

NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU VỀ TÍNH KHẢ THI VÀ ĐỘ AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TẬN GỐC HOÀN TOÀN TỬ CUNG KẾT HỢP NẠO HẠCH CHẬU TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Nguyễn thị Thanh Tâm, Phạm Việt Thanh

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: nhận xét tính khả thi và độ an toàn của phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt tận gốc hoàn toàn tử cung và nạo hạch chậu đối với ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm.

Phương pháp: báo cáo hàng loạt ca các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư cổ tử cung giai đoạn IA1, IB1 theo FIGO, đều được tiến hành thực hiện PTNS cắt tận gốc hoàn toàn tử cung và nạo hạch chậu, tại bệnh viện Từ Dũ TP Hồ Chí Minh; và không có trường hợp nào chuyển mổ hở.

Kết quả: từ tháng 5/2007 – 12/2007 có 4 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật và đã có một số các kết quả ghi nhận lại như sau: kết quả giải phẫu bệnh lý đều có 3 bệnh nhân ung thư tế bào gai, và 1 bệnh nhân bị ung thư tế bào tuyến cổ trong; bờ phẫu thuật trên mẫu bệnh phẩm đều cách xa sang thương, tuổi trung bình là 46 (38 - 52 tuổi), chỉ số khối trung bình là 23,7 kg/m² (21-27,2 kg/m²), thời gian phẫu thuật trung bình là 213 phút (120 – 280 phút), lượng máu mất trong mổ trung bình là 138 ml (100 – 200 ml), thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 4 ngày (3 - 5 ngày), không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong lúc mổ và không có trường hợp tai biến nào xảy ra trong và sau mổ.

Kết luận: PTNS cắt tận gốc hoàn toàn tử cung và nạo hạch chậu trong điều trị ung thư cổ tử cung đã giúp bệnh nhân tránh được những khó chịu mà bệnh nhân phải chấp nhận khi mổ bụng hở, rút ngắn thời gian hồi phục, nhưng phương pháp điều trị này phải do những phẫu thuật viên ung thư phụ khoa đã được huấn luyện về PTNS thực hiện.

SUMMARY

Objective: evaluate the feasibility and safety of total laparoscopic radical hysterectomy combined with lymphadenectomy for early cervical carcinoma.

Method: case series of the patients had early cervical cancer FIGO stage IA1-IB1. All the patients underwent a total laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy at TU DU hospital, and none of the surgeries required conversion to laparotomy.

Results: from 5/2007 – 12/2007, 4 patients underwent total laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy. 3 patients had squamous cell carcinoma and, 1 patient had adenocarcinoma. The surgical margins were free of disease in all cases. The mean age was 46 (range 38 – 52 years), body mass index was 23,7 kg/m² (range 21-27,2 kg/m²), operative time was 213 minutes (range 120 – 280 minutes) and blood loss was 138 ml (range 100 – 200 ml). The median length of stay was 4 days (range 3 - 5 days). No patients required an intraoperative blood and no complications occurred during and after procedure.

Conclusion: Laparoscopic treatment of cervical cancer offers the potential benefits of decreased discomfort with decreased convalescence time, but it should be reserved for gynecological oncologic surgeons trained in extensive laparoscopic procedures.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư cổ tử cung là ung thư sinh dục phổ biến nhất ở phụ nữ tại các nước kém phát triển. Mỗi năm trung bình có khoảng 10 -20 người trong 100.000 phụ nữ ở độ tuổi 30 được phát hiện có ung thư cổ tử cung. Tần suất này cao nhất ở Columbia và ở Đông Nam Á [1].

Vấn đề điều trị ung thư cổ tử cung phụ vẫn còn là một gánh nặng y tế lớn, dù là phẫu thuật, xạ trị hay hóa trị. Tỷ lệ sống sót của bệnh nhân bị ung thư cổ tử cung tùy thuộc vào việc chẩn đoán sớm, điều trị sớm và đúng mức. Và tiên lượng tùy thuộc vào giai đoạn lâm sàng, có di căn hạch vùng chậu hoặc hạch cạnh đại động mạch hay chưa.

Sự phát triển của PTNS ngày nay đã góp phần đáng kể vào việc đánh giá giai đoạn, tiên lượng bệnh trên các bệnh nhân bị ung thư cổ tử cung, mà không làm cho bệnh có quá nhiều các biến chứng, những khó chịu gây ra do mổ hở mà bệnh nhân bắt buộc phải chấp nhận như trong các phẫu thuật mổ hở từ trước đến nay.

Mười lăm năm trước đây, PTNS đã được ứng dụng lần đầu tiên trong điều trị ung thư cổ tử cung. Cắt tận gốc hoàn toàn tử cung qua nội soi được mô tả lần đầu tiên bởi hai tác giả M. Canis và Nehzat [2-4]. Phẫu thuật này có đặc điểm đáng ghi nhận là thời gian phẫu thuật quá dài và người ta quan tâm đến việc có lấy triệt để hết các tổn thương không? Qua nhiều năm sau đó có nhiều báo cáo khác đã nhấn mạnh đến tính khả thi của PTNS đối với việc cắt tận gốc hoàn toàn tử cung, nhưng việc đánh giá về diễn tiến sau phẫu thuật, tỉ lệ tử vong khi có phối hợp thêm nạo hạch cạnh đại động mạch và hạch chậu cũng như tỉ lệ sống còn sau điều trị vẫn chưa được nói đến nhiều.

Từ năm 1992 đến nay, trên thế giới đã có rất nhiều các nghiên cứu về PTNS cắt tận gốc hoàn toàn tử cung kèm nạo hạch cho các bệnh nhân bị ung thư cổ tử cung, riêng trong nước cho đến nay chưa có công trình nào nói về vấn đề này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích góp phần đánh giá tính khả thi, và độ an toàn của phương pháp cho các bệnh nhân bị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm được chẩn đoán tại bệnh viện Từ Dũ.

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Đánh giá tính khả thi, độ an toàn của PTNS cắt tận gốc hoàn toàn tử cung và nạo hạch chậu.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca

2. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Từ Dũ, được chẩn đoán là ung thư cổ tử cung giai đoạn IA1 – IB1 từ 5/2007 – 12/2007

3. **Tiêu chuẩn nhận bệnh:**

- bệnh nhân được chẩn đoán bằng giải phẫu bệnh lý sau bấm sinh thiết cổ tử cung, khoét chóp cổ tử cung (ung thư tế bào gai hay ung thư tế bào tuyến cổ trong)
- tiêu chuẩn nhận bệnh: kích thước khối bướu < 4cm, thể tích tử cung ≤ 12 tuần, không có hình ảnh di căn hạch vùng cũng như cơ quan lân cận qua chụp CT scan, chỉ số khối $\leq 35 \text{ kg/m}^2$, không có chống chỉ định thực hiện PTNS.

4. **Các bước thực hiện:**

- Định giai đoạn bệnh theo tiêu chuẩn phân loại của hệ thống phân loại FIGO
- Làm bilan xét nghiệm tiền phẫu
- Tư thế nằm ngửa, 2 chân dạng tư thế phụ khoa, đặt thông tiểu làm trống bàng quang, gây mê nội khí quản.
- Tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện PTNS cắt tận gốc hoàn toàn tử cung và nạo hạch 2 hố chậu, không có trường hợp nào chuyển mổ hở
- Kháng sinh dự phòng (2 gram Augbactam tiêm tĩnh mạch được chích khi bắt đầu rạch da)
- Sau mổ theo dõi sinh hiệu, tình trạng bụng, tình trạng đi tiểu, chảy máu âm đạo, trung tiện trở lại,

5. **Thu thập số liệu:** tất cả các đặc điểm của bệnh nhân được ghi nhận lại gồm: tuổi, chỉ số khối cơ thể, giai đoạn bệnh, giải phẫu bệnh, thời gian

phẫu thuật, đánh giá lượng máu mất, có truyền máu trong và sau mổ không, tình trạng các bờ phẫu thuật, tình trạng các hạch (qua giải phẫu bệnh lý sau mổ), thời gian nằm viện sau mổ, ghi nhận các biến chứng trong và sau mổ

6. Kỹ thuật mổ:

- Đặt dụng cụ nâng đẩy tử cung sau khi đã nong cổ tử cung nếu cần thiết
- Đặt 1 trocar 10 mm tại rốn và 3 trocar 5mm trên vệ, 2 bên hố chậu (ngoài bó mạch thượng vị dưới) sau khi đã bơm hơi ổ phúc mạc như thường qui
- Thăm sát toàn bộ các tạng trong ổ bụng, nhất là các cơ quan tại vùng chậu
- Bệnh nhân nằm trong tư thế đầu thấp Trendelenbourg vào khoảng $30^{\circ} - 45^{\circ}$, để đẩy ruột lên cao và có thể trình bày rõ các hóc chậu nằm sau phúc mạc.
- Tiến hành nạo hạch chậu: cần lấy hết các hạch quanh động mạch chậu ngoài, lỗ bịt, giữa động mạch và tĩnh mạch chậu, giữa mạch chậu chung. Mở lá phúc mạc dọc theo đường đi của hệ mạch chậu ngoài, bóc tách động mạch rốn đến tận nguyên ủy của nó ngay gần sát bó mạch chậu trong; từ đây có thể khu trú lại hố cạnh bàng quang với giới hạn ở đáy là dây thần kinh bịt. Hố cạnh trực tràng có thể được khu trú lại nhờ việc tách lá sau mạc chằng rộng đi đến tận chân của dây chằng rộng, lá phúc mạc sau của mạc chằng rộng này mở lên trên là đến chỗ chia đôi của động mạch chủ và mở đi xuống là ngang mức dây chằng tử cung cùng; tiến hành tách các mạch máu chậu ngoài khỏi cơ Psoas, lột trần các lớp áo của động mạch chậu ngoài để tách nó ra khỏi tĩnh mạch chậu ngoài nằm bên dưới, mà không được gây tổn thương thần kinh sinh dục đùi; các hạch chậu ngoài và chậu chung được tách ra khỏi bề mặt tĩnh mạch nhờ các dụng cụ không sắc bén; niệu quản cũng được tách rời khỏi phúc mạc sau dây chằng rộng;

hố bịt được mở ra nằm ở thành bên, thần kinh bịt và các mạch máu lỗ bịt nằm sát xương được thăm dò trước khi bóc tách các hạch lỗ bịt nông và sâu; lấy hạch giữa 2 mạch máu chậu (interiliac) hay còn gọi là vùng hạch “Leveuf et Godard”, hạch quanh mạch máu chậu ngoài, hạch lỗ bịt bên và nông. Tất cả hạch lấy được trong hệ thống hạch quanh mạch chậu này phải được lấy ra ngoài ổ bụng sau khi đã cho vào bao che chắn (endobag). Cũng thực hiện nạo hạch tương tự vậy ở phía bên còn lại.

- Tiến hành cắt tử cung tận gốc sau khi đã nạo hạch chậu: đốt cắt bó mạch tử cung ngay tại nguyên uỷ của nó từ động mạch rốn, niệu quản cũng được tách rời hoàn toàn ra khỏi đường hầm của nó. Chu cung bên được cắt đốt khoảng 2- 3 cm cách cổ tử cung, chu cung sau cách cổ tử cung khoảng 5 cm, kéo thẳng tử cung lên trên ra trước để làm tách trực tràng rời khỏi thành sau âm đạo; chu cung trước được bóc tách đến sát cổ bàng quang. Cắt các chu cung, cắt dây chằng tử cung cùng, kéo thẳng tử cung và các chu cung lên và cắt ngang qua 1/3 trên âm đạo (cách cổ tử cung khoảng 3 cm); lấy tử cung qua ngã âm đạo và khâu lại mồm cắt qua nội soi; hai phần phụ để lại còn tốt và bệnh nhân trẻ < 45 tuổi

IV. KẾT QUẢ:

Trong thời gian từ 5/2007 đến 12/2007, tại bệnh viện Từ Dũ đã thực hiện được 4 ca PTNS cắt tử cung hoàn toàn tận gốc cho những bệnh nhân bị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm, trong đó 2 ca giai đoạn IA1 và 2 ca giai đoạn IB1 theo FIGO.

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân:

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm chung	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Tuổi	46	38	52
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)	23,7	21,0	27,2
Số lần sanh	2	2	3

Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân là 46 tuổi, chỉ số khối cơ thể đều $<35 \text{ kg/m}^2$, tất cả bệnh nhân đều đã có ít nhất 2 con, phát hiện được bệnh chủ yếu là nhờ đi khám phụ khoa định kỳ.

2. Đặc điểm phẫu thuật:

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	213	120	280
Lượng máu mất lúc mổ (ml)	138	100	200
Thời gian nằm viện (ngày)	4,0	3,0	5,0

Nhận xét:

- thời gian phẫu thuật trung bình là 213 phút
- lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là 138 ml
- thời gian nằm viện trung bình là 4 ngày

3. Đặc điểm bệnh phẩm

Bảng 3: Kết quả đo bệnh phẩm và giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật

Chu cung và độ dài âm đạo	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Kích thước chu cung Phải lấy được (cm)	2,0	1,5	3,0
Kích thước chu cung Trái lấy được (cm)	1,9	1,0	3,0
Kích thước âm đạo trước lấy được (cm)	2,0	1,5	3,0
Kích thước âm đạo sau lấy được (cm)	3,0	1,0	5,0

Có 3 ca ung thư tế bào gai, 1 ca ung thư tế bào tuyến cổ trong

Không thấy có tế bào ung thư trong hạch lấy được

Nhận xét:

- các chu cung hai bên lấy được trung bình bên phải là 2 cm, bên trái là 1,9 cm
- âm đạo thành trước lấy được trung bình là 2cm, âm đạo thành sau lấy được trung bình là 3cm
- giải phẫu bệnh lý không có trường hợp nào có di căn hạch

V. BÀN LUẬN:

1. Cắt tử cung tận gốc và nạo hạch chậu qua nội soi được báo cáo lần đầu tiên năm 1992 [3, 4], điểm nổi bật được quan tâm nhiều trong phẫu thuật này là thời gian phẫu thuật. Trong 4 trường hợp chúng tôi phẫu thuật thì thời gian phẫu thuật trung bình là 213 phút, ca dài nhất là 280 phút và ngắn nhất là 120 phút, như vậy so với một số các tác giả khác trên thế giới đã thực hiện thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi lâu hơn so với Spirtos và cộng sự 205 phút, Obermair và cộng sự 210 phút [5], nhưng nhanh hơn tác giả Abu- Rutsum và cộng sự 371 phút [6], Nezhat và cộng sự 293 phút [7]; như vậy thời gian phẫu thuật của chúng tôi bước đầu thực hiện có thể xem là trong giới hạn chấp nhận được.
2. Đánh giá lượng máu mất trong phẫu thuật là yếu tố mà chúng tôi cũng như các tác giả trong các y văn thế giới quan tâm đến nhiều sau yếu tố thời gian phẫu thuật; lượng máu mất trung bình của chúng tôi là 138 ml, ca mất máu nhiều nhất là 200ml, và ca mất máu ít nhất là 100ml, như vậy lượng máu mất trung bình của 4 trường hợp chúng tôi phẫu thuật ít hơn so với các tác giả Spirtos 225 ml, của Obermair 200 ml [5], của Abu – Rustman 301 ml [6], của Ramirez 200ml [8]; nhưng lượng máu mất của chúng tôi hơi cao hơn một ít so với tác giả Nehzat là 143ml [7] và nhiều hơn gần gấp 3 lần so với Mario Malzoni 55 ml [9]. Như vậy, so với các tác giả khác thì lượng máu mất là có thể chấp nhận được trong bước đầu chúng tôi thực hiện phẫu thuật này.
3. Tai biến trong và sau mổ của chúng tôi không có trường hợp nào, nhưng một số các tác giả khác thì có ghi nhận được, có lẽ do số ca của chúng tôi quá ít so với các tác giả khác nên tỉ lệ tai biến chưa có. Tai biến của đường tiết niệu là tai biến luôn luôn được quan tâm nhiều nhất khi phân tích về các loại tai biến trong cắt tử cung qua nội soi nói chung và trong cắt tử cung tận gốc nói riêng. Thông thường tai biến đường niệu là do lỗi kỹ thuật, gây bông

nhiệt sau đốt điện cầm máu tại các vùng liên quan cạnh niệu quản, bàng quang; thêm vào đó khi cắt tử cung tận gốc, để lấy đủ rộng chu cung cần bóc tách mô quanh niệu quản nhiều, vì vậy luôn tồn tại nguy cơ hoại tử chặm niệu quản, đưa đến hậu quả dò niệu quản âm đạo sau mổ, và tai biến chung về đường niệu theo các nghiên cứu dẫn đường trước đây trong PTNS cắt tử cung tận gốc là 3,3%. Tác giả Spirtos báo cáo có 1 / 78 trường hợp bị dò niệu quản âm đạo [10], Mario Mazoni cũng có 1 / 65 trường hợp dò niệu quản âm đạo [9], Obermair cũng có 1 / 55 trường hợp dò niệu quản âm đạo [5], còn tác giả Nehzat thì có ghi nhận 1/7 trường hợp bí tiểu kéo dài 2 tuần sau mổ [7].

4. Tai biến mạch máu trong mổ của chúng tôi không có nhưng cũng như đã có nói ở trên, vì số ca của chúng tôi quá ít, nên không thể đánh giá được tỉ lệ này. Riêng tác giả Obermair báo cáo 3/ 55 trường hợp tổn thương mạch máu [5], còn lại đa phần trong nghiên cứu của các tác giả khác như Spirtos, Abu – Rustum, Ramiez, Nehzat, Mario Mazoni không có trường hợp nào tai biến mạch máu, dù rằng trong nhiều báo cáo dẫn đường trước đây có ghi nhận tỉ lệ tai biến tổn thương mạch máu đến 6 % [11].
5. Khi quan sát mẫu tử cung, âm đạo, chu cung sau mổ thì chúng tôi nhận thấy các yêu cầu về độ dài âm đạo, chu cung trong 4 trường hợp chúng tôi thực hiện mặc dù không hoàn hảo, nhưng có đáp ứng được nguyên tắc lấy rộng chu cung của phẫu thuật (bảng 3) ; không thấy có di căn hạch vùng chậu khảo sát ; mô học về loại ung thư tế bào nào ở cổ tử cung phù hợp với chẩn đoán trước và sau mổ.
6. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân chúng tôi là 4 ngày, thời gian này không có gì khác biệt so với các tác giả khác như của Obermair 5 ngày, Abu – Rustum 4 ngày rưỡi, Gil – Moreno 5 ngày, Nehzat 3, 2 ngày; đây cũng chính là một ưu điểm nổi bật

của PTNS khi so sánh với các phẫu thuật cắt tận gốc hoàn toàn tử cung bằng mổ hở.

7. Cả 4 trường hợp chúng tôi phẫu thuật, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 52 và nhỏ tuổi nhất 38, nhưng bệnh nhân đều đã có đủ số con, nên không gặp khó khăn trong thái độ xử trí cũng như tư vấn cho bệnh nhân khi cắt tử cung; chỉ số khối cơ thể BMI thấp do vậy phẫu thuật tương đối thuận lợi

VI. KẾT LUẬN:

Qua báo cáo bước đầu, chúng tôi nhận thấy PTNS cắt tận gốc hoàn toàn tử cung và nạo hạch chậu trong ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm là khả thi và an toàn, giúp bệnh nhân tránh được những khó chịu buộc phải chấp nhận khi trải qua phương pháp điều trị này bằng mổ hở. Tuy nhiên, vì số ca mổ còn quá ít và thời gian theo dõi sau phẫu trị chưa đủ, do vậy cần có thêm thời gian, thêm nhiều nghiên cứu khác để có thể đánh giá thêm tính khả thi, độ an toàn của phương pháp này; và phẫu thuật nên được thực hiện bởi các phẫu thuật viên ung thư phụ khoa có kinh nghiệm và đã được huấn luyện thuần thục về PTNS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thomas Bauknecht and H.-M. Runge, *Cancer of the Cervix*. Postgraduate Training and Research in Reproductive Health, 2002. **Module 3**: p. 1.
2. Nezhat, C.R., et al., *Laparoscopic radical hysterectomy and laparoscopically assisted vaginal radical hysterectomy with pelvic and paraaortic node dissection*. J Gynecol Surg, 1993. **9**(2): p. 105-20.
3. Canis, M., et al., *Does endoscopic surgery have a role in radical surgery of cancer of the cervix uteri?*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 1990. **19**(7): p. 921.
4. Nezhat, C.R., et al., *Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection*. Am J Obstet Gynecol, 1992. **166**(3): p. 864-5.
5. Obermair, A., P. Ginbey, and A.J. McCartney, *Feasibility and safety of total laparoscopic radical hysterectomy*. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2003. **10**(3): p. 345-9.

6. Abu-Rustum, N.R., et al., *Total laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy using the argon-beam coagulator: pilot data and comparison to laparotomy*. Gynecol Oncol, 2003. **91**(2): p. 402-9.
7. Nezhat, F., A. Mahdavi, and N.P. Nagarsheth, *Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy using harmonic shears*. J Minim Invasive Gynecol, 2006. **13**(1): p. 20-5.
8. Ramirez, P.T., et al., *Total laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy: the M. D. Anderson Cancer Center experience*. Gynecol Oncol, 2006. **102**(2): p. 252-5.
9. Malzoni, M., et al., *Feasibility, morbidity, and safety of total laparoscopic radical hysterectomy with lymphadenectomy: our experience*. J Minim Invasive Gynecol, 2007. **14**(5): p. 584-90.
10. Spirtos, N.M., et al., *Laparoscopic radical hysterectomy (type III) with aortic and pelvic lymphadenectomy in patients with stage I cervical cancer: surgical morbidity and intermediate follow-up*. Am J Obstet Gynecol, 2002. **187**(2): p. 340-8.
11. Ayhan, A., Z.S. Tuncer, and H. Yarali, *Complications of radical hysterectomy in women with early stage cervical cancer: clinical analysis of 270 cases*. Eur J Surg Oncol, 1991. **17**(5): p. 492-4.