

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI PHẪU THUẬT ĐOẠN CHẬU TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TÁI PHÁT

Nguyễn Duy Thu¹, Nguyễn Văn Tiến¹, Tạ Thanh Liễu¹, Trần Đặng Ngọc Linh^{1,2}, Phan Viết Việt Bảo¹, Trần Quang Kiên¹, Nguyễn Hoàng Duy Thanh¹, Nguyễn Hồng Hạnh¹, Nguyễn Thị Ngọc Yến¹, Lênh Thanh Phong²

¹Bệnh viện Ung Bướu Thành Phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh, Việt Nam.

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh, Việt Nam.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật đoạn chậu (pelvic exenteration: PE) là một trong những loại phẫu thuật phức tạp nhất và được xem lựa chọn điều trị triệt căn sau cùng cho các bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát hoặc tồn lưu tiến triển. Dù có tỷ lệ biến chứng cao, PE đã cho thấy khả năng cải thiện tiên lượng rõ rệt. Tuy nhiên, dữ liệu đánh giá hiệu quả của phương pháp này còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam. Đề tài này nhằm đánh giá mức độ an toàn, hiệu quả và tiên lượng sống còn của phẫu thuật đoạn chậu trong điều trị ung thư cổ tử cung tái phát.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu các bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát được phẫu thuật đoạn chậu tại Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh, từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 5 năm 2025.

Kết quả: Tổng cộng có 34 bệnh nhân được PE do ung thư cổ tử cung tái phát. Trong đó, 76,47% thực hiện đoạn chậu toàn phần, 17,65% đoạn chậu trước và 5,88% đoạn chậu sau. Thời gian phẫu thuật trung vị là 195 phút, với lượng máu mất trung bình 561,76 mL. Diện cắt R0 đạt được trên 82,35% bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng sớm và muộn lần lượt là 35,29% và 55,88%; không ghi nhận tử vong sớm hậu phẫu. Hội chứng vùng chậu trống được ghi nhận ở 41,18% bệnh nhân. Trong số 28 bệnh nhân được thực hiện PE với mục tiêu điều trị triệt căn, thời gian theo dõi dao động từ 2 - 24 tháng, với tỷ lệ tái phát là 28,57% (8 trường hợp) và tỷ lệ tử vong là 39,29% (11 trường hợp). Tỷ lệ sống còn không bệnh (SCKB) thời điểm 1 năm là 55,7% (KTC 95%: 36,0 - 86,1%) và sống còn toàn bộ (SCTB) 1 năm là 55,6% (KTC 95%: 37,5 - 82,5%).

Kết luận: Phẫu thuật đoạn chậu trong điều trị ung thư cổ tử cung tái phát hoặc tiến triển tại chỗ, tại vùng là một phương pháp điều trị an toàn và khả thi với tỷ lệ các biến chứng hậu phẫu chấp nhận được. Mặc dù tỷ lệ tái phát và tử vong vẫn tồn tại, kết quả bước đầu cho thấy phương pháp này có tiềm năng cải thiện tiên lượng sống còn cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư cổ tử cung tái phát, phẫu thuật đoạn chậu, hội chứng vùng chậu trống.

ABSTRACT

PRELIMINARY OUTCOMES OF PELVIC EXENTERATION FOR RECURRENT CERVICAL CANCER

Nguyen Duy Thu¹, Nguyen Van Tien¹, Ta Thanh Lieu¹, Tran Dang Ngoc Linh^{1,2}, Phan Viet Viet Bao¹, Tran Quang Kien¹, Nguyen Hoang Duy Thanh¹, Nguyen Hong Hanh¹, Nguyen Thi Ngoc Yen¹, Lenh Thanh Phong²

Background: Recurrent cervical cancer following radiotherapy and/or chemotherapy is often associated with poor prognosis. While chemotherapy primarily serves a palliative role, pelvic exenteration (PE) is considered the definitive salvage treatment for patients with locally recurrent or persistent disease. Despite its high risk of postoperative complications,

Ngày nhận bài: 09/7/2025. Ngày chỉnh sửa: 05/8/2025. Chấp thuận đăng: 11/8/2025

Tác giả liên hệ: Nguyễn Duy Thu. Email: bsthu05@gmail.com. ĐT: 0938004282

Đánh giá kết quả bước đầu triển khai phẫu thuật đoạn chậu...

PE has been shown to significantly improve patient outcomes. However, data on its efficacy in Vietnam remains limited. This study aims to evaluate safety, efficacy and recurrence outcomes of implementing pelvic exenteration in patients with recurrent cervical cancer.

Methods: A retrospective cohort study involving patients with recurrent cervical cancer undergoing pelvic exenteration at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from October 2022 to May 2025.

Result: A total of 34 patients underwent PE for recurrent cervical cancer. Among them, 76.47% underwent total exenteration, 17.65% anterior exenteration, and 5.88% posterior exenteration. The median operative duration was 195 minutes, with a mean blood loss of 561.76 mL. R0 resection was achieved in 82.35% of cases. Early and late postoperative complications occurred in 35.29% and 55.88% of patients, respectively, with no early postoperative mortality. Empty pelvis syndrome was reported in 41.18% of the patients. In the curative intent group, the patients were followed on 2 - 24 months. The recurrence and mortality rates were 28.57% (8 cases) and 39.29% (11 cases), respectively. The 1-year DFS rate was 55.7% (95% CI: 36.0 - 86.1%), and the 1-year OS rate was 55.6% (95% CI: 37.5 - 82.5%).

Conclusion: The study's outcomes emphasize the safety and feasibility of employing PE in recurrent cervical cancer patients, with an acceptable complication rate and encouraging early outcomes. Although the recurrence rate following PE remains a concern, preliminary outcomes suggest that this procedure may offer a survival benefit in selected patients.

Keywords: Recurrent cervical cancer, pelvic exenteration, empty pelvis syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là ung thư thường gặp với tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ tử vong ở phụ nữ đứng hàng thứ 4 trên thế giới [1]. Tại Việt Nam, dù tỷ lệ mắc có xu hướng giảm [2], UTCTC vẫn là ung thư phụ khoa thường gặp thứ hai theo GLOBOCAN 2022 [1]. Ở những trường hợp tái phát hoặc tồn lưu tiến triển sau hóa xạ trị đồng thời, tiên lượng thường rất kém, và điều trị chủ yếu mang tính giảm nhẹ hoặc hóa trị nhằm kiểm soát triệu chứng và kéo dài thời gian sống còn. Trong bối cảnh đó, phẫu thuật đoạn chậu (pelvic exenteration - PE), lần đầu tiên được thực hiện bởi bác sĩ Alexander Brunschwig vào năm 1948, hiện được xem là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất có thể mang lại cơ hội sống còn dài hạn cho một nhóm bệnh nhân được chọn lọc nghiêm ngặt [3]. Các nghiên cứu quốc tế cho thấy PE có thể đạt tỷ lệ diện cắt âm (R0) cao và tỷ lệ sống còn 5 năm lên đến gần 50% ở những trường hợp phù hợp [4, 5]. Tuy nhiên, đây là một phẫu thuật lớn, phức tạp, đi kèm tỷ lệ biến chứng cao - lên đến trên 80%, trong đó có khoảng 30% là biến chứng nặng [6]. Tại Việt Nam, dù tỷ lệ bệnh nhân UTCTC tái phát hoặc kháng trị sau hóa xạ trị còn tương đối cao, nhưng dữ liệu về hiệu quả và tính khả thi của PE trong nhóm bệnh nhân này vẫn còn hạn chế. Từ năm 2022, Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh đã bắt đầu triển khai phẫu thuật đoạn chậu trong điều trị ung thư phụ khoa, chủ yếu ở bệnh nhân UTCTC.

Tuy nhiên, các dữ liệu về kết quả điều trị, đặc biệt là tiên lượng sống còn sau phẫu thuật, vẫn chưa được báo cáo đầy đủ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật, đồng thời báo cáo kết quả sống còn bước đầu ở bệnh nhân UTCTC được điều trị bằng PE. Nghiên cứu kỳ vọng sẽ cung cấp bằng chứng khoa học về tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này trong bối cảnh thực hành tại Việt Nam, đồng thời cung cấp thêm thông tin về tiên lượng của nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư cổ tử cung đã được thực hiện phẫu thuật đoạn chậu tại khoa Ngoại Phụ khoa, bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 5 năm 2025. Các bệnh nhân được phân thành hai nhóm chính:

Bệnh nhân thuộc nhóm điều trị triệt căn, bao gồm các bệnh nhân: (1) được chẩn đoán xác định là ung thư cổ tử cung, (2) tái phát tại vùng chậu hoặc tồn lưu tiến triển, (3) đã được điều trị trước đây bằng phẫu thuật/hóa trị/xạ trị, (4) đã được hội chẩn chuyên khoa, đánh giá là có khả năng phẫu thuật đoạn chậu

Nhóm điều trị triệu chứng, bao gồm các bệnh nhân có biến chứng tại vùng chậu do tiến triển của bệnh hoặc hậu quả điều trị trước (như rò tiêu hóa - tiết niệu do xạ trị, áp - xe vùng chậu), với mục tiêu

Đánh giá kết quả bước đầu triển khai phẫu thuật đoạn chậu...

điều trị chủ yếu là kiểm soát triệu chứng và chăm sóc giảm nhẹ.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: (1) xuất hiện bệnh lý ác tính khác đồng thời, (2) hồ sơ bệnh án không đầy đủ, (3) những bệnh nhân là đối tượng phẫu thuật triệt để nhưng không có khả năng đạt diện cắt R0, (4) bệnh nhân tái phát đã di căn xa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ hồi cứu

Xử lý số liệu: Dữ liệu thu thập từ bảng khảo sát được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel, sau đó phân tích bằng phần mềm R 4.2.3. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ và đồ thị. Phép kiểm Shapiro-Wilk được sử dụng để đánh giá phân phối của các biến số. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, trong khi các biến không có phân phối chuẩn được thể hiện qua trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Phép kiểm T được sử dụng để so sánh hai nhóm biến số định lượng có phân phối chuẩn, trong khi phép kiểm Mann-Whitney U được áp dụng cho các biến không có phân phối chuẩn. Phép kiểm Chi-square được sử dụng để so sánh tần suất giữa các nhóm biến định tính hoặc rời rạc, và trong trường hợp số mẫu nhỏ, Fisher's exact test sẽ được sử dụng thay thế. Phương pháp ước lượng Kaplan-Meier được sử dụng để ước lượng tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh của bệnh nhân. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được áp dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đáp ứng. Hồi quy Cox được sử dụng để phân tích mối liên hệ giữa các yếu tố và đường cong sống còn. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu và đặc điểm lâm sàng

Tổng cộng 34 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $54,41 \pm 10,41$ tuổi, với chỉ số BMI trung bình $22,31 \pm 1,94$. Về bệnh lý nền, tăng huyết áp chiếm 35,29%, tiếp theo là đái tháo đường (23,53%) và bệnh thận (23,53%). Phần lớn bệnh nhân đã từng điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời (85,29%), chỉ một tỷ lệ nhỏ điều trị đơn thuần bằng hóa trị hoặc xạ trị. Có 11,76% từng phẫu thuật phụ khoa trước đó. Về mục tiêu điều trị, đa số bệnh nhân

(82,35%) được chỉ định phẫu thuật đoạn chậu với mục tiêu triệt căn, trong khi 17,65% còn lại được chỉ định với mục tiêu giảm nhẹ để kiểm soát biến chứng tại chỗ (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số nghiên cứu	N (%)
Tuổi (trung bình $\pm$ SD)	54,41 $\pm$ 10,41
BMI (trung bình $\pm$ SD)	22,31 $\pm$ 1,94
Bệnh nền	12 (35,29)
- Tăng huyết áp	8 (23,53)
- Đái tháo đường	8 (23,53)
- Bệnh thận mãn	1 (2,94)
- Tổn thương thận cấp	1 (2,94)
Điều trị trước đó	
- Hóa trị + xạ trị	29 (85,29)
- Xạ trị đơn thuần	3 (8,83)
- Hóa trị đơn thuần	2 (5,88)
Từng phẫu thuật phụ khoa trước đó	4 (11,76)
Mục tiêu phẫu thuật	
- Điều trị triệt căn	28 (82,35)
- Điều trị triệu chứng	6 (17,65)

3.2. Đặc điểm liên quan phẫu thuật

Trong số 34 ca phẫu thuật đoạn chậu, 76,47% là đoạn chậu toàn phần, 17,65% là đoạn chậu trước và 5,88% là đoạn chậu sau. Tái lập lưu thông đường tiêu hóa chủ yếu được thực hiện bằng kỹ thuật Double Barrel (55,88%) và HMNT đại tràng (26,47%). Đối với tái lập đường tiết niệu, Double Barrel chiếm 55,88%, mở niệu quản ra da chiếm 26,47%. Chỉ có 2 bệnh nhân (5,88%) không thực hiện tái lập tiết niệu. Phẫu thuật tái tạo sàn chậu được thực hiện ở 97,06% bệnh nhân, chủ yếu bằng mạc nối lớn, bên cạnh 3 trường hợp được sử dụng phối hợp VRAM và mạc nối lớn. Lượng máu mất trung bình là $561,76 \pm 276,90$ mL, với 67,65% bệnh nhân cần truyền máu trong mổ. Thời gian nằm viện trung vị là 11 ngày (IQR: 10 - 14), và chỉ 1 bệnh nhân cần nhập ICU sau mổ (2,94%). Trong số những bệnh nhân phẫu thuật đoạn chậu với mục tiêu điều trị triệt căn, phần lớn đạt được diện cắt R0 (22/28 bệnh nhân). Không ghi nhận tử vong chu phẫu (Bảng 2).

Đánh giá kết quả bước đầu triển khai phẫu thuật đoạn chậu...

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật và các chỉ số liên quan

Đặc điểm phẫu thuật	N (%)
Loại phẫu thuật đoạn chậu	
- Đoạn chậu trước	6 (17,65)
- Đoạn chậu sau	2 (5,88)
- Đoạn chậu toàn phần	26 (76,47)
Tái lập lưu đường tiêu hóa	
- HMNT đại tràng	9 (26,47)
- Double Barrel*	19 (55,88)
- Không thực hiện	6 (17,65)
Tái lập lưu thông tiết niệu	
- Bricker	4 (11,76)
- Mở niệu quản ra da	9 (26,47)
- Double Barrel*	19 (55,88)
- Không thực hiện	2 (5,88)
Tình trạng nạo hạch	
- Nạo hạch chậu	9 (26,47)
- Nạo hạch bẹn	1 (2,94)
- Không nạo hạch	24 (70,59)
Tái tạo sàn chậu	
- Không tái tạo	1 (2,94)
- Tái tạo bằng mạc nối lớn	30 (88,24)
- VRAM + mạc nối lớn	3 (8,82)
Lượng máu mất (trung bình $\pm$ SD) (mL)	561,76 $\pm$ 276,90
Truyền máu lúc mổ Thời gian điều trị nội trú hậu phẫu [trung vị (Q1, Q3)] (ngày)	23 (67,65) 11 (10, 14)
Tỷ lệ nhập ICU hậu phẫu	1 (2,94)
Tình trạng diện cắt	
- R0	22 (64,70)
- R1	6 (17,65)
- Không đánh giá (điều trị triệu chứng)	6 (17,65)
Tử vong chu phẫu	0 (0,00)

3.3. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng sớm xảy ra ở 12 bệnh nhân (35,29%), trong đó phổ biến nhất là nhiễm trùng vết mổ (8,82%), biến chứng liên quan đến vật (8,82%) và xuất huyết nội (5,88%). Các biến chứng khác bao gồm bán tắc ruột, huyết khối tĩnh mạch sâu, hẹp lỗ mở niệu quản và loét HMNT. Biến chứng muộn được ghi nhận ở 19 bệnh nhân (55,88%), đáng chú ý là hội chứng vùng chậu trống (41,18%), thận ứ nước (26,47%) và suy thận (8,82%). Hai trường hợp bán tắc ruột muộn (5,88%) cũng được ghi nhận trong quá trình theo dõi (Bảng 3).

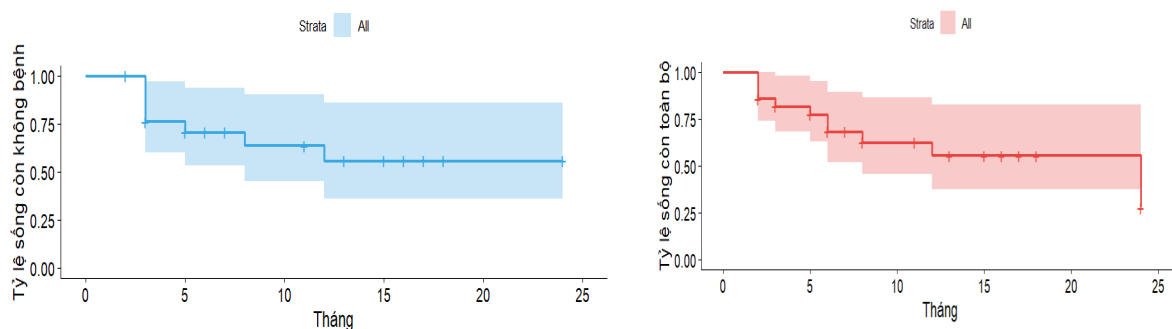
Bảng 3: Biến chứng hậu phẫu

Biến chứng hậu phẫu	N (%)
Biến chứng sớm	12 (35,29)
- Xuất hiện biến chứng sớm	12 (35,29)
+ Bán tắc ruột	1 (2,94)
+ Huyết khối tĩnh mạch chi dưới	1 (2,94)
+ Biến chứng liên quan tới vật	3 (8,82)
+ Loét HMNT	1 (2,94)
+ Hẹp lỗ mở niệu quản	1 (2,94)
+ Xuất huyết nội	2 (5,88)
+ Nhiễm trùng vết mổ	3 (8,82)
Biến chứng muộn	19 (55,88)
- Xuất hiện biến chứng muộn	19 (55,88)
+ Hội chứng vùng chậu trống	14 (41,18)
+ Tắc nghẽn đường thoát nước tiểu	12 (35,29)
+ Bán tắc ruột	2 (5,88)

3.4. Kết quả điều trị

Chúng tôi phân tích kết quả sống còn không bệnh (SCKB) và sống còn toàn bộ (SCTB) ở những bệnh nhân thực hiện đoạn chậu với mục tiêu điều trị triệt căn (n = 28). Thời gian theo dõi trung bình là 8,6 $\pm$ 6,67 (tháng dao động 2 - 24 tháng), với tỷ lệ tái phát là 28,57% (8 trường hợp) và tỷ lệ tử vong là 39,29% (11 trường hợp). Tỷ lệ SCKB thời điểm 1 năm là 55,7% (KTC 95%: 36,0 - 86,1%) và SCTB 1 năm là 55,6% (KTC 95%: 37,5 - 82,5%) (Biểu đồ 1).

Đánh giá kết quả bước đầu triển khai phẫu thuật đoạn chậu...



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống còn không bệnh và tỷ lệ sống còn toàn bộ

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật đoạn chậu là một phẫu thuật triệt căn và phức tạp nhất trong điều trị ung thư phụ khoa, thường được xem như mô thức điều trị sau cùng cho các trường hợp ung thư cổ tử cung tái phát hoặc tồn lưu tiến triển sau hóa xạ trị. Mặc dù đi kèm với tỷ lệ biến chứng đáng kể, những tiến bộ trong kỹ thuật mổ và chăm sóc chu phẫu đã giúp PE ngày càng chứng minh được giá trị điều trị triệt căn và giảm tỷ lệ biến chứng, góp phần cải thiện tiên lượng ở nhóm bệnh nhân được chọn lọc phù hợp. Trong nghiên cứu hồi cứu này, chúng tôi đánh giá tính an toàn, khả thi và kết quả sống còn ngắn hạn của phẫu thuật đoạn chậu ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát. Đây là một trong những loạt ca PE đầu tiên được thực hiện và báo cáo tại Việt Nam. Kết quả cho thấy, tỷ lệ nhập ICU sau mổ rất thấp (2,94%) và không có trường hợp tử vong chu phẫu, cho thấy tính khả thi và an toàn bước đầu của phương pháp này. Tỷ lệ đạt diện cắt R0 lên tới 78,6% ở nhóm điều trị triệt căn - một con số khả quan, tương đương với các báo cáo từ các trung tâm ung bướu có kinh nghiệm trên thế giới, tỷ lệ này dao động từ 65% đến 91% [5, 6]. Kết quả này phản ánh năng lực chuyên môn và khả năng kiểm soát phẫu thuật phức tạp của ê-kíp phẫu thuật ung thư phụ khoa, ngay cả trong các tình huống khó như u xâm lấn lan rộng hoặc mô xơ hóa sau xạ trị.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ được ghi nhận trong nghiên cứu tương đối cao, với 35,29% bệnh nhân gặp biến chứng sớm và 55,88% gặp biến chứng muộn, phù hợp với mức độ can thiệp lớn của PE và tương đồng với y văn quốc tế (40% - 80%) [7, 8]. Các biến chứng sớm phần lớn được kiểm soát hiệu quả bằng điều trị nội khoa, chăm sóc vết thương

nâng cao hoặc thủ thuật tại chỗ. Một số trường hợp khác như xuất huyết nội, bán tắc ruột hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu cũng được xử trí kịp thời mà không gây ảnh hưởng kéo dài đến hồi phục sau mổ. Trong số các biến chứng muộn, hội chứng vùng chậu trống là tình trạng thường gặp nhất, xuất hiện ở 41,18% bệnh nhân. Tỷ lệ này cao hơn mức trung bình 20 - 22% được báo cáo trong các nghiên cứu quốc tế [9], từ đó đặt ra nhu cầu thực hiện phẫu thuật tạo hình, nhằm lấp đầy vùng chậu bằng vật có cuống. Ngoài ra, 35,29% bệnh nhân gặp biến chứng tắc nghẽn đường thoát nước tiểu. Tuy nhiên phần lớn những trường hợp này gặp ở những ca đầu tiên chúng tôi thực hiện thủ thuật Double Barrel. Sau khi điều chỉnh về mặt kỹ thuật, tỷ lệ biến chứng này đã cải thiện đáng kể cho những bệnh nhân sau đó. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của đường cong học tập và cải tiến kỹ thuật trong phẫu thuật PE.

Kết quả sống còn là một trong những chỉ số then chốt phản ánh hiệu quả thực sự của phẫu thuật PE trong điều trị ung thư cổ tử cung tái phát. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ SCKB và SCTB tại thời điểm 12 tháng lần lượt là 55,7% và 55,6% ở nhóm bệnh nhân được điều trị với mục tiêu triệt căn. Đây là những kết quả đầy hứa hẹn, đặc biệt khi so sánh với tiên lượng kém ở nhóm bệnh nhân tái phát sau hóa xạ trị - vốn chỉ đạt tỷ lệ SCTB dưới 20% khi điều trị bảo tồn hoặc hóa trị đơn thuần [10, 11]. Mặc dù y văn quốc tế chủ yếu tập trung vào tỷ lệ sống còn tại các mốc 3 năm và 5 năm, kết quả bước đầu của nghiên cứu này cho thấy sự tương đồng với xu hướng chung, trong đó tỷ lệ SCKB sau PE được báo cáo dao động trong khoảng 32% đến 47% [12, 13]. Những dữ liệu này góp phần củng

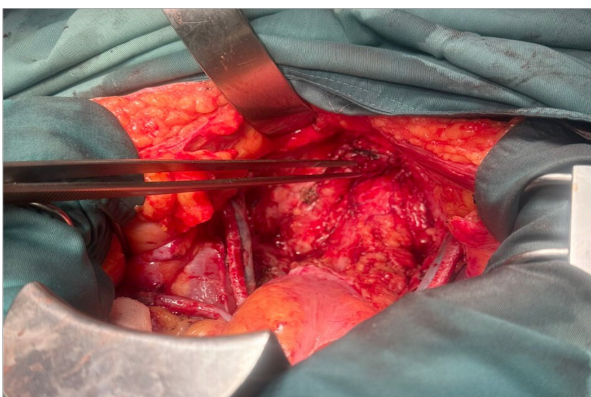
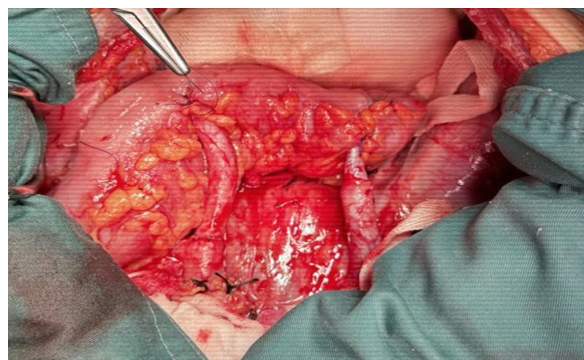
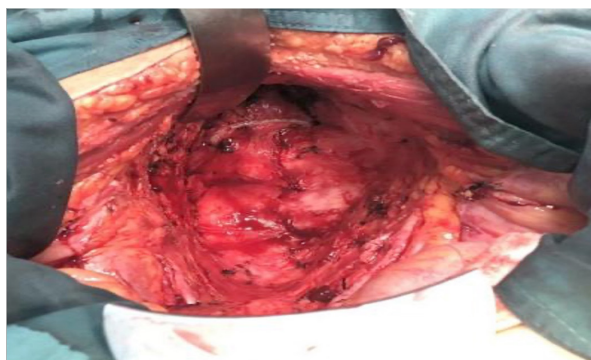
Đánh giá kết quả bước đầu triển khai phẫu thuật đoạn chậu...

cổ vai trò của PE như một chiến lược điều trị triệt căn khả thi và hiệu quả ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp.

Tỷ lệ SCKB và SCTB gần như trùng khớp tại mốc 12 tháng là một hiện tượng ít gặp, vì về mặt nguyên tắc, DFS thường thấp hơn OS do bệnh nhân có thể còn sống sau khi tái phát. Tuy nhiên, trong bối cảnh thời gian theo dõi còn tương đối ngắn (trung bình 8,6 tháng) và số lượng bệnh nhân chưa gặp biến cố (censored) cao, sự trùng khớp này là hợp lý. Cụ thể, phần lớn bệnh nhân chưa xảy ra biến cố tại thời điểm 12 tháng, khiến hai đường cong sống còn chưa phân tách rõ rệt. Hiện tượng này cũng đã được ghi nhận trong một số nghiên cứu PE quy mô nhỏ

khác, cho thấy tính ổn định tạm thời của chỉ số sống còn trong giai đoạn sớm sau mổ.

Mặc dù kết quả bước đầu cho thấy tính an toàn và tiềm năng cải thiện tiên lượng sống còn, nghiên cứu vẫn còn hạn chế do thời gian theo dõi ngắn và cỡ mẫu nhỏ. Các chỉ số sống còn trong nghiên cứu chỉ mang tính chất bước đầu. Thời gian theo dõi trung bình dưới 12 tháng là chưa đủ để đánh giá toàn diện các mốc sống còn 3 năm hay 5 năm - vốn có ý nghĩa thực tế hơn trong cân nhắc lợi ích lâu dài của PE. Do đó, cần có các nghiên cứu theo dõi kéo dài, với kết hợp thêm các biến số về chất lượng sống và chức năng sinh hoạt sau mổ để có cái nhìn toàn diện hơn về lợi ích - nguy cơ thực sự của phương pháp điều trị này.



Hình 1: Một số hình ảnh phẫu thuật đoạn chậu tại Bệnh viện Ung bướu Tp Hồ Chí Minh

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật đoạn chậu trong điều trị ung thư cổ tử cung tái phát có thể triển khai an toàn tại các trung tâm ung bướu chuyên sâu, với tỷ lệ đạt diện cắt R0 cao và biến chứng hậu phẫu trong giới hạn kiểm soát được. Kết quả sống còn bước đầu khả quan, đặc biệt ở nhóm

bệnh nhân được chọn lọc kỹ và điều trị với mục tiêu triệt căn. Phẫu thuật này góp phần cải thiện tiên lượng ở nhóm bệnh nhân có ít lựa chọn điều trị, tuy nhiên, cần có các nghiên cứu theo dõi dài hạn và đa trung tâm nhằm đánh giá đầy đủ hiệu quả sống còn và khảo sát chất lượng sống của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích tài chính hoặc cá nhân liên quan đến nghiên cứu này.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh xem xét và phê duyệt trước khi tiến hành. Tất cả bệnh nhân tham gia đều được giải thích rõ về mục tiêu, phương pháp, lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki năm 2013 về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024; 74(3): 229-263.
2. Linh TĐN, Diễn tiến tần suất ung thư cổ tử cung tại Việt Nam và TP.HCM trong 20 năm qua. Mục tiêu loại trừ ung thư cổ tử cung, in Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 41 – Đại học Y Dược TP.HCM. 2025.
3. Brunschwig A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma. A one-stage abdominoperineal operation with end colostomy and bilateral ureteral implantation into the colon above the colostomy. *Cancer*. 1948; 1(2): 177-183.
4. Diver EJ, Rauh-Hain JA, Del Carmen MG. Total pelvic exenteration for gynecologic malignancies. *International Journal of Surgical Oncology*. 2012; 2012(1): 693535.
5. Schmidt A-M, Imesch P, Fink D, Egger H. Indications and long-term clinical outcomes in 282 patients with pelvic exenteration for advanced or recurrent cervical cancer. *Gynecologic oncology*. 2012; 125(3): 604-609.
6. Lago V, Poveda I, Padilla-Iserte P, Simón-Sanz E, García-Granero Á, Pontones JL, et al. Pelvic exenteration in gynecologic cancer: complications and oncological outcome. *Gynecological Surgery*. 2019; 16: 1-9.
7. Petruzzello A, Kondo W, Hatschback SB, Guerreiro JA, Filho FP, Vendrame C, et al. Surgical results of pelvic exenteration in the treatment of gynecologic cancer. *World journal of surgical oncology*. 2014; 12: 1-7.
8. Li L, Ma S-Q, Tan X-J, Zhong S, Wu M. Pelvic exenteration for recurrent and persistent cervical cancer. *Chinese Medical Journal*. 2018; 131(13): 1541-1548.
9. Nekkanti SS, Jajoo B, Mohan A, Vasudevan L, Peelay Z, Kazi M, et al. Empty pelvis syndrome: a retrospective audit from a tertiary cancer center. *Langenbecks Arch Surg*. 2023; 408(1): 331.
10. Mabuchi S, Isohashi F, Yoshioka Y, Temma K, Takeda T, Yamamoto T, et al. Prognostic Factors for Survival in Patients With Recurrent Cervical Cancer Previously Treated With Radiotherapy. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2010; 20(5): 834-840.
11. Poolkerd S, Leelahakorn S, Manusirivithaya S, Tangjitgamol S, Thavaramara T, Sukwattana P, et al. Survival rate of recurrent cervical cancer patients. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89(3): 275-82.
12. Yoo HJ, Lim MC, Seo SS, Kang S, Yoo CW, Kim JY, et al. Pelvic exenteration for recurrent cervical cancer: ten-year experience at National Cancer Center in Korea. *J Gynecol Oncol*. 2012; 23(4): 242-50.
13. Chiantera V, Rossi M, De Iaco P, Koehler C, Marnitz S, Ferrandina G, et al. Survival after curative pelvic exenteration for primary or recurrent cervical cancer: a retrospective multicentric study of 167 patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2014; 24(5): 916-22.