnh, nên dù có hạch hay không có hạch trên đại thể, chúng tôi cũng tiến hành cắt tiền liệt tuyến tận gốc. Nạo hạch chậu chuẩn chỉ có giá trị đánh giá giai đoạn bệnh, chưa có giá trị trong điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ hạch có tế bào ung thư là 2/20 bệnh nhân có sinh thiết hạch. Hiện nay nhiều trung tâm đã thực hiện nạo hạch chậu rộng trong điều trị ung thư.

### **Số lượng hạch cần lấy**

Hiện nay, chưa có sự nhất trí về số cần thiết lấy ra để có thể đánh giá đúng mức giai đoạn phát triển của bệnh. Trong Weingartner, trong mổ tử thi, ông thấy số hạch cần thiết là 20 hạch. Rabbani và cs, trong nghiên cứu ở 4171 BN được PT TLT tận gốc, ông chia thành 3 nhóm<sup>(5)</sup>: nhóm nguy cơ thấp – stage T1a-T2a, PSA<=10, Gleason <=6; nhóm nguy cơ cao –stage T3, PSA>20 và Gleason>=8; nhóm nguy cơ trung bình gồm các bệnh nhân có lại. Đối với những BN nguy cơ thấp, số hạch cần lấy ra là 5, nếu âm tính thì tỉ lệ chính xác là 99%. Đối 2 nhóm còn lại, số hạch cần thiết là 15 và 19 cho từng nhóm. Từ đó, ông kết luận số hạch tối thiểu phải lấy ra để đủ đánh giá giai đoạn phát triển là 15-20 hạch.

Trong nạo hạch rộng, số hạch lấy ra là 18-28, trong khi trong nạo hạch chuẩn số hạch chỉ là 9-11 hạch. Mặc dù độ chính xác còn phụ thuộc vào khả năng và kỹ thuật của BS giải phẫu bệnh, nói chung nạo hạch rộng sẽ giúp đánh giá chính xác giai đoạn phát triển của bệnh.

### **Tần suất và vị trí các hạch di căn**

Tỉ lệ di căn hạch vào khoảng 5% trong KTLT, nhưng tỉ lệ này thay đổi tùy thuộc vào phẫu thuật nạo hạch chuẩn hay nạo hạch rộng. Tỉ lệ di căn hạch trong nạo hạch rộng là 26%, trong nạo hạch chuẩn là 12%. Trong nghiên cứu này tỉ lệ di căn nằm ngoài hạch chuẩn là

42%. Stone có kết quả là 23% và 7% trong nạo hạch rộng và chuẩn. Mặc dù sự khác biệt này không có nhiều ý nghĩa thống kê, nhưng nạo hạch rộng giúp đánh giá đúng hơn giai đoạn phát triển bệnh<sup>(6)</sup>.

## **KẾT LUẬN**

Phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến tận gốc để điều trị ung thư tiền liệt tuyến khu trú hiện nay vẫn còn là chọn lựa đầu tiên. Gần đây với sự phát triển của các dụng cụ nội soi, phẫu thuật nội soi cắt tiền liệt tuyến được sử dụng rộng rãi hơn. Nó mang lại kết quả điều trị ung thư tương đương mổ hở, tỉ lệ khỏi bệnh là #85% đối với ung thư khu trú. Bên cạnh đó, lợi ích của phẫu thuật nội soi như ít đau, không có tình trạng nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện ngắn, và bệnh nhân mau trở lại sinh hoạt bình thường tốt hơn hẳn so phẫu thuật mổ hở. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cũng có một số hạn chế như thời gian mổ còn dài, lượng máu mất trong mổ còn nhiều. Kỹ thuật khâu nối niệu đạo-cổ bàng quang còn khó khăn. Do đó việc chọn lựa bệnh trước mổ rất quan trọng, nếu chọn lựa tốt, tỉ lệ thành công của phẫu thuật cao, và tỉ lệ bệnh nhân truyền máu trong khi mổ sẽ thấp.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Breza J (1989) "Detail anatomy of prostatic neuro-vascular structure: Surgical significance " *Jurol* 141,pp 868-872.
2. Guillonneau B (2002) "Perioperative complications of laparoscopic radical prostatectomy. The Montsouris 3-years experience" *J urol*; 167; pp 51-56.
3. H. Ballentin Carter (2007) "Diagnosis and staging of prostate cancer" *Campbell Urol*; pp 2912-2925.
4. James D Brooks (2007) "Anatomy of the Lower Urinary Tract and Male Genitalia; *Campbell Urol*; pp 56-68.
5. Lawson JON (1974) " Pelvic anatomy: Pelvic floor muscles *Sur Engl*; 54; pp 244- 252.
6. Li Ming Su (2007) "Laparoscopic and Robotic –Assisted Laproscopic Radical Prostatectomy and Pelvic Lymphadenectomy " *Campbell Urol*; pp 2985-3004.
7. Ong AM (2004)"Nerve sparing radical prostatectomy. Effects of hemostatic energy sources on the recovery of cavernous nerve function in a canine model " *Jurol*; 172; pp 1318-1322.
8. Patrick C. Walsh (2007) *Anatomy radical retropubic prostatectomy*" pp 2956-2978.
9. Scardino PT (2004) "Consevative manegement of prostate cancer " *Eng J Med*; pp 1831-1832.
10. Su LM (2004) " Nerve sparing radical prostatectomy: Replicating the open surgical technique. *Urology*; 64; pp 123-127.
11. Vũ lê Chuyên và cs (2005) "Những kinh nghiệm bước đầu về phẫu thuật tận gốc ung thư tiền liệt tuyến tại bệnh viện Bình Dân", *Y học Việt nam*, 313, pp 629-637.