

# Hỗ trợ phẫu thuật ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển

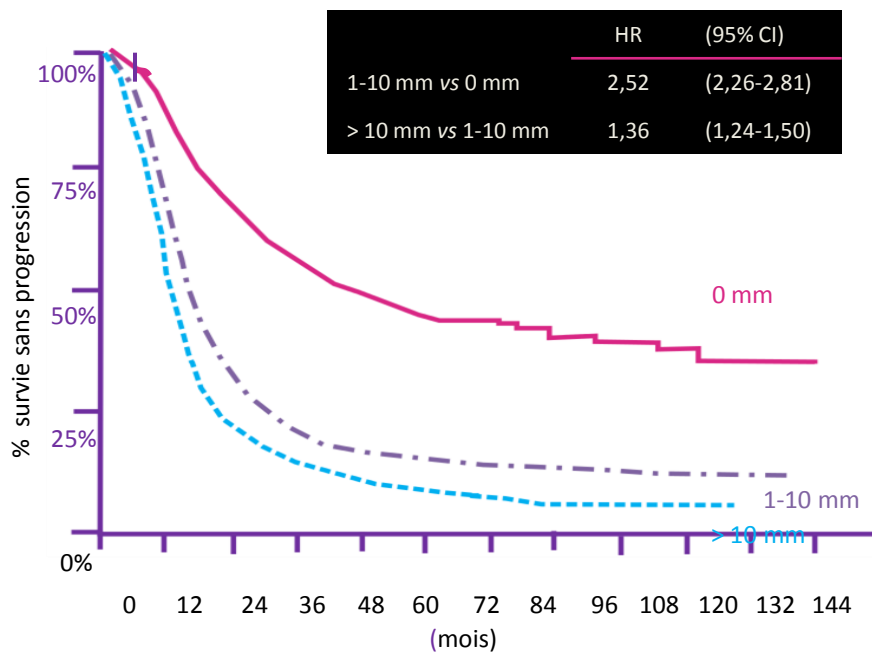
Guyon F, Cordeiro Vidal G, Babin G, Querleu D  
Département de chirurgie oncogynécologie  
Institut Bergonié  
CLCC Bordeaux-Aquitaine  
Guyon F, Cordeiro Vidal G, Babin G, Querleu D  
Khoa phẫu thuật ung thư  
Viện Bergonie  
CLCC Bordeaux-Aquitaine

# Giới thiệu

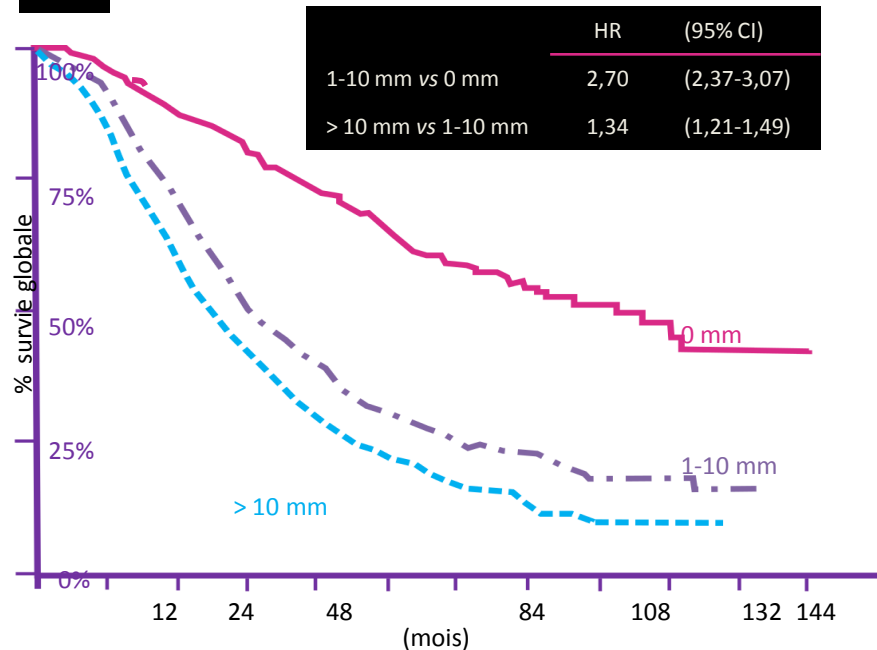
- **Đồng thuận**
  - Hỗ trợ các bệnh nhân mắc ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển dựa vào việc thực hiện phẫu thuật giảm số lượng tế bào kèm hóa trị hóa trị
  - Nếu hóa trị chứng minh hiệu quả sống sót, thì vai trò của phẫu thuật là yếu tố tiên quyết.
- Kể từ khi công bố năm 1975, đại học giới thiệu các khái niệm về giảm số lượng tế bào, nhiều nghiên cứu quan sát (theo thời gian) đã nêu bật sự tương quan giữa OS, PFS và tầm quan trọng về phần còn lại của khối u lúc cuối can thiệp.
- Mười năm trở lại đây đã đánh dấu sự tiến triển của các mục tiêu của phẫu thuật giảm số lượng tế bào: thông qua các khái niệm tối ưu trong trường hợp phần u còn lại <1 cm phẫu thuật hoàn toàn không bỏ sót, nêu cần thiết, cắt bỏ “rộng hơn” của các tổn thương tầng trên mạc treo đại tràng và cắt bỏ các tổn thương đôi khi lan rộng.

# Tầm quan trọng của phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ

A



B



(A) Sống sót không tiến triển (B) sống sót toàn bộ sau tái mắc (B) tiến triển dựa vào kích thước phần còn lại của khối u.

Du Bois A, et al. Vai trò của kết quả phẫu thuật là yếu tố tiên lượng trong ung thư biểu mô buồng trứng tiến triển: một phân tích tổng hợp ngẫu nhiên trong thăm dò 3 đoạn 3 thử nghiệm. Ung thư. 2009; 115: 1234-1244

# Tầm quan trọng của phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ

- **Tỷ lệ sống trung bình toàn bộ**
  - **Cắt bỏ hoàn toàn: 99 tháng**
  - **Khối u còn lại 1-10 mm: 36 tháng**
  - **Khối u còn lại > 10 mm: 29 tháng**

sống sót không tái phát		
	N	(%)
Cắt toàn bộ	483	46,2
Khối u còn lại 1-10mm	158	16,2
Khối u còn lại >10mm	110	10,0
Toàn bộ	751	24,0

# Rationnel

- **Phẫu thuật ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển đòi hỏi phẫu tích rộng vùng tiểu khung.**
- **Tổn thương trong túi Douglas có sự hình thành của các ổ khối u "hộp nhất" việc cắt trực tràng- đại tràng sigma tới tử cung và hai phần phụ.**
- **Cắt bỏ khối là cần thiết nhưng tổn thương sâu và ít phát triển bên ngoài phúc mạc.**
- **Phẫu thuật Hudson hoặc cắt buồng trứng triệt để thực hiện cắt rộng phía sau (đôi khi chỉ là cắt túi cùng) cơ nâng đưa ra ngoài qua đường sau phúc mạc tử cung, phần phụ, túi cùng Douglas +/- cắt trực tràng- đại tràng sigma cũng như toàn bộ phúc mạc vùng tiểu khung.**

# Chỉ định

- **Tồn tại một khối u cố định vùng trực tràng /đại tràng sigma**
- **Cần cắt bỏ một phần của bàng quang và / hoặc niệu quản không giới hạn việc tạo hình.**
  - **CI:**
  - **Cắt toàn bộ bàng quang**
  - **Không có khả năng thực hiện phẫu thuật toàn bộ.**
  - **Tình trạng chung bấp bênh**
  - **Cố định tham số vào thành tiểu khung.**

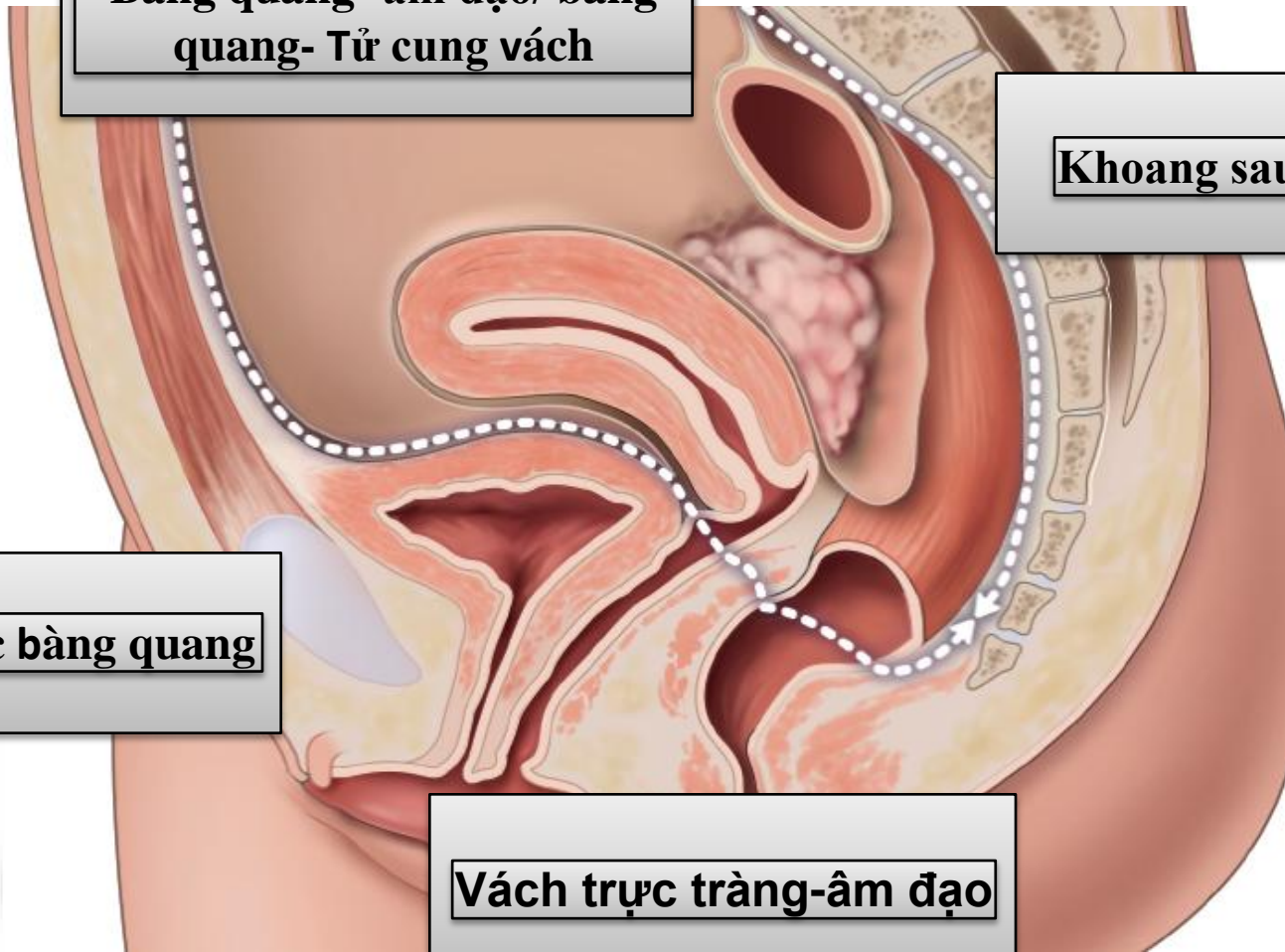
# Phẫu thuật Hudson

Bàng quang- âm đạo/ bàng  
quang- Tử cung vách

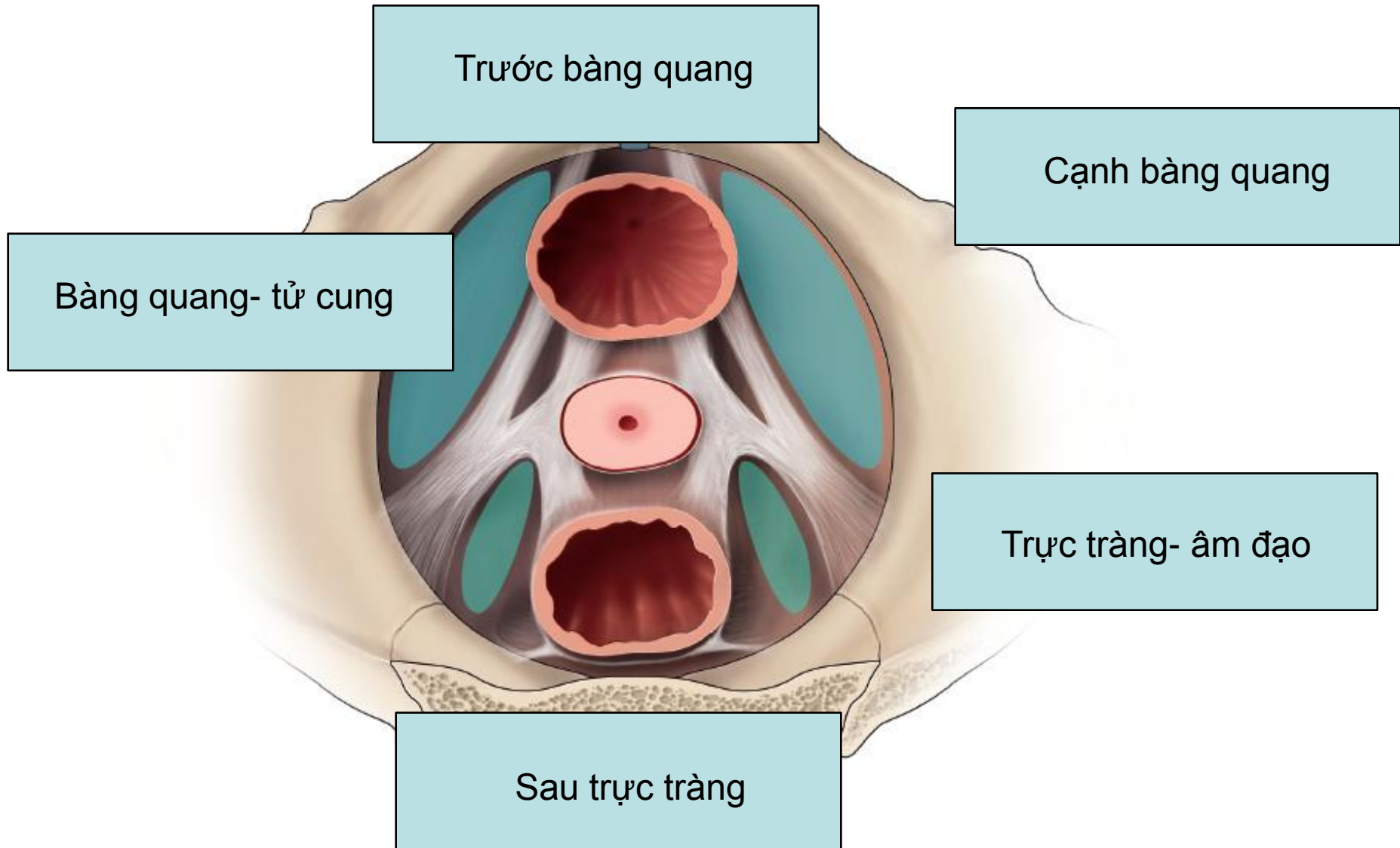
Khoang sau trực tràng

Khoang trước bàng quang

Vách trực tràng-âm đạo



# Các khoang vùng tiểu khung





# Tư thế nằm

- Tư thế nằm ngửa
- Dạng chân cho phép tạo đường vào đôi và đoạn nối tiêu hóa qua đường hậu môn.
- Sonde bàng quang
- Gây mê toàn thân và với điều kiện (+++): hạch bệnh lý, theo dõi huyết động...

# Phẫu thuật

- **Mổ mở đường giữa ổ bụng vùng trên mu**
- **Xét nghiệm tế bào và đánh giá toàn bộ ổ bụng chủ yếu tầng trên mạc treo đại tràng.**
- **Kiểm tra vùng tiểu khung**

Video 1

# Rạch phúc mạc

- Rạch phúc mạc ở vùng không bị tổn thương tới rìa xung quanh vùng eo.
- Tách riêng các niệu quản và dây chằng vùng thất lưng- buồng trứng

Video 2

# Cắt bỏ phúc mạc vùng cạnh tiểu khung

- Rạch phúc mạc vùng cạnh tiểu khung lấy bỏ tổn thương.
- Cắt các dây chằng tròn.
- Bộc lộ trực mạc máu
- Đánh dấu hai niệu quản

Video

# Mở các hồ cạnh bàng quang và cạnh trực tràng

video

# Cắt bỏ phức mạc phía trước bàng quang và bóc bàng quang-tử cung

video

# **Điều trị cuồng tử cung và bóc vùng mạc treo-trực tràng**

video

# Thủ thuật cắt bên đối diện tử cung tương tự cho phép sát nhập vùng phẫu thuật

video



# Cắt vùng âm đạo

- **Phẫu thuật phía trước sau đó phía bên và bộc lộ thành sau**
- **Cắt thành sau và cân Denonvilliers để khám phá trực tràng**

video

# Cắt tử cung

- **Từ dưới lên trên thuận lợi cho việc tách vách ngăn**
- **Điều trị vùng cạnh tử cung và vùng tử cung-xương cùng**

video

# Sát nhập vùng phẫu thuật

- Phẫu tích vùng âm đạo, mở các hồ và bóc vùng sau trực tràng cho phép bộc lộ vùng cần phẫu thuật.
- Đó là thời điểm chúng ta quyết định hoặc là phẫu tích mặt trước của trực tràng hoặc là thực hiện bộc lộ phía sau.

video

# Cắt trực tràng

- Sát nhập vùng trực tràng phía trước của ụ nhô.
- Đi sâu xuống phía sau bóng trực tràng (vùng sau trực tràng vô mạch)
- Điều trị mạc treo- trực tràng
- Việc sát nhập phía sau và phía bên này sau khi cắt vùng âm đạo cho phép tạo cuống vùng phẫu thuật trên bóng trực tràng
- Cắt trực tràng

video

# Cắt bỏ vùng phẫu thuật

- **Cắt đại tràng sigma.**
- **Điều trị mạc treo - đại tràng sigma tới tận cuống trực tràng.**

video

# Đoạn nối đại- trực tràng

- Sát nhập đại tràng xuống.
- Nếu yêu cầu cắt động mạch mạc treo tràng dưới
- Xác định vị trí đe
- Đoạn nối
- Đóng vết mổ: đầu xa của mạch máu và khâu không cần kéo

# Kết thúc phẫu thuật

- **Dẫn lưu**
- **Mở bảo vệ**
  - **Mở đại tràng**
  - **Mở hồi tràng**
  - **Mở hồi tràng**

# Phục hồi chức năng sớm

- **Khái niệm về theo dõi nhanh chóng**
- **Sát nhập nhanh chóng**
- **Ăn sớm**
- **.....giảm đau sau phẫu thuật**



# Kết luận

- **Phẫu thuật cho phép tối ưu hóa cắt tổn thương vùng thất lưng**
- **Cho phép tiếp cận vấn đề tối ưu phương pháp bảo tồn trực tràng**
- **Không phải là trở ngại đối với hỗ trợ đa phương của ung thư buồng trứng**
  - **Hóa trị quản lý về thời gian**
  - **Nếu thêm Avastin thì đợi chu kỳ hóa trị hậu phẫu thứ hai**