

PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

Ngô Phan Thanh Thủy⁽¹⁾, Vũ Bá Quyết⁽²⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

DOI 10.46755/vjog.2019.4.575

Từ khóa: Ung thư nội mạc tử cung, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mổ mở,...
Keywords: Endometrial cancer, laparoscopy, laparotomy,...

Tóm tắt

Phẫu thuật nội soi ngày càng được khuyến cáo mạnh trong thực hành điều trị ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) do các ưu điểm vượt trội mà nó mang lại.

Mục tiêu: đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi trong UTMTC tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương (BVPSTW) từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2018.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: bao gồm 55 trường hợp UTMTC được chẩn đoán và điều trị tại BVPSTW trong năm 2018. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Kết quả: 7 bệnh nhân ung thư tại chỗ, 39 bệnh nhân UTMTC giai đoạn I. Thời gian phẫu thuật trung bình là 53,18 phút. Số lượng hạch tiểu khung trung bình được loại bỏ là 2,35 hạch chậu phải và 2,31 hạch chậu trái. Thời gian nằm viện trung bình 4,9 ngày. Không có biến chứng truyền máu và biến chứng trong khi phẫu thuật. Không có trường hợp nào di căn hạch.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi trong UTMTC là khả thi, an toàn và hiệu quả. Nhiều kết quả nghiên cứu cho thấy có sự giảm biến cố phẫu thuật và thời gian nằm viện.

Từ khóa: Ung thư nội mạc tử cung, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mổ mở,...

Abstract

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ENDOMETRIAL CANCER

Endoscopy has begun to play an increasingly important role in the surgical therapy of endometrial cancers due to its outstanding advantages.

The purpose of this study is to assess laparoscopic surgery for endometrial cancer in National Hospital for Obstetrics and Gynecology in 2018.

Subjects and methods: retrospective descriptive.

Results: 7 patients with endometrial adenocarcinoma in situ and 39 patients with stage I. A average operating time was 53,18 minutes. The

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Ngô Phan Thanh Thủy,
email: quyetvb2000@yahoo.com
Ngày nhận bài (received): 03/05/2019
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
20/05/2019
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 20/05/2019

average length of stay was 4,9 days. No transfusions and operative complications were noted. There are no cases having positive lymph nodes.

Conclusion: Laparoscopic surgery for endometrial cancer is feasible and safe. Many studies outcomes are associated with reduced operative morbidity and hospital stay.

Keyword: endometrial cancer, laparoscopy, laparotomy,...

1. Đặt vấn đề

Theo ghi nhận của cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC) năm 2012, ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) là ung thư phổ biến đứng thứ 6 ở phụ nữ trên thế giới với 300.000 trường hợp mới được chẩn đoán. Hầu hết các trường hợp được chẩn đoán sớm và tỷ lệ sống trên 5 năm trên 91% [6]. Ở Việt Nam theo số liệu ghi nhận ung thư ước tính, tỷ lệ mắc chuẩn năm 2010 là 5,6/100.000 phụ nữ, tỷ lệ bệnh có xu hướng ngày càng tăng [1].

Một nghiên cứu tổng quan lớn được đăng trên Cochrane (2012) khi phân tích 8 nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng so sánh phẫu thuật nội soi với mổ mở trong điều trị UTMTC giai đoạn sớm đã tìm thấy bằng chứng đủ mạnh để chứng minh vai trò của phẫu thuật nội soi ở nhóm đối tượng này. Nghiên cứu này cho thấy nội soi có liên quan đến thời gian sống còn toàn bộ, thời gian sống không bệnh, giảm biến chứng sau phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện. Không có sự khác biệt về biến chứng nặng sau phẫu thuật giữa hai nhóm [2].

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu về dịch tễ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cũng như điều trị UTMTC được thực hiện. Tuy nhiên, còn ít nghiên cứu về tình hình phẫu thuật nội soi trong UTMTC. Với mong muốn mang đến cái nhìn toàn cảnh về phẫu thuật nội soi, cũng như đánh giá lại về tính khả thi, hiệu quả của kỹ thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Điều trị ung thư nội mạc tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2018”.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

55 Bệnh nhân được chẩn đoán UTMTC tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 1/1/2018 – 31/12/2018 thỏa mãn

+ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTMTC được phân loại theo FIGO 2014 [3].

- Được phẫu thuật nội soi tại BVPSTW

- Có hồ sơ được ghi chép đầy đủ rõ ràng về hành chính, chuyên môn.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư từ nơi khác di căn đến tử cung

- Hồ sơ ghi chép thiếu thông tin, không rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

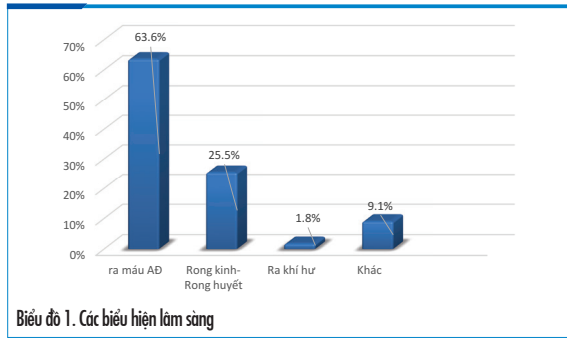
2.3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân lúc chẩn đoán bệnh là 55,95 tuổi (từ 23 – 80 tuổi)

- Trong số những trường hợp này có 39 người đã mãn kinh chiếm tỷ lệ 70,9%, với tuổi mãn kinh trung bình là 50,36 tuổi và thời gian trung bình từ khi mãn kinh đến khi được chẩn đoán là 11,5 năm (từ 2 - 35 năm).

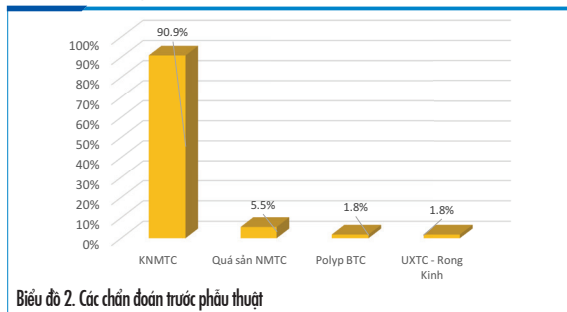


Ra máu âm đạo bất thường sau mãn kinh là triệu chứng chiếm tỷ lệ 63,6% (35 trường hợp) và chiếm tỷ lệ cao 89,7% trong số bệnh nhân mãn kinh. 14 trường hợp (25,5%) có triệu chứng rong kinh – rong huyết. 1 trường hợp đi khám vì ra nhiều khí hư hôi bẩn.

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng

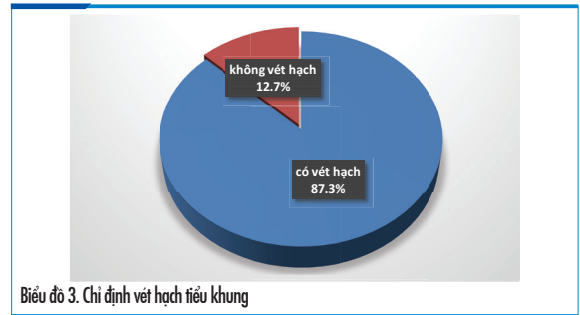
Đặc điểm	Số lượng N	Tỷ lệ %
Body mass index (17,48 - 42,46)	Gầy (< 18,5)	2 / 3,6
	Trung bình (18,5 - 25)	41 / 74,6
	Thừa cân (25 - 30)	11 / 20
	Béo phì (> 30)	1 / 1,8
Yếu tố nguy cơ	Tăng huyết áp	12 / 21,8
	Đái tháo đường	4 / 7,3
	Vô sinh	3 / 5,5
Độ dày NMTC	Mãn kinh <5mm	2 / 3,6
	>5mm	37 / 67,3
	Chưa mãn kinh > 15mm	9 / 16,4
	< 15mm	7 / 12,7

- Có 4 trường hợp được chụp MRI (7,3%) hỗ trợ chẩn đoán giai đoạn.

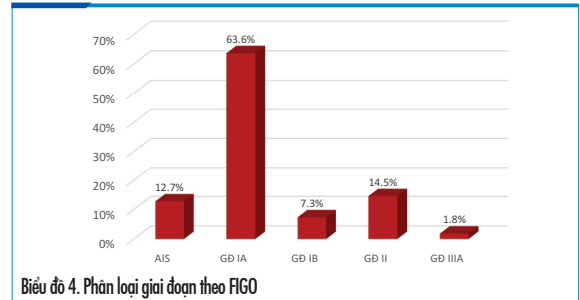


50 bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là KNMTC chiếm tỷ lệ 90,9%. 3TH (5,5%) chẩn đoán là quá sản nội mạc tử cung. 1 BN được chẩn đoán polyp BTC và 1 BN chẩn đoán là UXTC rong kinh trước phẫu thuật.

Chỉ định vét hạch chậu 2 bên trong 48 trường hợp chiếm tỷ lệ 87,3%



3.2. Phân loại giai đoạn theo FIGO



Phân loại giai đoạn theo FIGO: giai đoạn IA có 35 trường hợp (63,6%), giai đoạn II có 8 trường hợp (14,5%) và giai đoạn IIIA có 1 trường hợp (1,8%).

3.3. Một vài đặc điểm trong và sau phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật:

$\bar{X} \pm SD$: 53,18 ± 24,16 phút (20 – 130 phút)

Thời gian phẫu thuật trung bình là khoảng 53 phút. Trong đó, có trường hợp thời gian mổ nhanh nhất là 20 phút.

- Vét hạch tiểu khung: Có 48 trường hợp được chỉ định vét hạch tiểu khung.

Số lượng hạch vét được ở hố chậu phải: $\bar{X} \pm SD$: 2,35 ± 1,407 hạch (0 – 7 hạch)

Số lượng hạch vét được ở hố chậu trái: $\bar{X} \pm SD$: 2,31 ± 1,49 hạch (0 – 6 hạch)

- Phân loại mô bệnh học sau phẫu thuật

Bảng 2. Phân loại mô bệnh học

Typ mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung	47	85,5
Ung thư biểu mô thanh dịch	3	5,5
Ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung thể nhày	1	1,8
Ung thư biểu mô tế bào sáng NMTC	1	1,8
Ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung TB có lòng chuyển	1	1,8
Ung thư biểu mô hỗn hợp TB nội mạc và TB sáng	1	1,8
Ung thư biểu mô hỗn hợp TB thể nhày và TB sáng	1	1,8
Tổng	55	100

Ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất (85,5%).

- Tỷ lệ di căn hạch: không gặp trường hợp nào có di căn hạch trong nghiên cứu.
- Thời gian nằm viện:
 $\bar{x} \pm SD$: 4,95 \pm 0,5 ngày (4 – 8 ngày)
- Biến chứng sau mổ: có 1 trường hợp nhiễm trùng sau mổ ngày 3 phải điều trị kháng sinh 8 ngày.

4. Bàn luận

UTNMTC phụ thuộc vào độ tuổi, thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh chiếm 75%, gặp nhiều ở 60 – 70 tuổi, hiếm gặp dưới 40 tuổi (5%). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 56 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 23 tuổi và cao nhất là 80 tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với báo cáo của Nguyễn Tuấn Hưng trên 711 bệnh nhân UTMTC khám tại bệnh viện K từ 2001 đến 2010 với độ tuổi trung bình là 55,2 tuổi, trong đó trẻ nhất là 25 tuổi và cao nhất là 78 tuổi [4]. Có 9 TH (16,4%) \leq 45 tuổi, từ 46 đến 64 tuổi chiếm 63,6% (35 TH) và 20% (11 TH) $>$ 65 tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với báo cáo của các tác giả như Lanchance JA là 15% BN $<$ 45 tuổi, 47% TH từ 46 đến 64 tuổi và gặp 38% BN $>$ 65 tuổi [5]. Farhi DC báo cáo 10 trường UTMTC ở người trẻ tuổi (15 – 25 tuổi) được ghi nhận [6]. Như vậy, UTMTC hay gặp ở phụ nữ sau mãn kinh và bệnh có xu hướng trẻ hóa. Nhận xét này của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu [4], [6].

Chẩn đoán trước mổ UTMTC chiếm tỷ lệ 90,9%. Tất cả các TH đều được hút buồng tử cung trước phẫu thuật để chẩn đoán. 1 trường hợp được chẩn đoán u xơ tử cung rong kinh vì đã hút buồng tử cung kết quả lành tính nhưng vẫn tiếp tục ra máu, 1 trường hợp polyp buồng tử cung do kết quả giải phẫu bệnh là quá sản loại u tuyến, 3 trường hợp quá sản nội mạc tử cung phức tạp. Những trường hợp này đều được chẩn đoán UTMTC nhờ mô bệnh học sau phẫu thuật.

Hầu hết bệnh nhân UTMTC liên quan đến sự dư thừa estrogen biểu hiện trên lâm sàng là chỉ số khối cơ thể BMI cao được coi là thừa cân (BMI 25 - 30) hoặc béo phì (BMI $>$ 30), thường kèm với các bệnh lý chuyển hóa (ví dụ tăng huyết áp, tiểu đường). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20% thừa cân; 1, 8% béo phì (BMI 42,46) và

bệnh nhân trẻ tuổi thường bị béo phì hơn bệnh nhân lớn tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả Lanchance JA ($<$ 45 tuổi BMI 40,3kg/m² – 45-64 tuổi BMI 35,3kg/m² và $>$ 65 tuổi BMI 31,0kg/m²). BMI cao có mối tương quan với các đặc điểm tiên lượng tốt của UTMTC bao gồm loại độ mô học, loại mô học nội mạc tử cung và ở giai đoạn sớm [7]. Có 21,8% trường hợp điều trị tăng huyết áp, 7,3% đái tháo đường và 5,5% trường hợp điều trị vô sinh. Theo một phân tích tổng hợp của 6 nghiên cứu (n=3132) nguy cơ tương phát triển UTMTC ở phụ nữ mắc hội chứng chuyển hóa là 1,89 (p \leq 0,001). Phân tích riêng lẻ các bệnh trong hội chứng chuyển hóa, béo phì có liên quan đến lớn nhất gia tăng ung thư với RR là 2,21 (P $<$ 0,001) [12]. Có mối liên quan chặt chẽ giữa béo phì và nguy cơ ung thư tăng lên khi tăng BMI: RR đối với thừa cân là 1,32 và đối với béo phì là 2,54 [7]. Các bệnh lý khác của hội chứng chuyển hóa liên quan đến UTMTC bao gồm tăng huyết áp, tăng triglyceride máu, đái tháo đường đặc biệt đái tháo đường typ II. Vô sinh cũng cũng là những yếu tố nguy cơ của UTMTC. Cả mãn kinh sớm và mãn kinh muộn đều có nguy cơ mắc ung thư nội mạc tử cung tăng gấp 2 lần [7]. Các nghiên cứu gần đây phát hiện LS hoặc HNPCC là một rối loạn di truyền trội tự phát gây ra bởi đột biến trong các gen sửa chữa DNA. Phụ nữ có đột biến ở MLH1, MSH2, MSH6 hoặc PMS2 có nguy cơ mắc ung thư nội mạc tử cung và ung thư đại trực tràng lên đến 40%, cũng như nguy cơ mắc ung thư buồng trứng 9% - 12% [7].

Phân loại giai đoạn theo FIGO thì có 70,9% trường hợp ở giai đoạn IA - B; 14,5% giai đoạn II và 12,7% giai đoạn ung thư tại chỗ. Chỉ có 1 trường hợp ở giai đoạn IIIA chiếm tỷ lệ 1,8%. Điều này cho thấy bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn sớm và phẫu thuật nội soi có thể thực hiện được.

Thời gian phẫu thuật nội soi trung bình của chúng tôi là 53 phút, có trường hợp cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi kèm vét hạch chậu thời gian mổ chỉ 20 phút. Kết quả của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với các báo cáo khác. Lin XN và cộng sự [8], cho thấy gia tăng thời gian

phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mổ mở (213 phút so với 162 phút). Các tác giả giải thích có sự chênh lệch lớn về thời gian phẫu thuật nội soi giữa các báo cáo là do nhiều nguyên nhân như là sự phát triển mạnh về thiết bị công nghệ kỹ thuật của dụng cụ và máy móc, kỹ năng và tay nghề giữa các phẫu thuật viên, và thay đổi những kỹ thuật mổ mới. Béo phì và lớn tuổi là một yếu tố hạn chế cho phẫu thuật nội soi. Trong nghiên cứu này, do đối tượng bệnh nhân chúng tôi là những trường hợp UTNMTC ở giai đoạn sớm hơn với các tác giả trên, thiết bị máy móc mới và hiện đại hơn so với thời điểm các tác giả làm nghiên cứu, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và kĩ năng tốt nên thời gian phẫu thuật ngắn hơn rất nhiều. Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày, không có trường hợp nào phải truyền máu. Kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả Lin XN khi tổng kết nghiên cứu là nồng độ huyết sắc tố ít thay đổi, thời gian nằm viện ngắn hơn ($6,3 \text{ ngày} \pm 1,7 \text{ ngày}$ so với $9,5 \pm 1,8 \text{ ngày}$, $P < 0,01$) và thời gian phục hồi đường tiêu hóa ngắn hơn ($1,8 \pm 0,6 \text{ ngày}$ so với $2,7 \pm 1,2 \text{ ngày}$, $P < 0,01$). Không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về số lượng các hạch bạch huyết được loại bỏ, chi phí và biến chứng trong mổ và phục hồi chức năng tiểu tiện [8]. Zullo và cộng sự [9] tiến hành một nghiên cứu ngẫu nhiên để so sánh nội soi và mổ bụng ở những bệnh ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm. Các tác giả cho thấy sự an toàn và hiệu quả của nội soi cũng giống như trong mổ mở, chỉ ra lợi ích của nội soi trong mối quan hệ với chất lượng cuộc sống trong 6 tháng đầu sau phẫu thuật. Tozzi và cộng sự [10] báo cáo kết quả đầu tiên về thời gian sống còn bệnh nhân UTNMTC đã được phẫu thuật nội soi so với những bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật mổ mở. Dựa trên sự theo dõi trung bình 44 tháng (từ 5 – 96 tháng) bệnh nhân UTNMTC giai đoạn I theo FIGO, họ thấy rằng khoảng thời gian không bệnh trong số BN mổ nội soi là 91% so với 94% trong số bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cổ điển. Tỷ lệ sống chung là 86% so với 90% bệnh nhân mổ bụng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tác giả cũng đưa ra khuyến cáo phẫu thuật nội soi nên được là phương pháp phẫu thuật thường quy ở bệnh

nhân UTNMTC giai đoạn sớm. Trong nghiên cứu của Malur [11] ở 70 bệnh nhân UTNMTC giai đoạn I đến giai đoạn III so sánh phân tích các hạch bạch huyết bị loại bỏ thời gian phẫu thuật, biến chứng hậu phẫu, thời gian sống toàn bộ và tỷ lệ tái phát giữa nội soi và mổ mở cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có di căn hạch. Trong một nghiên cứu tổng quan được đăng trên Cochrane khi phân tích các nghiên cứu từ năm 2009 đến 2015 về việc vét hạch trong UTNMTC kết luận không tìm thấy bằng chứng cho thấy phẫu thuật nạo vét hạch làm giảm nguy cơ tử vong hoặc tái phát bệnh so với không nạo vét hạch ở UTNMTC giai đoạn I. Có nhiều bằng chứng ở những BN phẫu thuật nạo vét hạch tăng khả năng gặp phải tình trạng bệnh lý hệ thống liên quan đến phẫu thuật và các biến cố nghiêm trọng khác. Hiện tại, chưa có bằng chứng cho thấy hiệu quả của phẫu thuật nạo vét hạch ở phụ nữ mắc bệnh ở giai đoạn muộn hơn và ở những người có nguy cơ tái phát bệnh cao [12].

Các biến chứng sau phẫu thuật thường được nhắc đến như các biến cố nhiễm trùng (sốt, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi, absces trong ổ bụng, các biến cố không nhiễm trùng (huyết khối tĩnh mạch sâu, ỉa chảy, tắc mạch phổi, rối loạn chức năng ruột,...) qua các nghiên cứu đều thấp có ý nghĩa thống kê ở nhóm được phẫu thuật nội soi. Có 1 trường hợp bệnh nhân trong nghiên cứu sốt do nhiễm trùng móm cắt sau mổ ngày thứ 3, được điều trị kháng sinh tích cực, sát khuẩn móm cắt điều trị sau 5 ngày ổn định ra viện.

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi nên được chỉ định ở những bệnh nhân UTNMTC giai đoạn sớm. Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn kèm vét hạch tiểu khung có tính khả thi, an toàn và hiệu quả. Giảm tỷ lệ biến cố trong phẫu thuật như giảm lượng máu mất; không cần truyền máu; không tổn thương mạch máu, tiết niệu, ruột. Giảm tỷ lệ biến cố sau mổ như nhiễm trùng, sốt, thời gian nằm viện ngắn. Thời gian hồi phục các chức năng nhanh.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế - Bệnh viện K (2015), Ung thư nội mạc tử cung, Hóa trị một số bệnh ung thư phụ khoa, tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, 65-79.
2. K. Galaal, A. Bryant, A. D. Fisher và các cộng sự. (2012), "Laparoscopy versus laparotomy for the management of early stage endometrial cancer", *Cochrane Database Syst Rev*, (9), tr. Cd006655.
3. Nguyễn Văn Hiếu (2015), Ung thư học, Nhà xuất bản Y học, 269-278.
4. Nguyễn Thị Hoài Nga Nguyễn Tuấn Hưng (2012), "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư nội mạc tử cung", *Tạp chí Y học thực hành*, 882 (số 5/2012), tr. 58-60.
5. Lachance JA, et al. The effect of age on clinical/pathologic features, surgical morbidity and outcome in patient with endometrial cancer (2006). *Gynecol Oncol*. 101(3):470-5.
6. Farhi DC, Nosanchuk J, et al. Endometrial adenocarcinoma in women under 25 years of age (1986). *Obstet Gynecol*. 68(6):741-5.
7. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus conference on Endometrial cancer diagnosis, treatment and follow-up (2016). *Int J Gynecol Cancer*. 26(1):2-30.
8. Lin XN, Tong XM, et al. Comparison of surgery for staging using laparoscopy and laparotomy in patients with endometrial cancer (2011). *Zhong Yi Xue Za Zhi*. 90(35):2491-4.
9. F. Zullo, S. Palomba, T. Russo và các cộng sự. (2005), "A prospective randomized comparison between laparoscopic and laparotomic approaches in women with early stage endometrial cancer: a focus on the quality of life", *Am J Obstet Gynecol*, 193(4), tr. 1344-52.
10. R. Tozzi, S. Malur, C. Koehler và các cộng sự. (2005), "Laparoscopy versus laparotomy in endometrial cancer: first analysis of survival of a randomized prospective study", *J Minim Invasive Gynecol*, 12(2), tr. 130-6.
11. S. Malur, M. Possover, W. Michaels và các cộng sự. (2001), "Laparoscopic-assisted vaginal versus abdominal surgery in patients with endometrial cancer--a prospective randomized trial", *Gynecol Oncol*, 80(2), tr. 239-44.
12. Frost JA, et al (2017) "Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer", *Cochrane Database Syst Rev*, (10):CD007585.doi: 10.1002/14651858.