

HƯỚNG DẪN CỦA ESGO VỀ QUẢN LÝ BỆNH NHÂN UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

BS. Võ Thị Cẩm Nhung, BS. Ngô Minh Hưng, BS. Trần Minh Quang

Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Ung thư nội mạc tử cung là bệnh ung thư phụ khoa phổ biến nhất ở châu Âu.

Năm 2014, Hiệp hội Ung thư Phụ khoa châu Âu (ESGO), Hiệp hội châu Âu về Xạ trị và Ung thư (ESTRO), và Hiệp hội Bệnh học châu Âu (ESP) cùng quyết định cập nhật các hướng dẫn dựa trên bằng chứng này và bao gồm các chủ đề mới để cải thiện chất lượng chăm sóc dành cho phụ nữ bị ung thư nội mạc tử cung trên khắp châu Âu và trên toàn thế giới.^[2]

Quá trình 5 bước (hình 1) để cho ra đời những hướng dẫn này.



Bảng 1. Mức độ bằng chứng và mức độ khuyến cáo.

MỨC ĐỘ BẰNG CHỨNG

- I Bằng chứng từ ít nhất một thử nghiệm ngẫu nhiên lớn có đối chứng về chất lượng phương pháp luận tốt (khả năng sai lệch thấp) hoặc các phân tích tổng hợp của các thử nghiệm ngẫu nhiên được tiến hành tốt mà không có sự không đồng nhất.

- II Các thử nghiệm ngẫu nhiên nhỏ hay các thử nghiệm ngẫu nhiên lớn có nghi ngờ về độ chệch (chất lượng phương pháp luận thấp hơn) hoặc phân tích tổng hợp các thử nghiệm đó hoặc các thử nghiệm có tính không đồng nhất đã được chứng minh.

Bảng 1. Mức độ bằng chứng, mức độ khuyến cáo (tiếp)..

MỨC ĐỘ BẰNG CHỨNG

- III Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu.
- IV Nghiên cứu thuần tập hồi cứu hay nghiên cứu bệnh chứng.
- V Nghiên cứu không có nhóm đối chứng, báo cáo trường hợp, ý kiến chuyên gia.

CÁC CẤP ĐỘ KHUYẾN CÁO

- A Một bằng chứng mạnh mẽ về hiệu quả với lợi ích lâm sàng đáng kể, được khuyến cáo mạnh mẽ.
- B Bằng chứng mạnh mẽ hoặc trung bình về hiệu quả nhưng với lợi ích lâm sàng hạn chế, thường được khuyến cáo.
- C Không đủ bằng chứng về hiệu quả hoặc lợi ích không lớn hơn rủi ro hoặc bất lợi (sự kiện bất lợi, chi phí, vv.), tùy chọn.
- D Bằng chứng vừa phải chống lại hiệu quả hoặc bất lợi kết quả, thường không được khuyến khích.
- E Bằng chứng mạnh mẽ chống lại hiệu quả hoặc cho kết quả bất lợi, không bao giờ được khuyến cáo.

KHUYẾN CÁO CHUNG

- Lập kế hoạch phân giai đoạn và điều trị phải được lập trên một cơ sở đa ngành và dựa trên kiến thức toàn diện và chính xác về tiên lượng và các yếu tố dự báo cho kết quả, tỷ lệ mắc bệnh và chất lượng cuộc sống (V, A).
- Bệnh nhân cần được tư vấn kỹ lưỡng về các kế hoạch chẩn đoán, điều trị và các giải pháp thay thế, bao gồm rủi ro và lợi ích của tất cả các lựa chọn (V, A).
- Việc điều trị nên được thực hiện tại một trung tâm chuyên khoa bởi đội ngũ chuyên gia tận tâm trong việc chẩn đoán và quản lý các bệnh ung thư phụ khoa, đặc biệt là các bệnh có nguy cơ cao và/hoặc bệnh giai đoạn nặng (V, A).

ĐỊNH NGHĨA CÁC NHÓM NGUY CƠ TIỀN LƯỢNG (Bảng 2)

Bảng 2. Định nghĩa các nhóm nguy cơ tiên lượng.

Nhóm nguy cơ	Phân loại phân tử không xác định	Phân loại phân tử đã biết * †
Thấp	Nội mạc tử cung giai đoạn IA + grade thấp ‡ + xâm lấn mạch bạch huyết (Substantial lymph-vascular space invasion - LVSI) âm hoặc khu trú.	Giai đoạn I–II ung thư nội mạc tử cung, không còn bệnh. Nội mạc tử cung giai đoạn IA MMRd (mismatch repair deficient - thiếu sửa chữa không khớp) / NSMP (non-specific molecular profile - cấu hình phân tử không đặc hiệu) ung thư biểu mô + âm tính hoặc khu trú ‡ + LVSI mức độ thấp.
Trung bình	Nội mạc tử cung giai đoạn IB + grade thấp ‡ + LVSI âm hoặc khu trú. Nội mạc tử cung giai đoạn IA + grade cao ‡ + LVSI âm hoặc khu trú. Giai đoạn IA không phải nội mạc tử cung (tế bào huyết thanh, tế bào trong, ung thư biểu mô không biệt hóa, carcinosarcoma hỗn hợp) mà không có xâm lấn cơ tử cung.	Nội mạc tử cung giai đoạn IB MMRd/NSMP ung thư biểu mô + âm tính hoặc khu trú ‡ + LVSI mức độ thấp. Nội mạc tử cung giai đoạn IA MMRd/NSMP ung thư biểu mô + âm tính hoặc khu trú ‡ + LVSI grade cao. Giai đoạn IA p53abn và/hoặc không nội mạc tử cung (huyết thanh, tế bào rõ ràng, ung thư không biệt hóa, ung thư dạng ung thư, hỗn hợp) mà không có xâm lấn cơ tử cung.
Trung bình - cao	– Nội mạc tử cung giai đoạn I + LVSI đáng kể bất kể mức độ và độ sâu của xâm lấn Lớp nội mạc tử cung giai đoạn IB grade cao ‡ bất kể trạng thái LVSI giai đoạn II.	– Nội mạc tử cung giai đoạn I MMRd / NSMP ung thư biểu mô + chất nền LVSI bất kể mức độ và độ sâu của cuộc xâm lấn. – Nội mạc tử cung giai đoạn IB MMRd / NSMP ung thư biểu mô cấp cao ‡ bất kể tình trạng LVSI. – Ung thư biểu mô grade cao ‡ bất kể tình trạng LVSI.
Cao	– Giai đoạn III–IVA không còn bệnh. – Giai đoạn I–IVA không phải nội mạc tử cung (tế bào huyết thanh, tế bào trong, ung thư biểu mô không biệt hóa, carcinosarcoma hỗn hợp) với sự xâm lấn của cơ tử cung và không có bệnh sót lại.	– Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn III–IVA MMRd/NSMP không còn bệnh. – Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I–IVA p53abn với sự xâm lấn của cơ tử cung, không có bệnh sót lại. – Giai đoạn I–IVA NSMP/MMRd huyết thanh, ung thư biểu mô không biệt hóa, ung thư biểu mô có xâm lấn cơ tử cung, không có bệnh sót lại.
Di căn xa	– Giai đoạn III – IVA với bệnh còn sót lại. – Giai đoạn IVB.	– Giai đoạn III – IVA với bệnh còn lại của bất kỳ loại phân tử. – Giai đoạn IVB của bất kỳ loại phân tử nào.

* Đối với ung thư nội mạc tử cung giai đoạn III – IVA POLEmut và ung thư tế bào trong giai đoạn I – IVA MMRd hoặc NSMP có xâm lấn cơ tử cung, không có đủ dữ liệu để phân bổ những bệnh nhân này vào nhóm nguy cơ tiên lượng trong phân loại phân tử. Các cơ quan đăng ký tiềm năng được khuyến khích. † Xem văn bản về cách chỉ định bộ phân loại kép (ví dụ: bệnh nhân có cả POLEmut và ‡ Theo phân loại FIGO nhị phân, ung thư cấp 1 và cấp 2 được coi là biểu hiện cấp thấp và cấp 3 được coi là cấp cao. p53abn nên được quản lý dưới dạng POLEmut).

NHẬN DẠNG, GIÁM SÁT PHỤ NỮ CÓ ĐỘT BIẾN GEN DÒNG TẾ BÀO MÀM LIÊN QUAN HỘI CHỨNG LYNCH

– Để xác định bệnh nhân mắc hội chứng

Lynch và phân loại tế bào mầm sử dụng phân tích đột biến, MMR IHC (cộng với phân tích tình trạng methyl hóa vùng tự khởi động MLH1 trong trường hợp hóa mô miễn dịch mất MLH1/ PMS2 expression) hoặc kiểm tra MSI nên được thực hiện trong tất cả các ung thư nội mạc tử cung, không phân biệt loại phụ mô học của khối u (III, B).

– Bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung được xác định là có tăng nguy cơ hội chứng Lynch nên được tư vấn di truyền (III, B).

– Tầm soát ung thư nội mạc tử cung trong hội chứng Lynch người mang đột biến nói chung nên bắt đầu ở tuổi 35; tuy nhiên, các yếu tố riêng lẻ cần được xem xét (các chương trình tầm soát phù hợp). Quyết định khởi đầu độ tuổi tầm soát nên tích hợp kiến thức về các đột biến và tiền sử

khởi phát bệnh trong gia đình (IV, B).

- Tất cả những người mang đột biến hội chứng Lynch nên tầm soát nội mạc tử cung bằng siêu âm qua đường âm đạo hàng năm và sinh thiết hàng năm hoặc hai năm một lần cho đến khi cắt bỏ tử cung (IV, B).

- Cắt tử cung và cắt vòi trứng hai bên để ngăn ngừa ung thư nội mạc tử cung và ung thư buồng trứng nên được thực hiện ở những phụ nữ đủ con và tốt nhất là trước tuổi 40 năm. Tất cả những ưu và nhược điểm của phẫu thuật dự phòng phải được thảo luận bao gồm cả nguy cơ ung thư phụ khoa tiềm ẩn phát hiện lúc phẫu thuật dự phòng. Estrogen thay thế liệu pháp nên được đề nghị nếu cắt bỏ vòi trứng hai bên được thực hiện ở phụ nữ tiền mãn kinh (IV, B).

BỆNH GIAI ĐOẠN ĐẦU

Xử trí phẫu thuật ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I / II

Phương pháp xâm lấn tối thiểu

- Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu là phương pháp phẫu thuật được ưa chuộng, kể cả những bệnh nhân bị ung thư nội mạc tử cung (I, A) nguy cơ cao.

- Tránh rơi vãi khối u vào phúc mạc, tránh làm vỡ khối u hoặc cắt nhỏ khối u (ngay cả khi khối u ở trong túi đựng bệnh phẩm) (III, B).

- Khi lấy bệnh phẩm ngả âm đạo có nguy cơ tử cung bị vỡ nên thực hiện các biện pháp khác (ví dụ, phẫu thuật mở bụng nhỏ, sử dụng túi lấy bệnh phẩm) (III, B).

- Khối u di căn ra ngoài tử cung và cổ tử cung (không gồm di căn hạch) là những chỉ định tương đối với phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (III, B).

Giai đoạn hạch bạch huyết

- Sinh thiết hạch bạch huyết có thể được xem xét để phân giai đoạn ở những bệnh nhân mắc bệnh nguy cơ thấp/nguy cơ trung bình. Nó có thể được bỏ qua trong trường hợp không có xâm lấn cơ tử cung. Cắt hạch bạch huyết hệ thống không được khuyến cáo trong nhóm này (II, A).

- Giải phẫu hạch bạch huyết nên được thực hiện ở bệnh nhân mắc bệnh nguy cơ trung gian/nguy cơ cao. Sinh thiết hạch bạch huyết là một

phương pháp thay thế có thể chấp nhận được cho hệ thống cắt bỏ hạch để phân đoạn hạch bạch huyết ở giai đoạn I/II (III, B).

- Sinh thiết hạch bạch huyết trọng điểm (II, A).

- Khi phẫu thuật cắt hạch có hệ thống được thực hiện, vùng chậu và phẫu thuật hạch bạch huyết dưới thượng thận cạnh động mạch chủ được đề xuất (III, B).

- Sự hiện diện của cả Macrometastases và Micrometastases (<2 mm, pN1 (mi)) được coi là có liên quan đến di căn (IV, C).

- Ý nghĩa tiên lượng của ITC, pN0 (i+), vẫn chưa chắc chắn (IV, C).

- Trong lúc phẫu thuật nếu phát hiện thấy có hạch bạch huyết trong vùng chậu, nên bỏ qua việc bóc tách hạch vùng chậu có hệ thống hơn. Tuy nhiên, có thể xem xét bóc tách các hạch bạch huyết mở rộng và phân đoạn cạnh động mạch chủ (IV, B).

Lựa chọn để bảo tồn buồng trứng và cắt bỏ vòi trứng trong giai đoạn I/II

- Bảo tồn buồng trứng có thể được xem xét ở những bệnh nhân tiền mãn kinh <45 tuổi bị ung thư nội mạc tử cung cấp độ thấp với độ xâm lấn cơ tử cung $<50\%$ và không có bệnh lý buồng trứng hoặc ngoài tử cung khác rõ ràng (IV, A).

- Trong trường hợp bảo tồn buồng trứng nên phẫu thuật cắt bỏ tai vòi (IV, B).

- Bảo tồn buồng trứng không được khuyến cáo cho bệnh nhân có tiền sử gia đình ung thư liên quan đến nguy cơ ung thư buồng trứng (ví dụ: BRCA đột biến, hội chứng Lynch, v.v.) (IV, B).

Phẫu thuật triệt để giai đoạn II lâm sàng

Cắt tử cung toàn phần với cắt vòi trứng hai bên và cắt bỏ hạch bạch huyết là phẫu thuật tiêu chuẩn ở bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung giai đoạn II (IV, B).

Các thủ thuật mở rộng hơn chỉ nên được thực hiện nếu được yêu cầu để đạt được lợi ích phẫu thuật nhiều hơn (IV, B).

Quản lý và theo dõi bệnh nhân được bảo tồn khả năng sinh sản

- Tất cả bệnh nhân nên được đánh giá trước

và sau khi điều trị giảm thiểu khả năng sinh sản tại phòng khám hiếm muộn (IV, C).

- Cắt bỏ qua nội soi tử cung trước khi điều trị progestin có thể được coi là (III, B).

- Medroxyprogesterone acetate (400 – 600 mg/ngày) hoặc Megestrol acetate (160 – 320 mg/ngày) là phương pháp điều trị được khuyến nghị. Điều trị bằng dụng cụ tử cung Levonorgestrel phối hợp với progestin đường uống có hoặc không giải phóng gonadotropin các chất tương tự hormone cũng có thể được xem xét (IV, B).^[1]

- Để đánh giá phản ứng, sinh thiết có hướng dẫn qua nội soi tử cung và chẩn đoán hình ảnh ở thời điểm 3 – 4 và 6 tháng phải được thực hiện. Nếu không đáp ứng đạt được sau 6 tháng, khuyến cáo điều trị phẫu thuật tiêu chuẩn (IV, B).

- Điều trị nội tiết tố liên tục nên được xem xét trong những người trả lời muốn trì hoãn mang thai (IV, B).

- Nên giám sát chặt chẽ 6 tháng một lần với siêu âm ngả âm đạo và khám sức khỏe. Trong quá trình theo dõi, soi tử cung và sinh thiết nội mạc tử cung chỉ nên được thực hiện trong trường hợp chảy máu tử cung bất thường hoặc phát hiện siêu âm không điển hình (IV, B).

- Điều trị giảm khả năng sinh sản có thể được xem xét đối với tử cung chỉ tái phát trong những trường hợp được chọn lọc cao dưới sự giám sát chặt chẽ (IV, C).

- Tử cung và vòi trứng hai bên được khuyến cáo sau khi sinh con do tỷ lệ tái phát cao. Bảo tồn buồng trứng có thể được xem xét tùy thuộc vào độ tuổi và các yếu tố nguy cơ di truyền (IV, B).

Điều trị hỗ trợ

Khuyến nghị điều trị hỗ trợ cho ung thư nội mạc tử cung phụ thuộc vào nhóm nguy cơ được tiên lượng (Bảng 2).

Nguy cơ thấp

- Với bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung nguy cơ thấp, thuốc điều trị hỗ trợ không được khuyến khích (I, A).

- Khi phân loại phân tử:

- Với bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung

giai đoạn I – II, nguy cơ thấp dựa trên đột biến POLE gây bệnh, điều trị hỗ trợ hay bị bỏ sót (III, A).

- Với bệnh nhân hiếm gặp với giai đoạn ung thư nội mạc tử cung III – IVA và đột biến POLE gây bệnh, việc bỏ sót điều trị hỗ trợ không được báo cáo. Có nguy cơ khuyến khích điều trị hỗ trợ (IV, C).

Nguy cơ trung gian

- Liệu pháp điều trị hỗ trợ có thể được khuyến cáo để giảm tái phát âm đạo (I, A).

- Có thể xem xét việc bỏ qua liệu pháp phóng xạ hỗ trợ (III, C), đặc biệt đối với bệnh nhân <60 tuổi (II, A).

- Khi phân loại phân tử được biết, POLEmut và p53abn với xâm lấn cơ tử cung có các khuyến cáo cụ thể (xem các khuyến nghị tương ứng cho nguy cơ thấp và cao).

- Đối với ung thư p53abn chỉ giới hạn ở một polyp hoặc không có xâm lấn cơ tử cung, điều trị hỗ trợ thường không được khuyến cáo (III, C).

Nguy cơ trung gian cao (pN0 sau giai đoạn hạch bạch huyết)

Giai đoạn xâm lấn mạch bạch huyết như một yếu tố dự báo độc lập và mạnh mẽ cho các trường hợp tái phát không xác định vị trí trong ung thư nội mạc tử cung^[3] và là một yếu tố dự báo về sự tái phát xa và tiên lượng xấu ở ung thư nội mạc tử cung giai đoạn đầu nguy cơ thấp^[4].

- Liệu pháp điều trị hỗ trợ có thể được khuyến cáo để giảm tái phát âm đạo (II, B).

- Liệu pháp xạ trị ngoài có thể được xem xét cho giai đoạn xâm lấn hạch bạch huyết và giai đoạn II (I, B).

- Hóa trị hỗ trợ có thể được xem xét, đặc biệt là đối với grade cao (II, C) và/hoặc giai đoạn xâm lấn hạch bạch huyết đáng kể.

- Bỏ qua bất kỳ điều trị hỗ trợ nào là một lựa chọn (IV, C).

- Khi phân loại phân tử được biết, POLEmut và p53abn có các khuyến cáo cụ thể (xem các khuyến nghị tương ứng về nguy cơ thấp và cao).

Nguy cơ trung gian cao cN0/pNx (không phân giai đoạn hạch bạch huyết)

- Liệu pháp xạ trị ngoài hỗ trợ được khuyến cáo, đặc biệt là đối với giai đoạn II (I, A).
- Hóa trị hỗ trợ bổ sung có thể được xem xét, đặc biệt là đối với grade cao và/hay xâm lấn hạch bạch huyết đáng kể (II, B).
- Liệu pháp xạ trị hỗ trợ đơn thuần có thể khuyến cáo đối với trường hợp không có xâm lấn hạch bạch huyết và đối với ung thư biểu mô nội mạc tử cung độ II giai đoạn 1 (II, B).
- Khi phân loại phân tử được biết, POLEmut và p53abn có các khuyến cáo cụ thể (xem các khuyến cáo tương ứng về nguy cơ thấp và cao).

Nguy cơ cao

- Liệu pháp xạ trị ngoài với hóa trị hỗ trợ đồng thời (I, A) hoặc hóa trị và xạ trị tuần tự xen kẽ được khuyến cáo (I, B).
- Hóa trị đơn lẻ là một lựa chọn thay thế (I, B).
- Carcinosarcomas nên được coi là ung thư biểu mô nguy cơ cao (không phải như sarcoma) (IV, B).
- Khi phân loại phân tử được biết, ung thư biểu mô p53abn không xâm lấn cơ tử cung và POLEmut có các khuyến cáo cụ thể (xem các khuyến nghị tương ứng về nguy cơ trung bình và thấp) (III, C).

BỆNH TIẾN TRIỂN

Phẫu thuật cho bệnh giai đoạn III và IV trên lâm sàng

- Trong ung thư biểu mô nội mạc tử cung giai đoạn III và IV (bao gồm cả sarcoma carcino), phẫu thuật bóc tách khối u kết hợp nạo hạch. Việc cắt bỏ là khả thi với bệnh tật và chất lượng có thể chấp nhận được hồ sơ cuộc sống, sau khi chuẩn bị và thảo luận đầy đủ trước khi phẫu thuật bởi một nhóm đa khoa (IV, B).
- Liệu pháp toàn thân nên được sử dụng nếu dự báo phẫu thuật không khả thi hoặc chấp nhận được (IV, A).
- Trong trường hợp đáp ứng tốt với điều trị toàn thân, chậm phẫu thuật có thể được xem xét (IV, C).
- Chỉ nên cắt bỏ các hạch bạch huyết đã mở rộng. Cắt bỏ hạch toàn thân không được khuyến

khích (IV, B).

Khối u nguyên phát không thể cắt bỏ do bệnh không còn khu trú tại chỗ

- Đối với các khối u không thể cắt bỏ, thảo luận nhóm đa ngành nên xem xét liệu pháp xạ trị dứt điểm với liệu pháp xạ trị ngoài và liệu pháp xạ trị trong tử cung, hoặc hóa trị liệu hỗ trợ trước phẫu thuật cắt bỏ hoặc xạ trị dứt điểm, tùy thuộc vào phản ứng (IV, C).
- Liệu pháp xạ trị gần có hướng dẫn bằng hình ảnh được khuyến khích để tăng cường các bệnh lý về âm đạo, nội soi buồng tử cung hoặc âm đạo (IV, A).
- Hóa trị nên được xem xét sau khi điều trị dứt điểm bằng xạ trị (IV, B).

Còn lại các hạch bạch huyết vùng chậu hoặc cạnh động mạch chủ sau phẫu thuật

- Bệnh hạch còn sót lại nên được điều trị bằng phương pháp hóa trị kết hợp và liệu pháp xạ trị ngoài (III, B) hoặc hóa trị đơn lẻ (IV, B).
- Liệu pháp xạ trị ngoài phải được phân phối đến các nút vùng chậu và cạnh động mạch chủ với sự gia tăng liều lượng đến các nút liên quan bằng cách sử dụng tích hợp hoặc tăng tuần tự (IV, B).

Bệnh vùng chậu còn lại (bờ cắt dương tính, bệnh âm đạo, bệnh thành bên vùng chậu)

- Một nhóm đa ngành (V, B) nên xem xét phương pháp tiếp cận cá nhân hóa với xạ trị hoặc hóa trị hoặc kết hợp cả hai phương thức.

BỆNH TÁI PHÁT

Bệnh nhân chưa từng xạ trị

- Những bệnh nhân có bệnh tái phát (bao gồm tái phát phúc mạc và hạch) chỉ nên xem xét phẫu thuật nếu dự đoán rằng có thể loại bỏ hoàn toàn đại thể với tỷ lệ bệnh tật chấp nhận được. Liệu pháp toàn thân và/hoặc xạ trị nên được cân nhắc sau phẫu thuật tùy thuộc vào mức độ và kiểu tái phát và lượng bệnh còn sót lại (IV, C).
- Trong một số trường hợp được chọn, phẫu thuật giảm nhẹ có thể được thực hiện để giảm bớt các triệu chứng (ví dụ như chảy máu, lở rò,

tắc ruột) (IV, B).

- Đối với tái phát khu trú, liệu pháp chính được ưu tiên nên là liệu pháp xạ trị ngoài $\pm$ hóa trị liệu với liệu pháp xạ trị (IV, A).
- Một khối u âm đạo bề ngoài có thể tiếp cận dễ dàng có thể được cắt bỏ âm đạo trước khi xạ trị (IV, C).
- Đối với trường hợp tái phát vòng bát âm đạo:
 - Liệu pháp xạ trị ngoài vùng chậu + liệu pháp xạ trị xen kẽ dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh được khuyến khích (IV, A).
 - Trong trường hợp khối u bề ngoài, có thể xem xét liệu pháp xạ trị đơn thuần trong âm đạo (IV, A).
- Điều trị toàn thân có thể được xem xét trước hoặc sau khi xạ trị (IV, C).

Những bệnh nhân tái phát tại chỗ được điều trị trước bằng tia xạ

- Ở những bệnh nhân có tiền sử bức xạ trước đó, nên cân nhắc phẫu thuật triệt để, bao gồm cả phẫu thuật cắt bỏ khi có ý định cắt bỏ hoàn toàn với biên rõ ràng (IV, B).
- Các tùy chọn bổ sung cần xem xét bao gồm xạ trị trong phẫu thuật hoặc các hình thức xạ trị khác (IV, C).
- Nếu phẫu thuật không khả thi, các lựa chọn chiếu xạ lại triệt để bao gồm xạ trị cơ thể lập thể nhắm mục tiêu tái phát, cấy hạt vĩnh viễn, hoặc liệu pháp proton. Trong các trường hợp được chọn, chiếu xạ lại số lượng hạn chế với liệu pháp xạ trị ngoài và liệu pháp xạ trị tăng cường có thể là một lựa chọn (đặc biệt nếu khoảng thời gian dài hơn từ lần chiếu xạ đầu tiên) (IV, C).
- Ở những bệnh nhân chỉ được điều trị bằng liệu pháp xạ trị trước đó, khuyến cáo tăng cường liệu pháp xạ trị ngoài + liệu pháp xạ trị tăng cường (IV, C).
- Ở những bệnh nhân không phải chiếu xạ lại liệu pháp xạ trị ngoài, chỉ khuyến cáo liệu pháp xạ trị xen kẽ dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh (có thể cải thiện kết quả) (IV, C).

Điều trị toàn thân cho bệnh tái phát

Liệu pháp hormone là liệu pháp toàn thân ưu

tiên cho những bệnh nhân bị ung thư biểu mô mức độ thấp mà bệnh tiến triển chậm (II, A).

Xạ trị giảm nhẹ

Xạ trị được chỉ định để giảm nhẹ các triệu chứng liên quan đến bệnh vùng chậu hoặc toàn thân (IV, A). Liệu pháp xạ trị ngoài thể tích nhỏ khứu phân đoạn có thể được sử dụng để điều trị bệnh nguyên phát ở những bệnh nhân không thích hợp để điều trị triệt để (IV, B).

Xạ trị bổ trợ

Xạ trị tốt nhất nên bắt đầu trong vòng 6 – 8 tuần sau phẫu thuật hoặc được lên lịch liên quan đến hóa trị liệu.

Hỗ trợ tâm lý cho phụ nữ có ung thư biểu mô nội mạc tử cung là cần thiết.

Tư vấn, liệu pháp tâm lý cá nhân hoặc nhóm, xen kẽ tâm lý, liệu pháp nghệ thuật hoặc kỹ thuật thư giãn. Đối với bệnh nhân một bệnh liên quan đến cơ quan sinh dục, bản thân ung thư, điều trị phẫu thuật và mất nội tiết tố sau đó có thể làm suy giảm chức năng tình dục. Vì vậy, thảo luận và điều trị các vấn đề tình dục nên được tích hợp như một phần của phương pháp tiếp cận toàn diện.

Tư vấn cho bệnh nhân đối phó với thể chất và tác dụng phụ lâu dài về mặt tâm lý xã hội của bệnh tật, cách điều trị, và duy trì chất lượng cuộc sống, bệnh nhân nhận được một kế hoạch chăm sóc cá nhân để sống sót gồm thông tin và giáo dục phong cách sống cũng như phòng ngừa các khối u ác tính thứ cấp và các bệnh khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barretina-Ginesta M P, Quindós M, Alarcón J D, Esteban C, et al, (2022), "SEOM-GEICO clinical guidelines on endometrial cancer (2021)", Clin Transl Oncol, 24 (4), pp. 625-634.
2. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, et al, (2021), "ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma", 31 (1), pp. 12-39.
3. Ørtoft G, Lausten-Thomsen L, (2019), "Lymph-vascular space invasion (LVS) as a strong and independent predictor for non-locoregional recurrences in endometrial cancer: a Danish Gynecological Cancer Group Study", 30 (5), pp. e84.
4. Tortorella L, Restaino S, (2021), "Substantial lymph-vascular space invasion (LVS) as predictor of distant relapse and poor prognosis in low-risk early-stage endometrial cancer", 32 (2), pp. e11.