

EVALUATION OF SURGICAL COMPLICATIONS OF PELVIC EXENTERATION IN RECURRENT CERVICAL CANCER

Nguyen Duy Thu^{1*}, Nguyen Van Tien¹, Tran Dang Ngoc Linh^{1,2}, Phan Viet Viet Bao¹, Ta Thanh Lieu¹, Vo Tien Tan Nhi¹, Doan Trong Nghia^{1,2}, Tran Quang Kien¹, Nguyen Hoang Duy Thanh¹, Nguyen Hong Hanh¹, Nguyen Thi Ngoc Yen¹, Pham Ngoc Trung¹, Tran Vo Vinh Phuc¹, Lenh Thanh Phong²

¹Ho Chi Minh city Oncology Hospital - 3 No Trang Long, Gia Dinh ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 23/9/2025

Revised: 15/10/2025; Accepted: 22/10/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate clinical features, complications, and the role of pelvic floor reconstruction in pelvic exenteration for recurrent or locally advanced cervical cancer.

Subject and methods: A retrospective review was conducted on 34 patients undergoing pelvic exenteration at Ho Chi Minh city Oncology Hospital from October 2022 to April 2024. Data included demographics, surgical type, reconstruction method, operative time, blood loss, transfusion rate, and early/late complications (Clavien-Dindo classification).

Results: The patients had a mean age was 54.4 ± 10.4 years; mean BMI 22.3 ± 1.9 kg/m². Total pelvic exenteration accounted for 76.5% of cases. Pelvic floor reconstruction was performed in 94.1%, mainly with greater omentum. Median operative time was 195 minutes; mean blood loss, 562 ml; transfusion rate 67.6%. Early complications occurred in 35.3% of patients, mostly grade II; late complications in 55.9%, most frequently pelvic empty syndrome (41.2%) and uretero-intestinal anastomotic stricture.

Conclusion: Pelvic exenteration remains a feasible radical treatment with acceptable complication rates. Optimization of reconstruction, particularly using vertical rectus abdominis myocutaneous flaps, may reduce pelvic empty syndrome and improve long-term postoperative quality of life.

Keywords: Pelvic exenteration, surgical complications, empty pelvis syndrome, pelvic floor reconstruction, cervical cancer recurrence.

*Corresponding author

Email: bsthu05@gmail.com Phone: (+84) 938004282 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3600>



ĐÁNH GIÁ BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT ĐOẠN CHẬU TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TÁI PHÁT

Nguyễn Duy Thu^{1*}, Nguyễn Văn Tiến¹, Trần Đặng Ngọc Linh^{1,2}, Phan Viết Việt Bảo¹, Tạ Thanh Liêu¹, Võ Tiến Tân Nhi¹, Đoàn Trọng Nghĩa^{1,2}, Trần Quang Kiên¹, Nguyễn Hoàng Duy Thanh¹, Nguyễn Hồng Hạnh¹, Nguyễn Thị Ngọc Yến¹, Phạm Ngọc Trung¹, Trần Võ Vĩnh Phúc¹, Lành Thanh Phong²

¹Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh - 3 Nơ Trang Long, phường Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/9/2025

Ngày chỉnh sửa: 15/10/2025; Ngày duyệt đăng: 22/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm, biến chứng và vai trò tái tạo sàn chậu trong phẫu thuật đoạn chậu điều trị ung thư cổ tử cung tái phát hoặc tiến triển tại vùng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu 34 bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát phẫu thuật đoạn chậu tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh (từ tháng 10/2022-4/2024). Thu thập dữ liệu về lâm sàng, kỹ thuật, biến chứng sớm và muộn (Clavien-Dindo).

Kết quả: Các bệnh nhân có tuổi trung bình $54,4 \pm 10,4$; BMI $22,3 \pm 1,9$ kg/m²; đoạn chậu toàn phần 76,5%. Tái tạo sàn chậu ở 94,1%, chủ yếu bằng mạc nối lớn. Thời gian mổ trung vị 195 phút; máu mất trung bình 562 ml; truyền máu 67,6%. Biến chứng sớm 35,3% (đa số độ II); muộn 55,9%, thường gặp hội chứng vùng chậu trống (41,2%) và hẹp niệu quản-ruột.

Kết luận: Phẫu thuật đoạn chậu khả thi với biến chứng chấp nhận được. Tối ưu việc tái tạo vùng chậu, đặc biệt vật cơ da thẳng bụng, có thể giảm hội chứng vùng chậu trống và cải thiện chất lượng sống.

Từ khóa: Phẫu thuật đoạn chậu, biến chứng, hội chứng vùng chậu trống, tạo hình sàn chậu, ung thư cổ tử cung tái phát.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là một trong những ung thư phụ khoa phổ biến nhất, tuy có xu hướng giảm nhờ các chương trình tầm soát và tiêm chủng HPV, nhưng mỗi năm vẫn có khoảng 6% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc tại vùng. Trong nhóm này, hóa xạ trị đồng thời là phương pháp tiêu chuẩn, song có tới 1/3 trường hợp tái phát hoặc tiến triển sau điều trị, đặt ra thách thức lớn trong thực hành lâm sàng [1].

Với các trường hợp tái phát tại chỗ hoặc tiến triển giới hạn ở vùng chậu, hóa trị đơn thuần chỉ mang tính giảm nhẹ với tỷ lệ đáp ứng thấp và thời gian sống thêm ngắn. Phẫu thuật đoạn chậu (pelvic exenteration - PE), được Brunschwig A mô tả lần đầu năm 1948, hiện được xem là một trong số ít lựa chọn triệt căn

còn lại khi điều trị bảo tồn thất bại. Theo phân loại Magrina, PE gồm đoạn chậu trước, sau và toàn phần, tùy vào vị trí tổn thương và mức độ xâm lấn [2-3].

Mặc dù PE có thể mang lại khả năng điều trị triệt để, tỷ lệ biến chứng vẫn cao, từ 40-50% đối với biến chứng nặng và tới 80% nếu tính cả biến chứng nhẹ. Các biến chứng thường gặp gồm nhiễm trùng, rò miệng nối, tắc ruột, hẹp niệu quản, và hội chứng vùng chậu trống. Trong các biến chứng, hội chứng vùng chậu trống là biến chứng muộn hay gặp, ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng sống [4].

Xuất phát từ thực tế triển khai PE tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2022, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi, mức độ an toàn, tỷ lệ biến chứng sớm và muộn sau

*Tác giả liên hệ

Email: bsthu05@gmail.com Điện thoại: (+84) 938004282 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3600>

đoạn chậu, đồng thời đề xuất giải pháp giảm thiểu hội chứng vùng chậu trống thông qua kỹ thuật tái tạo sàn chậu bằng vật tự thân.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh, thời gian từ tháng 10/2022 đến tháng 4/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân có chẩn đoán xác định ung thư cổ tử cung tái phát hoặc tiến triển tại chỗ, tại vùng sau, điều trị hóa xạ triệt căn, bao gồm các trường hợp tái phát trung tâm, tái phát cạnh cổ tử cung hoặc tái phát ngoại vi nhưng vẫn còn khu trú trong vùng chậu.

+ Không phát hiện di căn xa trên lâm sàng và hình ảnh học.

+ Được chỉ định phẫu thuật đoạn chậu với mục tiêu điều trị triệt căn.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có di căn xa tại thời điểm chỉ định mổ, hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc mất theo dõi hậu phẫu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện trong khoảng thời gian nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn được cỡ mẫu 34 bệnh nhân.

2.5. Biến số, chỉ số, nội dung, chủ đề nghiên cứu

- Đặc điểm dân số học, lâm sàng và mô bệnh học.

- Loại đoạn chậu được thực hiện.

- Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, số ngày nằm viện.

- Biến chứng hậu phẫu sớm và muộn được phân loại theo thang điểm Clavien-Dindo.

- Tỷ lệ mắc và đặc điểm hội chứng vùng chậu trống.

- Các can thiệp tái tạo sàn chậu bằng vật tự thân (nếu có).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Hồ sơ bệnh án, biên bản mổ, hồ sơ theo dõi hậu phẫu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS, phương pháp phân tích mô tả.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh phê duyệt. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học. Đây là nghiên cứu hồi cứu nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 34)

Đặc điểm dân số nghiên cứu		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)		54,41 ± 10,41	
BMI (kg/m ²)		22,31 ± 1,94	
Đặc điểm bướu nguyên phát	Giai đoạn I	5	14,71
	Giai đoạn II	17	50,00
	Giai đoạn III	9	26,47
	Giai đoạn IVA	2	5,88
	Không rõ giai đoạn	1	2,94
Giải phẫu bệnh bướu nguyên phát	Carcinom tế bào gai	20	58,82
	Carcinom tế bào tuyến	9	26,47
	Carcinom gai tuyến	3	8,82
	Carcinom kém biệt hóa	2	5,88
Điều trị bướu nguyên phát	Hóa trị đơn thuần	2	5,88
	Xạ trị đơn thuần	3	8,82
	Hóa xạ đồng thời	25	73,53
	Hóa xạ đồng thời + phẫu thuật + xạ trị	1	2,94
	Phẫu thuật + hóa xạ đồng thời	3	8,82
Bệnh nền	Có bệnh nền	12	35,29
	Tăng huyết áp	8	23,53
	Đái tháo đường	8	23,53
	Bệnh thận mạn tính	1	2,94
	Tổn thương thận cấp	1	2,94
Vị trí tái phát	Cổ tử cung	26	76,47
	Bàng quang	27	79,41
	Trực tràng	22	64,71
	Diện cắt	1	2,94
	Rò bàng quang, âm đạo, trực tràng	6	17,65

Bảng 1 cho thấy bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát thực hiện đoạn chậu thường ở tuổi trung niên nên có một số bệnh nền nhất định và bệnh kéo dài, do đó BMI hơi thấp. Đa số là loại ung thư tế bào gai và hầu hết là giai đoạn trễ và điều trị triệt để ban đầu là hóa xạ đồng thời.

Bảng 2. Kết quả của phẫu thuật đoạn chậu (n = 34)

Đặc điểm phẫu thuật và các chỉ số liên quan		n	Tỷ lệ (%)
Loại đoạn chậu	Đoạn chậu trước	6	17,65
	Đoạn chậu sau	2	5,88
	Đoạn chậu toàn phần	26	76,47
Thời gian phẫu thuật [trung vị (Q1, Q3)] (phút)		195 [180, 240]	
Lượng máu mất (ml)		561,76 ± 276,90	
Truyền máu lúc mổ		23	67,65
Thời gian nội trú hậu phẫu [trung vị (Q1, Q3)] (ngày)		11 [10, 14]	
Điều trị hồi sức tích cực hậu phẫu		1	2,94
Tái tạo sàn chậu	Không tái tạo	1	2,94
	Tái tạo bằng mạc nối lớn	30	88,24
	Tái tạo bằng vật da cơ thẳng bụng + mạc nối lớn	3	8,82
Tái lập lưu thông đường tiêu hóa và tiết niệu	Bricker	2	5,88
	Mở niệu quản	4	11,76
	Hậu môn nhân tạo	2	5,88
	Bricker + Hậu môn nhân tạo	2	5,88
	Mở niệu quản + Hậu môn nhân tạo	5	14,71
	Double Barrel	19	55,88

Bảng 2 cho thấy bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát đa số là đoạn chậu toàn phần và không tạo hình sàn chậu. Phương pháp tái tạo lưu thông đường tiêu và tiết niệu thường là kiểu quai đôi (Double Barrel) và ít trường hợp phải điều trị hồi sức tích cực (intensive care unit).

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật đoạn chậu (n = 34)

Biến chứng hậu phẫu		n	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sớm	Không xuất hiện	22	64,71
	Xuất hiện biến chứng sớm	12	35,29
	Bán tắc ruột	1	2,94
	Huyết khối tĩnh mạch chi dưới	1	2,94
	Hoại tử 1 phần vật	3	8,82
	Loét HMNT	1	2,94
	Hẹp lỗ mở niệu quản	1	2,94
	Xuất huyết nội	2	5,88
	Nhiễm trùng vết mổ	3	8,82
Biến chứng muộn	Không xuất hiện	15	44,12
	Xuất hiện biến chứng muộn	19	55,88
	Hội chứng vùng chậu trống	14	41,18
	Thận ứ nước	9	26,47
	Suy thận mạn	3	8,82
	Bán tắc ruột	2	5,88

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ biến chứng sớm khoảng 1/3 trường hợp, chủ yếu là độ II theo phân loại Clavien Dindo. Biến chứng muộn còn khá cao, trong đó nổi trội là biến chứng do vùng chậu trống (như tụ dịch nhiễm trùng dai dẳng, sa tạng vào vùng chậu gây dính ruột, tắc ruột và xì rò tiêu hóa...), biến chứng muộn hay gặp nữa là ứ nước thận do hẹp miệng nối niệu quản ruột khi làm phương pháp Double Barrel hoặc Bricker.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 34 bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát hoặc tiến triển tại vùng được phẫu thuật đoạn chậu, tuổi trung bình 54,4 ± 10,4. Theo Schmidt A.M và cộng sự, nhóm tuổi này có tiên lượng sống tốt hơn so với bệnh nhân trẻ hơn [5], phù hợp với kết quả của chúng tôi. Chỉ số BMI trung bình 22,3 ± 1,9 kg/cm², nằm trong khoảng an toàn, góp phần hạn chế nguy cơ biến chứng nặng như đã được Nielsen C.K.P và cộng sự báo cáo [6].

Về đặc điểm bệnh, đa số bệnh nhân ở giai đoạn II-III khi chẩn đoán ban đầu, giải phẫu bệnh chủ yếu là carcinom tế bào gai, phù hợp với nhiều nghiên cứu trước [5]. Loại đoạn chậu toàn phần chiếm 76,5%, tương tự tỷ lệ trong các báo cáo quốc tế, và quan trọng nhất là đạt được diện cắt âm tính R0, yếu tố tiên lượng sống còn quan trọng [7].

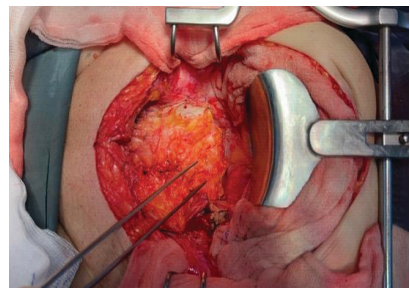
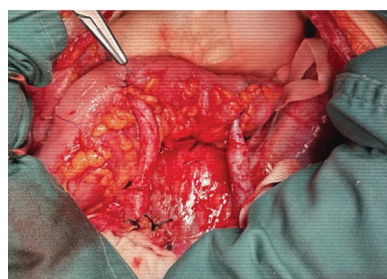
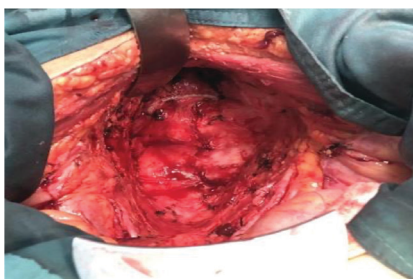
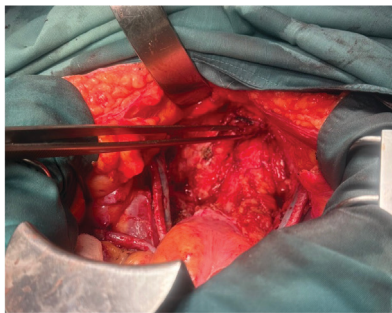
So sánh với các báo cáo quốc tế, việc xác định đặc điểm tái phát (trung tâm, cạnh cổ tử cung, hoặc ngoại vi trong vùng chậu) và thời gian tái phát sau hóa xạ trị là những yếu tố quan trọng để chọn đúng đối tượng phẫu thuật đoạn chậu, góp phần tối ưu hóa kết quả điều trị. Chúng tôi sẽ làm rõ hơn trong nghiên cứu khác trong thời gian tới.

Tái tạo sàn chậu được thực hiện ở 94,1% bệnh nhân, chủ yếu bằng mạc nối lớn; tuy nhiên hội chứng vùng chậu trống vẫn xuất hiện ở 41,2%. Việc sử dụng vật cơ da thẳng bụng (vertical rectus abdominis myocutaneous flap) có thể giảm đáng kể biến chứng do vùng chậu trống [8]. Đây là hướng cần tăng cường áp dụng tại bệnh viện chúng tôi.

Thời gian phẫu thuật trung vị 195 phút, lượng máu mất trung bình 562 ml, tỷ lệ truyền máu 67,6%, thấp hơn hoặc tương đương một số nghiên cứu lớn [8]. Chỉ 2,9% bệnh nhân cần điều trị ICU sau mổ, phản ánh khả năng kiểm soát phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu tốt.

Tỷ lệ biến chứng sớm (≤ 30 ngày) là 35,3%, chủ yếu Clavien-Dindo độ II, thấp hơn so với báo cáo của Matsuo K và cộng sự. Biến chứng muộn gặp ở 55,9% bệnh nhân, nổi bật là hội chứng vùng chậu trống và hẹp miệng nối niệu quản-ruột gây ứ nước thận. Việc thay đổi kỹ thuật nối niệu quản-ruột, cùng tăng cường tạo hình vùng chậu bằng vật cơ da thẳng bụng được kỳ vọng sẽ giảm các biến chứng này trong tương lai [10].

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu khẳng định PE vẫn là phương pháp điều trị khả thi và an toàn cho bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát chọn lọc, dù tỷ lệ biến chứng còn cao. Áp dụng các kỹ thuật tái tạo tiên tiến và tối ưu hóa chăm sóc hậu phẫu là chìa khóa để cải thiện kết cục lâu dài.



1a. Đoạn chậu trước và đoạn chậu toàn phần

1b. Tái lập lưu thông đường tiêu và tiểu bằng phương pháp Bricker và Double Barrel

1c. Che lấp vùng chậu trống bằng vật VRAM và mạc nối lớn

Hình 1. Hình ảnh thực hiện đoạn chậu tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đoạn chậu là một lựa chọn khả thi và an toàn đối với bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát hoặc tiến triển tại vùng sau hóa xạ trị. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng muộn vẫn ở mức cao, trong đó hội chứng vùng chậu trống và hẹp miệng nối niệu quản-ruột là hai vấn đề nổi bật, ảnh hưởng đáng kể đến kết cục điều trị và chất lượng sống của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tái tạo sàn chậu bằng vật tự thân đóng vai trò then chốt trong việc giảm thiểu các biến chứng liên quan đến khoang trống sau mổ. Đồng thời, việc tối ưu hóa kỹ thuật nối niệu quản-ruột cũng được xác định là yếu tố quan trọng giúp nâng cao hiệu quả điều trị toàn diện trong tương lai.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gennigens C, Jerusalem G et al. Recurrent or primary metastatic cervical cancer: current and future treatments. *ESMO Open*, 2022 Oct, 7 (5): 100504. doi:10.1016/j.esmoop.2022.100504.
- [2] Brunschwig A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma; a one stage abdominoperineal operation with end colostomy and bilateral ureteral implantation into the colon above the colostomy. *Cancer*, 1948, 1 (2): 177-183.
- [3] Magrina J.F, Stanhope C. Ret al. Pelvic exenteration: supralelevator, infralelevator, and with vulvectomy, *Gynecol. Oncol*, 1997, 64 (1): 130-135.
- [4] Diver E.J, Rauh-Hain J.A et al. Total pelvic exenteration for gynecologic malignancies. *Int J Surg Oncol*, 2012, 2012: 693535
- [5] Schmidt A.M, Imesch P et al. Indications and long-term clinical outcomes in 282 patients with pelvic exenteration for advanced or recurrent cervical cancer. *Gynecol. Oncol*, 2012, 125, 604-609.
- [6] Nielsen C.K.P, Sørensen M. Met al. Complications and survival after total pelvic exenteration. *Eur. J. Surg. Oncol*, 2022, 48 (6): 1362-1367.
- [7] Martin A.L, Sinha S et al. The impact of distance to closest negative margin on survival after pelvic exenteration. *Gynecol. Oncol*, 2022, 165, 514-521.
- [8] Radwan R.W, Tang A.M, Harries R.L, Davies E.G, Drew P, Evans M.D. Vertical rectus abdominis flap (VRAM) for perineal reconstruction following pelvic surgery: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, Mar 2021, 74 (3): 523-529.
- [9] Kroon H.M, Dudi-Venkata N.N et al. Palliative pelvic exenteration: A systematic review of patient-centered outcomes. *Eur. J. Surg. Oncol*, 2019, 45, 1787-1795.
- [10] Matsuo K, Mandelbaum R.S, Adams C.L, Roman L.D, Wright J.D. Performance and outcome of pelvic exenteration for gynecologic malignancies: a population-based study. *Gynecol Oncol*, 2019, 153: 368-735.