BỆNH VIỆN ĐA KHOA VIỆT ĐỨC

SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

BS Bùi Phương Dung

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) hiện là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của đường sinh dục nữ tại các quốc gia phát triển và đứng thứ 7 trong các loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới.
- Với khoảng 142.000 ca mắc mới và 42.000 ca tử vong mỗi năm trên toàn cầu, UTNMTC đang trở thành một thách thức y tế công cộng lớn. Đáng chú ý, tỷ lệ tử vong do căn bệnh này đang có xu hướng tăng nhanh hơn tỷ lệ mắc mới, một nghịch lý được cho là liên quan đến sự gia tăng của các thể mô học nguy cơ cao và sự già hóa dân số.

Bức tranh Dịch tễ & Nghịch lý Tỷ lệ Tử vong (Epidemiology & The Mortality Paradox)

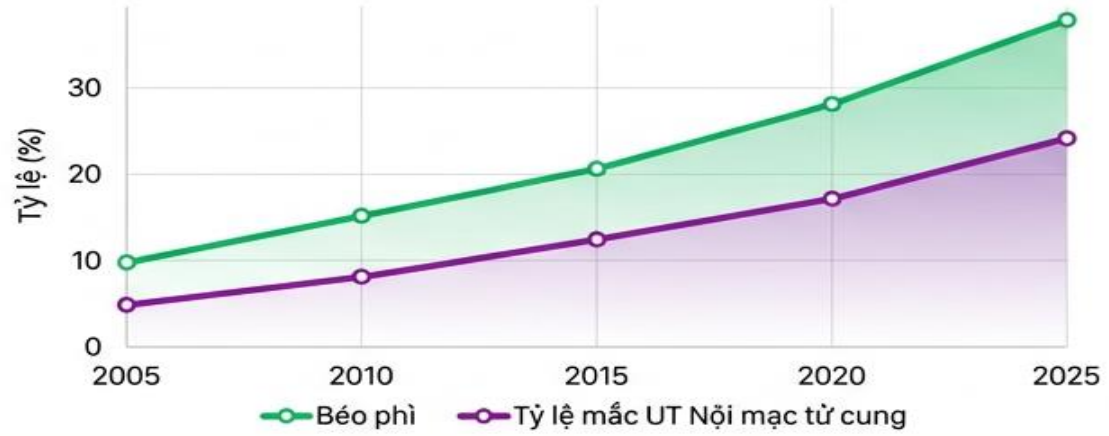
1 KPI dashboard (5-năm survival rate)

Toàn cầu: **82%**

Việt Nam: **33%**

Tỷ lệ Sống sót 5 năm

2 Xu hướng Gia tăng Song hành (Parallel Increasing Trends)



3 Nghịch lý (The Paradox)

Mặc dù **90%** bệnh nhân có triệu chứng chảy máu sớm, **tỷ lệ tử vong vẫn tăng** do sự gia tăng của các **mô bệnh học nguy cơ cao** (Type 2) và **già hóa dân số.**

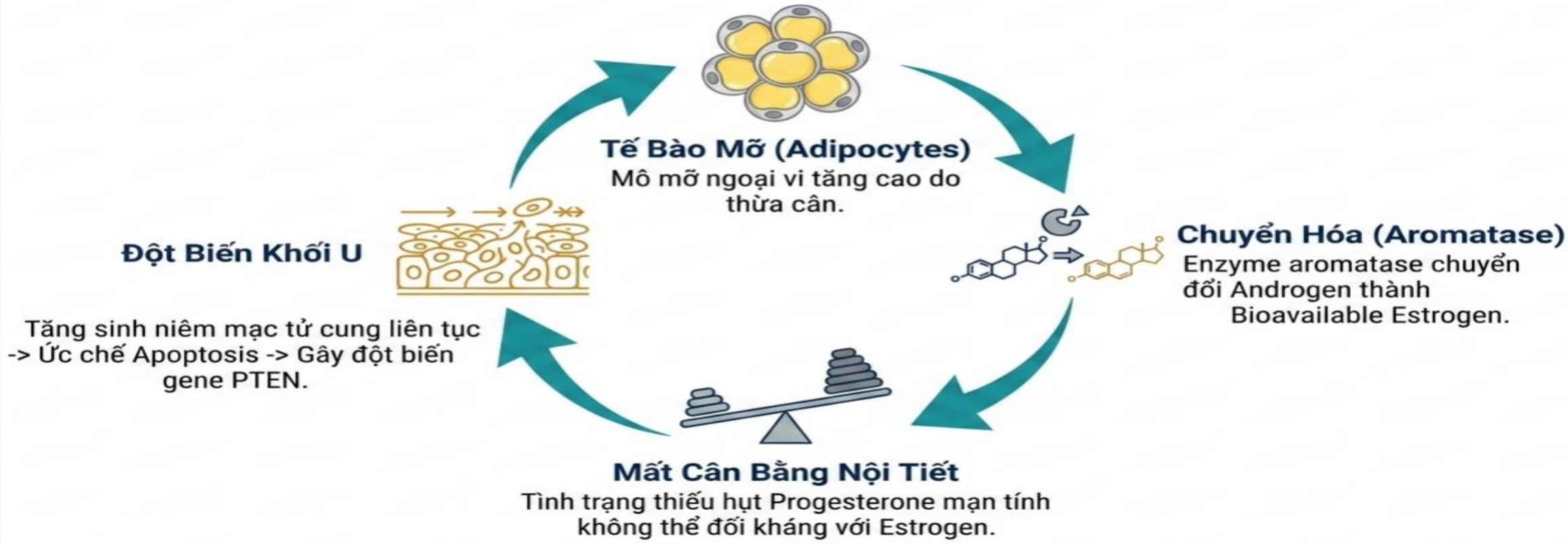
Đường Phù Đổng, phường Vân Phú, tỉnh Phú Thọ ykhoavietduc.com 0867.005.888 facebook.com/bvdkvietduc

Đặc điểm	Type 1 (phụ thuộc Estrogen)	Type 2 (không phụ thuộc Estrogen)
Tần suất	Phổ biến nhất, chiếm khoảng 80%	Ít gặp hơn, chiếm khoảng 10% - 20%
Độ tuổi trung bình	Thường gặp ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh	Thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi hơn (đỉnh điểm quanh 70 tuổi
Đặc điểm nội mạc	Thường phát triển trên nền quá sản nội mạc tử cung	Thường xuất hiện trên nền nội mạc tử cung bị teo
Mô bệnh học	Chủ yếu là Ung thư biểu mô tuyến nội mạc	Ung thư biểu mô thanh dịch, tế bào sáng, Carcinosarcoma
Độ biệt hóa (Grade)	Thường là Grade 1 hoặc 2 (biệt hóa tốt đến vừa)	Mặc định là Grade 3 (ác tính cao)
Đột biến gen	PTEN, KRAS, MSI	TP53, HER-2/neu
Tiên lượng	Rất tốt (tỷ lệ sống sót cao	Xấu,di căn sớm, chiếm hơn 50% số ca tử vong và tái phát

Đường Phù Đổng, phường Vân Phú, tỉnh Phú Thọ ykhoavietduc.com 0867.005.888 facebook.com/bvdkvietduc

CƠ CHẾ BỆNH SINH VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

Cơ Chế Bệnh Sinh: Vòng Xoắn Béo Phì và Estrogen



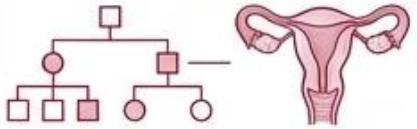
BMI >25: tăng gấp đôi nguy cơ. BMI >30: tăng gấp 3 lần nguy cơ

YẾU TỐ NGUY CƠ

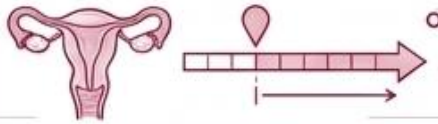
- **Tamoxifen:** Tăng **gấp 3 lần nguy cơ** (cần siêu âm theo dõi chặt chẽ).

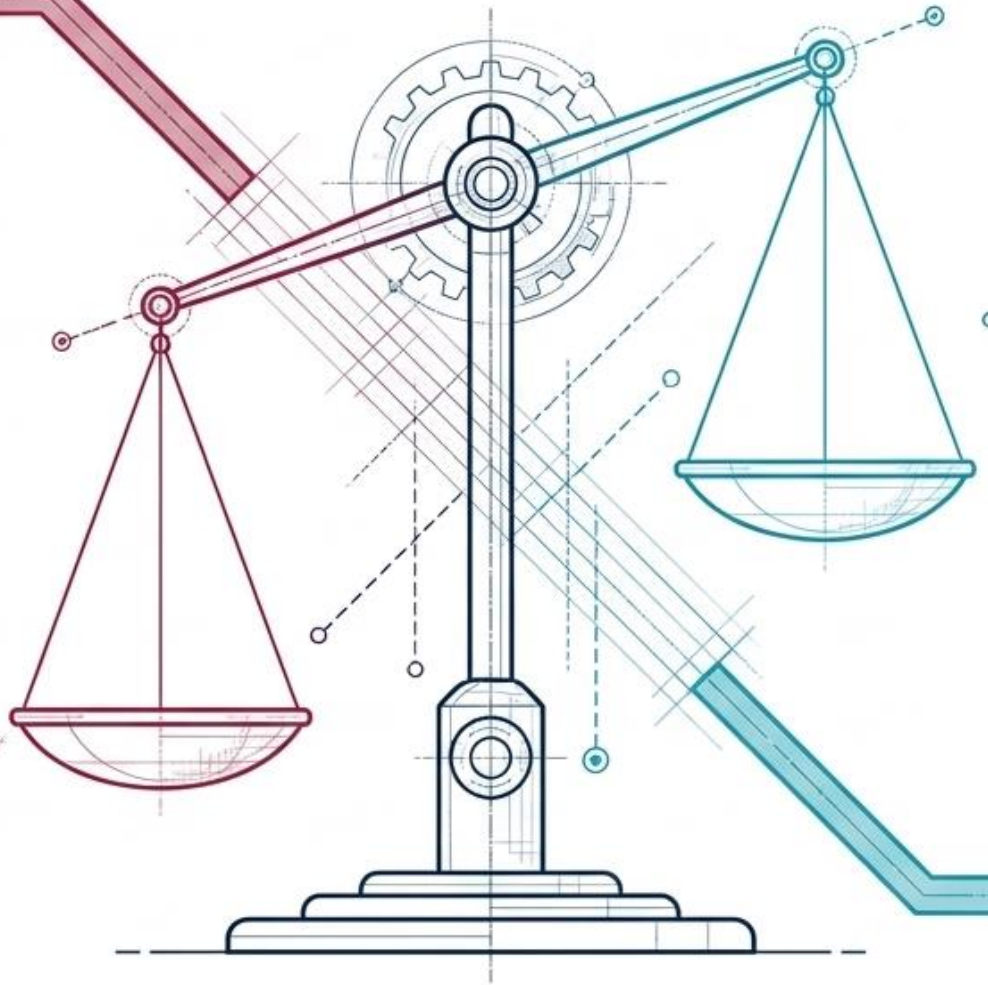


- **Hội chứng Lynch (HNPCC):** Nguy cơ trọn đời 40-60%. UTNMTC là ung thư "tiên phong".



- **Nội tiết tố:** Mãn kinh muộn, liệu pháp HRT chỉ có Oestrogen.



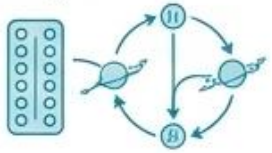


YẾU TỐ BẢO VỆ

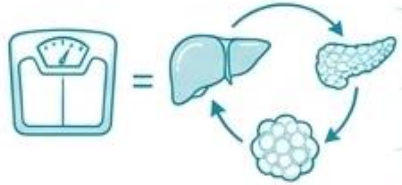
- **Đa sản** (Grand multiparity).



- **Thuốc tránh thai kết hợp** (COCs).



- **Hoạt động thể chất & duy trì BMI chuẩn** (Cắt đứt vòng lặp Estrogen).



Đường Phù Đổng, phường Vân Phú, tỉnh Phú Thọ ykhoavietduc.com 0867.005.888 facebook.com/bvdkvietduc

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG – "TÍN HIỆU CẢNH BÁO SỚM"

1. Triệu chứng cơ năng chính:

- Xuất huyết tử cung bất thường (AUB): Là triệu chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở khoảng 90% bệnh nhân.
- Xuất huyết sau mãn kinh: Là dấu hiệu điển hình nhất; mọi trường hợp chảy máu âm đạo sau mãn kinh phải được xem là ung thư cho đến khi có bằng chứng ngược lại.
- Ở phụ nữ tiền mãn kinh: Biểu hiện qua tình trạng rong kinh, cường kinh hoặc chảy máu giữa chu kỳ (metrorrhagia).

2. Các triệu chứng muộn và không điển hình:

- Tiết dịch âm đạo bất thường: Dịch có thể lẫn máu hoặc mủ, đặc biệt ở phụ nữ cao tuổi
- Đau vùng chậu hoặc nặng bụng: Thường liên quan đến tình trạng tử cung to hoặc bệnh đã lan rộng
- Triệu chứng toàn thân: Sụt cân không rõ nguyên nhân và đau thường là dấu hiệu của bệnh ở giai đoạn muộn hoặc tái phát
- Phát hiện tình cờ: Một số ít trường hợp được phát hiện qua tế bào học cổ tử cung (Pap smear) bất thường dù bệnh nhân không có triệu chứng

CÁC CÔNG CỤ CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

Hiện không có xét nghiệm sàng lọc giá trị cho cộng đồng phụ nữ không triệu chứng.

1. Siêu âm đầu dò âm đạo (TVU)

- Là phương pháp đơn giản, rẻ tiền có độ chính xác cao để đánh giá độ dày của niêm mạc tử cung.
- Hạn chế: Ít giá trị ở phụ nữ tiền mãn kinh hoặc người đang dùng liệu pháp thay thế hormone do độ dày niêm mạc thay đổi theo chu kỳ.

2. Sinh thiết nội mạc tử cung (Pipelle Biopsy)

- Độ chính xác: Độ nhạy đạt 81–99% và độ đặc hiệu khoảng 98% cho chẩn đoán ung thư.
- Tỷ lệ âm tính giả khoảng 10%. Nếu kết quả sinh thiết âm tính nhưng bệnh nhân vẫn tiếp tục chảy máu, phải thực hiện nạo buồng tử cung.

3. Nạo buồng tử cung và nội soi buồng tử cung:

- Giúp quan sát trực tiếp và sinh thiết chính xác các tổn thương khu trú như polyp.
- Cần thận trọng: Nguy cơ gieo rắc tế bào ung thư vào ổ bụng qua vòi trứng.

4. Chẩn đoán hình ảnh: giúp đánh giá độ xâm lấn và di căn hạch.

- MRI vùng chậu (có thuốc tương phản)
- CT ngực/ổ bụng
- FDG-PET/CT
- CA-125

Đường Phù Đổng, phường Vân Phú, tỉnh Phú Thọ ykhoavietduc.com 0867.005.888 facebook.com/bvdkvietduc

Lộ trình sàng lọc

Triệu chứng: Phụ nữ mãn kinh ra máu âm đạo
(Nguy cơ ác tính 5-10%)

Bước 1: Siêu âm ngả âm đạo (TVU)



A

Nội mạc mỏng (< 4-5mm)
Nguy cơ cực thấp. Tiếp tục theo dõi lâm sàng.

B

Nội mạc dày (> 5mm) hoặc bất thường

Bước 2: Sinh thiết Pipelle tại phòng khám
Độ nhạy: 81-99% | Độ đặc hiệu: 98%

Bước 3 (Nếu Pipelle âm tính / TVU nghi ngờ polyp):
Siêu âm bơm nước muối (SIS) hoặc Nội soi buồng tử cung.
LƯU Ý: Cẩn trọng nguy cơ đẩy tế bào ác tính vào ổ bụng khi bơm dịch áp lực.

CHẨN ĐOÁN

1. Giải phẫu bệnh (tiêu chuẩn vàng).

- Xác định chính xác loại mô học (Endometrioid, Serous, Clear cell, Carcinosarcoma)
- Độ biệt hóa (Grade): Hệ thống FIGO chia làm 3 độ dựa trên thành phần đặc của khối u (G1: <5%, G2: 6-50%, G3: >50%)
- Xâm nhập mạch bạch huyết (LVSI): Cần được đánh giá kỹ vì là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng

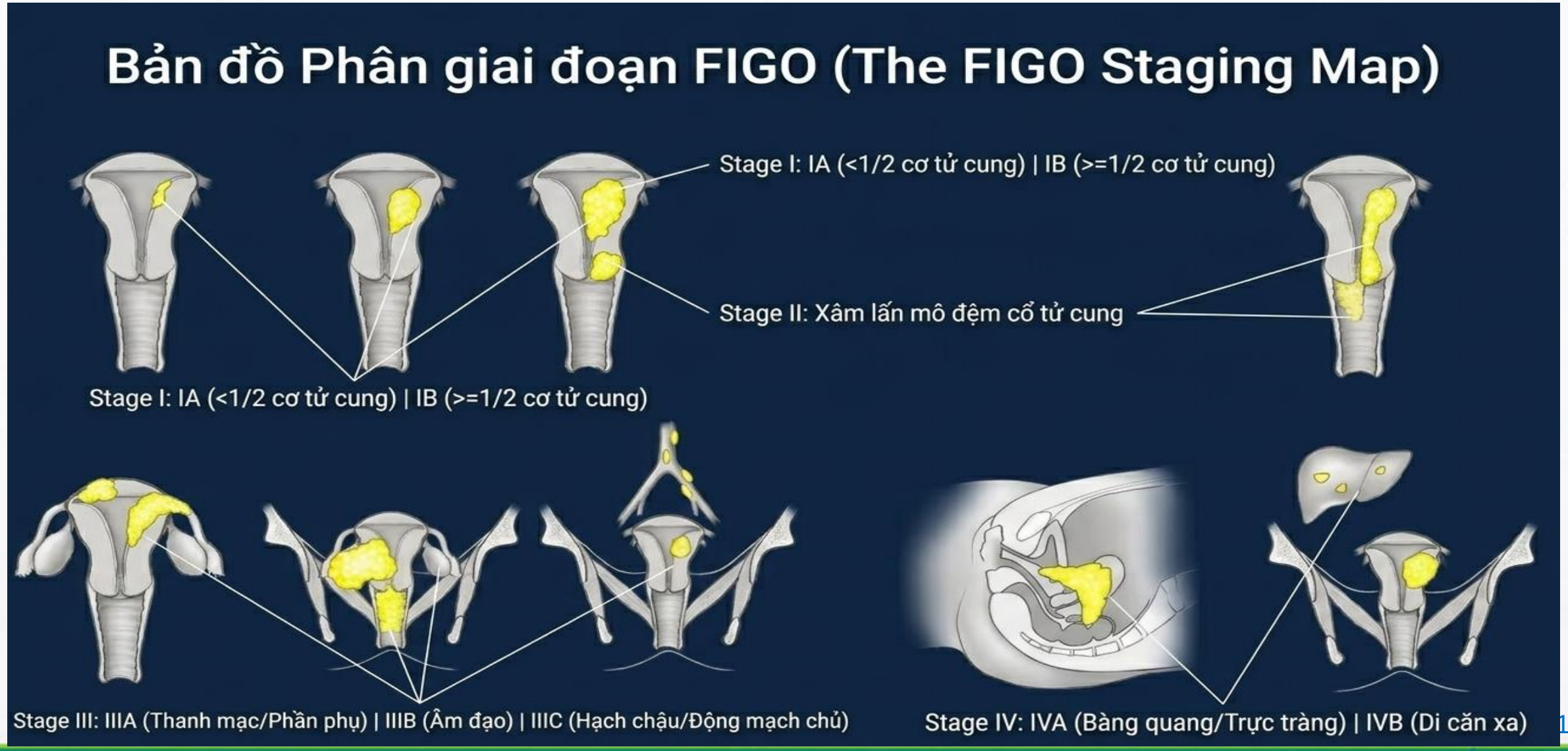
2. Dấu ấn phân tử: khuyến khích thực hiện phân tích phân tử cho mọi bệnh nhân

- MMR/MSI: Tầm soát hội chứng Lynch và định hướng liệu pháp miễn dịch

- POLE: Nhóm có tiên lượng rất tốt, có thể cân nhắc giảm nhẹ cường độ điều trị

- P53 (aberrant expression): Thường gặp trong ung thư loại 2, tiên lượng xấu, cần điều trị đa mô thức mạnh mẽ.

CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN



Giai đoạn theo FIGO	Tỷ lệ sống sót sau 5 năm	Đặc điểm tiên lượng
Giai đoạn I (U khu trú trong thân tử cung)	85% – 90%	Nếu là giai đoạn IA biệt hóa tốt (G1), tỷ lệ này có thể lên tới **trên 95%**
Giai đoạn II (U xâm lấn cổ tử cung)	75%	Tiên lượng bắt đầu giảm khi có sự xâm lấn xuống cổ tử cung
Giai đoạn III (U lan rộng tại chỗ/vùng)	30% – 45%	Tỷ lệ này biến động tùy thuộc vào việc di căn hạch chậu hay hạch cạnh động mạch chủ
Giai đoạn IV (U xâm lấn bàng quang, trực tràng hoặc di căn xa)	9% – 25%	Đây là giai đoạn có tiên lượng xấu nhất do bệnh đã lan tràn toàn thân

Tỷ lệ sống sót theo giai đoạn (FIGO)

CHIẾN LƯỢC SÀNG LỌC CHỦ ĐỘNG

- Chiến lược "sàng lọc" hiệu quả nhất là giáo dục bệnh nhân về tầm quan trọng của việc đi khám ngay khi xuất hiện tình trạng xuất huyết âm đạo bất thường, đặc biệt là sau mãn kinh.
- Đối với phụ nữ có nguy cơ cao (Hội chứng Lynch/HNPCC): Đây là nhóm duy nhất cần chiến lược sàng lọc chủ động và nghiêm ngặt do nguy cơ mắc bệnh suốt đời lên tới 40–60%

  - Khuyến cáo: Thực hiện sinh thiết nội mạc tử cung hàng năm để đánh giá tình trạng ung thư và bắt đầu từ độ tuổi 35.
- Phụ nữ sử dụng liệu pháp hormone: Những người dùng oestrogen đơn thuần (không đối kháng) được khuyến cáo nên thực hiện sinh thiết nội mạc tử cung hàng năm để tầm soát sớm các biến đổi quá sản

CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA CHỦ ĐỘNG

- Lối sống: kiểm soát cân nặng và nâng cao thể lực.
- Yếu tố nội tiết:

- Đối với phụ nữ chưa cắt tử cung, không nên dùng oestrogen đơn lẻ để điều trị triệu chứng mãn kinh.
- Việc sử dụng viên tránh thai chứa cả oestrogen và progestagen giúp giảm đáng kể nguy cơ ung thư nội mạc tử cung.

- Chế độ ăn uống: Tăng cường tiêu thụ carbohydrate phức hợp và giảm chất béo có thể giúp giảm nguy cơ.

- Phẫu thuật dự phòng: Đối với phụ nữ mắc hội chứng Lynch, phẫu thuật cắt tử cung và hai phần phụ (BSO) dự phòng được khuyến cáo thực hiện sau khi họ đã hoàn thành kế hoạch sinh con.
- Tư vấn di truyền: Bệnh nhân và người thân trong gia đình có tiền sử đáng kể về ung thư nội mạc tử cung hoặc đại trực tràng nên được chuyển đến tư vấn di truyền và đánh giá rủi ro ung thư di truyền.

KẾT LUẬN

- Tại Việt Nam, tỷ lệ sống sót sau 5 năm của bệnh nhân UTNMTC chỉ đạt khoảng **33%**, thấp hơn nhiều so với mức 82% của thế giới. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán đúng và sớm ngay khi có các triệu chứng nghi ngờ.

Xin chân thành cảm ơn.