

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG SIÊU ÂM HỘI TỤ CƯỜNG ĐỘ CAO (HIFU) TRÊN BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ TRUNG BÌNH-CAO

Nguyễn Hoàng Đức* Phó Minh Tín* Lê Phúc Liên*

Tóm tắt

Mục đích: Đánh giá hiệu quả bước đầu điều trị ung thư tuyến tiền liệt (TTL) trên bệnh nhân có nguy cơ trung bình-cao bằng siêu âm hội tụ cường độ cao (HIFU).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, thí điểm, không nhóm chứng với 33 bệnh nhân ung thư TTL có nguy cơ trung bình đến cao (theo phân loại D'Amico) điều trị bằng HIFU (Sonablate, Focus Surgery) tại Bệnh viện Đại học Y Dược từ tháng 4/2010 đến tháng 2/2012. Sau điều trị, bệnh nhân được theo dõi PSA máu và sinh thiết TTL ở các thời điểm 6 và 12 tháng. Thống kê mô tả với SPSS 12.0

Kết quả: Tuổi trung bình $70 \pm 1,6$ (thay đổi từ 47 đến 86 tuổi). PSA trung bình trước điều trị $40,9 \text{ ng/mL} \pm 40,2$ (thay đổi từ 2,3 đến 197 ng/mL). Bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao chiếm 84,8% ($n = 28$) và nhóm nguy cơ trung bình là 15,2% ($n = 5$). Thời gian trung bình thực hiện HIFU là $149 \text{ phút} \pm 44$ (thay đổi từ 70 – 240 phút). Thời gian nằm viện trung bình sau HIFU là $26 \text{ giờ} \pm 11$ (thay đổi từ 8 – 48 giờ). Ở thời điểm 6 tháng sau HIFU, tỉ lệ tái phát về mặt sinh hóa là 25% và tỉ lệ thất bại điều trị là 19,3%. Ở thời điểm 12 tháng sau HIFU, tỉ lệ tái phát về mặt sinh hóa là 42,8% và tỉ lệ thất bại điều trị là 58,8%. Tỉ lệ bệnh nhân hẹp niệu đạo sau phẫu nong định kỳ là 27,2%, tiểu không kiểm soát là 6% và rò bàng quang-trực tràng là 3%.

Kết luận: Để đánh giá vai trò chính xác của HIFU đối với bệnh nhân ung thư TTL nhóm nguy cơ trung bình – cao, cần có những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân nhiều hơn và theo dõi lâu dài hơn.

Summary

SHORT-TERM OUTCOMES OF PATIENTS WITH INTERMEDIATE AND HIGH RISK PROSTATE CANCER TREATED WITH HIGH-INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU)

Objective: To assess short-term outcomes of patients with intermediate and high risk prostate cancer treated with HIFU.

Material and methods: From April 2010 to February 2012, 33 men with intermediate to high risk prostate cancer (D'Amico classification) were treated with HIFU (Sonablate, Focus Surgery) at the University Medical Centre of Ho Chi Minh City. Outcome data (biochemical failure and positive prostate biopsy) at 6 and 12 months were evaluated.

Results: Mean age of patients was 70 ± 1.6 years (range, 47 to 86). Mean PSA level was $40.9 \pm 40.2 \text{ ng/mL}$ (range, 2.3 to 197). Intermediate- and high-risk subgroups represented 15.2% and 84.8% of patients, respectively. Mean operation duration was 149 ± 44 minutes (range, 70 to 240). Mean post-HIFU hospital stay was 26 ± 11 hours (range, 8 to 48). Biochemical failure rates at 6 and 12 months were 25% and 42.8%, respectively. Positive

biopsies were noted in 19.3% at 6 months and 58.8% at 12 months. Complications included urethral stricture (27.2%), urinary incontinence (6%) and vesicorectal fistula (3%).

Conclusion: High-intensity focused ultrasound therapy appears to be minimally invasive for patients with intermediate to high risk prostate cancer. Further long-term studies with large sample sizes are needed to evaluate its efficacy in this population.

Đặt vấn đề

Theo thống kê của tổ chức quốc tế về nghiên cứu ung thư năm 2002, ung thư tuyến tiền liệt (TTL) là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ năm trên thế giới. Ở nam giới, tần suất ung thư TTL đứng thứ hai.⁽¹⁾ Quyết định phương pháp điều trị ung thư TTL phức tạp, phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó quan trọng nhất là giai đoạn của ung thư, trị số PSA và mức độ ác tính của tế bào ung thư. Ở thời điểm phát hiện bệnh, khoảng 40% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình đến cao theo phân loại D'Amico.^(2,3) Theo Hướng dẫn lâm sàng của Hội Nội Khoa Châu Âu,⁽³⁾ các bệnh nhân giai đoạn này có thể điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt hoặc xạ trị (với kỹ thuật không gian 3 chiều hoặc kỹ thuật điều biến liều). Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt có những biến chứng nặng nề như: tử vong ($\leq 2,1\%$), thủng trực tràng ($\leq 5,4\%$), tiểu không kiểm soát hoàn toàn ($\leq 15,4\%$).⁽⁴⁾ Ngoài ra, tỉ lệ bệnh phẩm với bờ ngoài chưa hết tế bào ung thư có thể từ 16,6% (đối với giai đoạn T2) đến 42,6% (đối với giai đoạn T3).⁽⁵⁾ Hiện nay tại Việt Nam, chỉ một số ít trung tâm xạ trị đáp ứng được nhu cầu về trang thiết bị và kỹ thuật xạ cho bệnh nhân ung thư TTL giai đoạn này.

Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả điều trị ung thư TTL ở những bệnh nhân có nguy cơ trung bình – cao (theo phân loại D'Amico) bằng siêu âm hội tụ cường độ cao (HIFU) tại Bệnh viện Đại học Y Dược.

Phương pháp nghiên cứu

Từ tháng 4/2010 đến tháng 2/2012, được sự đồng ý của Hội đồng Khoa học Kỹ thuật Bệnh viện Đại học Y Dược, chúng tôi đã điều trị cho 33 bệnh nhân ung thư TTL thuộc nhóm nguy cơ trung bình – cao bằng HIFU. Đây là nghiên cứu tiền cứu, thí điểm (pilot study), không nhóm chứng.

*Đơn vị HIFU – Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Quy trình chẩn đoán và điều trị

Đánh giá giai đoạn của ung thư theo TNM (dựa trên chụp cộng hưởng từ vùng chậu và xạ hình xương), PSA và tổng điểm Gleason (dựa trên sinh thiết tuyến tiền liệt 6 – 10 mẫu qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn của siêu âm)

Tư vấn cho bệnh nhân lựa chọn giữa cắt tuyến tiền liệt tận gốc, xạ trị ngoài hoặc HIFU. Chỉ đưa vào nhóm nghiên cứu những bệnh nhân chấp nhận điều trị bằng HIFU thuộc nhóm nguy cơ trung bình – cao (theo phân loại D’Amico):

- Nguy cơ trung bình (PSA từ 10 – 20 ng/mL và/hoặc T2b/N0/M0 và/hoặc tổng điểm Gleason = 7)
- Nguy cơ cao (PSA >20 ng/mL và/hoặc T2c-T3/N0/M0 và/hoặc tổng điểm Gleason 8 – 10)

Các xét nghiệm thường qui của phẫu thuật

Bệnh nhân được gây mê, tư thế sản phụ khoa

Cắt TTL nội soi niệu đạo (với điện lưỡng cực) nếu thể tích TTL trên 40mL (đánh giá qua kích thước 3 chiều của TTL trên hình chụp cộng hưởng từ vùng chậu).

Mở thông bàng quang trên xương mu bằng trocar

Thực hiện đốt toàn bộ TTL với máy Sonablast 500 (thiết bị HIFU qua trực tràng). Đối với những trường hợp có cắt TTL nội soi niệu đạo, chỉ tiến hành HIFU ngay nếu trong bàng quang và hốc của TTL không có nhiều máu cục làm ảnh hưởng đến hình ảnh của TTL khi đốt HIFU.

Đặt thông niệu đạo lưu (Foley loại silicone, 20 Fr) trong 2 tuần

Sau khi rút thông niệu đạo, nếu bệnh nhân tiểu thông sẽ rút thông mở bàng quang

Quy trình theo dõi sau HIFU

- Đánh giá PSA sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 12 tháng sau điều trị
- Sinh thiết TTL kiểm tra (dưới hướng dẫn siêu âm, qua đáy chậu, 6 mẫu) 6 tháng và 12 tháng sau điều trị

Các tiêu chuẩn đánh giá ở thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau HIFU

- Tỷ lệ điều trị thất bại (bệnh nhân còn mô ung thư khi sinh thiết sau HIFU)
- Tỷ lệ tái phát về mặt sinh hóa (được định nghĩa theo tiêu chuẩn Stuttgart khi PSA tăng thêm 1,2 ng/mL so với PSA nadir)
- Tỷ lệ các tai biến và biến chứng liên quan đến HIFU.

Thống kê y học với phần mềm SPSS 12.0

Kết quả

1. Đặc điểm của bệnh nhân trước HIFU

Trong 22 tháng có 33 bệnh nhân điều trị HIFU tại Bệnh viện Đại học Y Dược phù hợp với tiêu chuẩn đưa vào nhóm nghiên cứu.

- Tuổi trung bình của bệnh nhân $70 \pm 1,6$ (thay đổi từ 47 đến 86) tuổi.
- PSA trung bình trước điều trị $40,9 \pm 40,2$ ng/mL (thay đổi từ 2,3 đến 197 ng/mL).
- Bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao chiếm 84,8% (n = 28) và nhóm nguy cơ trung bình là 15,2% (n = 5)
- Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn T2a là 9%; T2b-2c là 72%; T3a-3b là 19%
- 100% bệnh nhân chưa có dấu hiệu di căn hạch (trên MRI chậu) và 100% chưa di căn xương (qua xạ hình xương).

2. Đặc điểm liên quan đến thủ thuật HIFU

Có hai trường hợp phải làm HIFU lần 2; 31 trường hợp chỉ thực hiện HIFU một lần

- Trung bình thời gian đốt HIFU là 149 ± 44 phút (thay đổi từ 70 – 240 phút).
- 51,5% số trường hợp (n = 17) có cắt TTL nội soi niệu đạo do thể tích TTL trên 40mL. Các trường hợp này đều có thể tiến hành đốt HIFU ngay sau cắt vì trong bàng quang và hốc của TTL không có máu cục nên không ảnh hưởng đến kỹ thuật định vị hình ảnh của TTL khi đốt HIFU.
- 100% trường hợp đều mở thông bàng quang trên xương mu với trocar
- Trung bình thời gian nằm viện sau HIFU là 26 ± 11 giờ (thay đổi từ 8 – 48 giờ)
- 9,1% (n = 3) bệnh nhân xuất viện ngay trong ngày;
- 75,8% (n = 25) nằm viện qua 1 đêm
- 15,1% (n = 5) bệnh nhân phải nằm viện qua 2 đêm

3. Diễn tiến của bệnh nhân sau HIFU

Chúng tôi không theo dõi được 2 trường hợp sau HIFU: 1 trường hợp do tiểu không kiểm soát hoàn toàn; 1 trường hợp do bệnh nhân đi định cư tại nước ngoài.

Thời gian trung bình để đạt được mức PSA thấp nhất (PSA nadir) là $4,1 \pm 2,6$ tháng (thay đổi từ 1 đến 9 tháng). PSA nadir trung bình là $2,54 \pm 3,8$ ng/mL (thay đổi từ 0,003 – 11,94 ng/mL).

Tỷ lệ bệnh nhân đạt được PSA nadir ở mức 0 – 0,5 ng/mL là 59,4% (n = 19).

Bảng 1 – Đặc điểm của các bệnh nhân còn tế bào ung thư sau điều trị

| Bệnh nhân | Đặc điểm trước HIFU | Sinh thiết sau 6 tháng | Xử trí | Sinh thiết sau 12 tháng | Xử trí |
|-----------|---|--|---|---|------------------|
| 1 | 57 tuổi; PSA 28 ng/mL; Gleason (4+5); T3b | 1 mẫu (+)/ 6, Gleason (3+3), thùy trái | Bỏ điều trị do lao phổi | | |
| 2 | 80 tuổi; PSA 12 ng/mL; Gleason (4+5); T2b | 1 mẫu (+) / 12, Gleason (4+3), thùy trái | Cyproterone acetat / Tiêu không kiểm soát | | |
| 3 | 82 tuổi; PSA 39,2 ng/mL; Gleason (4+5); T2b | 3 mẫu (+)/6, Gleason (5+4), thùy phải | Điều trị hormon / suy thận | | |
| 4 | 86 tuổi; PSA 15,8 ng/mL; Gleason (3+2); T2c | 1 mẫu (+)/10, Gleason (3+3), thùy trái | Cyproterone acetat | | |
| 5 | 71 tuổi; PSA 68,5 ng/mL; T2c | 4 mẫu (+)/10, Gleason (4+3), thùy phải | HIFU lần 2 | Chưa đến thời điểm tái khám | |
| 6 | 74 tuổi; PSA 24,7 ng/ml; Gleason (4+3), T2b | 2 mẫu (+) / 6, Gleason (3+4), túi tinh | HIFU lần 2 | 3 mẫu (+) / 6, Gleason (5+4), thùy trái | Xạ trị |
| 7 | 54 tuổi; PSA 81 ng/ml; Gleason (5+4), T2b | Tăng sinh lành tính | | 1 mẫu (+)/10 mẫu, Gleason (3+3), thùy phải | HIFU lần 2 |
| 8 | 66 tuổi; PSA 13 ng/ml; Gleason (5+4), T2b | Mô cơ trơn thâm nhập tế bào viêm | | 3 mẫu (+) / 6 mẫu, Gleason (4+3), thùy phải | Xạ trị |
| 9 | 71 tuổi; PSA 74,2 ng/ml; Gleason (3+2), T2c | Hoại tử đông thâm nhập lymphô bào | | 100% mẫu (+), Gleason (5+4) | Điều trị Hormone |
| 10 | 70 tuổi; PSA 12 ng/mL; Gleason (5+4); T2c | Mô cơ trơn thâm nhập tế bào viêm | | 3 mẫu (+) / 6 mẫu, Gleason (5+4), hai thùy | HIFU lần 2 |

Tỉ lệ đạt PSA nadir $\leq 0,5$ ng/mL là 37% (n = 10) ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Tỉ lệ này ở nhóm bệnh nhân nguy cơ trung bình là 40% (n = 2). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Đánh giá 6 tháng sau sử dụng HIFU

- 31 bệnh nhân tái khám với trung bình PSA là $8,55 \pm 16,5$ ng/mL (thay đổi từ 0,003 – 84 ng/mL). PSA trung bình ở nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao khác nhau không có ý nghĩa thống kê (P = 0,11)
- Tỉ lệ tái phát về mặt sinh hóa là 25%. Tỉ lệ này ở nhóm nguy cơ trung bình là 0% và ở nhóm nguy cơ cao là 29,4% (P < 0,001)
- 30 bệnh nhân đồng ý làm sinh thiết kiểm tra. Tỉ lệ điều trị thất bại 19,3% (6 trường hợp còn mô ung thư khi sinh thiết TTL). Tỉ lệ này ở nhóm nguy cơ trung bình là 20% và ở nhóm nguy cơ cao là 21,4% (P = 0,56)

Đánh giá 12 tháng sau HIFU

- 11 bệnh nhân tái khám với PSA trung bình là $21,3 \pm 29,3$ ng/mL (thay đổi từ 0,19 – 100 ng/mL). PSA trung bình ở nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao khác nhau không có ý nghĩa thống kê (P = 0,42)
- 11 bệnh nhân đồng ý làm sinh thiết TTL kiểm tra; trong đó 5 trường hợp còn tế bào ung thư.
- Tỉ lệ tái phát về mặt sinh hóa là 42,8%. Tỉ lệ này ở nhóm nguy cơ cao là 47,8% và ở nhóm

nguy cơ trung bình là 20%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P<0,001)

- Tỉ lệ điều trị thất bại 58,8% (thêm 5 trường hợp vẫn còn mô ung thư khi sinh thiết TTL). Nhóm bệnh nhân nguy cơ cao có tỉ lệ thất bại 63,6% khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ thất bại 50% ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ trung bình (P = 0.36)

Bảng 1 trình bày đặc điểm của 10 trường hợp còn mô ung thư khi sinh thiết TTL

4. Các tai biến và biến chứng sau HIFU

Tỉ lệ bệnh nhân hẹp niệu đạo sau phải nong định kỳ là 27,2% (n = 9).

Hai bệnh nhân (6%) tiểu không kiểm soát hoàn toàn trong đó một trường hợp được phẫu thuật đặt băng nâng niệu đạo; trường hợp còn lại bỏ điều trị.

Một bệnh nhân (3%) rò bàng quang-trực tràng: đường rò tự lành sau 2 tháng chuyên lưu nước tiểu, không cần can thiệp ngoại khoa và rò.

Sau rút thông niệu đạo: 12,2% (n = 4) bệnh nhân bí tiểu phải đặt lại thông; 12,2% (n = 4) bệnh nhân tiểu thông suốt và 75,8% tiểu khó (n = 25).

Viêm mào tinh-tinh hoàn gặp ở 21,2% (n = 7) bệnh nhân sau rút thông niệu đạo.

Bàn luận

1. Lựa chọn bệnh nhân điều trị HIFU

Theo Kyle,⁽⁵⁾ các nghiên cứu hiện nay sử dụng HIFU cho bệnh nhân ung thư TTL còn khu trú tại

chỗ nhưng không phù hợp để tiến hành phẫu thuật cắt TTL tận gốc (tuổi trên 70 tuổi, ước lượng tuổi thọ còn lại dưới 10 năm) hoặc cho những bệnh nhân từ chối thực hiện phẫu thuật cắt TTL tận gốc. Đa số tác giả lựa chọn bệnh nhân ung thư giai đoạn T1-T2, PSA < 20 ng/mL và tổng điểm Gleason ≤ 6.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: 91% số bệnh nhân ở giai đoạn T2b–T3b; 58% có điểm Gleason ≥ 7; 49% có tỉ lệ mẫu sinh thiết dương tính chiếm trên 50% tổng số mẫu và 64% có PSA ≥ 20ng/mL. Với đặc điểm này, lựa chọn điều trị hợp lý nhất là xạ trị ngoài. Tuy nhiên do bệnh nhân không có điều kiện hoặc không đồng ý xạ trị nên chúng tôi đã áp dụng HIFU, là một biện pháp “điều trị ít xâm lấn”, cho nhóm bệnh nhân này.

2. Các vấn đề kỹ thuật trong áp dụng HIFU điều trị ung thư TTL

Về mặt kỹ thuật, chống chỉ định tuyệt đối của HIFU là khi bệnh nhân có các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng. Chống chỉ định tương đối là khi thể tích TTL trên 40 ml. Để giảm khối lượng TTL, có thể tiến hành phẫu thuật cắt TTL nội soi niệu đạo (TURP) ngay trước khi thực hiện HIFU hoặc sử dụng một đợt điều trị hormone trước HIFU để giảm bớt khối lượng TTL.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 51,5% trường hợp có TURP ngay trước HIFU. Chúng tôi nhận thấy TURP trước HIFU còn giúp lấy đi sỏi TTL, là yếu tố đáng kể làm giảm sự dẫn truyền sóng siêu âm trong quá trình đốt HIFU của TTL. TURP trước HIFU còn làm giảm tình trạng tắc niệu đạo do mô hoại tử của TTL sau HIFU. Theo Poissonnier⁽⁷⁾ ở nhóm bệnh nhân HIFU không TURP, tỉ lệ tắc niệu đạo là 31% so với 6% ở nhóm bệnh nhân TURP kết hợp HIFU. Tương tự, Chaussy và Thuroff⁽⁸⁾ nhận thấy TURP trước HIFU làm giảm thời gian bệnh nhân phải đặt thông niệu đạo lưu, giảm nhiễm trùng niệu, giảm tỉ lệ tiểu không kiểm soát và cải thiện nhanh IPSS sau HIFU.

Sau đốt HIFU, 69,7% số bệnh nhân được mở thông bàng quang. Các trường hợp còn lại chỉ đặt thông niệu đạo lưu do bệnh nhân từ chối mở thông bàng quang. Chúng tôi chủ trương mở thông bàng quang là do ngay sau HIFU, TTL có thể tăng khối lượng lên 30% vì chấn thương nhiệt cấp tính.⁽⁸⁾ Ngoài ra hiện tượng bong tróc mô hoại tử kéo dài sau HIFU sẽ gây kích thích đường tiểu, tắc nghẽn và tăng nguy cơ nhiễm trùng niệu.⁽⁸⁾

3. Hiệu quả điều trị ung thư TTL nhóm nguy cơ trung bình - cao với HIFU

Cho đến nay, y văn thế giới công bố gần 150

nghiên cứu về hiệu quả điều trị ung thư TTL với HIFU. Năm 1995, Madersbacher⁽⁹⁾ là tác giả đầu tiên dùng HIFU đốt TTL của 29 bệnh nhân ung thư TTL ngay trước khi tiến hành cắt TTL tận gốc. Tác giả nhận thấy HIFU tạo ra một vùng hoại tử có ranh giới rất rõ ràng và không ảnh hưởng đến mô chung quanh vùng hoại tử này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình đạt được mức PSA nadir là $4,1 \pm 2,6$ tháng với PSA nadir trung bình là 2,54 ng/mL. Theo Rebillard,⁽¹⁰⁾ PSA nadir thường đạt được từ 3 đến 4 tháng sau HIFU. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh PSA nadir là yếu tố quan trọng nhất dự báo thất bại của điều trị HIFU.^(11,12) Hiện nay xác định giá trị PSA nadir “lý tưởng” sau điều trị HIFU còn chưa thống nhất. Theo Marberger,⁽¹³⁾ nếu không đạt được PSA nadir ≤ 0,5 ng/ml sau 3 – 4 tháng thì khả năng thất bại với điều trị HIFU rất cao và nên cân nhắc HIFU lần thứ hai hoặc đổi biện pháp điều trị khác cho bệnh nhân. Theo Zizzi⁽¹⁴⁾, khi sử dụng máy Ablatherm, tỉ lệ đạt PSA nadir ≤ 0,5ng/mL ở nhóm nguy cơ cao là 42%, không khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi.

Hiện nay, để đánh giá tái phát về sinh học, có nhiều tiêu chuẩn khác nhau. Chúng tôi chọn tiêu chuẩn “Stuttgart”.⁽¹¹⁾ Ở thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau HIFU, tỉ lệ tái phát về sinh học của bệnh nhân lần lượt là 25% và 42,8%. Nhóm nguy cơ cao có tỉ lệ tái phát sinh học cao hơn hẳn so với nhóm nguy cơ trung bình. Ripert⁽¹⁵⁾ theo dõi 53 bệnh nhân ung thư TTL điều trị với HIFU trong trung bình 45,4 tháng. Tái phát sinh học xảy ra ở 33 bệnh nhân (62,2%): 17 bệnh nhân nguy cơ thấp và 16 bệnh nhân nguy cơ mức độ trung bình.

Đa số các nghiên cứu về HIFU chỉ công bố kết quả sinh thiết TTL 3 tháng sau điều trị: 51 – 96% khi dùng máy Ablatherm và 64–87% khi dùng máy Sonablate.⁽¹⁰⁾ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sinh thiết âm tính sau 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 80,7% và 41,2%. Nhóm bệnh nhân nguy cơ trung bình và nguy cơ cao có tỉ lệ thất bại như nhau.

Trong y văn chưa có nghiên cứu nào so sánh hiệu quả điều trị của HIFU với các biện pháp điều trị khác. Đối với nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp – trung bình, sau cắt TTL tận gốc 10 năm, tỉ lệ không tái phát sinh học là 60 - 75%; tỉ lệ bệnh nhân sống không còn ung thư là 94 - 98%.⁽⁴⁾ Tỉ lệ này ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao lần lượt là 43 - 59% và 57 - 92%. Nếu điều trị bằng xạ trị liều cao, tỉ lệ bệnh nhân không tái phát sinh học sau 10 năm ở nhóm nguy cơ trung bình là 76%, ở nhóm nguy cơ cao là 55%.⁽⁴⁾

4. Tai biến sau điều trị HIFU

Với hệ thống Sonablate, các biến chứng thường gặp sau HIFU gồm: tiểu không kiểm soát (1 – 2%), hẹp cổ bàng quang hoặc hẹp niệu đạo (18 – 24%) và rò trực tràng (1 – 2%).⁽¹⁰⁾ Các tỉ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

Kết luận

Đối với ung thư TTL nhóm nguy cơ trung bình – cao, tỉ lệ thất bại khi điều trị bằng siêu âm hội tụ cường độ cao (HIFU) ở thời điểm 6 tháng là 19,3% và ở thời điểm 12 tháng là 58,8%. Để có một kết luận chính xác về vai trò của HIFU trong điều trị ung thư TTL cho nhóm bệnh nhân nguy cơ trung bình – cao, cần phải có những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian theo dõi lâu dài hơn và tốt nhất là có thể so sánh ngẫu nhiên với các phương tiện điều trị khác.

Tài liệu tham khảo

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. (2005). Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*;55(2):74-108.
2. Abouassaly R, Thompson IM, Platz EA. (2012). Epidemiology, etiology and prevention of prostate cancer. Chương 95, Tập 3. *Campbell-Walsh Urology 10 edition*: 2706
3. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB et al. (1998). Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA*. Sep 16;280(11):969-74
4. Heidenrich A. (2012). Guidelines on prostate cancer. *European Association of Urology*
5. Tewari A, Sooriakumaran P, Bloch DA, Seshadri-Kreaden U, Hebert AE, Wiklund P. (2012). Positive Surgical Margin and Perioperative Complication Rates of Primary Surgical Treatments for Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Retropubic, Laparoscopic, and Robotic Prostatectomy. *Eur Urol*. Feb 24. (Epub ahead of print)
6. Kyle O, Rove MD, Kathryn F et al. (2010). High-intensity Focused Ultrasound: ready for primetime. *Urol Clin N Am*; 37: 27-35
7. Poissonnier L, Chapelon JY, Rouviere O et al. (2007). Control of prostate cancer by transrectal HIFU in 227 patients. *Eur Urol*;51(2):381-387
8. Chaussy C, Thuroff S, Zimmermann R. (1999). Localized prostate cancer treated by transrectal high-intensity focused ultrasound (HIFU): outcome of 150 patients after 3 years. *J Urol*;161:331
9. Madersbacher S, Pedevilla M, Vingers L, Susani M, Marberger M. (1995). Effect of high-intensity focused ultrasound on human prostate cancer in vivo. *Cancer Res*; Aug 1;55(15):3346-51.
10. Rebillard X, Soulie M, Chartier-Kastler E. High-intensity focused ultrasound in prostate cancer: a systematic literature review of the French Association of Urology. *BJU Int* 2008; 101:1205-1213
11. Blana A, Brown SC, Chaussy C et al. (2009). High-intensity focused ultrasound for prostate cancer: comparative definitions of biochemical failure. *BJU Int*; 104:1058–62
12. Lee HM, Hong JH, Choi HY. (2006). High-intensity focused ultrasound therapy for clinically localized prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis*; 9:439-443
13. Marberger M. Energy-based ablative therapy of prostate cancer: high-intensity focused ultrasound and cryoablation. *Curr Opin Urol*;17:194-199
14. Zizzi V, Callea A, Piccinni R. (2006). High-intensity focused ultrasound (HIFU) in prostate cancer. *Eur Urol Suppl*;5:133, abstract 444
15. Thomas Ripert, Marie-Dominique Azémar, Johann Ménard. (2010). Six years' experience with high-intensity focused ultrasonography for prostate cancer: oncological outcomes using the new 'Stuttgart' definition for biochemical failure. *BJU International*; 107:1899-1905