

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 | 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị |
| 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà | 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm |
| 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và
điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà | 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau
do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như |
| 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên | 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm |
| 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán
hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa | 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ |
| 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến |
| 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 | 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy |
| 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 < Ngồi móng: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như | |

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 dài đẳng 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: “MÃN 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



VAI TRÒ CỦA X-QUANG TRONG TẦM SOÁT UNG THƯ VÚ

Hồ Hoàng Thảo Quyên

Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM



Ung thư vú là ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới. Sự gia tăng tần suất ung thư vú đang diễn ra trên toàn thế giới. Theo số liệu thống kê gần đây nhất của Cơ quan nghiên cứu Ung thư quốc tế, số ca ung thư vú mới mắc hằng năm là 1,67 triệu (khoảng 1/4 ung thư ở nữ giới). Tại Việt Nam, tỷ suất mới mắc ung thư vú khoảng 27/100.000 người/năm theo Trung tâm Nghiên cứu Quốc tế về Ung thư (International Agency for Research on Cancer, 2012 – IARC). Từ năm 2003, ung thư vú đã vượt qua ung thư cổ tử cung để chiếm vị trí đứng đầu trong nhóm ung thư ở phụ nữ Việt Nam. Thống kê ung thư tại TP HCM năm 2014 cho thấy ung thư vú thường gặp từ 40 – 74 tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi từ 55 – 59 tuổi (Lê Hoàng Minh, 2014).

Tầm soát phát hiện và điều trị bệnh ở giai đoạn sớm khi đường kính u nhỏ hơn 1 cm, chưa có hạch nách và di căn xa, là hướng tiếp cận duy nhất giúp cải thiện tiên lượng bệnh này (Bùi Diệu, 2013).

X-quang vú được xem là phương pháp để tầm soát ung thư vú có hiệu quả. Ung thư vú nếu được phát hiện sớm sẽ được điều trị hiệu quả, kéo dài khả năng sống và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân (Altobelli, 2014).

CHIẾN LƯỢC CHUNG VỀ TẦM SOÁT UNG THƯ VÚ

Tầm soát là quy trình tách những đối tượng nguy cơ hoặc có khả năng mắc bệnh trong cộng đồng, để

có biện pháp can thiệp thích hợp. Test tầm soát cần có các tiêu chuẩn về độ nhạy và độ đặc hiệu, thực hiện đơn giản, chi phí thấp, an toàn và chấp nhận được. Chương trình tầm soát được đánh giá dựa vào tính khả thi (tính được chấp nhận và giá thành), khả năng phát hiện bệnh (giá trị tiên đoán), tính hiệu quả (giảm số tử vong) (Lê Hoàng Ninh, 2012).

Ung thư vú là một bệnh không thể bỏ qua, gây hậu quả nghiêm trọng, có thể phát hiện và điều trị được triệt để ở giai đoạn sớm. Phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn để tầm soát ung thư vú cần chọn có độ nhạy cao và có bằng chứng làm giảm tỷ lệ tử vong.

Phương pháp được khuyến cáo hiện nay là tầm soát định kỳ mỗi năm hay mỗi hai năm bằng X-quang (American Cancer Society, 2015; Bowser, 2017). Tuổi bắt đầu tầm soát tùy theo tình hình dịch tễ của từng khu vực và quốc gia.

LIÊN QUAN X-QUANG VÚ

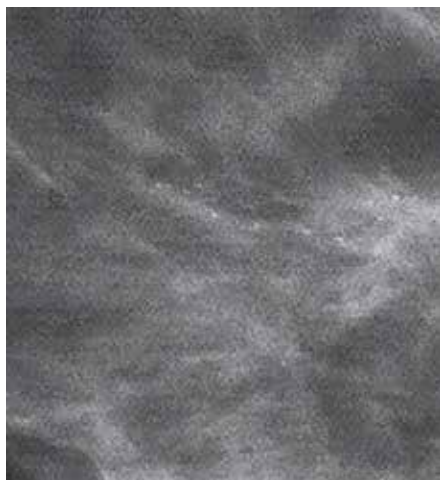
Chụp X-quang là kỹ thuật dùng tia X phát ra, đi qua tuyến vú để ghi hình ảnh lên phim hoặc dưới dạng ảnh kỹ thuật số. X-quang ngày nay với liều tia xạ rất thấp, khoảng nhỏ hơn 1 mSv một lần chụp, trong khoảng an toàn bức xạ.

Khi chụp X-quang, bệnh nhân ở tư thế đứng hoặc ngồi, vú sẽ được ép nhẹ giữa 2 bản ép của máy. Các máy chụp thường có chế độ kỹ thuật tự động, đảm bảo ép vú vừa phải, không gây đau mà vẫn đạt yêu cầu về chất lượng hình ảnh. Mục đích của việc

ép vú là làm giảm độ dày của vú, tia X xuyên thấu qua một cách đồng nhất hơn; giảm khoảng cách vật phim giúp cho độ phân giải tốt hơn; tách rời các cấu trúc trong mô tuyến. Liều kVp thấp (25 – 30) đặc biệt quan trọng trong chụp X-quang (Phí Ích Nghị, 2009).

Hiện nay, trên thế giới công nhận hai chiều thể căn bản cho việc tầm soát bằng X-quang vú: thể chếch trong ngoài (Mediolateral Oblique – MLO) và thể thẳng trên dưới (Craniocaudal – CC). Tùy theo kết quả quan sát các phim này, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh quyết định chụp các chiều thể khác bổ sung hay không.

X-quang vú có thể phát hiện các trường hợp vi vôi hóa ác tính từ rất sớm như carcinome ống tuyến vú tại chỗ (Altobelli, 2014). Những vi vôi hóa chỉ thấy rõ được trên thể phóng đại, thể chụp này đòi hỏi phải có bàn ép chuyên biệt. Độ nhạy của X-quang khi phát hiện đám vi vôi hóa này từ 81 đến 98% (Altobelli, 2014; Tabar, 2011). Tabar và cộng sự ghi nhận rằng vi vôi hóa thấy được trên X-quang chiếm 85% ca carcinome ống tuyến tại chỗ grade cao và 69% ca carcinome ống tuyến tại chỗ grade vừa và thấp (Tabar, 2011). (Hình 1)

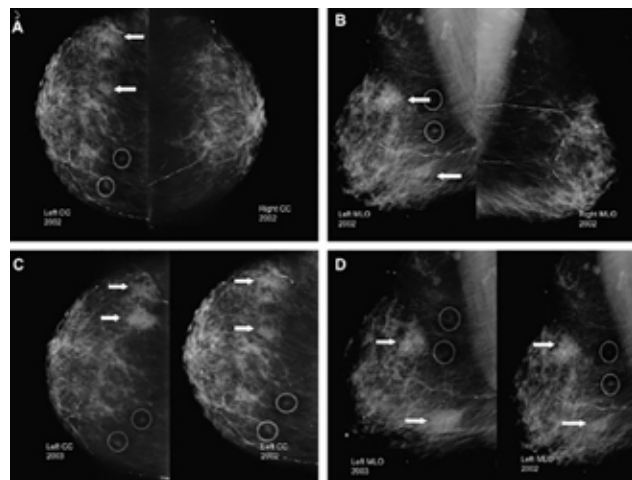


Hình 1. Vi vôi hóa vô định hình, phân bố theo dạng đường. Giải phẫu bệnh: Carcinome ống tuyến tại chỗ. Hình ảnh này chỉ thấy được trên thể phóng đại khu trú. (Nguồn: ACR BI-RADS Atlas 2013)

Bên cạnh đó, X-quang có thể phát hiện những vùng không cân xứng khu trú (chỉ thấy được trên X-quang) tiến triển theo thời gian, thấy rõ khi so sánh hai vú và phim chụp cũ (Hình 2).

Theo thống kê của Ban đặc nhiệm về phòng bệnh của Mỹ (United States Preventive Services Task Force) từ bảy thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, tỷ lệ tử vong của ung thư vú giảm 22% ở nhóm phụ nữ lớn hơn 50 tuổi có tầm soát bằng X-quang và 15% ở nhóm tuổi từ 40 – 49 (Nelson, 2016). Theo những thử nghiệm lâm sàng có giá trị, cho đến nay, X-quang là phương tiện tầm soát duy nhất có chứng cứ giảm tỷ lệ tử vong (15 – 30%). Lượng giá những chương trình tầm soát khác ở Châu Âu, tỷ lệ này giảm từ 35 – 45% (Altobelli, 2014).

Việc phát hiện ung thư vú tại chỗ cho thấy khả năng sống sau 15 năm lớn hơn 94%. Với ung thư vú xâm lấn có kích thước nhỏ hơn hay bằng 1 cm, khả năng sống sau 15 năm từ 90 đến 92%; khối u 1 – 2 cm, khả năng sống sau 15 năm là 75%. Tỷ lệ tử vong trung bình tăng 1,3% khi kích thước tăng 1 mm (Altobelli, 2014). Số phụ nữ sống không còn ung thư vú thay đổi theo tuổi. Với mỗi 10.000 phụ nữ tầm soát ung thư vú định kỳ trong 10 năm tiếp



Hình 2. Không cân xứng tiến triển. Hai vùng không cân xứng khu trú (các mũi tên) nhìn thấy trên phim CC (A) và MLO (B). Một năm sau, vùng không cân xứng to lên và gợi ý bờ tua gai trên phim CC (C) và MLO (D). Giải phẫu bệnh: Carcinome ống tuyến xâm lấn. (Nguồn: Breast Imaging)

theo, số người sống không bệnh là 5 ở nhóm 40 – 49 tuổi, 10 ở nhóm 50 – 59 tuổi và 42 ở nhóm 60 – 69 tuổi (Pace, 2014).

HẠN CHẾ KHI TẦM SOÁT BẰNG X-QUANG

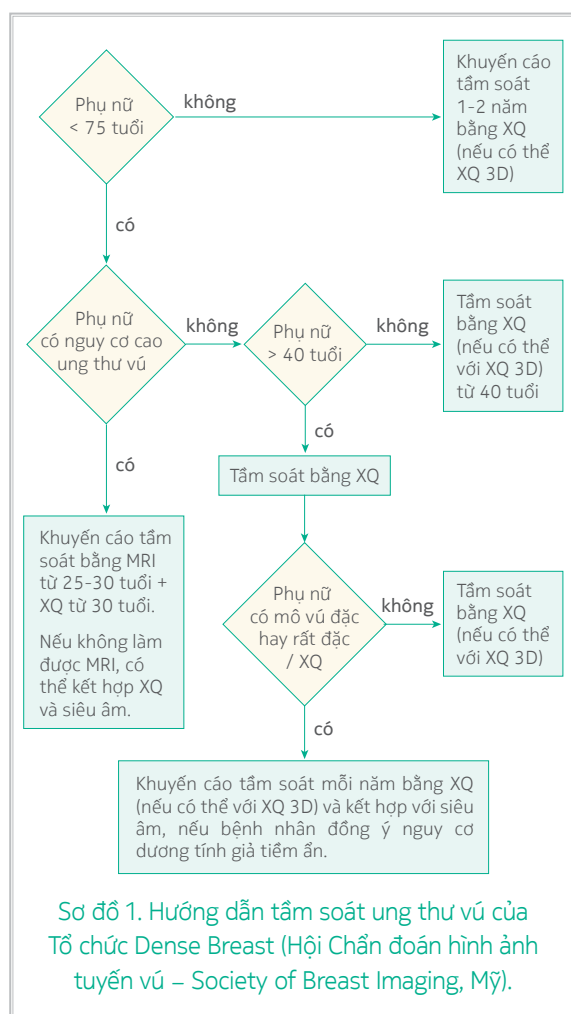
Tầm soát bằng X-quang có những khó khăn hay không thuận lợi đã và đang được nghiên cứu như chẩn đoán quá mức có tỷ lệ cao, dương tính giả cao ở nhóm phụ nữ từ 40 – 49 tuổi, giảm độ nhạy trên mô vú đặc.

Tỷ lệ chẩn đoán quá mức từ 16 – 22,7% ung thư vú phát hiện trong thời gian tầm soát và 9,7 – 12,4% trong thời gian theo dõi. Nguy cơ dương tính giả cao hơn khi tầm soát X quang mỗi năm hoặc khi bắt đầu tầm soát ở tuổi càng trẻ (nhỏ hơn 50 tuổi) (Suzuki, 2014).

Tỷ lệ cần thêm hình ảnh bổ sung cao nhất ở nhóm tuổi 40 – 49 và giảm theo tuổi. Độ nhạy của X-quang nhóm tuổi 40 – 49 là 73,6%, tăng dần theo nhóm tuổi. Độ nhạy cao hơn ở nhóm tuổi từ 50 trở lên (Suzuki, 2014). Có mối liên quan giữa tuổi và mật độ mô tuyến vú: tuổi càng lớn, sự thoái triển mô tuyến nhiều hơn, mô mỡ sẽ chiếm ưu thế (Phí Ích Nghị, 2009). Tầm soát ung thư vú bằng X-quang kết hợp thêm phương tiện khác, đặc biệt ở lứa tuổi 40 – 49, đang được quan tâm nghiên cứu như: siêu âm, X-quang vú 3D hoặc cộng hưởng từ. Mỗi sự kết hợp đều có ưu và khuyết điểm riêng. Tuy nhiên, theo các nghiên cứu tổng quan hệ thống, việc kết hợp siêu âm và X-quang ở mô vú đặc chỉ có chứng cứ giới hạn. Chưa có nghiên cứu nào khảo sát giảm tỷ lệ tử vong do ung thư vú hoặc theo dõi lợi ích khỏi bệnh hoàn toàn (Gartlehner, 2013; Scheel, 2015). Kết hợp với cộng hưởng từ chỉ được khuyến cáo ở những phụ nữ có nguy cơ cao ở mọi lứa tuổi, vì chi phí rất cao. X-quang vú 3D vẫn đang được nghiên cứu kết hợp và được đưa vào hướng dẫn tầm soát đối với nhóm mô vú đặc, nếu có điều kiện (Sơ đồ 1).

Mặc dù chưa hoàn hảo nhưng cho đến hiện nay, X-quang được chứng minh vẫn luôn là phương tiện tầm soát duy nhất có khả năng làm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư vú. Do đó, trong các khuyến cáo

chung trên thế giới, cho các nước phát triển và cả các nước đang phát triển, luôn bắt đầu bằng X-quang vú (nếu có điều kiện). Trong trường hợp các quốc gia có thu nhập thấp, chưa có máy chụp X-quang vú, có thể bắt đầu bằng khám lâm sàng và kết hợp siêu âm vú sau đó. Tuy nhiên, đối với cách tầm soát này, độ nhạy thấp và bằng chứng về giảm tỷ lệ tử vong không thuyết phục.



TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

- Altobelli E., Lattanzi A. (2014) "Breast cancer in European Union: An update of screening programmes as of March 2014 (Review)". *Int J Oncol*, 45 (5), pp.1785-1792.
- American College of Radiology (2013) ACR Atlas Breast Imaging Reporting and Data System BI-RADS 2013 American College of Radiology, Reston, VA.
- Gartlehner KJ, Thaler KJ, Chapman A, Kaminski A, Berzaczky D et al. (2013). "Adjunct ultrasonography for breast cancer screening in women at average risk: a systematic review". *Int J Evid Based Healthc.*, 11(2), pp. 87-93.
- Scheel JR, Lee JM, Sprague BL, Lee CI, Lehman CD. (2015) "Screening ultrasound as an adjunct to mammography in women with mammographically dense breasts.". *Am J Obstet Gynecol*, 212 (1), pp.9-17.
- Suzuki A, Ishida T, Ohuchi N (2014) "Controversies in breast cancer screening for women aged 40-49 years". *Jpn J Clin Oncol*, 44 (7), pp. 613-618.