

# Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

## UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp  
Thành phố Hồ Chí Minh

# MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

## UNG THƯ PHỤ KHOA

- 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính  
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ
- 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị  
Lê Thị Thu Hà
- 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và điều trị phẫu thuật  
Lê Thị Thu Hà
- 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú  
Hồ Hoàng Thảo Quyên
- 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán hình ảnh vú  
Phan Thị Mai Hoa
- 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng  
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ  
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ
- 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới  
Nguyễn Khánh Linh
- 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật ngoại phụ khoa  
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi mang thai  
Bùi Quang Trung
- 43 < Ngôi mộ: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo  
Vương Tú Như
- 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh  
Phan Đăng Nghị
- 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản: cập nhật chẩn đoán và điều trị  
Lê Thị Ngân Tâm
- 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau do lạc nội mạc tử cung  
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như
- 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung  
Lê Thị Ngân Tâm
- 72 < Kỹ thuật chuyển phôi  
Hồ Ngọc Anh Vũ
- 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới  
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến
- 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam  
Dương Quang Huy

## JOURNAL CLUB

- 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa: Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh
- 88 < NSAIDS không làm tăng huyết áp dai dẳng giai đoạn hậu sản
- 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai
- 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong thai kỳ
- 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

## MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MẮN KINH”  
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.  
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”  
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.  
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



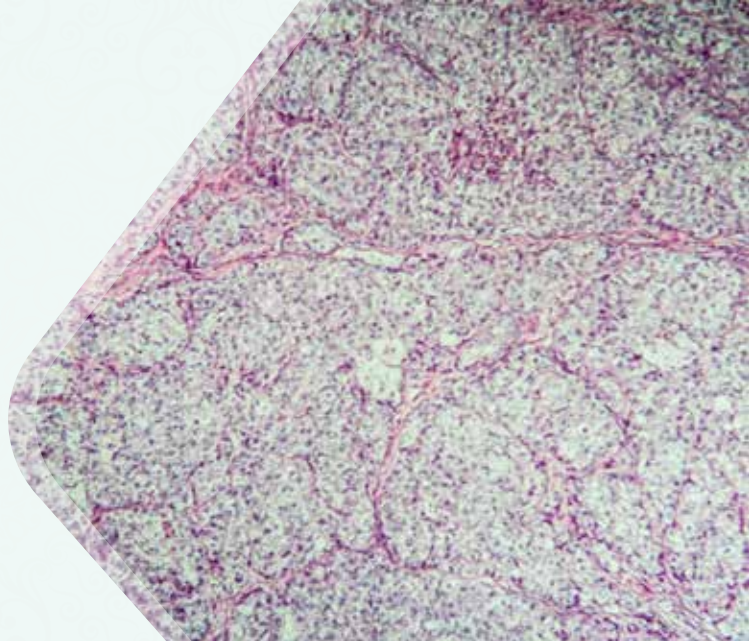
Abbott



# PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch

Đại học Y Dược TPHCM



## GIỚI THIỆU

Ung thư buồng trứng là bệnh lý đứng hàng thứ 4 trong các loại ung thư phụ khoa, ước đoán trên toàn thế giới có khoảng 238.700 trường hợp mới mắc và 151.900 ca tử vong vì ung thư buồng trứng mỗi năm (Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế – IARC, 2012). Riêng tại Mỹ, trong năm 2016 khoảng 22.280 trường hợp mới mắc và 14.240 ca tử vong (Siegel và cs, 2016). Điều trị ung thư buồng trứng là điều trị đa mô thức - kết hợp giữa phẫu thuật và hóa trị. Trong đó, phẫu thuật có thể là mổ mở hoặc mổ nội soi. Như chúng ta đã biết, phẫu thuật nội soi đã trở nên phổ biến và trở thành tiêu chuẩn vàng trong nhiều chuyên khoa. Tuy nhiên, liệu phẫu thuật nội soi có thực sự an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư buồng trứng hay không? Bài viết sau đây sẽ đề cập đến vai trò của phẫu thuật nội soi trong bệnh lý này.

## CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

Ung thư buồng trứng là một trong những bệnh lý ác tính phụ khoa thường gặp. Bệnh được mô tả là một kẻ giết người thầm lặng do diễn tiến âm thầm và thường được phát hiện khi ở giai đoạn muộn; thậm chí, một số trường hợp ung thư buồng trứng giai đoạn sớm có triệu chứng thì việc chẩn đoán cũng gặp khó khăn do các triệu chứng của bệnh không đặc hiệu. Ở giai đoạn sớm, có thể tình cờ phát hiện một khối u ở buồng trứng qua siêu âm bụng. Khi đó, việc tiếp cận của nhà lâm sàng là xác định xem khối

u đó là lành tính hay ác tính. Các công cụ hỗ trợ như chẩn đoán hình ảnh (siêu âm thang xám, siêu âm Doppler, CT scan, MRI) hay các dấu ấn sinh học như ROMA test cũng như nội soi thám sát sẽ giúp ích cho việc đánh giá nguy cơ của khối u. Khi người phụ nữ có khối u vùng chậu đi kèm với báng bụng hay các dấu hiệu di căn cơ quan khác thì chẩn đoán ung thư buồng trứng nên được nghĩ tới cho đến khi có bằng chứng ngược lại (Hoffman và cs, 2016). Việc chẩn đoán giai đoạn bệnh sẽ ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp điều trị, cũng như cho phép tiên lượng sống còn ở bệnh nhân ung thư buồng trứng (Bảng 1).

## VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

### Ung thư buồng trứng giai đoạn sớm

Khi một khối u buồng trứng được nghi ngờ ác tính trên lâm sàng, thì chiến lược tiếp cận là phẫu thuật loại bỏ những u đang hiện diện và đánh giá giai đoạn bệnh một cách toàn diện. Quá trình đánh giá giai đoạn đòi hỏi phải thám sát phúc mạc, các cơ quan trong ổ bụng và khảo sát hạch một cách kỹ lưỡng (Hoffman và cs, 2016). Về phẫu thuật cắt bỏ u, khuyến cáo thực hiện phẫu thuật triệt để gồm cắt bỏ toàn bộ tử cung, vòi trứng và buồng trứng hai bên hoặc cắt vòi trứng và buồng trứng một bên (nếu bệnh nhân mong con và giai đoạn bệnh trên lâm sàng là IA hoặc IC) (Morgan và cs, 2016). Một cách tổng quát, các quá trình trên gọi

**Bảng 1. Phân giai đoạn ung thư buồng trứng theo Hiệp hội Sản phụ khoa quốc tế FIGO 2014.**

	Giới hạn ở buồng trứng	
Giai đoạn I	IA	1 buồng trứng
	IB	2 buồng trứng
	IC	1 hoặc 2 buồng trứng với vỏ bọc vỡ hoặc dịch ổ bụng hoặc dịch rửa ổ bụng có tế bào ác tính
	Ung thư 1 hoặc 2 buồng trứng có di căn vùng chậu	
Giai đoạn II	IIA	Di căn tử cung và/hoặc vòi trứng
	IIB	Di căn các nơi khác trong vùng chậu
	IIC	IIA hoặc IIB với vỏ bọc vỡ, dịch ổ bụng hoặc dịch rửa ổ bụng có tế bào ác tính
	Ung thư 1 hay 2 buồng trứng lan ra ngoài vùng chậu và/hoặc có hạch sau phúc mạc, hạch bẹn, di căn bề mặt gan, di căn vi thể mạc nối lớn, mạc treo ruột non	
Giai đoạn III	IIIA	Không di căn hạch nhưng có di căn phúc mạc vi thể
	IIIB	Có di căn phúc mạc đại thể > 2 cm, không di căn hạch
	IIIC	IIIB và/hoặc có di căn hạch sau phúc mạc hay hạch bẹn
Giai đoạn IV	Di căn xa, tràn dịch màng phổi, di căn nhu mô gan	

chung là trong giai đoạn ung thư buồng trứng khi mổ (surgical staging). Một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp (Bogani và cs, 2017) gồm 11 nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu (N = 3.065), nhằm so sánh mức độ an toàn cũng như hiệu quả của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (minimal invasive surgery – MIS) (N = 1.450) và mổ mở (laparotomy – LAP) (N = 1.615) trong "surgical staging" ung thư buồng trứng giai đoạn sớm. Hiệu quả và độ an toàn của MIS được đánh giá qua các đặc điểm của cuộc phẫu thuật và kết cục ung thư học. Kết quả của nghiên cứu cho thấy, về kết cục phẫu thuật: nhóm phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn với độ khác biệt trung bình (WMD 28,33 phút; KTC 95%, 2,59 – 59,25), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê; lượng máu mất ít hơn (WMD -156,47; KTC 95%, -216,41 – -96,54); thời gian nằm viện ngắn hơn (WMD -3,68; KTC 95%, -5,26 – -2,11); tỷ lệ truyền máu trong mổ thấp hơn (OR 0,21; KTC 95%, 0,10 – 0,43) một cách có ý nghĩa. Không có sự khác biệt về biến chứng trong mổ giữa hai nhóm (OR 0,93; KTC 95%, 0,34 – 2,55). Những bệnh nhân nhóm phẫu thuật nội soi có biến chứng hậu phẫu thấp hơn so với nhóm mổ mở (OR 0,48; KTC 95%, 0,29 – 0,81), tuy

nhiên, biến chứng hậu phẫu nghiêm trọng là như nhau giữa hai nhóm. Về kết cục ung thư học, tỷ lệ nâng giai đoạn ung thư (OR 0,81; KTC 95%, 0,55 – 1,20) và tỷ lệ u bị vỡ (OR 1,32; KTC 95%, 0,52 – 3,38) là như nhau giữa hai phương pháp. Vấn đề cần quan tâm về khả năng khảo sát hạch của phẫu thuật nội soi cũng đã được đề cập trong nghiên cứu này, cụ thể là, số lượng hạch chậu (WMD 1,09 hạch; KTC 95%, -5,70 – 3,51) và số hạch cạnh động mạch chủ (WMD 1,92 hạch; KTC 95%, -0,80 – 4,65) không khác biệt có ý nghĩa khi so sánh giữa 2 phương pháp phẫu thuật. Như vậy khả năng khảo sát hạch là như nhau giữa hai phương pháp (Bogani và cs, 2017a). Ngoài ra, kết quả một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp khác về ảnh hưởng của phương pháp phẫu thuật lên biến chứng hạch trong "surgical staging" ung thư buồng trứng sớm cũng cho kết quả tương tự, cụ thể là phẫu thuật nội soi cho thấy biến chứng tụ dịch nang bạch huyết và dò bạch huyết thấp hơn, lần lượt là (OR 0,72; KTC 95%, 0,36 – 1,43) và (OR 0,24; KTC 95%, 0,04 – 1,46) (Bogani và cs, 2017b). Một ưu điểm khác của phẫu thuật nội soi là thời gian hóa trị liệu sau phẫu thuật ngắn hơn so với khi thực hiện mổ mở (WMD -5,16 ngày; KTC 95%, -8,68 – -1,64). Bên cạnh đó,

nghiên cứu cũng cho thấy phẫu thuật nội soi không ảnh hưởng đến kết cục sống của bệnh nhân, với tỷ lệ tái phát và tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm là không có sự khác biệt (Bogani và cs, 2017a). Từ các dữ liệu nghiên cứu trên cho thấy, phẫu thuật nội soi có độ an toàn và hiệu quả tương đương với mổ mở khi điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn sớm và có phần ưu thế hơn về mặt phẫu thuật. Tuy nhiên, các nghiên cứu được đưa vào tổng quan hệ thống này là những nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, độ mạnh về chứng cứ chưa cao. Do đó, trong tương lai vẫn cần thêm nhiều các thử nghiệm lâm sàng có đối chứng với độ chứng cứ cao hơn.

### Ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa

Ở giai đoạn này, trị liệu đa mô thức nhiều đợt mang đến dự hậu tốt. Phẫu thuật làm giảm thiểu tổng khối tế bào bướu được thực hiện trước để loại bỏ khối u, theo sau đó là 6 đợt hóa trị với platinum. Trong một số trường hợp, không thể làm giảm tổng khối tế bào bướu ngay lần phẫu thuật đầu tiên, có thể sử dụng tân hóa trị hỗ trợ (neoadjuvant chemotherapy – NACT) và sau đó sẽ phẫu thuật lại để làm giảm tối đa khối bướu còn lại (Hoffman và cs, 2016). Vai trò của phẫu thuật nội soi trong giai đoạn này đã được khảo sát trong một vài nghiên cứu. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đa trung tâm (Rutten và cs, 2017), với mục đích xác định liệu phẫu thuật nội soi chẩn đoán (diagnostic laparoscopy) được thực hiện trước có làm giảm tỷ lệ những cuộc phẫu thuật giảm thiểu tổng khối tế bào bướu tiên phát vô ích hay không. Phẫu thuật được gọi là vô ích nếu phần mô ác tính còn sót lại lớn hơn 1 cm. Nghiên cứu được thực hiện từ 2011 – 2015, bao gồm 201 bệnh nhân nghi ngờ ung thư buồng trứng giai đoạn muộn. Những bệnh nhân tham gia nghiên cứu được chọn lựa ngẫu nhiên cho một trong hai phương pháp điều trị là phẫu thuật nội soi (n = 102) và mổ mở (n = 99). Kết quả của nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ phẫu thuật vô ích ở nhóm phẫu thuật nội soi là 10 (10%), thấp hơn so với nhóm mổ mở là 39 ca (39%), với RR 0,25; KTC 95%, 0,13 – 0,47, P < 0,001; và tỷ lệ sót u (> 0 cm) của nhóm phẫu thuật nội soi cũng thấp hơn so với nhóm mổ mở với RR 0,47; KTC 95%,

0,32 – 0,68, P < 0,001. Bên cạnh đó, nghiên cứu còn chỉ ra rằng tỷ lệ tử vong và tỷ lệ sống sót trong khoảng thời gian theo dõi của cả hai nhóm không có sự khác biệt với trị số P ở các phân tích đều lớn hơn 0,05. Như vậy, nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi làm giảm được số trường hợp phẫu thuật vô ích cũng như tỷ lệ sót u có ý nghĩa thống kê ở những bệnh nhân ung thư buồng trứng ở giai đoạn tiến triển và không ảnh hưởng đến kết cục sống của bệnh nhân. Do đó, đối với những trường hợp cần phẫu thuật làm giảm khối bướu, nghiên cứu khuyến cáo phẫu thuật nội soi chẩn đoán nên được thực hiện trước khi tiến hành phẫu thuật làm giảm thiểu tổng khối bướu. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi chẩn đoán cũng là một công cụ được khuyến cáo nên thực hiện đầu tiên, giúp cân nhắc lựa chọn NACT hay phẫu thuật giảm khối u tiên phát (Wright và cs, 2016).

### Ung thư buồng trứng tái phát

Vai trò của phẫu thuật trong ung thư buồng trứng tái phát là phẫu thuật giảm khối bướu thứ phát. Những trường hợp thích hợp để thực hiện phẫu thuật này là bướu nhạy với platinum, giai đoạn khởi bệnh trước đó kéo dài, tái phát tại một vị trí đơn độc và không bàng bụng (Hoffman và cs, 2016). Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Eriksson và cộng sự năm 2017 nhằm so sánh kết cục chu phẫu (perioperative outcome) và kết cục ung thư học (oncologic outcome) giữa hai nhóm phẫu thuật xâm lấn tối thiểu và mổ mở trong phẫu thuật làm giảm thiểu khối bướu thứ phát (secondary surgical cytoreduction – SSCR) trên những bệnh nhân bị ung thư buồng trứng tái phát. Kết quả nghiên cứu cho thấy, về kết cục chu phẫu, thời gian phẫu thuật trung bình cũng như biến chứng trong vòng 30 ngày sau mổ của hai nhóm không có sự khác biệt. Tuy nhiên, thể tích máu mất cũng như thời gian nằm viện trung bình ở nhóm MIS thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm LAP (P = 0,001). Về kết cục ung thư học, tỷ lệ không tiến triển bệnh trong 2 năm là 56,1% ở nhóm MIS so với 63,5% ở nhóm LAP, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa (P = 1,0). Tỷ lệ sống sót sau 2 năm của hai nhóm là như nhau (92,2% cho MIS và 81,4% cho LAP, P = 0,7). Có thể thấy, MIS tỏ ra khả quan và an toàn trong phẫu thuật giảm

khối bướu thứ phát mà lại không khác biệt về các kết cục ung thư khi so với LAP. Do đó, nhóm tác giả cho rằng có thể chỉ định MIS cho những trường hợp thích hợp một cách linh hoạt (Eriksson và cs).

## KẾT LUẬN

Từ những kết quả của các công trình nghiên cứu trên, vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng đã phần nào sáng tỏ. Trong tất cả các giai đoạn của bệnh, phẫu thuật nội soi luôn có ưu điểm hơn mổ mở về khía cạnh phẫu thuật như làm giảm lượng máu mất trong mổ và rút ngắn thời gian nằm viện. Về mặt ung thư học, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng không có sự khác biệt về tiên lượng sống, tỷ lệ tái phát giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở. Về vấn đề khảo sát hạch đối với những khối u ở giai đoạn sớm, các số liệu cho thấy hiệu quả giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở là như nhau. Bên cạnh đó, phẫu thuật nội soi còn làm giảm tỷ lệ phẫu thuật giảm khối u vô ích khi ung thư đã ở giai đoạn tiến triển. Và đối với những trường hợp ung thư tái phát,

việc điều trị bằng phẫu thuật nội soi cũng không có sự khác biệt so với mổ mở. Với những kết quả khả quan này, chúng ta có thể mong chờ phẫu thuật nội soi sẽ trở thành một lựa chọn tin cậy, an toàn và hiệu quả cho việc điều trị ung thư buồng trứng trong tương lai. Tuy nhiên, cần nhiều hơn nữa những nghiên cứu có mức độ chứng cứ cao hơn để đảm bảo chắc chắn cho những kết luận này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, KD Miller and A Jemal, Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin, 2016. 66(1): p. 7-30.
2. Hoffman BL et al. Williams Gynecology. 2016. 3rd(35): p. 735-759.
3. Morgan RJ Jr et al. Ovarian Cancer, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw, 2016. 14(9): p. 1134-63.
4. Bogani G et al. Minimally Invasive Surgical Staging in Early-stage Ovarian Carcinoma: A Systematic Review and Meta-analysis. J Minim Invasive Gynecol, 2017a. 24(4): p. 552-562.
5. Bogani G et al. Impact of Surgical Route in Influencing the Risk of Lymphatic Complications After Ovarian Cancer Staging. J Minim Invasive Gynecol, 2017b. 24(5): p. 739-746.
6. Rutten MJ et al. Laparoscopy to Predict the Result of Primary Cytoreductive Surgery in Patients With Advanced Ovarian Cancer: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol, 2017. 35(6): p. 613-621.
7. Wright AA et al. Neoadjuvant chemotherapy for newly diagnosed, advanced ovarian cancer: Society of Gynecologic Oncology and American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. Gynecol Oncol, 2016. 143(1): p. 3-15.
8. Eriksson AGZ et al. Minimal access surgery compared to laparotomy for secondary surgical cytoreduction in patients with recurrent ovarian carcinoma: Perioperative and oncologic outcomes.

**HOSREM**  
Knowledge for Better Healthcare

Sáng thứ 6, ngày 26/10/2018  
KS Equatorial (242 Trần Bình Trọng, Q.5)

**ENDOMETRIOSIS**  
**Experts Meeting 8**  
Lạc nội mạc tử cung và u xơ tử cung

## HƯỚNG DẪN ĐĂNG KÝ THAM DỰ

Hạn đăng ký tham dự sớm với mức phí ưu đãi: trước 30/09/2018  
Thông tin chi tiết truy cập [www.hosrem.org.vn](http://www.hosrem.org.vn)

