

BƯỞU NIÊU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIÊU

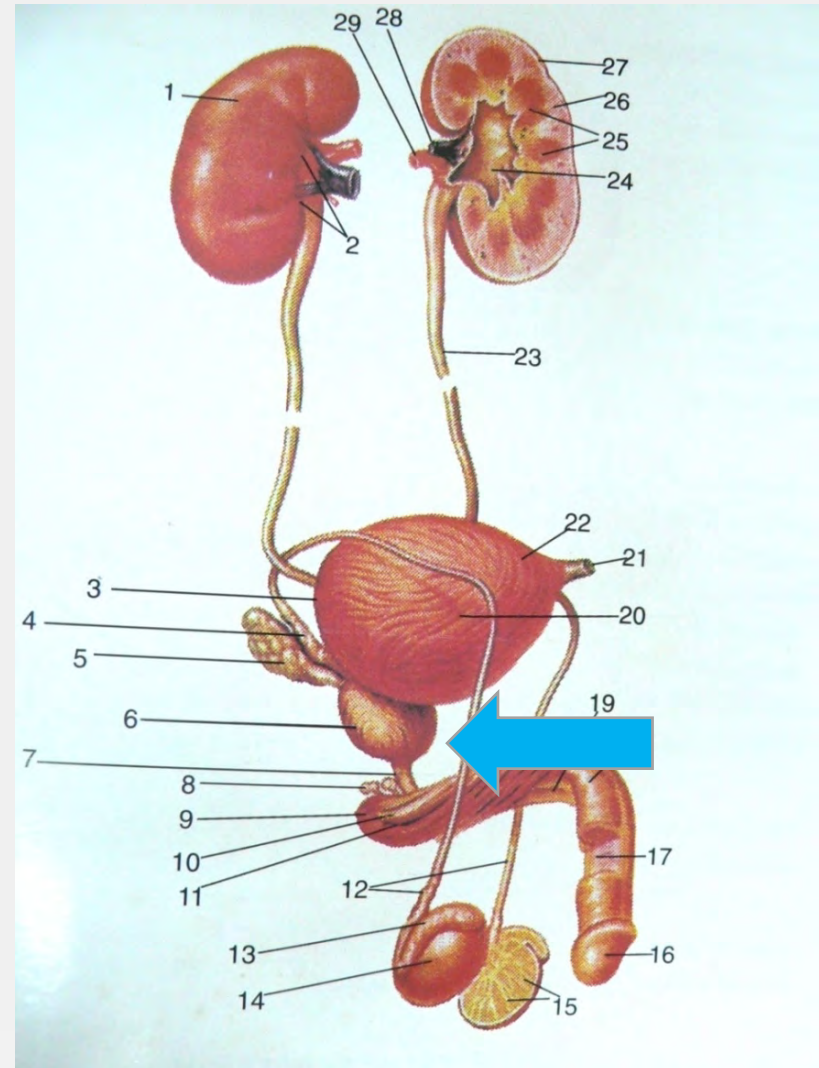
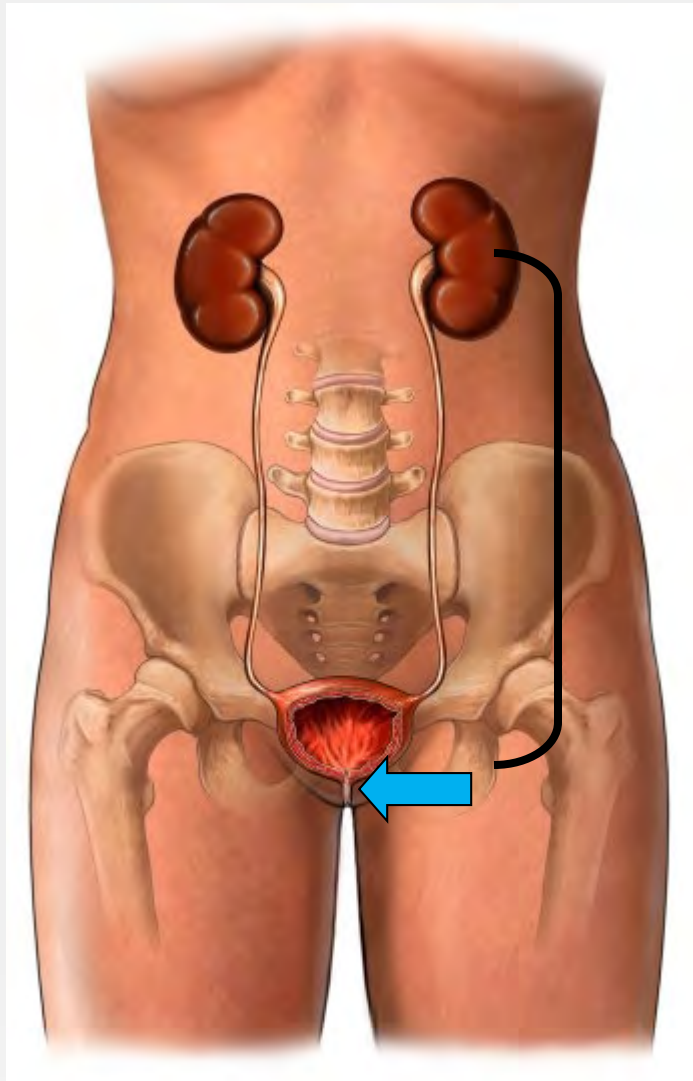
TS.BS. Trần Ngọc Khắc Linh

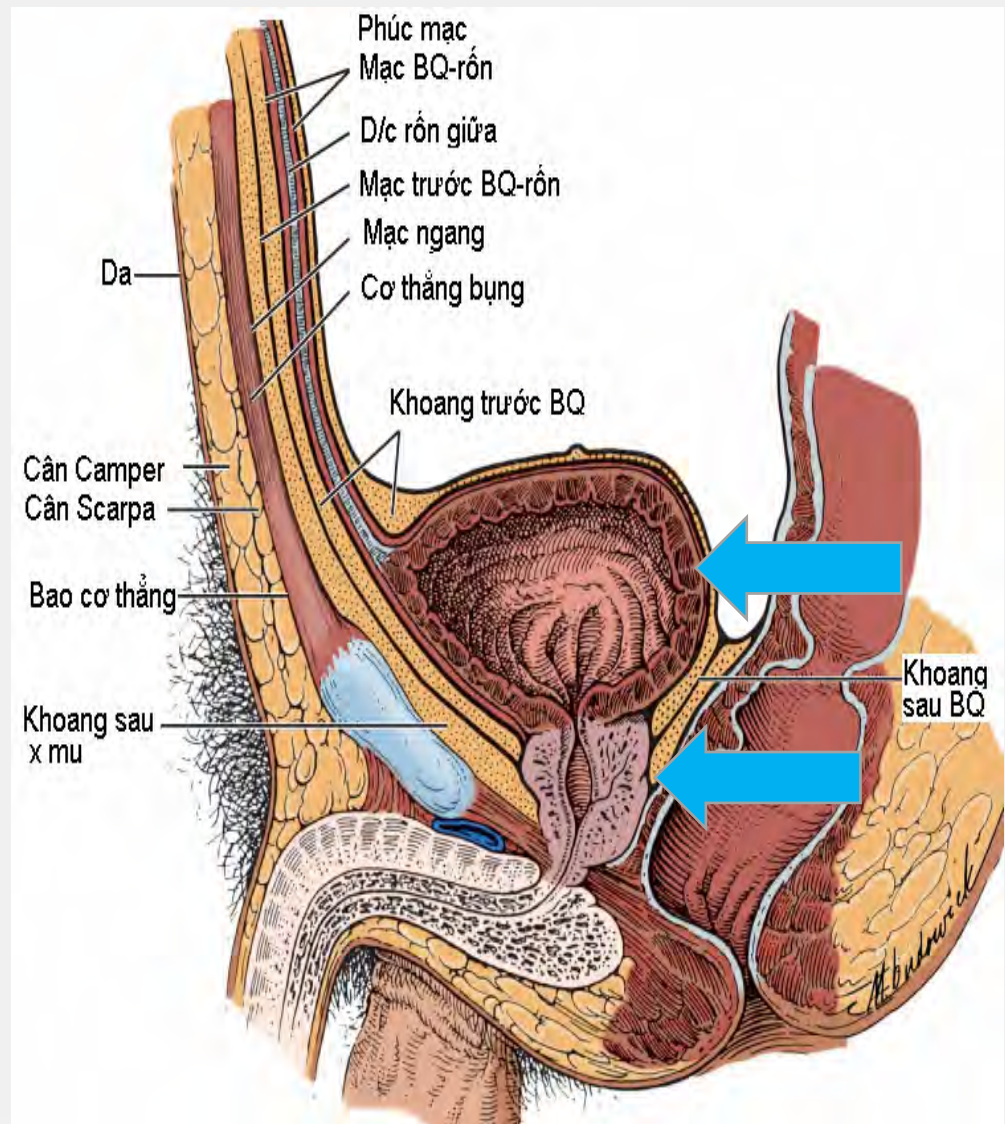
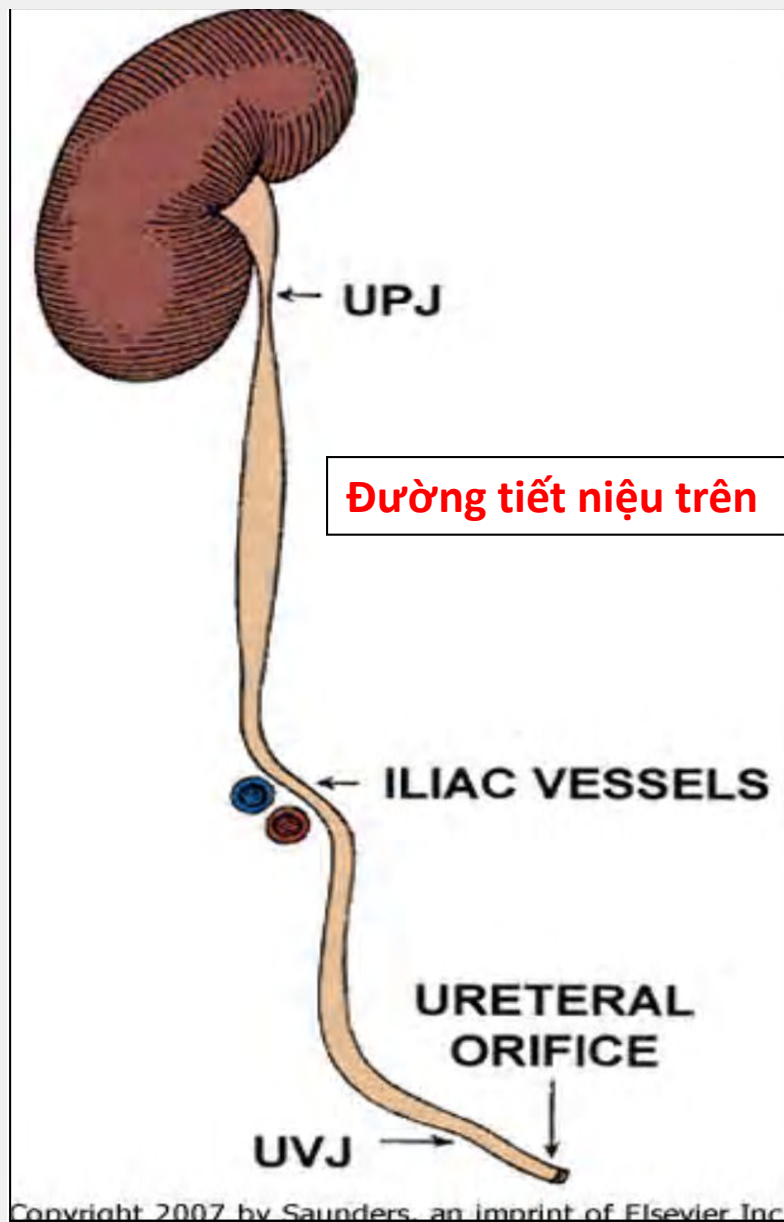
ĐHYD TP. HCM – BV. Bình Dân

THUẬT NGỮ

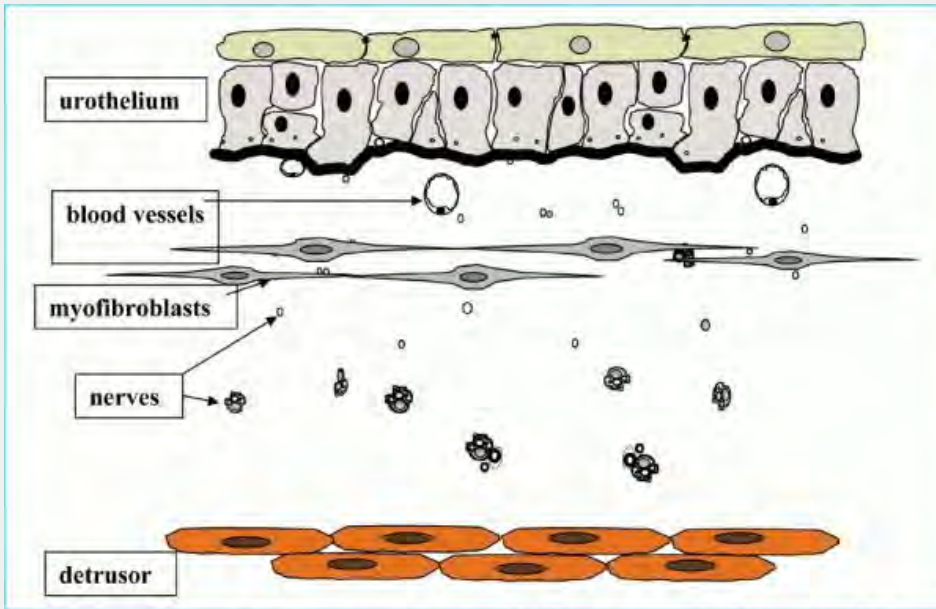
- Hệ tiết niệu (*urinary system , système urinaire*)
- Hệ tiết niệu - sinh dục (*genito-urinary system , système génitourinaire*)
- Đường tiết niệu (*urinary tract , voie urinaire*)
- Đường tiết niệu trên (*upper urinary tract , voie urinaire supérieure*)
- Đường tiết niệu dưới (*lower urinary tract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

GIẢI PHẪU HỌC HỆ TIẾT NIỆU





Đường tiết niệu dưới



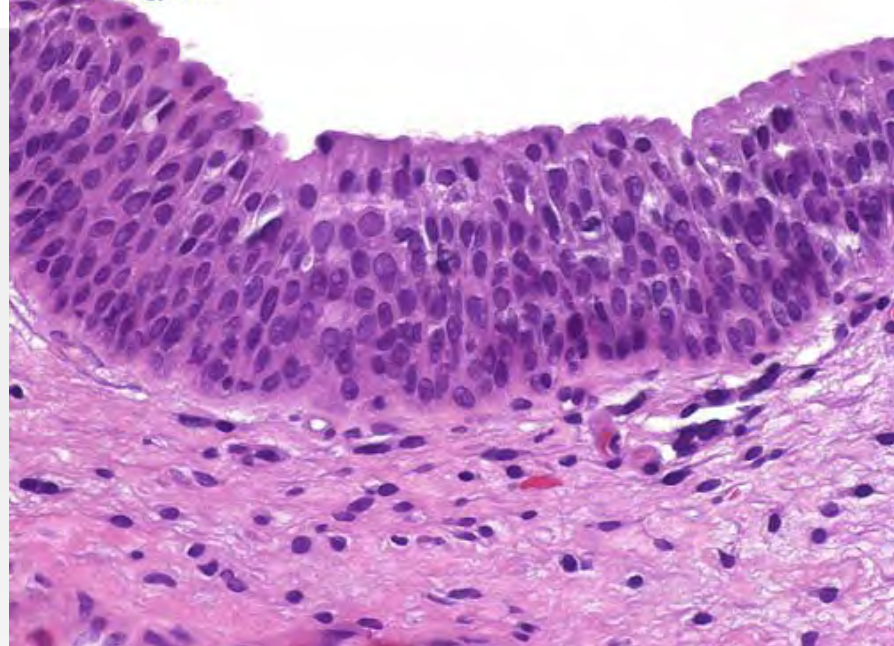
Fry CH, Roosen A Journal für Urologie und Urogynäkologie 2007; 14 (1) (Ausgabe für Schweiz): 19-22 ©

NIỆM MẠC

NIÊM MẠC CHUYỂN TIẾP

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

©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*

BƯỞU BÀNG QUANG

I. DỊCH TỄ HỌC

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

II. NGUYÊN NHÂN



- Hút thuốc lá: Nguy cơ bị BBQ 50%, (chiếm 50% trong các YTNT)
- 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)

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*

2. ĐÁNH GIÁ

- 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)
- Biệt hóa tế bào (Grading)

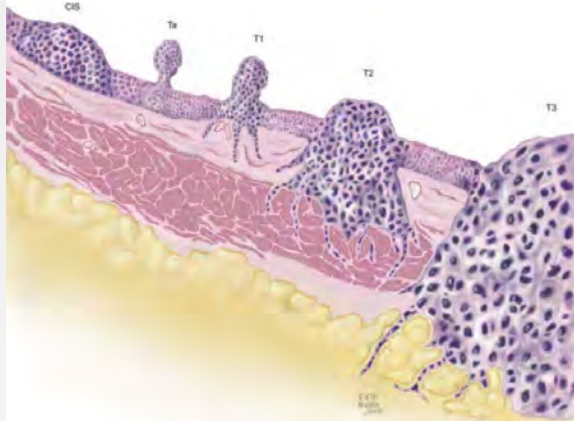
3. Ý NGHĨA

- **Staging:** **đại thể**
 - Lâm sàng
 - Hình ảnh: soi bàng quang, siêu âm, X quang, CT, MRI ...
- **Grading:** **vi thể**
 - 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'
T1	Tumour invades subepithelial connective tissue
T2	Tumour invades muscle
T2a	Tumour invades superficial muscle (inner half)
T2b	Tumour invades deep muscle (outer half)
T3	Tumour invades perivesical tissue
T3a	Microscopically
T3b	Macroscopically (extravesical mass)
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

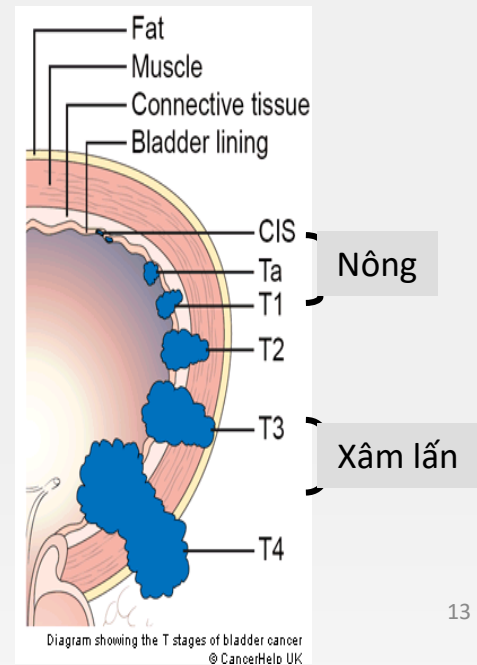


N - Regional lymph nodes

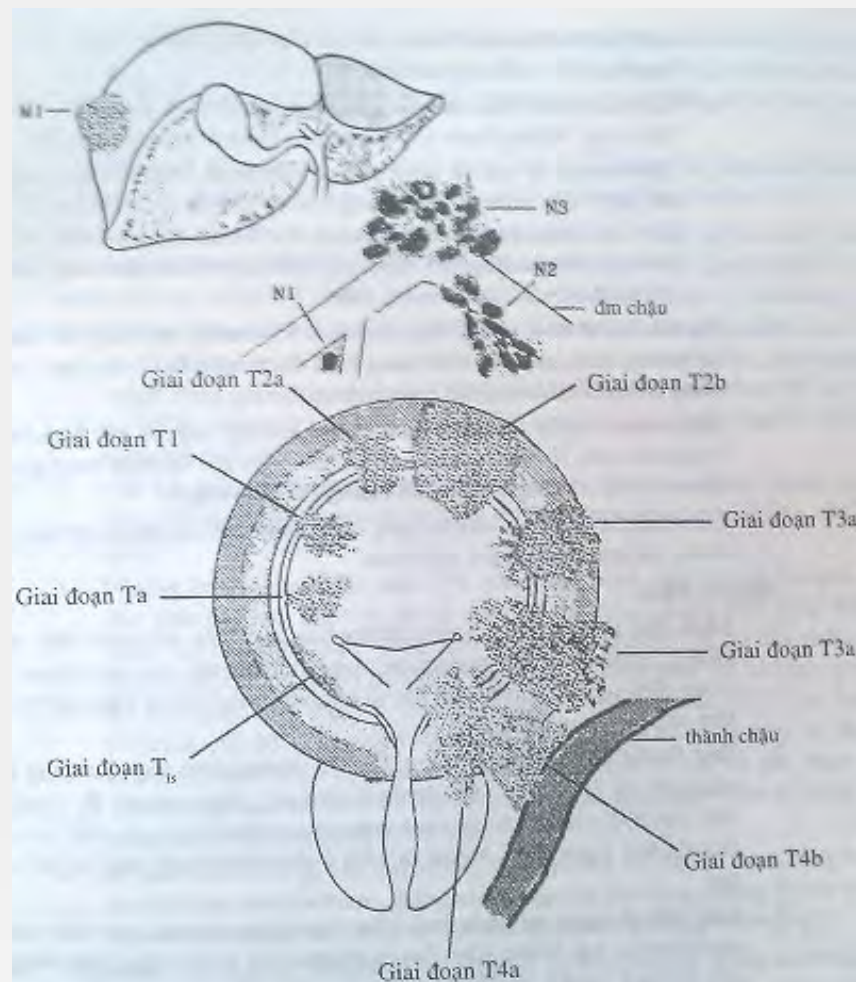
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Metastasis in a single lymph node in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac, or presacral)
N2	Metastasis in multiple regional lymph nodes in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac, or presacral)
N3	Metastasis in common iliac lymph node(s)

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)

- 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)

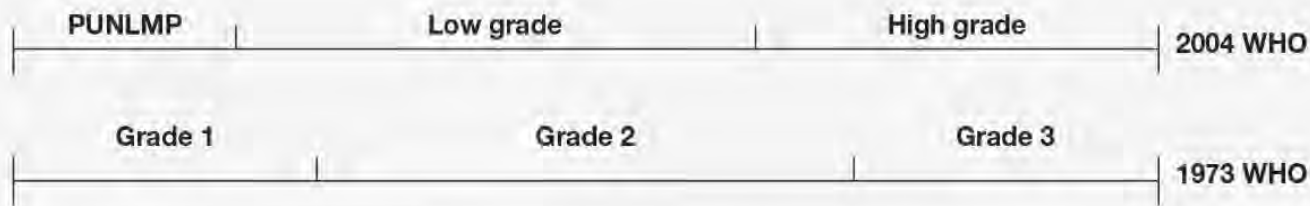
Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP)

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
- Bàng quang kích thích: tiểu gắt, tiểu gấp: 20%
- NT tiết niệu thứ phát 30%: tránh bỏ sót

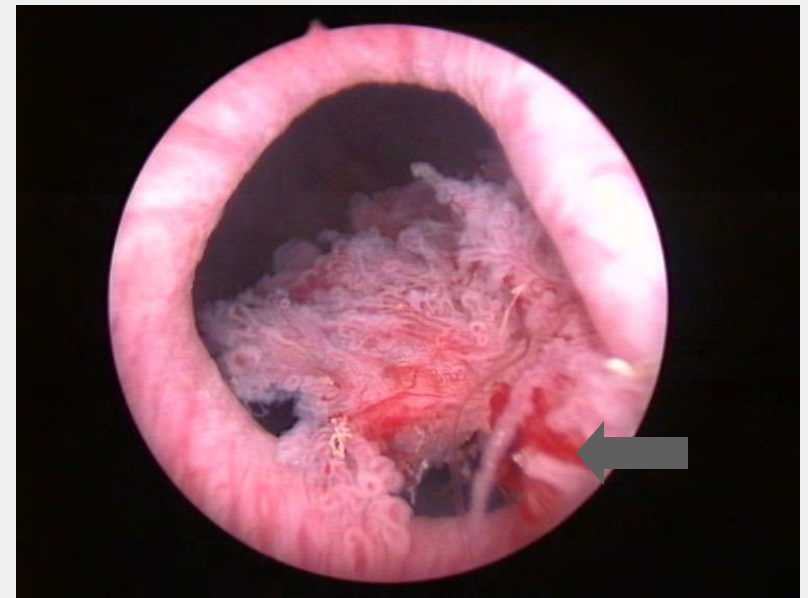
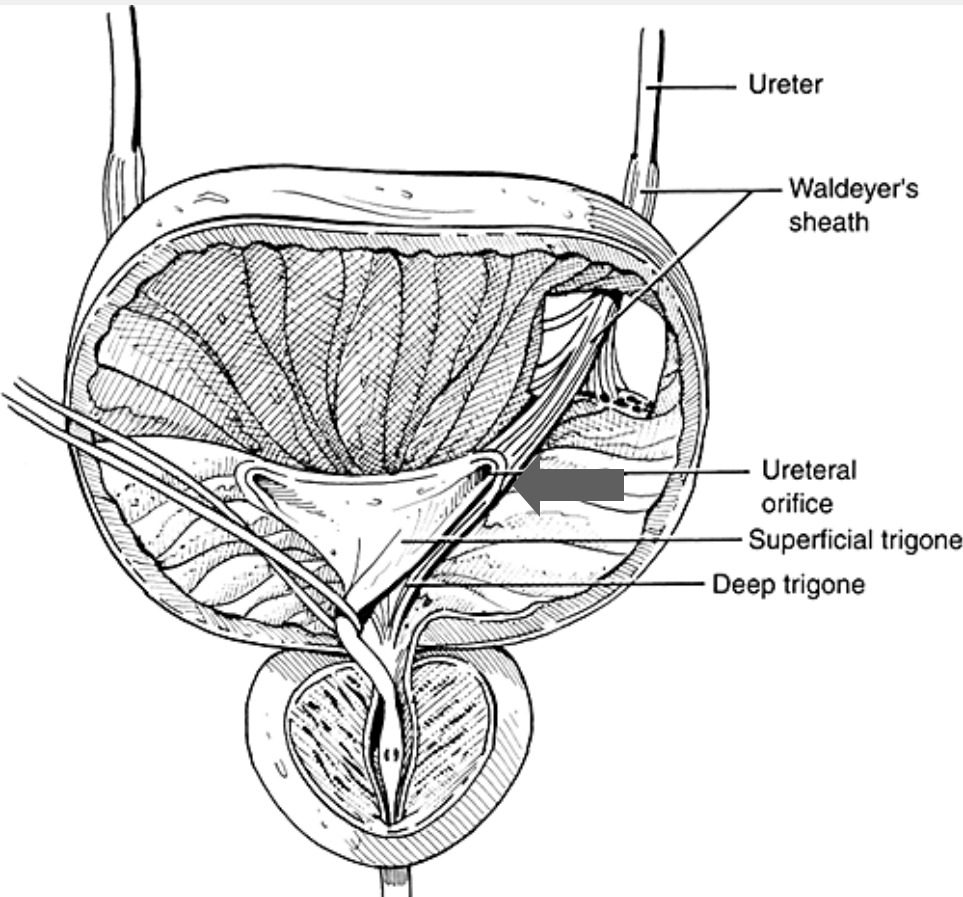
1.2. Khám LS:

- ✓ Khám bụng
- ✓ 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)

Tùy vị trí Bướu



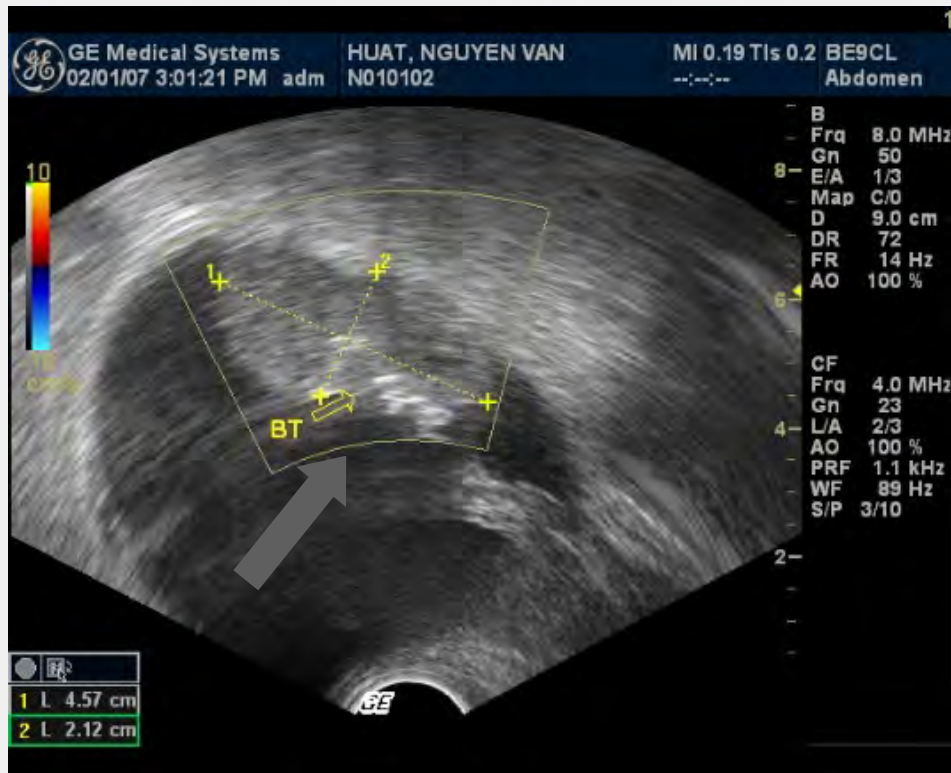
- Cổ bàng quang: tiểu khó
- Gần 2 miệng tiết niệu
quản: đau quặn thận, thận
ứ nước
 - hiếm gặp ban đầu
 - tiến triển xa : 50%

2. CẬN LÂM SÀNG

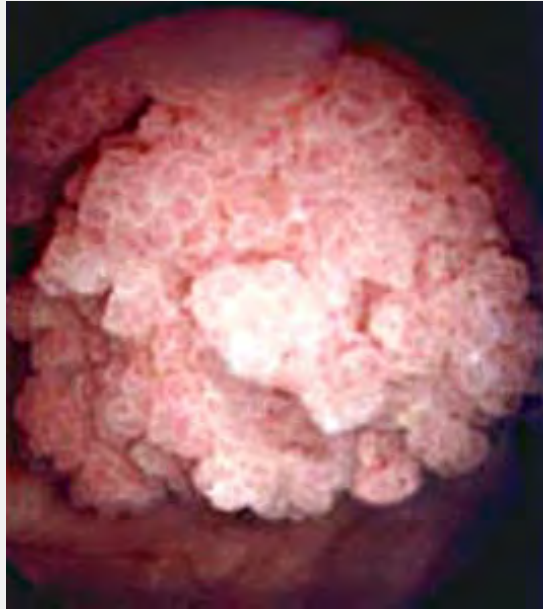
- Tổng phân tích nước tiểu – tế bào học nước tiểu
- Siêu âm
- Nội soi bàng quang
- X quang bàng quang, XQ hệ tiết niệu có cản quang
- CT, MRI ...

Nguyên tắc: ít hại, đơn giản, rẻ tiền

SIÊU ÂM



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

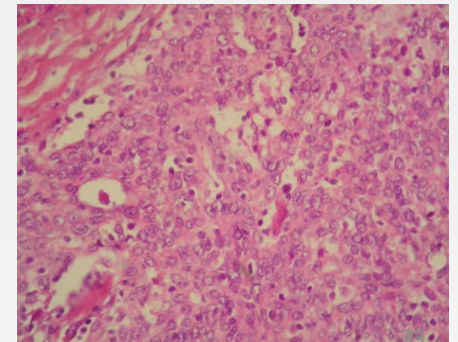
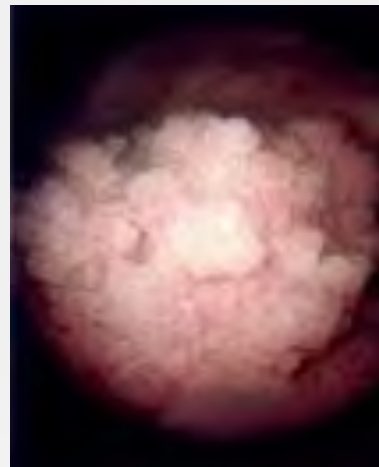
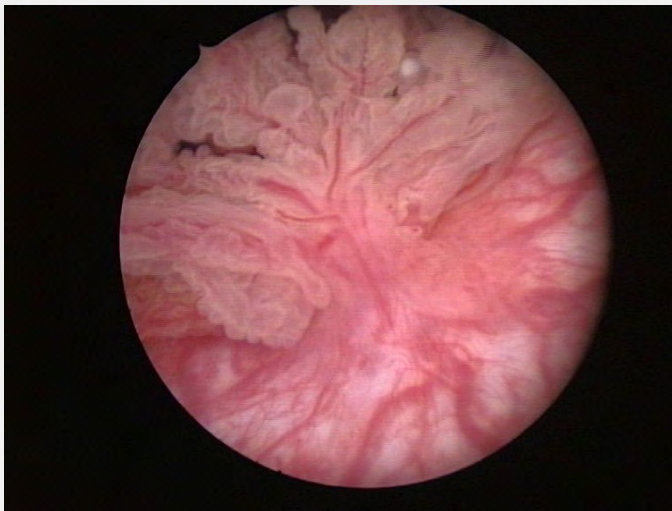
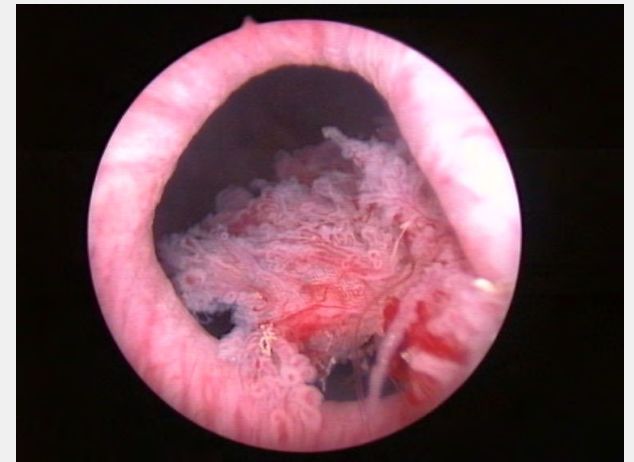
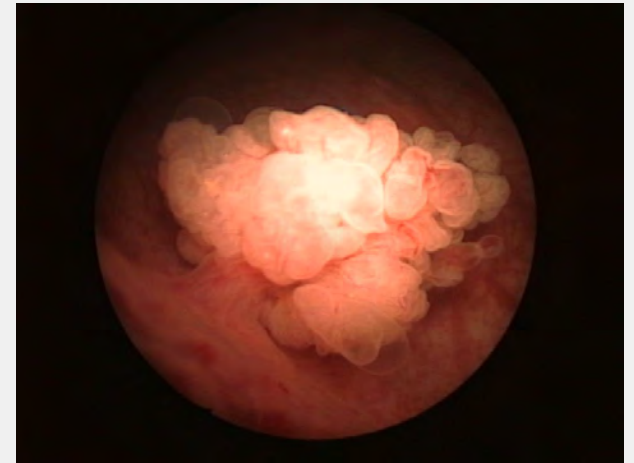
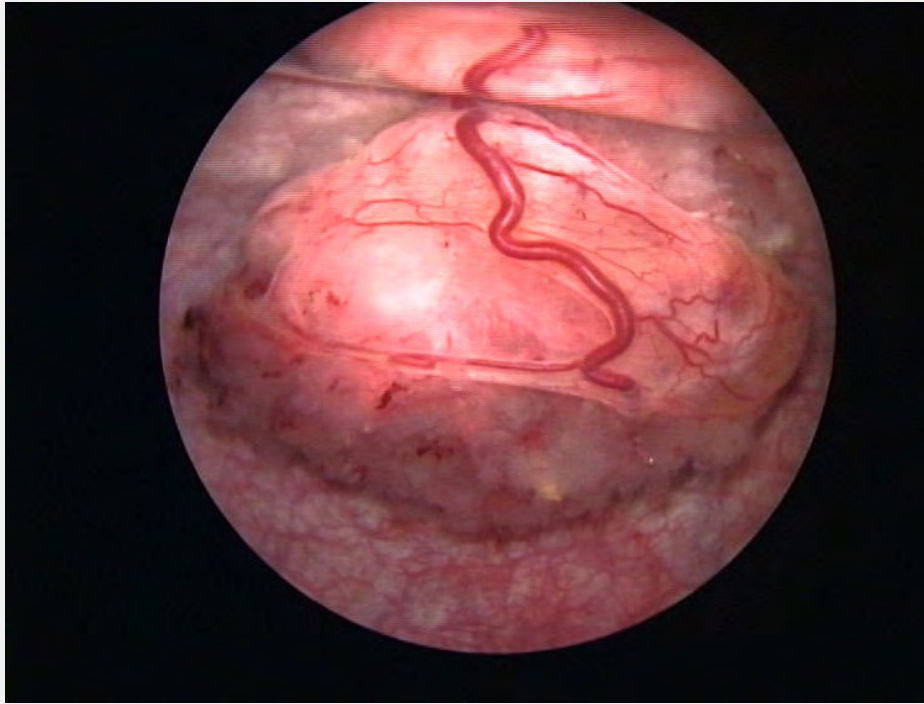


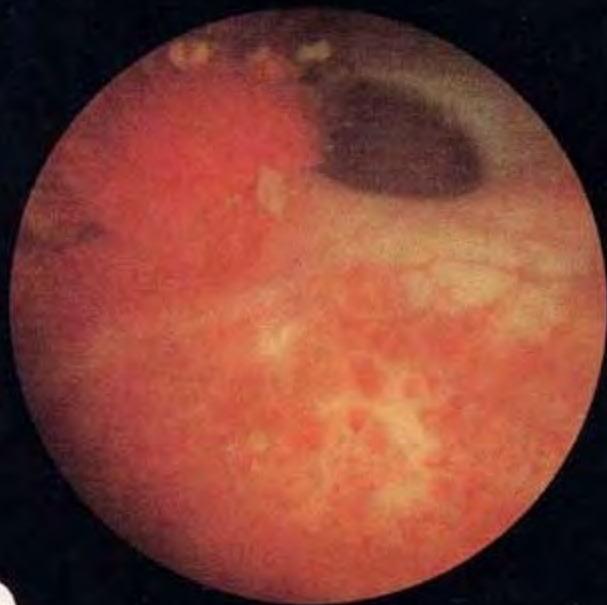
NỘI SOI BÀNG QUANG

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 = intra venous pyelogram: Chụp xq bể thận có cq tĩnh mạch
UIV =Urographie intra venous: Chụp thận cản quang tĩnh mạch

IVP / UIV

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



CẮT LỚP ĐIỀN TOÁN (CT-scans)



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



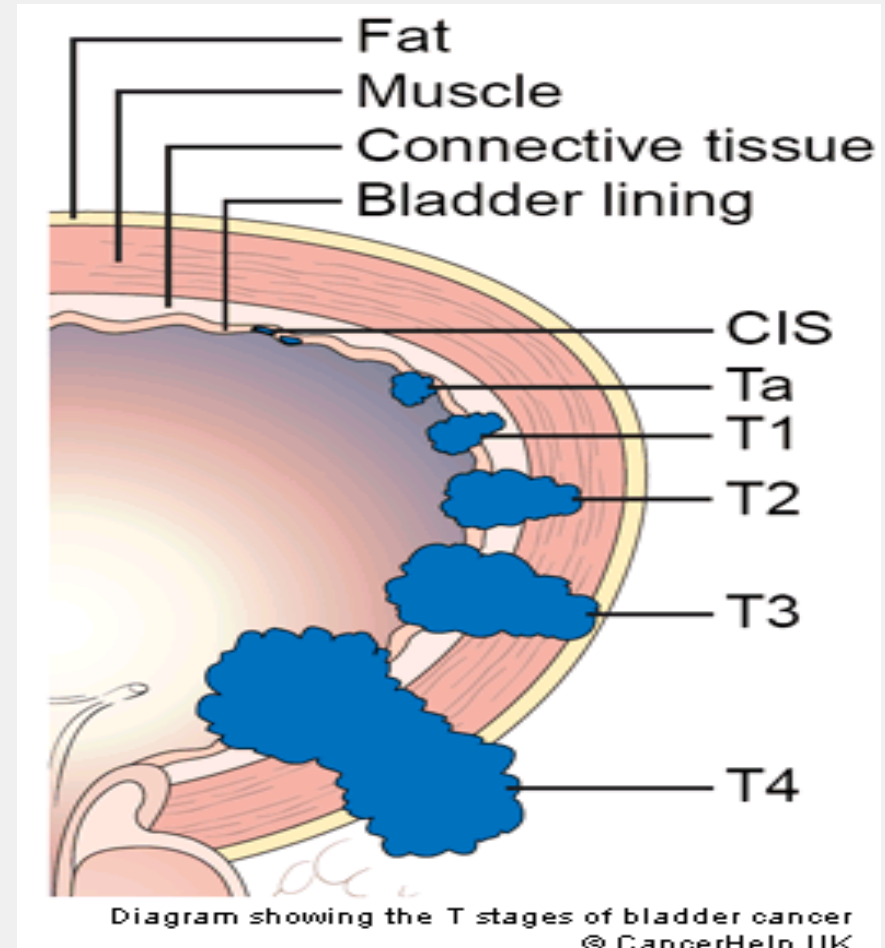
V. ĐIỀU TRỊ

1. Bướu nông

- CĐNS
- Hóa trị nội BQ
- +/- Cắt BQ tận gốc + tạo hình

2. Bướu xâm lấn (sâu)

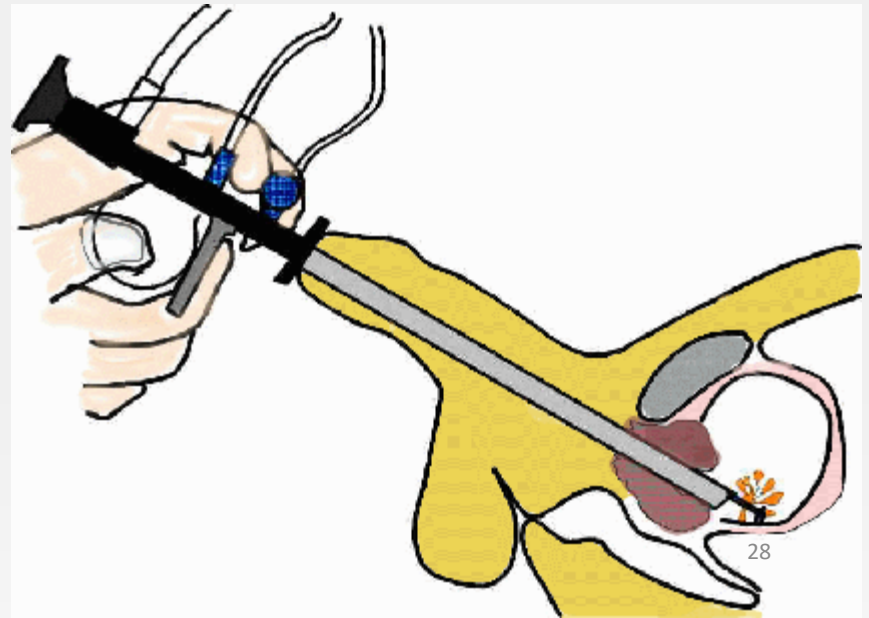
- Cắt BQ tận gốc + tạo hình
- Chuyển lưu nước tiểu tạm thời
- +/- Hóa trị toàn thân



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
 - 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 TRI 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)

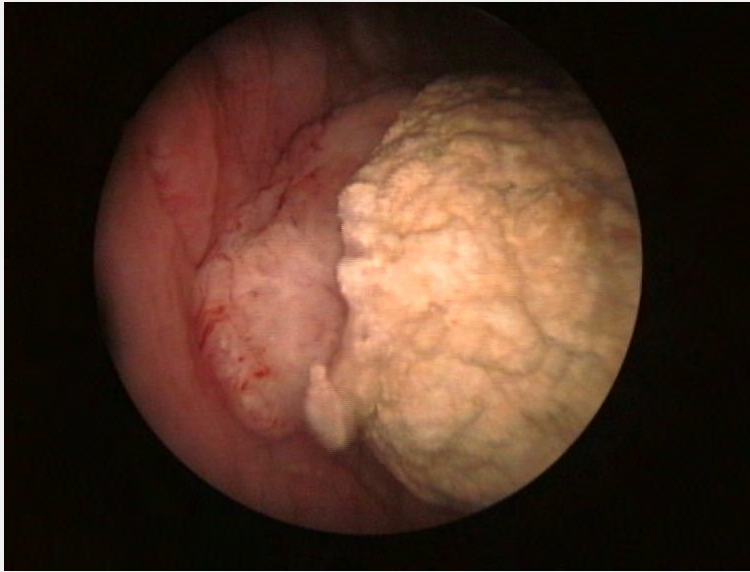
- Hạn chế tiến triển (progression)
- Bơm bàng quang 80 mg/ mỗi tuần trong 6 tuần liên tiếp. Sau đó 80 mg/mỗi tuần/ 3 tuần liên tiếp vào tháng thứ 3,6,9,12; 18 và 24.
- IMMUNE-BCG 37,5 mg

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

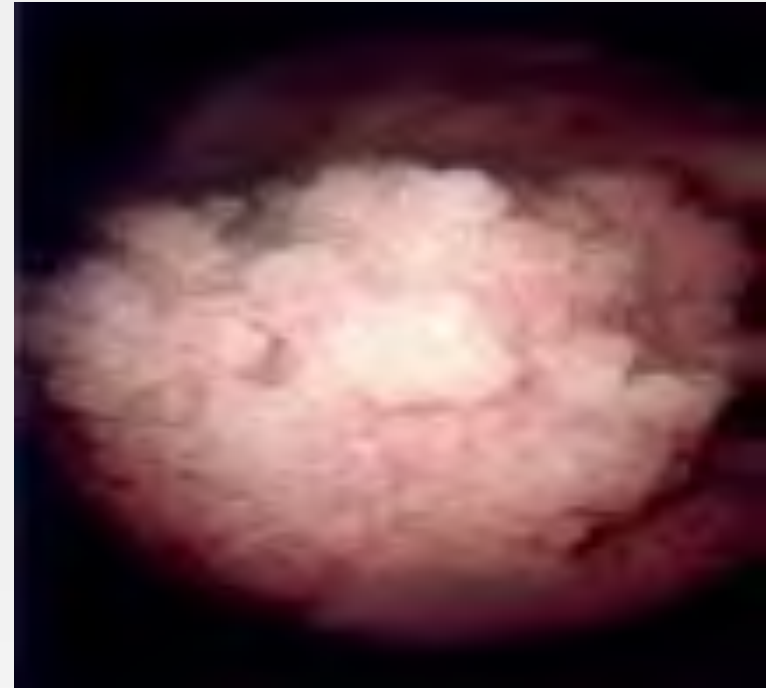
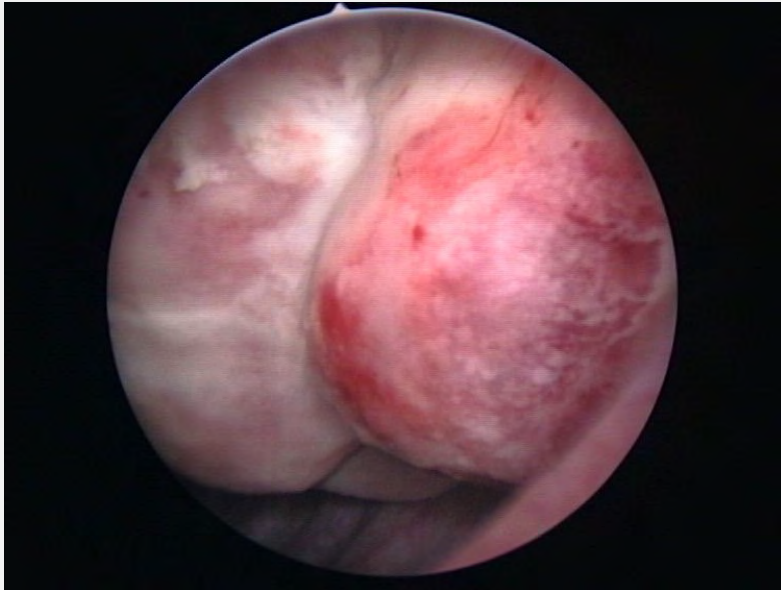
3. THEO DÕI

- 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

BƯỚU 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

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

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, + bướu 2 bên:2-4%.

II. Phân loại:

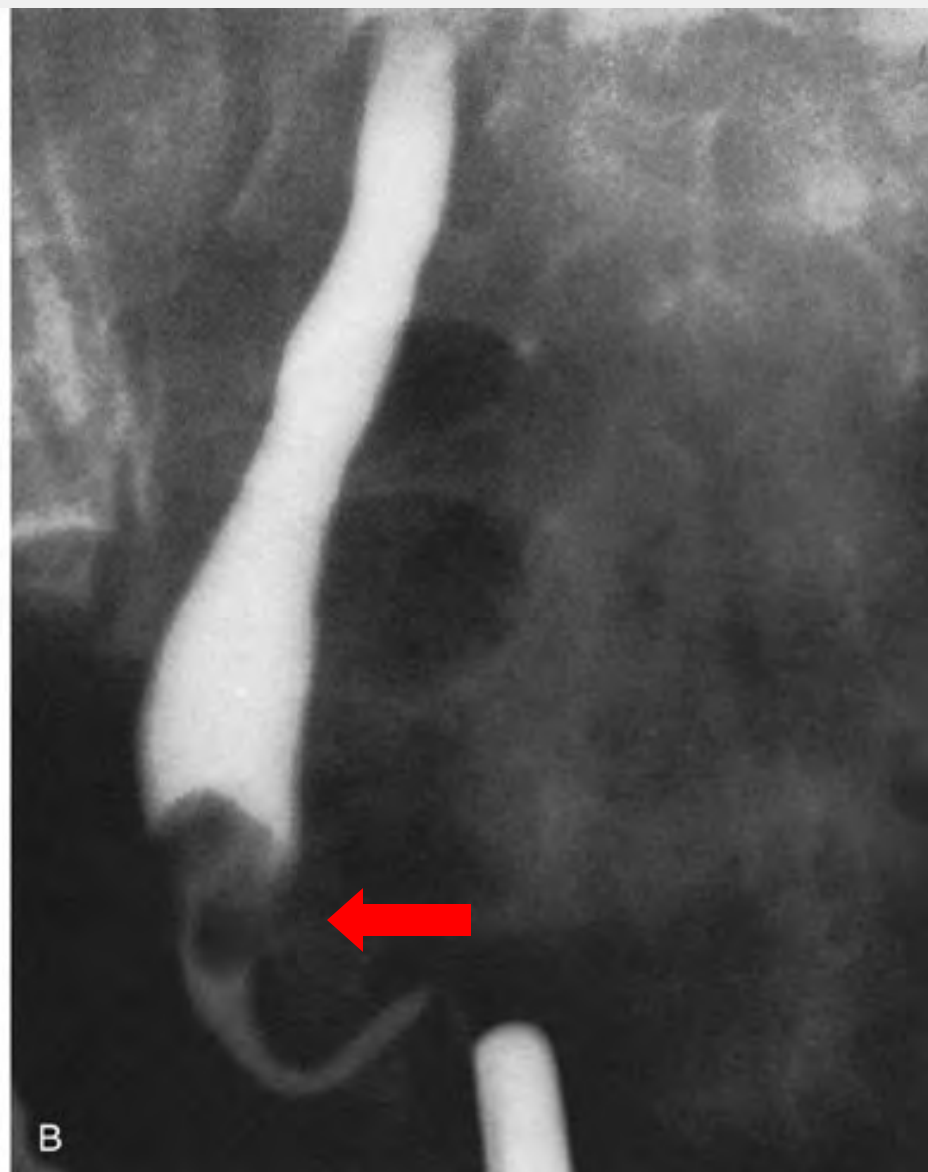
- Car TB chuyển tiếp: + 85% Bướu bề thận, 93% NQ;
+ NNhân giống BBQ + >20% nhiều bướu/Cđoán.
Vây = gai
+ 50% có BBQ
- Car TB vây: + kích thích mạn tính,
+14% bướu bề thận, 5% bướu NQ
- Car TB tuyến: + <1%, nữ,
+ kích thích mạn tính,
+ ác tính cao.

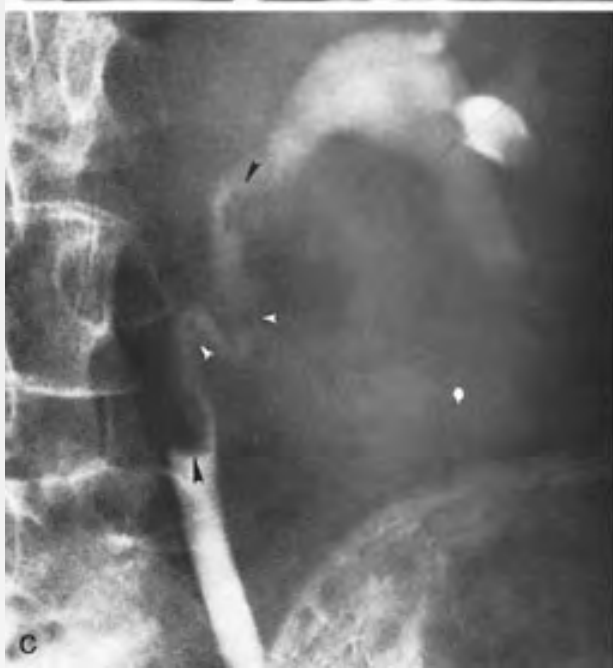
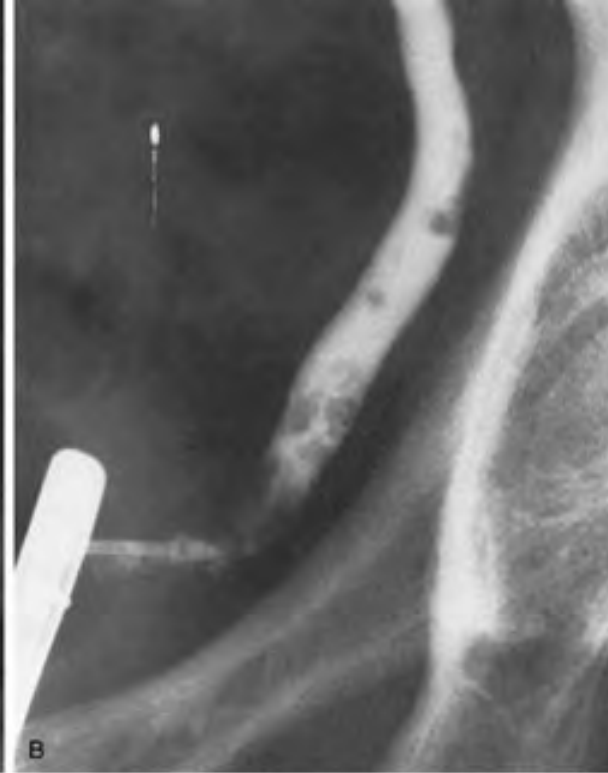
Triệu chứng LS

- Tiểu máu
- Đau quặn thận
- Thận ứ nước

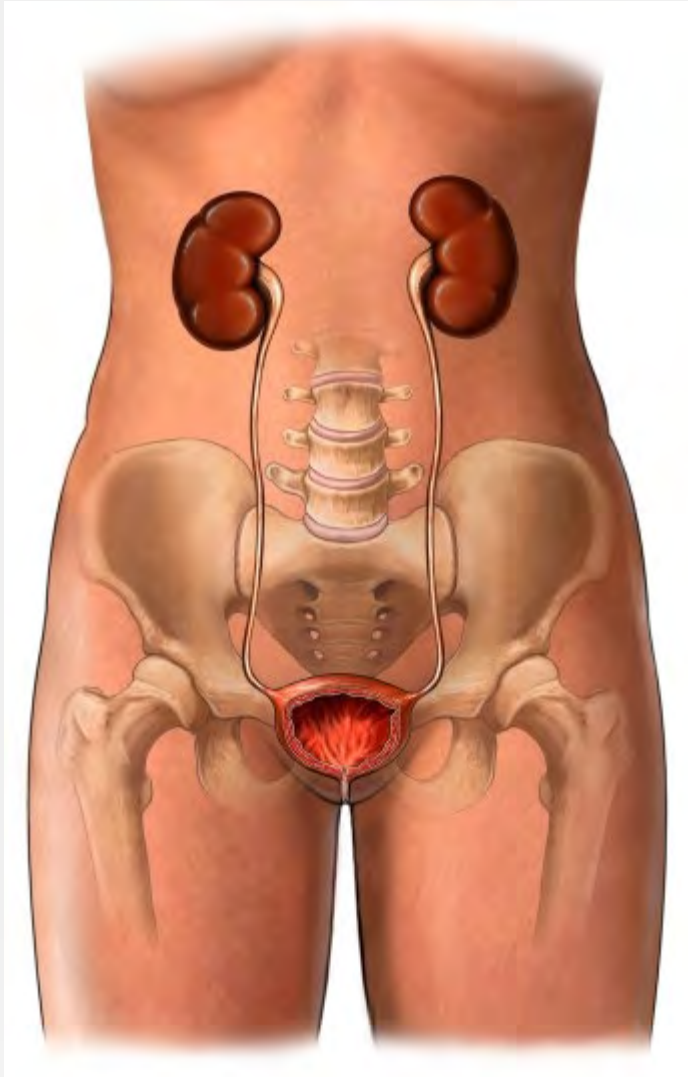
Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu
- Siêu âm
- Nội soi tiết niệu quản
- X quang (tiết niệu quản-thận ngược dòng)
- CT

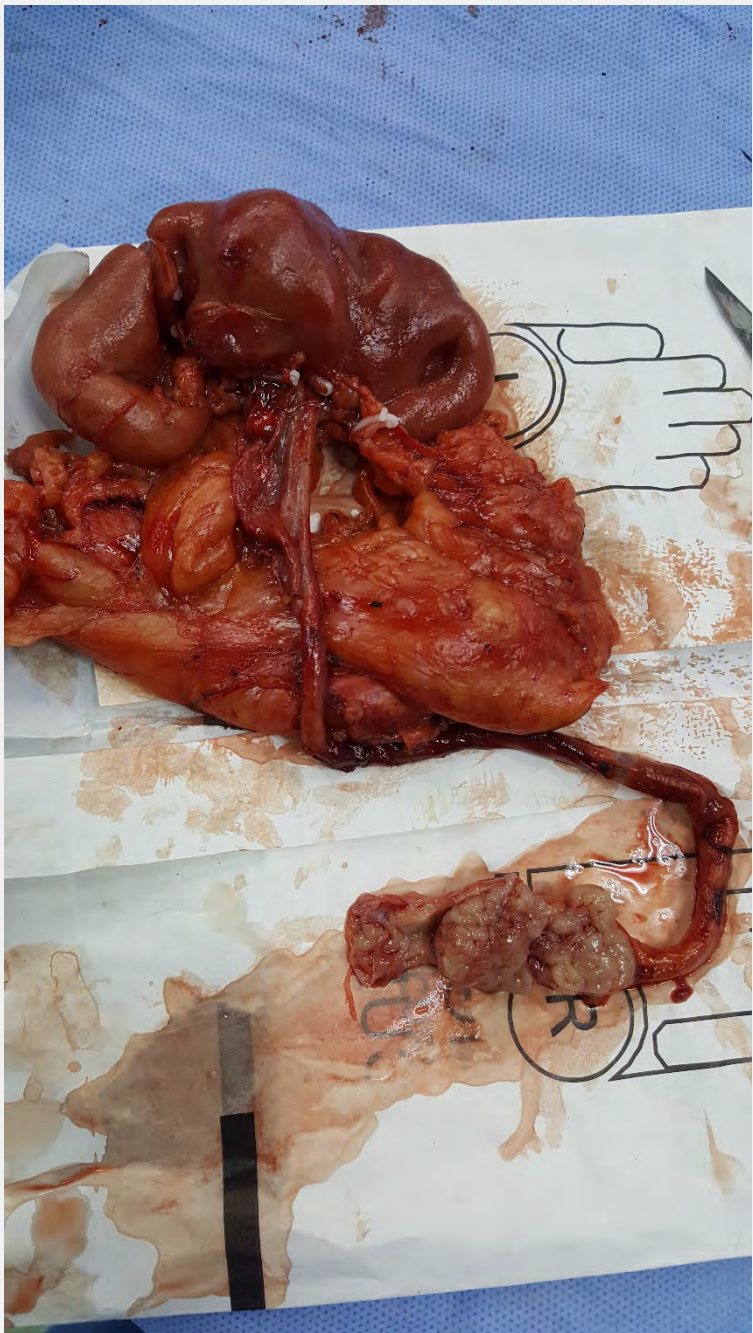




ĐIỀU TRỊ



- Cắt thận + tiết niệu quản + mảnh bàng quang



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

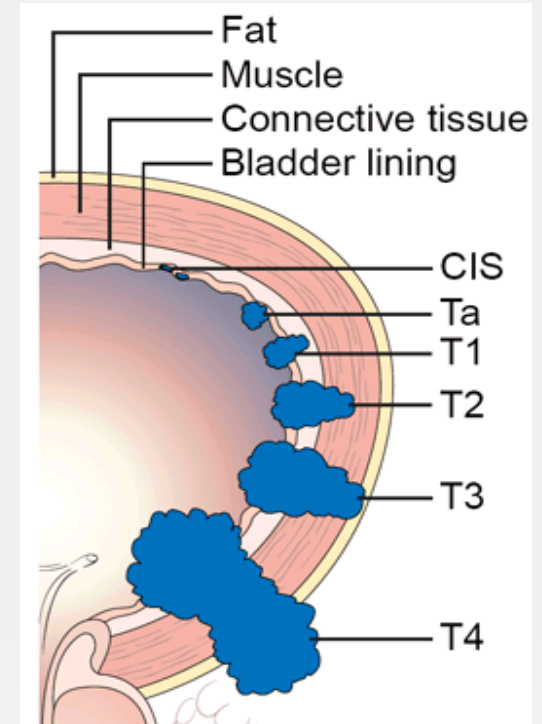


Diagram showing the T stages of bladder cancer
© CancerHelp UK

Tóm tắt (2)

- Chẩn đoán LS:
 - Tiểu máu: 85-90% trường hợp
 - Bàng quang kích thích: tiểu gắt, tiểu gấp
- CLS: SA, CT, Nsoi
- 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!

