

BƯỚC NIÊU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIÊU

From Chan cute xinh đẹp dễ thương đáng iu with love^^

TS.BS. Trần Ngọc Khắc Linh

ĐHYD TP. HCM – BV. Bình Dân

Ung thư thận ko phải là bướu đường tiết niệu, nó là nhu mô

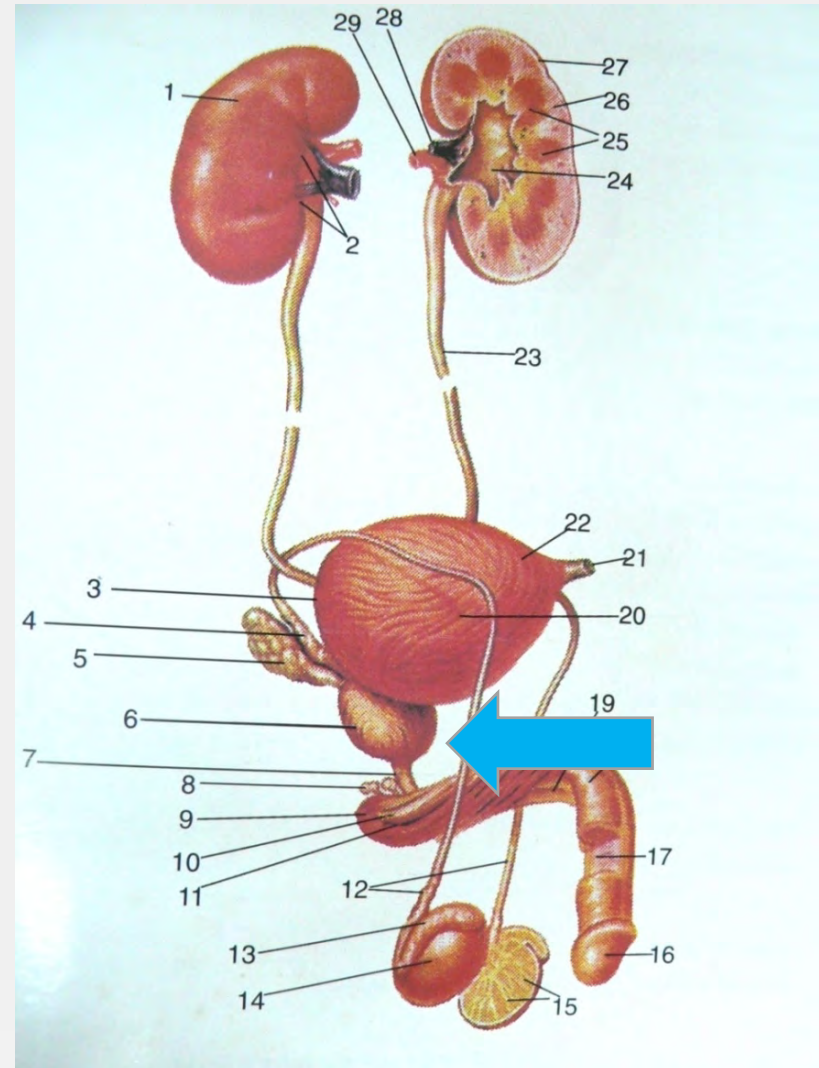
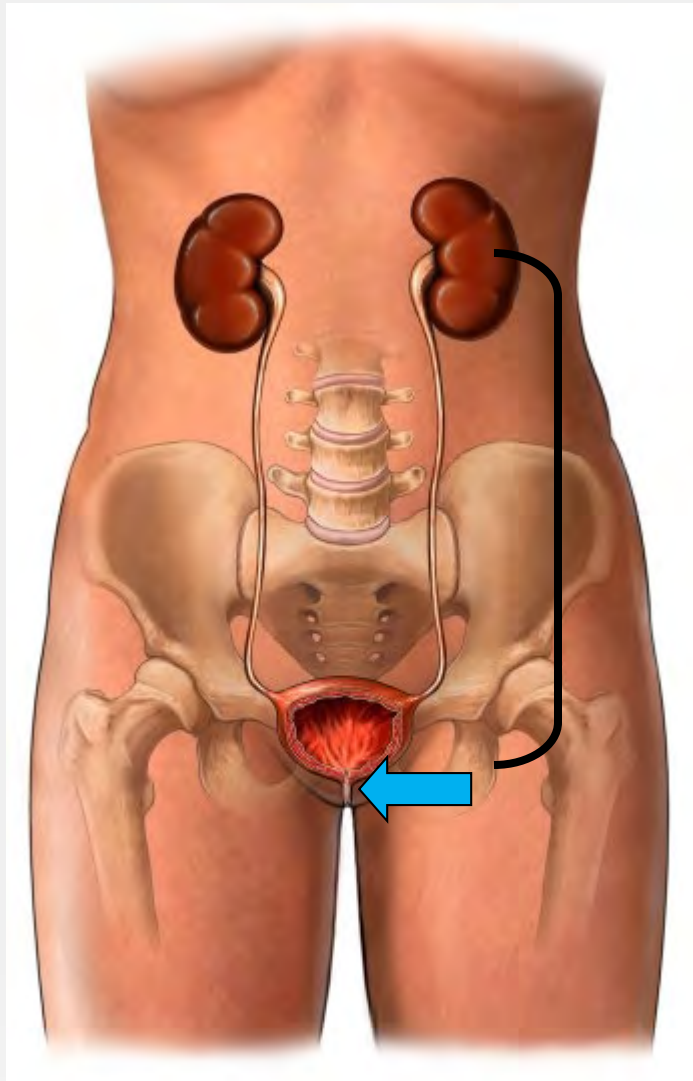
THUẬT NGỮ

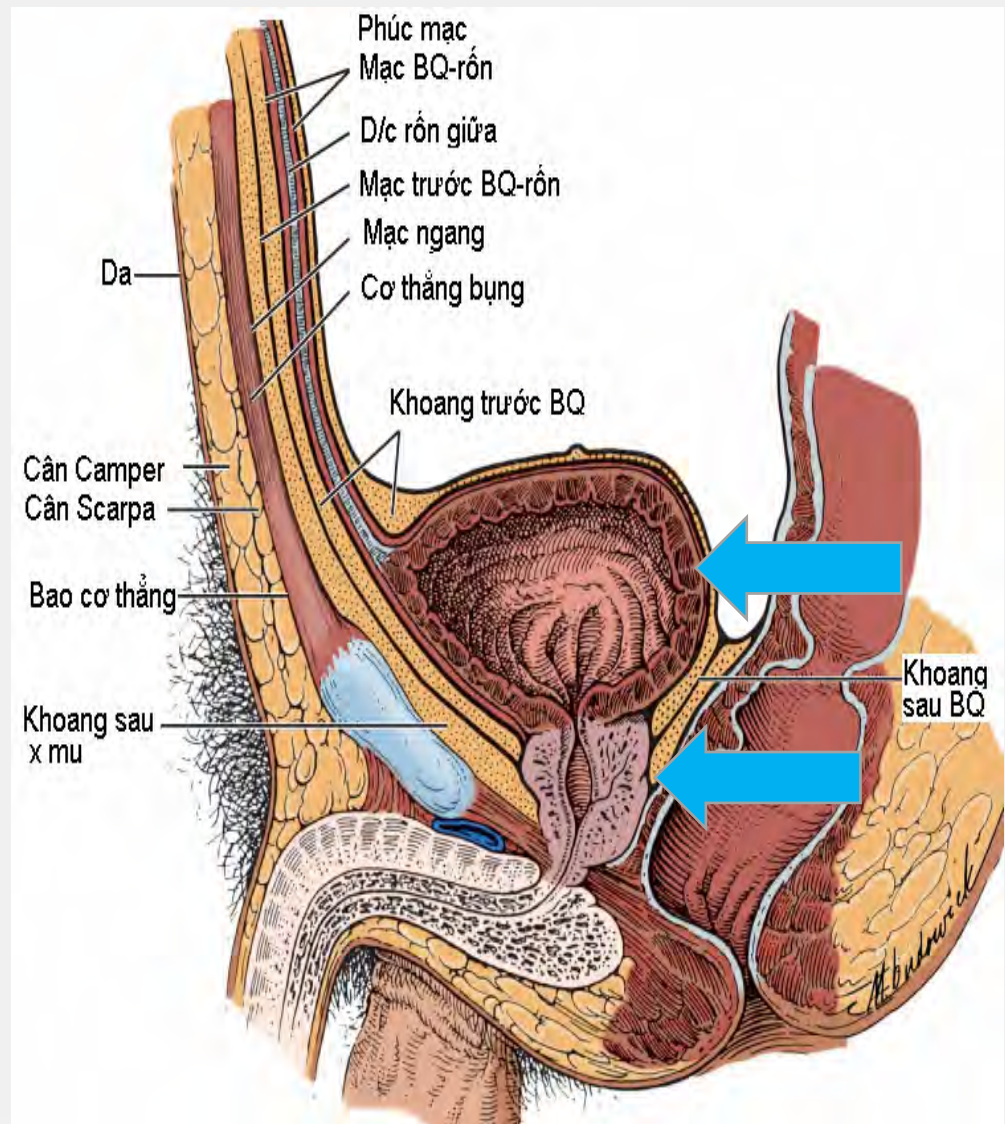
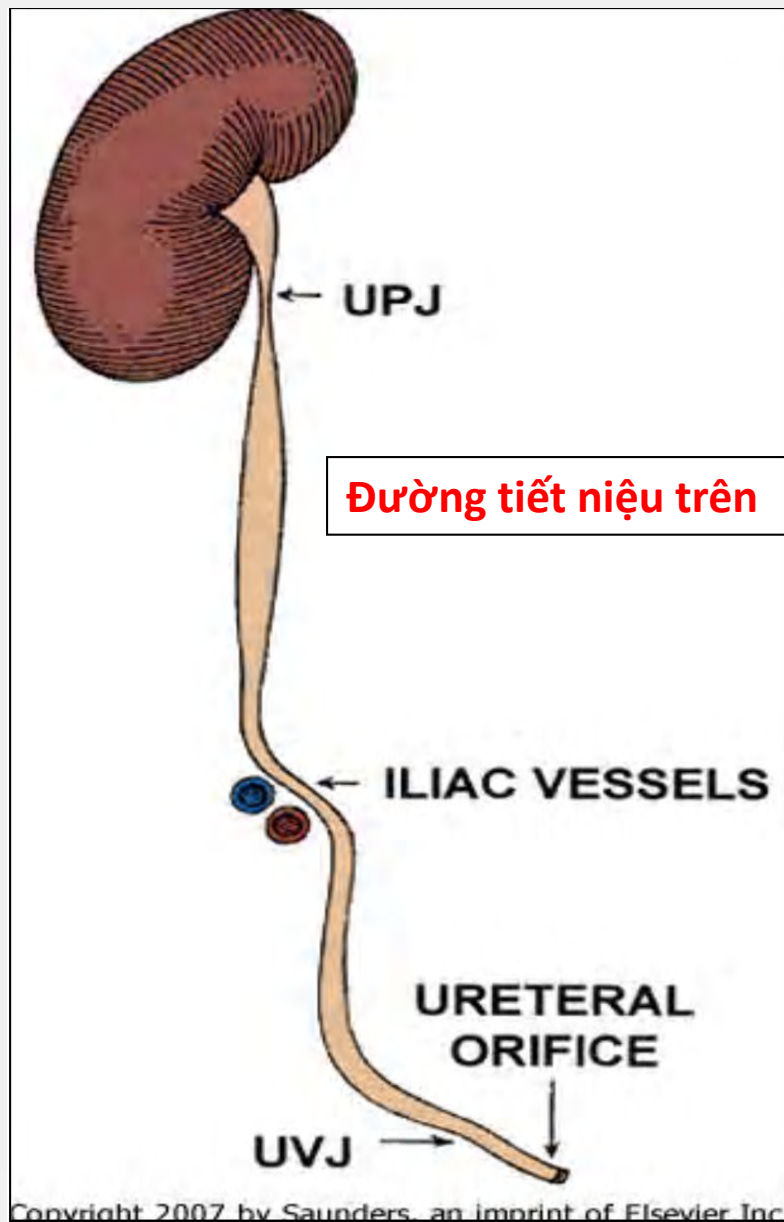
- Hệ tiết niệu (*urinary system , système urinaire*)
- Hệ tiết niệu - sinh dục (*genito-urinary system , système génitourinaire*)
- Đường tiết niệu (*urinary tract , voie urinaire*)
- Đường tiết niệu trên (*upper urinary tract , voie urinaire supérieure*)
- Đường tiết niệu dưới (*lower urinary tract , voie urinaire inférieure*)

- Niệu mạc (*urothelium*)

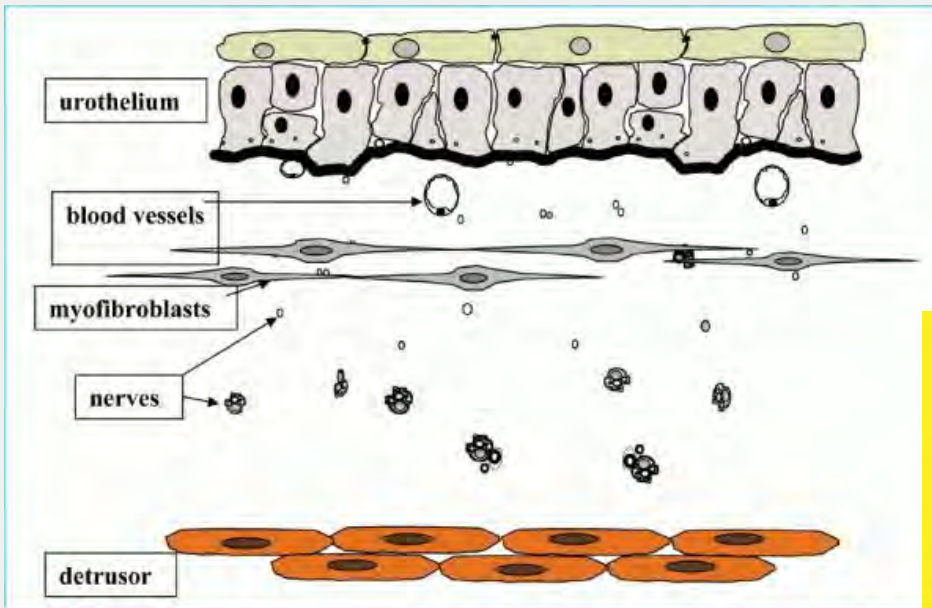
niệu mạc trải dài từ đài bể thận tới niệu đạo (trừ niệu đạo thuyên ở hố thuyên đầu dương vật là 1 lớp niêm mạc, ko phải niệu mạc)

GIẢI PHẪU HỌC HỆ TIẾT NIỆU





Đường tiết niệu dưới



Fry CH, Roosen A Journal für Urologie und Urogynäkologie 2007; 14 (1) (Ausgabe für Schweiz): 19-22 ©

NIỆU MẠC

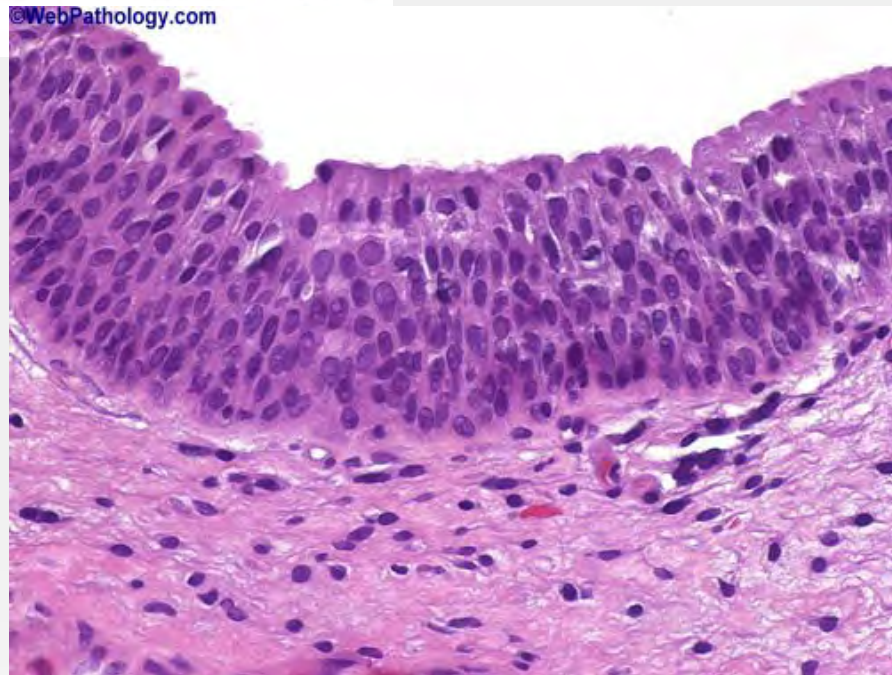
NIÊM MẠC CHUYỂN TIẾP

Transitional epithelium: tb nhiều lớp, có thể co lại hoặc căng dãn ra (tùy theo thể tích bàng quang)

Độ dày niệu mạc thay đổi và có từ 2 đến 7 lớp tế bào

lớp trên của niệu mạc ko sừng hóa, ko có tuyến.
Niệu mạc khá giống biểu mô vùng hầu, thực quản

©WebPathology.com



BƯỚU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIỆU:

- **Bướu đường tiết niệu trên:**
đài thận, bể thận, niệu quản

- **Bướu đường tiết niệu dưới:**
bàng quang, niệu đạo

- *Carcinôm TB chuyển tiếp*

- *Carcinôm TB gai (vảy)*

- *Carcinôm tuyến*

- Bướu niệu mạc đường tiết niệu trên thì gọi là **bướu niệu mạc đường tiết niệu trên** (vd bướu niệu mạc ở thận cũng gọi là bướu niệu mạc đường tiết niệu trên, ko gọi là bướu thận - để pb với bướu chủ mô thận)

- Bướu niệu mạc đường tiết niệu dưới vd như niệu mạc BQ, niệu đạo thì gọi tên cơ quan lun: bướu BQ, bướu niệu đạo

BƯỚC BÀNNG QUANG

I. DỊCH TỄ HỌC

- 90-95% bướu ác
- 90% ung thư TB chuyển tiếp còn gai chiếm 7-8%
(transitional cell carcinoma – TCC)
- Tần suất: hàng thứ 2/Uthư hệ tiết niệu-sinh dục
hàng 1 là UT TLT
- Tuổi: 50-70
- Giới: nam/nữ =3/1

II. NGUYÊN NHÂN



- **Hút thuốc lá:** Nguy cơ bị BBQ **50%**,
- **Yếu tố nguy cơ nghề nghiệp:** Hóa chất, thuốc nhuộm, amin thơm, công nghiệp cao su, in ấn, dầu khí, thuộc da: **25%**
- **Niêm mạc BQ bị kích thích mạn tính** do sỏi, thông tiểu, viêm: **ung thư TB gai (vẩy)**

Nhiễm sán máng, sỏi san hô lâu ngày => niêm mạc viêm=> chuyển sản gai

III. GIẢI PHẪU BỆNH

1. Phân loại:

- *Carcinôm TB chuyển tiếp: 90%*
- *Carcinôm TB gai (vảy): 7-8%*
 - *Kích thích mạn tính: sỏi, viêm, dị vật...*
- *Carcinôm tuyến: 1-2%*
 - *Viêm nhiễm mạn tính, BQ lộ thiên,*
bướu tiết niệu rốn

- K BQ thường ở các vị trí: mặt trước và đỉnh BQ (đỉnh/vùng tĩnh nghe ko rõ), ngoài ra còn 1 dạng là bướu niệu rốn

- Bình thường ống niệu rốn bít lại, nếu nó k bít thì gọi là nang niệu rốn. Nếu ống niệu rốn còn tồn lưu, viêm => chuyển sản thành ung thư gọi là bướu niệu rốn (carcinom tuyến)

2. ĐÁNH GIÁ Nói tới ung thư phải nói tới giai đoạn và độ ác tính

- Giai đoạn tiến triển (Staging): mức độ xâm lấn của chân
bướu vào thành bàng quang (T) và có hay chưa di căn
hạch (N) và các cơ quan khác (M) cTNM (clinical), pTNM (có kq GPB)
- Biệt hóa tế bào (Grading)

3. Ý NGHĨA

- **Staging:** đại thể cTNM

- Lâm sàng
- Hình ảnh: soi bàng quang, siêu âm, X quang, CT, MRI ...

- **Grading:** vi thể pTNM

- Sinh thiết

- **Staging:** độ ác của bướu, đề kháng của bệnh nhân, thời gian bị bệnh

- **Grading:** độ ác của bướu

- Trước, trong, sau mổ

2009 TNM classification - Union International Contre le Cancer (UICC) updated in 2016 (8th Edn.)

T - Primary tumour

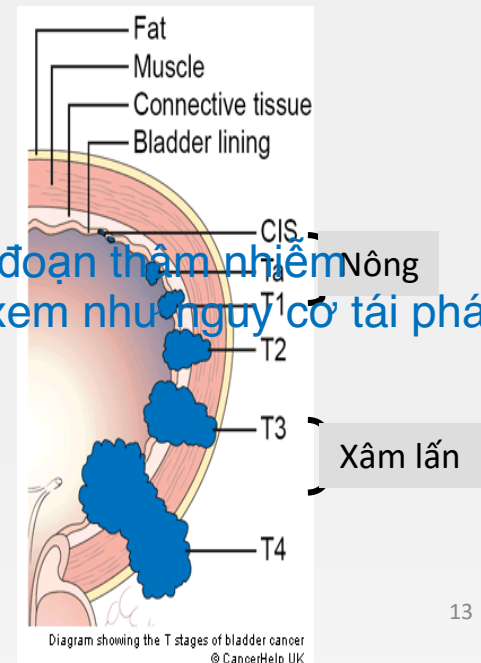
TX	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
Ta	Non-invasive papillary carcinoma
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> . 'flat tumour' còn nằm trong niêm mạc
T1	Tumour invades subepithelial connective tissue xâm lấn lớp dưới niêm
T2	Tumour invades muscle xâm lấn tới lớp cơ
T2a	Tumour invades superficial muscle (inner half) lớp cơ trong
T2b	Tumour invades deep muscle (outer half) lớp cơ ngoài
T3	Tumour invades perivesical tissue có xâm lấn ra ngoài
T3a	Microscopically xâm lấn vi thể
T3b	Macroscopically (extravesical mass) xâm lấn đại thể
T4	Tumour invades any of the following: prostate stroma, seminal vesicles, uterus, vagina, pelvic wall, abdominal wall
T4a	Tumour invades prostate stroma, seminal vesicles, uterus or vagina
T4b	Tumour invades pelvic wall or abdominal wall

N - Regional lymph nodes

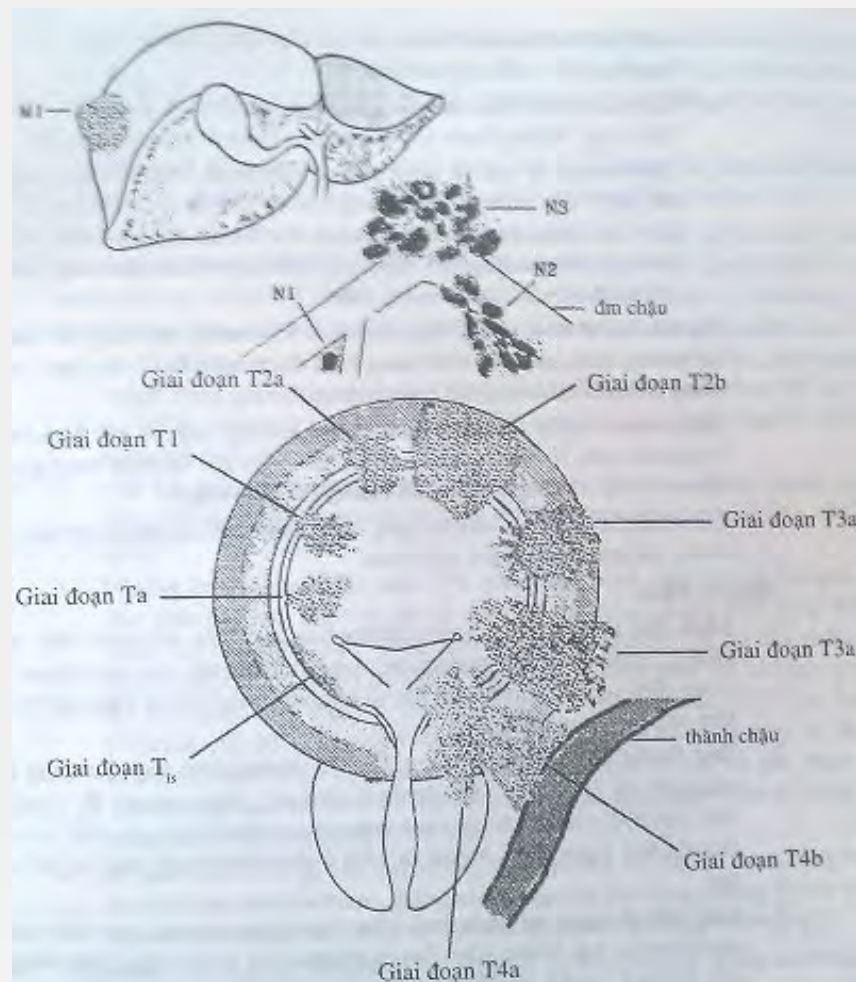
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis NO
N1	Metastasis in a single lymph node in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac, or presacral) 1 hạch
N2	Metastasis in multiple regional lymph nodes in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac, or presacral) n hạch
N3	Metastasis in common iliac lymph node(s) di căn hạch lên ĐM chậu chung

M - Distant metastasis

M0	No distant metastasis
M1a	Non-regional lymph nodes
M1b	Other distant metastases



4. GIAI ĐOẠN PHÁT TRIỂN (STAGING)



5. MỨC ĐỘ BIỆT HÓA TB (GRADING) xài cái 2004 n` hơn

• Theo tiêu chuẩn WHO (1973):

- G1: biệt hóa tốt
- G2: biệt hóa vừa
- G3: biệt hóa kém

• Theo tiêu chuẩn WHO (dạng nhú) (2004):

- Tăng sinh niệu mạc có khả năng ác tính
- Ung thư niệu mạc độ ác thấp
- Ung thư niệu mạc độ ác cao

Table 4.2: WHO grading in 1973 and in 2004 [\[34,35\]](#)

1973 WHO grading

Grade 1: well differentiated

Grade 2: moderately differentiated

Grade 3: poorly differentiated

2004 WHO grading system (papillary lesions)

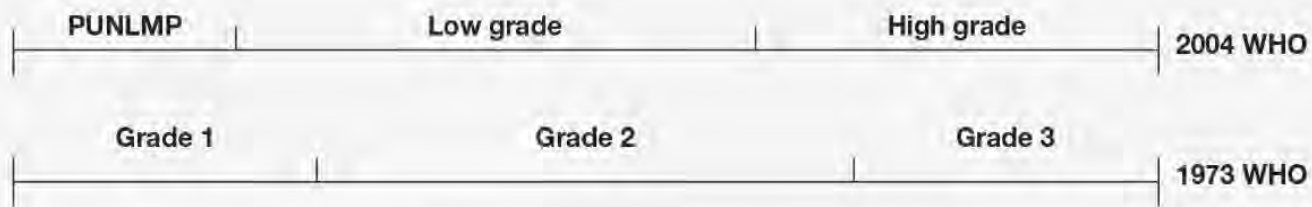
Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP)

Low-grade (LG) papillary urothelial carcinoma

High-grade (HG) papillary urothelial carcinoma

Table 4.3: WHO 2004 histological classification for flat lesions

- Urothelial proliferation of uncertain malignant potential (flat lesion without atypia or papillary aspects).
- Reactive atypia (flat lesion with atypia).
- Atypia of unknown significance.
- Urothelial dysplasia.
- Urothelial CIS is always high grade.



6. TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Ung thư (carcinôm) tế bào
chuyển tiếp

- ✓ Biệt hóa tốt
- ✓ Biệt hóa vừa
- ✓ Biệt hóa kém

Xâm lấn đến lớp cơ

Chưa di căn hạch

- Transitional cell carcinoma

TCC G1 T2 No Mx

IV. CHẨN ĐOÁN

1. LÂM SÀNG

1.1. Triệu chứng:

- **Tiểu máu: 85-90%** trường hợp

khi BQ viêm: - **Bàng quang kích thích: tiểu gắt, tiểu gấp: 20%**

- NT tiết niệu thứ phát 30%: tránh bỏ sót

1.2. Khám LS:

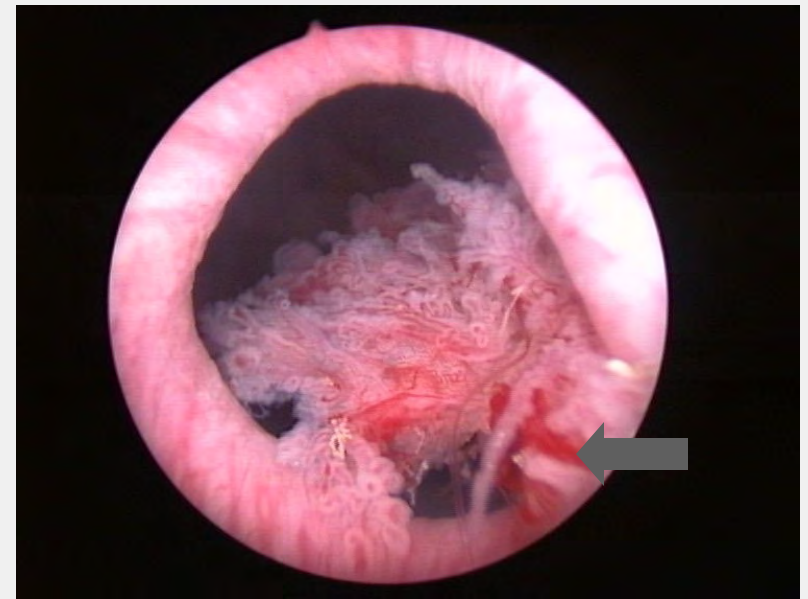
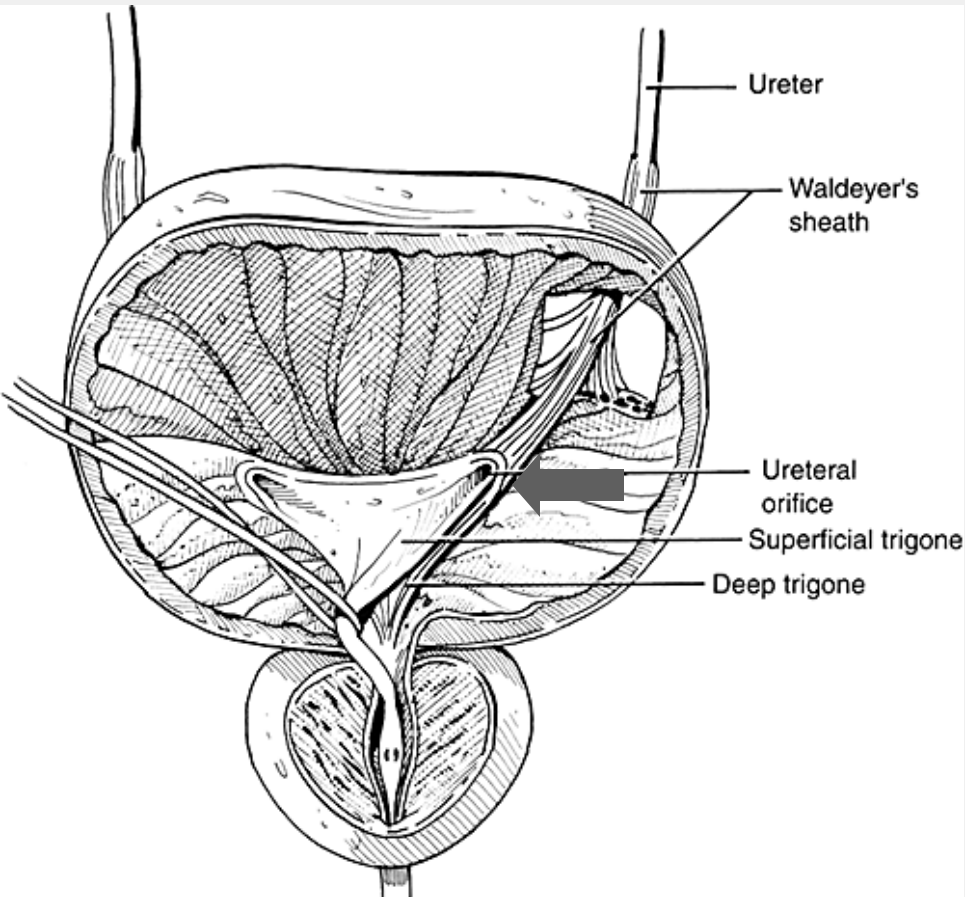
- ✓ Khám bụng ko thấy gì trừ bướu lớn, xâm lấn ra ngoài

- ✓ Thăm âm đạo, hậu môn, trực tràng: *Bướu di động hay xâm lấn vùng chậu*

Ý NGHĨA TIỂU MÁU

- Đại thể, đơn thuần, tự nhiên có và tự nhiên hết
- Ngày càng xuất hiện thường xuyên với mức độ nặng hơn
- Khoảng 20% ung thư BQ chỉ tiểu máu vi thể
- **Kèm theo tiểu khó, tiểu buốt...** (tùy vị trí của bướu)
vị trí cổ BQ mới có tiểu khó

Tùy vị trí Bướu



- Cổ bàng quang: tiểu khó
- Gần 2 miệng tiết niệu
quản: đau quặn thận, thận
ứ nước
 - hiếm gặp ban đầu
 - tiến triển xa : 50%

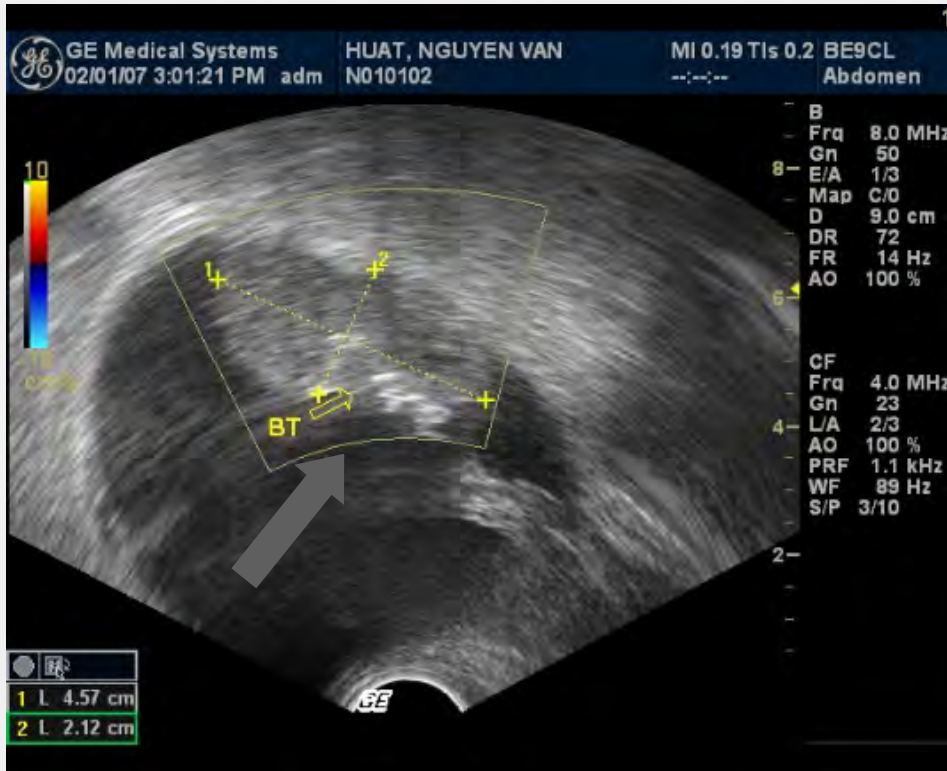
2. CẬN LÂM SÀNG

- Tổng phân tích nước tiểu – tế bào học nước tiểu
- Siêu âm
- Nội soi bàng quang
- X quang bàng quang, XQ hệ tiết niệu có cản quang
- CT, MRI ...

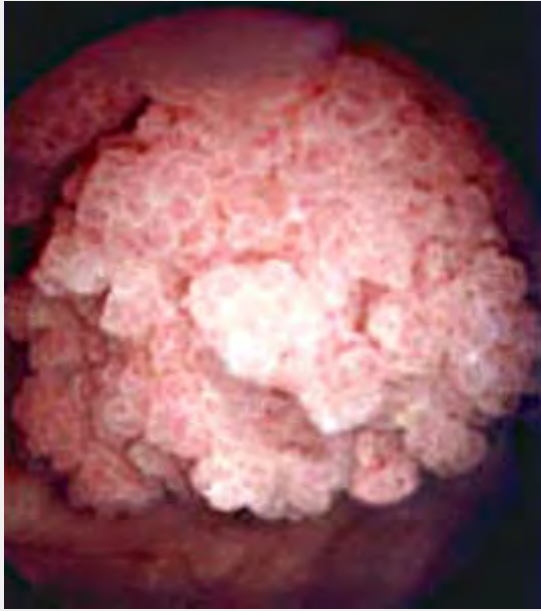
Nguyên tắc: ít hại, đơn giản, rẻ tiền

phải đi từ cái ít xâm hại trước: Siêu âm, CT

SIÊU ÂM



- Chẩn đoán sơ bộ
- Đánh giá đường tiết niệu trên có bị ảnh hưởng
- Theo dõi bướu tái phát sau mổ

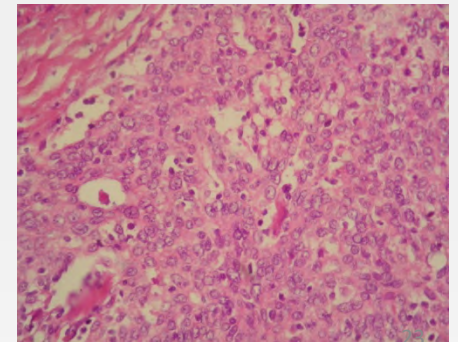
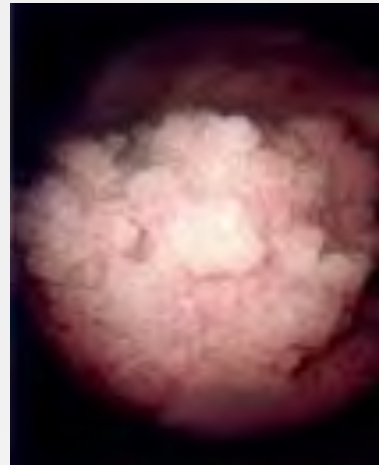
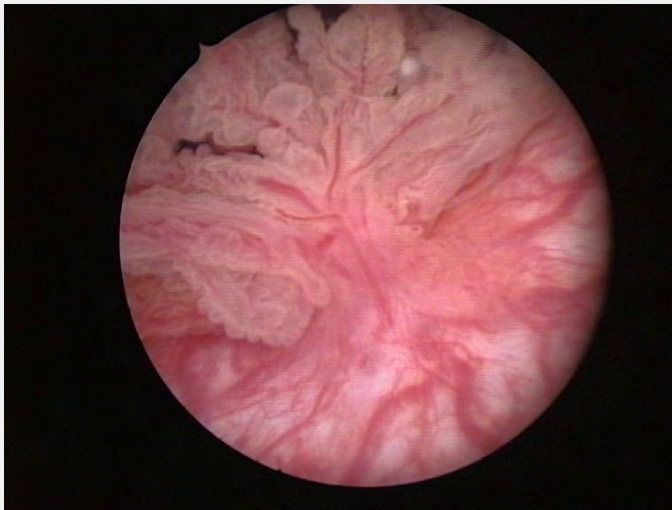
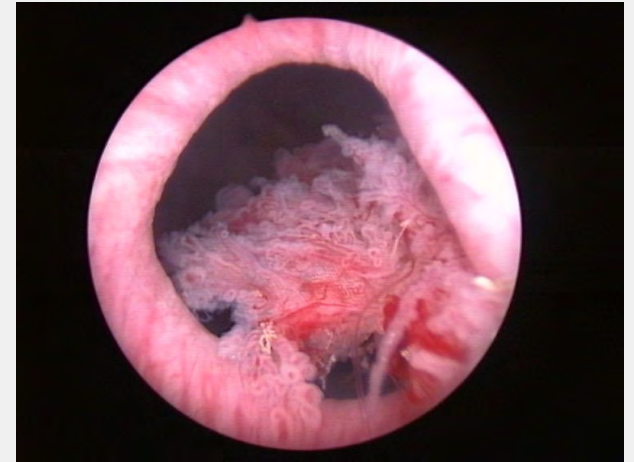
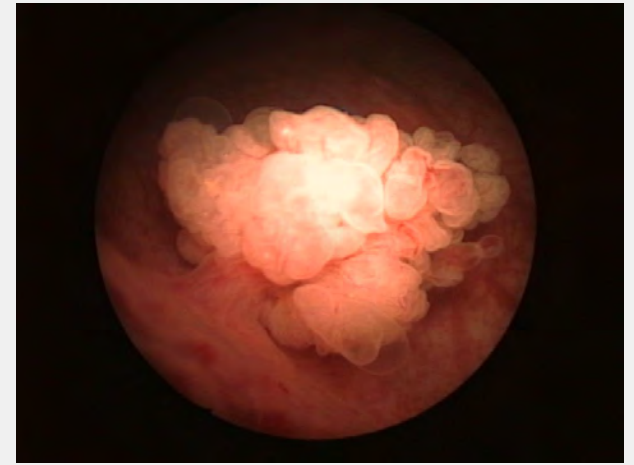
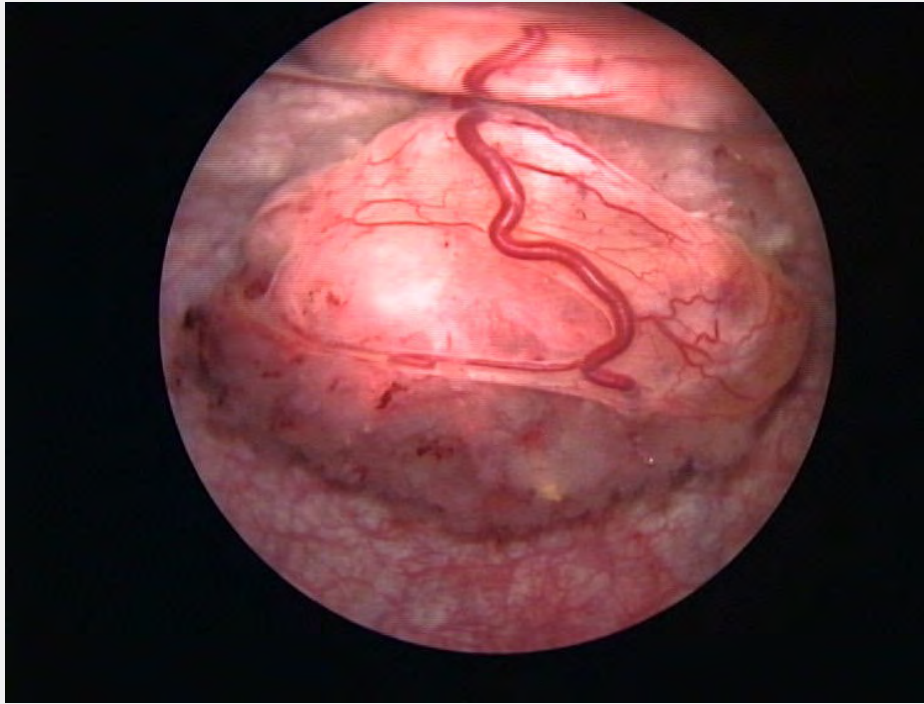


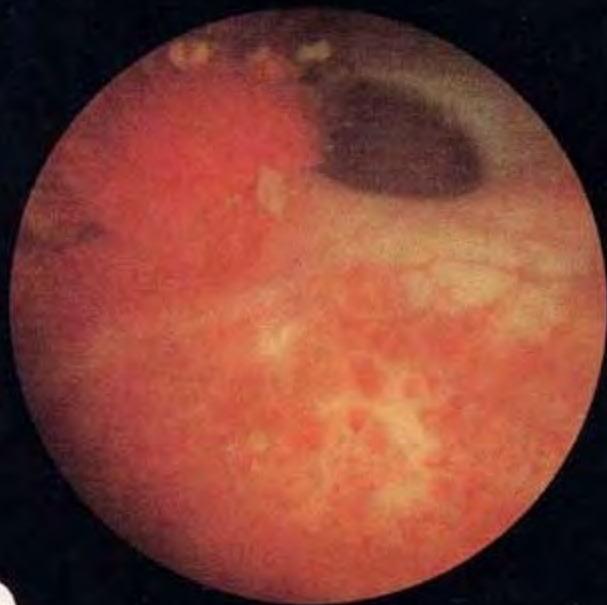
NỘI SOI BÀNG QUANG

Tiêu chuẩn vàng

- Đánh giá vị trí bướu, số lượng bướu
- Độ xâm lấn
- Cắt đốt nội soi
 - ✓ Sinh thiết
 - ✓ Điều trị







7



8



9



10

IVP / UIV

- Hình ảnh bướu BQ
- Chức năng thận CN bài tiết
- Ảnh hưởng đường tiểu trên :
thận chương nước



CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN (CT-scans)

CLS tốt nhất để đánh giá mức độ xâm lấn



- Hình ảnh hệ tiết niệu
- Hình ảnh bướu
- Xâm lấn vùng chậu
- Hạch di căn: > 2cm

Có 2 vấn đề cần quan tâm:

- Có giữ lại đc BQ hay ko? Thì dựa vào mức độ xâm lấn, nếu xâm lấn cơ thì phải cắt bỏ tận gốc BQ. Còn bướu T1 thì cắt đốt nội soi rồi bơm hóa trị tại chỗ. Vậy làm thế nào biết chính xác nó xâm lấn tới lớp cơ hay chưa? => Đáp án: chính xác nhất là cắt đốt nội soi: cắt cái bướu trước, r cắt lớp cơ, gửi GPB. GPB sẽ trả kq coi có tb ác tính trong lớp cơ đó k, nếu có thì gđ T2 trở lên. Còn MRI chỉ đoán đc gđ dưới T3b hoặc trên T3b. Cho nên cắt đốt nội soi hiện tại vẫn là t/chuẩn vàng đoán xâm lấn của bướu BQ. Mà cái này xâm lấn, nên LS vẫn thường áp dụng CT để coi có xấn ra ngoài chưa.

V. ĐIỀU TRỊ

Giờ bỏ từ bướu nông/ sâu rồi. Thay bằng bướu BQ chưa xâm lấn cơ, hoặc đã xâm lấn cơ

1. Bướu nông Chưa xâm lấn lớp cơ

- **CĐNS** cắt đốt hết lớp dưới niêm, bảo tồn BQ

- **Hóa trị nội BQ**

+/- Cắt BQ tận gốc + tạo hình

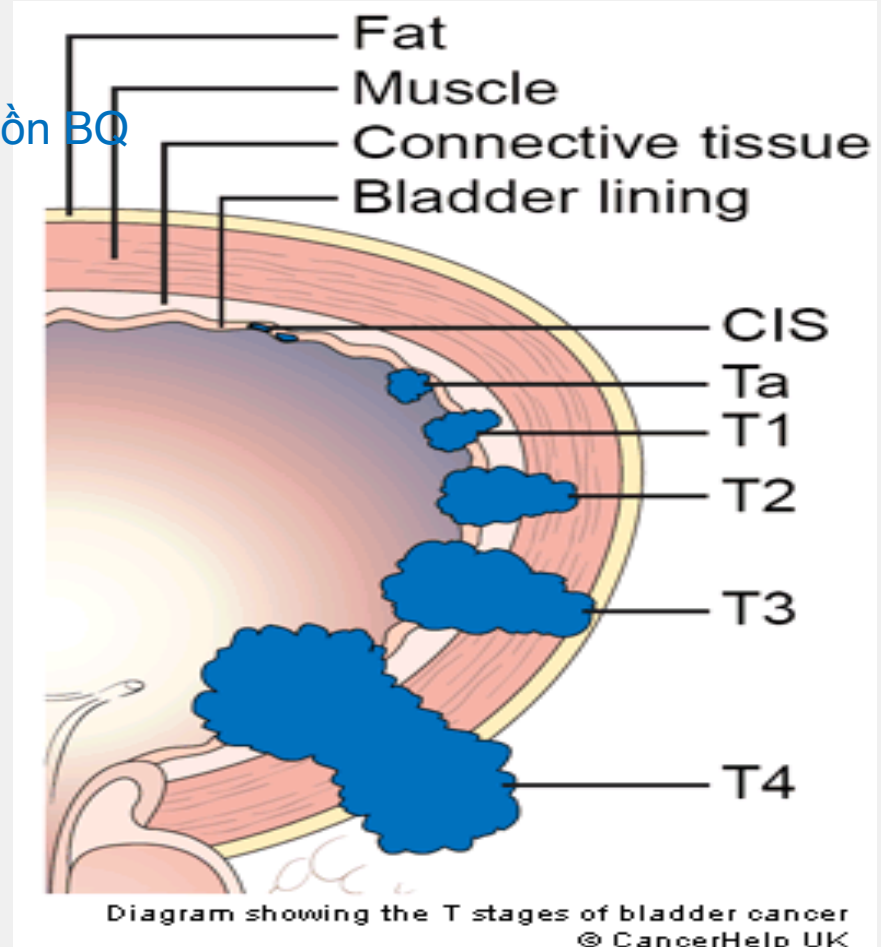
2. Bướu xâm lấn (sâu)

- **Cắt BQ tận gốc + tạo hình**

- Chuyển lưu nước tiểu tạm thời

- +/- Hóa trị toàn thân

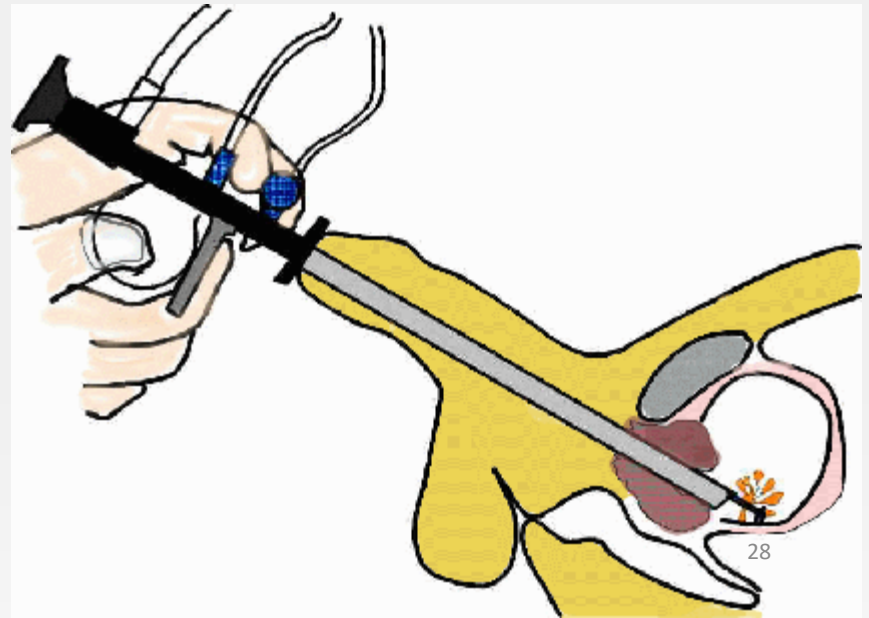
Bướu nông mà rải rác nhiều chỗ ko thể nào cắt đốt từng bướu, bướu Cis nguy cơ tái phát cao => cũng có chỉ định cắt BQ



BƯỚNG NÔNG

1. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN: CĐNS

- Tis (in situ)
- Ta
- T1: chưa xâm lấn lớp cơ nông



Tiên lượng khả năng tiến triển và tái phát

Table 6.3: Risk group stratification

Risk group stratification	Characteristics
Low-risk tumours	Primary, solitary, TaG1 (PUNLMP, LG*), < 3 cm, no CIS
Intermediate-risk tumours	All tumours not defined in the two adjacent categories (between the category of low- and high risk).
High-risk tumours	Any of the following: <ul style="list-style-type: none">• T1 tumour• G3 (HG**) tumour• carcinoma <i>in situ</i> (CIS)• Multiple, recurrent and large (> 3 cm) TaG1G2 /LG tumours (all features must be present)*.
	Subgroup of highest risk tumours:
	T1G3/HG associated with concurrent bladder CIS, multiple- and/or large T1G3/HG and/or recurrent T1G3/HG, T1G3/HG with CIS in the prostatic urethra, some forms of variant histology of urothelial carcinoma, lymphovascular invasion.

Substratification of high-risk tumours for clinical purposes is addressed in Table 7.2.

**Low grade is a mixture of G1 and G2.*

*** High grade is a mixture of some G2 and all G3 (see Figure 4.1).*

2. ĐIỀU TRỊ BỔ TÚC

- Hóa trị trong bàng quang - chu phẫu (*perioperative chemotherapy - Immediate single instillation (SI)*)
 - Hạn chế tỷ lệ tái phát trong nhóm nguy cơ thấp là chủ yếu
 - Quan trọng, chỉ 1 lần đối với G1 (*biệt hóa tốt*)
 - Bơm thuốc vào bàng quang trong vòng 12 giờ sau CĐNS bằng: Mitomycin C (MMC), epirubicin, and pirarubicin
- Nếu nghi ngờ, CĐNS lại lần 2 sau 3 tuần
- Hóa trị trong bàng quang – hậu phẫu
 - Giảm tái phát ở nhóm nguy cơ tái phát trung bình

2. ĐIỀU TRỊ BỔ TÚC (tiếp theo)

(Guideline Hiệp Hội tiết niệu Khoa Châu Âu EAU-2018)

Khi sang thương CĐNS đã lành hẳn và không còn tiểu máu

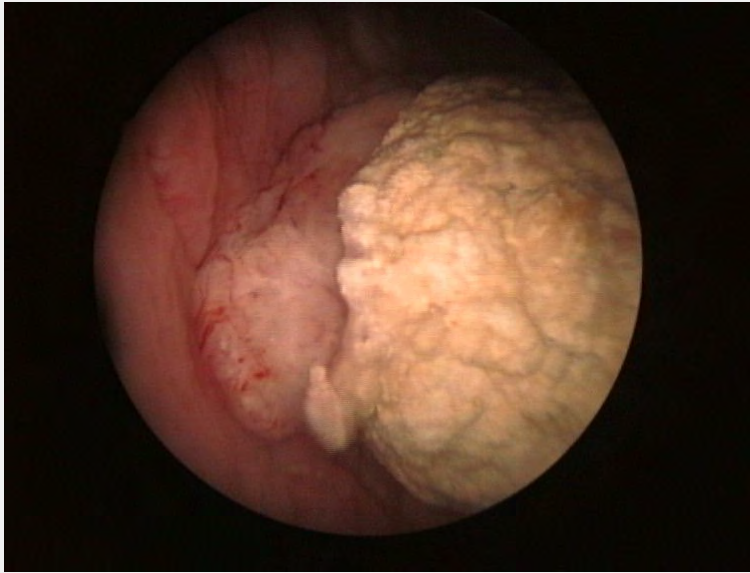
- **Bacille Calmette-Guérin (BCG)** Bây giờ cái này là t/chuẩn vàng
 - Hạn chế tiến triển (progression)
 - Bơm bàng quang 80 mg/ mỗi tuần trong 6 tuần liên tiếp. Sau đó 80 mg/mỗi tuần/ 3 tuần liên tiếp vào tháng thứ 3,6,9,12; 18 và 24.
 - IMMUNE-BCG 37,5 mg

(Viện Pasteur Nha Trang, email:ivacvattu@dng.vnn.vn)

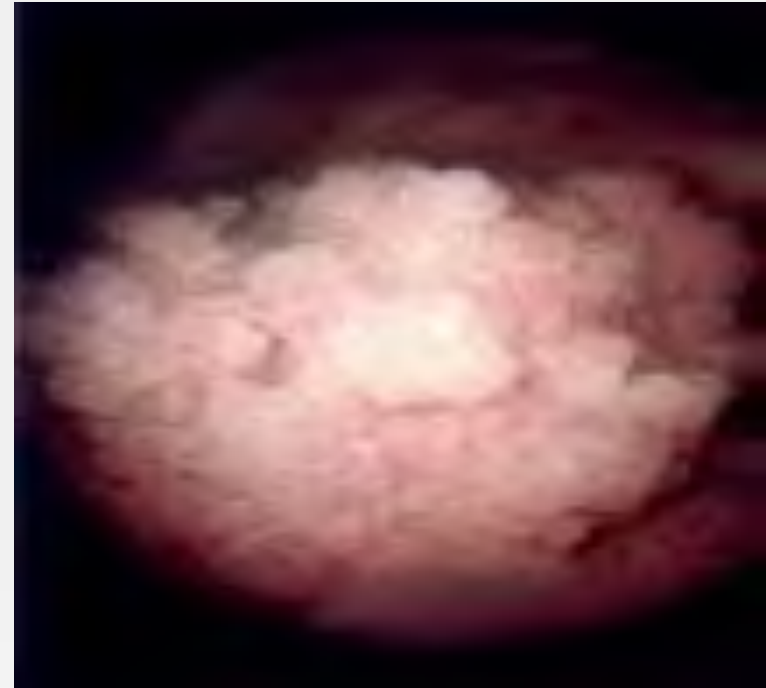
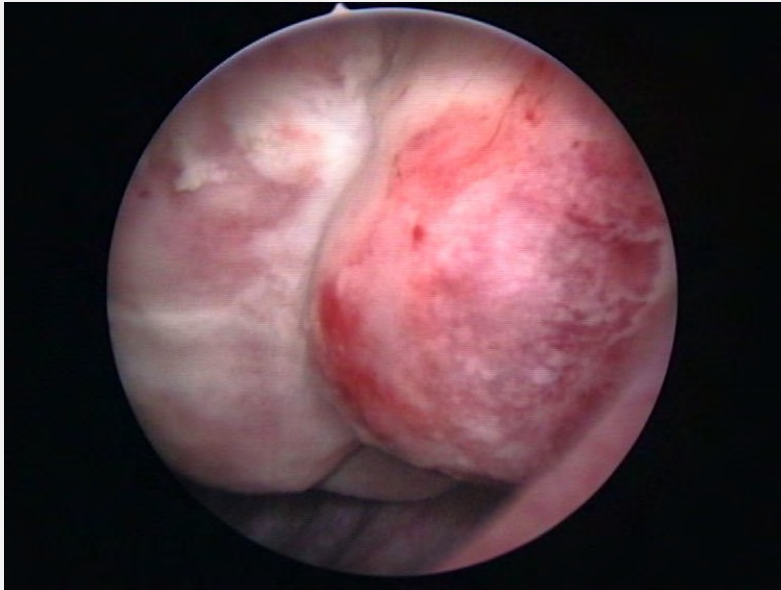
3. THEO DÕI

- Soi bằng quang kiểm tra mỗi 3 tháng trong 2 năm đầu và mỗi 6 tháng trong 3 năm kế tiếp.
- Nếu tái phát, CĐNS lại và hóa trị lại như lần đầu
- Cân nhắc phương án điều trị triệt để khi bướu tái phát xâm lấn cơ hoặc tăng độ biệt hóa

BƯỚI XÂM LẤN: ĐIỀU TRỊ TRIỆT ĐỂ



- Bướu bàng quang xâm lấn lớp cơ (T2)
- Grad 3
- Bướu nhiều nơi



ĐIỀU TRỊ TRIỆT ĐỂ - TẠM BỢ

Cắt BQ tận gốc (BQ + TLT túi tinh, hoặc BQ + tử cung và nạo hạch chậu bịt 2 bên)

1. Mở 2 tiết niệu quản ra da : Dự hậu xấu
2. Tạo hình bàng quang bằng ruột :
 - ✓ Bảo vệ đường tiết niệu trên
 - ✓ Chất lượng cuộc sống bệnh nhân

Đường tiểu dưới có 2 chức năng: chứa nước tiểu và bài xuất nước tiểu. Đa phần tgian là chứa đựng (cả ngày chỉ tốn 5ph đồng hồ tổng xuất)

Chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng sau cắt BQ: lấy 1 quai ruột, cắm 2 đầu niệu quản vào đó, để quai ruột dự trữ nước tiểu, chuyển 1 đầu ra da, khi nào cần thì xả nước tiểu ra

Cách thứ 2 chuyển lưu là cắm 2 niệu quản zô dạ dày để BN khỏi đi tiểu lun^^. Nhưng có nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng vì đường tiêu hóa ko sạch, đi tiêu nhiều lần, bất tiện

Cách thứ 3: nối đoạn ruột ở cách 1 ra niệu đạo => đi tiểu như người bình thường. Nhưng ruột nhỏ ko trữ đc nhiều nước tiểu như BQ nên phải đi tiểu nhiều lần, giờ ng tạo hình thành túi to hơn thì đỡ hơn

VI. TIÊN LƯỢNG

- Dễ tái phát
 - Phụ thuộc giai đoạn
 - Phụ thuộc độ biệt hóa
 - Phương thức điều trị
-
- **T2-T3:** * <40%/5năm
 * < 30%/5năm: N+
 - **M+:** * 5%/5năm
 * 50%/năm đầu

Sự khác biệt của BQ tạo hình từ ruột và BQ thật sự:

1. Không có cảm giác đi tiểu như BQ nguyên thủy, chỉ có cảm giác căng cứng
2. BQ thật có lớp cơ đẩy nước tiểu, còn cái ruột thì không tổng đc => tập BN bằng cách rặn tăng áp lực ổ bụng hoặc lấy tay đè (áp lực lòng BQ = áp lực ổ bụng + áp lực BQ cơ; giờ mất 1 cái r thì phải tăng cái kia)

Phát hiện qua soi bằng quang

Kích thước u	> 5 cm	35% xâm lấn cơ
	< 5cm	9% xâm lấn cơ
Số lượng bướu u	U đơn độc	18-60% tái phát
	Đau u	40-90% tái phát

Giải phẫu bệnh

Giai đoạn	Ta	4% tiến triển
	T1	30% tiến triển
	T1,G3	50% tiến triển
	Tis	> 50% tiến triển (không điều trị hỗ trợ)
Bậc	1	50% tái phát, 2% tiến triển
	2	60% tái phát, 11% tiến triển
	3	80% tái phát, 45% tiến triển

Soi bằng quang lần đầu

Âm tính	80% không tái phát
Dương tính	10% không tái phát

THEO DÕI

1. Bước nông: SA, nội soi BQ

+ 3 tháng/ 2năm đầu

+ 6 tháng/ 3năm tiếp theo

+ Mỗi năm sau đó

2. Bước xâm lấn: CTM, TPTNT, SA, CT

- Hàng tháng

- Mỗi 3 tháng

BƯỞU ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN

I. Tần suất: + 5% ác tính hệ tiết niệu; + nam/nữ =2/1
+ tuổi TB: 65, + bướt 2bên:2-4%.

II. Phân loại:

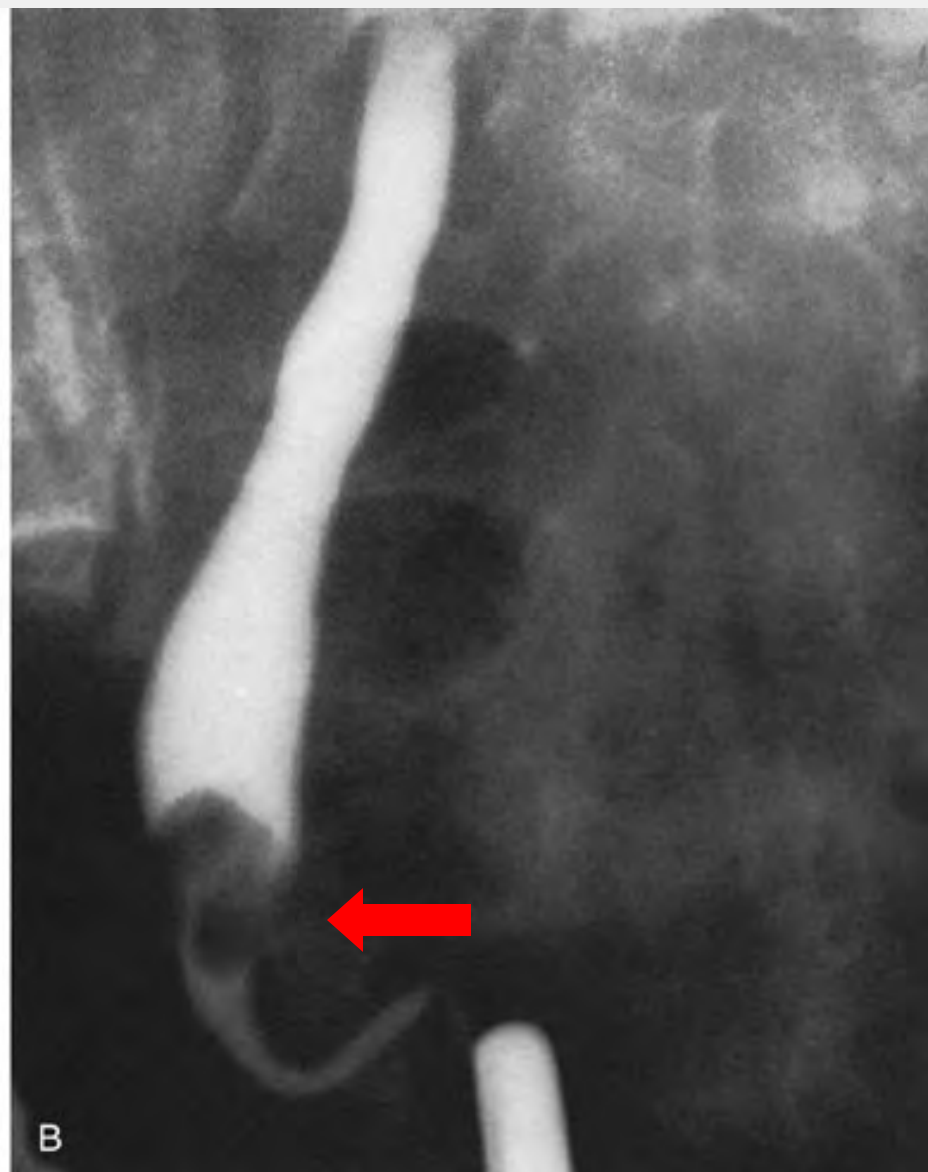
- *Car TB chuyển tiếp:* + 85% Bướt bể thận, 93% NQ;
+ NNhân giống BBQ + >20% nhiều bướt/Cđoán.
+ 50% có BBQ
- *Car TB vẩy:* + kích thích mạn tính,
+14% bướt bể thận, 5% bướt NQ
- *Car TB tuyến:* + <1%, nữ,
+ kích thích mạn tính,
+ ác tính cao.

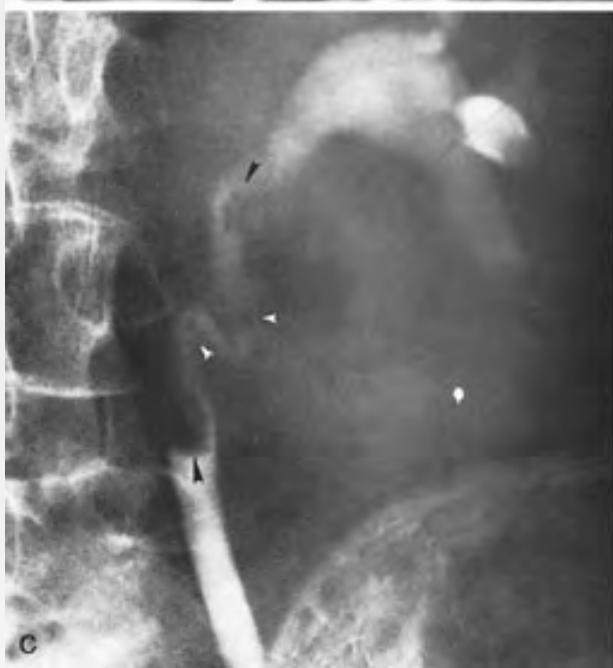
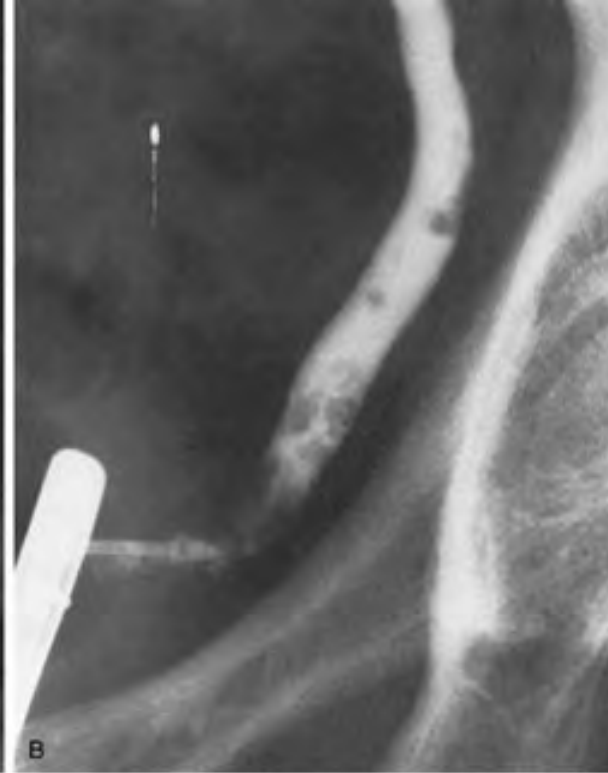
Triệu chứng LS

- Tiểu máu
- Đau quặn thận
- Thận ứ nước

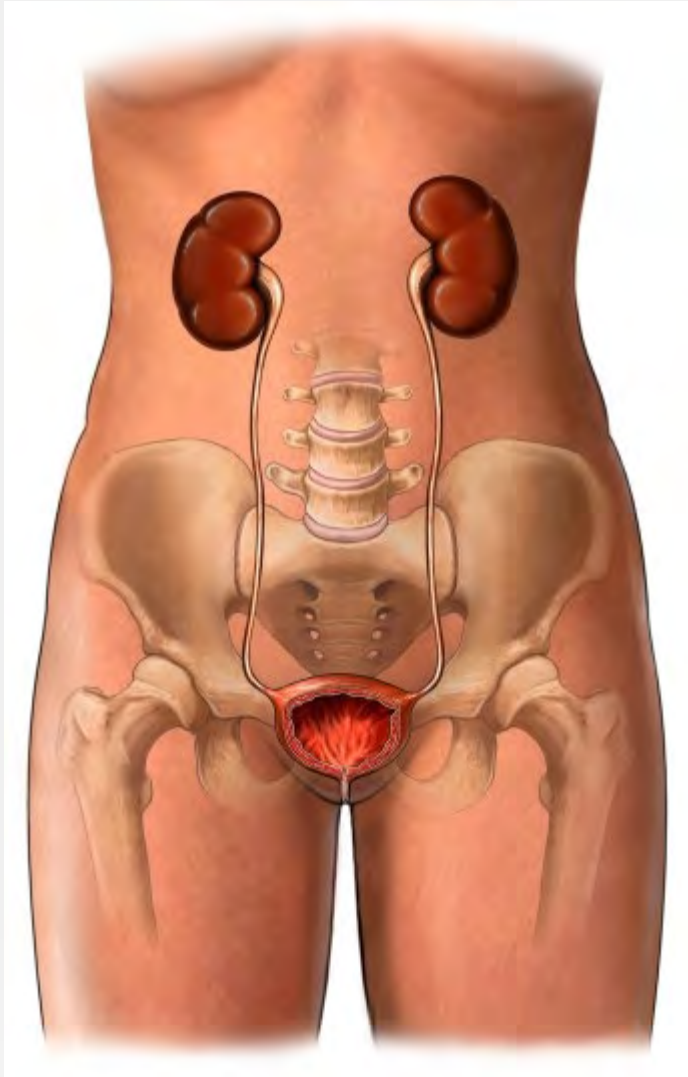
Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu
- Siêu âm thay vì NS BQ thì h NS quản
- **Nội soi tiết niệu quản**
- X quang (tiết niệu quản-thận ngược dòng)
- CT





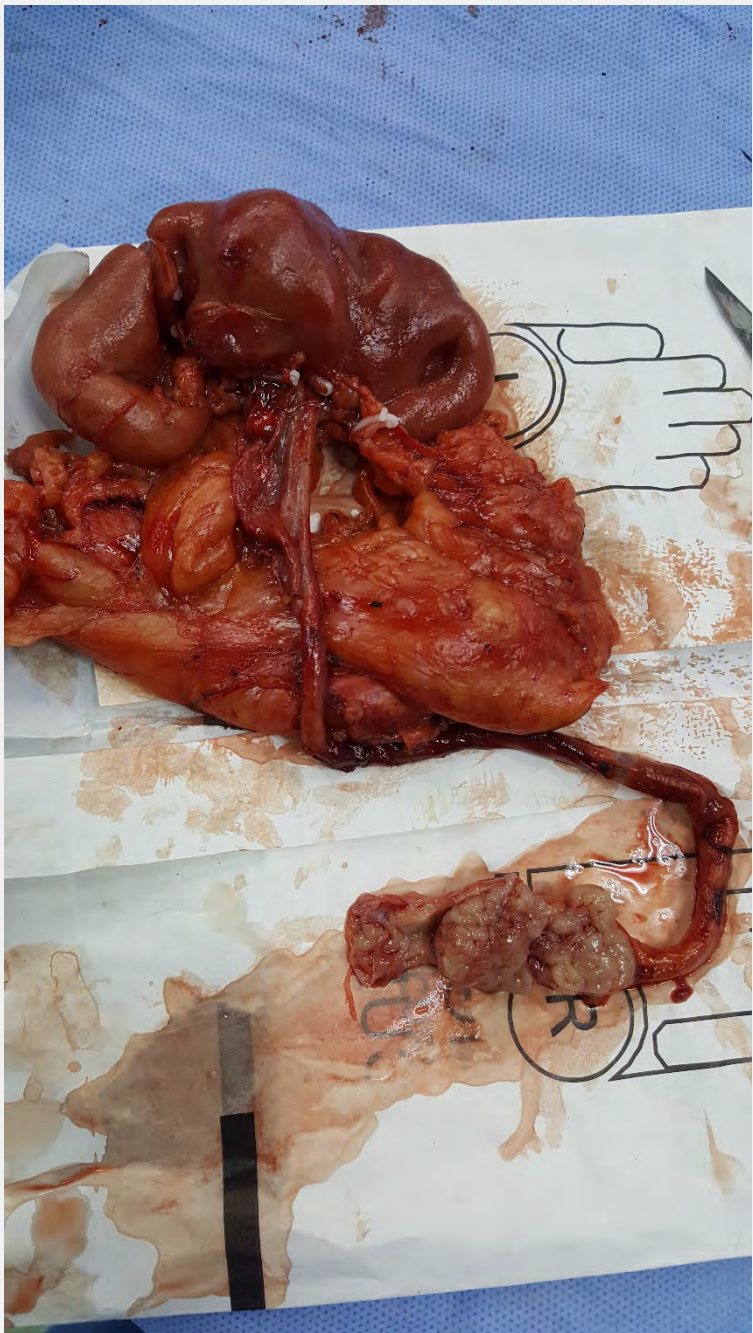
ĐIỀU TRỊ



- **Cắt thận + tiết niệu quản + mảnh bàng quang**

phần BQ mà cấm niệu quản

- Cách trên là lý tưởng cho trường hợp thận đối bên còn tốt
- Giờ nếu thận bên kia teo hoặc mất chức năng thì sao? => tự suy nghĩ
- Giờ PT thì cắt sao? Nội soi sau phúc mạc cắt nguyên khối, ko kẹp cắt niệu quản, vì nước tiểu xì ra sẽ làm rơi vãi tế bào. Có thể làm 1 thì r chuyển mổ mở, giờ làm hoàn bằng nội soi. Nội soi có thể PT bằng robot - mà tốn tiền thoy^^



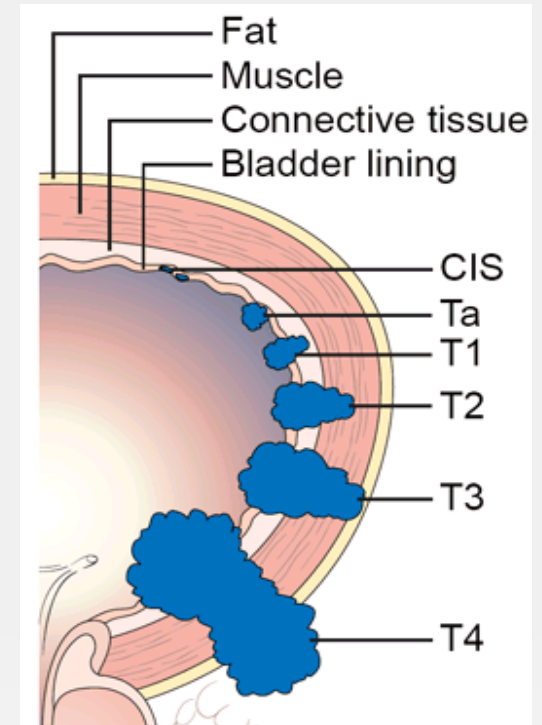
TÓM TẮT

1. Bướu tiết niệu mạc:

- Bướu bàng quang
- Bướu niêm mạc đài bể thận – tiết niệu quản

2. GPB:

- ung thư tế bào chuyển tiếp
- độ biệt hóa: 3 độ
- giai đoạn: TNM



© CancerHelp UK

Tóm tắt (2)

- Chẩn đoán LS:
 - Tiểu máu: 85-90% trường hợp
 - Bàng quang kích thích: tiểu gắt, tiểu gấp
- CLS: SA, CT, Nsoi
- Đ trị:
 - Pthuật
 - ✓ CĐNS
 - ✓ Cắt bướu:....
 - Hóa trị
- Tiên lượng: dễ tái phát bướu

• [Robotic Radical cystectomy with orthotopic neobladder.flv](#)

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN!

