



BỆNH VIỆN TỪ DŨ



15th VIETNAM-FRANCE-ASIA-PACIFIC
CONFERENCE ON OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY



UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG:
CHIẾN LƯỢC VÀ KỸ THUẬT PHẪU THUẬT



Pierre Panel
Service de gynécologie-obstétrique
Centre Hospitalier de Versailles

K niêm mạc tử cung : dịch tể



- K phụ khoa phổ biến nhất
- Tuổi trung bình chẩn đoán > 62 tuổi
- Thường có bệnh lý kèm theo
- Chủ yếu là giai đoạn I
- N = Yếu tố tiên lượng chủ yếu
- Chẩn đoán hình ảnh thường có giá trị chẩn đoán thấp
- Phương pháp điều trị dựa vào phân bố hạch
- Có mối tương quan giữa thâm nhiễm tử cung và di căn hạch
- Sử dụng loại phẫu thuật nào?
- Khi nào nên vét hạch?

Bilan trước mổ



- Khám lâm sàng
- Siêu âm đầu dò âm đạo
- Sinh thiết niêm mạc TC dựa vào nạo buồng TC hoặc qua soi BTC



bệnh học

Loại mô bệnh học và phân độ mô

- Chẩn đoán hình ảnh đi kèm : MRI tiểu khung +/- MRI (CLVT) ổ bụng và tiểu khung +/- PET CT



kết CTC /Ngoài tiểu khùng

Thăm nhiễm : - Cơ TC/tổ chức liên



FIGO 2009

FIGO 2009



- Giai đoạn I: Khối u khu trú ở thân TC
 - I A: thâm nhiễm dưới $\frac{1}{2}$ lớp cơ TC
 - I B: thâm nhiễm $\geq \frac{1}{2}$ cơ TC
- Giai đoạn II: Khối u thâm nhiễm CTC nhưng chưa vượt ra ngoài TC
- Giai đoạn III: khối u thâm nhiễm vùng xung quanh TC
 - IIIA: Khối u thâm nhiễm phúc mạc TC và hoặc 2 phần phụ
 - IIIB: thâm nhiễm âm đạo và hoặc nền dây chằng rộng
 - IIIC: Thâm nhiễm thành chậu và hoặc hạch cạnh ĐM chủ
 - IIIC1: Hạch chậu +
 - IIIC2: Hạch chủ +, hạch chậu +/-
- Giai đoạn IV: thâm nhiễm bàng quang, thành ruột, di căn xa
 - IV A: thâm nhiễm bàng quang , thành ruột
 - IV B: Di căn xa: di căn ổ bụng và hoặc hạch hố bẹn
- Thâm nhiễm ống cổ TC chỉ cần nhắc ở giai đoạn I, từ giai đoạn II không còn giá trị
- Phân giai đoạn độc lập với kết quả tế bào học

Khiêm mạt tử cung khu trú và Nguy cơ tái phát



Khối u còn khu trú ở thân TC - STADES I/T1 (FIGO 2009/TNM 2009) –

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Giai đoạn I A/ T 1A Mô bệnh học typ I độ 1 hoặc 2	Giai đoạn I A/ T1a , mô bệnh học typ I độ 3 Giai đoạn I B/ T1b, Mô bệnh học typ 1, độ 1 và 2	Giai đoạn IB/ typ 1b, mô bệnh học typ 1 độ 3 Giai đoạn I A /B (typ 2 mô Giai đoạn I/T1 có tắc bach mạch

Chỉ định phẫu thuật K niêm mạc tử cung

Type 1 mô bệnh học



Nguy cơ thấp

Cắt TCHT + 2 PP

Vết hạch không được khuyến cáo

Xạ tại chỗ liều cao sau mổ thường không được khuyến cáo trừ trường hợp thâm nhiễm cơ tử cung nơi mà xạ tại chỗ có thể tiến tới

Xạ vùng không được khuyến cáo

Bảo tồn tử cung thường không được khuyến cáo. Tuy nhiên trong trường hợp sản phụ muốn mang thai, khối u giai đoạn I, độ 1 mô bệnh học, không thâm nhiễm cơ TC. Tuy nhiên trước khi bảo tồn TC phải NS thăm dò đánh giá BT và phúc mạc TC không bị thâm nhiễm

Trong trường hợp BN trẻ dưới 40 tuổi, muốn duy trì chức năng BT: Cắt TC HT + 2 VTC để lại 2 BT

Hóa trị không được khuyến cáo

Chỉ định phẫu thuật K niêm mạc tử cung

Type 1 mô bệnh học



Nguy cơ trung bình

Cắt TCHT + 2 PP

Vết hạch chậu không được khuyến cáo trừ trường hợp

Giai đoạn IB/T1b , độ 2 mô bệnh học

Giai đoạn IA/T1A, độ 3 mô bệnh học

Có thâm nhiễm lớp cơ tử cung

Vết hạch tiền tiêu để đánh giá xâm lấn hạch đang trong nghiên cứu

Xạ tại chỗ liều cao sau mổ được khuyến cáo

Xạ vùng không được khuyến cáo

Hóa trị không được khuyến cáo

Chỉ định phẫu thuật K niêm mạc tử cung

Type 1 mô bệnh học



Nguy cơ cao

Cắt TCHT + 2 PP

Vết hạch chậu chung và hạch động mạch chủ được khuyến cáo. Nên phẫu thuật nội soi để vét hạch. Nếu có thể nên sử dụng nội soi sau phúc mạc sẽ hạn chế dính

Vết hạch chậu vẫn cần được thảo luận. Trong những trường hợp MRI không thấy thâm nhiễm hạch, hoặc sẽ điều trị xạ vùng rộng sau mổ thì việc vét hạch chậu không có nhiều ý nghĩa

Trong trường hợp giải phẫu bệnh tử cung là nguy cơ cao, nội soi thăm dò nhằm đánh giá lại mức độ thâm nhiễm hạch và phúc mạc

Xạ tại chỗ liều cao đặt âm đạo có thể được thảo luận

Xạ vùng liều cao (45G) được khuyến cáo

Hóa trị không được khuyến cáo trừ các thử nghiệm lâm sàng

Chỉ định phẫu thuật K niêm mạc tử cung

Type 2 mô bệnh học



K tế bào sáng hoặc nhú thanh dịch

Cắt TCHT + 2 PP

Vết hạch chậu và hạch chủ + cắt mạc nối lớn

Tế bào học + sinh thiết phúc mạc

Xạ vùng liều 45Gy

Hóa trị và xạ tại chỗ có thể thảo luận với BN

Sarcom

Cắt TCHT + 2 PP

Vết hạch chậu và hạch chủ + cắt mạc nối lớn

Tế bào học + sinh thiết phúc mạc

Xạ vùng liều 45Gy

Hóa trị và xạ tại chỗ có thể thảo luận với BN

Giai đoạn khác



- **Giai đoạn II**

- Cắt tử cung rộng rãi triệt căn không được khuyến cáo thường qui
- Trong trường hợp tổn thương thâm nhiễm nền dây chằng rộng, cắt TC rộng typ A hoặc B nhằm đảm bảo diện cắt sạch TB K

- **Giai đoạn III – IV**

- Lấy toàn bộ tổn thương+ đánh giá giai đoạn
- Điều trị phối hợp nhiều phương pháp

special article

Annals of Oncology 0: 1–26, 2015
doi:10.1093/annonc/mdv484

ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up[†]

Radiotherapy and Oncology 117 (2015) 559–581



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Radiotherapy and Oncology

journal homepage: www.thegreenjournal.com



ESMO-ESGO-ESTRO Consensus guidelines

ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer:
Diagnosis, treatment and follow-up[☆]



Nicoletta Colombo^{a,*}, Carien Creutzberg^b, Frederic Amant^{c,d}, Tjalling Bosse^e, Antonio González-Martín^{f,g},
Jonathan Ledermann^h, Christian Marthⁱ, Remi Nout^j, Denis Querleu^{k,l}, Mansoor Raza Mirza^m,
Cristiana Sessaⁿ, The ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group¹

OPEN

International Journal of Gynecological Cancer • Volume 26, Number 1, January 2016

*Endometrial Cancer
Consensus Conference Guidelines*

Giai đoạn I



- **Cắt TCHT + 2 PP**

- Cắt ngoài cân + cắt toàn bộ CTC
- BN < 45 tuổi có thể bảo tồn 2 BT, mô bệnh học typ I, thâm nhiễm <50%, không di căn hạch (cắt 2 VTC bảo tồn BT).
- Không cắt thêm thành âm đạo
- **Ưu tiên phẫu thuật vi xâm lấn**
(hậu phẫu, hồi phục, hiệu suất giá, tỷ lệ sống).
Có thể cân nhắc phẫu thuật đường âm đạo nếu nguy cơ thấp.

Vết hạch(1)



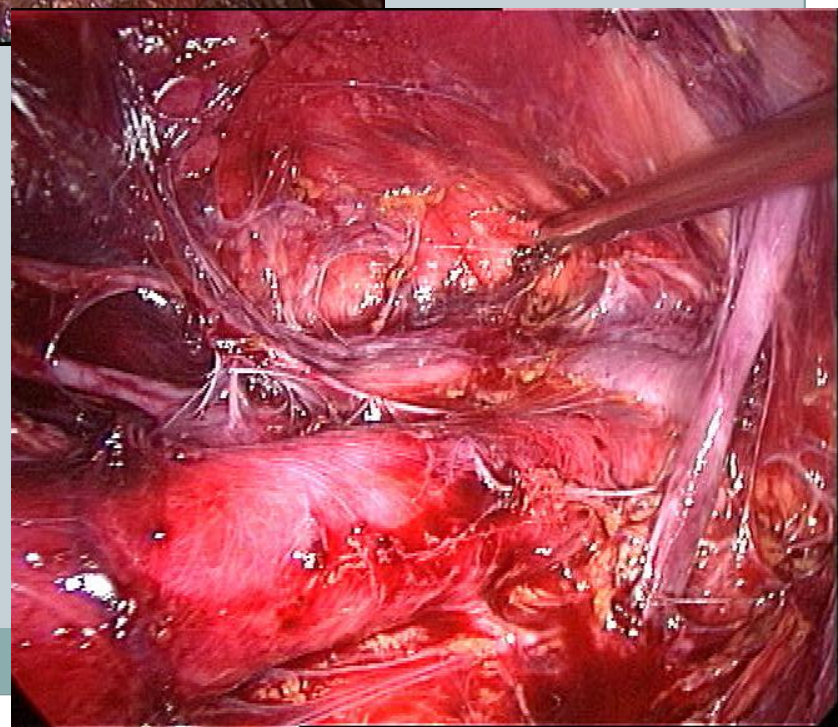
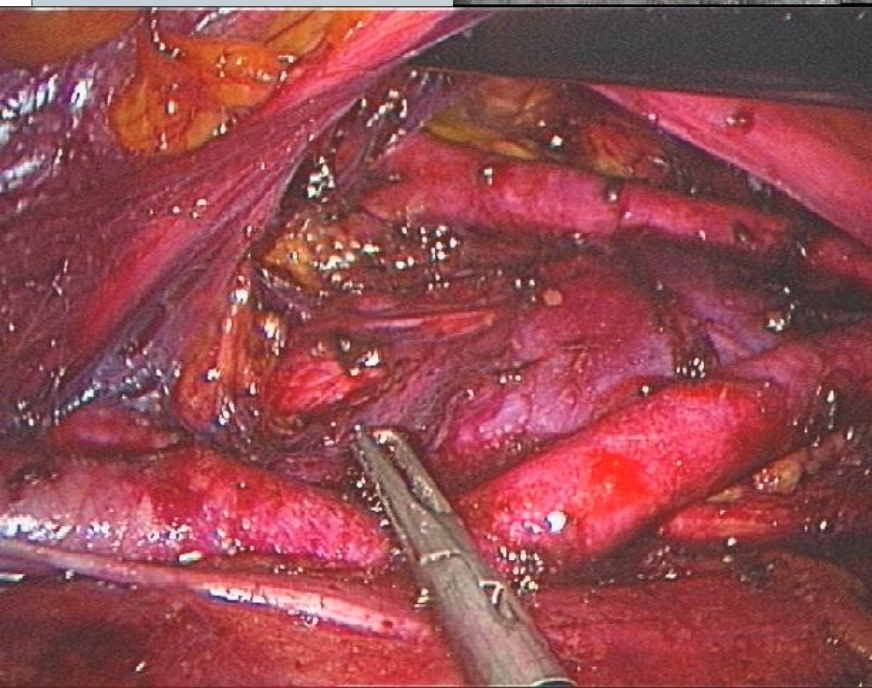
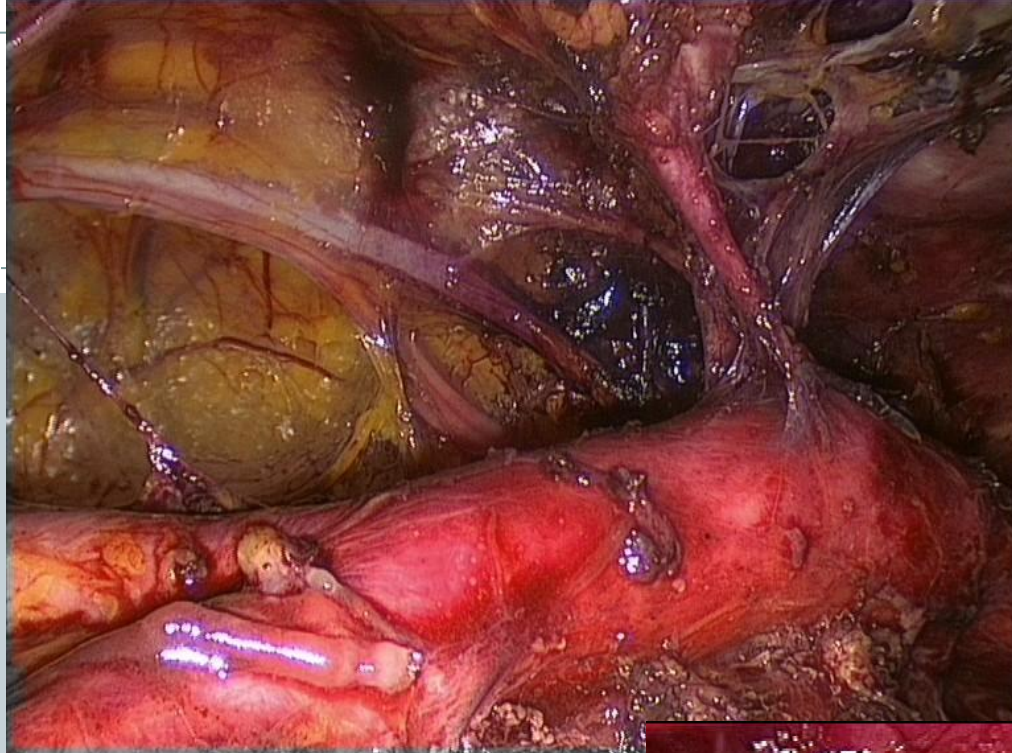
- Nếu thực hiện vết hạch, cần vét cả nhóm hạch chậu và hạch chủ (tới ngang tĩnh mạch thận trái)
- Vết hạch chậu và chủ có giá trị chẩn đoán giai đoạn. Hiệu quả điều trị chưa được chứng minh
- Chỉ định vết hạch dựa vào bilan trước mổ, đặc biệt là giải phẫu bệnh tức thì trong mổ

Vết hạch (2)



- Vết hạch không được khuyến cáo K niêm mạc tử cung nguy cơ thấp (IA, độ I mô bệnh học)
- Nguy cơ trung bình có thể vết hạch hoặc không (I A, độ 3 mô bệnh học, hoặc IB, độ 2 mô bệnh học)
- Nguy cơ cao: vết hạch được khuyến cáo (IB, độ 3 mô bệnh học hoặc hơn, hoặc tế bào K không phải tế bào tuyến nội mạc TC)

K thanh dịch cắt mạc nối lớn nhằm phân độ giai đoạn
Các type K khác không cần cắt mạc nối lớn



Vị trí tái phát



Di căn đường máu

21%

16%

Di căn bạch mạch

Di căn âm đạo đơn thuần

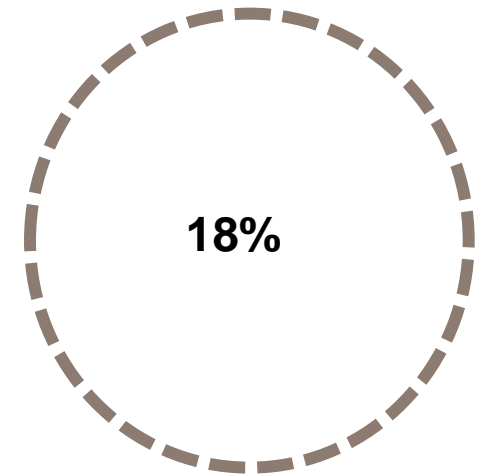
11%

3%

0.4%

18%

18% Phúc mạc



Vị trí tái phát

Phụ thuộc vào vị trí khối u tại tử cung :

Khu trú vị trí thấp và eo TC: 6% tái phát, Không có thâm nhiễm hạch

Cao : tái phát : 30% xa, 30% âm đạo, 24% phúc mạc, 9% hạch

IIIc : 4/11 xa, 3/11 phúc mạc, 3/11 âm đạo, 1/11 hạch

Yếu tố nguy cơ tái phát ở xa:

Độ mô bệnh học, độ sâu, thâm nhiễm bạch mạch / cổ tử cung / di căn hạch

Yếu tố nguy cơ tái phát âm đạo: Cổ tử cung, di căn hạch

TABLE 3. Initial site of recurrence

Initial Site of Recurrence	n (%)	Outcome	
		Alive (%)	Dead (%)
Distant	12 (37.5)	3 (25.0)	9 (75.0)
Vaginal stump	8 (25.0)	3 (37.5)	5 (62.5)
Peritoneum	7 (21.9)	2 (28.6)	5 (71.4)
Pelvic sidewall	3 (9.4)	0 (0.0)	3 (100.0)
Lymph node	2 (6.2)	0 (0.0)	2 (100.0)
Total	32 (100.0)	8 (25.0)	24 (75.0)

Lợi ích hạch tiền tiêu (GS)



- 498 K niêm mạc TC
- Tỷ lệ phát hiện:
81% (xanh +/- phóng xạ) ; 2 bên : 51%
- 401 bệnh nhân \geq 1 hạch tiền tiêu
 - 40 BN pN1 (10%)
 - 7 âm tính giả (14.9%) : độ nhạy 85.1%
 - 4/7 : phát hiện 1 bên
 - 1/7 : hạch đại thể nghi ngờ
 - 1/7 : thâm nhiễm thanh mạc
 - 1/7 : 1 hạch chủ +/- hạch chậu -
 - Giá trị chẩn đoán : độ nhạy 98.1% ; âm tính giả 2.5%

Giá trị của hạch tiền tiêu (GS)

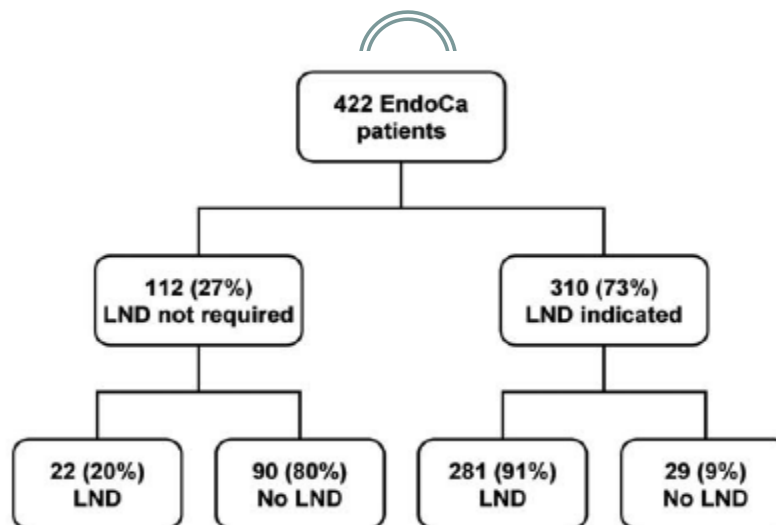


Fig. 1. Treatment distribution by defined surgical guidelines as detailed in Table 1 for patients with endometrial cancer (EndoCa) managed during the 36-month period between 2004 and 2006. LND indicates lymph node dissection

Table 3

Prevalence of lymphatic dissemination in patients with lymphadenectomy stratified by histologic subtype

Histologic subtype	Number of patients		
	Total (n=281)	Node-positive (n=63)	Prevalence,%
Endometrioid ^a	209	34	16
Nonendometrioid ^b	72	29	40

^a Includes mucinous.

^b Serous, clear cell, and undifferentiated.

Table 4

Frequency of observed metastases to pelvic or para-aortic or both node-bearing regions^a

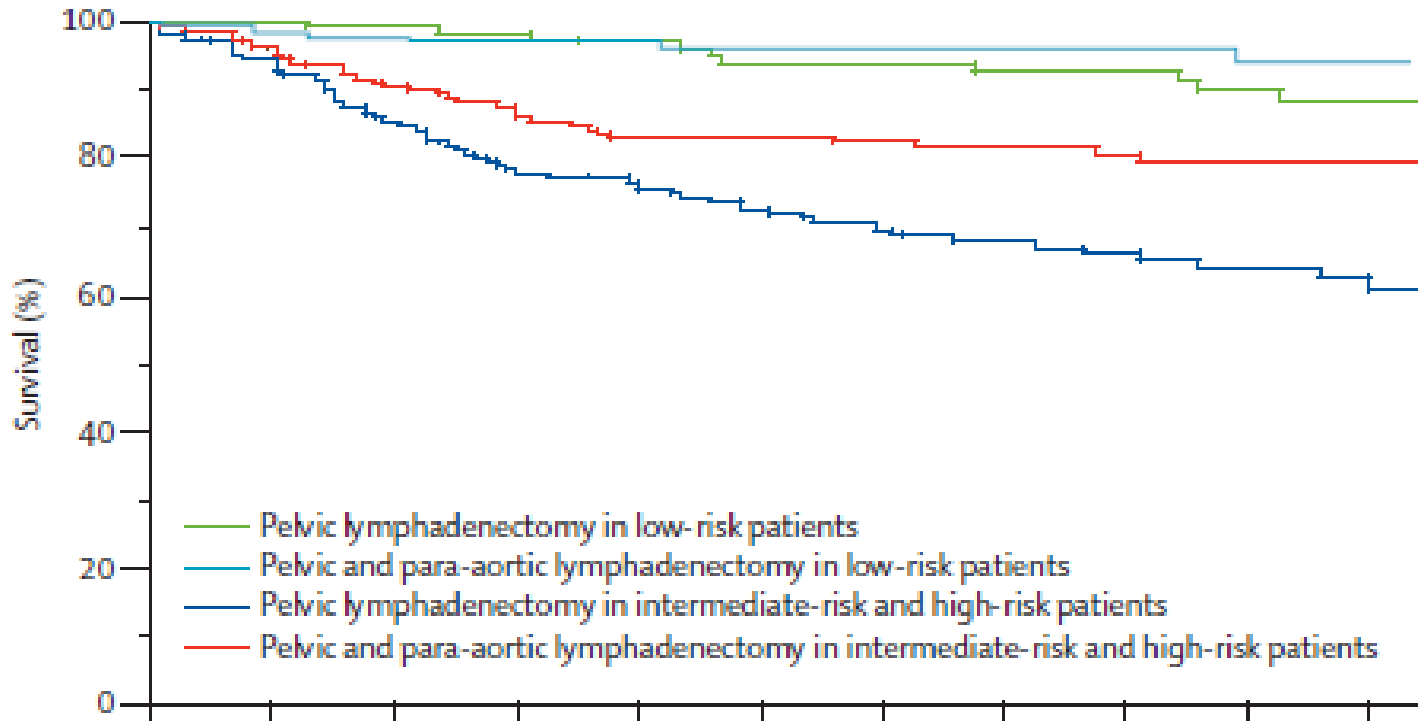
Node site	Endometrioid, number (%) (n=32)	Nonendometrioid, number (%) (n=25)	Total, number (%) (n=57)
Pelvic only	12 (37)	7 (28)	19 (33)
Pelvic plus para-aortic	14 (44)	15 (60)	29 (51)
Para-aortic only	6 (19)	3 (12)	9 (16)

^aIn patients with lymphatic dissemination who underwent systematic pelvic and para-aortic lymphadenopathy.

Vai trò vét hạch động mạch chủ (CLA)



A



Number at risk

—	131	129	127	124	117	101	91	76	66	54	40
—	133	130	128	124	120	114	89	74	62	47	37
—	194	181	163	148	139	122	100	81	65	55	46
—	213	204	188	179	162	145	107	95	82	70	59

Điều trị cá thể hóa!



- **Nhóm nguy cơ thấp**
 - Cắt TCHT + 2 PP
 - Hạch tiền tiêu : Giá trị tiên lượng âm tính tốt, phát hiện vi di căn

- **Nhóm nguy cơ trung bình và cao**
 - Vết hạch chậu và hạch chủ
 - ✦ Nếu có thể tuy nhiên cần tính tới các bệnh lý đi kèm
 - ✦ Có thể ảnh hưởng tới các điều trị bổ trợ
 - ✦ Phụ thuộc kỹ năng phẫu thuật cho phép

