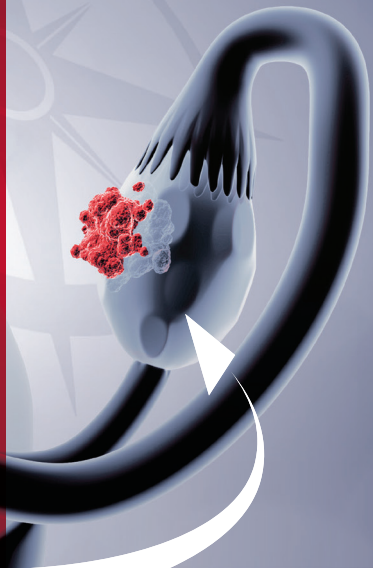


**SỔ TAY  
HƯỚNG DẪN**

**ĐIỀU TRỊ  
PHẪU THUẬT  
TRONG  
UNG THƯ  
BUỒNG TRỨNG**







# SỔ TAY HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRONG UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

dựa trên

**Hướng dẫn của ESGO về  
Phẫu thuật Ung thư  
Buồng trứng**

Querleu, D., Planchamp, F., Chiva, L., Fotopoulou, C., Barton, D., Cibula, D., ... du Bois, A. (2017). European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(7), 1534–1542. DOI: 10.1097/IGC.0000000000001041

ESGO xin chân thành cảm ơn Nhóm phát triển quốc tế về sự lao động liên tục và đã hoàn thiện Hướng dẫn điều trị phẫu thuật cho những bệnh nhân Ung thư buồng trứng (danh sách xem bên dưới). ESGO cũng rất biết ơn sự tham gia của 66 nhà phê bình quốc tế ở ngoài tổ chức. (danh sách trên trang web của ESGO).

ESGO cũng mong muốn bày tỏ lòng biết ơn chân thành đến Viện Ung thư Quốc gia (Pháp) đã tài trợ chính cho công trình này.

Name	Specialty	Affiliation
Denis Querleu	Surgeon (chair)	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
François Planchamp	Methodologist (co-chair)	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Giovanni Aletti	Gynaecologic Oncologist	European Institute of Oncology, Milan (Italy)
Desmond Barton	Gynaecologic Oncologist	Royal Marsden Hospital, London (United Kingdom)
Silvestro Carinelli	Pathologist	European Institute of Oncology, Milan (Italy)
Luis Chiva	Gynaecologic Oncologist	Clinica Universidad de Navarra, Pamplona (Spain)
David Cibula	Gynaecologic Oncologist	Charles University Hospital, Prague (Czech Republic)
Karen Creutzberg	Radiation Oncologist	Leiden University Medical Centre, Leiden (Netherlands)
Ben Davidson	Pathologist	Norwegian Radium Hospital, Oslo (Norway)
Andreas du Bois	Gynaecologic Oncologist	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Germany)
Christina Fotopoulou	Gynaecologic Oncologist	Imperial College London, London (United Kingdom)
Philip Harter	Gynaecologic Oncologist	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Germany)
Eric Leblanc	Surgeon	Centre Oscar Lambret, Lille (France)
Lene Lundvall	Gynaecologic Oncologist	Rigshospitalet, Copenhagen (Denmark)
Christian Marth	Gynaecologic Oncologist	Innsbruck Medical University, Innsbruck (Austria)
Philippe Morice	Surgeon	Institut Gustave Roussy, Villejuif (France)
Arash Rafii	Clinical scientist	Weill Cornell Medical College in Qatar, Doha (Qatar)
Isabelle Ray-Coquard	Medical Oncologist	Centre Léon Bérard, Lyon (France)
Andrea Rockall	Radiologist	Imperial College London, London (United Kingdom)
Christiana Sessa	Medical Oncologist	Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona (Switzerland)
Ate van der Zee	Gynaecologic Oncologist	University Medical Centre, Groningen (Netherlands)
Ignace Vergote	Gynaecologic Oncologist	University Hospitals, Leuven (Belgium)

@Z `YZ `YV` US: [ bZ [G`YfZ BZ ]ZaS 5Zäg Ag/7E9Afitập trung vào vai trò, mục tiêu và tiêu chuẩn của việc điều trị phẫu thuật cho các ung thư biểu mô buồng trứng, ống dẫn trứng và ung thư phúc mạc đã được chẩn đoán. Nó không bao gồm việc điều trị các bướu không xuất phát từ biểu mô và các bướu giáp biên. Việc tầm soát và phòng ngừa ung thư buồng trứng không được đề cập. Việc chẩn đoán và điều trị các khối u phần phụ được đề cập tối thiểu chỉ khi liên quan đến việc chẩn bị trước mổ. Điều trị nội khoa không được đề cập, vì các tiêu chuẩn trong điều trị nội khoa (còn được gọi là “hóa trị”) sẽ được xác định trong hội nghị đồng thuận sắp tới với Hiệp hội Ung thư nội khoa Châu Âu (ESMO).

## 5 bước để hình thành các hướng dẫn



Mục tiêu của những hướng dẫn này là hoàn thiện và thống nhất việc điều trị cho các bệnh nhân ung thư buồng trứng. Các hướng dẫn này bao gồm chẩn đoán và chuẩn bị trước mổ, quyết định điều trị đa mô thức và điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng trên 18 tuổi và cung cấp thông tin cho việc thảo luận giữa bệnh nhân và người chăm sóc.

Nó không bao gồm việc điều trị bướu giáp biên và không phân tích về khía cạnh kinh tế của các chiến lược điều trị. Bất kỳ bác sĩ nào áp dụng hoặc tham khảo các hướng dẫn này sẽ phải có sự phán đoán y tế độc lập, tùy thuộc vào tình huống lâm sàng cụ thể để quyết định bất kỳ sự chăm sóc hoặc điều trị nào cho bệnh nhân.

Để đảm bảo rằng các báo cáo được đưa ra trong tài liệu này là dựa trên bằng chứng, y văn hiện tại đã được xem xét và đánh giá một cách nghiêm túc. Một tổng quan y văn toàn diện về các nghiên cứu được công bố từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 5 năm 2016 đã được thực hiện.

Các hướng dẫn được giữ lại nếu chúng được ủng hộ bởi đầy đủ bằng chứng khoa học có chất lượng và / hoặc khi có sự đồng thuận lớn giữa các chuyên gia. Theo mặc định, một hướng dẫn là cách tiếp cận lâm sàng tiêu chuẩn. Nếu một cách tiếp cận được đánh giá là có thể chấp nhận được nhưng không được công nhận một cách thông nhất như là một phương pháp tiếp cận lâm sàng tiêu chuẩn, thì chỉ định được đưa ra rằng nó vẫn phải được thảo luận và / hoặc đánh giá.

Hướng dẫn này có năm mức “Độ mạnh của hướng dẫn” (SIGN grading system<sup>1</sup>):

---

**A** Có ít nhất một phân tích tổng hợp, đánh giá hệ thống hay thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng được đánh giá 1++, và có thể áp dụng trực tiếp cho dân số mục tiêu; hoặc  
Một nhóm bằng chứng bao gồm các nghiên cứu trực tiếp được đánh giá 1+, có thể áp dụng trực tiếp cho dân số mục tiêu, và thể hiện tính nhất quán tổng thể của kết quả

---

**B** Một nhóm bằng chứng bao gồm các nghiên cứu được đánh giá 2++, có thể áp dụng trực tiếp cho dân số mục tiêu, và thể hiện tính nhất quán tổng thể của kết quả; hoặc  
Bằng chứng ngoại suy từ các nghiên cứu được đánh giá 1++ or 1+.

---

**C** Một nhóm bằng chứng bao gồm các nghiên cứu được đánh giá 2+, có thể áp dụng trực tiếp cho thể áp dụng trực tiếp cho dân số mục tiêu, và thể hiện tính nhất quán tổng thể của kết quả; hoặc  
Bằng chứng ngoại suy từ các nghiên cứu được đánh giá 2+.

---

**D** Bằng chứng mức độ 3 hay 4; hoặc  
Bằng chứng ngoại suy từ các nghiên cứu được đánh giá 2+.

---

✓ Khuyến cáo thực hành tốt nhất dựa trên kinh nghiệm lâm sàng của nhóm soạn thảo hướng dẫn.

---

1++ phân tích tổng hợp, đánh giá hệ thống hay thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng chất lượng cao với rủi ro sai lệch thấp, 1+ phân tích tổng hợp, đánh giá hệ thống hay thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng được tiến hành tốt với rủi ro sai lệch thấp, 2++ đánh giá hệ thống chất lượng cao về nghiên cứu bệnh chứng hay nghiên cứu đoàn hệ/nghiên cứu bệnh chứng chất lượng cao hay nghiên cứu đoàn hệ với nguy cơ gây nhầm lẫn hay sai lệch rất thấp và khả năng cao là quan hệ nhân quả, 2+ nghiên cứu bệnh chứng hay nghiên cứu đoàn hệ thực hiện tốt với nguy cơ gây nhầm lẫn hay sai lệch thấp và khả năng trung bình là quan hệ nhân quả, 3 nghiên cứu không phân tích, như báo cáo ca lâm sàng, loạt ca, 4 ý kiến chuyên gia.

---

<sup>1</sup> <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>

## MỤC LỤC

Chẩn đoán và chuẩn bị trước mổ .....	8
Quyết định điều trị dựa trên hội chẩn đa chuyên khoa .....	9
Điều trị phẫu thuật cho ung thư buồng trứng giai đoạn I - II .....	10
Điều trị phẫu thuật cho ung thư buồng trứng giai đoạn III - IV .....	12
Thông tin cần được ghi nhận .....	14



## CHẨN ĐOÁN VÀ CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

✓	Khám lâm sàng, bao gồm khám bụng, âm đạo và trực tràng; đánh giá các cơ quan khác như vú, hạch bẹn, nách, trên đòn; và nghe phổi nên được thực hiện.
B	Siêu âm vùng chậu thường quy (ngã bụng và ngã âm đạo) nên được thực hiện đầu tiên khi đánh giá bất kỳ khối bướu phần phụ nào.
B	Các chẩn đoán hình ảnh học vùng bụng, chậu và ngực chuyên biệt hơn nên được thực hiện bổ sung trong trường hợp nghi ngờ ung thư buồng trứng, hay có khối chưa xác định hoặc nghi ngờ qua siêu âm.
✓	Xét nghiệm chất đánh dấu bướu nên được thực hiện, tối thiểu là xét nghiệm CA125. Xét nghiệm HE4 cũng nên được thực hiện. Các chất đánh dấu khác, như AFP, hCG, LDH, CEA, CA 19-9, ức chế B hay AMH, estradiol, testosterone, sẽ có ích trong những trường hợp đặc biệt như tuổi trẻ, hay hình ảnh học nghi ngờ bướu dịch nhầy hay bướu xuất phát không phải ở biểu mô., hoặc bướu có nguồn gốc không phải ở buồng trứng.



## QUYẾT ĐỊNH ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN HỘI CHẨN ĐA CHUYÊN KHOA CHUYÊN NGÀNH UNG THƯ PHỤ KHOA

C	Bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng cần cấp cứu và nghi ngờ ung thư buồng trứng/phúc mạc nên được thăm khám bởi bác sĩ chuyên khoa ung bướu phụ khoa <sup>2</sup> .
✓	Phẫu thuật tại các trung tâm nhỏ và ít kinh nghiệm về ung thư phụ khoa không được khuyến khích. Cần có cơ sở chăm sóc chuyên khoa và đơn vị hồi sức tích cực. Việc tham gia thử nghiệm lâm sàng là một chỉ số đánh giá chất lượng của trung tâm điều trị.
C	Việc điều trị nên được lên kế hoạch trước mổ tại buổi hội chẩn đa chuyên khoa, sau khi đã khám và làm đầy đủ các xét nghiệm nhằm loại trừ (1) các di căn không thể cắt bỏ được và (2) di căn buồng trứng và phúc mạc từ các ung thư nguyên phát khác dựa trên tiền căn gia đình, xét nghiệm hình ảnh học hay tỷ lệ CA125/CEA. Cần có sự đồng ý của bệnh nhân trước khi phẫu thuật.
✓	Tất cả bệnh nhân cần được đánh giá lại sau mổ trong buổi hội chẩn đa chuyên khoa chuyên về ung thư phụ khoa.

<sup>2</sup> Bác sĩ có bằng cấp về ung bướu phụ khoa, hay ở các quốc gia chưa tổ chức cấp các chứng chỉ này, thì nên được khám bởi phẫu thuật viên được đào tạo chuyên về ung thư phụ khoa (chiếm hơn 50% thời gian làm việc của người đó) hoặc đã hoàn thành học bổng được chứng nhận bởi ESGO.

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CHO UNG THƯ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN I - II

B	Mở bụng đường giữa được khuyến cáo cho điều trị phẫu thuật ung thư buồng trứng giai đoạn sớm. Nếu chắc chắn là giai đoạn I, có thể thực hiện phẫu thuật nội soi bởi chuyên gia về phẫu thuật ung thư phụ khoa, nhằm đánh giá giai đoạn đầy đủ. Tránh làm vỡ bướu làm lan tràn tế bào ung thư khi bướu còn nguyên vẹn, khi cắt và lấy bệnh phẩm ra ngoài.
B	Tránh làm vỡ bướu buồng trứng còn chưa vỡ trong lúc mổ.
B	Cất lạnh có thể giúp ra quyết định phẫu thuật cần thiết trong lần mổ đầu tiên. Nhưng cần lưu ý kết quả cất lạnh không phải là kết quả cuối cùng, kết quả cất thường mới là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.
✓	Nếu không có sẵn cất lạnh hay trong trường hợp cất lạnh không kết luận được, phẫu thuật lần 2 có thể được thực hiện.
✓	Điều trị tiêu chuẩn là cắt tử cung và 2 phần phụ.
C	Phẫu thuật bảo tồn (cắt 1 phần phụ) nên được áp dụng cho những bệnh nhân chọn lọc, chưa mãn kinh và mong muốn bảo tồn chức năng sinh sản <sup>3</sup> .
B	Xếp giai đoạn lại bằng phẫu thuật nội soi bởi chuyên gia về phẫu thuật ung thư phụ khoa để xếp giai đoạn đầy đủ được chấp nhận.
✓	Khuyến cáo đánh giá bằng mắt toàn bộ khoang phúc mạc.
C	Rửa ổ bụng hay tế bào học dịch ổ bụng được khuyến cáo thực hiện trước khi thao tác với bướu.
C	Nếu không có nốt gieo rắc nghi ngờ ở vùng chậu, rãnh đại tràng và dưới vòm hoành, sinh thiết mù phúc mạc được khuyến cáo.
C	Cần cắt tối thiểu là mạc nối lớn dưới đại tràng ngang.
B	Nạo hạch chậu 2 bên và hạch cạnh động mạch chủ lên đến mức tĩnh mạch thận trái (ngoại trừ ung thư buồng trứng giai đoạn I loại carcinom tuyến dịch nhầy lan tràn) được khuyến cáo.



Khi ung thư buồng trứng giai đoạn sớm được phát hiện tình cờ trong lúc phẫu thuật các trường hợp nghi lành tính, phẫu thuật lần 2 là cần thiết khi bệnh nhân chưa được xếp giai đoạn đầy đủ.



Việc mổ lại chỉ với mục đích cắt ruột thừa là không cần thiết ngay cả khi mô học là dịch nhầy nếu ruột thừa đã được thám sát và thấy bình thường.

<sup>3</sup> Việc thảo luận về bảo tồn khả năng sinh sản cần được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án; quyết định cuối cùng được đưa ra sau khi xếp giai đoạn phẫu thuật đầy đủ dựa trên giai đoạn bệnh và grade mô học sau cùng; bảo tồn sinh sản được chấp nhận ở giai đoạn IA hay IC1, carcinom tuyến nội mạc tử cung hay thanh dịch grade thấp, hay bướu dịch nhầy lan tràn; các giai đoạn I hay phân nhóm mô học khác thì tùy thuộc vào quyết định cá nhân của bác sĩ; bảo tồn tử cung chỉ cắt 2 phần phụ có thể được xem xét ở những bệnh nhân trẻ được chọn lọc, bị ung thư buồng trứng giai đoạn IB rõ ràng và có kết quả sinh thiết lòng tử cung bình thường, nhưng đây không phải là điều trị chuẩn và hiện vẫn còn ít dữ liệu để ủng hộ phương pháp này.

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CHO UNG THƯ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN III - IV

✓	Mở bụng đường giữa để điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn III-IV.
A	Mục tiêu phẫu thuật là lấy hết bướu nhìn thấy được. Chú ý phẫu thuật không tối ưu (phẫu sinh thiết + hóa trị sau đó hoặc hóa trị trước phẫu sau) không được khuyến khích.
✓	Các trường hợp không nên giảm tổng khối bướu ổ bụng: <ul style="list-style-type: none"><li>• Thâm nhiễm lan tràn toàn bộ mạc treo ruột non;</li><li>• Carcinomatosis lan tràn các quai ruột non mà phẫu thuật cắt bỏ sẽ dẫn đến hội chứng ruột ngắn (phần ruột non còn lại &lt; 1,5 m)</li><li>• Gieo rắc/thâm nhiễm dạ dày/tá tràng (có thể cắt bỏ hạn chế), và đầu hay thân tụy (đuôi tụy có thể cắt bỏ được);</li><li>• Xâm lấn động mạch gan chung, động mạch gan, động mạch vị trái (hạch thân tạng có thể nạo)</li></ul>
✓	Các nốt di căn xa (giai đoạn IVB ) có thể cắt bỏ được. Di căn nhu mô gan trung tâm hay đa ổ, di căn nhu mô phổi đa ổ (tốt nhất là có kết quả mô học khẳng định), di căn hạch không nạo được, di căn não nhiều nơi thì không thể phẫu thuật cắt bỏ.
A	Phẫu đầu tiên được khuyến cáo ở những bệnh nhân có thể lấy hết bướu trước khi hóa trị với một tỷ lệ biến chứng chấp nhận được.
✓	Tỷ lệ lợi ích - rủi ro có lợi cho phẫu thuật đầu tiên khi: <ul style="list-style-type: none"><li>• Không có bướu lớn không thể cắt bỏ được.</li><li>• Giảm tổng khối bướu tối ưu (đến không còn bướu) có thể thực hiện với tai biến chấp nhận được, có tính đến tổng trạng của bệnh nhân.</li><li>• Bệnh nhân chấp nhận các biện pháp hỗ trợ như truyền máu hay dẫn lưu.</li></ul>
A	Phẫu thuật giảm tổng khối bướu kỳ sau nên được thực hiện ở bệnh nhân phù hợp với phẫu thuật có bệnh đáp ứng hay ổn định, kết quả tương tự như phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ.
✓	Nếu một bệnh nhân không thể phẫu thuật sau 3 chu kỳ hóa trị, trì hoãn phẫu thuật thêm 3 chu kỳ hóa trị tân hỗ trợ có thể được cân nhắc trong từng trường hợp cụ thể.



Một bệnh nhân có khối bướu không thể phẫu thuật mà bướu tiếp tục phát triển trong lúc hóa trị tân hỗ trợ, thì không nên phẫu thuật trừ khi vì lý do chăm sóc giảm nhẹ mà không thể điều trị nội khoa. Kiểm tra cẩn thận lại giải phẫu bệnh nếu là carcinom tuyến dịch trong (có thể là grade thấp) hoặc khảo sát thêm ở carcinom tuyến dịch nhầy (có thể là di căn từ đường tiêu hóa) được khuyến cáo thực hiện trong các trường hợp này.

<sup>4</sup> Các ví dụ về những di căn ngoài ổ bụng có thể cắt bỏ được:

- Hạch bẹn hay hạch nách,
- Hạch sau trụ hoành hay cạnh tim,
- Ổ xâm nhiễm màng phổi thành,
- Nốt di căn nhu mô phổi đơn độc.

Các ví dụ về những di căn nhu mô các cơ quan trong ổ bụng có thể cắt bỏ:

- Di căn lách,
- Di căn bề mặt gan,
- Di căn nhu mô gan đơn độc, tùy thuộc vào vị trí.

## THÔNG TIN TỐI THIỂU CẦN ĐƯỢC GHI NHẬN

- ✓ Tất cả thông tin cần thiết về vị trí và kích thước bướu, kiểu gieo rắc của bướu, việc lấy bướu và bướu còn để lại cần được ghi nhận trong tường trình phẫu thuật.
- ✓ Tường trình phẫu thuật nên được ghi nhận một cách hệ thống. Kiểu gieo rắc, kích thước và vị trí của các nốt gieo rắc và bướu nên được mô tả ở đầu tường trình phẫu thuật.
- ✓ Tất cả các vùng trong khoang bụng chậu nên được thăm sát và mô tả.
- ✓ Tất cả các loại phẫu thuật cần được ghi nhận đầy đủ.
- ✓ Kích thước và vị trí của bướu còn để lại cần được mô tả vào phần cuối của tường trình phẫu thuật. Lý do không đạt được giảm tổng khối bướu tối ưu phải được xác định.
- ✓ Tối thiểu, các thông tin trong báo cáo phẫu thuật của ESGO cần được ghi nhận.
- ✓ Phiếu đề nghị xét nghiệm Giải phẫu bệnh cần ghi đầy đủ các thông tin cần thiết.
- ✓ Tai biến và tử vong do phẫu thuật nên được đánh giá và ghi nhận lại, và các trường hợp đặc biệt nên được đưa ra thảo luận trong Hội đồng kiểm thảo tử vong và tai biến.

<sup>5</sup> Loại và grade mô học, điểm KPS, tình trạng dinh dưỡng, albumin máu, bệnh nội khoa đi kèm cần thiết khi đánh giá ung thư ở người lớn tuổi, xét nghiệm hình ảnh học và hoặc nội soi ổ bụng thăm sát hay mổ hở, vị trí khối u, số đoạn nối ruột.



Access the full ESGO Guidelines



© 2017 European Society of Gynaecological Oncology

All rights reserved. No part of this book can be reprinted, reproduced, transmitted or utilised in any form by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying, microfilming, and recording, or any information storage or retrieval system, without written permissions of ESGO.

Reasonable efforts have been made to publish reliable data and information, but the authors and publisher cannot assume responsibility for the validity of all materials or for the consequences of their use, and the ultimate responsibility rests with the prescribing physician.



ESGO Office  
7, Rue François-Versonnex  
1211 Geneva 6, Switzerland  
Email: [adminoffice@esgomail.org](mailto:adminoffice@esgomail.org)  
[www.esgo.org](http://www.esgo.org)