



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG
National Hospital of Obstetrics and Gynecology



**HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS CENTRE**

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

Vét hạch qua nội soi trong Phụ khoa

Pr Bruno BORGHESE

Service de Chirurgie Gynécologique et Médecine de la Reproduction (Pr Chapron)
Hôpital Cochin | Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Institut Cochin | Département Reproduction Développement Cancer
INSERM | CNRS | Université Paris Descartes
Paris, France

*The 18th Vietnam - France - Asia - Pacific Conference
on Obstetrics & Gynecology*



VẾT HẠCH

CHỈ ĐỊNH



UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

- Hạch chậu và hạch chủ bụng
- **Đường nội soi hiếm khi làm được (do di căn)**
- Trừ u nhầy phát tán giai đoạn I



UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

- **Vết hạch chậu** với giai đoạn IA1 và IA2 với khối bất tắc, và IB1 (< 4 cm giới hạn ở CTC), trước khi cắt tử cung mở rộng (xét nghiệm tức thì)
- **Vết hạch chủ bụng** để định giai đoạn trong giai đoạn tiến triển (\geq IB2), nếu petscan âm tính
- Vết hạch chậu hệ thống nếu định bảo tồn chức năng sinh sản (Cắt cụt cổ tử cung mở rộng)
- Nội soi +++



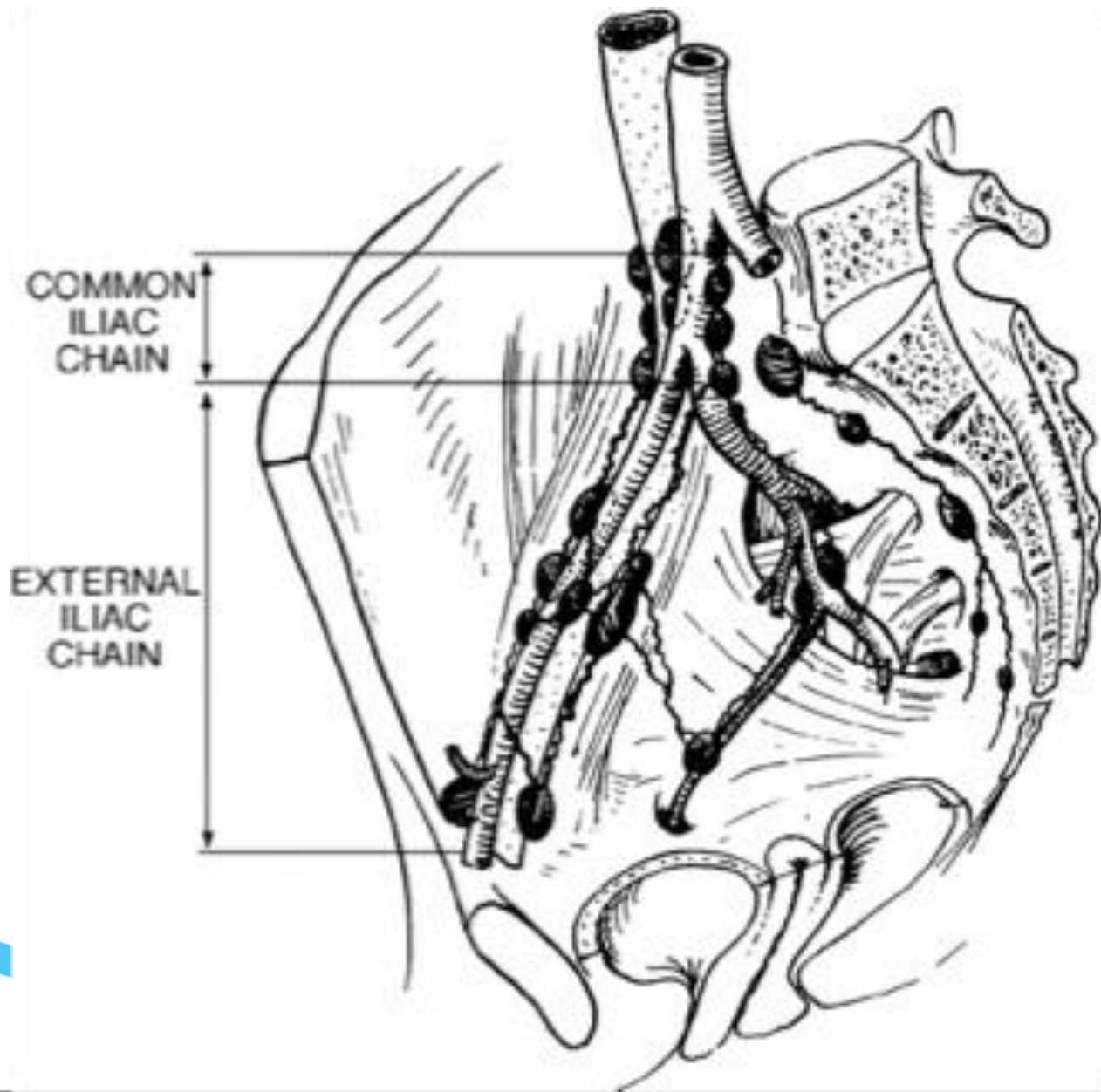
UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG

- **Vết hạch chậu và chủ bụng**
- **Nhóm nguy cơ cao:** endométrioïde IB Gđ3, giai đoạn \geq II, không endométrioïde
- Nội soi +++ (giảm tỷ lệ mắc bệnh liên quan)



VẾT HẠCH

KĨ THUẬT PHẪU THUẬT





Artère iliaque primitive

Uretère

Artère iliaque externe

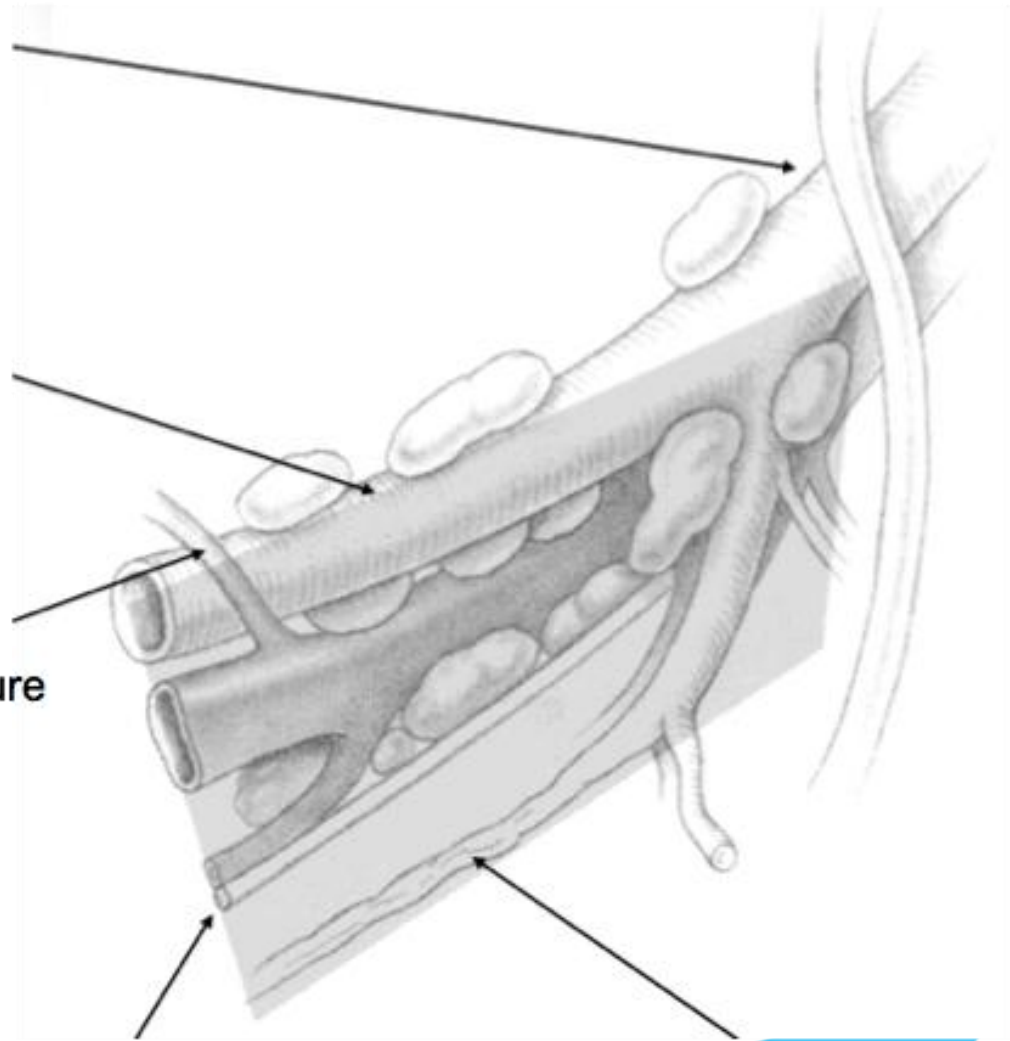
Veine circonflexe il. prof

Veine épigastrique inférieure

Nerf obturateur

Artère iliaque interne

Artère ombilicale





TM bịt phụ

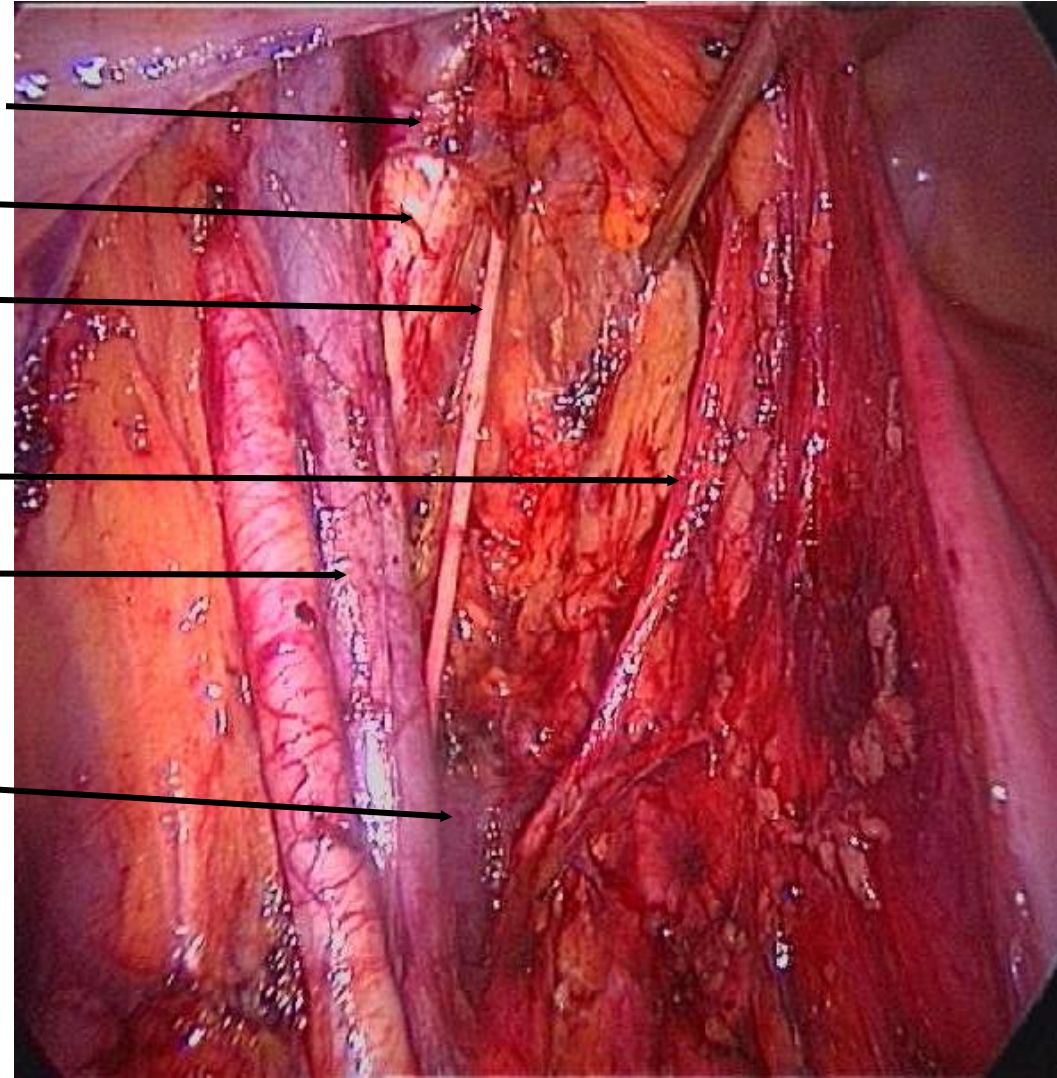
Dây chằng Cooper

TK bịt

ĐM rốn

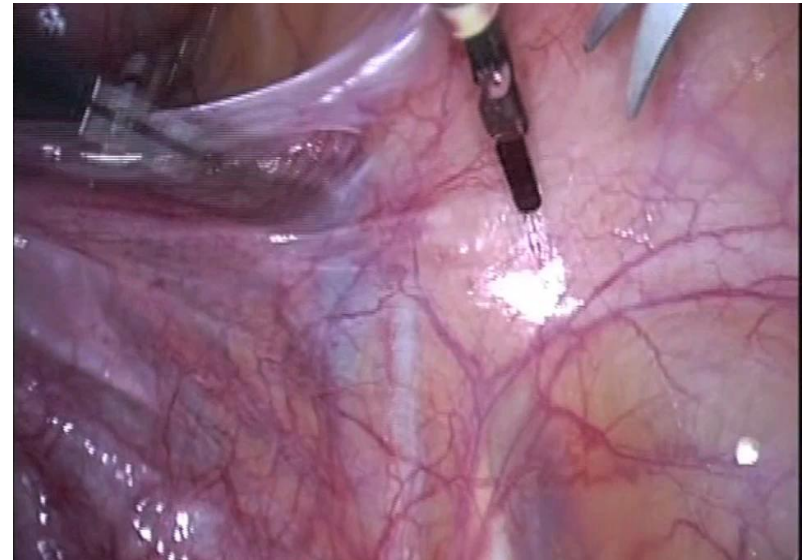
TM chậu ngoài

TM chậu trong



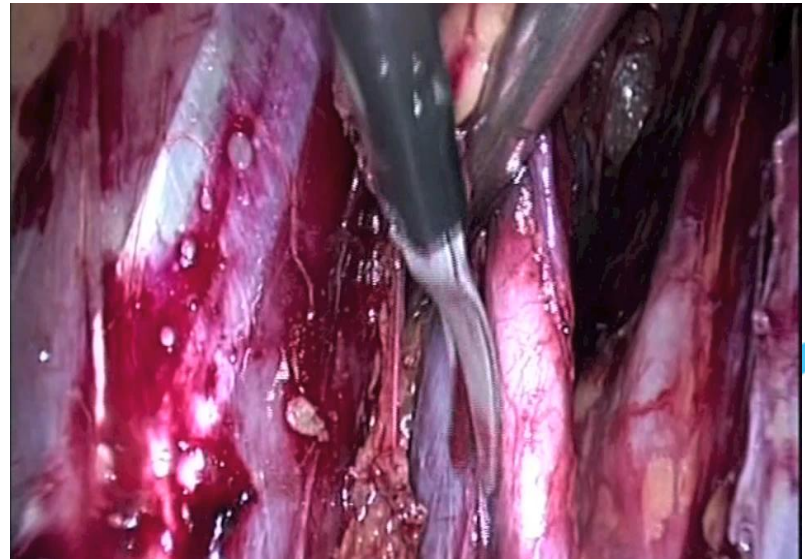


- Mở phúc mạc bên ngoài mạch chẫu
- Mở PM lên trên như cắt đại tràng
- Nghiêng TC để mở rộng không gian





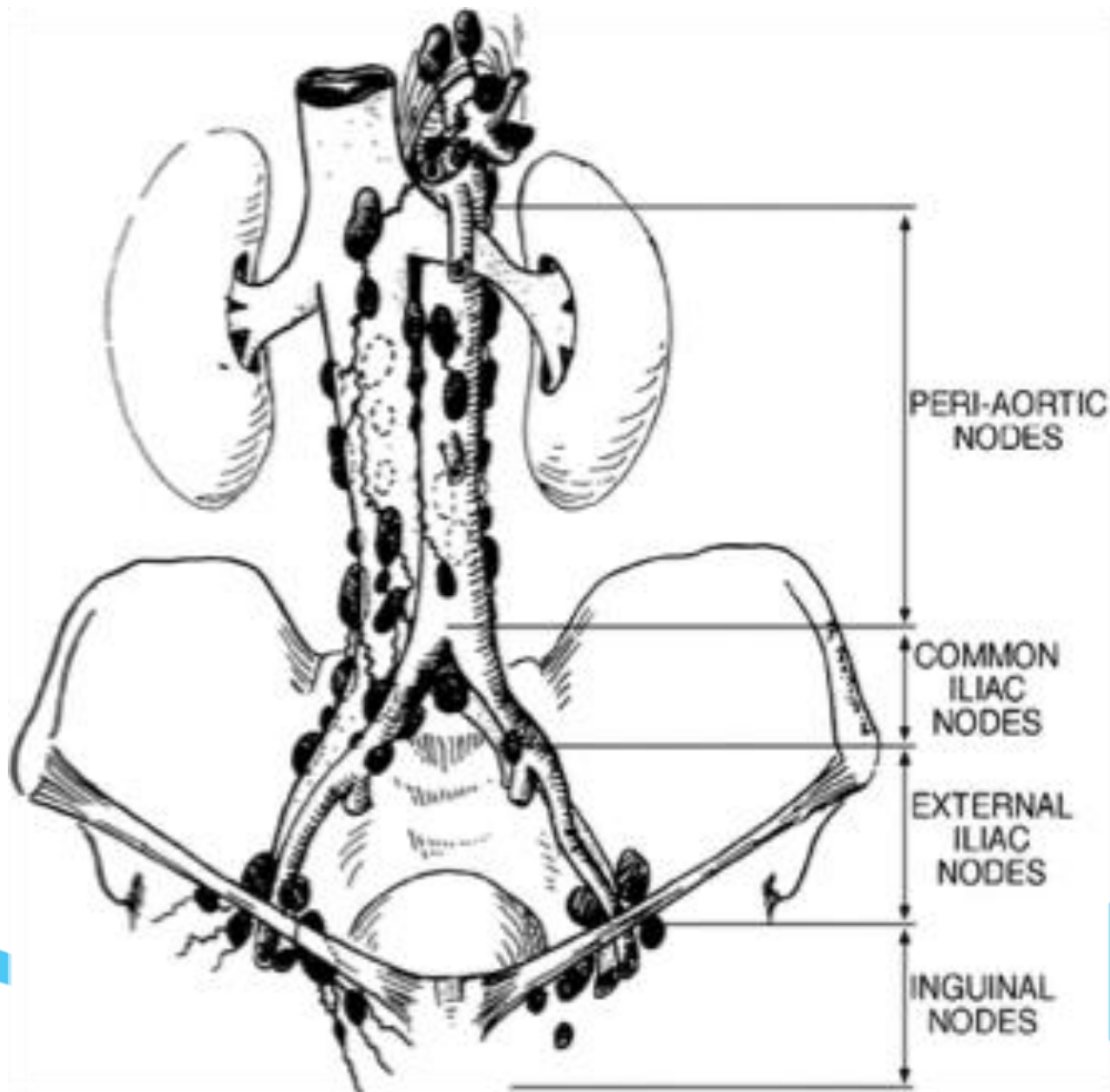
- Mở hố cạnh trực tràng và cạnh bàng quang
- Phẫu tích bên ngoài mạch chậu

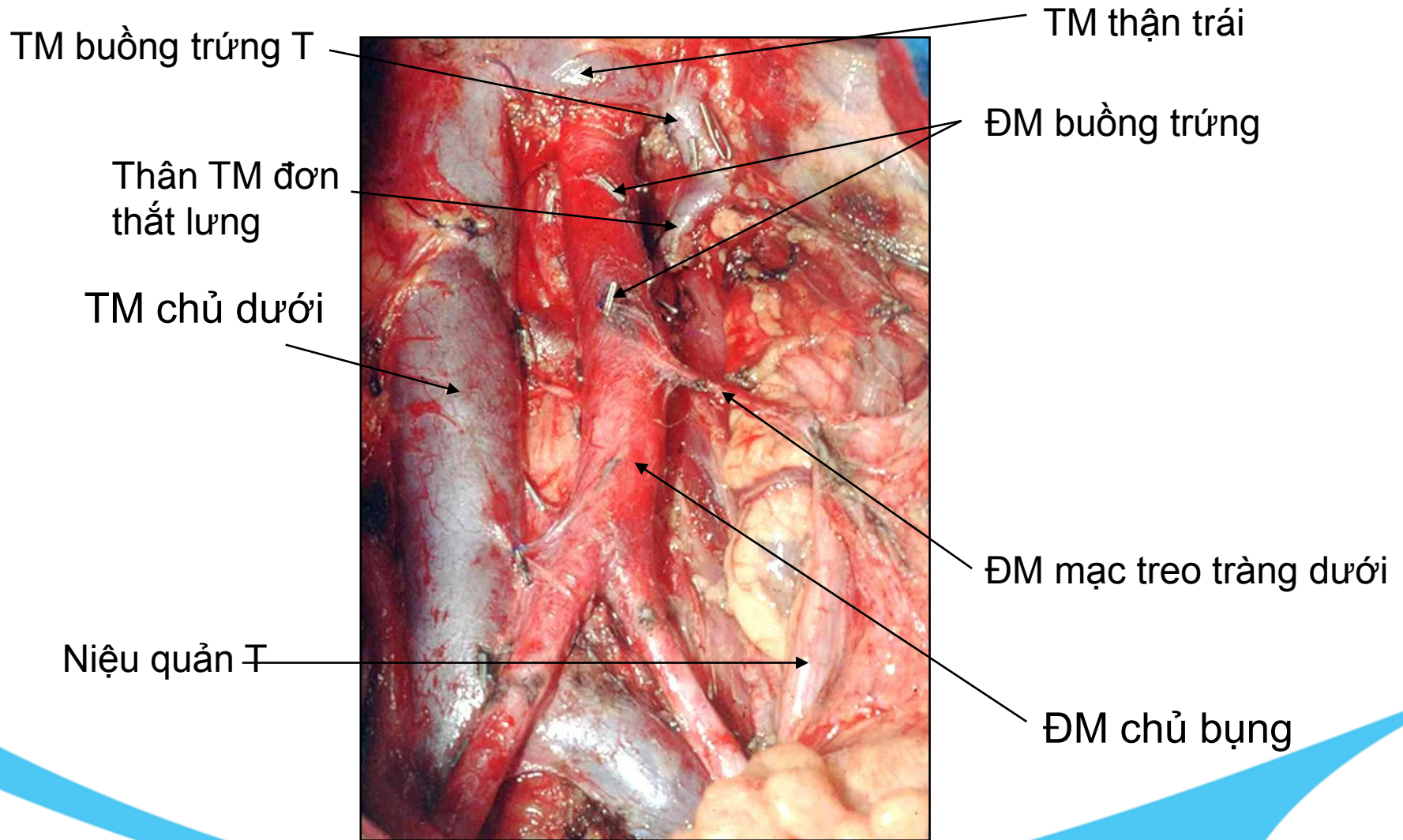




BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

National Hospital of Obstetrics and Gynecology

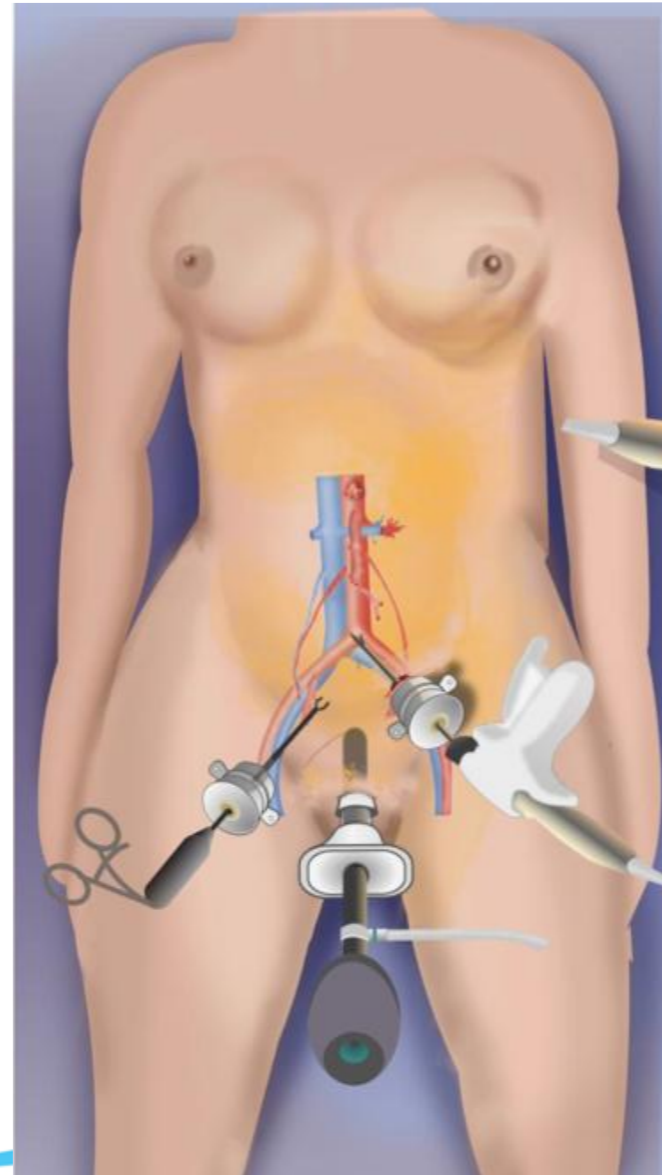
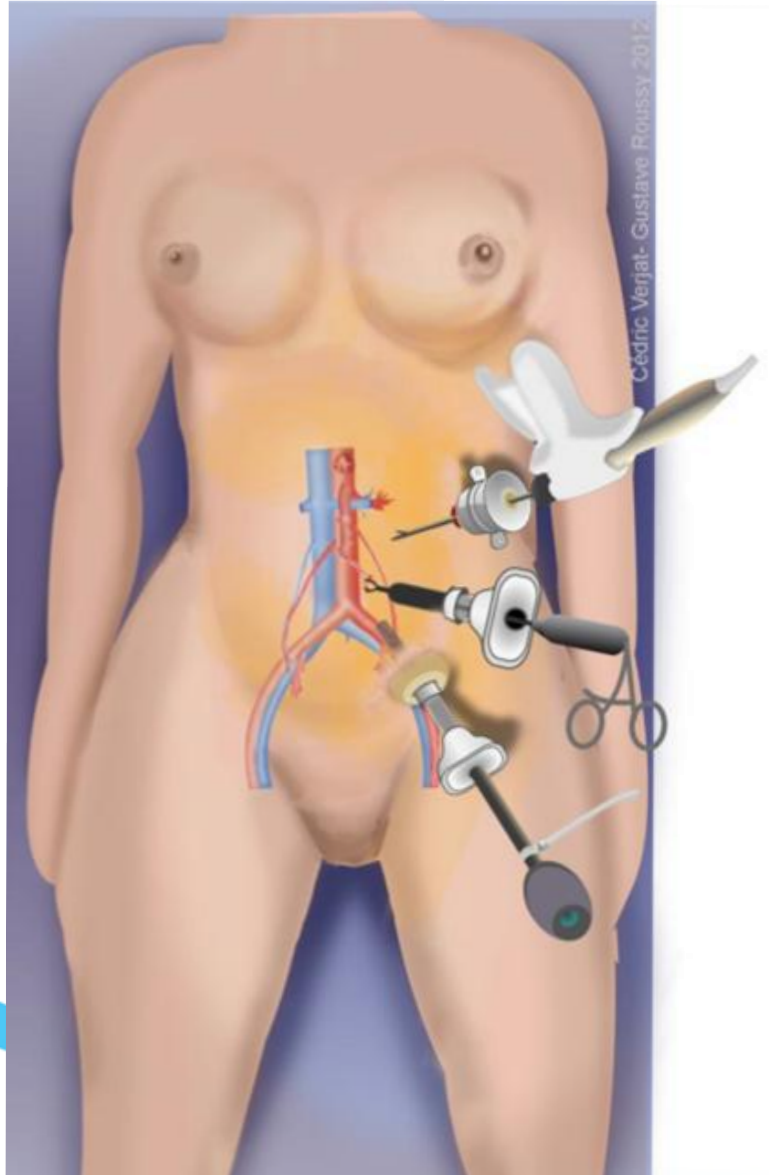






BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

National Hospital of Obstetrics and Gynecology

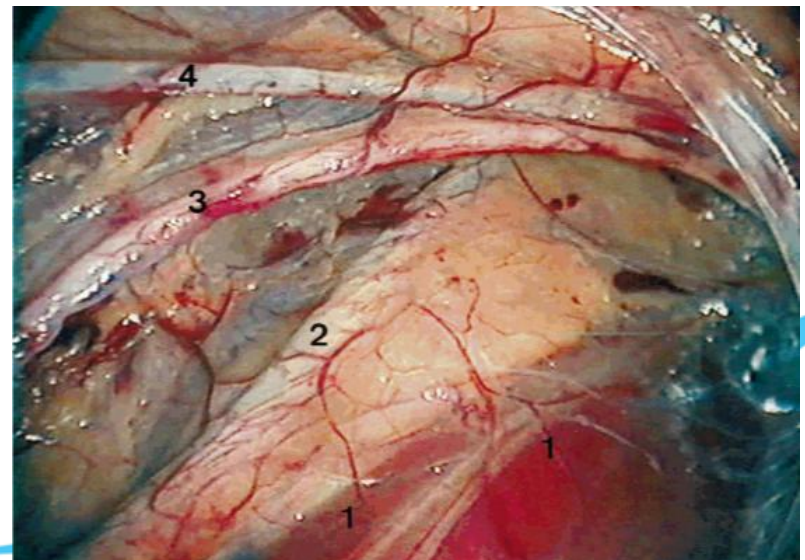
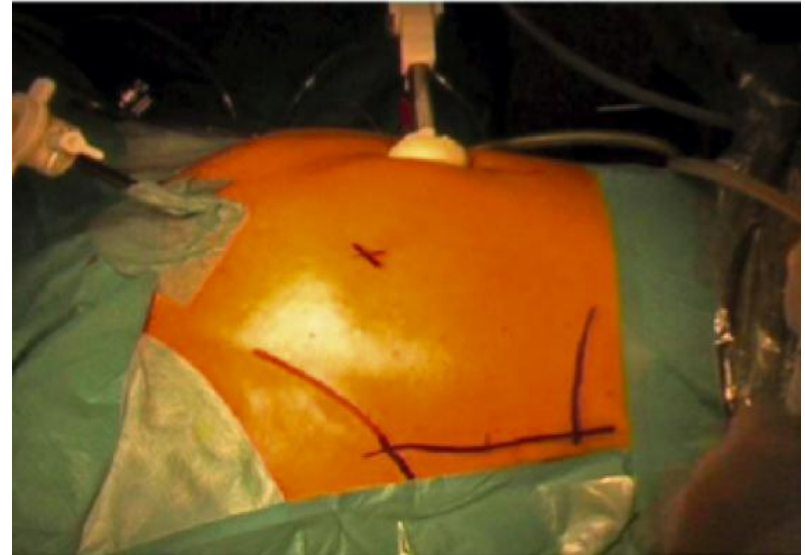


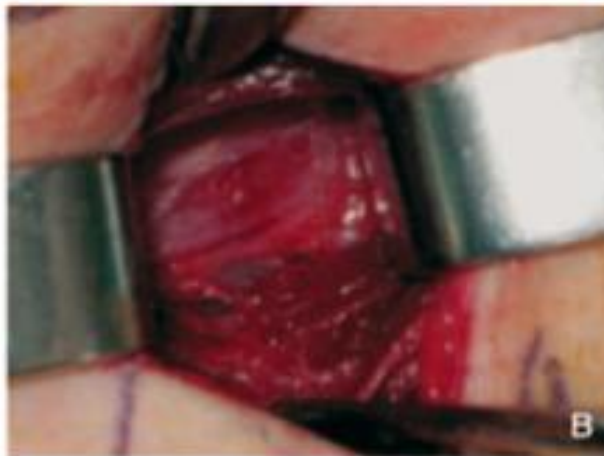
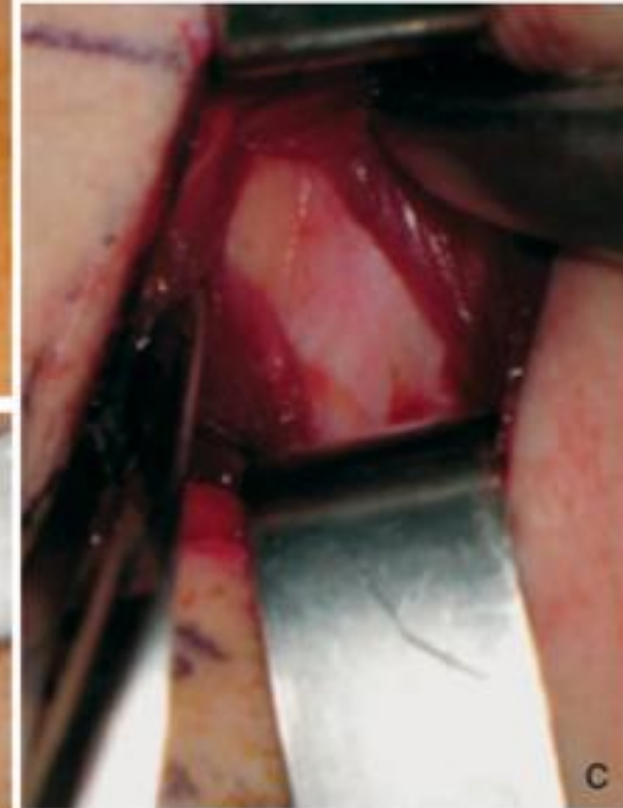


	Qua phúc mạc	Sau phúc mạc
Thuận lợi	<ul style="list-style-type: none">-Tiếp cận nhiều vị trí vùng ĐMC-Vết hạch chậu nếu cần-Ít nguy cơ phù bạch huyết	<ul style="list-style-type: none">-Khả thi dù hình thái nào-Tiếp cận dễ cạnh TMC và cạnh mạch chậu trái
Khó khăn	<ul style="list-style-type: none">-Khó khi BMI cao, Dính và tiền sử PT cũ	<ul style="list-style-type: none">-Nguy cơ phù bạch huyết dù đã mở cửa ổ-Vùng khó tiếp cận (vùng giữa ĐMC- TMC, trước và sau TMC)-Chuyển phẫu thuật (nếu mở phúc mạc)



- Nội soi qua PM chẩn đoán
- Chuẩn bị khoang ngoài PM dưới kiểm soát nội soi trực tiếp.
- Chọc các trocarts khác dưới kiểm soát của tay
- Bơm hơi khoang ngoài PM

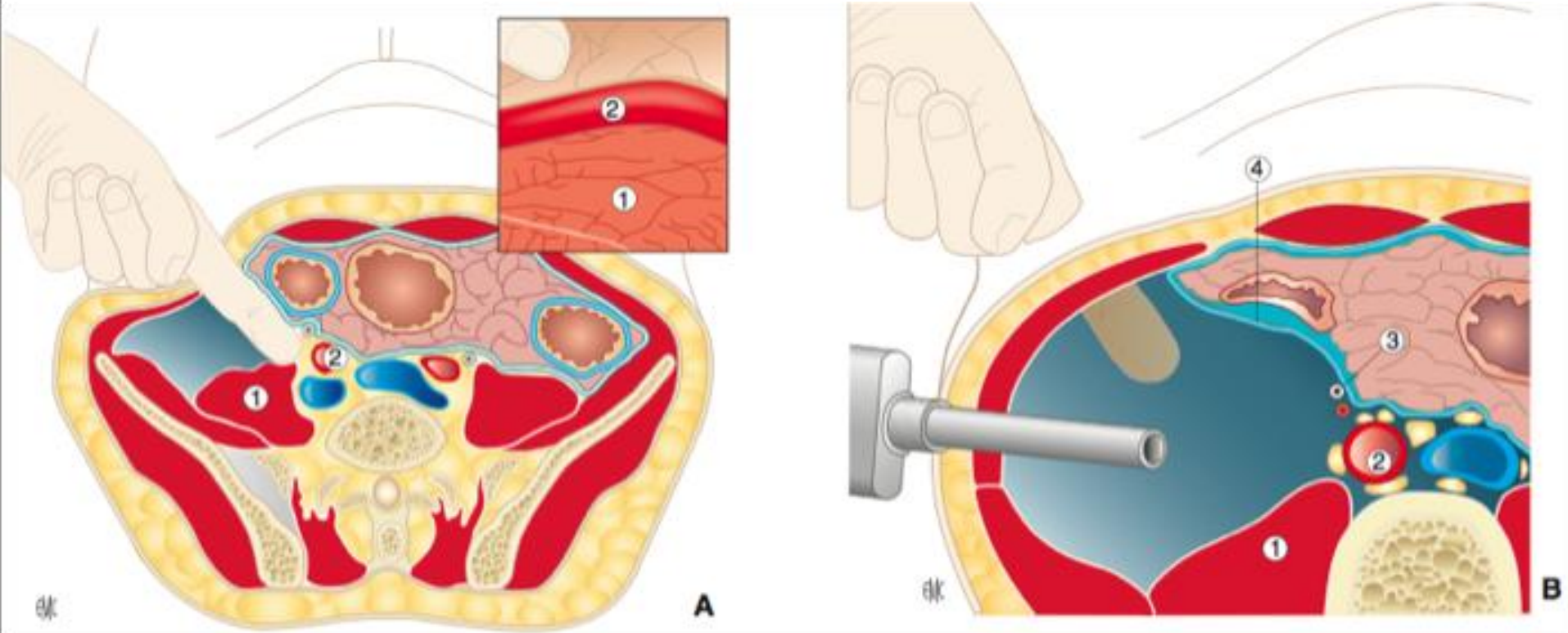


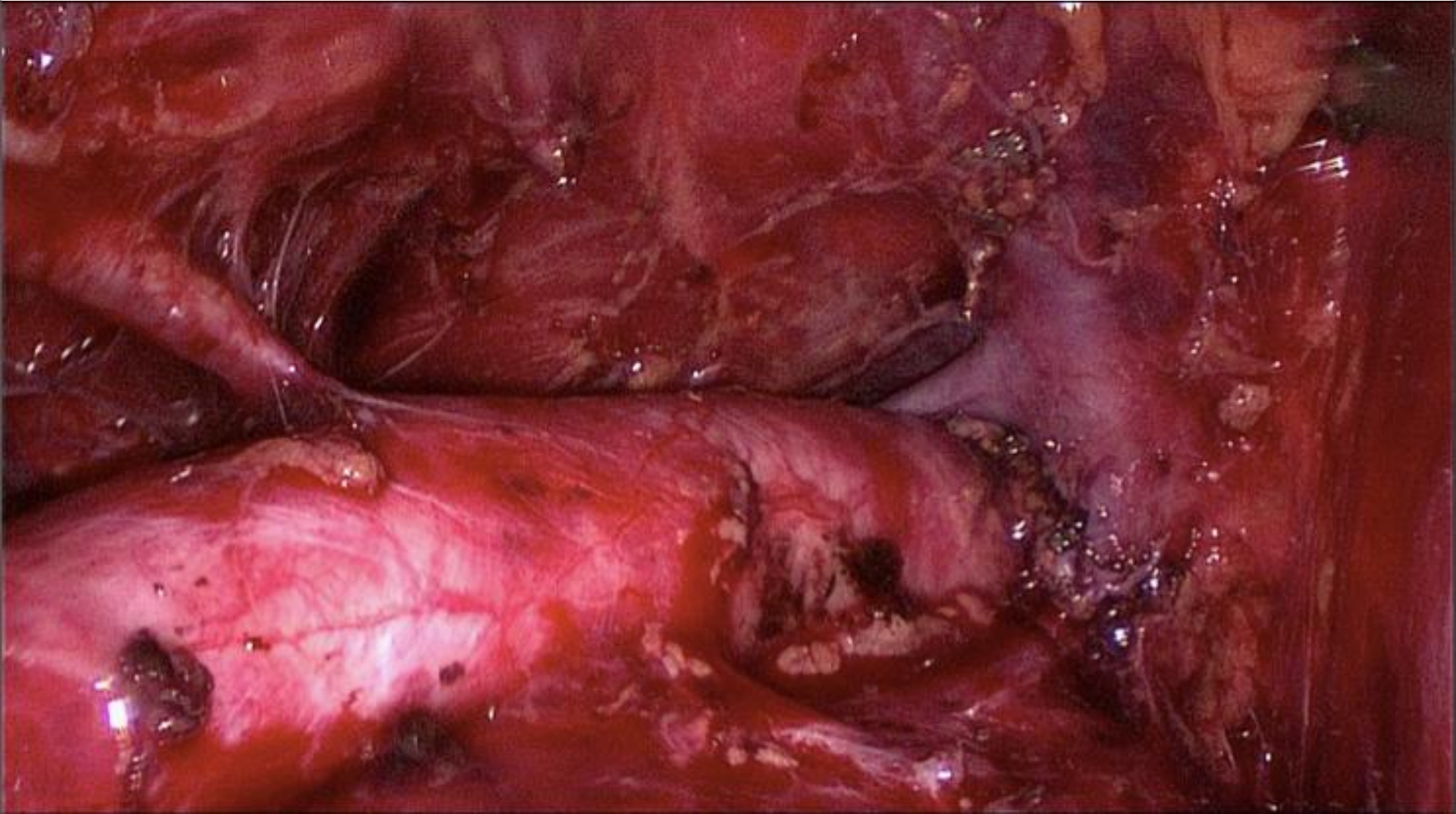




BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

National Hospital of Obstetrics and Gynecology



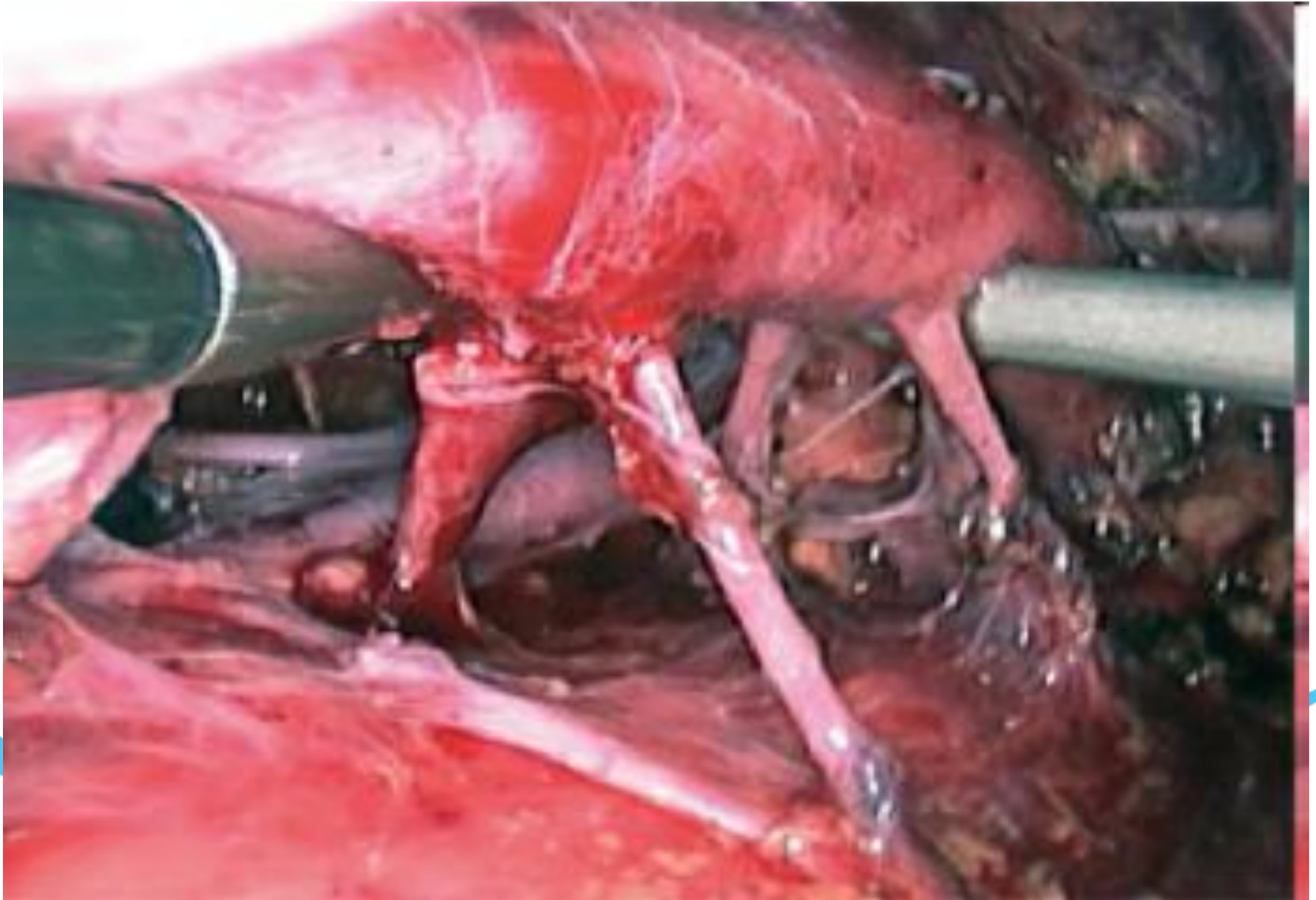




BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

National Hospital of Obstetrics and Gynecology







VẾT HẠCH

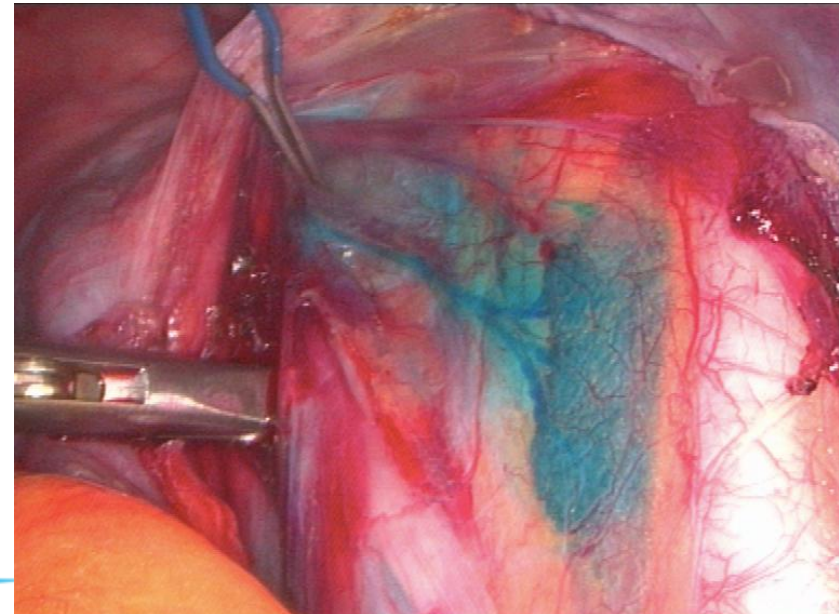
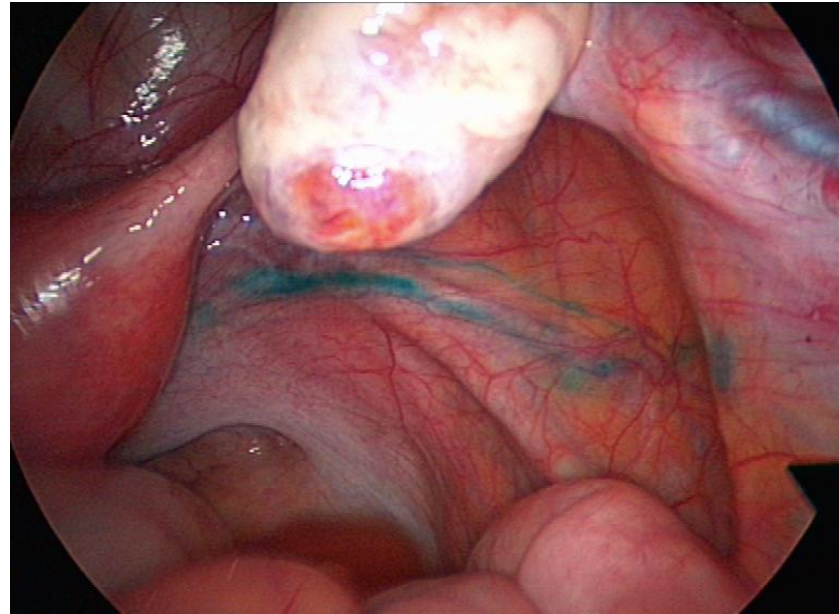
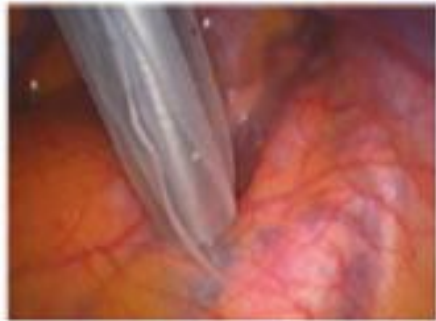
TƯƠNG LAI NÀO?





BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

National Hospital of Obstetrics and Gynecology





TIỀM NĂNG THUẬN LỢI CỦA HẠCH CỬA

- Xét nghiệm tức thì hạch cửa +
- Tìm thấy đường dẫn lưu bạch huyết biến đổi +++
- Tìm thấy vi di căn ++ (định giai đoạn bằng hạch cửa: cắt nhiều mảnh và nhuộm hóa mô)
- Giảm tỷ lệ mắc bệnh++

Aims

There is no level-1 evidence on the role of systematic pelvic and para-aortic lymphadenectomy (LNE) in patients with advanced ovarian cancer (AOC) with macroscopic complete resection and clinically negative lymph nodes (LN) and surgical management is very heterogeneous.

Method

Patients with newly diagnosed AOC FIGO IIB-IV with macroscopic intraperitoneal complete resection and pre- and intra-operatively clinical negative LN were randomized intra-operatively to LNE vs no-LNE. The primary endpoint was overall survival.

Results

647 patients were randomized between 12/08 and 1/12 to LNE (n=323) or no-LNE (n=324). The median number of removed LN was 57 (pelvic 35 and para-aortic 22). Microscopic LF metastases were diagnosed in 56% of the pts in the LNE arm. Median OS was 69 and 66 months in the no-LNE and LNE arm respectively (HR 1.06, 95%CI 0.83-1.34, p=0.65) and the median PFS was 26 months in both arms (HR 1.11, 95%CI 0.92-1.34 p=0.30). In the LNE arm a 64 minutes increased surgical duration (352 vs 288 min), higher blood loss (median 650 vs 500 ml), and a higher transfusion rate (67% vs 59%) were reported. Serious post-operative complications occurred more frequently in the LNE arm (e.g. rate of re-laparotomies 12.1% vs 5.9% [p=0.006], hospital re-admittance rate 8.0% vs 3.1% [p=0.006] and deaths within 60 days after surgery 3.1 vs 0.9% [p=0.049]).

Conclusion

Systematic pelvic and para-aortic LNE in patients with AOC with both intra-abdominal complete resection and clinically negative LN neither improve overall nor progression-free survival, therefore it should be omitted to reduce post-operative morbidity and mortality.