

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



UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG: PHÂN GIAI ĐOẠN VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ



MỞ ĐẦU

Ung thư nội mạc tử cung là ung thư phụ khoa phổ biến nhất ở các nước phương Tây; tại Hoa Kỳ, hàng năm có khoảng 46.470 trường hợp mới và 8.120 ca tử vong do căn bệnh này. Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh ung thư nội mạc tử cung 2,5%, chiếm 6% tổng số ca ung thư ở phụ nữ. Ở các nước phương Đông, tỷ lệ này dần gia tăng, trong tương lai gần cũng là ung thư phụ khoa thường gặp nhất. Tại Việt Nam, theo ghi nhận năm 2002, ung thư nội mạc tử cung có tỷ lệ mắc là 2,5/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 0,9/100.000 dân.

Điều may mắn là phần lớn ung thư nội mạc tử cung được chẩn đoán ở giai đoạn sớm chỉ cần điều trị bằng phẫu thuật. Khoảng 75% ung thư nội mạc tử cung được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, 75 – 85% ung thư nội mạc tử cung xảy ra ở khoảng tuổi 60 – 70, trên 95% trường hợp sau 40 tuổi.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính yếu. Tỷ lệ điều trị khỏi và sống còn rất cao sau phẫu thuật. Tỷ lệ sống sau 5 năm đối với ung thư tại chỗ, vùng và di căn lần lượt là 96%, 67% và 17%.

PHÂN GIAI ĐOẠN VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CƠ BẢN

Phân giai đoạn ung thư nội mạc tử cung theo Liên đoàn Phụ khoa và Sản phụ khoa quốc tế (FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics)

Ung thư nội mạc tử cung được phân giai đoạn

theo hệ thống phân loại của FIGO năm 2010 ở bảng 1.

Bảng 1.

FIGO	Mô tả
I	Bướu khu trú ở thân tử cung
IA	Bướu khu trú ở nội mạc tử cung hay xâm lấn < ½ bề dày cơ tử cung
IB	Bướu xâm lấn ≥ ½ bề dày cơ tử cung
II	Bướu lan tới mô đệm kênh cổ tử cung
IIA	Bướu lan tới các tuyến cổ trong
IIB	Bướu lan tới mô đệm cổ tử cung
III	Bướu lan rộng tại chỗ và/hoặc tại vùng
IIIA	Bướu xâm lấn thanh mạc hoặc các phần phụ
IIIB	Bướu xâm lấn âm đạo và/hoặc chu cung
IIIC	Di căn hạch chậu hay hạch cạnh động mạch chủ bụng
IIIC1	Di căn hạch chậu
IIIC2	Di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng
IV	Bướu xâm lấn vùng chậu hoặc có di căn xa
IVA	Bướu xâm lấn niêm mạc bàng quang hay niêm mạc trực tràng
IVB	Di căn xa (hạch bẹn, phổi, gan, xương, phúc mạc ổ bụng...)

Quan sát đại thể trong mổ và sinh thiết lạnh

Mẫu tử cung sau khi phẫu thuật nên được xem xét trong phòng mổ để đánh giá cấp độ bệnh. Cấp độ của bệnh tử cung cung cấp một số hướng dẫn nhằm mở rộng giai đoạn phẫu thuật (ví dụ đánh giá hạch bạch huyết), trong đó, đến lượt nó, có thể ảnh hưởng đến các khuyến nghị điều trị bổ trợ. Phân tích tổng hợp 16 nghiên cứu bao gồm 2.567 phụ nữ bị ung thư nội mạc tử cung đã đánh giá hiệu quả chẩn đoán của quan sát đại thể trong mổ để xác định độ sâu của xâm lấn cơ tử cung và thấy độ nhạy 75% và độ đặc hiệu là 92%.

Mẫu sinh thiết lạnh của vùng xâm lấn sâu nhất có thể cung cấp thêm thông tin, nhưng các nghiên cứu so sánh kết quả của sinh thiết lạnh với bệnh lý cuối cùng chưa được báo cáo là phù hợp cao, nhất là ở giai đoạn thấp và grade (độ) thấp. Sự chưa phù hợp cao giữa các chuyên gia bệnh lý phụ khoa chuyên khoa và các nhà giải phẫu bệnh học nói chung cũng đã được báo cáo và là mối quan tâm. Ví dụ, trong một nghiên cứu lớn ($n = 482$) phụ nữ có ung thư tuyến nội mạc tử cung cấp độ 1, kết quả phân tích bệnh học cuối cùng cao hơn so với sinh thiết lạnh trong 15% bệnh nhân, 1% trong số đó có cấp độ điểm cao hơn 2. Ngược lại, một nghiên cứu khác với $n = 784$ cho thấy sự khác biệt đáng kể về mặt lâm sàng giữa sinh thiết lạnh và đánh giá bệnh học cuối cùng chỉ xảy ra trong 1,3% số trường hợp.

Đánh giá hạch bạch huyết

Một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đối với ung thư nội mạc tử cung là sự hiện diện của bệnh ra ngoài tử cung, đặc biệt là di căn hạch bạch huyết vùng chậu và cạnh động mạch chủ. Cách tiếp cận để đánh giá hạch bạch huyết còn gây tranh cãi, đặc biệt là ở những phụ nữ ung thư giai đoạn sớm.

Tỷ lệ mắc và các yếu tố nguy cơ đối với di căn hạch.

Tỷ lệ lây lan hạch thay đổi theo giai đoạn khối u và cấp độ. Nguy cơ 3 – 5% ở những bệnh nhân có khối u xâm lấn bề mặt và biệt hóa tốt, nhưng nguy cơ tăng đến 20% ở bệnh xâm lấn sâu và biệt hóa kém.

Ngoài ra, sự hiện diện của bất kỳ yếu tố nào sau

đây cho thấy nguy cơ cao của di căn hạch, ngay cả trong biểu hiện rõ ràng giai đoạn I của bệnh; do đó, sự hiện diện của bất kỳ đặc điểm nào trong số này cho thấy lợi ích của việc nạo hạch bạch huyết:

- Tế bào sáng, tế bào thanh dịch, hoặc mô học cấp độ cao.
- Xâm lấn cơ tử cung lớn hơn 50%.
- Khối u lớn (đường kính > 2 cm hoặc chiếm đầy khoang nội mạc tử cung).

Điều trị phẫu thuật cơ bản

Cắt tử cung hoàn toàn ngoài cân + hai phần phụ + nạo hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ bụng là phương thức phân giai đoạn chuẩn của ung thư nội mạc tử cung, ngoại trừ những bệnh nhân có chỉ định điều trị bảo tồn vì những lý do đặc biệt như nhu cầu mang thai.

Các phương pháp phẫu thuật cắt tử cung ngã bụng, phẫu thuật cắt tử cung ngã âm đạo, cắt tử cung qua nội soi, cắt tử cung qua nội soi có sự hỗ trợ robot đều có thể thực hiện.

Cũng như các khối u ác tính phụ khoa trong ổ bụng khác, phân giai đoạn hoàn chỉnh bao gồm sinh thiết ở bất kỳ khu vực nào nghi ngờ di căn. Vì vậy, khi phẫu thuật cần quan sát đánh giá bề mặt phúc mạc, thanh mạc, vòm hoành, sinh thiết những tổn thương nghi ngờ.

Giảm khối tế bào thường được thực hiện khi có di căn rõ ràng.

Làm tế bào học ổ bụng (theo FIGO, AJCC). Hầu hết các bác sĩ phẫu thuật ghi lại kết quả của tế bào học phúc mạc, nhưng đây không phải là một phần của phân giai đoạn theo FIGO.

Phẫu thuật cắt bỏ mạc nối lớn thường được thực hiện cho những bệnh nhân có mô học là tế bào sáng hoặc tế bào thanh dịch.

Phẫu thuật sinh thiết hoặc nạo các hạch bạch huyết và hạch cạnh động mạch chủ được thực hiện có chọn lọc. Ở cấp tối thiểu, cần loại bỏ các hạch bạch huyết có thể sờ được để loại trừ di căn hạch.

Khảo sát hạch bạch huyết

Nạo hạch chậu được thực hiện khi cần những thông tin tiên lượng quan trọng có thể làm thay đổi quyết định điều trị. Nhóm hạch chậu bao gồm hạch

- chậu ngoài, chậu trong, hạch bịt, chậu chung.
- Nạo hạch cạnh động mạch chủ bụng từ vùng dưới thận, dưới mạc treo được thực hiện chọn lọc trong những trường hợp tổn thương xâm lấn sâu, cấp độ mô học cao, carcinoma thanh dịch, tế bào sáng hay carcinosarcoma.
 - Sinh thiết hạch lymphatic ở bệnh nhân có chọn lọc.

Ung thư nội mạc tử cung ở người trẻ tuổi

Dưới 5% ung thư nội mạc tử cung xảy ra ở người trẻ dưới 40 tuổi.

Phần lớn ung thư nội mạc tử cung là biệt hóa tốt (khoảng 90% trường hợp) và giới hạn ở nội mạc tử cung. Thường có liên quan đến hội chứng Lynch.

Bảo tồn chức năng sinh sản thường được đặt ra đối với những phụ nữ trẻ tuổi do nhu cầu mang thai và sinh đẻ.

Có thể dùng progesterone để điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm ở người trẻ tuổi mong muốn mang thai. Những thuốc thường được sử dụng là:

- Megestrol acetate 160 – 320 mg/ngày.
- Medroxyprogesterone acetate 200 – 500 mg/ngày.

Tuy nhiên tỷ lệ mang thai thành công sau điều trị nội chỉ ghi nhận khoảng 40%.

Quyết định điều trị bảo tồn tử cung không nên được xem nhẹ. Cần thiết phải loại trừ xâm lấn cơ tử cung trên MRI, phải chắc chắn mô học grade 1 và tình trạng thụ thể progesterone dương tính. Bệnh lý ở buồng trứng phải được loại trừ, đặc biệt là hội chứng Lynch cũng như loại trừ bệnh lý nguyên phát đồng thời và di căn.

Đáp ứng điều trị cần được đánh giá sau 3 tháng sử dụng progesterone. Tuy nhiên, khoảng 40% sẽ tái phát sau điều trị, do đó cần phải theo dõi lâu dài và sau khi sinh con, khuyến cáo nên cắt tử cung.

Vai trò của phẫu thuật nội soi

Phẫu thuật nội soi có nhiều lợi ích hơn mổ bụng mở truyền thống:

- Ít đau sau mổ.
- Cải thiện thẩm mỹ.
- Giảm mất máu.
- Thời gian hồi phục nhanh.

- Thời gian nằm viện ngắn.
- Giảm biến chứng chu phẫu.

THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

Bệnh nhân phải được khám lâm sàng mỗi 3 – 4 tháng trong 2 năm đầu, sau đó khám mỗi 6 tháng.

X-quang ngực mỗi 12 tháng.

CA125 sau phẫu thuật.

TÓM TẮT

- Ung thư nội mạc tử cung được phân giai đoạn phẫu thuật theo hệ thống phân loại của FIGO 2010.
- Cắt tử cung hoàn toàn ngoài cân + hai phần phụ + nạo hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ bụng là phương thức phân giai đoạn chuẩn của ung thư nội mạc tử cung, ngoại trừ những bệnh nhân có chỉ định điều trị bảo tồn vì những lý do đặc biệt như nhu cầu mang thai.
- Các phương pháp phẫu thuật cắt tử cung ngã bụng, phẫu thuật cắt tử cung ngã âm đạo, cắt tử cung qua nội soi, cắt tử cung qua nội soi có sự hỗ trợ robot đều có thể thực hiện.
- Những bệnh nhân có biểu hiện ung thư nội mạc tử cung giai đoạn 1, độ 1 có thể lựa chọn không phẫu thuật cắt hoàn toàn tử cung và hai phần phụ và trải qua liệu pháp progestin. Tuy nhiên, cần phải giám sát tối ưu những phụ nữ này vì họ có nguy cơ mắc bệnh tái phát. Do đó, khuyến cáo rằng những phụ nữ này cần phải được phẫu thuật cắt hoàn toàn tử cung và hai phần phụ sau khi hoàn thành sinh sản, ngay cả trong trường hợp sự thoái triển của bướu đã được chứng minh.
- Phẫu thuật giảm khối tế bào thường được thực hiện khi có di căn rõ ràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Case AS, Rocconi RP, Straughn JM Jr, et al. A prospective blinded evaluation of the accuracy of frozen section for the surgical management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1375.
2. Fanning J, Tsukada Y, Piver MS. Intraoperative frozen section diagnosis of depth of myometrial invasion in endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1990; 37:47.
3. Kumar S, Medeiros F, Dowdy SC, et al. A prospective assessment of the reliability of frozen section to direct intraoperative decision making in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2012; 127:525.
4. Leitao MM Jr, Kehoe S, Barakat RR, et al. Accuracy of preoperative endometrial sampling diagnosis of FIGO grade 1 endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 2008; 111:244.
5. Lewin SN, Herzog TJ, Barrena Medel NI, et al. Comparative performance of the 2009 international Federation of gynecology and obstetrics' staging system for uterine corpus cancer. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1141.
6. Mavromatis ID, Antonopoulos CN, Matsoukis IL, et al. Validity of intraoperative gross examination of myometrial invasion in patients with endometrial cancer: a meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91:779.
7. Quinlivan JA, Petersen RW, Nicklin JL. Accuracy of frozen section for the operative management of endometrial cancer. *BJOG* 2001; 108:798.