

SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT QUA NGÃ TRỰC TRÀNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến tiền liệt (TTL) là vấn đề sức khỏe quan trọng trên phạm vi toàn cầu vì xuất độ và tử suất cao, chất lượng sống của bệnh nhân bị sút giảm và gánh nặng chi phí điều trị chăm sóc nhiều. Đây là bệnh lý ác tính thường gặp ở nam giới cao tuổi. Vì vậy việc chẩn đoán ung thư hay lành tính giúp bác sĩ lâm sàng có hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Để có chẩn đoán xác định thì bác sĩ cần phải có bằng chứng giải phẫu bệnh, tức là cần phải sinh thiết TTL cho bệnh nhân. Hiện nay có 2 kỹ thuật sinh thiết TTL ngẫu nhiên là sinh thiết qua ngã trực tràng và sinh thiết qua ngã tầng sinh môn. Quy trình này đề cập đến sinh thiết TTL ngẫu nhiên qua ngã trực tràng dưới siêu âm. Kỹ thuật sinh thiết nhắm trúng đích sang thương nghi ngờ của TTL được đề cập trong quy trình khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thăm khám trực tràng ghi nhận có nhân cứng trong TTL nghi ung thư.
- Hình ảnh học mpMRI TTL ghi nhận sang thương trong TTL có độ PIRADS ≥ 3 .
- Total PSA ≥ 10 ng/mL
- Total PSA từ 4-10 ng/mL thì có thể sử dụng chỉ số freePSA/total PSA $< 20\%$ hoặc sử dụng chỉ số PHI $\geq 28.6\%$ để chỉ định sinh thiết.
- Lâm sàng nghi ngờ ung thư TTL như có phát hiện ổ di căn hạch, xương nghi nguồn từ TTL.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không đồng ý làm thủ thuật.
- Viêm tiền liệt tuyến cấp tính.
- BN bị nhiễm khuẩn nặng.
- BN bị rối loạn đông máu hay đang uống thuốc chống đông.
- BN có các bệnh nội khoa nặng chưa điều trị ổn.
- BN mới phẫu thuật hậu môn trực tràng, viêm, hẹp hậu môn.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa được đào tạo về kỹ thuật này.
- Bác sĩ và kỹ thuật viên gây mê.
- Điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ và vật tư y tế

- Máy siêu âm
- Đầu dò siêu âm ngã trực tràng.
- Súng sinh thiết Magnum.
- Kim sinh thiết Bard magnum 18Fr, dài 20cm, chiều dài mẫu sinh thiết có thể chọn 1.6 cm hoặc 2.2cm.
- Bao cao su vô khuẩn 2 cái/ cas.
- Gel siêu âm.

- Lọ đựng mẫu mô được đánh số từ 1 đến 12.
- Dung dịch betadine 10%, bơm tiêm 10ml, găng tay phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ can thiệp vô trùng: kẹp Kelly, 1 bát kim loại.
- Băng, gạc, băng dính phẫu thuật.

2.2. Người bệnh

- BN được chỉ định sinh thiết từ bác sĩ tiết niệu, có thể từ phòng khám hoặc từ khoa phòng.
- BN sẽ được khám tổng thể toàn thân để phát hiện các yếu tố nguy cơ cao khi thủ thuật như bệnh tim mạch, hen phế quản, tiền sử dị ứng... Nếu cần thiết, người bệnh sẽ được cho khám bác sĩ nội khoa trước sinh thiết.
- BN được tư vấn giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sinh thiết: sự cần thiết, các biến chứng, rủi ro trong và sau quá trình thủ thuật.
- BN được thực hiện rửa sạch trực tràng và dùng thuốc kháng sinh dự phòng trước khi làm sinh thiết ít nhất 30 phút theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng của bệnh viện.

2.3. Hồ sơ

- Hoàn thành đầy đủ bệnh án, các xét nghiệm cơ bản cho sinh thiết TTL, bản cam kết thực hiện sinh thiết từ BN và người nhà, chữ ký của phẫu thuật viên.

V CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

- BN được tê tại chỗ bằng lidocain.

2. Kỹ thuật thực hiện

- BN được cho thở oxy canula # 3lít/phút, được theo dõi liên tục mạch và huyết áp qua máy monitor.
- BN nằm nghiêng bên phải, đầu gối co sát vào bụng.
- Sát khuẩn hậu môn và vùng da xung quanh. Trải sẵn vô trùng có lỗ để che chắn vùng thủ thuật.
- Đưa đầu dò qua hậu môn, điều chỉnh vị trí đầu dò để thấy được rõ nhất TTL.
- Tiến hành đâm kim gây tê tại vùng đỉnh của TTL bằng lidocain 2% (3 ống). Trong thời gian chờ thuốc tê tác dụng, đo kích thước TTL.
- Dưới hướng dẫn siêu âm, tiến hành sinh thiết TTL 12 mẫu.
- Trong quá trình sinh thiết theo dõi tổng trạng BN, máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Ngay sau sinh thiết, khép 2 chân BN bắt chéo nhau. Kiểm tra niệu đạo có chảy máu không? Cho BN ra nằm phòng chờ, theo dõi trong 20 phút trước khi cho về nhà hoặc về lại khoa.

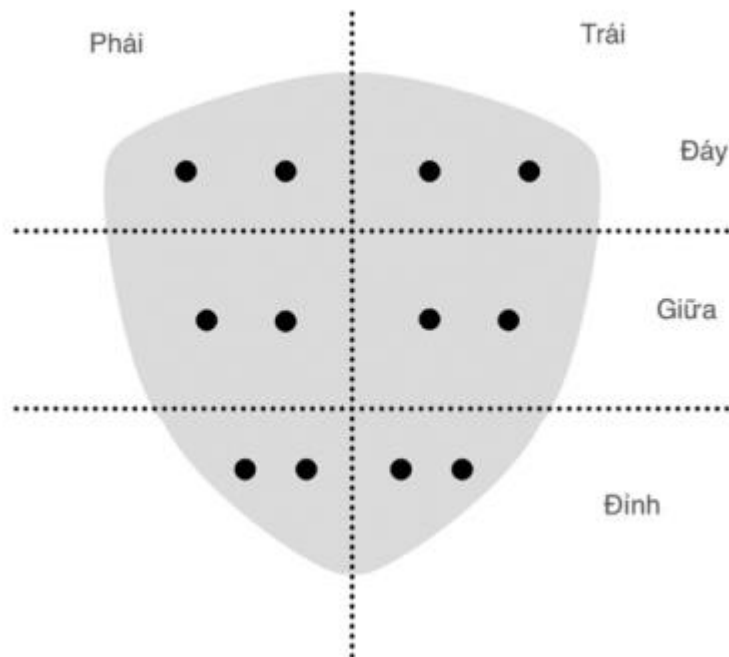
Hình 1: Các dụng cụ cần cho sinh thiết TTLL



Hình 2 : tư thế bệnh nhân lúc sinh thiết



Hình 3 :sơ đồ đâm kim 12 mẫu



VI. THEO DÕI

1 Ngay sau sinh thiết

- Sau sinh thiết bệnh nhân được theo dõi sát sinh hiệu trong 20 phút. Nếu ổn định, bệnh nhân được cho về nhà hoặc về lại khoa.

- Theo dõi biến chứng: tiểu máu đỏ tươi nhiều, bí tiểu, chóng mặt, tăng huyết áp, sốt...

2 Sau khi về nhà (hoặc về khoa)

- Tiếp tục dặn bệnh nhân và người nhà theo dõi tiếp các biến chứng: tiểu máu đỏ tươi, bí tiểu, sốt cao...

3 Xử trí tai biến

- Chảy máu: Để tránh các biến chứng chảy máu nặng, cần khảo sát các xét nghiệm đông máu và tiền căn dùng thuốc kháng đông và thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước sinh thiết. Tiểu máu màu hồng nhạt, tự hết sau 1-2 ngày. Một số trường hợp, bệnh nhân có thể tiểu máu hồng nhạt đến 1 tuần sau sinh thiết. Nếu tiểu máu đỏ tươi, lượng nhiều thì bệnh nhân cần được cho nhập viện (nếu ngoại trú) và xử lý theo phác đồ điều trị tiểu máu.

- Xuất tinh máu: Tỷ lệ này theo y văn khoảng 30% và có thể kéo dài đến 1 tháng.

- Nhiễm khuẩn: Bệnh nhân có biểu hiện sốt cao, lạnh run hoặc ớn lạnh tùy mức độ nhiễm trùng. Thêm triệu chứng liên quan như tiểu gắt buốt, tiểu đục sau sinh thiết. Ngoài ra

một số ít bệnh nhân có thể bị biến chứng viêm TTL, áp xe TTL, viêm tinh hoàn. Những trường hợp này cần cho bệnh nhân nhập viện gấp và xử lý theo phác đồ điều trị nhiễm khuẩn niệu.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 5731/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Hội Tiết Niệu - Thận Học Việt Nam (2014), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt”, Nhà xuất bản y học.
3. Hội tiết niệu - Thận học Việt Nam (2014), “Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt”, Nhà xuất bản y học.
4. N. Mottet, R.C.N. van den Bergh, E. Briers (2020), “Prostate cancer”, EAU guidelines.

TRƯỜNG KHOA