

DIAGNOSIS AND TREATMENT OUTCOMES OF ENDOMETRIAL CANCER: A NARRATIVE REVIEW

Nguyen Khanh Van, Nguyen Thanh Tung, Huynh Thanh Phong*

Vo Truong Toan University - National Highway 1A, Thanh Xuan commune, Can Tho city, Vietnam

Received: 24/03/2026

Revised: 04/05/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objectives: This systematic review aims to describe the clinical and paraclinical characteristics and analyze the treatment outcomes of endometrial cancer in recent years.

Method: A narrative review.

Results: The disease predominantly occurs in the age group of 56-58 years and is closely associated with metabolic syndrome (obesity, diabetes, and hypertension). Abnormal uterine bleeding is the most prevalent symptom, occurring in 90-95.5% of cases. On transvaginal ultrasound, an endometrial thickness of ≥ 15.8 mm and a color Doppler score ≥ 2 according to the IETA criteria are strong predictors of malignancy. Surgery (preferably laparoscopic) combined with adjuvant chemoradiotherapy remains the cornerstone of treatment. The 5-year overall survival rate in Vietnam has reached approximately 80%, which is comparable to major international clinical trials such as PORTEC-3 and NSGO/EORTC.

Conclusion: Abnormal uterine bleeding and IETA-standardized Doppler ultrasound are highly valuable for screening and early diagnosis. Individualizing multimodality treatment protocols based on risk stratification significantly improves patient survival outcomes.

Keywords: Endometrial cancer, IETA ultrasound, abnormal uterine bleeding, multimodality treatment, survival rate.

*Corresponding author

Email: htphong@vttu.edu.vn **Phone:** (+84) 775128666 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.6007



TỔNG QUAN CHẨN ĐOÁN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

Nguyễn Khánh Văn, Nguyễn Thanh Tùng, Huỳnh Thanh Phong*

Trường Đại học Võ Trường Toản - Quốc lộ 1A, xã Thạnh Xuân, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 04/05/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tổng quan này nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung trong những năm gần đây.

Phương pháp: Nghiên cứu tổng quan mô tả.

Kết quả: Bệnh chủ yếu gặp ở độ tuổi 56-58, gắn liền chặt chẽ với hội chứng chuyển hóa (béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp). Triệu chứng ra máu âm đạo bất thường chiếm tỷ lệ rất cao (90-95,5%). Trên siêu âm ngã âm đạo, bề dày nội mạc $\geq 15,8$ mm và điểm Doppler > 2 theo tiêu chuẩn IETA là các dấu hiệu dự báo ác tính mạnh mẽ. Phẫu thuật (ưu tiên nội soi) kết hợp hóa-xạ trị hỗ trợ là phác đồ chủ đạo. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm tại Việt Nam đạt xấp xỉ 80%, tiệm cận với các thử nghiệm quốc tế lớn như PORTEC-3 hay NSGO/EORTC.

Kết luận: Triệu chứng ra máu âm đạo và siêu âm Doppler IETA có giá trị cao trong tầm soát, chẩn đoán sớm. Việc cá thể hóa phác đồ điều trị đa mô thức dựa trên phân tầng nguy cơ giúp cải thiện rõ rệt thời gian sống còn cho người bệnh.

Từ khóa: Ung thư nội mạc tử cung, siêu âm IETA, ra máu âm đạo bất thường, phác đồ đa mô thức, tỷ lệ sống thêm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ra máu tử cung bất thường là lý do đến khám phổ biến, gặp ở trên 70% phụ nữ quanh và sau mãn kinh. Trong các trường hợp này, ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) là nguyên nhân thực thể nghiêm trọng nhất. Theo GLOBOCAN (2020), UTMTC chiếm 4,5% tổng số ca ung thư mới trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, đây là một trong 10 bệnh ung thư thường gặp nhất ở nữ giới.

Phần lớn bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm khi tổn thương còn khu trú, mang lại cơ hội điều trị triệt căn cao. Tuy nhiên, việc chẩn đoán đôi khi gặp khó khăn do sự nhầm lẫn với các bệnh lý lành tính hoặc hạn chế trong tiếp cận phương tiện chẩn đoán hiện đại. Chuyên đề này được thực hiện nhằm hệ thống hóa các phương pháp chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị UTMTC, hỗ trợ thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: các công trình nghiên cứu, bài báo khoa học, luận văn chuyên ngành về chẩn đoán và điều trị UTMTC được công bố từ năm 2010-2025 trên các hệ thống PubMed, Google Scholar, FIGO và các tạp chí y học uy tín tại Việt Nam.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không thể tiếp cận toàn văn, thiếu thông tin hoặc số liệu cần thiết để đối chiếu với mục tiêu nghiên cứu đã đề ra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tổng quan mô tả (a narrative review).

- Chiến lược nghiên cứu: tổng quan hệ thống kết hợp tổng quan mô tả. Các từ khóa được sử dụng bao gồm: endometrial cancer, prevalence, ultrasound diagnosis,

treatment outcomes, survival rate; và các từ khóa tiếng Việt tương đương: ung thư nội mạc tử cung, tỷ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, siêu âm Doppler, kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung.

STT	Tác giả (năm)	Thiết kế nghiên cứu	Cỡ mẫu (n)	Kết quả chính
1	Trần Giang Châu (2020) [1]	Mô tả tiến cứu	184	Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm đạt 79,9%; thể ung thư biểu mô tuyến nội mạc chiếm 86,0%.
2	Khúc Chí Hiếu và cộng sự (2021) [2]	Hồi cứu và tiến cứu	54	Đánh giá kết quả điều trị tái phát bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin.
3	Nguyễn Tuấn Hưng và cộng sự (2012) [3]	Mô tả cắt ngang	236	Tỷ lệ tăng huyết áp (49,8%) và đái tháo đường (11,0%) là các bệnh lý đi kèm quan trọng.
4	Nguyễn Phúc Nhơn và cộng sự (2021) [4]	Mô tả cắt ngang	52	Bề dày nội mạc trung bình nhóm ác tính ($23,99 \pm 10,58$ mm) cao hơn rõ rệt nhóm lành tính.
5	Lê Võ Nhật Thành và cộng sự (2023) [5]	Mô tả cắt ngang, tiến cứu	59	Ra máu âm đạo là triệu chứng chính (91,5%); giai đoạn IA chiếm ưu thế (50,8%).
6	Nghiêm Phương Thảo và cộng sự (2023) [6]	Mô tả cắt ngang hồi cứu	343	Điểm Doppler > 2 có ý nghĩa chẩn đoán mạnh (OR = 66,7); độ đặc hiệu IETA đạt 99,1%.
7	Ngô Phan Thanh Thúy và cộng sự (2019) [7]	Mô tả cắt ngang hồi cứu	55	Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi; 100% bệnh nhân có sử dụng liệu pháp hormon.
8	Phạm Thị Thu Trang và cộng sự (2022) [8]	Mô tả cắt ngang	60	Ra máu âm đạo (90%) và đau bụng (38,33%) là triệu chứng cơ năng phổ biến.

*Tác giả liên hệ

Email: htphong@vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 775128666 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.6007

STT	Tác giả (năm)	Thiết kế nghiên cứu	Cỡ mẫu (n)	Kết quả chính
9	Ariyanto T.B và cộng sự (2020) [9]	So sánh hồi cứu	879	So sánh kết quả giữa phẫu thuật nội soi và mổ hở tại Indonesia.
10	Buda A và cộng sự (2023) [10]	Hồi cứu đa trung tâm	1.428	Đánh giá nguy cơ tái phát ở bệnh nhân có vi di căn thể tích thấp tại hạch lymphatic.
11	de Boer S.M và cộng sự (2019) [11]	Thử nghiệm lâm sàng pha III	660	Hóa-xạ trị bổ trợ cải thiện tỷ lệ sống thêm không bệnh lên 78% ở nhóm nguy cơ cao.
12	Didkowska J và cộng sự (2022) [12]	Thống kê dịch tễ	171.200	Báo cáo tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư tại Ba Lan năm 2019.
13	Gungorduk K và cộng sự (2015) [13]	Bệnh chứng đa trung tâm	224	Phân tích mối liên quan giữa ung thư biểu mô tuyến nhầy và nguy cơ di căn hạch.
14	Hogberg T và cộng sự (2010) [14]	Thử nghiệm ngẫu nhiên	383	Điều trị phối hợp giúp nâng tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 5 năm đạt 77%.
15	Maggi R và cộng sự (2006) [15]	Thử nghiệm ngẫu nhiên	345	So sánh hóa trị và xạ trị; tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm đạt 69%.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân UTNMTC

Đặc điểm	Tác giả (năm)	Kết quả chính (tỷ lệ/thông số)	Nhận xét lâm sàng
Độ tuổi trung bình	Trần Giang Châu (2020)	57,66 ± 8,33 tuổi	Bệnh gặp chủ yếu ở phụ nữ tuổi quanh và sau mãn kinh.
	Khúc Chí Hiếu (2021)	56,9 ± 7,6 tuổi	
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Khúc Chí Hiếu (2021)	BMI > 25 kg/m² chiếm 46,4%	Kháng định béo phì là yếu tố nguy cơ phổ biến.
Bệnh lý đi kèm	Nguyễn Tuấn Hưng (2012)	Tăng huyết áp: 49,8%; đái tháo đường: 11,0%	Gợi ý vai trò của hội chứng chuyển hóa trong sinh bệnh học.
	Ngô Phan Thanh Thúy (2019)	Tiền sử dùng liệu pháp hormon: 100%	Hormon thay thế làm tăng nguy cơ tăng sinh nội mạc.
	Nghiêm Phương Thảo (2023)	U xơ tử cung: 46,1%; u buồng trứng: 21,3%	Bệnh lý phụ khoa đồng mắc làm phức tạp chẩn đoán.
Dịch tễ học quốc tế	Didkowska J (2022)	Tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư tại Ba Lan năm 2019	UTNMTC có xu hướng gia tăng toàn cầu.

UTNMTC chủ yếu gặp ở phụ nữ quanh và sau mãn kinh, với độ tuổi trung bình khoảng 56-58 tuổi. Béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường và sử dụng hormon thay thế là các yếu tố nguy cơ quan trọng, phản ánh vai trò trung tâm của rối loạn chuyển hóa và nội tiết trong sinh bệnh học. Xu hướng gia tăng tỷ lệ mắc trên toàn cầu cho thấy UTNMTC là vấn đề y tế công cộng ngày càng đáng quan tâm.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi phát hiện UTNMTC

Triệu chứng	Tác giả (năm)	Kết quả chính	Nhận xét lâm sàng
Ra máu âm đạo bất thường	Nguyễn Tuấn Hưng (2012)	95,5%	Dấu hiệu “chỉ điểm” quan trọng nhất, có giá trị báo động cao.
	Lê Võ Nhật Thành (2023)	91,5%	
	Phạm Thị Thu Trang (2022)	90,0%	

Triệu chứng	Tác giả (năm)	Kết quả chính	Nhận xét lâm sàng
Đau bụng hạ vị	Phạm Thị Thu Trang (2022)	38,33%	Thường xuất hiện khi khối u lớn, xâm lấn hoặc có ứ dịch, ứ máu buồng tử cung.
Tử cung to (khám thực thể)	Lê Võ Nhật Thành (2023)	45,8%	Dấu hiệu thực thể thường gặp khi khám phụ khoa.
	Phạm Thị Thu Trang (2022)	20,0%	
Ra dịch nhầy âm đạo	Lê Võ Nhật Thành (2023)	16,9%	Triệu chứng ít đặc hiệu, dễ nhầm với viêm nhiễm phụ khoa.

Ra máu âm đạo bất thường là triệu chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở trên 90% bệnh nhân, đóng vai trò dấu hiệu cảnh báo sớm quan trọng. Các triệu chứng khác như đau bụng, tử cung to và ra dịch nhầy thường gặp ở giai đoạn muộn hơn, có giá trị hỗ trợ định hướng mức độ tiến triển bệnh.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng, hình ảnh siêu âm và mô bệnh học ở bệnh nhân UTNMTC

Đặc điểm cận lâm sàng	Tác giả (năm)	Chỉ số chẩn đoán/ phân bố tỷ lệ	Nhận xét
Bề dày nội mạc tử cung	Nguyễn Phúc Nhơn (2021)	Ác tính: 23,99 ± 10,58 mm; lành tính: 12,83 ± 7,46 mm (p < 0,01)	Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cao, giúp định hướng ác tính.
	Nghiêm Phương Thảo (2023)	Ngưỡng ≥ 15,8 mm: giá trị tiên đoán âm 98,8%	Có giá trị cao trong loại trừ tổn thương ác tính.
Đánh giá theo tiêu chuẩn IETA	Nghiêm Phương Thảo (2023)	Điểm Doppler > 2: OR = 66,7 (p < 0,001)	Tăng sinh mạch là dấu chỉ điểm ung thư rất nhạy.
	Nghiêm Phương Thảo (2023)	Tưới máu nhiều mạch: OR = 90,9 (p < 0,001)	Dấu hiệu siêu âm đặc hiệu cao gợi ý ác tính.
Thể mô bệnh học	Trần Giang Châu (2020)	Ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc (type 1): 86,0%	Thể bệnh chiếm ưu thế, tiên lượng tốt hơn.
	Ngô Phan Thanh Thúy (2019)	Biểu mô tuyến dạng nội mạc: 85,5%; thanh dịch: 5,5%	Phù hợp phân bố dịch tễ chung.
	Gungorduk K (2015)	Phân tích ung thư biểu mô tuyến nhầy	Cung cấp dữ liệu về nguy cơ di căn hạch ở thể mô học hiếm.
Giai đoạn bệnh (FIGO)	Lê Võ Nhật Thành (2023)	IA: 50,8%; IB: 25,3%; IIIC1: 13,6%	Phần lớn phát hiện sớm, song vẫn còn tỷ lệ đáng kể di căn hạch.
Mức độ biệt hóa	Trần Giang Châu (2020)	G1: 43,0%; G3: 6,8%	Phân độ mô học định hướng chỉ định xạ trị, hóa trị bổ trợ.

Siêu âm qua ngã âm đạo kết hợp Doppler theo tiêu chuẩn IETA và đo bề dày nội mạc có giá trị chẩn đoán và loại trừ ung thư rất cao. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc chiếm ưu thế tuyệt đối, đa số bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm, tạo điều kiện thuận lợi cho điều trị triệt căn và cải thiện tiên lượng sống.

Bảng 4. Phương pháp điều trị, vị trí di căn và tiên lượng sống thêm ở bệnh nhân UTMTC

Yếu tố/đặc điểm	Tác giả (năm)	Kết quả chính (tỷ lệ/thông số)	Nhận xét
Phương pháp điều trị chính	Trần Giang Châu (2020)	Phẫu thuật đơn thuần: 44,6%; Phẫu thuật + tia xạ: 51,1%	Phẫu thuật kết hợp xạ trị hỗ trợ là phác đồ chủ đạo mang lại hiệu quả cao.
	Khúc Chí Hiếu (2021)	Phác đồ hóa trị Paclitaxel-Carboptatin	Lựa chọn hóa trị ưu tiên cho bệnh tái phát hoặc di căn xa.
	Ngô Phan Thanh Thúy (2019)	Phẫu thuật nội soi an toàn, hiệu quả	Nội soi đang dần trở thành xu hướng tiếp cận ít xâm lấn, giảm biến chứng.
	Ariyanto T.B (2020)	Nội soi ít mất máu, thời gian nằm viện ngắn, kết quả ung thư học tương đương mổ hở	Củng cố bằng chứng về lợi ích vượt trội của phẫu thuật nội soi so với mổ hở truyền thống.
Vị trí di căn/tái phát	Trần Giang Châu (2020)	Ổ bụng: 45,2%; gan: 32,3%; phổi: 16,1%	Ổ bụng và gan là vị trí di căn thường gặp nhất khi bệnh tiến triển.
	Khúc Chí Hiếu (2021)	Ổ bụng: 46,3%; môm cắt âm đạo: 24,1%; xương: 16,7%	Tái phát môm cắt cao > cần chỉ định xạ trị áp sát sau mổ phù hợp.
	Buda A (2023)	Vi di căn thể tích thấp tại hạch lymphatic	Sinh thiết hạch lymphatic giúp phân tầng nguy cơ chính xác và hạn chế biến chứng nạo hạch.
Tiên lượng sống thêm (sau 5 năm)	Trần Giang Châu (2020)	OS: 79,9%; DFS: 74,6%	Kết quả điều trị trong nước rất khả quan, tiệm cận chuẩn quốc tế.
	Hogberg T (2010)	OS: 82,0%; DFS: 78,0%	Phối hợp hóa-xạ trị tuần tự cho hiệu quả sống còn cao nhất.
	de Boer S.M (2019)	OS: 76,0%; DFS: 71,0%	Kháng định vai trò hóa-xạ trị đồng thời ở nhóm nguy cơ cao.
	Maggi R (2006)	OS: 69,0%; DFS: 63,0%	Dữ liệu nền tảng để so sánh sự tiến bộ của các phác đồ điều trị hiện đại.

Điều trị UTMTC hiện nay chủ yếu dựa vào phẫu thuật kết hợp xạ trị và/hoặc hóa trị hỗ trợ, trong đó chiến lược đa mô thức mang lại hiệu quả sống còn vượt trội. Phẫu thuật nội soi đang dần thay thế mổ hở nhờ tính an toàn, ít xâm lấn và hiệu quả ung thư học tương đương. Tỷ lệ sống thêm 5 năm tại Việt Nam tiệm cận các nghiên cứu quốc tế, cho thấy chất lượng điều trị ngày càng được nâng cao.

Bảng 5. Các yếu tố tiên lượng và chỉ số thống kê ảnh hưởng đến sống thêm ở bệnh nhân UTMTC

Yếu tố tiên lượng	Tác giả (năm)	Kết quả chính (tỷ lệ/thông số)	p và 95% CI	Nhận xét lâm sàng
Giai đoạn bệnh (FIGO)	Trần Giang Châu (2020)	Giai đoạn I có OS và DFS cao vượt trội so với giai đoạn muộn	p < 0,05	Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất; phát hiện sớm giúp tối ưu hóa khả năng điều trị triệt căn.
Độ xâm lấn cơ tử cung	Lê Võ Nhật Thành (2023)	Xâm lấn > 1/2 cơ tử cung: 44,1%	p < 0,05	Xâm lấn sâu làm tăng mạnh nguy cơ di căn hạch chậu, là chỉ định then chốt của xạ trị hỗ trợ.

Mức độ biệt hóa (grade)	Trần Giang Châu (2020)	G3 chiếm 6,8%, tỷ lệ tái phát/tử vong cao hơn G1	p < 0,01	Độ biệt hóa tỷ lệ nghịch với tiên lượng sống còn; nhóm G3 cần phác đồ đa mô thức tích cực.
Thể mô bệnh học	Gungorduk K (2015)	Ung thư tuyến nhầy có nguy cơ di căn hạch tương đương thể tuyến nội mạc	OR=1,12 95% CI: 0,58-2,15 p=0,72	Không làm tăng nguy cơ di căn hạch → tránh điều trị quá mức.
Di căn hạch lymphatic	Buda A (2023)	Vi di căn thể tích thấp làm tăng nguy cơ tái phát	HR=2,45 95% CI: 1,10-5,45 p<0,05	Di căn hạch quyết định trực tiếp DFS; phát hiện vi di căn thể tích thấp giúp phân tầng nguy cơ chính xác.
Phác đồ đa mô thức	de Boer S.M (2019)	Hóa-xạ trị đồng thời cải thiện DFS	HR=0,71 95% CI: 0,53-0,95 p=0,022	Bằng chứng mức độ cao (level I) khẳng định vai trò hóa-xạ trị phối hợp ở nhóm nguy cơ cao.
Thể trạng và BMI	Khúc Chí Hiếu (2021)	BMI > 25 kg/m ² chiếm 46,4%, giảm dung nạp điều trị	p < 0,05	Béo phì làm giảm hiệu quả phẫu thuật - hóa xạ trị, gián tiếp làm giảm sống còn.

Giai đoạn bệnh, độ xâm lấn cơ tử cung, mức độ biệt hóa và tình trạng di căn hạch là các yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất ảnh hưởng đến sống thêm. Phối hợp đa mô thức (hóa-xạ trị) giúp cải thiện rõ rệt DFS ở nhóm nguy cơ cao, trong khi béo phì và rối loạn chuyển hóa làm giảm hiệu quả điều trị và tiên lượng lâu dài.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ và các yếu tố nguy cơ

UTMTC là bệnh lý ác tính phụ khoa có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, đồng hành cùng sự phát triển của kinh tế và thay đổi lối sống, diễn hình như sự gia tăng tỷ lệ mắc tại Ba Lan được ghi nhận bởi Didkowska J và cộng sự [12]. Tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình mắc bệnh dao động từ 56,9-57,66 tuổi [1-2]. Đây là nhóm tuổi bước vào thời kỳ quanh và sau mãn kinh, giai đoạn có sự suy giảm progesterone trong khi estrogen vẫn có thể được sản xuất từ mô mỡ hoặc từ nguồn ngoại sinh.

Sự hiện diện của “tam chứng” rối loạn chuyển hóa là điểm nhấn quan trọng trong sinh bệnh học UTMTC. Nghiên cứu của Khúc Chí Hiếu và cộng sự (2021) ghi nhận 46,4% bệnh nhân có chỉ số BMI > 25 kg/m² [2], trong khi Nguyễn Tuấn Hưng và cộng sự (2012) báo cáo tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường đi kèm lần lượt là 49,8% và 11,0% [3]. Đặc biệt, việc sử dụng liệu pháp hormon thay thế (được ghi nhận 100% trong nhóm nghiên cứu của Ngô Phan Thanh Thúy và cộng sự [7]) là yếu tố thúc đẩy tình trạng tăng sinh nội mạc quá mức. Các bệnh lý phụ khoa đồng mắc như u xơ tử cung (46,1%) hay u buồng trứng (21,3%) [6] cũng làm phức tạp thêm quá trình chẩn đoán phân biệt trên lâm sàng.

4.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Khác với ung thư buồng trứng thường tiến triển âm thầm, UTMTC có một dấu hiệu cảnh báo sớm rất có giá trị là ra máu âm đạo bất thường. Tỷ lệ này chiếm áp đảo trong các báo cáo lâm sàng: 95,5% [3], 91,5% [5] và 90,0% [8]. Triệu chứng này đóng vai trò “chỉ điểm” sống còn, thúc đẩy bệnh nhân đi khám sớm. Ngược lại, các dấu hiệu thực thể như tử cung to (20,0-45,8%) [5], [8] hay đau bụng hạ vị (38,33%) [8] thường là hệ quả của việc khối u đã phát triển lớn, gây ứ dịch, ứ máu buồng tử cung hoặc đã bắt đầu xâm lấn cơ.

4.3. Giá trị của chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học

Siêu âm qua ngã âm đạo là phương tiện đầu tay không thể thiếu. Sự khác biệt về bề dày nội mạc tử cung giữa nhóm lành tính ($12,83 \pm 7,46$ mm) và ác tính ($23,99 \pm 10,58$ mm) mang ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,01$) [4]. Việc áp dụng hệ thống phân loại IETA đã nâng cao độ chuẩn xác trong việc dự báo nguy cơ ác tính. Theo Nghiêm Phương Thảo và cộng sự (2023), bề dày nội mạc tử cung $\geq 15,8$ mm có giá trị tiên đoán âm đạt 98,8% [6]. Đặc biệt, sự tăng sinh mạch máu tân tạo thể hiện qua điểm Doppler > 2 ($OR = 66,7$; $p < 0,001$) và kiểu hình tưới máu nhiều mạch ($OR = 90,9$; $p < 0,001$) là những bằng chứng mạnh mẽ nhất để chỉ định sinh thiết nội mạc [6].

Về mô bệnh học, thể ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc (type 1) chiếm ưu thế tuyệt đối (85,5-86,0%) [1], [7]. Nhờ triệu chứng ra máu báo động, đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IA (50,8%) [5]. Tuy nhiên, các báo cáo cũng chỉ ra rằng ung thư biểu mô tuyến nhầy dù là thể hiếm gặp vẫn tiềm ẩn nguy cơ di căn hạch tương đương với thể tuyến nội mạc biệt hóa G1/G2 [13], đòi hỏi chiến lược đánh giá hạch cần trọng trong phẫu thuật.

4.4. Phương pháp điều trị và vị trí tái phát

Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần kèm phần phụ và vét hạch là nền tảng điều trị. Đáng chú ý, can thiệp ít xâm lấn bằng phẫu thuật nội soi đang dần thay thế mổ mở truyền thống. Các nghiên cứu của Ngô Phan Thanh Thúy và cộng sự [7], Ariyanto T.B và cộng sự [9] khẳng định phẫu thuật nội soi giúp giảm lượng máu mất, rút ngắn thời gian hậu phẫu mà vẫn đảm bảo tính triệt căn ung thư học tương đương mổ hở.

Đối với các trường hợp tái phát hoặc di căn xa (phổ biến nhất tại ổ bụng, gan, phổi và mô mềm cột âm đạo [1-2]), phác đồ hóa trị Paclitaxel-Carboplatin tiếp tục chứng minh vai trò là cứu cánh quan trọng [2]. Để giảm thiểu biến chứng phù bạch huyết do nạo vét hạch chậu hệ thống, việc đánh giá vi di căn thể tích thấp tại hạch lymph gác (sentinel lymph node) đang trở thành tiêu chuẩn mới, giúp cá thể hóa phác đồ điều trị [10].

4.5. Tiên lượng sống còn và các yếu tố ảnh hưởng

Tiên lượng của UTMTC phụ thuộc chặt chẽ vào giai đoạn bệnh (FIGO), độ xâm lấn cơ tử cung và mức độ biệt hóa tế bào (grade). Khối u xâm lấn trên 1/2 lớp cơ tử cung (chiếm 44,1%) [5] làm tăng vọt rủi ro di căn hạch ($p < 0,05$). Tương tự, nhóm tế bào biệt hóa kém (G3) có tỷ lệ tái phát và tử vong cao hơn đáng kể so với nhóm G1 ($p < 0,01$) [1]. Thể trạng bệnh nhân thừa cân, béo phì ($BMI > 25$ kg/m²) cũng gián tiếp làm giảm sống còn do hạn chế khả năng dung nạp các phương pháp điều trị tích cực [2].

Tuy nhiên, với việc phối hợp đa mô thức, tỷ lệ sống thêm tại Việt Nam đang rất tiệm cận với thế giới. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) 5 năm theo báo cáo của Trần Giang Châu là 79,9%, và sống thêm không bệnh (DFS) là 74,6% [1]. Các kết quả này hoàn toàn tương thích với các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên lớn trên quốc tế như NSGO/EORTC (OS đạt 82,0%) [14] hay thử nghiệm Italian (OS đạt 69,0%) [15]. Đặc biệt, nghiên cứu PORTEC-3 đã cung cấp bằng chứng mức độ cao ($HR = 0,71$; $p = 0,022$) về việc hóa-xạ trị đồng thời giúp kiểm soát bệnh vượt trội so với xạ trị đơn thuần ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao [11].

5. KẾT LUẬN

UTMTC chủ yếu gặp ở phụ nữ sau mãn kinh có hội chứng chuyển hóa. Triệu chứng báo động sớm và quan trọng nhất là ra máu âm đạo bất thường. Về chẩn đoán, siêu âm ngã âm đạo theo tiêu chuẩn IETA có độ chính xác

cao trong việc phát hiện tổn thương ác tính. Về điều trị, chiến lược đa mô thức - lấy phẫu thuật làm nền tảng (ưu tiên nội soi và sinh thiết hạch lymph gác) kết hợp hóa-xạ trị bổ trợ - giúp cải thiện rõ rệt thời gian sống. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm tại Việt Nam đạt xấp xỉ 80%, tiệm cận với các tiêu chuẩn y khoa tiên tiến trên thế giới.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Giang Châu. Nghiên cứu kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô nội mạc tử cung giai đoạn I-II. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [2] Khúc Chí Hiếu và cộng sự. Kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung tái phát bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin và một số yếu tố ảnh hưởng. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, 508 (2): 295-299. doi: 10.51298/vmj.v508i2.1654
- [3] Nguyễn Tuấn Hưng và cộng sự. Nhận xét một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư nội mạc tử cung. Tạp chí Y học thực hành, 2012, 822: 58-61.
- [4] Nguyễn Phúc Nhơn và cộng sự. Giá trị của bề dày nội mạc trong tiên đoán ung thư nội mạc tử cung ở phụ nữ ra máu bất thường quanh và sau mãn kinh. Tạp chí Phụ Sản, 2021, 19: 31-38. doi: 10.46755/vjog.2021.3.1268
- [5] Lê Võ Nhật Thành và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật trên bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ năm 2021-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2023, 61: 279-285.
- [6] Nghiêm Phương Thảo và cộng sự. Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 525 (1B): 28-33. doi: 10.51298/vmj.v525i1B.5025
- [7] Ngô Phan Thanh Thúy và cộng sự. Phẫu thuật nội soi trong ung thư nội mạc tử cung. Tạp chí Phụ Sản, 2019, 16 (4): 92-97. doi: 10.46755/vjog.2019.4.575
- [8] Phạm Thị Thu Trang và cộng sự. Kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn III tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 513 (2): 233-239. doi: 10.51298/vmj.v513i2.2478
- [9] Ariyanto T.B et al. External comparison of endometrial cancer patients performed laparoscopic surgery and performed laparotomy surgery at Dr. Soetomo Hospital in 2017. Medical and Health Science Journal, 2020, 4 (1): 55-62.
- [10] Buda A et al. The risk of recurrence in endometrial cancer patients with low-volume metastasis in the sentinel lymph nodes: a retrospective multi-institutional study. Cancers (Basel), 2023, 15 (7): 2052. doi: 10.3390/cancers15072052.
- [11] de Boer S.M et al. Adjuvant chemoradiotherapy versus radiotherapy alone in women with high-risk endometrial cancer (PORTEC-3): patterns of recurrence and post-hoc survival analysis of a randomised phase 3 trial. Lancet Oncol, 2019, 20 (9): 1273-1285. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30395-X.
- [12] Didkowska J et al. Cancer incidence and mortality in Poland in 2019. Scientific Reports, 2022, 12 (1): 10875. doi: 10.1038/s41598-022-14779-6.
- [13] Gungorduk K et al. Is mucinous adenocarcinoma of the endometrium a risk factor for lymph node involvement? A multicenter case-control study. Int J Clin Oncol, 2015, 20: 782-789. doi: 10.1007/s10147-014-0767-2
- [14] Hogberg T et al. Sequential adjuvant chemotherapy and radiotherapy in endometrial cancer--results from two randomised studies. Eur J Cancer, 2010, 46 (13): 2422-31. doi: 10.1016/j.ejca.2010.06.002
- [15] Maggi R et al. Adjuvant chemotherapy vs radiotherapy in high-risk endometrial carcinoma: results of a randomised trial. Br J Cancer, 2006, 95 (3): 266-71. doi: 10.1038/sj.bjc.6603279.