

PHỤ KHOA, UNG THƯ & KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

PHẪU THUẬT UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG 4 NĂM (2008 – 2011)

Vũ Bá Quyết

Tóm tắt:

Trong các phương pháp điều trị UTNMTC, phẫu thuật là cơ bản và có vai trò quan trọng nhất. Hiện nay có 2 phương pháp phẫu thuật: mở và nội soi. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, việc phẫu thuật nội soi đã được tiến hành để điều trị UTNMTC trong những năm gần đây. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này được công bố. **Mục tiêu:** Đánh giá tình hình phẫu thuật ung thư niêm mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2008 đến năm 2011. **Đối tượng và phương pháp:** Bao gồm 144 trường hợp UTNMTC (có chẩn đoán mô bệnh học sau mổ) được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 4 năm từ 2008-2011. Thiết kế nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Những bệnh nhân này được thu thập các đặc điểm về tuổi, số con, dấu hiệu lâm sàng chính, phương pháp phẫu thuật, thời gian cuộc phẫu thuật, lượng máu phải truyền trong mổ, thời gian nằm viện, tai biến và biến chứng sau mổ. **Kết quả:** Trong 4 năm từ 2008- 2011, có 144 trường hợp UTNMTC được điều trị phẫu thuật tại BV Phụ sản Trung ương, trong đó số bệnh nhân trong khoảng tuổi từ 51-60 là nhiều nhất (45,8%), phân bố số lượng bệnh nhân giữa các năm không có sự khác biệt. Hầu hết các bệnh nhân đều đã có con (89,6%) và có biểu hiện sau mãn kinh ra máu bất thường (77,8%). Số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tăng dần theo các năm. So với mổ mở, mổ nội soi ít phải truyền máu hơn, thời gian mổ ngắn hơn và thời gian nằm viện cũng ngắn hơn có ý nghĩa so với mổ mở. Các vấn đề liên quan đã được bàn luận.

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

Abstract

Treatment of endometrial cancer in the national hospital gynecology-obstetrics for 4 years (2008 - 2011)

Objective: To assess the surgical situation endometrial cancer in National hospital gynecology-obstetrics for 4 years (2008 - 2011). **Material and methods:** A retrospective study on 144 endometrial cancer patients underwent surgery in National hospital gynecology-obstetrics from 2008 to 2011 (confirm the diagnosis by a pathologist after surgery). The patients were collected personal informations, the main clinical signs, surgical methods, time of surgery, blood loss and transfusions during surgery, hospital stay, complications after surgery. **Results:** During

4 years, 144 endometrial cancer patients underwent surgery in National hospital gynecologic-obstetric, age from 51 to 60 represent a high proportion, 45.8%. Distribution of the number of patients between the years no difference, most patients were children (89.6%), and abnormal bleeding sign after menopause is 77.8%. Laparoscopic method increased year after year, and less than a blood transfusion, shorter surgery time, shorter hospitalization time significantly compared with the abdominal surgery. The issues have been discussed.

Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Đặt vấn đề

Năm 2008 trên thế giới có khoảng 287.000 trường hợp ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) mới mắc (đứng thứ sáu trong các trường hợp ung thư ở nữ) và 74.005 trường hợp tử vong vì căn bệnh này. Ở Việt Nam số trường hợp mới mắc và tử vong là 3.054 và 1.400 tương ứng tỷ lệ mới mắc và tử vong trên 100 000 dân là 7,2 và 3,3, so sánh với năm 2002 là 2,5 và 0,9 [1]. Rõ ràng, tỷ lệ UTMTC trên thế giới và ở nước ta có xu hướng gia tăng do tuổi thọ phụ nữ ngày càng cao, xu hướng sử dụng hormone thay thế sau mãn kinh (MK) cũng như tỷ lệ tăng lên các yếu tố nguy cơ có sự tương quan với tỷ lệ bệnh như: béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường... và các phương pháp chẩn đoán bệnh cũng ngày càng tốt hơn. Bệnh gặp chủ yếu ở phụ nữ sau MK (75%), đa số trong khoảng 50-59 tuổi, tuy nhiên có khoảng 5% xuất hiện ở tuổi < 40 [1-7]. Người ta có thể điều trị UTMTC bằng nhiều phương pháp như phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, nội tiết tùy theo giai đoạn của bệnh. Trong các phương pháp trên, điều trị bằng phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất, được áp dụng cho phần lớn các bệnh nhân ở giai đoạn sớm (giai đoạn I, II) [7]. Bệnh viện Phụ sản Trung ương là một bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về sản phụ khoa, đặc biệt về chẩn đoán, điều trị các ung thư phụ khoa, trong đó có UTMTC. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm và tỷ lệ UTMTC được phẫu thuật trong những

năm gần đây. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá tình hình phẫu thuật ung thư nội mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2008 đến năm 2011.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 144 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị bệnh nội mạc tử cung mô bệnh học (MBH) sau mổ là UTMTC từ 1/2008 đến 12/2011 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, không phân biệt tuổi, lý do vào viện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

+ Tất cả các bệnh nhân phẫu thuật điều trị bệnh nội mạc tử cung có chẩn đoán MBH sau mổ là UTMTC.

Tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu

+ Các bệnh nhân UTMTC đã phẫu thuật ở nơi khác nhập viện để điều trị tiếp.

+ Những bệnh nhân UTMTC tái khám.

+ Những bệnh nhân UTMTC nhưng không có chẩn đoán MBH sau phẫu thuật vì bất kỳ lý do nào.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang.

- Các biến số nghiên cứu

+ Tuổi

+ Tiền sử sản khoa (số con, vô sinh hoặc không có con)

+ Triệu chứng lâm sàng (ra máu sau mãn kinh/ rong huyết)

+ Các kết quả chẩn đoán cận lâm sàng (siêu âm, CT, MRI, sinh thiết trước mổ, tế

bào cổ tử cung – âm đạo).

+ Typ mô bệnh học

+ Phương pháp phẫu thuật (nội soi, mổ mổ).

+ Kết quả phẫu thuật (số lượng hạch vét được, lượng máu mất, thời gian mổ, thời gian nằm viện trung bình, các biến chứng sau mổ).

- Quy trình nghiên cứu

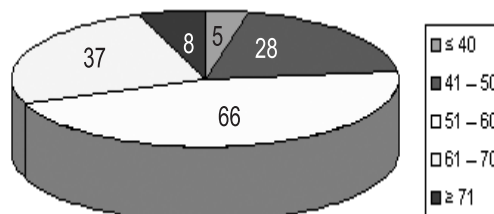
+ Thu thập các thông tin qua hồ sơ, bệnh án.

+ Tổng hợp và phân tích các số liệu thu thập được.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học thông thường.

Kết quả nghiên cứu

Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.

Nhận xét: Bệnh nhân trẻ nhất là 38 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi. Số bệnh nhân trong khoảng tuổi từ 51-60 là nhiều nhất (66/144= 45,8%), thấp nhất ở nhóm tuổi <40 với 3,5%.

Phân bố theo tiền sử phụ khoa

Bảng 1. Phân bố theo tiền sử sản khoa và triệu chứng lâm sàng

| | Tiền sử sản khoa | | Triệu chứng | |
|-----------------|---------------------------|---------------|---------------------|------------|
| | Vô sinh hoặc không có con | Có từ 1-6 con | Ra máu sau mãn kinh | Rong huyết |
| Số lượng | 15 | 129 | 112 | 32 |
| Tỷ lệ % | 10,4 | 89,6 | 77,8 | 22,2 |

Tỷ lệ phụ nữ bị UTNM đã sinh con chiếm tới 89,6% và triệu chứng chính là ra máu sau mãn kinh (77,8%).

Phân bố bệnh nhân phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật UTNM theo các năm

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân phẫu thuật UTNM theo năm

| Năm | Mổ mở | Mổ nội soi | Tổng số |
|---------|-------|------------|---------|
| 2008 | 20 | 19 | 39 |
| 2009 | 21 | 16 | 37 |
| 2010 | 12 | 20 | 32 |
| 2011 | 13 | 23 | 36 |
| Tổng số | 66 | 78 | 144 |

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về số lượng bệnh nhân UTNMTC trong mỗi năm. Tuy nhiên, số BN được phẫu thuật nội soi tăng dần theo các năm tiếp theo.

Các phương pháp cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh

Siêu âm: 144 trường hợp (100%), trong đó siêu âm bơm nước: 15 trường hợp. Trong

số này, 130 ca siêu âm đầu dò âm đạo thấy NMTC dày từ 6 – 20mm, 15 trường hợp siêu âm bơm nước buồng tử cung (BTC) thấy NMTC rất dày, nghi ngờ polype buồng tử cung.

Nạo niêm mạc tử cung: 130 trường hợp (90,3%), trong đó có 52 trường hợp soi BTC rồi nạo.

MRI: 25 trường hợp chụp MRI cho thấy xâm lấn và hạch liên quan.

Tế bào âm đạo cổ tử cung: 140 trường hợp,

chỉ có 30% cho kết quả AGUS, HSIL hay ung thư biểu mô.

So sánh hai phương pháp phẫu thuật

Bảng 3. So sánh hai phương pháp phẫu thuật

| Phương pháp phẫu thuật | Phải truyền máu | | Thời gian mổ (phút) | Thời gian nằm viện trung bình (ngày) | Tai biến trong mổ | Biến chứng sau mổ |
|------------------------|-----------------|-----|---------------------|--------------------------------------|-------------------|-------------------|
| | SL | % | | | | |
| Mổ mở | 13 | 9,0 | 60-120 | 7 | 0 | 0 |
| Nội soi | 4 | 2,8 | 60-90 | 3-5 | 0 | 0 |
| Tổng | 17 | | | | 0 | 0 |

Có 17 trường hợp phải truyền máu trong mổ với lượng máu trung bình là 200ml, trong đó số phải truyền máu do mổ mở chiếm 13/17 trường hợp (76,5%). Thời gian mổ và thời gian nằm viện của phẫu thuật nội soi ngắn hơn so với mổ mở. Các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ không gặp trường hợp nào.

Kết quả vét hạch

- Trong 128 trường hợp vét hạch, có 10 trường hợp không có hạch.

- 118 trường hợp có từ 2 – 14 hạch

- 8 trường hợp có hạch to từ 2 – 3 cm dính chặt vào tĩnh mạch chậu ngoài, trong đó 3 trường hợp chỉ bóc lấy hết tổ chức liên kết trong hạch, không lấy hết vỏ hạch vì hạch di căn sâu vào mạch máu.

- Chỉ có 9 trường hợp có di căn hạch trong đó di căn hạch bên phải là 6 và bên trái là 3 trường hợp. Đặc biệt, 3 trường hợp hạch to khoảng 3cm thì kết quả mô bệnh học là hạch viêm phản ứng.

Bàn luận

Về phân bố tuổi và triệu chứng lâm sàng của UTNMTC

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi nhỏ nhất là 38 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi, tuổi trung bình $57,24 \pm 12,6$ phù hợp với nghiên cứu của Meyer có tuổi trung bình là 57 cao hơn so với tác giả Chu Hoàng Hạnh (55,5);

Diêm Thanh Thủy (55,12). Số bệnh nhân trong khoảng tuổi từ 51- 60 là nhiều nhất (66/144= 45,8%), thấp nhất ở nhóm tuổi <40 với 3,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Bùng (từ 51 – 60 tuổi chiếm 40%); Creasman WT (từ 50-59 tuổi) và Chu Hoàng Hạnh (từ 50-59 tuổi chiếm tỷ lệ 55,6%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số phụ nữ bị UTNM đã sinh con chiếm tới 89,6% và triệu chứng chính là ra máu sau mãn kinh (77,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nhiều nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Frigerio L và CS (2006), Roberto Tozzi và cs, có >80% các bệnh nhân UTNMTC có biểu hiện ra máu bất thường sau mãn kinh [4-7].

Về các phương pháp phẫu thuật

Trong các phương pháp điều trị UTNMTC, phẫu thuật được coi là biện pháp ưu tiên hàng đầu. Có hai phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật mở bụng và phẫu thuật nội soi. Từ 1998, phẫu thuật nội soi điều trị UTNMTC đã được thực hiện khá nhiều trên thế giới và đạt hiệu quả cao. Năm 2007, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, các chuyên gia Pháp đã hỗ trợ kỹ thuật phẫu thuật vét hạch trong điều trị UTNMTC. Những năm đầu chỉ áp dụng cho bệnh nhân không có bệnh nội khoa kèm theo, thành bụng không

béo quá. Còn tất cả các trường hợp khác đều mổ mở đường bụng do nguyên nhân khách quan có nhiều phẫu thuật viên tham gia mổ... Những năm gần đây, tỷ lệ phẫu thuật nội soi điều trị UTNMTC tăng dần đều, năm sau nhiều hơn năm trước. Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mổ mở phải truyền máu trong khi mổ nhiều hơn so với mổ nội soi (9% so với 2,8%), thời gian mổ nội soi ngắn hơn mổ mở (60 phút so với 75 phút), thời gian nằm viện trung bình của mổ nội soi ngắn hơn mổ mở (3-ngày so với 7 ngày). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của Eugenio Volpi và cs (2006), theo các tác giả: thời gian trung bình cho phẫu thuật mở lâu hơn đáng kể cho các nhóm nội soi ổ bụng (143,6 phút so với 109,7 phút, $p = 0.0001$), thời gian nằm viện của mổ mở dài hơn đáng kể so với mổ nội soi (4,59 ngày so với 3,18 ngày; $p < 0,0001$) [3]. Còn theo các tác giả Mario Malzoni và cs (2009), thời gian phẫu thuật trung bình của mổ mở là 136 phút \pm 31 (95% CI 118-181) so với 123 phút \pm 29 của nội soi (95% CI 111-198). Việc mất máu của mổ mở là 145 ml \pm 35 (95% CI 60-255) so với 50ml \pm 12 trong nhóm nội soi ($P < 0,01$) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi và của nhiều tác giả nước ngoài, không gặp các tai biến trong mổ (cắt phải mạch máu, niệu quản, tổn thương ống tiêu hóa...) và cũng không gặp phải các biến chứng sau mổ. Với những kết quả này, rõ ràng phương pháp mổ nội soi để điều trị UTNMTC đang được sử dụng rộng rãi [4-5].

Một trong những vấn đề căn bản của phẫu thuật ung thư nói chung là khả năng nạo vét hạch. Việc nạo vét hạch tốt (thí dụ trong ung thư đại tràng, yêu cầu phải nạo vét được ≥ 12 hạch mới được coi là phẫu thuật đạt yêu cầu) sẽ làm giảm liều điều trị hóa xạ bổ trợ, làm tăng thời gian sống thêm không bệnh và toàn bộ. Tuy nhiên, với UTNMTC,

là một trong những ung thư được phát hiện nhiều ở giai đoạn sớm, nên tỷ lệ di căn hạch thường ít. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 128 trường hợp vét hạch thì 10 trường hợp không có hạch, trong số 118 trường hợp có từ 2 – 14 hạch nhưng chỉ phát hiện thấy có 9 trường hợp hạch có di căn ung thư trên xét nghiệm vi thể hạch (6,25% có di căn hạch). Vì thế, việc vét hạch có nhất thiết được đặt ra ở những trường hợp UTNMTC, đặc biệt là các bệnh nhân UTNMTC giai đoạn I và II?

Trong những trường hợp trên MRI hoặc siêu âm phát hiện có hạch to/nhiều hạch, bệnh giai đoạn muộn, việc vét hạch đương nhiên được đặt ra và coi như một yêu cầu bắt buộc với phẫu thuật viên dù mổ mở hay mổ nội soi. Trên thực tế, chúng tôi nhận thấy rằng để nạo vét hạch tốt, phẫu thuật viên cần có các thông tin chính xác về vị trí, kích thước của hạch. Để cung cấp những thông tin này, theo chúng tôi có vai trò rất quan trọng của chẩn đoán MRI. Trên phim MRI trước mổ không chỉ giúp chúng ta có đánh giá giai đoạn lâm sàng trước mổ tốt mà còn giúp phẫu thuật viên dễ nạo vét hạch tối đa đồng thời cũng giúp đánh giá lại giai đoạn bệnh sau mổ chính xác hơn nhiều.

Kết luận

Trong 4 năm từ 2008 - 2011, có 144 trường hợp UTNMTC được điều trị phẫu thuật tại BV Phụ sản Trung ương, trong đó số bệnh nhân trong khoảng tuổi từ 51-60 là nhiều nhất (45,8%), phân bố số lượng bệnh nhân giữa các năm không có sự khác biệt. Hầu hết các bệnh nhân đều đã có con (89,6%) và có biểu hiện sau mãn kinh ra máu bất thường (77,8%). Số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tăng dần theo các năm.

So với mổ mở, mổ nội soi ít phải truyền máu hơn, thời gian mổ ngắn hơn và thời gian nằm viện cũng ngắn hơn có ý nghĩa so với mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Thị Hợp (1986), "*Tình hình ung thư nội mạc tử cung điều trị tại BV BMTSS trong 10 năm 1977- 1986*", Luận văn bác sĩ nội trú Bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
2. Andreas Obermair, Tom P. Manolitsas, Yee Leung et al (2004), Total laparoscopic hysterectomy for endometrial cancer: patterns of recurrence and survival. *Gynecologic Oncology* 92, 789-793.
3. Eugenio Volpi, Annamaria Ferrero, Maria Elena Jacomuzzi, Alice Peroglio Carus, Luca Fuso, Francesca Martra, Piero Sismondi (2006), Laparoscopic treatment of endometrial cancer: feasibility and results. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124, 232-236
4. Frigerio L, Gallo A, Ghezzi F, Trezzi G, Lussana M, Franchi M (2006), Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in endometrial cancer. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 93, 209—213.
5. Janda M, Gebiski V, Forder P et al for the LACE Trial Committee (2006), Total laparoscopic versus open surgery for stage 1 endometrial cancer: The LACE randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials* 27 (2006) 353-363.
6. Mario Malzoni, Raffaele Tinelli, Francesco Cosentino, Ciro Perone, Marianna Rasile (2009), Total laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy with lymphadenectomy for early-stage endometrial cancer: A prospective randomized study. *Gynecologic Oncology* 112, 126-133
7. Roberto Tozzi, Christhardt Koehler, Alfonso Ferrara, and Achim Schneider (2004), Laparoscopic treatment of early ovarian cancer: surgical and survival outcomes. *Gynecologic Oncology*, 93, 199-203.