

DOI: 10.59715/pntj.mp.1.1.13

So sánh phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có Robot hỗ trợ với phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn: kinh nghiệm tại Bệnh viện Bình Dân

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹, Vũ Lê Chuyên¹, Tăng Kim Hồng², Nguyễn Ngọc Châu³, Phạm Phú Phát³, Đỗ Anh Toàn³, Đỗ Lệnh Hùng³, Nguyễn Tế Kha³, Nguyễn Phúc Minh⁴, Lê Nguyễn Minh Hoàng³, Trang Võ Anh Vinh³, Trần Đỗ Hữu Toàn³

¹Khoa - Bộ môn Thận niệu - Nam khoa, Bệnh viện Bình Dân, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Khoa Niệu, Bệnh viện Bình Dân

⁴Bộ môn Ngoại Tổng quát, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tại bệnh viện Bình Dân, cắt tuyến tiền liệt tận gốc đã được thực hiện qua mổ mở (từ 1998), nội soi ổ bụng tiêu chuẩn (LRP) (từ 2004) [2]. Từ tháng 11/2016, phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ đã được áp dụng tại bệnh viện. Câu hỏi nghiên cứu: đâu là những thuận lợi / khó khăn cho bác sĩ phẫu thuật / bệnh nhân khi mổ nội soi có robot hỗ trợ so với nội soi ổ bụng (NSOB) trong điều kiện Việt Nam ?

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của NSOB có robot hỗ trợ trong điều trị phẫu thuật triệt căn ung thư tuyến tiền liệt (UT TTL) khi so sánh với NSOB tiêu chuẩn.

Đối tượng & Phương pháp nghiên cứu: Người bệnh nhập bệnh viện Bình Dân với chẩn đoán UT TTL giai đoạn khu trú (cT1-T2) hoặc xâm lấn vỏ bao hoặc túi tinh (cT3), được cắt tuyến tiền liệt tận gốc bằng nội soi có robot hỗ trợ (RARP) hay bằng NSOB tiêu chuẩn. Nghiên cứu so sánh tiến cứu không ngẫu nhiên so sánh kết quả ngắn hạn (dưới 1 năm) giữa RARP và LRP với thời gian lấy mẫu là từ 01/2019 đến 12/2020.

Kết quả: Có 40 bệnh nhân ở mỗi nhóm phẫu thuật. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ hai nhóm không khác biệt về: tuổi, bệnh kết hợp, điểm số ASA, điểm số Gleason, PSA máu, cTNM; hai nhóm có khác biệt về: điểm số IIEF-5 (RARP>LRP), BMI (RARP>LRP), Kích thước tuyến tiền liệt (RARP>LRP). Các biến số quanh phẫu thuật: hai nhóm không khác biệt về: chuyển mổ mở, tỉ lệ thực hiện kỹ thuật bảo tồn cổ bàng quang, lượng máu mất, truyền máu quanh phẫu thuật, tai biến trong mổ; hai nhóm có khác biệt về: tỉ lệ mũ khâu Rocco (RARP>LRP), số trường hợp nạo hạch chậu (RARP > LRP), thời gian mổ (RARP<LRP), bờ biên phẫu thuật dương tính (RARP>LRP), số trường hợp bảo tồn bó mạch - thần kinh cương (RARP<LRP). Sau phẫu thuật 2 nhóm không khác biệt về: điểm số Gleason, pTNM, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ; hai nhóm có khác biệt về: thời gian lưu ống dẫn lưu (RARP<LRP), điểm số đau sau mổ (RARP < LRP). Theo dõi sau mổ 3 tháng/6 tháng hai nhóm không khác biệt về: biến chứng tiểu không kiểm soát lúc 3 tháng, 6 tháng, số tái đùng trong 24h sau mổ 6 tháng, độ giảm điểm IIEF-5 lúc 3 tháng sau mổ; hai nhóm có khác biệt về biến chứng sau xuất viện < 6 tháng sau mổ (RARP < RLP), có ý nghĩa lâm sàng với LRP có 3 TH biến chứng Clavien III, biến chứng sau mổ sáu tháng - một năm (RARP<RLP) có ý nghĩa lâm sàng với nhóm LRP có 2 TH biến chứng Clavien III, số tái đùng trong 24h lúc 3 tháng sau mổ (RARP<RLP), độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 6 tháng (RARP>LRP), chất lượng cuộc sống 6 tháng sau mổ (nhóm RARP tốt hơn).

Ngày nhận bài:

01/12/2021

Ngày phản biện:

22/12/2021

Ngày đăng bài:

20/01/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng

Email:

npchoang@gmail.com

ĐT: 0913719346

Kết luận: RARP so sánh với LRP là kỹ thuật mổ an toàn với ít biến chứng hơn, triệt căn hơn với việc cắt bỏ được nhiều hạch chậu hơn, hiệu quả hơn với thời gian mổ ngắn hơn, ít mất máu hơn, thời gian dẫn lưu ngắn hơn, ít đau hơn, chức năng cơ quan bảo tồn tốt hơn về kiểm soát nước tiểu sau mổ. Nó có đường cong học tập ngắn hơn và có chất lượng cuộc sống sau mổ tốt hơn cho bệnh nhân.

Từ khóa: Cắt tuyến tiền liệt tận gốc có robot hỗ trợ, nội soi ổ bụng cắt tuyến tiền liệt tận gốc, kết quả phẫu thuật, kết quả chức năng.

Abstract

Comparison of Robot - assisted radical prostatectomy versus laparoscopic radical prostatectomy: the binh dan experience

Introduction: At Binh Dan hospital, radical prostatectomy (RP) was performed by open surgery (since 1998) [1] and by standard laparoscopy (LRP) (since 2004) [2]. Since November 2016, robotics was implemented at our institution. The research question is: what are the advantages / disadvantages for surgeons / patients of robot - assisted radical prostatectomy (RARP) versus laparoscopic radical prostatectomy (LRP) ?

Objectives: To assess the efficiency, safety of RARP in comparison to LRP and to recognize the patient group suffering from prostate cancer who are suitable for RARP.

Materials and Methods: The patients admitted to Binh Dan hospital with a diagnosis of localized prostate cancer (cT1-T2) or with invasion of capsule and / or seminal vesicles (cT3) underwent RARP or LRP. Non - randomized prospective comparative study comparing short - term outcomes (less than 1 year) between RARP vs LRP with sampling from Jan 2019 to Dec 2020.

Results: There were 40 patients in each group. Patient characteristics before surgery in the two groups did not differ in: age, comorbidities, ASA score, Gleason score, serum PSA, cTNM; The two groups have differences in: the IIEF-5 score (RARP>LRP), BMI (RARP>LRP), Prostate size (RARP>LRP). Perioperative variables: the two groups did not differ in terms of: conversion rate, rate of bladder neck conservation, blood loss, perioperative blood transfusion, intraoperative complications; The two groups had differences in: rate of Rocco stitches (RARP>LRP), number of cases of pelvic lymph node dissection (RARP>LRP), operating time (RARP<LRP), positive surgical margin (RARP>LRP), the number of cases with neurovascular bundle preservation (RARP<LRP). After surgery, the 2 groups did not differ in: Gleason score, pTNM, postoperative complications, postoperative hospital stay; The two groups had differences in: drainage time (RARP<LRP), postoperative pain score (RARP<LRP). Follow - up after surgery 3 months / 6 months, the two groups did not differ in: urinary incontinence at 3 months, 6 months, number of diapers used in 24 hours at 6 months after surgery, IIEF-5 score decrease at 3 months after surgery; The two groups had differences in complications after discharge < 6 months after surgery (RARP < RLP), which were clinically significant in the LRP group with 3 complications of Clavien III, complications after surgery 6 months - 1 year (RARP<RLP) which were clinically significant in the LRP group with 2 complications of Clavien III, the number of diapers used in 24 hours at 3 months postoperatively (RARP<RLP), the decrease in IIEF-5 score after surgery 6 months (RARP>LRP), the patients' quality of life at 6 months postoperatively (RARP group was better).

Conclusions: RARP versus LRP, is a safer procedure with less complications, more radical treatment with more dissected lymph nodes, more effective with shorter operative time, with trend of less blood loss, shorter drainage time, less pain, better functional outcomes in terms of urinary continence, shorter learning curves and better quality of life after surgery for patients. Two points to be improved are: surgical margins and nerve-sparing technique.

Keywords: Robot - assisted radical prostatectomy, laparoscopic radical prostatectomy, perioperative outcomes, functional outcomes

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tuyến tiền liệt tận gốc (CTTLTG) vẫn là hòn đá tảng trong phẫu thuật triệt căn ung thư tuyến tiền liệt khu trú. Tại bệnh viện Bình Dân: CTTLTG được thực hiện bằng mổ mở (từ năm 1998) và bằng phương pháp nội soi ổ bụng tiêu chuẩn (NSOB) (từ năm 2004) [2]

Từ tháng 11 năm 2016, hệ thống robot phẫu thuật da Vinci® đã được triển khai tại Bình Dân: CTTLTG có robot hỗ trợ chiếm 50% số ca phẫu thuật robot (52/112 ca) sau 1 năm [4]. Câu hỏi đặt ra: đâu là những thuận lợi/khó khăn đối với phẫu thuật viên/bệnh nhân mổ cắt tuyến tiền liệt tận gốc có sự hỗ trợ của robot khi so sánh với phương pháp NSOB tiêu chuẩn.

Mục tiêu

Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt tuyến tiền liệt tận gốc điều trị ung thư tuyến tiền liệt khi so sánh với NSOB tiêu chuẩn.

Dựa vào kết quả của các nghiên cứu tương tự của Good (3), Menon (10), với $\alpha = 0,05$, $(1 - \beta) = 0,80$, dùng phần mềm Sức mạnh và Cỡ mẫu, cỡ mẫu được tính toán theo bảng:

Kết quả	Tác giả	Giá trị của nhóm LRP	Giá trị tính toán của nhóm RARP	Cỡ mẫu cho mỗi nhóm (RARP / LRP)
Tỉ lệ kiểm soát nước tiểu sau mổ	Good	$p_1 = 35\%$	Sai biệt so với tỉ lệ kiểm soát được nước tiểu sau mổ ở nhóm LRP khoảng 35%	31 bệnh nhân / nhóm
Thời gian mổ	Menon	$t_1 = 2,3$ giờ	Sai biệt so với TB ở nhóm LRP khoảng 2,5 giờ, $\sigma = 4$	41 bệnh nhân / nhóm

Chọn mẫu: Thời gian lấy mẫu: từ 01/2019 đến 12/2020, được thực hiện tuần tự: lấy liên tiếp những người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh cho đến khi đủ số lượng cỡ mẫu.

Bác sĩ phẫu thuật viên: Nhóm mổ LRP: 2 bác sĩ đã thực hiện hơn 50 ca. Nhóm mổ RARP: 6 bác sĩ (2 đã thực hiện hơn 30 ca, 4 đã thực hiện dưới 30 ca).

Phương tiện phẫu thuật: Hệ thống robot phẫu thuật da Vinci SiTM với bốn cánh tay. Kỹ thuật mổ: Nhóm LRP: đường vào ngoài phúc mạc, ngã trước theo Vũ Lê Chuyên và c.s.(2). Nhóm RARP: đường vào trong phúc mạc, ngã trước, theo kỹ thuật mổ gồm 13 bước theo Lee D.I. và cs.(8)

Hậu phẫu: Cho người bệnh ăn uống bình thường sau 24 giờ. Thuốc giảm đau gây nghiện có thể dùng trong 24 giờ đầu nhưng hạn chế, chủ yếu dùng nhóm acetaminophen. Có thể xuất viện sớm sau mổ 2-3 ngày, bệnh nhân mang thông niệu đạo về và hẹn tái khám vào ngày thứ 8-9 để cắt chỉ và rút thông tiểu. Lưu thông niệu đạo 8-10 ngày, có thể chụp bàng quang với thuốc cản quang trước khi rút thông.

Phương tiện đo lường: Bảng câu hỏi IIEF-5 đánh giá chức năng cương, Thang đo điểm đau sau mổ bằng thước trực quan (visual analog scale) (ngày 1, ngày 3 sau mổ), Phân loại Clavien-Dindo

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân: Người bệnh nhập bệnh viện Bình Dân với chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú (bướu cT1-T2) hoặc xâm lấn vỏ bao hoặc túi tinh (cT3), được cắt tuyến tiền liệt tận gốc bằng nội soi có robot hỗ trợ (RARP) hay bằng NSOB tiêu chuẩn (LRP).

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu so sánh tiền cứu không ngẫu nhiên (prospective nonrandomized comparative study), so sánh kết quả ngắn hạn (dưới 1 năm) giữa phẫu thuật RARP và LRP.

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu nhằm so sánh 2 tỉ lệ:

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{\Delta^2}$$

p_1 : Tỉ lệ chuyển mổ mở hay có biến chứng nghiêm trọng trong nhóm LRP

p_2 : Tỉ lệ chuyển mổ mở hay có biến chứng nghiêm trọng trong nhóm RARP

Và: $p = (p_1 + p_2)/2$

đánh giá biến chứng phẫu thuật, Bảng câu hỏi để chẩn đoán tiểu không kiểm soát sau mổ (QUID), Bảng câu hỏi SF-36 đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ.

Thu thập và xử lý số liệu: Chẩn đoán xác định, giai đoạn ung thư → Xét chỉ định phẫu thuật → Phẫu thuật RARP/LRP → Thống kê các biến số → Kết quả.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2019 đến 12/2020: có 40 bệnh nhân ở mỗi nhóm phẫu thuật.

Đặc điểm bệnh nhân trước mổ: RARP so với LRP

Biến số	Loại này			Porpiglia F. ⁽¹¹⁾	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Tuổi	67,85 ± 7,634	67,13 ± 6,692	0,653	63,9 ± 6,7	64,7 ± 5,9
Có bệnh kèm theo	29 (72,5%)	27 (67,5%)	0,626		
BMI	22,133	23,848	0,013	26,2 ± 2,5	26,8 ± 2,9
ASA			0,115	2,1 ± 0,5	2,0 ± 0,5
2	37 (92,5%)	31 (77,5%)			
3	3 (7,5%)	9 (22,5%)			
Điểm Gleason	7,05	7,03	0,94		
GS ≤ 6	12/40 (30%)	13/40 (32,5%)		58,3%	41,7%
GS ≥ 7	28/40 (70%)	27/40 (67,5%)		41,7%	58,3%
PSA trung bình	34,64	34,2	0,952	8,3	6,9
Thể tích TTL	35,58	45,81	0,022	37,7 ± 14,1	36,2 ± 12,6

Biến số	Loại này			Qi F. ⁽¹²⁾	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
	19	15	0,36	81,1%	70,4%
	21	25		18,9	29,6%
	4	3		81,1%	70,4%
	1	2			
	2	5			
	12	5		5,4%	20,4%
	7	10		9,5%	3,7%
	14	15			
Hạch trên MRI					
N (-)	37	29			
N (+)	3	0			
Nx	0	11			

Kết quả trong mổ: RARP so với LRP

Biến số	Loại này			Porpiglia F. ⁽¹¹⁾	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP

Thời gian (phút)					
Mổ chung	219,5 ± 74,67	171,85 ± 70,2	0,004		
Gắn tay robot (Docking)		12,17 ± 7,44			5,5 ± 1,7
Điều khiển (Console)		154,23 ± 68,03		138.1 ± 29.7	147.6 ± 27.1
Máu mất (mL)	393,75 ± 264,37	394,5 ± 345,56	0,991	234.1 ± 150.1	202.0 ± 124
Giảm Hb sau mổ (g/dL)	2,08 ± 1,44	1,65 ± 1,33	0,176		
Tỉ lệ truyền máu	7/40 (17,5%)	4/40 (10%)	0,518		
Máu truyền (mL)	78,75 ± 185,67	52,5 ± 169,07	0,510		
Chuyển mổ mở	0%	0%			
Tai biến trong mổ	0 (0%)	1/40 (2,5%)	1		
Bảo tồn cổ bàng quang	23/40 (57,5%)	21/40 (52,5%)	0,653		
Bảo tồn TK cương	13/40 (32,5%)	5/40 (12,5%)	0,032	35/60 (58,3%)	35/60 (58,3%)
Mũi khâu Rocco	6/40 (15%)	19/40 (47,5%)	0,002		
Nạo hạch chậu	11/40 (27,5%)	24/40 (50%)	0,039		

Kết quả sau mổ: RARP so với LRP

Biến số	Loại này			Porpiglia F.⁽¹¹⁾	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Trung tiện (ngày)	1,43 ± 0,501	2,35 ± 1,272	0,00		
Thời gian rút ODL (ngày)	3,97 ± 2,023	3,00 ± 1,754	0,025		
Nằm viện sau mổ (ngày)	6,00 ± 4,126	4,73 ± 2.025	0,085		
Điểm Gleason	7,34 ± 1,136	7,08 ± 1,01	0,29	6,71 ± 0,75	6,87 ± 0,69
Bờ biên phẫu thuật dương	1/40 (2,5%)	11/40 (27,5%)	0,003	20%	26,6%
≤ pT2	27/40 (32,5%)	21/40 (52,5%)	0,07	38/60 (63,3%)	38/60 (63,3%)
pT3	13/40 (67,5%)	19/40 (47,5%)		22/60 (36,7%)	22/60 (36,7%)
pT1	1	2			
pT2a	7	13			
pT2b	2	4			
pT2c	3	2			
pT3a	9	5			
pT3b	18	14			

Biến số	Loại này			Qi F. ⁽¹²⁾	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Hạch vùng trên đại thể dương tính	2/11 (18,18%)	11/24 (45,83%)	0,013	44,6	29,6
Hạch chậu có tế bào ác	0/11	1/24 (4,16%)	1	9,5	5,6

Biến số	Loại này			Porpiglia F. ⁽¹¹⁾	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Điểm số đau	3,7 ± 0,992	2,63 ± 0,838	0,000		
BC gần sau mổ (Clavien - Dindo)	0	3 (+)	0,241		
0	40/40	37/40			
I	0	2/40		4/60 (6,7%)	7/60 (11,7%)
II	0	1/40		1/60 (1,7%)	1/60 (1,7%)

(+) 3 TH chỉ biến chứng nhẹ, Clavien 1-2, điều trị nội
Biến chứng (BC) sau mổ: RARP so với LRP

Biến số	LRP	RARP	p
BC sau mổ < 6 tháng (Clavien - Dindo)			0,241
0	37	40	
III	3 (+) (7,5%)	0 (0%)	
BC sau mổ 6 tháng - 1 năm (Clavien - Dindo)			0,494
0	38 (95%)	40	
III	2 (++) (5%)	0	

(+) 3 TH có biến chứng hẹp cổ bàng quang ở nhóm LRP (Clavien III) phải nội soi xẻ hẹp

(++) 2 TH có biến chứng ở nhóm LRP (Clavien III): 1 TH hẹp cổ bàng quang phải nội soi xẻ hẹp, 1 TH bứu tái phát xâm lấn 2 niệu quản.

Kết quả chức năng sau mổ: RARP so với LRP

Biến số	Loại này			Porpiglia F. ⁽¹¹⁾	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Điểm số TKKS (QUID) sau mổ 3 tháng	10,33 ± 4,994	8,05 ± 5,510	0,057		
Điểm số TKKS (QUID) sau mổ 6 tháng	5,25 ± 3,564	5,03 ± 5,117	0,820		
Số tã dúng trong 24h sau mổ 3 tháng	1,75 ± 0,899	1,25 ± 0,809	0,011		
Số tã dúng trong 24h sau mổ 6 tháng	0,53 ± 0,679	0,55 ± 0,876	0,887	1,81 ± 0,72 (sau 1 năm)	1,33 ± 0,51 (sau 1 năm)
Độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 3 tháng	4,13 ± 5,140	5,20 ± 7,673	0,464		

Độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 6 tháng	3,73 ± 4,761	8,15 ± 7,113	0,002		
------------------------------------	--------------	--------------	-------	--	--

Chất lượng cuộc sống sau mổ 6 tháng (Bảng SF36): RARP so với LRP

	LRP	RARP	p
Chức năng vật lý	80,12	56,00	< 0,001
Giới hạn thể chất	77,29	55,63	0,007
Giới hạn tinh thần	71,83	49,99	0,007
Năng lượng/mệt mỏi	68,27	54,88	< 0,001
Biểu hiện tinh thần	64,89	58,60	0,067
Chức năng xã hội	75,06	70,09	0,231
Mức độ đau	80,94	80,52	0,916
Sức khỏe tổng quát	58,75	34,63	< 0.001
Mức độ thay đổi sức khỏe	45	39	0,207

Nhận xét: RARP có chất lượng cuộc sống tốt hơn LRP trên 5 khía cạnh.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân trước mổ 2 nhóm RARP so với LRP

Hai nhóm không khác biệt về: Tuổi; Bệnh kết hợp; Điểm số ASA; Điểm số Gleason; PSA máu; cTNM (nhóm RARP nhiều ung thư xâm lấn hơn LRP nhưng chưa có ý nghĩa thống kê).

Hai nhóm có khác biệt về: Điểm số IIEF-5: RARP > LRP (nhóm RARP ít rối loạn cương hơn); BMI: RARP > LRP; Kích thước tuyến tiền liệt: RARP > LRP.

Các biến số quanh phẫu thuật 2 nhóm RARP so với LRP

Hai nhóm không khác biệt về: Không có chuyển mổ mở; Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật bảo tồn cổ bàng quang, Lượng máu mất, Giảm Hb sau mổ (RARP < LRP chưa có ý nghĩa), Truyền máu quanh phẫu thuật (RARP < LRP chưa có ý nghĩa), Lượng máu truyền (RARP < LRP chưa có ý nghĩa), Tai biến trong mổ (tuy nhóm RARP có 1 trường hợp chảy máu # 1500 mL, cần truyền máu).

Hai nhóm có khác biệt về: Thực hiện mũi khâu Rocco: RARP > LRP, Số TH nạo hạch chậu: RARP > LRP, Thời gian mổ: RARP < LRP, Bờ biên phẫu thuật dương tính: RARP > LRP, Số TH bảo tồn bó mạch-thần kinh cương: RARP < LRP.

Các biến số sau phẫu thuật 2 nhóm RARP so với LRP

Hai nhóm không khác biệt về: Điểm số Gleason, pTNM (LRP có nhiều ung thư xâm lấn hơn RARP, không có ý nghĩa thống kê, trái ngược với trước mổ); Biến chứng sau mổ (tuy nhóm RARP có 3 TH biến chứng Clavien 1-2, không khác biệt có ý nghĩa); Thời gian nằm viện sau mổ (RARP < LRP chưa có ý nghĩa). Thời gian nằm viện sau mổ ít có ý nghĩa ở Việt Nam vì bệnh nhân thường muốn ra viện sau khi cắt chỉ và rút hết các ống thông.

Hai nhóm có khác biệt về: Thời gian lưu ống dẫn lưu: RARP < LRP, Điểm đau sau mổ: RARP < LRP.

Theo dõi sau mổ: 3 tháng / 6 tháng, 2 nhóm RARP so với LRP

Hai nhóm không khác biệt về: Biến chứng tiểu không kiểm soát (TKKS) (Bảng câu hỏi QUID) 3 tháng sau mổ (RARP < LRP không có ý nghĩa); Biến chứng TKKS (Bảng câu hỏi QUID) 6 tháng sau mổ (RARP < LRP không có ý nghĩa), Số tã dùng trong 24h, sau mổ 6 tháng; Độ giảm điểm IIEF-5 lúc 3 tháng sau mổ (RARP > LRP không có ý nghĩa).

Hai nhóm có khác biệt về: Biến chứng sau xuất viện < 6 tháng sau mổ: RARP < LRP, có ý nghĩa lâm sàng với LRP có 3 TH biến chứng Clavien III. Biến chứng sau mổ 6 tháng - 1 năm: RARP < LRP, có ý nghĩa lâm sàng với

nhóm LRP có 2 TH biến chứng Clavien III; Số tã dùng trong 24h lúc 3 tháng sau mổ: RARP < LRP; Độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 6 tháng: RARP > LRP; Chất lượng cuộc sống (Bảng câu hỏi SF36): 3 và 6 tháng sau mổ: nhóm RARP tốt hơn.

Nhận xét về độ an toàn, tính hiệu quả của nhóm RARP so với LRP

Độ an toàn

Nhóm RARP có những điểm đạt như: Máu mắt: RARP có chiều hướng < LRP, tuy chưa có ý nghĩa thống kê nhưng tuyến tiền liệt của nhóm RARP lớn hơn, Thời gian mổ: RARP < LRP; Biến chứng sau mổ ít, 2 nhóm không khác biệt tuy nhóm RARP có 3 TH có biến chứng Clavien 1-2, không cần can thiệp lại; Đau sau mổ: RARP < LRP; Biến chứng sau mổ 3 tháng, 6 tháng: RARP < LRP, có ý nghĩa lâm sàng vì các trường hợp biến chứng của nhóm LPN đều cần can thiệp lại (Clavien III).

Điểm chưa đạt của nhóm RARP: Không

Tính hiệu quả

Nhóm RARP có những điểm đạt như: Không có chuyển mổ mở tuy nhóm này còn trong giai đoạn hoàn thành đường cong học tập và có thể rút ra là đường cong học tập của RARP ngắn hơn. Nhóm RARP thực hiện kỹ thuật mổ bảo tồn chức năng đường tiểu dưới bằng (bảo tồn cổ bàng quang) hoặc nhiều hơn LRP (mũi khâu

Rocco). Nạo hạch chậu: RARP > LRP, cho thấy ưu thế của công nghệ màn hình HD-3D và Endowrist® của hệ thống robot. Nhóm RARP rút ống dẫn lưu sớm hơn phản ánh mũi khâu nối cổ bàng quang niệu đạo tốt hơn. Kiểm soát nước tiểu sau mổ: RARP phục hồi kiểm soát nước tiểu nhanh hơn có thể do mũi khâu Rocco (tuy 2 nhóm tương đương sau 6 tháng). Chất lượng cuộc sống sau mổ: nhóm RARP có chất lượng tốt hơn LRP.

Điểm chưa đạt của nhóm RARP gồm: Bờ biên phẫu thuật dương tính: nhóm RARP cao hơn LRP (nhóm RARP còn đang hoàn thành đường cong học tập, có thể tích bướu lớn hơn), Bảo tồn chức năng cương sau mổ của nhóm RARP < LRP ở cả 3 tháng (chưa có ý nghĩa) và 6 tháng sau mổ (có ý nghĩa). Có thể lý giải ở đây như sau: (1) Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật bảo tồn bó mạch thần kinh cương ở nhóm RARP (12,5%) thấp hơn LRP (32,5%) (p=0,032). [2] Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật này ở nhóm RARP thấp có thể là do yếu tố cT3 ở nhóm này cao hơn nhóm LRP (tuy chưa có ý nghĩa thống kê) và yếu tố đường cong học tập chưa hoàn thành. [3] Xem xét hai phân nhóm RARP có bảo tồn thần kinh cương và LRP có bảo tồn thần kinh cương thấy độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 3 tháng theo thứ tự là: 7,4 so với 5,92 (p=0,691) và sau mổ 6 tháng là 6,6 so với 5,53 (p=0,766), chưa có ý nghĩa thống kê.

Tham khảo y văn: hầu hết các tác giả nước ngoài khi so sánh RARP với LRP đều nhận thấy những ưu điểm/ ưu thế của RARP.

Tác giả	Thiết kế NC	KQ so sánh	Kết quả không khác biệt	Ưu thế của RARP
Willis D.L. [15]	So sánh	Kết quả quanh PT, ung thư học, chức năng	Kết quả chức năng đường tiểu sau mổ	Phục hồi chức năng tình dục sớm hơn
Anastasios D. [1]	RCT	Kết quả CN cương, tỉ lệ BC, kiểm soát nước tiểu, ung thư học	Kết quả quanh PT, ung thư học, kiểm soát nước tiểu sau mổ.	Phục hồi chức năng cương tốt hơn
Porpiglia F. [11]	RCT	Kết quả chức năng, quanh PT, ung thư học. Mục tiêu chính: kiểm soát nước tiểu 3 tháng sau mổ	Kết quả quanh phẫu thuật và GPB, tỉ lệ biến chứng, PSA	Kết quả tốt hơn về phục hồi kiểm soát nước tiểu và chức năng cương
Qi F. [12]	NC hồi cứu	Kết quả quanh PT, GPB	Kết quả quanh PT và GPB, ngoại trừ RARP có thời gian mổ lâu hơn	-

Sujenthiran A. [13]	NC đoàn hệ trên dân số	Tần suất biến chứng đường tiểu nặng trong vòng 2 năm sau mổ		Nguy cơ bị BC đường tiểu nặng nhất
Lee S.H. [9]	Tổng quan hệ thống và Phân tích tổng hợp	Kết quả quanh PT, chức năng và ung thư học		Tỉ lệ BC thấp hơn, chức năng cương tốt hơn, kiểm soát nước tiểu cao hơn, giảm tái phát sinh hóa
Johnson I. [5]	NC lâm sàng tiền cứu	Kết quả ung thư học, tỉ lệ biến chứng	Tỉ lệ biến chứng toàn bộ	Ít biến chứng nặng, ít can thiệp lại
Trabulsi E.J. [14]	Tổng quan hồi cứu	Kết quả phẫu thuật, GPB, chức năng		Kết quả PT, ung thư học, và chức năng tốt hơn

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật RARP so với LRP, theo nghiên cứu này, là phẫu thuật an toàn hơn với ít biến chứng hơn, triệt để hơn vì nạo hạch chậu nhiều hơn, hiệu quả hơn với thời gian mổ ngắn hơn, xu hướng ít mất máu hơn, thời gian dẫn lưu ngắn

hơn, ít đau hơn, có kết quả chức năng kiểm soát nước tiểu tốt hơn, có đường cong học tập ngắn hơn, chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau mổ tốt hơn. Hai điểm cần cải thiện là biên phẫu thuật và kỹ thuật bảo tồn bó mạch - thần kinh cương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Anastasios D, Asimakopoulos AD, Pereira Fraga CT, Annino F, Pasqualetti P, Calado A.A., Mugnier C. Randomized comparison between laparoscopic and robot-assisted nerve-sparing radical prostatectomy. *J Sex Med.* 2011 May;8(5):1503-12.
- Vũ Lê Chuyên. Những kinh nghiệm bước đầu nhân 4 trường hợp cắt tiền liệt tuyến toàn phần qua ngã nội soi ngoài phúc mạc tại bệnh viện Bình dân, *Y học Việt nam*, 313,176-180, 2005.
- Good DW, Stewart Grant D. et al. A Critical Analysis of the Learning Curve and Postlearning Curve Outcomes of Two Experience-and Volume-Matched Surgeons for Laparoscopic and Robot-Assisted Radical Prostatectomy (2015): *J Endourol.* Aug;29(8):939-47.
- Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng. *Robotic Surgery: Changing Concept in Urological Malignancy Management.* East Asia Society of Endourology, 2018, Kyoto, Japan.
- Johnson I, Ottosson F, Diep LM, Berg RE, Hoff J-R, Wessel N., EriL M, Berge V. Switching from laparoscopic radical prostatectomy to robot assisted laparoscopic prostatectomy: comparing oncological outcomes and complications. *Scand J Urol.* 2018 Apr;52(2):116-121.
- Koutlidis N, Mourey E, Champigneulle J, Mangin P, Cormier L. Robot-assisted or pure laparoscopic nerve-sparing radical prostatectomy: What is the optimal procedure for the surgical margins? A single center experience. *Int J Urol.* 2012 Dec;19(12):1076-81.
- Ku JY, Lee CH, Lee JZ, Ha HK. Comparison of functional outcomes between laparoscopic radical prostatectomy and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a propensity score-matched comparison study. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2017.
- Lee DI. *Transperitoneal Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: Anterior Approach.* Atlas of Robotic Urologic Surgery. © Springer International Publishing

- Switzerland, 2017.
9. Lee SH, Seo HJ, Lee NR, Son SK, Kim DK, Rha KH. (2017), Robot-assisted radical prostatectomy has lower biochemical recurrence than laparoscopic radical prostatectomy: Systematic review and meta-analysis. *Investig Clin Urol.*;58, pp.152-163.
 10. Menon M, Tewari A, Baize B, et al. (2002), Prospective comparison of radical retropubic prostatectomy and robot-assisted anatomic prostatectomy: the Vattikuti Urology Institute experience, *Urology* 60, pp.864-868.
 11. Porpiglia F, Morra I, Lucci Chiarissi M, Manfredi M, Mele F, Grande S, Ragni F, Poggio M, Fiori C.(2013), Randomised controlled trial comparing laparoscopic and robot-assisted radical prostatectomy.*Eur Urol*,Apr;63(4),pp.606-14.
 12. Qi F, Wang S, Xu H, Gao Y, Cheng G, Hua L. A comparison of perioperative outcome between robot-assisted and laparoscopic radical prostatectomy: experience of a single institution . *Int Braz J Urol.* 2019; 45:695-702
 13. Sujenthiran A, Nossiter J, Parry M, Charman SC, Aggarwal A, Payne H, Dasgupta P, Clarke NW, Jan van der Meulen and Cathcart P. National cohort study comparing severe medium-term urinary complications after robot-assisted vs laparoscopic vs retropubic open radical prostatectomy.*BJU Int* 2018;121:445-452.
 14. Trabulsi EJ, Zola JC, Gomella LG, Lallas CD. Transition from pure laparoscopic to robotic-assisted radical prostatectomy: a single surgeon institutional evolution.*Urol Oncol.* 2010 Jan-Feb;28(1):81-5.
 15. Willis DL, Gonzalgo ML, Brotzman M, Feng Z, Trock B, Su LM. Comparison of outcomes between pure laparoscopic vs robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a study of comparative effectiveness based upon validated quality of life outcomes. *BJU Int.* 2012 Mar; 109(6):898-905.