

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG + NẠO HẠCH CHẬU 2 BÊN TRONG UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN SỚM

Phùng Thị Phương Chi¹, Nguyễn Văn Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo về kết quả bước đầu của kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt tử cung và nạo hạch chậu 2 bên ở bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** báo cáo loạt ca 26 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I được phẫu thuật nội soi cắt tử cung và nạo hạch chậu 2 bên tại BVUB TP.HCM từ 02/2016 đến 05/2017. Tất cả các bệnh nhân đều có đầy đủ thông tin cá nhân, làm xét nghiệm tiền phẫu, chẩn đoán hình ảnh, có kết quả GPB, và được tư vấn trước mổ. **Kết quả:** thời gian phẫu thuật trung bình: 152 phút; lượng máu mất trung bình: 99,5 ml; toàn bộ hạch chậu đều được nạo vét; thời gian hồi phục 2 ngày, thời gian nằm viện 7 ngày; không có phát tán tế bào ung thư trong dịch rửa ổ bụng; biến chứng sau mổ 1/26 trường hợp nhiễm trùng diện cắt âm đạo, số ca tái phát: 0; thời gian theo dõi trung bình 11 tháng. **Kết luận:** bước đầu phẫu thuật chúng tôi có nhận định: Phẫu thuật nội soi cắt tử cung và nạo hạch chậu 2 bên rất an toàn và có thể thực hiện tốt, áp dụng hiệu quả trong xếp giai đoạn và điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm. Là lựa chọn đầu tiên cho bệnh nhân giai đoạn sớm do kỹ thuật đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như giúp giảm mất máu trong mổ, hồi phục nhanh, an toàn về độ rộng phẫu thuật, với chi phí phẫu thuật chấp nhận được.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt tử cung, nạo hạch chậu 2 bên, ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm.

ABSTRACT

SURGICAL INTERVENTION CURING SUPPLEMENT + INFECTIONAL INFECTION 2 INSIDE INTERACTIVE SURFACES IN THE EARLY PHASE

Phung Thi Phuong Chi¹, Nguyen Van Tien¹

Objective: Case study of Laparoscopic hysterectomy and pelvic lymph node dissection in early endometrial cancer. **Subjects and Methods:** Case series, 26 patients with endometrial cancer FIGO I, underwent Laparoscopic Hysterectomy and Lymph Node Dissection by gynecologic oncology surgeons at HCM. City Cancer Hospital from 02/2016 to 05/2017. All patients have complete personal information, ultrasound, MRI, pathological results. **Results:** The mean operating time was 152 minutes. All the pelvic lymph nodes were removed. The mean estimated intraoperative blood loss was 99,5 ml. Complication was infection of the vaginal cuff (1/26 cases), the mean time of hospital stay was 7 days. **Conclusion:** Laparoscopic Hysterectomy and Lymph Node Dissection is a safe, feasible and effective procedure in treatment early endometrial cancer. This is the good technique in surgery for cancer patients due to the little blood loss, hospital stay, faster recovery, cosmetic result, enough dimensions and reasonable cost.

Key words: Laparoscopic radical hysterectomy, pelvic lymph node dissection, early endometrial cancer.

1. Bệnh viện Ung Bướu
Tp Hồ Chí Minh

- Ngày nhận bài (Received): 03/7 /2017; Ngày phản biện (Revised): 16/7/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 28/8/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Phùng Thị Phương Chi
- Email: baacsichi@yahoo.com; ĐT: 0918.406.786

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nội mạc tử cung là 1 trong 4 loại ung thư thường gặp ở phụ nữ: ung thư cổ tử cung, vú, buồng trứng, nội mạc tử cung.

Hiện nay, theo các hướng dẫn khuyến cáo điều trị, điều trị đầu tiên đối với ung thư nội mạc tử cung là phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi áp dụng cho ung thư nội mạc tử cung để giảm sự sang chấn và tai biến của phẫu thuật. Childers và cs là những người có báo cáo đầu tiên về 2 ca cắt tử cung nội soi + hỗ trợ ngả âm đạo trong điều trị ung thư nội mạc tử cung vào năm 1992 [2].

Trong 2 thập niên qua, số lượng ca ung thư nội mạc tử cung được phẫu thuật nội soi tăng nhanh đáng kể. Năm 2008, ở Mỹ chỉ có khoảng 14% ca phẫu thuật cắt tử cung được thực hiện bằng nội soi, chỉ 10 năm sau đó đã có nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi cắt tử cung bằng Robot đã được thực hiện và chấp nhận rộng rãi [1], [5], [6].

Gần đây người ta đề cập đến phẫu thuật nội soi một đường mổ, sử dụng đường rạch 2 cm ở rốn qua một trocar chuyên biệt, kỹ thuật này giúp làm giảm tỷ lệ thoát vị, giảm đau và cải thiện đáng kể hơn nữa về tính thẩm mỹ. Fader and Escobar là những tác giả đầu tiên, đến năm 2012, Fagotti và cs thực hiện một nghiên cứu đa trung tâm về kỹ thuật này, kết quả cho thấy hiệu quả tương tự như phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên thời gian phẫu thuật khá dài và đòi hỏi tay nghề phẫu thuật viên rất cao [4].

Mục tiêu: Báo cáo về kết quả bước đầu của kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt tử cung và nạo hạch chậu 2 bên ở bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

n	Tuổi trung bình	Giai đoạn				Số con	BMI	Kích thước TC lớn	Vết mổ cũ	GPB				
		IA	IB	II	IIIC					Dạng NMTC	Loại khác	Grad 1	Grad 2	Grad 3
26	56	81%	10%	5%	5%	2	22,5	53%	23%	95%	5%	67%	24%	9%

đều có kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma từ sinh thiết nội mạc tử cung trước mổ, loại trừ những trường hợp giải phẫu bệnh là sarcoma.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo loạt ca ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I được phẫu thuật nội soi cắt tử cung + nạo hạch chậu 2 bên từ tháng 02/2016-5/2017.

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

- Được xếp giai đoạn theo tiêu chuẩn xếp giai đoạn lâm sàng của FIGO 2010 là GĐ I
- Được làm xét nghiệm tiền phẫu trước mổ
- Khám tiền mê để loại trừ các bệnh lý nội khoa gây chống chỉ định phẫu thuật nội soi
- Không có: vết mổ cũ phức tạp, tử cung > 10 cm, âm đạo teo hẹp
- Được tư vấn về các lợi ích và nguy cơ của phương pháp phẫu thuật nội soi
- Tư vấn về khả năng chuyển mổ mở nếu không thuận lợi.

- Các ca phẫu thuật nội soi đều do cùng 1 ê kíp mổ thực hiện. Các kết quả thu được đều được ghi chép cẩn thận trong hồ sơ bệnh án.

- Phẫu thuật rửa ổ bụng, cắt tử cung + 2 phần phụ + nạo hạch chậu 2 bên, cắt mạc nối lớn nếu GPB là carcinoma tế bào sáng hoặc carcinoma nhú thanh dịch.

- Nạo hạch chậu bắt đầu từ phần giữa của động mạch chậu chung đến tĩnh mạch chậu circumflex, từ phần giữa của cơ psoas đến bó mạch hạ vị, từ động mạch hố bịt đến thần kinh bịt

- Các biến số nghiên cứu: Tuổi, Chỉ số BMI, Khảo sát MRI trước mổ, Đặc điểm mô bệnh học, Kích thước tử cung, Số lượng hạch nạo, Tình trạng hạch di căn, Thời gian phẫu thuật, Lượng máu mất, Trường hợp phải truyền máu, Chuyển mổ mở, Biến chứng phẫu thuật, Tình trạng hậu phẫu, Điều trị bổ túc, Thời gian theo dõi, Tỷ lệ tái phát.

Bệnh viện Trung ương Huế

Trong 21 trường hợp ung thư nội mạc tử cung, đa số là giai đoạn IA chiếm 87%, có 4 trường hợp thừa cân và béo phì

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

n	Thời gian PT (ph)	Lượng máu mất (ml)	Số hạch nạo	Khâu diện cắt ÂĐ trong ổ bụng	Dẫn lưu hố chậu	Chuyển mổ mở	Biến chứng trong PT	Cell block âm tính
26	152	99,5	Lấy toàn bộ mô mỡ hạch	90%	90%	7,6%	0%	100%

Không có trường hợp nào phải truyền máu trong hoặc sau mổ

Bảng 3: Chăm sóc hậu phẫu

Ngày lưu sonde tiểu	Ngày có gas	Ngày nằm viện	Ngày xuất viện	Ngày sinh hoạt bình thường	Tháng theo dõi TB	Tái phát
3	2,2	7,2	7,6	2	11	0

Bảng 4: Biến chứng trong lúc mổ

N	Tổn thương BQ	Tổn thương NQ	Tổn thương ruột	Tổn thương mạch máu	Nhiễm trùng DC âm đạo	Điều trị sau mổ
26	0	0	0	0	0,38%	38%

Có 1 trường hợp nhiễm trùng diện cắt âm đạo được điều trị ngoại trú, có 10 trường hợp được điều trị bổ túc sau mổ

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thuận lợi

Bảng 4: So sánh kết quả phẫu thuật

NC	n	Thời gian PT (ph)	Lượng máu mất (ml)	Số hạch nạo	Thời gian nằm viện	Ngày có gas	Chuyển mổ mở
Malzoni M (2009) [7]	81	136 ± 31	50 ± 12	23,5 ± 5,8	2,1 ± 0,5		0%
Walker JL (2009) [8]	1696	204		17	3		25,8%
Cho Y-H (2007) [3]	165	154,9 (55–478)		26,2 (1–70)	9,5 (3–38)		5,3%
Chúng tôi	26	152	99,5	Lấy toàn bộ mô mỡ hạch	7,2 (2)	2,2	7,6%

Trong loạt ca phẫu thuật này, thời gian phẫu thuật nội soi cắt tử cung tận gốc + nạo hạch chậu tương đối dài so với phẫu thuật mổ bụng mở. Thời gian của ca mổ nhanh nhất là 105 phút, của ca mổ lâu nhất là 210 phút. Thời gian này cũng tương tự so với các tác giả khác đã báo cáo.

Tuy nhiên thuận lợi là phẫu thuật nội soi ít sang chấn hơn so với mổ mở, điều này dẫn đến việc lượng máu mất trong lúc phẫu thuật rất ít, trong loạt ca phẫu thuật của chúng tôi chỉ khoảng 99 ml, thậm chí có ca mất máu rất ít chỉ khoảng dưới 30 ml, không có ca nào phải truyền máu. Như vậy, lượng máu mất trong khi phẫu thuật cũng trong giới hạn tương tự với những tác giả lớn khác trên thế giới.

Có 2 trường hợp phải chuyển sang mổ mở trong lúc mổ nội soi; 1 trường hợp do dính vùng chậu ở bệnh nhân có vết mổ cũ áp xe ruột thừa, 1 trường

hợp do chảy máu hố chậu khi nạo hạch chậu.

Chúng tôi không ghi nhận số lượng hạch chậu được nạo, tuy nhiên chúng tôi đã luôn luôn nạo vét toàn bộ mô mỡ hạch chậu theo vùng giải phẫu học quy định tương tự mổ mở. Không có trường hợp nào có phát tán tế bào ung thư trong dịch rửa ổ bụng.

Thời gian bệnh nhân nằm viện và hồi phục sau phẫu thuật khá ngắn, bệnh nhân có thể sinh hoạt cá nhân và ăn uống, tiêu tiểu sau 2 ngày. Tất cả bệnh nhân đều thấy hài lòng với chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật.

4.2. Biến chứng trong và sau mổ

Bảng 5: Biến chứng trong và sau phẫu thuật

NC	Đường PT	N	Tổn thương BQ	Tổn thương NQ	Tổn thương ruột	Tổn thương mạch máu	Tổn thương khác
Malzoni M (2009) [7]	LRH	81	LH = 1,2% (1/81)			Tụ máu sau mổ LH = 1,2% (1/81)	Sốt sau mổ LH = 8,6% (7/81)
	RH	78	AH = 2,6% (2/78)			AH = 0% (0/78)	AH = 11,5% (9/78)
Walker JL (2009) [8]	LH	1696	LH = 1,2% (21/1682)	LH = 0,8% (14/1682)	LH = 2,2% (37/1682)	LH = 2,7% (45/1682)	Nhiễm trùng VM LH = 3,2% (53/1682)
	AH	920	AH = 0,8% (7/909)	AH = 0,7% (6/909)	AH = 1,8% (16/909)	AH = 2,5% (23/909)	AH = 3,6% (33/909)
Cho Y-H (2007) [3]			1,2% (2/165)	0,6% (1/165)	0,6% (1/165)	1,2% (2/165)	
Chúng tôi	LRH	26	0	0	0	0	1

Theo các báo trên thế giới thời gian gần đây, tỷ lệ biến chứng trên đường niệu, ruột do cuộc mổ là khá thấp, tương tự như mổ mở.

Trong loạt ca phẫu thuật nội soi của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng rất thấp, chỉ có 1 ca bị nhiễm trùng diện cắt âm đạo. Phân tích các nghiên cứu này cho

thấy, các biến chứng cũng thường xảy ra nhiều nhất ở bàng quang, trực tràng, tỷ lệ các biến chứng xảy ra tương đương với tỷ lệ biến chứng ở nhóm bệnh nhân được mổ mở.

Khi tổn thương các mạch máu lớn, các tác giả đều khuyến cáo phải chuyển sang mổ bụng mở để

sửa chữa tổn thương.

Trong loạt ca phẫu thuật nội soi của chúng tôi, chỉ có trường hợp nhiễm trùng diện cắt âm đạo, được điều trị ngoại trú sau 7 ngày bệnh ổn định.

Thời gian theo dõi trung bình còn ngắn, chỉ 11 tháng; chưa phát hiện có ca nào tái phát.

V. KẾT LUẬN

Qua loạt 26 ca phẫu thuật nội soi, bước đầu chúng tôi có nhận định: Phẫu thuật nội soi cắt tử cung và nạo hạch chậu 2 bên là an toàn và có thể thực hiện tốt. Đây là một kỹ thuật điều trị hiệu quả

trong xếp giai đoạn và điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm.

Kỹ thuật nội soi có thuận lợi là giúp giảm mất máu và bệnh nhân hồi phục nhanh, an toàn về độ rộng phẫu thuật, với chi phí phẫu thuật chấp nhận được.

Để đánh giá thêm về tiên lượng và tỷ lệ tái phát, như các nghiên cứu khác trên thế giới đã báo cáo cho kết quả tốt tương tự phẫu thuật mổ mở, chúng tôi sẽ tiến hành thêm nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn, giúp đánh giá hiệu quả điều trị chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Acoby VL, Autry A, Jacobson G, Domush R, Nakagawa S, Jacoby A (2009), Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches, *Obstet. Gynecol*, 114(5), pp. 1041–1048
2. Childers JM, Surwit EA (1992), Combined laparoscopic and vaginal surgery for the management of two cases of stage I endometrial cancer, *Gynecol. Oncol*, 45(1), pp. 46–51.
3. Cho YH, Kim DY, Kim JH, Kim YT, Nam JH (2007), Laparoscopic management of early uterine cancer: 10-year experience in Asan Medical Center, *Gynecol Oncol*, 106, pp. 585–90.
4. Fagotti A, Boruta, Scambia G, Fanfani F, Paglia A, Escobar PF (2012), First 100 early endometrial cancer cases treated with laparoendoscopic single-site surgery: a multicentric retrospective study, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 206(4), 353.e1–353.e6.
5. Hoekstra AV, Jairam-Thodla A, Rademaker A et al (2009), The impact of robotics on practice management of endometrial cancer: transitioning from traditional surgery, *Int. J. Med. Robot*, 5(4), pp.392–397.
6. Jonsdottir GM, Jorgensen S, Cohen SL et al (2011), Increasing minimally invasive hysterectomy: effect on cost and complications, *Obstet. Gynecol*, 117(5), pp. 1142–1149.
7. Malzoni M, Tinelli R, et al (2009), Total laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy with lymphadenectomy for early stage endometrial cancer: a prospective randomized study, *Gynecol Oncol*, 112, pp. 126–33.
8. Walker JL, Piedmonte MR, Spirtos NM, Eisenkop SM, Spiegel G, Mannel RS, et al (2010), Recurrence and survival after randomization to laparoscopy versus laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2, *2010 SGO 41st Annual Meeting, Abstract LBA1*