

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



UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG: ĐÁNH GIÁ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ



MỞ ĐẦU

Ung thư nội mạc tử cung là ung thư phụ khoa khá thường gặp, chiếm khoảng 6% trong tất cả các loại ung thư ở phụ nữ. Điều may mắn là hầu hết các trường hợp ung thư nội mạc tử cung đều được chẩn đoán ở giai đoạn sớm khi phẫu thuật đơn thuần đủ để điều trị.

Tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư tại chỗ, tại vùng và di căn là 96%, 67 và 17% tương ứng. Để việc điều trị đạt hiệu quả cao, đánh giá trước điều trị là việc làm cần thiết và rất quan trọng.

ĐÁNH GIÁ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Thăm khám tổng quát và khảo sát toàn bộ vùng chậu nên được thực hiện, chú ý đặc biệt kích thước và độ di động của tử cung, sự hiện diện của khối u cạnh tử cung và dịch tự do trong ổ bụng. Các vị trí tiềm năng của di căn hạch cũng nên được kiểm tra (ví dụ: các hạch dưới đòn)

Thực hiện các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh nên được chọn lựa phù hợp cho kế hoạch điều trị (ví dụ: phẫu thuật lớn, hóa trị, xạ trị). Đánh giá các bệnh đi kèm và nghi ngờ di căn và tầm soát ung thư cổ tử cung nên được thực hiện.

NHỮNG YẾU TỐ NGUY CƠ

Những phụ nữ có các yếu tố sau đây được xem là có nguy cơ ung thư nội mạc tử cung:

- Chưa trải qua sinh đẻ.
- Mãn kinh muộn.
- Béo phì.

- Đái tháo đường.
- Điều trị estrogen không đối kháng.
- Dùng Tamoxifen.
- Có tăng sản nội mạc không điển hình.
- Hội chứng Lynch (hereditary nonpolyposis colorectal cancer: ung thư đại trực tràng không polyp có tính di truyền).

ĐÁNH GIÁ VỀ HỘI CHỨNG DI TRUYỀN UNG THƯ

Hội chứng Lynch (ung thư đại trực tràng không polyp có tính di truyền) có liên quan với tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung. Các khối u nguyên phát của nhiều cơ quan khác nhau được phát hiện cùng lúc trong phẫu thuật là phổ biến ở những phụ nữ này. Các khối u đồng thời được chẩn đoán liên quan đến hai cơ quan khác nhau. Những khối u này không do di căn từ cơ quan này sang cơ quan khác.

Phụ nữ bị ung thư nội mạc tử cung có tiền sử gia đình mắc hội chứng Lynch nên được giới thiệu đến bác sĩ tư vấn di truyền, cũng như xét nghiệm mẫu khối u của họ tìm các đặc tính đặc trưng cho hội chứng này.

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

- Xuất huyết âm đạo bất thường.
- Tiết dịch âm đạo bất thường.
- Tràn nặng bụng dưới.
- Có những phụ nữ không biểu hiện triệu chứng bất thường, tình cờ phát hiện được qua siêu âm.

CẬN LÂM SÀNG ĐÁNH GIÁ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Có ý nghĩa trong chẩn đoán trước khi điều trị.

- Pap's test/các test nhúng dịch nhằm tầm soát ung thư cổ tử cung, có thể kèm tầm soát nhiễm HPV.
- CA 125:
 - Tăng trước phẫu thuật cho thấy bệnh lý liên quan đến tử cung và dự đoán nguy cơ xâm lấn cơ tử cung sâu ở những bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung.
 - Sau phẫu thuật, có thể sử dụng để đánh giá đáp ứng với điều trị.
- Siêu âm ngã âm đạo khảo sát nội mạc tử cung (có thể kèm hoặc không sonohysterography). Ở những phụ nữ chưa quan hệ tình dục, có thể siêu âm ngã bụng hoặc qua đường trực tràng.
- Sinh thiết nội mạc tử cung. Tùy cấp độ của kết quả mô học mà có hướng điều trị phù hợp.
- Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging – MRI) vùng bụng chậu giúp khảo sát thêm tình trạng xâm lấn của buồng, đặc biệt khảo sát di căn hạch bạch huyết.
- Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography Scan – CT Scan) vùng bụng chậu.
- PET (positron emission tomography) không cho lợi ích nhiều hơn CT hay MRI.
- X-quang vùng ngực được thực hiện như một phần của đánh giá trước mổ, mặt khác góp phần khảo sát tổn thương di căn nếu có.

NHỮNG DẤU ẤN SINH HỌC

CA 125 là một thử nghiệm hữu ích về mặt lâm sàng để dự đoán sự lan rộng ra bên ngoài tử cung của ung thư nội mạc tử cung. Trong một nghiên cứu hồi cứu 141 phụ nữ bị ung thư nội mạc tử cung, giá trị CA 125 lớn hơn 40 đơn vị/mL được báo cáo là có độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 81% đối với di căn hạch bạch huyết. Những kết quả này đã được xác nhận bởi những người khác, nhưng ngưỡng tối ưu (ví dụ > 20, > 35, > 40 đơn vị /mL) chưa được xác định. Không có sự khác biệt đáng kể về nồng độ CA 125 giữa phụ nữ tiền mãn kinh và sau mãn kinh được tìm thấy trong nghiên cứu được trích dẫn. Tuy nhiên, giá trị CA 125 trung bình ở phụ nữ tiền mãn kinh cao hơn ở phụ nữ sau mãn kinh.

Xét nghiệm CA 125 huyết thanh cũng có thể hữu ích cho việc theo dõi bệnh nhân sau khi điều trị bước đầu, nếu mức độ ban đầu cao.

KHẢO SÁT HÌNH ẢNH HỌC

Hình ảnh học vùng bụng chậu nhằm đánh giá sự xâm lấn vào cơ tử cung hoặc liên quan đến cổ tử cung là không cần thiết nếu phân giai đoạn phẫu thuật đã được lên kế hoạch.

Trong trường hợp không thường xuyên trong đó bệnh nhân được phân giai đoạn trên lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ độ tương phản tăng cường (MRI) có vẻ là phương pháp tốt nhất để phát hiện xâm lấn cơ tử cung hoặc liên quan đến cổ tử cung khi so sánh với MRI không có độ tương phản tăng, siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Phần lớn các nghiên cứu báo cáo độ nhạy của MRI tăng cường khoảng 80 – 90% (khoảng 57 – 100%) cho việc đánh giá xâm lấn cơ tử cung; kết quả độ nhạy đối với sự xâm lấn cổ tử cung không nhất quán trong khoảng 56 – 100%.

MRI cũng là phương thức chẩn đoán hình ảnh tốt nhất, so với CT hoặc chụp cắt lớp phát xạ positron (positron emission tomography – PET) có hoặc không có CT, để phát hiện di căn hạch bạch huyết. Tuy nhiên, hình ảnh trước phẫu thuật cho mục đích này là không cần thiết. Các hạch bạch huyết nên được đánh giá trong cuộc phẫu thuật đối với tất cả phụ nữ bị ung thư nội mạc tử cung. Đánh giá này nên bao gồm, ở mức tối thiểu, sờ nắn các hạch vùng chậu và cạnh động mạch chủ với sinh thiết hoặc loại bỏ các hạch sờ được.

Chụp X-quang ngực nên được thực hiện như một phần của đánh giá ban đầu.

KẾT LUẬN

Đánh giá trước điều trị ung thư nội mạc tử cung một cách đầy đủ giúp các chuyên gia chủ động lên kế hoạch phẫu thuật phù hợp, thuận lợi trong việc theo dõi đánh giá sau điều trị nhằm mục đích mang lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân.

 [Mời xem tiếp](#)
ở trang 34

và nguy cơ di căn hoặc lây nhiễm tế bào ung thư vào mô buồng trứng.

Trường hợp có thai tự nhiên và sinh sống đầu tiên sau khi cấy ghép lại mô buồng trứng trữ lạnh vào cơ thể được báo cáo vào năm 2004 (Donnez và cs, 2004). Kể từ đó đến nay, đã có khoảng 100 trẻ ra đời sau kỹ thuật này. Một phân tích gồm 60 trường hợp cấy ghép mô buồng trứng ở Bỉ, Đan Mạch và Tây Ban Nha cho thấy hơn 90% phụ nữ được cấy ghép có biểu hiện hoạt động của buồng trứng, trong khoảng thời gian trung vị là 4 tháng sau cấy ghép. 18% số phụ nữ này đã có thai, phần lớn là thai tự nhiên và có 12 ca sinh sống từ 6 phụ nữ. Một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ có thai sau cấy ghép là 27,5 – 31% và tỷ lệ sinh sống là 22,5%. Có trường hợp được báo cáo đã mang thai 3 lần với mảnh cấy ghép hoạt động kéo dài đến 10 năm (Anderson và cs, 2017).

Việc cấy ghép lại mô buồng trứng vào cơ thể không phải lúc nào cũng thuận lợi, đặc biệt một số nhà khoa học quan ngại về việc có thể đưa tế bào ác tính trở lại cơ thể (tế bào ung thư của bản thân buồng trứng hoặc di căn từ cơ quan khác tới). Vì vậy, các nhà khoa học đang nghiên cứu kỹ thuật phân lập tế bào noãn từ mô buồng trứng, kích thích phát triển và gây trưởng thành noãn in vitro sau đó thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm. Mô hình này đã thành công ở chuột, trong một ngày không xa quy trình và hệ thống nuôi cấy noãn phân lập từ mô trữ lạnh buồng trứng có thể sớm áp dụng thành công ở người.

KẾT LUẬN

Sự ra đời và ngày càng hoàn thiện của kỹ thuật trữ lạnh noãn và mô buồng trứng đã giúp cho nhiều bệnh nhân ung thư và không ung thư có cơ hội được làm mẹ sinh học với noãn của chính mình. Cho đến nay, trữ lạnh noãn được chứng minh là an toàn cho cả mẹ và sức khỏe của trẻ sơ sinh. Tỷ lệ sống của noãn sau rã tương đương phôi, có thể đạt 90 – 100%. Tỷ lệ thai và sinh sống của thụ tinh trong ống nghiệm với noãn trữ lạnh cũng tương đương thụ tinh trong ống nghiệm với noãn tươi. Tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân ung thư vẫn chưa được tiếp cận với phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản, trong khi nhiều bệnh nhân có thể sống sót nhiều năm sau điều trị. Do đó, việc bảo tồn khả năng sinh sản nên được phổ biến không những cho người dân, mà chủ yếu phải được phổ biến đến các nhân viên y tế đang tiếp cận với các bệnh lý có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của họ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Cobo A, Serra V, Garrido N, Olmo I, Pellicer A and Remohí J. Obstetric and perinatal outcome of babies born from vitrified oocytes. *Fertil Steril* 2014;102:1006-15.
2. Cobo A, Garrido N, Pellicer A and Remohí J. Six years' experience in ovum donation using vitrified oocytes: report of cumulative outcomes, impact of storage time, and development of a predictive model for oocyte survival rate. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.020>.
3. Cobo A, Remohí J, Chang CC, Nagy ZP. Oocyte cryopreservation for donor egg banking. *Reprod Biomed Online* 2011; 11: 300-8.
4. Donnez J, Dolmans MM, Demylle D, Jadoul P, Pirard C, Squifflet J, Martinez-Madrid B, Van Laugendonck A. Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. *Lancet* 2004;364:1405-1410.
5. Francisa Martinez. Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: indications, results and future perspectives. *Fertil Steril* 2017;108:407-15.
6. Goldman RH, Racowsky C, Farland LV, Munné S, Ribustello L and Fox JH. Predicting the likelihood of live birth for elective oocyte cryopreservation: a counseling tool for physicians and patients. *Human Reproduction*, Vol.32, No.4 pp. 853-859, 2017.
7. Hoyert D, Mathews T, Menacker F et al. 2006. Annual summary of vital statistics: 2004. *Pediatrics* 117, 168-183.
8. Joseph A, Lee, Jason Barritt, Rose Marie Moschini, Richard E. Slifkin and Alan B. Copperman. Optimizing human oocyte cryopreservation for fertility preservation patients: should we mature then freeze or freeze then mature? *Fertil Steril* 2013;99:1356-62.
9. Noyes N, Porcu E, Borini A. Over 900 oocyte cryopreservation babies born with no apparent increase in congenital anomalies. *Reproductive BioMedicine Online*. Vol 18 No 6. 2009, pages 769-776.
10. Anderson RA, Wallace WHB and Telfer EE. Ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: clinical and research perspectives. *Human Reproduction Open*, pp. 1-9, 2017.

Tiếp theo
trang 11

UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG: ĐÁNH GIÁ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beddy P, Moyle P, Kataoka M, et al. Evaluation of depth of myometrial invasion and overall staging in endometrial cancer: comparison of diffusion-weighted and dynamic contrast-enhanced MR imaging. *Radiology* 2012;262:530.
2. Chung HH, Kim JW, Park NH, et al. Use of preoperative serum CA-125 levels for prediction of lymph node metastasis and prognosis in endometrial cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:1501.
3. Dotters DJ. Preoperative CA 125 in endometrial cancer: is it useful? *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1328.
4. Horowitz NS, Dehdashti F, Herzog TJ, et al. Prospective evaluation of FDG-PET for detecting pelvic and para-aortic lymph node metastasis in uterine corpus cancer. *Gynecol Oncol* 2004; 95:546.
5. Hsieh CH, ChangChien CC, Lin H, et al. Can a preoperative CA 125 level be a criterion for full pelvic lymphadenectomy in surgical staging of endometrial cancer? *Gynecol Oncol* 2002; 86:28.
6. Kitajima K, Murakami K, Yamasaki E, et al. Accuracy of integrated FDG-PET/contrast-enhanced CT in detecting pelvic and paraaortic lymph node metastasis in patients with uterine cancer. *Eur Radiol* 2009; 19:1529.
7. Park JY, Kim EN, Kim DY, et al. Comparison of the validity of magnetic resonance imaging and positron emission tomography/computed tomography in the preoperative evaluation of patients with uterine corpus cancer. *Gynecol Oncol* 2008; 108:486.
8. Powell JL, Hill KA, Shiro BC, et al. Preoperative serum CA-125 levels in treating endometrial cancer. *J Reprod Med* 2005; 50:585.
9. Todo Y, Sakuragi N, Nishida R, et al. Combined use of magnetic resonance imaging, CA 125 assay, histologic type, and histologic grade in the prediction of lymph node metastasis in endometrial carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1265.