



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á **22**
THÁI BÌNH DƯƠNG



BS.CKI. ĐOÀN TRỌNG NGHĨA

Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM



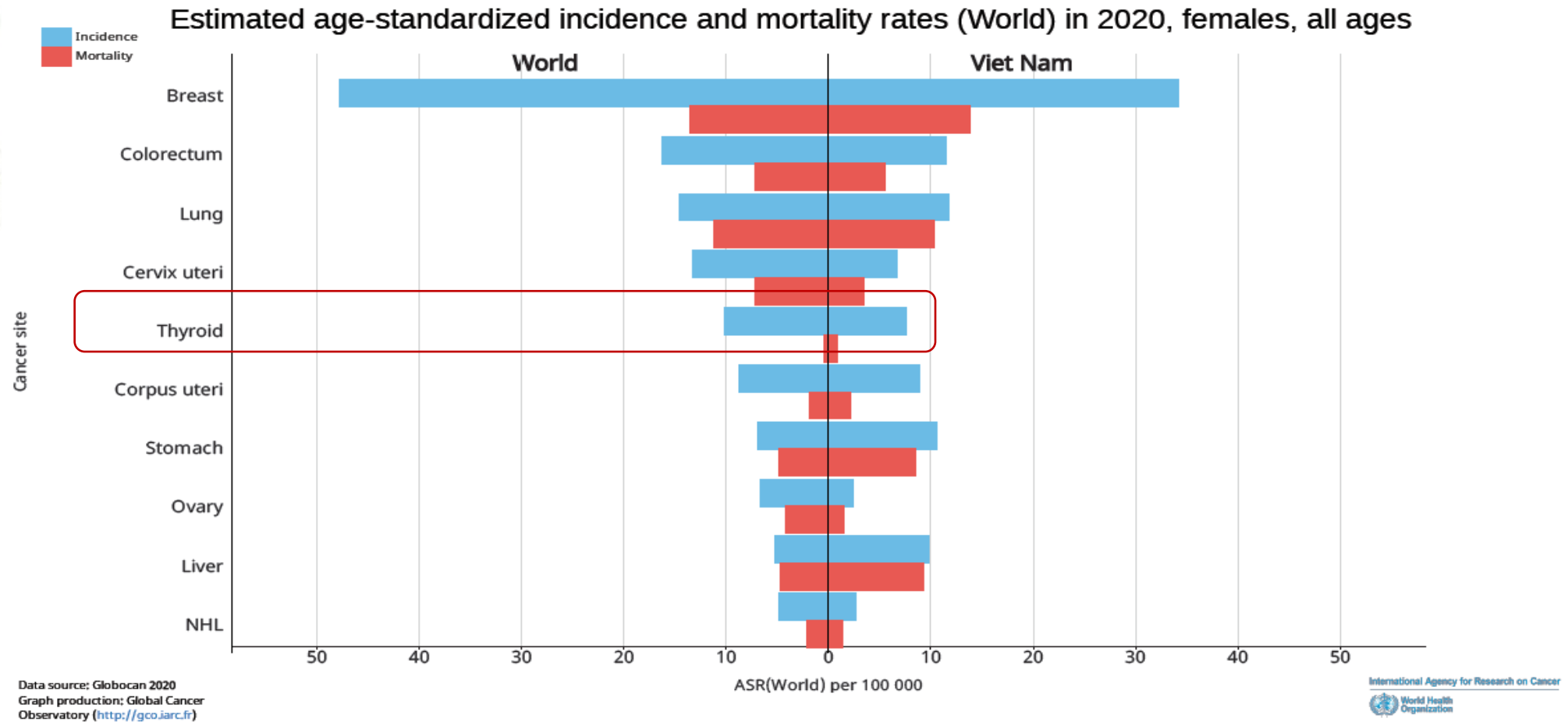
CẬP NHẬT VỀ PHẪU TRỊ TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

BS. CKII. Nguyễn Văn Tiến – Trưởng khoa Ngoại Phụ Khoa
ThS. BS. CKI. Đoàn Trọng Nghĩa – Khoa Ngoại Phụ khoa

NỘI DUNG

1. TỔNG QUAN
2. PT VI XÂM LẤN TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG
3. BẢO TỒN THẦN KINH TRONG CẮT TỬ CUNG TẬN GỐC
4. NÓI DÀI ÂM ĐẠO SAU CẮT TỬ CUNG TẬN GỐC
5. SINH THIẾT HẠCH LÍNH GÁC TRONG UNG THƯ PHỤ KHOA
6. CẮT CỔ TỬ CUNG TẬN GỐC BẢO TỒN CHỨC NĂNG SINH SẢN
7. CÁC NGHIÊN CỨU CHÍNH ĐANG THỰC HIỆN

TẦN SUẤT VÀ TỬ SUẤT CỦA UNG THƯ PHỤ KHOA(GLOBOCAN 2020)



UT cổ tử cung là bệnh lý ác tính đứng hàng thứ tư ở nữ

TỔNG QUAN

- Phẫu trị là mô thức điều trị chính trong ung thư cổ tử cung
- Khi bệnh ở giai đoạn xâm lấn sớm, phẫu trị là mô thức điều trị được khuyến cáo hàng đầu
- Phương pháp phẫu trị kinh điển là cắt tử cung tận gốc + nạo hạch chậu 2 bên



TỔNG QUAN

- Theo ghi nhận của SEER từ năm 2012 đến năm 2016, tỉ lệ bệnh nhân dưới 45 tuổi được chẩn đoán mắc mới ung thư cổ tử cung là 36,5% [1]
- Phương pháp phẫu thuật kinh điển sẽ ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý cũng như chất lượng sống ở những bệnh nhân trẻ tuổi này.
- Do đó, ngày nay, phẫu trị được phát triển theo hướng ít xâm lấn hơn và “bảo tồn” hơn nhưng vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung bướu học

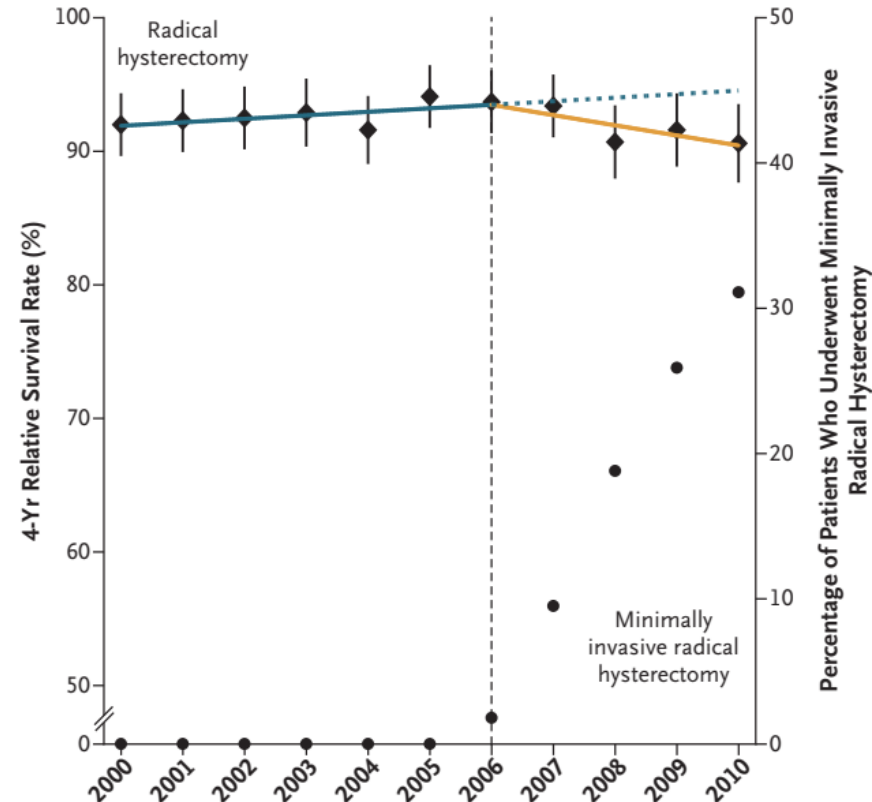
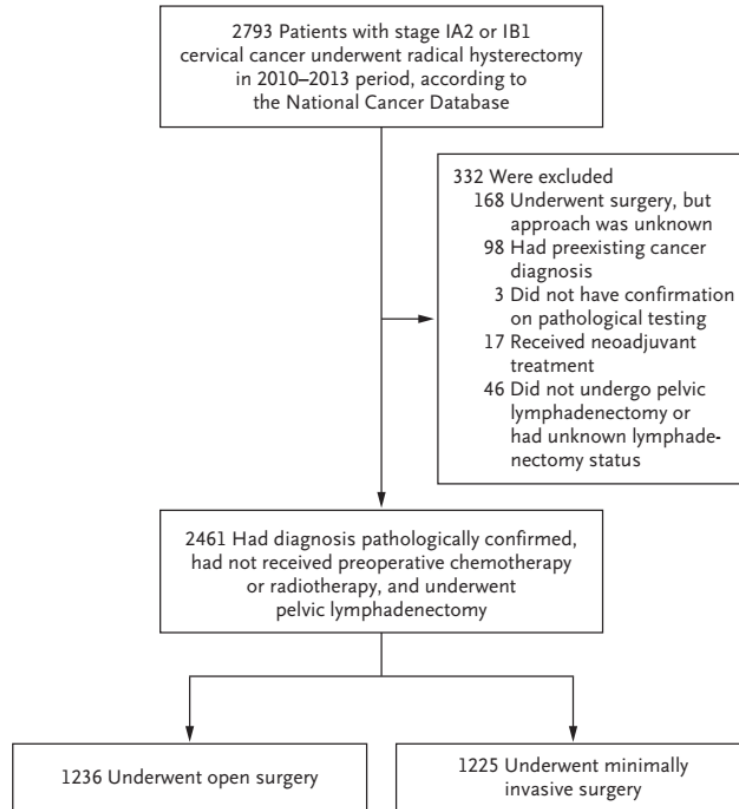
1. Howlader N., Noone A.M., Krapcho M., Miller D., Brest A., et al. (2018), "SEER Cancer Statistics Review". National Cancer Institute.

PT VI XÂM LẤN TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG



Cohort study : Survival after Minimally Invasive Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer

Melamed A, Margul DJ, Chen L, et al. *NEJM*. 2018;379(20):1905-1914

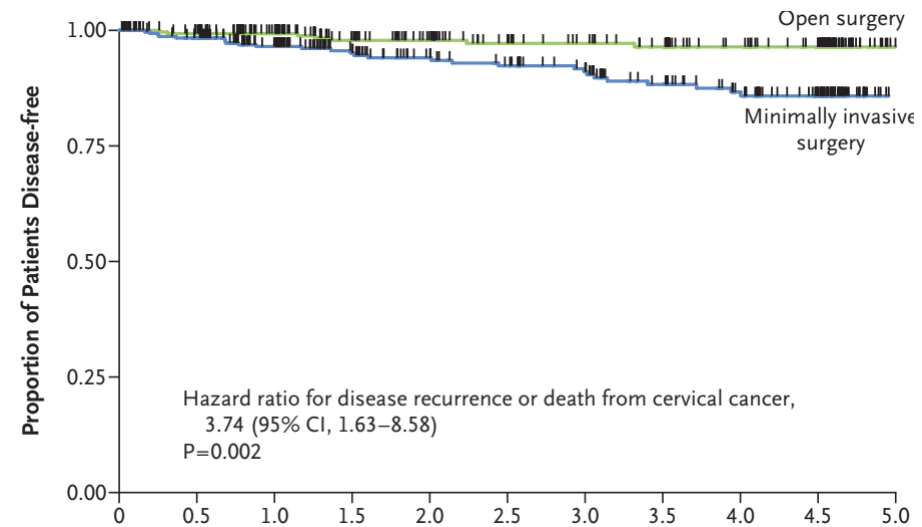
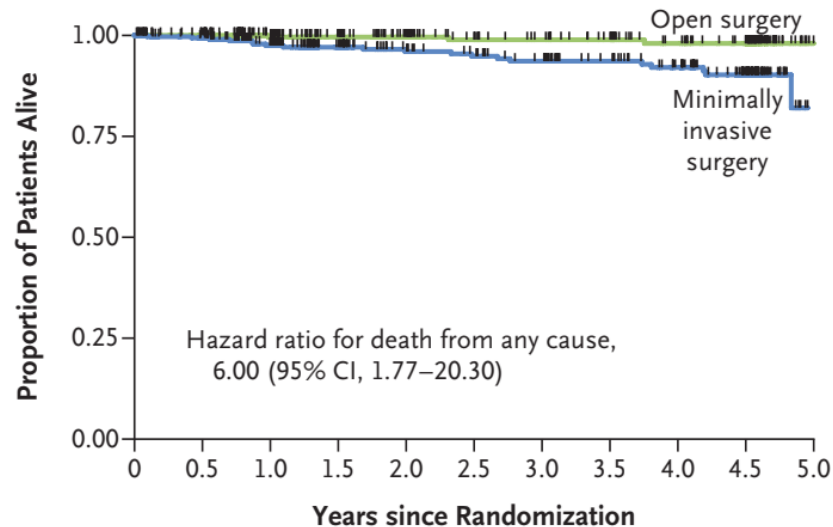


Phẫu thuật vi xâm lấn làm giảm tỉ lệ sống còn 4 năm 0,8% / năm từ năm 2006 (p=0,01)

RCT : Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer

Ramirez Pedro T., et al. (2018), *NEJM*, 379 (20), pp. 1895-1904.

Overall Survival



Phẫu thuật vi xâm lấn

- Giảm 10,6 điểm % DFS 4,5 năm (95%CI, -16,4 đến -4,7%)
- Giảm OS 3 năm (nguy cơ tử vong tăng 6 lần, 95%CI, 1,77 đến 20,3)

CÓ PHẢI PTNS KHÔNG CÒN VAI TRÒ TRONG UNG THƯ' CỔ TỬ' CUNG?

- LACC chọn những trung tâm phẫu thuật có nhiều kinh nghiệm phẫu thuật với số lượng bệnh nhân mổ nhiều nên dẫn đến kết quả phẫu thuật hở cao hơn so với các nghiên cứu trước đây
- Trong nghiên cứu LACC, không có bệnh nhân giai đoạn IA2 nào tái phát.



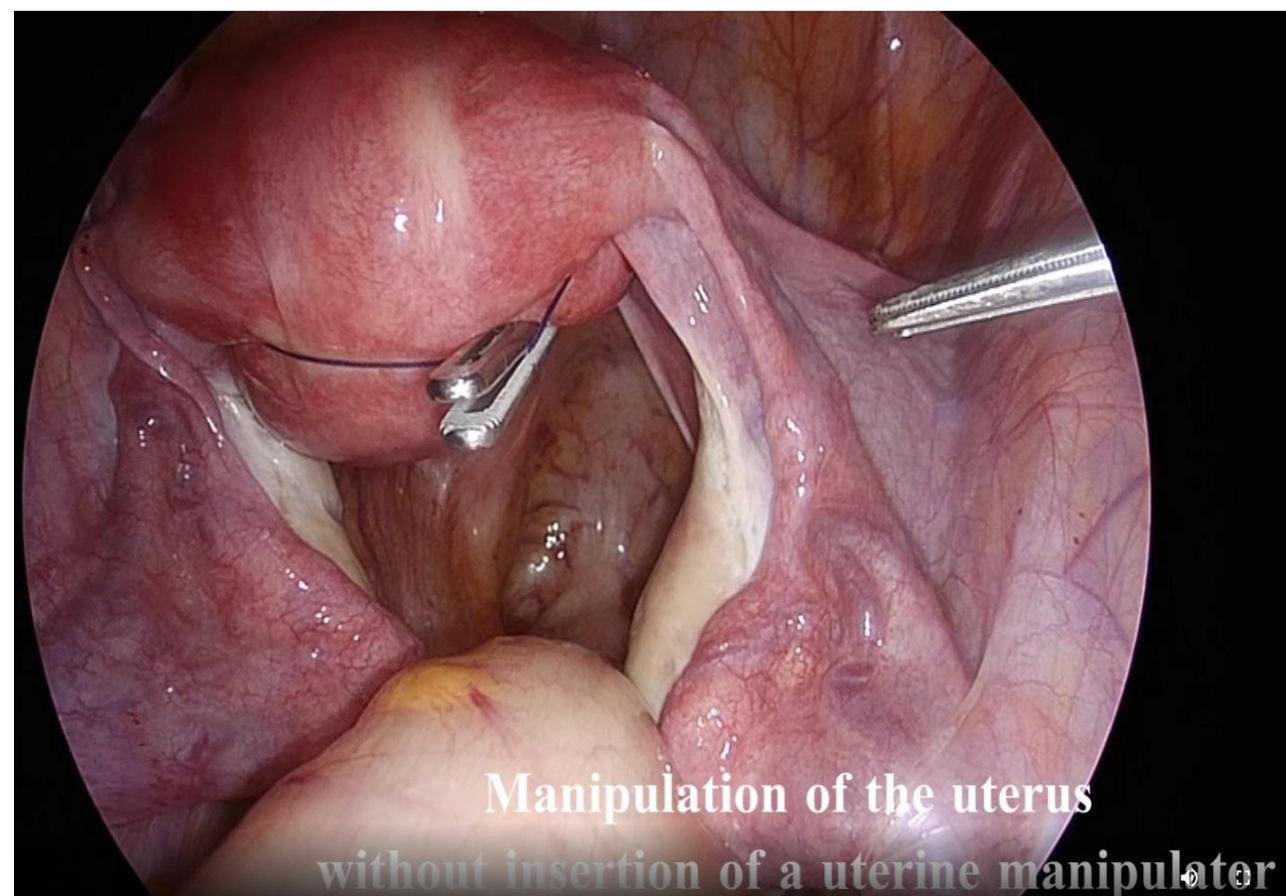
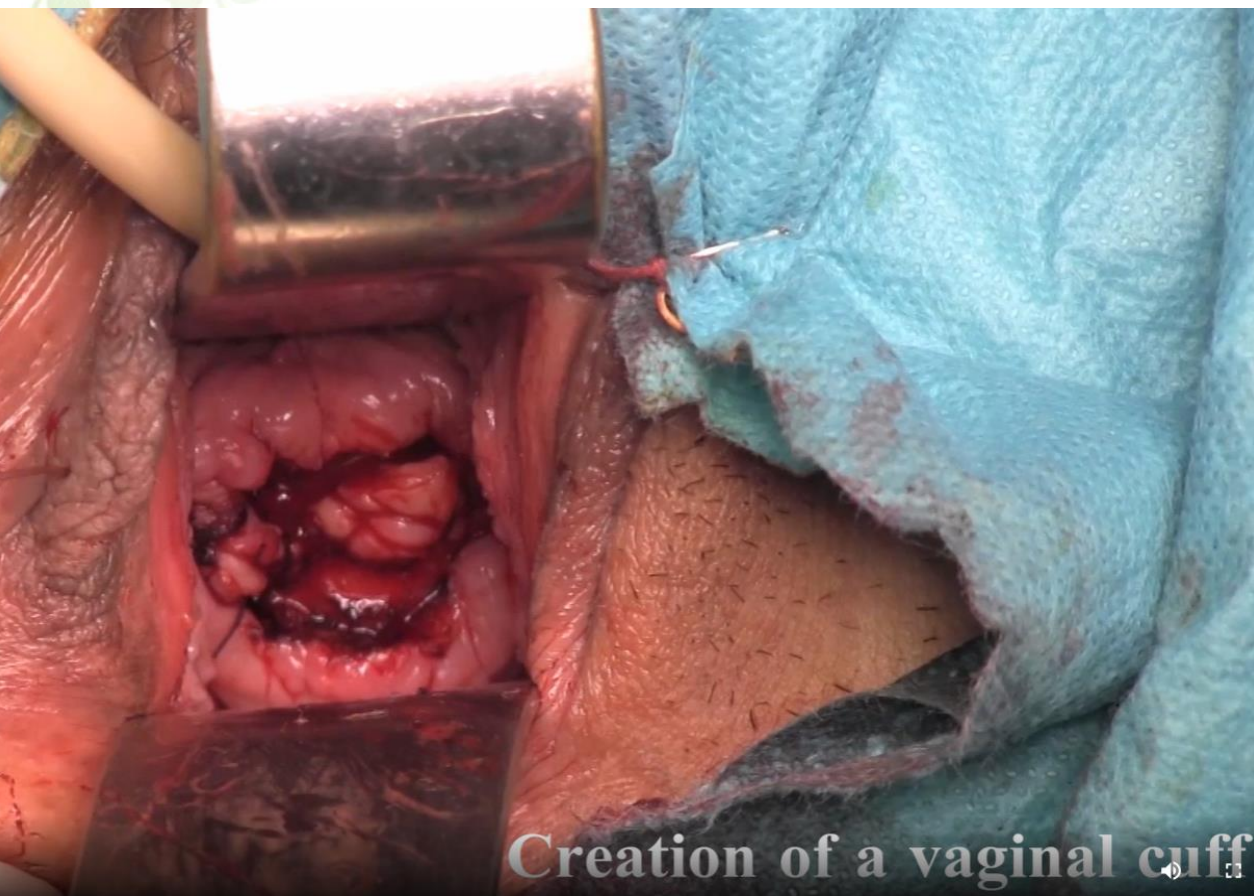
NHỮNG VẤN ĐỀ TRONG PTNS

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG FIGO IB1

- Nguyên nhân tăng nguy cơ tái phát: do tế bào bướu bị đẩy vào khoang bụng
 - Sử dụng dụng cụ đẩy tử cung [1]-> kỹ thuật “no look – no touch”
 - Những trường hợp khoét chóp trước khi PTNS [1]

Conization				
No	Ref	Ref	Ref	Ref
Yes	0.40 (0.23 to 0.71)	.002	0.40 (0.22 to 0.69)	.001

Tumor Size	Open Radical Hysterectomy	Minimally Invasive Radical Hysterectomy	P
No residual tumor	0.0 (0/53)	0 (0/169)	N/A



NHỮNG VẤN ĐỀ TRONG PTNS

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG FIGO IB1

- Nguyên nhân tăng nguy cơ tái phát: do tế bào bướu bị đẩy vào khoang bụng
 - Sử dụng dụng cụ đẩy tử cung [1]-> kỹ thuật “no look – no touch”
 - Những trường hợp khoét chóp trước khi PTNS [1]

Conization				
No	Ref	Ref	Ref	Ref
Yes	0.40 (0.23 to 0.71)	.002	0.40 (0.22 to 0.69)	.001

Tumor Size	Open Radical Hysterectomy	Minimally Invasive Radical Hysterectomy	P
No residual tumor	0.0 (0/53)	0 (0/169)	N/A

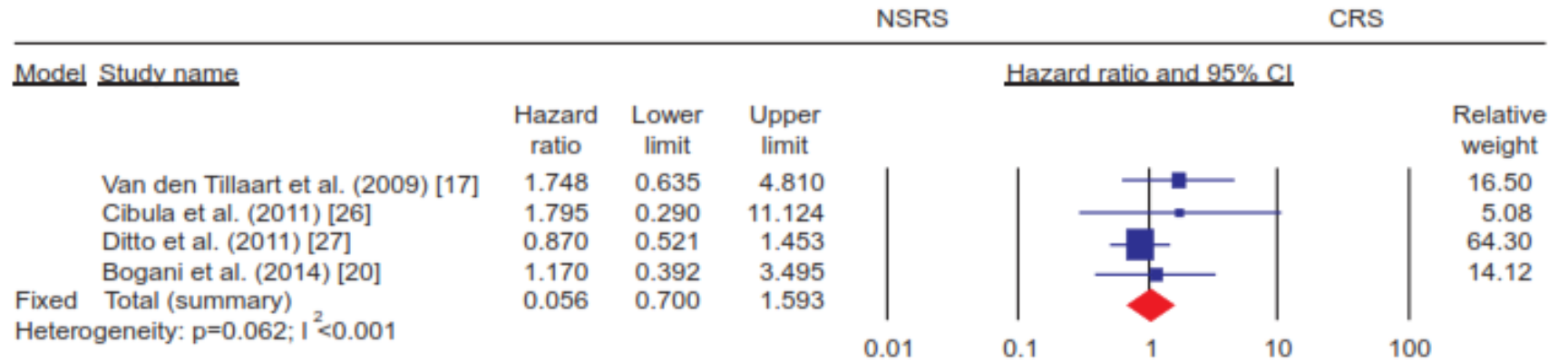
BẢO TỒN THẦN KINH
TRONG CẮT TỬ CUNG TẬN GỐC



CẮT TỬ CUNG TẬN GỐC TYPE C1

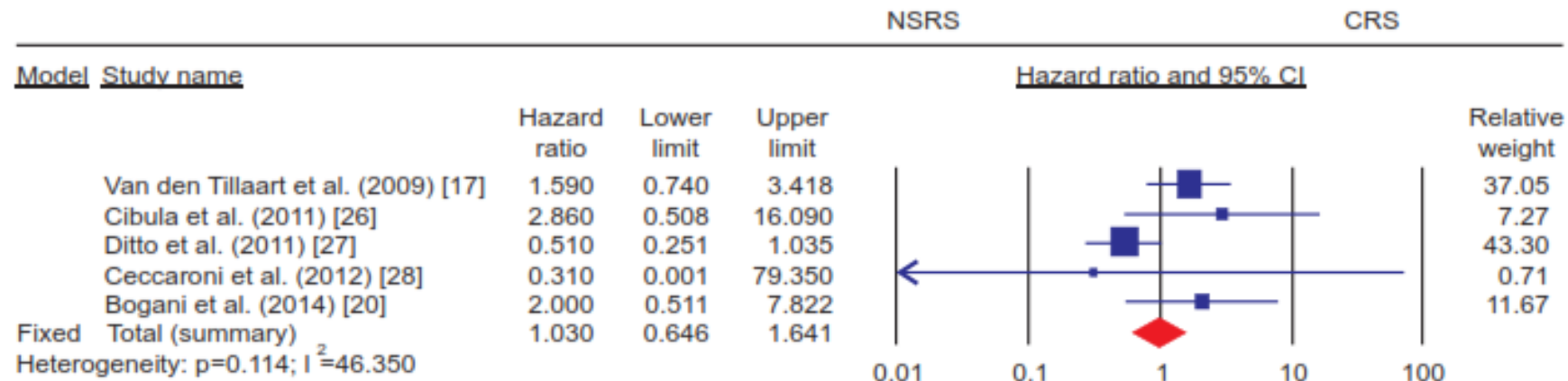
- Phẫu thuật cắt tử cung tận gốc là mô thức điều trị ưu tiên cho ung thư cổ tử cung FIGO IA2 đến IIA1 không muốn bảo tồn chức năng sinh sản [1].
- Bảng phân loại cắt tử cung thường được sử dụng nhất hiện nay là bảng phân loại của 2 tác giả Querleu và Morrow [2].
- Trong đó phẫu thuật type C1 được chỉ định cho những trường hợp ung thư cổ tử cung FIGO IB1 đến IIA1
- Điều quan trọng nhất trong kỹ thuật này là phải tồn thần kinh

KẾT QUẢ UNG BƯỞU HỌC



- Phẫu thuật bảo tồn thần kinh bằng nội soi và mổ hở đều không có sự khác biệt về thời gian sống còn không bệnh so với phẫu thuật cổ điển

KẾT QUẢ UNG BƯỚU HỌC



- Và cả thời gian sống còn toàn bộ cũng không có sự khác biệt giữa hai kỹ thuật mổ

CHỨC NĂNG TÌNH DỤC

- Phẫu thuật bảo tồn thần kinh giúp cải thiện chức năng tình dục nói chung so với phẫu thuật cổ điển

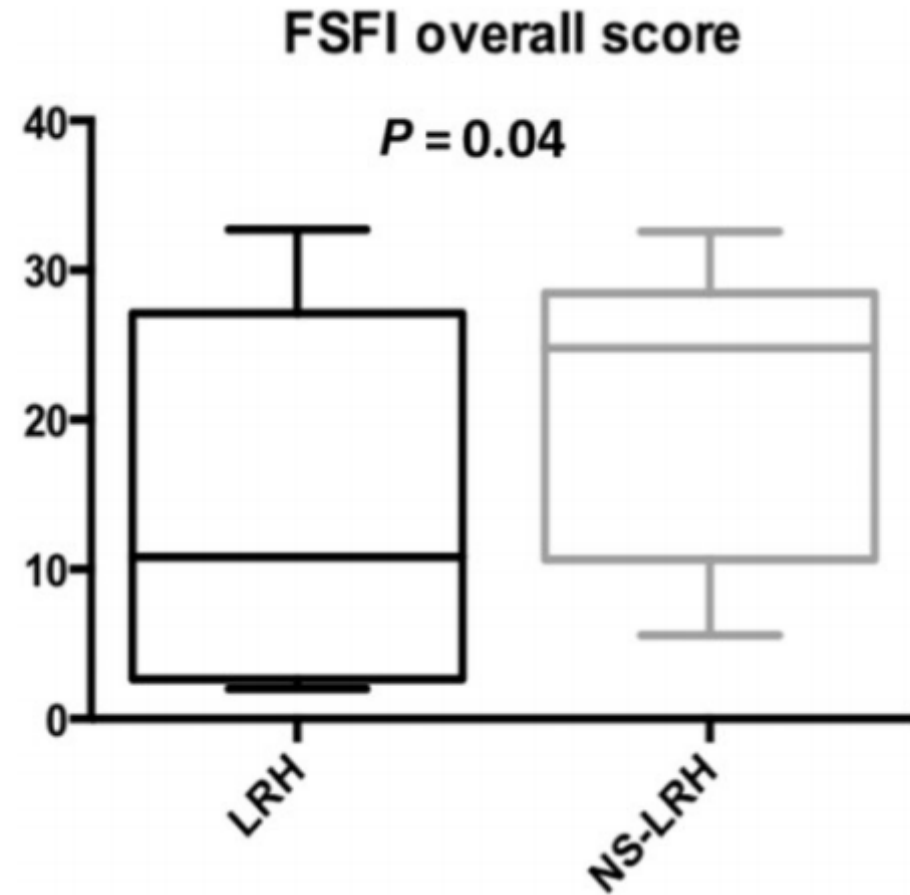
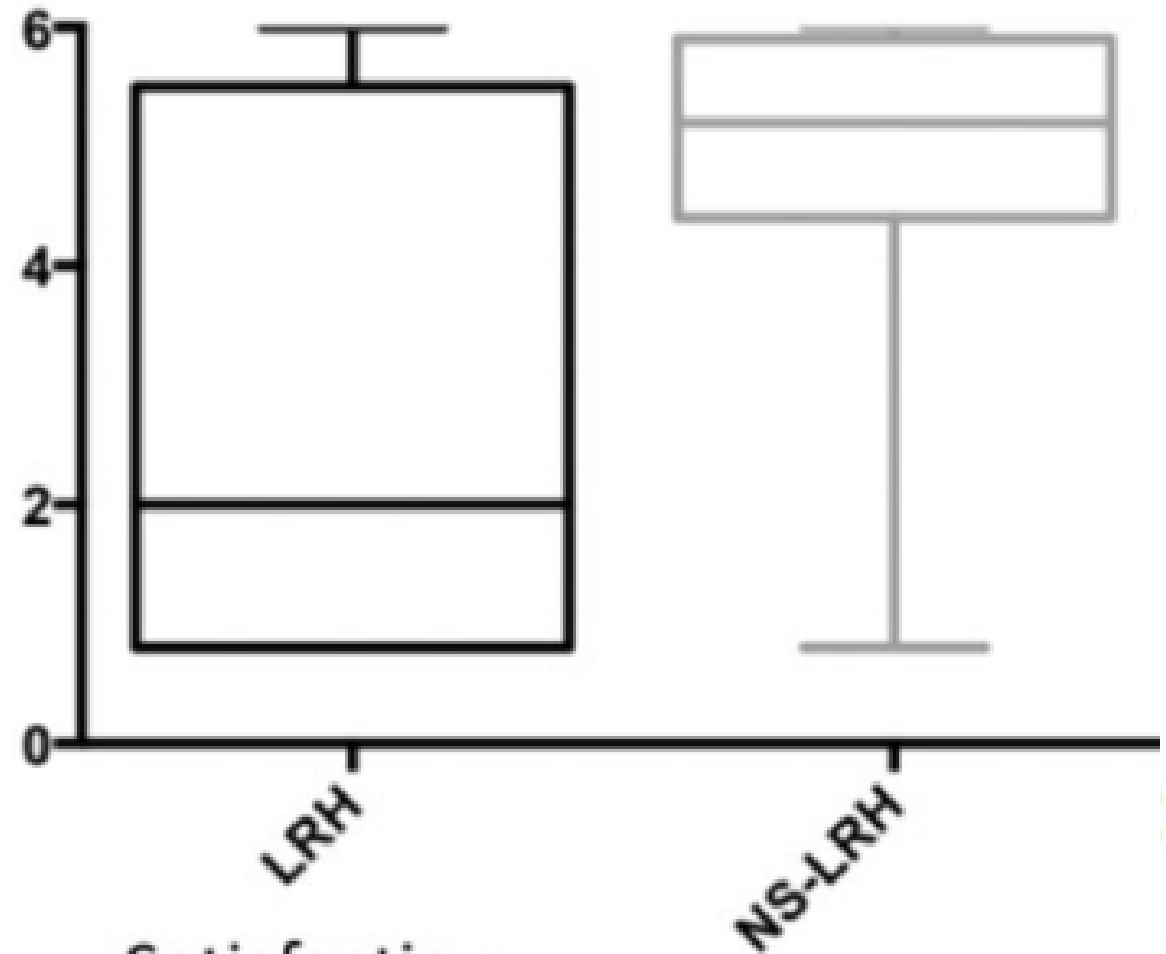


Figure 1 Postoperative FSFI scores in patients undergoing conventional LRH and NS-LRH. FSFI = Female Sexual Function Index; LRH = laparoscopic radical hysterectomy; NS-LRH = nerve-sparing laparoscopic radical hysterectomy.

CHỨC NĂNG TÌNH DỤC

- Đặc biệt, phẫu thuật bảo tồn thần kinh giúp giảm ảnh hưởng đến thỏa mãn tình dục sau mổ

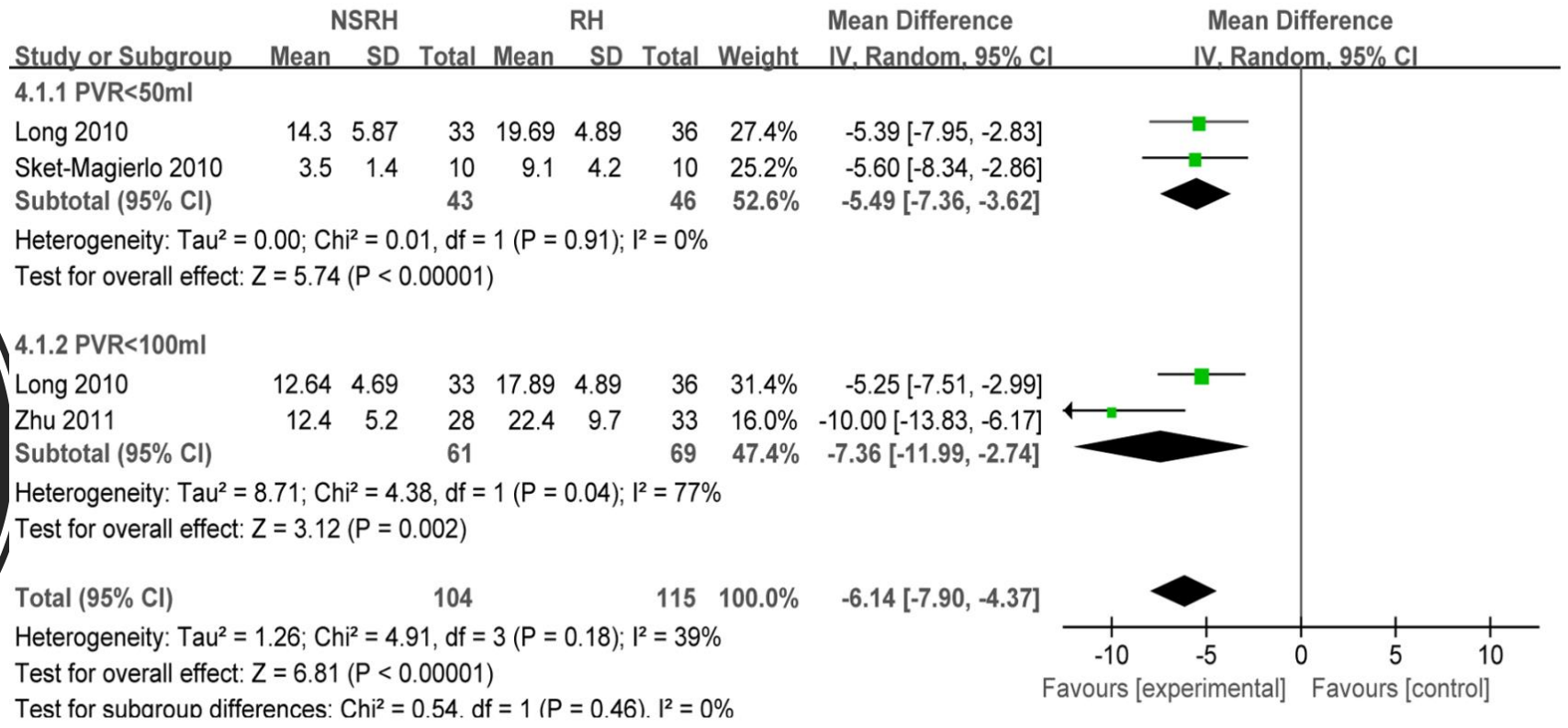


Satisfaction:

2.8 (2.2) vs. 4.6 (3.9); $P = 0.004$

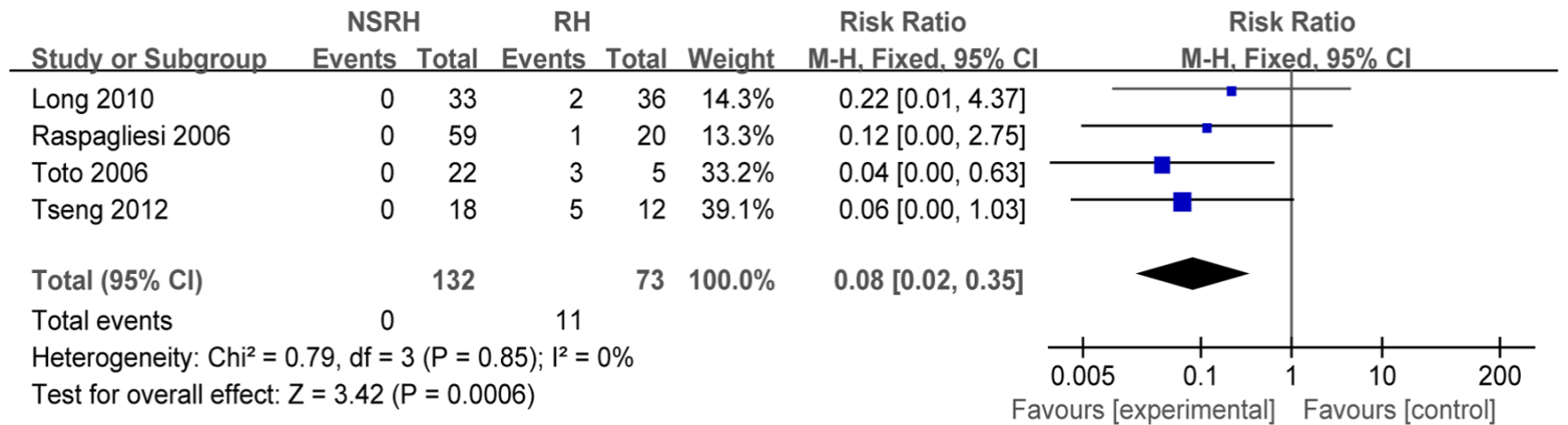
CHỨC NĂNG BÀNG QUANG

a



- Phẫu thuật bảo tồn thần kinh giúp rút ngắn thời gian hồi phục thể tích nước tiểu bàng quang tồn lưu

CHỨC NĂNG BÀNG QUANG



- Phẫu thuật bảo tồn thần kinh giảm nguy cơ của tình trạng rối loạn bàng quang sau mổ

NỐI DÀI ÂM ĐẠO SAU CẮT TỬ CUNG TẬN GỐC

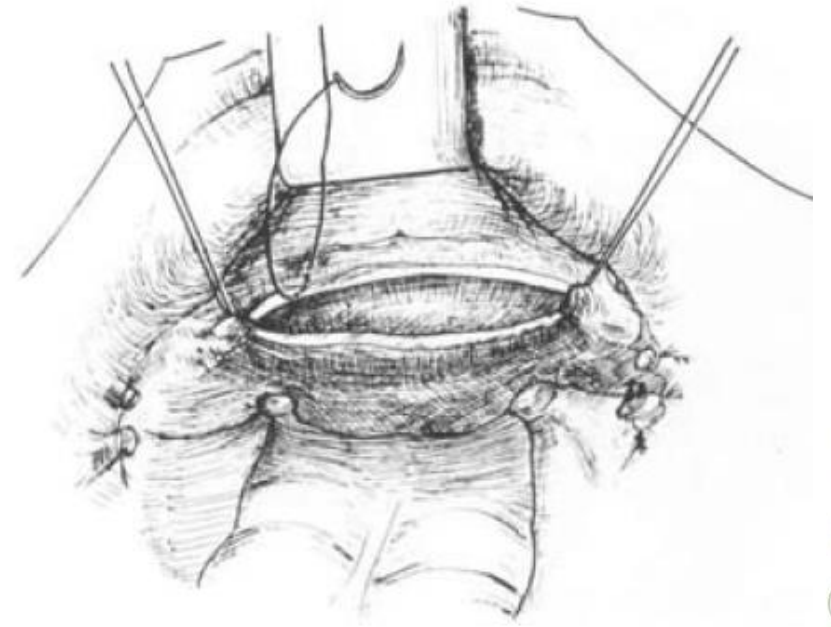


MỞ ĐẦU

- Để có thể quan hệ tình dục và đạt được khoái cảm, chiều dài âm đạo thích hợp là một điều kiện tiên quyết.
- Âm đạo ngắn đi sau phẫu thuật cắt tử cung tận gốc vẫn là một điều than phiền dai dẳng ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung sau điều trị
- Để khắc phục vấn đề này, kỹ thuật nối dài âm đạo đã được đề xuất cách đây hơn nửa thế kỷ
- Nối dài âm đạo với vật phúc mạc cũng đã được đề xuất cho những bệnh nhân ung thư cổ tử cung sau cắt tử cung tận gốc

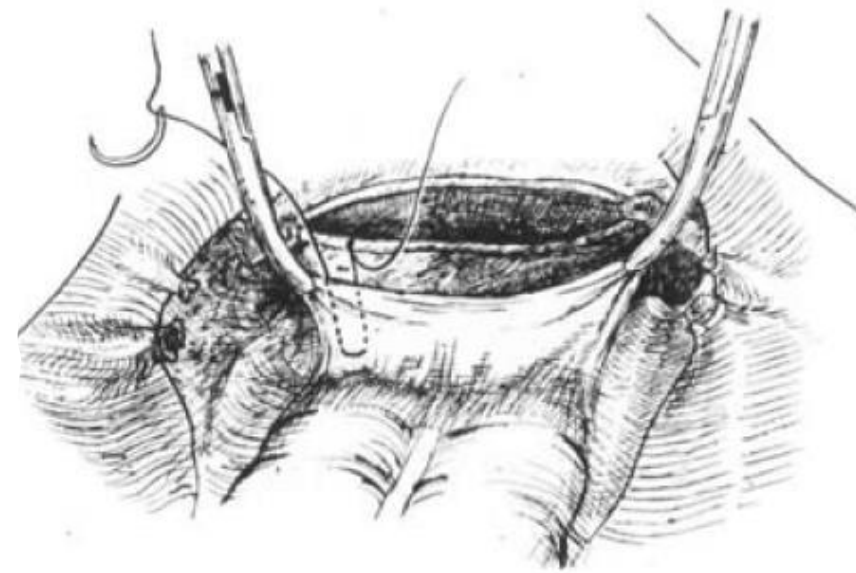
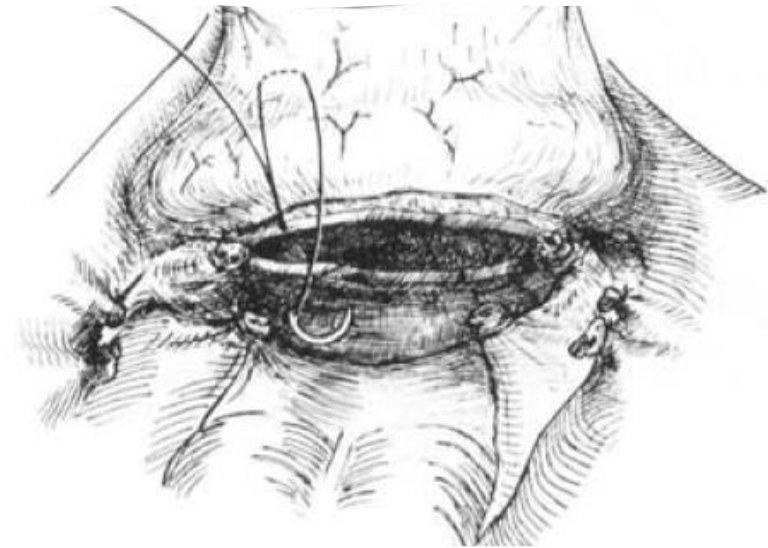
QUY TRÌNH THỰC HIỆN

- Các bước thực hiện
 - Bước 1: Phức mạc bàng quang được tách ra ở túi cùng trước để tạo thành một vạt phức mạc dài khoảng 3-4cm. Tương tự phức mạc sau cũng được bóc tách ra khỏi âm đạo 1 đoạn dài tương tự.
 - Bước 2: Sau khi bệnh phẩm được lấy ra, 3 đến 4 mũi chromic 1.0 được khâu vào thành trước âm đạo, không bao gồm biểu mô âm đạo, để cầm máu



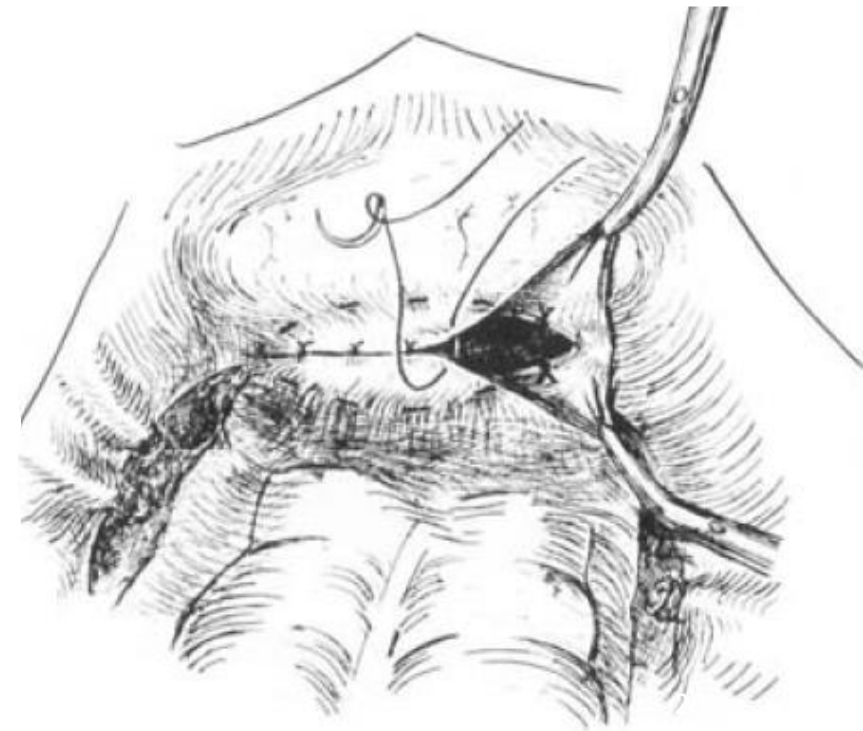
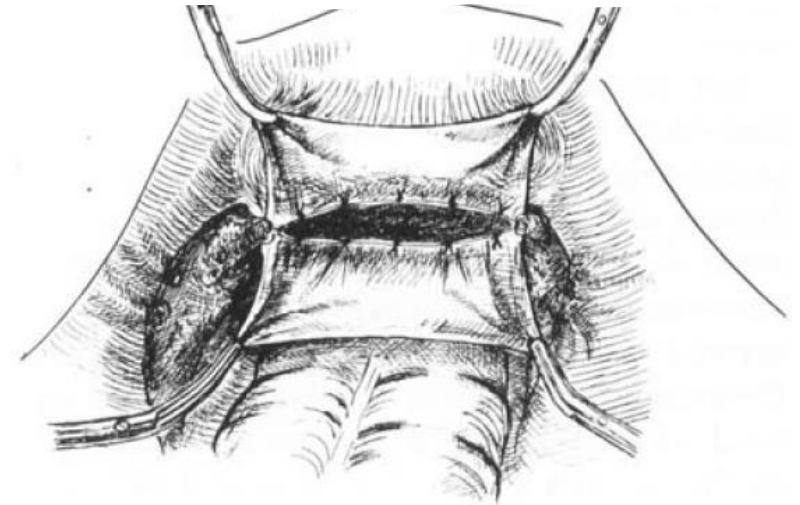
QUY TRÌNH THỰC HIỆN

- Các bước thực hiện
 - Bước 3: Tiếp theo những mũi khâu rời được sử dụng để đính vạt phúc mạc bàng quang vào thành trước âm đạo và phúc mạc trực tràng vào thành sau âm đạo



QUY TRÌNH THỰC HIỆN

- Các bước thực hiện
 - Bước 4: Rìa của phúc mạc trước và sau sẽ được lại may với nhau bằng các mũi rời catgut số 00 để tạo thành một túi cùng phúc mạc là phần nối dài của ống âm đạo.



QUY TRÌNH THỰC HIỆN

- Các bước thực hiện

- Bước 5: Quấn gạc thành một khối dài 10 cm và có đường kính 3cm, bọc bên ngoài bởi 2 bao cao su chưa sử dụng và đặt trong âm đạo 48 giờ. Lưu thông tiểu 07 ngày sau phẫu thuật.

QUY TRÌNH THỰC HIỆN

- Theo dõi sau mổ:
 - Các chỉ số sinh tồn: theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở... trong 24-48 giờ đầu.
 - Các tai biến, biến chứng: của gây mê, của phẫu thuật:
 - Theo dõi nước tiểu và dịch âm đạo, dịch máu để phát hiện biến chứng tiết niệu, tụ dịch.
 - Theo dõi vết mổ.
- **Yêu cầu của kỹ thuật: chiều dài âm đạo tối thiểu 7-8 cm, khám vừa 2 ngón tay.**

CÁC TRƯỜNG HỢP ĐÃ THỰC HIỆN

STT	TUỔI	GIAI ĐOẠN	ĐỘ DÀI VẠT (cm)	CHIỀU DÀI ÂM ĐẠO SAU MỔ (cm)	BIẾN CHỨNG
1	31	IB2 (2,5cm)	3	8	Không
2	25	IB2 (2,5cm)	3	7	Không
3	18	IB2 (3cm)	3	7	Không

HÌNH MINH HỌA



BN TRẦN NGỌC L. – 7 TUẦN SAU MỔ




HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG

HÌNH MINH HỌA



BN TRẦN NGỌC L. – 3 THÁNG SAU MỔ



SINH THIẾT HẠCH LÍNH GÁC TRONG UNG THƯ PHỤ KHOA



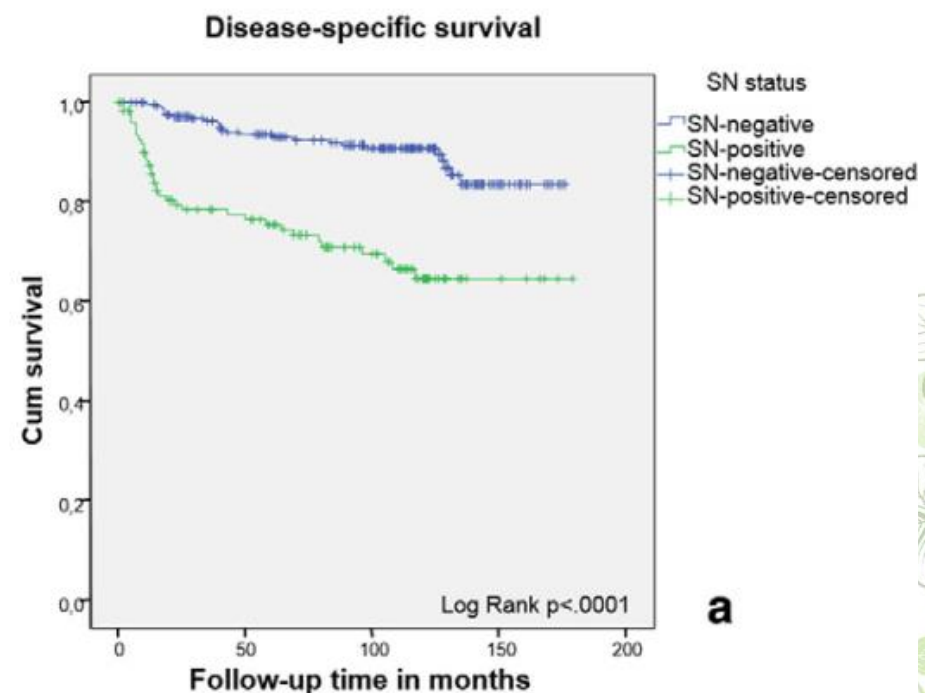
MỞ ĐẦU

- Việc xếp giai đoạn chính xác đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc lập kế hoạch điều trị và tiên lượng.
- Tuy nhiên, việc xếp giai đoạn bằng cách nạo hạch có thể dẫn đến nhiều biến chứng
- Do đó, sinh thiết hạch lymphatic thay thế nạo hạch hệ thống trong việc xếp giai đoạn ung thư phụ khoa đã được đặt ra để giảm biến chứng
- Sinh thiết hạch lymphatic từ lâu đã được xem là điều trị tiêu chuẩn trong melanôm và ung thư vú.

SLN TRONG UNG THƯ ÂM HỘ

- Nghiên cứu GROningen International Study on Sentinel nodes in Vulvar cancer (GROINSS-V) và nghiên cứu Gynecologic Oncology Group (GOG173) cho thấy sinh thiết hạch lách gác có thể là một phần trong điều trị tiêu chuẩn trong ung thư âm hộ [1],[2].

SLNB Result	Lymph Node Metastasis		Total	Statistics		
	Present	Absent		Sensitivity (%)	NPV (%)	FNPV (%)
Positive	127	0	127			
Negative	8	268	276			
Total	135	268	403	94.1	97.1	2.9



Number at risk	0	24	60	120	months
SN negative	253	229	189	90	patients
SN positive	124	85	72	30	

1. Levenback CF, Ali S, Coleman RL, et al (2012) *J Clin Oncol*, 30, pp. 3786-3791.
 2. Van der Zee AGJ, Oonk MH, De Hullu JA, et al (2008). *J Clin Oncol* 26, pp. 884-889.

SLN TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG VÀ UNG THƯ

NỘI MẠC TỬ CUNG

- Nghiên cứu SENTICOL I cho thấy trong ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm SLN độ nhạy là 96% và giá trị tiên đoán âm là 98% trong việc xác định hạch chậu di căn [1].
- Nghiên cứu SENTICOL III là nghiên cứu pha 3 so sánh thời gian sống còn không bệnh giữa bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm được sinh thiết hạch lymphatic và nạo hạch chậu hệ thống sẽ kết thúc theo dõi vào năm 2026 [2]
- Các khuyến cáo hiện nay của NCCN và Hiệp hội Ung thư phụ khoa (SGO) đều chấp nhận việc sinh thiết hạch lymphatic có thể thực hiện ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung và ung thư phụ khoa [3],[4]. ESGO khuyến cáo sử dụng SLN cho ung thư nội mạc tử cung nguy cơ thấp / trung bình [5]

1. Lécuru F, Mathevet P, Querleu D, et al (2011), *J Clin Oncol*, 29, pp. 1986-1991.
2. Lecuru FR, McCormack M, Hillemanns P, et al (2019). *Int J Gynecol Cancer*, 29, pp. 829-834.
3. National Comprehensive Cancer Network. Cervical cancer.
4. SGO_Clinical_Practice_Committee. 2015
5. Concin N, et al. *Int J Gynecol Cancer* 2020;0:12–39. doi:10.1136/ijgc-2020-002230

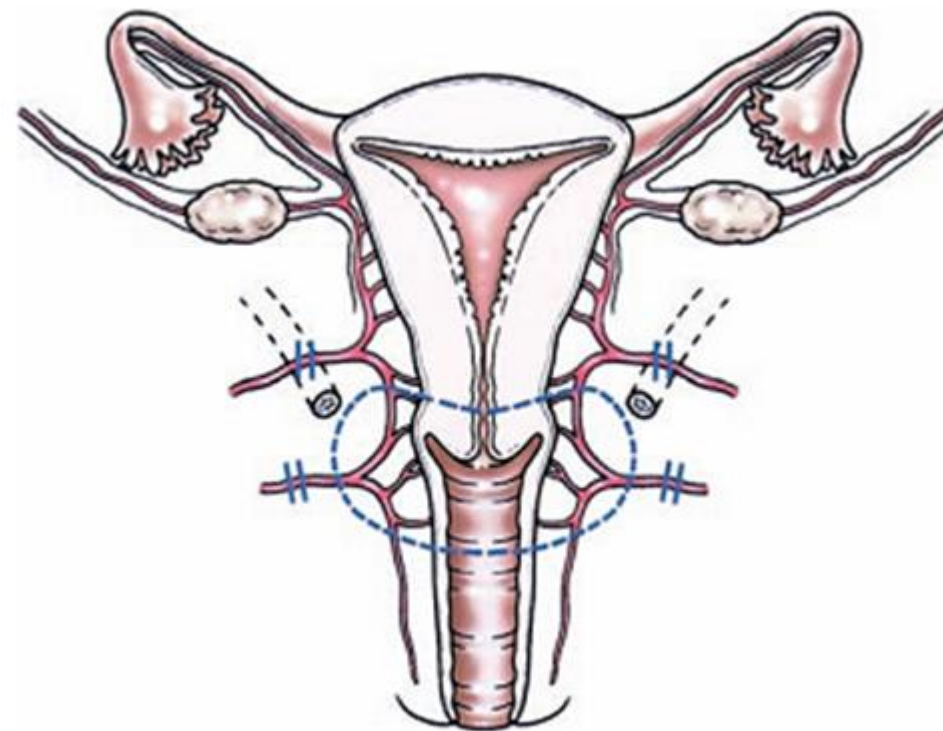
CẮT CỔ TỬ CUNG TẬN GỐC BẢO TỒN
CHỨC NĂNG SINH SẢN TRONG UNG THƯ
CỔ TỬ CUNG



TỔNG QUAN Y VẤN

• CƠ SỞ KHOA HỌC:

- Diễn tiến bệnh: Diễn tiến tự nhiên của K cổ tử cung chủ yếu theo chiều ngang (chu cung).
- Chỉ cần động mạch buồng trứng đủ cung cấp máu nuôi.
- Sinh sản: buồng trứng, tử cung, mỏm cụt cổ tử cung với lỗ cổ tử cung toàn vẹn và âm đạo.



Hình 1. Vùng sẽ bị cắt bỏ

LỊCH SỬ

1956

Eugen Aburel

1990s

Smith, Ungár

2019

NCCN, ASCO, ESMO...GUIDELINE

2001

Ca sinh thường
đủ tháng đầu tiên



• TIÊU CHUẨN CHỌN BỆNH

1. Tuổi < 40.
2. Mong muốn bảo tồn chức năng sinh sản.
3. Loại mô học: carcinôm tế bào gai hay tuyến.
4. Không có bằng chứng di căn hạch.
5. Bướu khu trú ở cổ tử cung, chưa lan đến cổ trong cổ tử cung.
6. Rìa diện cắt an toàn sau khi cắt tối thiểu là 05 mm.
7. Kích thước bướu < 2cm.

BIẾN CHỨNG

- Tương đương cắt tử cung tận gốc ngã bụng.
- Biến chứng chuyên biệt (9,5%): gồm chít hẹp lỗ cổ tử cung, vô kinh, bung chỉ khâu thắt cổ tử cung, tăng tỷ lệ sảy thai tự nhiên và sinh non, viêm màng ối do mất các tuyến ở cổ trong và giảm tiết chất nhầy [1].
- Bệnh nhân phải chịu cuộc mổ bắt con.
- Tăng nguy cơ vô sinh thứ phát do giảm tiết chất nhầy.
- Dây dính trong ổ bụng sau phẫu thuật.

1. Rob L, Skapa P, Robova H. Fertility-sparing surgery in patients with cervical cancer. *Lancet Oncol* 2011 Feb;12(2):192-200.

KỸ THUẬT MỔ

• Ưu điểm của ART

- Kỹ thuật mổ dễ dàng hơn.
- Đường cong học tập ngắn hơn và không cần kỹ năng về phẫu thuật nội soi và phẫu thuật ngả âm đạo.
- Lấy chu cung rộng hơn qua ngả bụng so với ngả âm đạo, và do đó phẫu thuật này có thể thực hiện cho những bệnh nhân sang thương to hơn.

• Bất lợi của ART

- Đường mổ hở trên bụng, mất máu nhiều hơn, thời gian nằm viện lâu hơn
- Phải hy sinh động mạch tử cung 2 bên, có thể dẫn đến teo nội mạc tử cung và chít hẹp/để lại sẹo cổ tử cung cũng như thai nhẹ ký trong tương lai.

DỰ HẬU

- Ung thư học:
 - Tỷ lệ tái phát 4%, SC không bệnh 5 năm 96%, tử vong 0,7% (1,2,3).
- Sản khoa:
 - 25-50% có con (2,4).
 - Phải đợi ít nhất 6 – 12 tháng sau khi mổ mới được mang thai.
 - Khó đậu thai tự nhiên hơn người bình thường, cần can thiệp của các chuyên gia sinh sản hỗ trợ.
 - Nguy cơ cao bị sảy thai ở tam cá nguyệt thứ hai và bị sinh non.
 - Không sinh ngã âm đạo.

1. Diaz JP, Sonoda Y, Leitao MM. Oncologic outcome of fertility-sparing radical trachelectomy versus radical hysterectomy for stage IB1 cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2008; 111(2):255-60.

2. Pareja R, Rendon GJ, Sanz – Lomana. Surgical, oncological, and obstetrical outcomes after abdominal radical trachelectomy – A systematic literature review. *Gynecologic Oncology*. 2013; 131: 77-82.

3. Quing Zang, Wenhui Li, Margaux J. Kanis. Oncologic and obstetrical outcomes with fertility – sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2017; 8(28): 46580-92.

4. Kaoru Okugawa, Hiroaki Kobayashi. Oncologic and obstetric outcomes and complications during pregnancy after fertility-sparing abdominal trachelectomy for cervical cancer: a retrospective review. *Int J. Clin Oncol* 2016.



MỘT SỐ LƯU Ý KHÁC

- Theo dõi: tương tự cắt tử cung tận gốc.
- Khuyến cáo của ESGO năm 2017: nên khâu thắt cổ tử cung khi cắt cổ tử cung tận gốc.
- Chăm sóc thai kỳ sát sao.

STT	Tuổi	Giai đoạn	GPB	Kích thước bướu (cm)	Số hạch nạo	Diện cắt	Thời gian mổ (phút)	Lượng máu mất (ml)	Thời gian rút sonde tiêu (ngày)	Thời gian nằm viện (ngày)	Biến chứng	Theo dõi (tháng)
1	29	IB1	Carcinôm tế bào gai	1,2	12	Âm tính	170	120	02	07	Không	27
2	31	IB1	Carcinôm tế bào gai	1,5	18	Âm tính	170	110	02	07	Không	17
3	32	IB1	Carcinôm tuyến	1	20	Âm tính	150	100	02	07	Không	18
4	32	IB1	Carcinôm tế bào gai	1	20	Âm tính	160	70	02	07	Không	18
5	30	IB1	Carcinôm tế bào gai	1	12	Âm tính	90	80	04	07	Không	11
6	26	IB1	Carcinôm tuyến	1,2	20	Âm tính	120	100	03	07	Không	15
7*	41	IB1	Carcinôm tế bào gai	0,5	13	Âm tính	180	100	02	07	Bít lỗ ngoài cổ tử cung	10
8	40	IB1	Carcinôm tế bào gai	1	24	Âm tính	120	150	04	07	Không	06
9	30	IB1	Carcinôm tế bào gai	1,2	12	Âm tính	170	120	02	07	Không	06
10	32	IB1	Carcinôm tế bào gai	1,5	18	Âm tính	170	110	02	07	Không	06
11	32	IB1	Carcinôm tuyến	1	20	Âm tính	150	100	02	07	Không	06
12	33	IB1	Carcinôm tế bào gai	1	20	Âm tính	160	70	02	07	Không	06



XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN

