

EVALUATION OF RESULTS AFTER TRANSURETHRAL ENDOSCOPIC SURGERY FOR ADVANCED PROSTATE CANCER WITH BILATERAL ORCHECTOMY AT VIET DUC HOSPITAL FROM 1/2018 - 12/2022

Tran Quang Hung^{1*}, To Thanh Dong², Vu Thu Hoai², Do Truong Thanh³

¹National Hospital of Traditional Medicine - 29 Nguyen Binh Khiem, Hai Ba Trung Dist, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

³Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hang Bong Ward, Hoan Kiem Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 26/11/2024

Revised: 15/12/2024; Accepted: 21/02/2025

ABSTRACT

Objective: The study aimed to evaluate the results after transurethral endoscopic resection of advanced prostate cancer with bilateral orchiectomy at Viet Duc Hospital from January 2018 to December 2022.

Method: The retrospective method followed up longitudinally on 217 patients diagnosed with advanced prostate cancer who underwent transurethral resection of the tumor with bilateral orchiectomy.

Result: Most of the patients were in stages T3, T4 accounting for 82.9%, early stage T2 accounting for only 17.1%. Of the 217 patients, 118 were alive (54.4%), 99 patients (45.6%) died. The survival rate decreased gradually over the follow-up time of the groups from 24 to 72 months after surgery, corresponding to 67.1% to 36.8%. The main cause of death was cancer metastasis to other organs. Factors affecting survival rate and overall survival time were Gleason score, age group and stage of Prostate cancer ($p < 0.05$). The ability to urinate and the quality of life of patients improved significantly after surgery: according to the IPSS scale, the majority of postoperative patients at the time of re-examination - interview had mild and moderate urinary disorders, accounting for 94.1%, much higher than the pre-operative level of 36.5% ($p < 0.001$). The quality of life (QoL) of postoperative patients was at an acceptable and satisfactory level of 90.6%, higher than the pre-operative level of 18.5% ($p < 0.001$).

Keywords: Prostate cancer, postoperative outcome assessment, survival rate.

*Corresponding author

Email: drquanghung86@gmail.com Phone: (+84) 983935859 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2089>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO CẮT UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN KÈM CẮT HAI TINH HOÀN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 1/2018 - 12/2022

Trần Quang Hưng^{1*}, Tô Thành Đồng², Vũ Thu Hoài², Đỗ Trường Thành³

¹Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương - 29 Nguyễn Bình Khiêm, Q. Hai Bà Trưng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hàng Bông, Q. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 26/11/2024

Chỉnh sửa ngày: 15/12/2024; Ngày duyệt đăng: 21/02/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sau phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển kèm cắt hai tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 1/2018 - 12/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu theo dõi dọc trên 217 bệnh nhân có chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển được phẫu thuật nội soi cắt u kèm cắt hai tinh hoàn.

Kết quả: Phần lớn các bệnh nhân đều ở giai đoạn T3, T4 chiếm 82,9%, giai đoạn sớm T2 chỉ chiếm 17,1%. Trong số 217 BN có 118 BN còn sống (54,4%), tử vong 99 BN (45,6%). Tỷ lệ sống sót giảm dần theo thời gian theo dõi trong các nhóm từ 24 đến 72 tháng sau phẫu thuật tương ứng với 67,1% đến 36,8%. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là ung thư di căn các cơ quan khác. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn là điểm Gleason, nhóm tuổi và giai đoạn UTTLT ($p < 0,05$). Khả năng tiểu tiện, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật: theo thang điểm IPSS phần lớn các bệnh nhân sau mổ tại thời điểm khám lại – phỏng vấn có rối loạn tiểu tiện ở mức độ nhẹ và trung bình chiếm 94,1%, tăng hơn nhiều so với thời điểm trước mổ là 36,5% ($p < 0,001$). Chất lượng cuộc sống (QoL) của bệnh nhân sau mổ ở mức độ chấp nhận được và hài lòng có tỷ lệ 90,6% cao hơn mức trước phẫu thuật là 18,5% ($p < 0,001$).

Từ khóa: Ung thư tiền liệt tuyến, đánh giá kết quả sau mổ, tỷ lệ sống còn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tiền liệt tuyến (UTTLT) là một trong các ung thư phổ biến nhất ở nam giới, đặc biệt tại các nước phát triển. Theo ước tính của GLOBOCAN 2020, trên thế giới, UTTLT đứng hàng thứ 4 về tỷ lệ mắc mới trong các bệnh lý ung thư nói chung với 1.414.259 ca - chiếm 7,3% và thứ 8 về tỷ lệ tử vong với 375.304 ca (3,8%) [1],[2],[3]. UTTLT chiếm khoảng 13,5% tổng số ca ung thư và đứng thứ 2 sau ung thư phổi. Tại Việt Nam, căn bệnh này đứng thứ 8 về tỷ lệ mắc mới và thứ 10 về tỷ lệ tử vong với lần lượt 6248 trường hợp mắc mới và 2.628 trường hợp tử vong trong năm 2020 [4].

UTTLT là bệnh diễn biến chậm trong nhiều năm và khi có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, bệnh thường đã ở giai đoạn muộn. Trên thực tế, tỷ lệ chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm còn rất thấp, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Nếu như ở Mỹ, nơi có tỷ lệ mắc cao và bệnh nhân được chẩn đoán sớm do việc sàng lọc PSA và sinh

thiết tiền liệt tuyến thực hiện tốt thì tỷ lệ giai đoạn di căn là 6,4%, trong khi đó tỷ lệ này tại Việt Nam là trên 50% [5]. UTTLT có thể được điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau bao gồm phẫu thuật, xạ trị, nội tiết, hoá trị và miễn dịch tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, yếu tố nguy cơ và tiên lượng sống thêm của bệnh nhân. Khi bệnh nhân ở giai đoạn di căn, liệu pháp ức chế androgen (ADT) bao gồm cắt tinh hoàn ngoại khoa và nội khoa là điều trị nền tảng đóng vai trò rất quan trọng. Ở Việt Nam, đa phần bệnh nhân có triệu chứng và đến khám thì đã ở giai đoạn tiến triển, việc đặt ra lựa chọn phẫu thuật nội soi cắt u tuyến tiền liệt và cắt bỏ hai tinh hoàn là một phương pháp được lựa chọn phù hợp với bệnh nhân cũng như với điều kiện kinh tế, xã hội ở nước ta hiện nay. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, hàng năm có nhiều bệnh nhân được chẩn đoán dựa trên CT/MRI kết hợp với sinh thiết TLT là UTTLT giai đoạn tiến triển. Các bệnh nhân này được chỉ định cắt u nội soi qua niệu

*Tác giả liên hệ

Email: drquanghung86@gmail.com Điện thoại: (+84) 983935859 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2089>

đạo kèm cắt tinh hoàn hai bên nhưng chưa được đánh giá kết quả theo dõi sau phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “*Đánh giá kết quả theo dõi sau phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển kèm cắt hai tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 1/2018 - 12/2022*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTTTL giai đoạn tiến triển đã được phẫu thuật cắt u nội soi kèm theo cắt hai tinh hoàn có kết quả mô bệnh học sau mổ chẩn đoán là UTTTL tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2018 - 12/2022.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Không có giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định; bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTTTL giai đoạn tiến triển và được phẫu thuật cắt u nội soi kèm theo cắt hai tinh hoàn nhưng có các bệnh lý nặng toàn thân phối hợp như: Ung thư nguyên phát các cơ quan khác (gan, phổi, dạ dày, ...); bệnh toàn thân (HIV, lupus, ...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu theo dõi dọc.

- *Cỡ mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Các bước nghiên cứu

- Các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật, hậu phẫu từ hồ sơ bệnh án tại phòng KHTH - Bệnh viện Việt Đức.

- Sau ra viện, các bệnh nhân được gọi điện thoại phỏng vấn theo bộ câu hỏi soạn sẵn, mời đến viện để khám lại hoặc làm xét nghiệm PSA theo dõi sau mổ.

- Các thông số nghiên cứu thu thập được qua hồ sơ, khám bệnh, phỏng vấn, kết quả xét nghiệm được ghi vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.4. Các biến số nghiên cứu

- Trạng thái còn sống hay đã chết của các BN, thang điểm IPSS và QoL của người bệnh trước và sau mổ.

- Đánh giá mức độ rối loạn tiểu tiện trước và sau mổ theo thang điểm IPSS: Rối loạn tiểu tiện mức độ nhẹ: Từ 0-7 điểm, Rối loạn tiểu tiện mức độ trung bình: Từ 8-19 điểm, Rối loạn tiểu tiện mức độ nặng: Từ 20-35 điểm.

- Đánh giá chất lượng cuộc sống trước và sau mổ theo thang điểm QoL: 1-2 điểm: sống tốt hoặc bình thường, 3-4 điểm: sống được hoặc tạm được, 5-6 điểm: không chịu được.

- Phân độ mô học theo Gleason được sử dụng phổ biến nhất dựa trên cấu trúc tế bào với mức độ ác tính. Gleason ≤ 6 : Tế bào biệt hóa tốt. Gleason ≤ 7 : Tế bào biệt hóa trung bình. Gleason 8-10: Tế bào biệt hóa kém hoặc không biệt hóa[6].

2.5. Phương pháp đánh giá kết quả:

Tính tỉ lệ bệnh nhân sống sót tại các mốc thời gian 24, 36, 48, 60, 72 tháng. So sánh thang điểm IPSS với 3 mức: nhẹ: độ từ 1 - 7, trung bình: độ từ 8 - 19, nặng: độ từ 20 - 35 và QoL với 3 mức: nhẹ: độ từ 0 - 3, trung bình: độ 4, nặng: độ từ 5-6 của người bệnh trước và sau mổ. Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ sống còn và thời gian sống thêm toàn bộ của các bệnh nhân theo phân loại điểm Gleason, nhóm tuổi, giai đoạn ung thư tuyến tiền liệt.

2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ 1/2018 - 12/2022 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 7603/QĐ-ĐHYHN và được thông qua hội đồng cơ sở của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, các số liệu được thu thập trung thực, thông tin nghiên cứu được bảo mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu:

Bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 60-79 tuổi chiếm 61,6%, tuổi mắc bệnh thấp nhất 52 tuổi, cao nhất 97 tuổi. Phần lớn các bệnh nhân đều ở giai đoạn T3, T4 chiếm 82,9%, giai đoạn sớm T2 chỉ chiếm 17%. Trong 217 BN có 118 BN còn sống chiếm 54,4% tính đến thời điểm năm 2024. Thời gian sống trung bình sau mổ của 99 bệnh nhân đã tử vong là $22,41 \pm 14,3$ (tháng), ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 62 tháng. Trong 118 BN còn sống, có 65 bệnh nhân (55,1%) tái khám và làm lại PSA. Trong đó có 17 trường hợp tái phát PSA sinh hóa ($>4\text{ng/ml}$) chiếm 26,2%. Thời điểm tái phát sinh hóa PSA sau mổ từ 6-12 tháng chiếm 58,8%. Chỉ có 1 trường hợp tái phát PSA sau 24 tháng. Trung bình chỉ số PSA tái phát là $14,8 \pm 10,2$ (điểm). Trong số 17 BN tái phát có 10 bệnh nhân hiện đang điều trị thêm bằng hóa trị - xạ trị theo phác đồ của viện K.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 1. So sánh thang điểm IPSS và QoL người bệnh trước - sau mổ

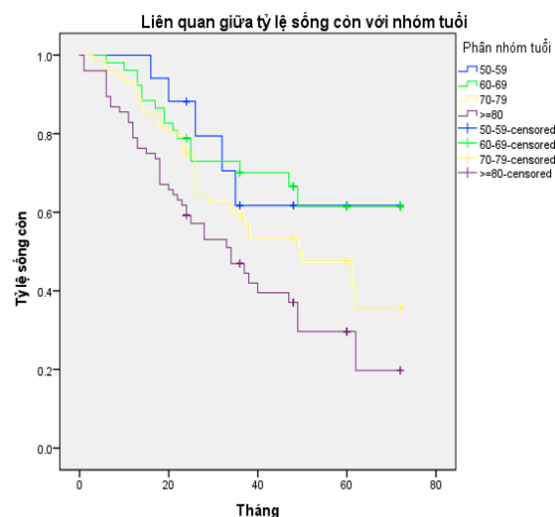
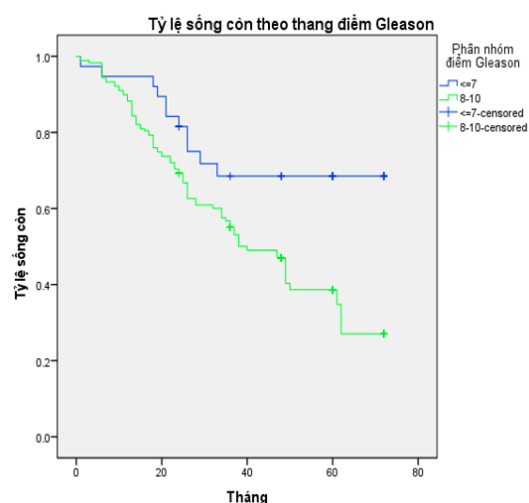
Thang điểm					
Phân độ	Trước mổ		Sau mổ		P
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
IPSS					
Nhẹ (1-7)	3	2,6	66	56	< 0,001
Trung bình (8-19)	40	33,9	45	38,1	
Nặng (20-35)	75	63,5	7	5,9	
Tổng	118	100	118	100	
Trung bình	25,3 ± 5,57		8,73±5,36		< 0,001
QoL					
Nhẹ(0-3)	4	3,4	62	52,5	< 0,0001
Trung bình(4)	18	15,1	45	38,1	
Nặng(5-6)	96	81,5	11	9,4	
Tổng	118	100	118	100	
Trung bình	4,92 ± 0,78		2,38±1,05		< 0,001

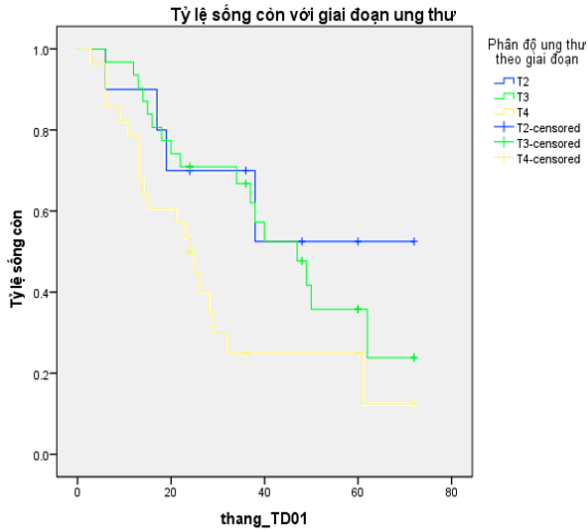
Đánh giá theo thang điểm IPSS: Phần lớn các bệnh nhân sau mổ tại thời điểm khám lại – phỏng vấn có rối loạn tiểu tiện ở mức độ nhẹ và trung bình chiếm 94,1%, tăng hơn nhiều so với thời điểm trước mổ là 36,5%. Sự khác biệt giữa tỷ lệ các nhóm trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm trung bình IPSS sau mổ ($8,73 \pm 5,36$ điểm) thấp hơn trước mổ ($25,3 \pm 5,57$ điểm) với $p < 0,001$.

Đánh giá theo thang điểm chất lượng cuộc sống QoL: Chất lượng cuộc sống (QoL) của bệnh nhân sau phẫu thuật ở mức độ chấp nhận được và hài lòng có tỷ lệ 90,6% cao hơn mức trước phẫu thuật là 18,5%. Trung bình điểm QoL sau mổ $2,38 \pm 1,05$ (điểm) thấp đáng kể so với trung bình trước mổ là $4,92 \pm 0,78$ (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan ảnh hưởng tới tỷ lệ sống còn

Các yếu tố liên quan					
Phân nhóm	Sống		Tử vong		P
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Điểm Gleason					
≤7	27	71,1%	11	28,9%	0,023
8 - 10	91	50,8%	88	49,2%	
Nhóm tuổi					
51 – 59	12	70,6%	5	29,4%	0,011
60 – 69	36	69,2%	16	30,8%	
70 – 79	38	52,8%	34	47,2%	
≥ 80	32	42,1%	44	57,9%	
Giai đoạn UTTTL					
T2	24	64,9%	13	35,1%	0,039
T3	59	60,8%	38	39,2%	
T4	35	42,2%	48	57,8%	
Tổng					
	118	54,4%	99	45,6%	





Biểu đồ 1. Mối liên hệ giữa phân loại điểm Gleason, nhóm tuổi, giai đoạn ung thư với xác suất sống còn

Nhận xét: Phân bố tỉ lệ sống còn ở các nhóm theo phân loại điểm Gleason, theo nhóm tuổi và theo giai đoạn UTTL khác biệt có ý nghĩa thống kê và giảm dần với $p < 0,05$. Điểm Gleason ≤ 7 có tỷ lệ sống sót là 71,1%, tại điểm Gleason từ 8-10 tỷ lệ sống giảm đáng kể xuống còn 50,8%. Tuổi càng trẻ thì cơ hội sống sót càng cao, tỷ lệ sống của nhóm 50–59 tuổi cao nhất (70,6%), tỷ lệ sống giảm dần theo tuổi và thấp nhất tại nhóm ≥ 80 tuổi (42,1%). Tỷ lệ sống giảm dần theo giai đoạn UTTL từ giai đoạn T2 (64,9%) đến thấp nhất là giai đoạn T4 (42,2%).

4. BÀN LUẬN

Năm 2024, tại thời điểm được phỏng vấn hoặc khám lại có 217 bệnh nhân trong đó 118 BN còn sống chiếm 54,4%, từ vong 99 BN chiếm 45,6%. Thời gian sống thêm toàn bộ của các BN đã từ vong sau mổ là $22,41 \pm 14,3$ (tháng) trong đó thời gian từ vong sớm nhất là 1 tháng sau mổ, dài nhất là 62 tháng. Tỷ lệ sống sót giảm dần theo thời gian theo dõi từ 67,1% (24 tháng) giảm còn 36,8% (72 tháng). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Fang (2021) [7] trên 2823 BN UTTL sau mổ TURP có thời gian sống toàn bộ trung bình $35,13 \pm 1,53$ (tháng), tỷ lệ sống sót sau 2 năm (59,2%), 3 năm (46,6%), 5 năm (30,4%).

Tỷ lệ tử vong chung của các BN là 45,6% khá cao do nguyên nhân gây tử vong trong loại nghiên cứu này là: Cơ chế di căn xa đối với bệnh UT TTL đã được Charles Huggins nghiên cứu từ những năm 1941 của thế kỷ trước, 90% bệnh nhân UT TTL tử vong là do di căn xa. UT TTL thường di căn đến xương, hạch. Di căn gan, phổi và não rất hiếm gặp [8].

Bubendorf (2000) phát hiện rằng tỷ lệ bệnh nhân có di căn xương: 90%, phổi: 46%, gan: 25%, màng phổi: 21%, tuyến thượng thận: 13% [9].

Theo Tremont và Lukats (2003) nghiên cứu trên 361 bệnh nhân UT TTL giai đoạn tiến triển cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân di căn xương chiếm 40%, di căn gan 10%, phổi 7% [10]. Tác giả Lê Thị Khánh Tâm (2020) thấy tỷ lệ di căn xương là 76%, phổi 16% và di căn gan là 6,67% [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Tính trên 118 BN còn sống, có 65 bệnh nhân (55,1%) tái khám và làm lại PSA định kỳ 3-6 tháng/lần. Trong đó có 17 trường hợp tái phát PSA sinh hóa ($>4\text{ng/ml}$) chiếm 26,2%. Thời điểm tái phát sinh hóa PSA sau mổ từ 6 - 12 tháng chiếm 58,8% với thời gian trung bình là $14,8 \pm 10,1$ (tháng). Trong số 17 BN tái phát có 10 BN hiện đang điều trị bằng thuốc nội tiết kết hợp theo phác đồ của viện K. Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả Bejrananda và Pliensiri (2023) nghiên cứu trên 370 BN UTTL được mổ cắt TLT nội soi, tỷ lệ tái phát sinh hóa là 44,7% với thời gian trung bình tái phát là 18,1 tháng.

Đánh giá sự hài lòng của BN theo thang điểm IPSS, QoL: Đối với UTTL giai đoạn tiến triển, việc cắt đốt nội soi tạo đường hầm qua ngã niệu đạo tuy không có ý nghĩa trong việc kéo dài thời gian sống, nhưng có ý nghĩa rất lớn trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhờ giải phóng bế tắc đường tiểu.

Nghiên cứu cho thấy khi so sánh trên 118 bệnh nhân thu thập đủ số liệu nghiên cứu trước sau thấy điểm IPSS, QoL giảm xuống một cách rõ rệt sau mổ, chứng tỏ tình trạng rối loạn tiểu tiện và chất lượng cuộc sống được cải thiện một cách đáng kể, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác như của Nguyễn Duy Điền (2011) đạt $12,6 \pm 4,5$ [12]. Đào Trọng Đại (2020) điểm IPSS sau mổ là $6,00 \pm 5,14$; điểm QoL sau mổ là $1,94 \pm 1,12$ [13].

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Theo kết quả bảng 2 nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự liên quan mật thiết giữa tỷ lệ tử vong với điểm Gleason, nhóm tuổi và giai đoạn UTTL được chẩn đoán của người bệnh. Cụ thể:

- Phân độ Gleason – giai đoạn UTTL và tỷ lệ sống còn

+ Tỷ lệ sống còn giảm dần theo giai đoạn UTTL cao nhất tại T2 với 64,9% đến thấp nhất tại T4 (42,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039 < 0,05$.

+ Tỷ lệ sống giảm dần theo phân loại điểm Gleason ≤ 7 điểm với tỷ lệ 71,1%, tại điểm 8-10 tỷ lệ sống giảm đáng kể còn 50,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,023 < 0,05$.

Kết quả này của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu của Lu-Yao (2015) [14] đã phân tích mối nguy cơ tử vong do ung thư TTL trên 31.137 nam giới ≥ 65 tuổi cho thấy độ Gleason càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao. Với

Gleason 5 đến 7, tỷ lệ tử vong trong 15 năm đầu tiên đối với nam giới từ 65 đến 74 tuổi và ≥ 75 tuổi lần lượt là 5,7% và 10%. Với Gleason 8 – 10 điểm tỷ lệ này là 22 và 27%. Tác giả Lê Thị Khánh Tâm (2020) [11] ghi nhận điểm Gleason từ 8 trở xuống có xác suất sống sót cao hơn 75% so với nhóm còn lại.

- Nhóm tuổi và tỷ lệ tử vong

Đối với nhiều ung thư, tuổi vừa là yếu tố nguy cơ mắc bệnh vừa là yếu tố tiên lượng bệnh, UT TTL cũng không là ngoại lệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống giảm dần theo nhóm tuổi với tỷ lệ 70,6% tại điểm 50-59 giảm dần còn 42,1% tại nhóm ≥ 80 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,0011 < 0,01$.

Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của 1 số tác giả trên thế giới, tuổi là yếu tố liên quan tới tỉ lệ sống thêm, tuổi càng tăng, thời gian sống thêm càng giảm. Trong nghiên cứu của Albertsen (2011) tỷ lệ tử vong theo tuổi ở giai đoạn bệnh di căn ở nhóm tuổi 80-89 tuổi gấp 1,38 lần so với các bệnh nhân nhóm tuổi 70-79 [15]. Tác giả Lê Thị Khánh Tâm (2020) [11] tuổi dưới 65 có tỷ lệ tử vong thấp hơn 88% nhóm trên 65 tuổi.

5. KẾT LUẬN

Trong số 217 BN có 118 BN còn sống (54,4%), tử vong 99 BN (45,6%). Nguyên nhân tử vong chủ yếu là ung thư di căn các cơ quan khác. Có mối liên quan giữa tỷ lệ sống còn với điểm Gleason, tuổi cao và giai đoạn UT TTL ($p < 0,05$). Khả năng tiêu tiện, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Deo S., Sharma J., Kumar S. (2022). GLOBOCAN 2020 Report on Global Cancer Burden: Challenges and Opportunities for Surgical Oncologists., *Ann Surg Oncol*, 29(11), p6497-6500.
- [2] WHO (2020). GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, *CA Cancer J Clin*, 2021 Feb 4.
- [3] Rebecca L., Kimberly D., Hannah E., et al (2022). Cancer statistics, 2022, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 72, p7-33.
- [4] WHO (2021). The Global Cancer Observatory: Viet Nam, *Int J Cancer*,
- [5] Dong Van Hoang, Ngoc Minh Pham (2018). Dietary Carotenoid Intakes and Prostate Cancer Risk: A Case-Control Study from Vietnam, *Nutrients*, 10(1), 70.
- [6] Humphrey A. (2004). Gleason grading and prognostic factors in carcinoma of the prostate, *Modern Pathology*, 17, 292–306.
- [7] Fang K., Song P., Zhang J., et al (2021). The Impact of Palliative Transurethral Resection of the Prostate on the Prognosis of Patients With Bladder Outlet Obstruction and Metastatic Prostate Cancer: A Population-Matched Study, *Front Surg*, 8, Oct 29:8:726534.
- [8] Huggins C., Hodges C. (1941). Studies on Prostatic Cancer: The Effect of Castration, of Estrogen and of Androgen Injection on Serum Phosphatases in Metastatic Carcinoma of the Prostate, *Cancer research*, 1(4), 293.
- [9] Bubendorf L. (2000). Metastatic patterns of prostate cancer: an autopsy study of 1,589 patients, *Hum Pathol*, 31(5), p578-583.
- [10] Tremont-Lukats, Bobustuc G., Lagos G., et al (2003). Brain metastasis from prostate carcinoma: The M. D. Anderson Cancer Center experience, *Cancer*, 98(2), p363-368.
- [11] Lê Thị Khánh Tâm (2020). Đánh giá kết quả điều trị nội tiết ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn IV, Luận văn Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
- [12] Nguyễn Duy Điền, Trần Ngọc Sinh, Thái Minh Sâm (2011). Cắt đốt nội soi tạo đường hầm trên bệnh nhân bí tiểu do ung thư tuyến tiền liệt, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 15 (3), 14-18.
- [13] Đào Trọng Đại (2020). Kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển kèm cắt tinh hoàn hai bên ở bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
- [14] Stamey T., Mc Neal J. (1992). Adenocarcinoma of the prostate, *Campbell's Urology*, 6, 1159-1214.
- [15] Albertsen P., Moore D., Shih W., et al (2011). Impact of Comorbidity on Survival Among Men With Localized Prostate Cancer, *Journal of Clinical Oncology*, 29(10), 1335-1341.