



**BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG**

**UNG THƯ BIỂU MÔ LIÊN KẾT  
TỬ CUNG  
Nhân 8 trường hợp**

**PGS.TS. VŨ Bá Quyết  
Bs PHẠM Duy Duẩn  
Bs NGUYỄN Ngọc Phương**

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Ung thư biểu mô liên kết tử cung là loại u hiếm gặp, tiên lượng xấu
- Chiếm 2 - 6% những u ác tính của thân tử cung
- Carcinosarcome = tumeur mullerienne mixte maligne = tumeur mixte mésodermique maligne
- bao gồm một thành phần biểu mô ác tính và một thành phần trung mô liên kết ác tính
- Chưa có nhiều nghiên cứu về UTBMLK tử cung

# MỤC TIÊU

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ và chẩn đoán UTBMLK tử cung

2. Nhận xét thái độ xử trí UTBMLK tử cung tại bệnh viện phụ sản Trung Ương

# **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- **Nghiên cứu mô tả hồi cứu**
- **8 bệnh nhân UTBMLK tử cung**
- **Bệnh viện phụ sản Trung ương**

**11/2015 - 11/2016**

# KẾT QUẢ

## Dịch tễ:

- UTBMLK tử cung chiếm 3,3 % số ca ung thư của thân tử cung được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản Trung Ương
- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,8 (từ 50 đến 69 tuổi)

# KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

	Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	50 – 59	5	62,5
	60 – 69	3	37,5
BMI	< 18,5	1	12,5
	18,5 – 22,9	4	50
	≥ 23	3	37,5
Mãn kinh	Đã MK	7	87,5
	Chưa MK	1	12,5
Sinh đẻ	Chưa	1	12,5
	Đã sinh	7	87,5

# KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	50 – 59	5	62,5
	60 – 69	3	37,5
BMI	< 18,5	1	12,5
	18,5 – 22,9	4	50
	≥ 23	3	37,5
Mãn kinh	Đã MK	7	87,5
	Chưa MK	1	12,5
Sinh đẻ	Chưa	1	12,5
	Đã sinh	7	87,5

# KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	50 – 59	5	62,5
	60 – 69	3	37,5
BMI	< 18,5	1	12,5
	18,5 – 22,9	4	50
	≥ 23	3	37,5
Mãn kinh	Đã MK	7	87,5
	Chưa MK	1	12,5
Sinh đẻ	Chưa	1	12,5
	Đã sinh	7	87,5



# KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	50 – 59	5	62,5
	60 – 69	3	37,5
BMI	< 18,5	1	12,5
	18,5 – 22,9	4	50
	≥ 23	3	37,5
Mãn kinh	Đã MK	7	87,5
	Chưa MK	1	12,5
Sinh đẻ	Chưa	1	12,5
	Đã sinh	7	87,5

## Triệu chứng:

### Các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu

- Không có bệnh nhân nào có tiền sử: điều trị hormon, tamoxifène, hay xạ trị vùng chậu...
- Triệu chứng lâm sàng: không đặc hiệu  
Ra máu âm đạo bất thường → dấu hiệu khởi phát  
(cả 8 ca)  
kèm theo đau bụng hoặc tức nặng hố chậu (3 ca),  
sờ thấy khối ở hạ vị (2 ca)
- Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến thời điểm chẩn đoán trung bình: 1,6 tháng (1 - 3 tháng)

## Triệu chứng:

### Cận lâm sàng

- Siêu âm: không đặc hiệu
- Niêm mạc dày đơn thuần (2 ca)    nham nhở (4 ca)
- Khối âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung, không rõ ranh giới (4 ca)
- Khối âm vang khác cơ ở thân tử cung (2 ca)
- IRM: 4 ca
- hình ảnh khối hỗn hợp trong buồng tử cung (2 ca)
- ở thành tử cung (1 ca)
- khối u niêm mạc tử cung kèm theo có hạch dọc động mạch chậu trái (1 ca)

## Triệu chứng:

### Cận lâm sàng

- Sinh thiết niêm mạc tử cung chẩn đoán: hút hoặc nạo buồng tử cung → mô bệnh học
  - Trong 8 ca:
    - 2 ca carcinosarcome
    - 2 ca carcinoma
    - 1 ca sarcoma
    - 3 ca cho kết quả bình thường.
- Trong 3 ca này có 1 ca có kết quả chụp IRM nghi ngờ sarcome tử cung, 2 ca có hình ảnh u xơ tử cung

# KẾT QUẢ

## Điều trị phẫu thuật

Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bằng phẫu thuật (bảng 2).

**Bảng 2: Chẩn đoán trước mổ và cách thức phẫu thuật**

Ca	Chẩn đoán trước mổ	Cách thức phẫu thuật
BN 1	Ung thư niêm mạc tử cung	NS cắt TCHT + 2 PP + vét hạch chậu
BN 2	UXTC/ mãn kinh ra máu	Cắt TCHT + 2 PP
BN 3	Sarcome tử cung	Cắt TCHT + 2 PP + vét hạch chậu
BN 4	UXTC/ mãn kinh ra máu	NS cắt TCHT + 2 PP
BN 5	Ung thư biểu mô liên kết TC	Cắt TCHT + 2 PP + vét hạch chậu
BN 6	Ung thư niêm mạc tử cung	NS cắt TCHT + 2 PP + vét hạch chậu
BN 7	Sarcome tử cung	Cắt TCHT + 2 PP + vét hạch chậu + MNL
BN 8	Ung thư biểu mô liên kết TC	Cắt TCHT + 2 PP + vét hạch chậu

## Điều trị phẫu thuật

- Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ (bảng 2)
- Phẫu thuật mở bụng: 5 trường hợp, qua nội soi: 3 ca.  
Các trường hợp nghi ngờ ung thư đều giữ nguyên tử cung khi lấy ra, không cắt xẻ.
- 1 ca: dịch ổ bụng trong màu vàng nhạt,  
→ XN: không thấy tế bào ác tính.
- 6 ca vết hạch chậu khi có chẩn đoán ung thư, 2 trường hợp không vết hạch do chẩn đoán trước mổ là u xơ tử cung.
- 1 trường hợp cắt mạc nối lớn do thấy có tổn thương nghi ngờ di căn.

## Giải phẫu bệnh

- GPB: 7 ca UTBMLK tử cung  
1 ca nghi ngờ
- Hóa mô miễn dịch khẳng định chẩn đoán
- Trong 6 ca vét hạch chậu: KQ (+) trong 1 ca
- 1 ca: di căn buồng trứng
- Phân độ theo FIGO (2009):  
Trong 8 bệnh nhân: 2 giai đoạn IA,  
3 giai đoạn IB,  
1 giai đoạn II,  
1 giai đoạn IIIA,  
1 giai đoạn IIIC.

# KẾT QUẢ

## Điều trị bổ trợ - Theo dõi

- Đa trung tâm
- Bệnh viện K



# BÀN LUẬN

- UTBMLK tử cung: hiếm gặp  
chiếm 2 – 6% những khối u ác tính của thân tử cung  
→ Tần suất UTBMLK tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,3%
- UTBMLK tử cung: thường gặp ở phụ nữ mãn kinh,  $\geq 60$  tuổi  
tuổi trung bình là 53, nguy cơ mắc tăng theo tuổi  
→ Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình các bệnh nhân: 59,8 (50 – 69 tuổi)

# BÀN LUẬN

- Tam chứng: Ra máu âm đạo bất thường, đau bụng hoặc tức nặng hố chậu, sờ thấy khối ở hạ vị.  
→ không có triệu chứng nào là đặc hiệu.
- Yếu tố nguy cơ:
  - béo phì
  - không sinh con
  - điều trị oestrogen
  - tiền sử xạ trị vùng chậu
  - điều trị tamoxifène

# BÀN LUẬN

- Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm, IRM, TDM ...
  - chỉ mang giá trị định hướng:
    - hình ảnh niêm mạc tử cung dày ở phụ nữ mãn kinh
    - khối trong buồng tử cung hoặc thành tử cung, không rõ ranh giới
  - không có giá trị chẩn đoán chính xác UTBMLK tử cung

## BÀN LUẬN

- Xét nghiệm mô bệnh học: giá trị chẩn đoán UTBMLK tử cung
- Âm tính giả: 5 – 57%

Trong nghiên cứu của chúng tôi: 3/8 ca sinh thiết niêm mạc tử cung âm tính: 1 ca có hình ảnh IRM nghi ngờ ác tính, 2 ca được chẩn đoán u xơ tử cung  
Chỉ 2 ca có kết quả mô bệnh học là UTBMLK tử cung

- Mãn kinh ra máu + kết quả nạo sinh thiết âm tính  
→ kết hợp soi buồng tử cung kết hợp sinh thiết chẩn đoán và/hoặc chụp IRM để hạn chế hiện tượng âm tính giả

## Phẫu thuật là điều trị cơ bản

- Đường phẫu thuật:

Cho phép lấy hết khối u, không cắt nhỏ u

- Cổ điển: Về phương diện phẫu thuật ung thư, mổ bụng vẫn là lựa chọn đầu tiên
- Hiện nay: PT nội soi được xem xét
  - + Các yếu tố nghĩ đến ung thư và những tổn thương lân cận trước phẫu thuật
  - + Kích thước tử cung

## Phẫu thuật

- Tiến hành: cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ, xét nghiệm dịch ổ bụng, vét hạch chậu

Sinh thiết phúc mạc và mạc nối lớn nếu nghi ngờ

- Không nên cắt nhỏ tử cung khi phẫu thuật với bệnh lý ác tính của tử cung
- Vét hạch chủ bụng chỉ được thực hiện khi kết quả hạch chậu dương tính. Một số tác giả đề xuất vét hạch chủ bụng thường quy do có thể có hạch chủ bụng (+) khi hạch chậu (-)

## Điều trị bổ trợ: chưa có đồng thuận

- Hóa chất bổ trợ:

Menczer: Ifosfamide + cisplatine

Powell WA: Carboplatine + Paclitaxel

Pautier: Doxorubicine + cisplatine + Ifosfamide

→ Có hiệu quả nhất định

- Xạ trị bổ trợ

- Ít vai trò

- Có thể làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ nhưng không có ảnh hưởng đến tiên lượng sống nói chung

→ chỉ định xạ trị do sự tiên lượng xấu của bệnh

## Tiên lượng:

- Yếu tố tiên lượng chủ yếu: giai đoạn bệnh (FIGO)

Những yếu tố khác:

- Tuổi
- độ biệt hóa mô học
- độ xâm lấn cơ tử cung
- ...
- Thời gian sống trên 5 năm thay đổi từ 30 đến 50 %



# KẾT LUẬN

- Carcinosarcome tử cung là loại u hiếm gặp và có tiên lượng xấu, thường gặp ở phụ nữ mãn kinh.
  - Chẩn đoán bệnh trước phẫu thuật là cần thiết.
  - Điều trị đầu tiên được xét đến là phẫu thuật
- Nên giữ nguyên tử cung trong mổ.
- Chưa có đồng thuận về điều trị bổ trợ (hóa trị, xạ trị hoặc kết hợp)

Cần thực hiện 1 nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên, đa trung tâm để khẳng định lợi ích của điều trị bổ trợ.

**TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!**



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

UNG THƯ BIỂU MÔ LIÊN KẾT  
TỬ CUNG  
Nhân 8 trường hợp

PGS.TS. VŨ Bá Quyết  
Bs PHẠM Duy Duẩn  
Bs NGUYỄN Ngọc Phương