



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG **21**



BS. CKII. VÕ THANH NHÂN

Trưởng khoa Ung bướu phụ khoa

Bệnh viện Từ Dũ





HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG **21**

SARCOMA THÂN TỬ CUNG : NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý



Bệnh án 1

Bệnh nhân : Phạm Thị Diễm K., sinh năm 1984, PARA 1011

Nhập viện : 15/09/2020 (36 tuổi)

Lý do nhập viện : Rong huyết

Bệnh sử : rong huyết 2 tháng, lượng ít, kéo dài, không đau bụng. TC : MLT 2010

Khám : Tổng trạng trung bình, niêm hồng, hạch ngoại vi (-)

Khám PK : Âm đạo ít huyết, CTC lảng đống, TC to # thai 10 tuần, PP 2 bên mềm

Siêu âm : TD Polyp lòng TC

(echo dày 29x30x58 mm, tăng sinh mạch máu trong khối này)



MRI : lòng TC có khối bất thường tín hiệu, kt **28x60x25** mm, tín hiệu trung gian trên T2W, thấp trên T1W, có cuống xuất phát từ thành trước thân TC ở đoạn giữa thân, bắt thuốc tương phản mạnh không đồng nhất, **xâm lấn < 50% lớp cơ TC** thành trước, không xâm lấn CTC. Hạch vách chậu hai bên có hình bầu dục kt 6-12mm, bắt thuốc tương phản mạnh. KL : Hình ảnh gợi ý Sarcoma mô đệm NMTC, hạch chậu chưa loại trừ di căn.

GPB nạo sinh thiết : Sarcoma tuyến độ thấp có ở mẫu mô nạo lòng TC (Adenosarcoma)



Chẩn đoán trước mổ : Sarcoma tuyến TC /VMC MLT

Phẫu thuật : mở bụng cắt TC + 2 PP + Nạo hạch chậu hai bên

Kết quả GPB sau mổ : Sarcoma tuyến thân TC (u chiếm toàn bộ TC 6x3x3 cm, không rõ xâm nhập), hạch chậu hai bên viêm mãn

Chẩn đoán sau cùng : Sarcoma tuyến thân TC giai đoạn IB

Bệnh nhân được chuyển sang BVUB xem xét chỉ định xạ trị bổ túc

>>>Theo dõi, bệnh nhân hiện ổn định





LẦN THỨ
21

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG



Bệnh án 2

Bệnh nhân : Trần Thị Thanh T., sinh năm 1983, PARA 1001

Nhập viện : 09/012/2021 (36 tuổi)

Lý do nhập viện : Bụng to

Bệnh sử : Bệnh nhân đã mổ bụng cắt tử cung chừa 2 BT + Nạo hạch chậu hai bên do Sarcoma tuyến thân TC giai đoạn IA (tháng 5/2021). MRI trước mổ : **tổn thương lòng TC chưa thấy xâm lấn vách cơ TC**. GPB : Sarcoma tuyến TC dạng Polyp, vách cơ TC không thấy xâm nhập, hạch chậu viêm mãn. Bệnh nhân được theo dõi nhưng không tái khám do dịch Covid 19



Bệnh nhân thấy bụng to nhanh 1 tháng, đau âm ỉ, tiêu tiểu bình thường

>>> BV

Khám : Tổng trạng trung bình, niêm hồng nhạt, hạch ngoại vi (-)

Khám PK : mồm cắt âm đạo lách, không huyết. Vùng hạ vị đến thượng vị có khối căng to 25 cm, di động ít, giới hạn không rõ, không đau khi ấn

Siêu âm : Vùng hạ vị từ mồm cắt lên đến thượng vị có khối echo hỗn hợp vượt quá khả năng đo của máy : kt > 200x104x168 mm, bờ không đều, giới hạn không rõ, có tăng sinh mạch máu mức độ 2, ổ bụng có dịch .

KL : TD tổn thương thứ phát



MRI : Vùng hạ vị vượt qua rốn, hiện diện khối bất thường tín hiệu vừa đặc vừa nang, kt **105x247x108mm**, dịch tín hiệu cao trên T2W, thấp trên T1W, bên trong có nhiều phân vách dày không đều, mô đặc hạn chế khuếch tán và bắt thuốc tương phản mạnh, u không có vỏ bao, có phần len lõi dính vào các quai ruột, bao quanh mô lành BT hai bên, có hình ảnh bánh mỳ nổi dày, bắt thuốc tương phản.

KL : tổn thương UT tái phát, không có vỏ bao, len lõi dính các quai ruột và BT hai bên, dịch tự do ổ bụng



Chẩn đoán : Sarcoma tuyến thân TC tái phát, di căn ổ bụng

Xử trí : Mở bụng thăm dò, cắt khối tái phát

Trình tự PT/TT
Vào bụng đường giữa theo sẹo mổ cũ. Thăm sát: bụng có 1000ml dịch màu hồng sậm. U tái phát vùng chậu xâm lấn trực tràng, đại tràng sigma, kích thước 20cm, mô bờ, màu trắng trong, điển hình của sarcoma, dính một phần vào mạc nối lớn. Cắt gần hết khối u tái phát, còn để lại phần dính phúc mạc chậu, dính đại tràng. Kiểm tra cầm máu. Đóng bụng từng lớp. Lượng máu mất #: 300 ml





Bệnh án 3

Bệnh nhân : Nguyễn Ngọc Q., sinh năm 1984, PARA 0000

Nhập viện : 6/10/2020

LDNV : rong huyết

Bệnh sử :

Lập gia đình năm 2014 : mong con

Năm 2017 : mở hở bóc UXTC : u cơ trơn TC lành tính.

Rong huyết kéo dài 3 tháng đến BVTD tháng 8/2020 : chẩn đoán UXTC dưới niêm



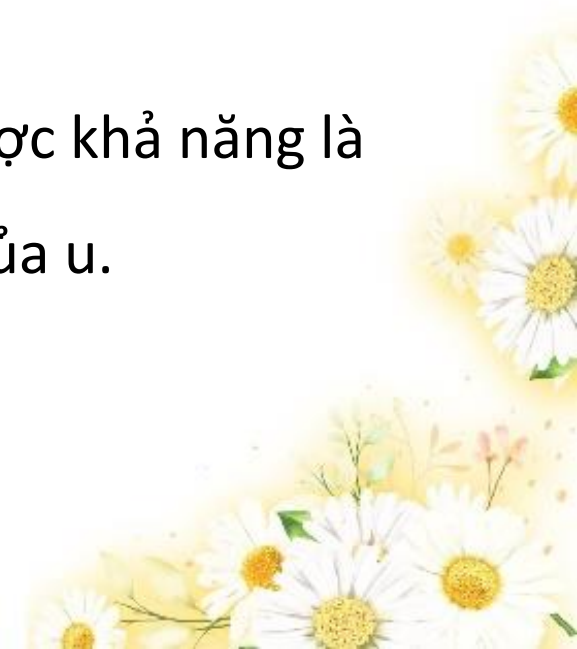
Nội soi buồng tử cung cắt UXTC dưới niêm, GPB : u cơ trơn giàu tế bào lành.

Bệnh nhân tái khám sau 1 tháng vẫn còn rong huyết

Khám : Bụng mềm, hạch ngoại vi không sờ chạm. Âm đạo có ít dịch nhầy, CTC phì đại, Eo TC to, TC to khoảng thai 12 tuần, di động kém, chu cung 2 bên mềm ngấn

Chẩn đoán : UXTC tái phát ? Sarcoma TC ?

>>> **Hội chẩn GPB với BVUB :** Bướu mô đệm NMTC chưa loại trừ được khả năng là Sarcoma mô đệm nội mạc grade thấp do không đánh giá được bờ của u.



Siêu âm : nghi UXTC

KẾT QUẢ

TỬ CUNG: ngã trước

Kích thước: 64 x 104 x 59 mm (trước sau/dọc/ngang)

NỘI MẠC TỬ CUNG: không quan sát rõ

CƠ TỬ CUNG: mật độ không đều

Lòng tử cung kéo dài đến sát lỗ ngoài cổ tử cung trong cơ và dưới niêm mạc (< 50 % trong cơ) có khối echo kém, kt 78 x 39 x 44 mm, có gây biến dạng lòng tử cung

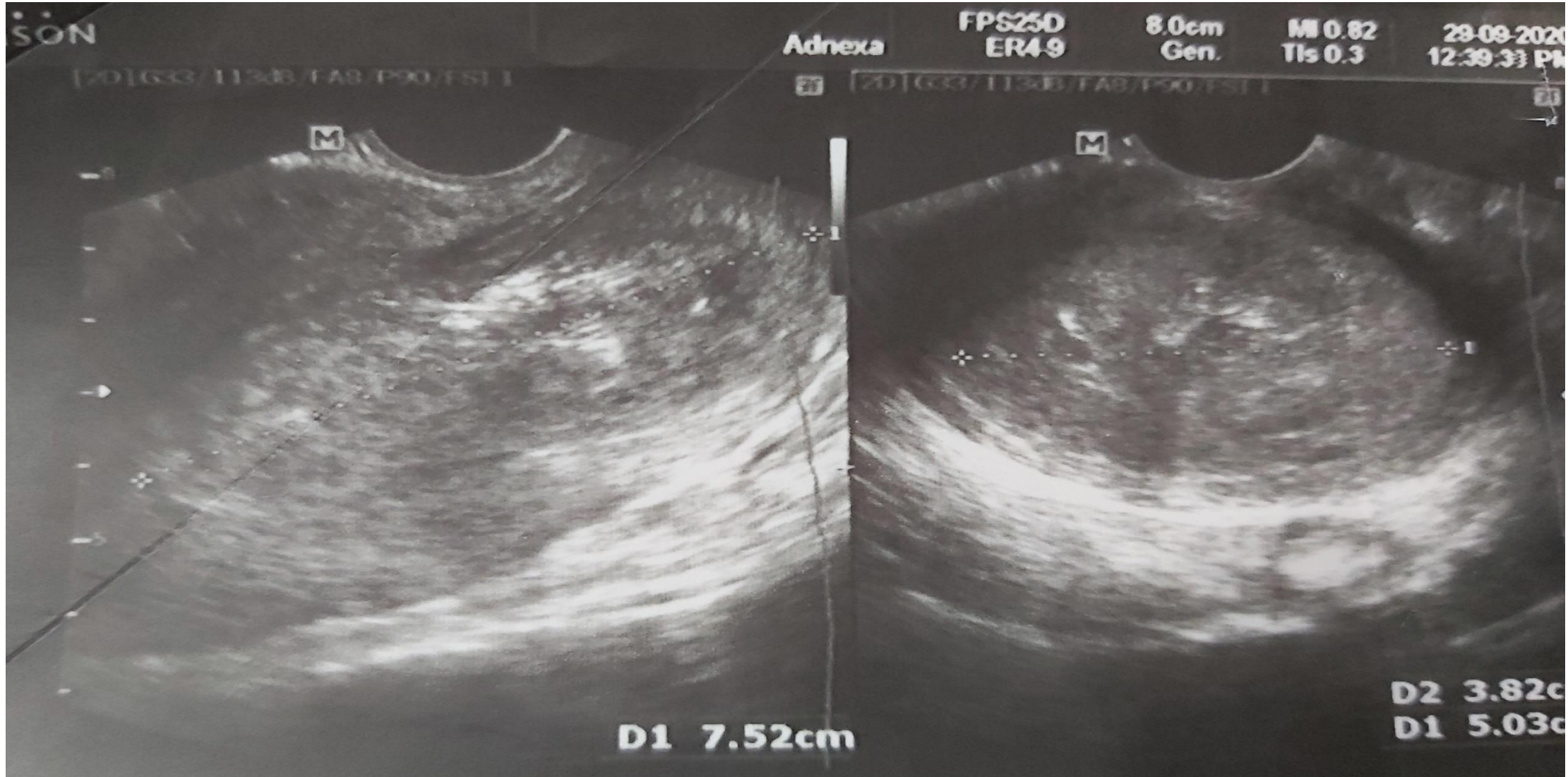
CỔ TỬ CUNG: Không có bất thường được nhìn thấy trên siêu âm

BUỒNG TRỨNG:

- BT Phải kích thước: 40 x 24 mm
- BT Trái kích thước: 33 x 22 mm

DỊCH CÙNG ĐỒ-DỊCH Ổ BỤNG: Không





MRI

TỬ CUNG

- Tư thế ngả trước, đường kính trước sau #72mm, chiều cao #113mm
- Cơ tử cung vùng chuyển tiếp không dày, không bất thường tín hiệu. rải rác trong cơ tử cung có vài cấu trúc tín hiệu thấp trên t2w t1w, giới hạn rõ, đk #10--->19mm, không tiếp xúc với niêm mạc tử cung, bắt thuốc tương phản từ mạnh không đồng nhất
- Buồng nội mạc ứ dịch #13mm, lòng tử cung từ đoạn eo kéo dài đến kênh cổ tử cung có cấu trúc bất thường tín hiệu kt#(49x74x66)mm (trước sau-cao-ngang), tổn thương dạng mô đặc tín hiệu cao trên t2w thấp trên t1w, bên trong có các vùng dạng nang dịch tín hiệu cao trên t2w thấp trên t1w tổn thương hạn chế khuếch tán, bắt thuốc tương phản mạnh không đồng nhất, tổn thương có chân cuống dày #25mm, xuất phát từ đoạn eo bên phải tử cung, chưa thấy hình ảnh xâm lấn cơ tử cung ở vùng kênh CTC

CỔ TỬ CUNG Dài #48mm, đường kính trước sau #60mm

PHẦN PHỤ

- Buồng trứng (P) kt#30x23mm
- Buồng trứng (T) kt#33x25mm

CHU CUNG trống

Vài hạch cạnh bó mạch chậu ngoài phải, kt <= 14x10mm, có hạch hạn chế khuếch tán và bắt thuốc tương phản nghi hạch thứ phát
Cùng đồ có dịch, hai hố chậu không có dịch (11h28)

KẾT LUẬN :

Khối bất thường lòng tử cung ở đoạn eo và kênh cổ tử cung, hình ảnh gợi ý tổn thương Sarcoma
Nhân xơ tử cung loại 4 theo FIGO
Hạch cạnh bó mạch chậu ngoài phải nghi hạch thứ phát

Ngày 5 tháng 10 năm 2020

Chẩn đoán : TD Sarcoma mô đệm NMTC grad thấp

Xử trí : Phẫu thuật mở bụng + cắt TC toàn phần + 2 PP + Nạo hạch chậu hai bên + tư vấn trữ trứng

Trình tự PT/TT
<ul style="list-style-type: none">- BN nằm ngửa, mê NKQ.- Rạch da đường giữa vệ- rốn và vòng qua cạnh rốn. Vào bụng không dính, có ít dịch hồng vùng chậu. Thăm sát thấy gan, vòm hoành nhẵn, dạ dày, ruột, mạc nối bình thường, 2 thận kt bình thường. Vùng chậu TC to 10 cm, eo TC rất to, mặt sau TC dính trực tràng và NM bám dính vào, 2 PP bình thường, không sờ thấy hạch cạnh MMCB, hạch chậu 2 bên nhỏ 0,5- 1 cm.- Tiến hành gỡ dính trực tràng, mở phúc mạc chậu bên tìm NQ, cắt DC rộng, cắt PP 2 bên, mở phúc mạc BQ eo TC đẩy nhẹ BQ xuống, Cắt tử cung toàn phần. Cắt xẻ âm đạo sát CTC do eo TC quá to, khâu kín mỏm cắt âm đạo bằng chỉ salfil 1.0.- Nạo mô mỡ hạch từ chỗ chia ĐM chậu ngoài và ĐM chậu trong dọc theo bó ĐM, TM chậu ngoài qua hố bịt. Cầm máu kỹ, rửa trường mổ bằng nước ấm. Không đóng PM chậu. PM chậu sau cạnh mỏm nhô có vài nốt 0,3-0,5 cm. Sinh thiết trọn các nốt này.- Đóng bụng 3 lớp. May da bằng nylon 3.0- Không dẫn lưu <p>Lượng máu mất #: 200 ml</p>





Kết quả GPB sau mổ

2. MÔ TẢ VI THỂ:

2A: Niêm mạc lát tầng cổ ngoài và niêm mạc tuyến cổ trong cổ tử cung bình thường, mô đệm ngấm nhiều tế bào viêm mãn tính.

B1: Nội mạc lòng tử cung với các ống tuyến bình thường, mô đệm ngấm nhiều tế bào viêm mãn tính, lympho bào, tương bào.

B2-10,D1-3,E: U gồm những tế bào cơ trơn hình thoi tăng sản xếp thành nhiều bó theo nhiều hướng khác nhau, với nhân dị dạng và nhiều phân bào bất thường, có vùng hoại tử xuất huyết.

2C: 2 Phần phụ lành - D4-6: Hạch chậu trái viêm mãn

3. CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH:

**SARCÔM CƠ TRƠN THÂN TỬ CUNG ĐỘ THẤP DI CĂN HẠCH CHẬU PHẢI (D1,2,3)
VÀ PHÚC MẠC CHẬU SAU (E) (LEIOMYOSARCOMA) – ICD 8890/3**

4. SỰ PHÙ HỢP VỚI CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG: **PHÙ HỢP**

Chẩn đoán sau cùng : Sarcoma cơ trơn TC giai đoạn IIIB

>>> Hóa trị tại BVUB, hiện tại BN ổn định



Bệnh án 4

Bệnh nhân : Lê Thi Hồng N., sinh năm 1985, PARA 1011

Nhập viện : 12/10/2021

Lý do nhập viện : u xơ TC to, đau

Bệnh sử : cường kinh, rong kinh vài tháng, đến BV, siêu âm : UXTC thoái hóa

Khám : bụng mềm, âm đạo không huyết, TC to khoảng thai 12 tuần, PP 2 bên mềm

Chẩn đoán : UXTC to gây rong kinh, cường kinh, thiếu máu.



Phẫu thuật nội soi bóc UXTC 15/10/21, có sử dụng máy bào mô, không bào trong bao.

Kết quả GPB : U mỡ cơ trơn không điển hình chưa loại trừ Liposarcoma

HMMD (BVUB) : ER, PR, CD10, BCL2, Beta Catenin, Vimentin : (+)

SMA, Caldesmon, CK : (-)

Ki 67 (+) : 20%

>>>> Phù hợp : SARCOMA MÔ ĐẸM NMTC GRAD CAO



Nhập viện lại

MRI : khảo sát di căn

Chẩn đoán : Sarcoma mô đệm NMTC grad cao đã mổ cắt u



LẦN THỨ
21 HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG



Phẫu thuật : Mở bụng cắt TC toàn phần chữa 2 BT + nạo hạch chậu hai bên

Trình tự PT/TT

Vào bụng đường dọc giữa dưới rốn

Quan sát ổ bụng sạch, mặt trước TC còn chỉ may bóc uxtc chưa tan và có vài quai ruột non dính vào, góc TC bên (P) dính vào vách chậu, gỡ dính khó khăn, kiểm tra không thấy tổn thương ruột.

Tử cung to khoảng thai 8 tuần, phần phụ (P) bình thường, buồng trứng (T) bình thường, vòi trứng (T) đã cắt.

Dây chằng tròn bên (P) có khối sang thương chồi sùi #1x1x0.5cm và phúc mạc trước bàng quang (T) có khối #1x1x0.5cm --> gửi giải phẫu bệnh.

Tiến hành cắt tử cung hoàn toàn chữa 2 BT, may viền mồm cắt và tăng cường mũi đơn bằng chỉ Vicryl.

Bộc lộ 2 vách chậu, quan sát rõ đường đi niệu quản và bó mạch chậu trong và chậu ngoài, nạo hạch 2 bên --> gửi giải phẫu bệnh.

Kiểm tra ổ bụng thấy vị trí rãnh đại tràng (P) có sang thương # 0.2x0.3cm -> gửi giải phẫu bệnh. Bề mặt mạc nối lớn, dạ dày, gan lách mềm mại.

Sau mổ kiểm tra niệu quản di động bình thường, kiểm tra cầm máu kỹ.

Rửa sạch cùng đồ sau. Đóng bụng 4 lớp.

Lượng máu mất #: 50 ml



Kết quả GPB sau mổ :

2. MÔ TẢ VI THỂ:

A: Niêm mạc lát tầng cổ ngoài và niêm mạc tuyến cổ trong cổ tử cung bình thường, mô đệm ngấm nhiều tế bào viêm mãn tính.

B1: Mẫu thử có nội mạc và vách cơ tử cung có cấu trúc bình thường, lành tính.

4B: Thân tử cung còn lại nơi vết bóc u lành

D1-3: Phức mạc trước bàng quang bên trái, bên trái, dây chằng tròn: lành

d4: Phức mạc rãnh đại tràng phải có tế bào không điển hình

D5-8: Hạch chậu phải và trái viêm mãn

3. CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH:

HẬU PHẪU SARCOM MÔ ĐỆM ĐỘ CAO THÂN TỬ CUNG:

THÂN TỬ CUNG CÒN LẠI NƠI VẾT BÓC U LÀNH

PHỨC MẠC RÃNH ĐẠI TRÀNG PHẢI CÓ TẾ BÀO KHÔNG ĐIỂN HÌNH

4. SỰ PHÙ HỢP VỚI CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG:

PHÙ HỢP



Giới thiệu

- Sarcoma tử cung chiếm khoảng 1% tổng số ung thư đường sinh dục nữ và 3% –7% của tất cả các trường hợp ung thư tử cung.
- Nó có liên quan đến diễn tiến nặng hơn và tiên lượng xấu hơn





Endometrial cancer

- ✓ Endometrioid carcinoma
(most common)
- ✓ Serous carcinoma
- ✓ Clear cell carcinoma
- ✓ Carcinosarcoma, also known as malignant mixed Müllerian tumor (MMMT)
- ✓ Undifferentiated/dedifferentiated carcinoma

Uterine sarcoma

- ✓ uLMS (*uterine leiomyosarcoma*)
- ✓ ESS (*endometrial stromal sarcoma*)
- ✓ UUS (*undifferentiated uterine sarcoma*)

Illustration Copyright © 2018 NCCN® (National Comprehensive Cancer Network®). All rights reserved.



Unexpected uterine sarcomas after hysterectomy and myomectomy for presumed leiomyoma: a retrospective study of 26,643 patients

This article was published in the following Dove Press journal:
Cancer Management and Research

Hanyu Cao^{1,*}

Lin Li^{1,*}

Bowen Yang²

Gupo Luo²

Jiangyan Lou¹

Mingrong Xi^{1,*}

¹Department of Gynecology and Obstetrics, West China Second University Hospital, Sichuan University, Chengdu City, Sichuan Province, People's Republic of China; ²Key Laboratory of Birth Defects and Related Diseases of Women and Children, West China Second Hospital, Sichuan University, Chengdu City, Sichuan Province, People's Republic of China

*These authors contributed equally to this work

Objectives: We conducted this study to explore the clinical characteristics, prognosis, and prevalence of unexpected uterine sarcoma (UUS) after hysterectomy and myomectomy for presumed leiomyoma.

Study design: The records of women who underwent hysterectomy or myomectomy through laparoscopy or laparotomy for preoperatively presumed uterine leiomyomas from January 2009 to December 2016 were reviewed and data were retrospectively analyzed.

Results: Eleven patients had morcellation of uterine sarcoma. Eighty-eight patients were diagnosed with uterine sarcomas (total prevalence: 0.33%) including 29 leiomyosarcomas (LMS), 48 endometrial stromal sarcomas (ESS), and 11 adenosarcomas. ESS patients with advanced stage were significantly associated with worse overall survival ($p < 0.01$).

Conclusion: Only 0.33% of patients who underwent surgery for presumed leiomyoma experienced UUS, and advanced stage seemed to be the single prognostic factor for sarcoma. However, the time interval between initial treatment and secondary definitive surgery was not shown to impact prognosis. In addition, the small number of UUS patients having morcellation (4 LMS and 7 ESS) may be underpowered to detect differences in survival.

Keywords: adenosarcomas, endometrial stromal sarcomas, leiomyosarcomas, morcellation, prognosis

Khó có thể chẩn đoán hình ảnh Sarcoma tử cung trước phẫu thuật

MRI features	US features
Single lesion with irregular margins	Large lesion (>8 cm)
Endometrial thickening	Solid mass
Ascites	Increased central and peripheral vascularity
Hyperintense in T2-weighted images	Degenerative cystic changes
Hyperintense in T1 weighed images	No acoustic shadowing



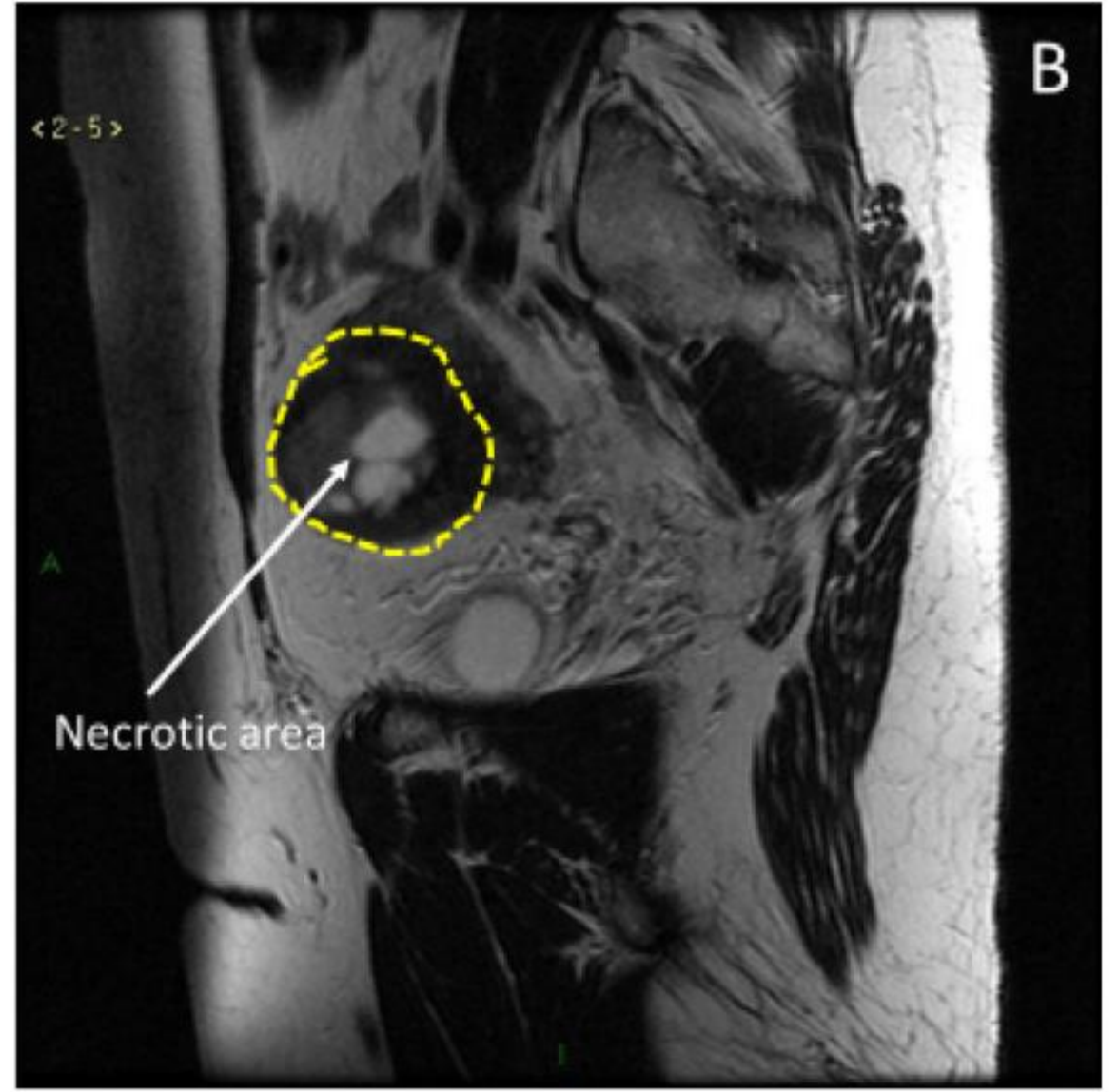
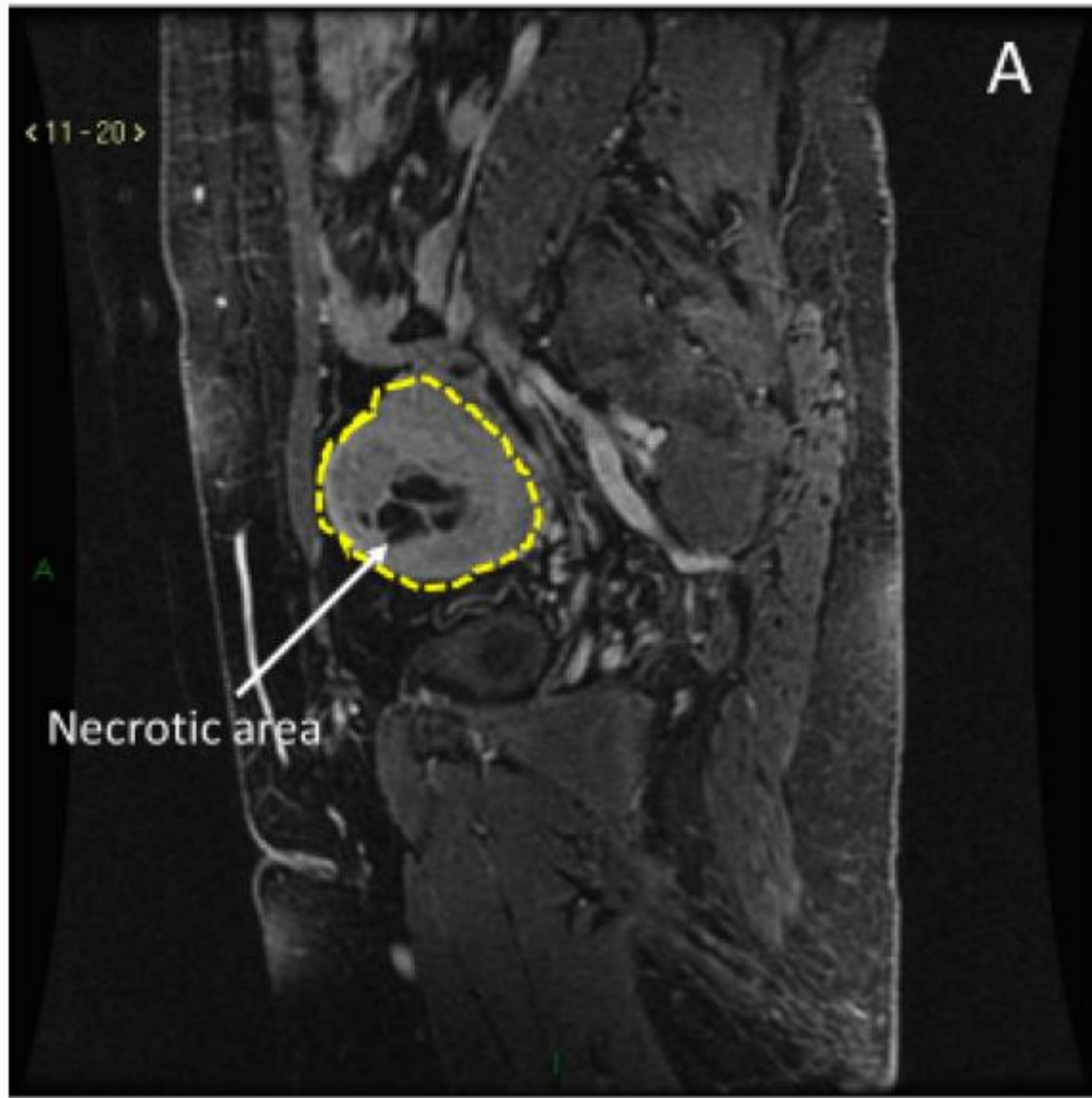


Figure 1: MRI characteristics of uLMS. (A) Hyperintense signal in T1-weighted images. (B) Hyperintense signal in T2-weighted images.

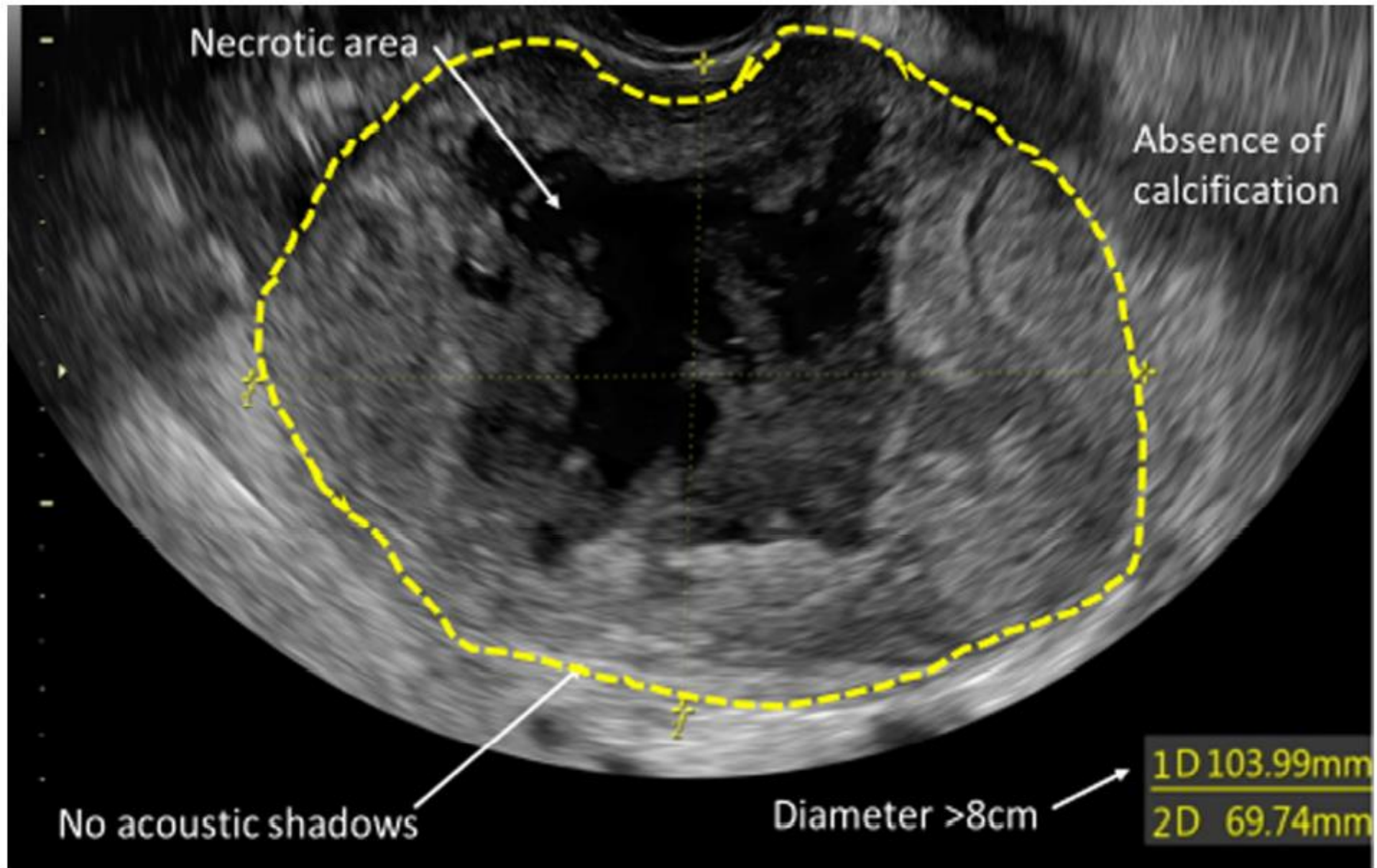
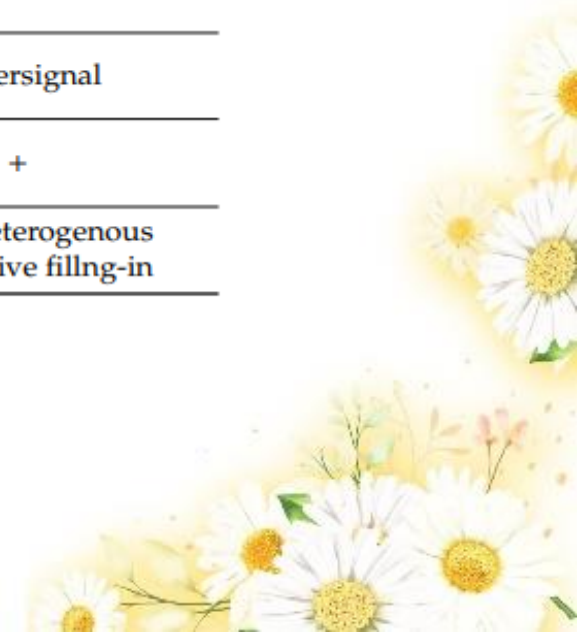


Figure 2: US characteristics of uLMS.

Hình ảnh cộng hưởng từ phát hiện u cơ trơn thông thường, u cơ trơn giàu tế bào và Sarcoma cơ trơn TC

	Ordinary Leiomyoma	Degenerated Leiomyoma	Cellular Leiomyoma	Leiomyosarcoma
Number	Multiple	Multiple	Multiple	Single
Well-Delineated Margins	Yes	Yes	Yes	-
Endometrial Thickening	No	-	-	Yes
Ascites	-	-	-	Yes
T2-Weighted Images	Hypointense	Hypo or Hyper Intense (Depending on the Type of Degeneration)	Intermediate Hypersignal	Hyperintense
T1-Weighted Images	Isosignal	Hypo or Hyper Intense (Depending on the Type of Degeneration)	Inosignal	Hypersignal
Diffusion-Weighted Images	Isosignal	Isosignal	Hypersignal	Hypersignal
ADC value $<1.23 \times 10^{-3}$ mm ² /s	-	-	+	+
T1-Weighted Post-Gadolinium Chelate	Hypovascular heterogeneous	Hypovascular Heterogeneous	Homogeneous Progressive Filling-In	Early Heterogenous progressive filling-in



GIẢI PHẪU BỆNH

CARCINOSARCOMA

- Trước đây được gọi là MMMT (Bướu ống Mullerian hỗn hợp ác)
- là sarcoma tử cung phổ biến nhất, chiếm khoảng 1/2 các trường hợp sarcoma TC và 2% các khối u ác tính ở TC.
- Đặc trưng bởi sự kết hợp của các phần tử ung thư biểu mô và trung mô có nguồn gốc từ tiền thân tế bào biểu mô đơn lẻ hoặc tế bào gốc.

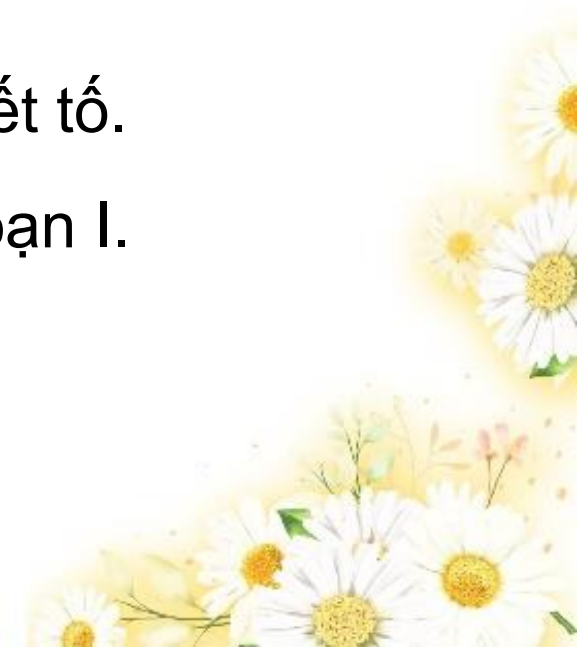


- Carcinosarcoma tử cung xuất hiện ở tuổi cao.
- Độ tuổi tại thời điểm chẩn đoán là 50-70 tuổi.
- Tiếp xúc kéo dài với tamoxifen và xạ trị là hai yếu tố nguyên nhân làm tăng nguy cơ ung thư biểu mô tế bào ung thư.



Sarcoma cơ trơn (Leiomyosarcoma)

- Phổ biến thứ hai của sarcoma TC, chiếm # 30%
- Thường gặp ở phụ nữ 40-55 tuổi
- Các yếu tố nguy cơ :
 - + Tiền sử u nguyên bào vồng mạc di truyền hoặc xạ trị vùng chậu.
 - + Có tiền sử sử dụng TAM.
- Leiomyosarcoma không có liên quan đến các điều kiện nội tiết tố.
- Hầu hết bệnh nhân bệnh giới hạn tử cung biểu hiện ở giai đoạn I.



Smooth muscle tumor of uncertain malignant potential (STUMP)

- Các u cơ trơn có thể được phân loại là lành tính, trung gian và ác tính.
- Chẩn đoán mô bệnh học vẫn còn là một thách thức
- Mô học như hoại tử đông máu tế bào, mất nhân và hoạt động phân bào.
- Loại trung gian : STUMP, u cơ trơn không điển hình, hoặc u cơ trơn không điển hình với khả năng ác tính thấp
- Phân loại STUMP loại trừ chẩn đoán lành tính của u leiomyoma, các tiêu chuẩn về Leiomyosarcoma không được đáp ứng.
 - STUMP là một nhóm không đồng nhất.



❖ Những khối u này không thể được phân loại chắc chắn là lành tính hay ác tính.

>>> khó chẩn đoán, thiếu tiêu chuẩn chẩn đoán được chấp nhận

❖ Tuổi trung bình là 45 tuổi và 80% bệnh nhân ở độ tuổi tiền mãn kinh.

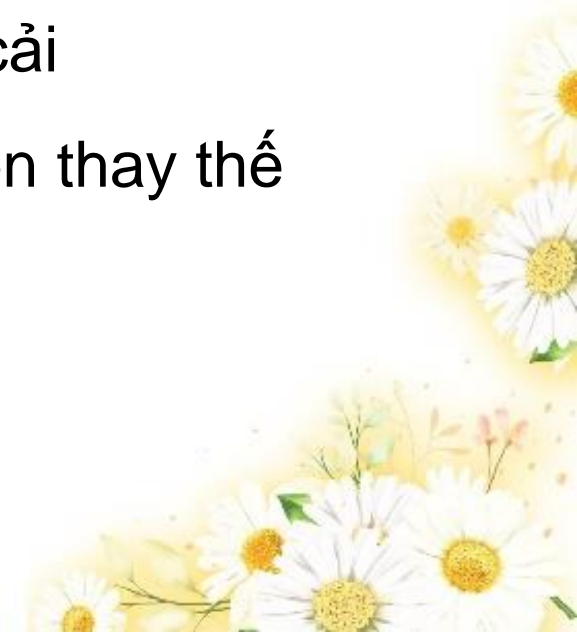
❖ Tỷ lệ tái phát ở bệnh nhân STUMP khoảng 7%.



SARCOMA MÔ ĐỆM NMTTC (ESS)

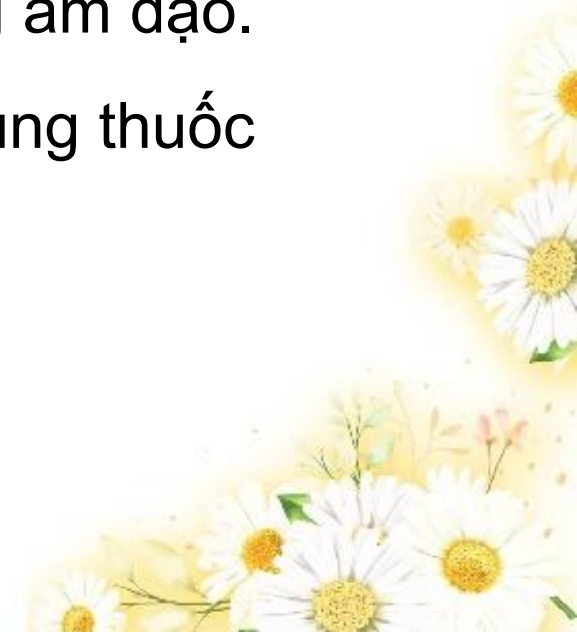
- Các khối u mô đệm nội mạc tử cung được phân loại thành :
 - + các nốt mô đệm nội mạc tử cung,
 - + ESS
 - + Sarcoma nội mạc tử cung không biệt hóa.
- ESS chiếm 10-15% các khối u trung mô tử cung
- Ảnh hưởng đến phụ nữ tương đối trẻ hơn, từ 40 đến 55 tuổi.
- Vai trò của nội tiết tố trong căn nguyên của ESS vẫn còn bàn cãi
- Có mối liên quan với việc sử dụng tamoxifen, sử dụng estrogen thay thế và buồng trứng đa nang.

- Cũng có thể gặp sau khi xạ trị vùng chậu



SARCOMA TUYẾN (ADENOSARCOMA)

- Tuổi chẩn đoán thường là sau mãn kinh, trung bình là 58 tuổi.
- Có xu hướng trẻ hơn so với phụ nữ bị Carcinosarcoma, lớn tuổi hơn so với những người mắc sarcoma cơ trơn và ESS.
- Biểu hiện dưới dạng một khối polypoid lớn được phân chia rõ ràng, chiếm khoang nội mạc tử cung, đôi khi nhô ra trong khoang âm đạo.
- Có liên quan đến lạc NMTC, sử dụng tamoxifen hoặc sử dụng thuốc tránh thai lâu dài.



- Khối u được cấu tạo bởi các mô tuyến biểu mô lành tính kết hợp với các thành phần mô đệm ác tính.
- Sarcoma tuyến điển hình có độ thấp và thường ở giai đoạn sớm, thiếu sự xâm lấn cơ tử cung và di căn, đồng thời có tiên lượng thuận lợi.
- Yếu tố tiên lượng bất lợi là sarcoma phát triển quá mức, được đặc trưng bởi sự phát triển của sarcoma độ cao chiếm > 1/4 khối lượng khối u. Thực thể này là một biến thể hiếm gặp, có liên quan đến tiên lượng xấu

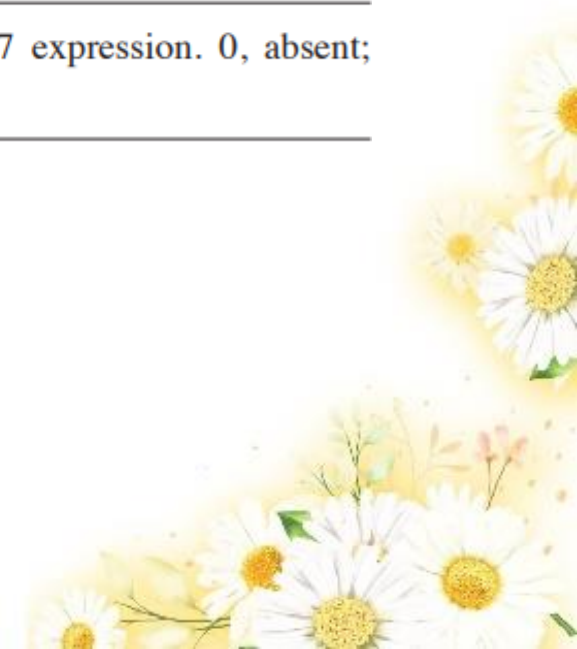


Hóa mô miễn dịch

Diagnostic immunomarkers for leiomyosarcoma, STUMP and leiomyoma variants.

Genes	Leiomyosarcoma	STUMP	Leiomyoma variants		
			Bizarre	Cellular	Usual leiomyoma
p16	2+ diffuse	1+	1+ to 2+	1+	0 to 1+ focal
p21	2+	1+	1+ to 2+	1+	0 to 1+
p53	2+	1+	1+ to 2+	0	0
Ki-67	1+	1+	0 to 1+	0	0

Immunohistochemical staining techniques were applied to evaluate the frequencies of p16, p21, p53 and Ki-67 expression. 0, absent; 1+, positive; 2+, strongly positive. STUMP, smooth muscle tumor of uncertain malignant potential.



Status of the immunohistochemical staining profiling of the confirmed proteins, CD10, desmin and β -catenin in patients with ESS.

Proteins	Endometrial stromal nodules	Low-grade ESS	Undifferentiated endometrial sarcomas	Cellular leiomyomata
CD10	2+	1+	0 to 1+	0
Desmin	0 to 1+	0 to 1+	0 to 1+	2+
β -catenin	2+	2+	1+	0

The expression of each protein was investigated by immunohistochemical staining. Due to the low incidence of endometrial stromal sarcoma (ESS), a combination of staining profiling data was obtained from several studies.



Variables	Carcinosarcoma	Adenosarcoma		Leiomyosarcoma		STUMP	Endometrial stromal sarcoma
		Without SO	With SO	Better prognosis	Poor prognosis		
Gene/protein expression							
Overexpression	TGF- β , p16, p53, ER β , CATs, VEGF	CD10	Ki-67, p53	BCL-2	Ki-67, p53, p16, p21	p16 ⁺	CD10, β -catenin
Moderate expression	HER-2, PTEN	WT1	WT1		PTEN, FSCN1, ER, PR, MIB1	FSCN1, p16, p21	Ki-67, p53, p16
Low expression or absence	ER α , PR, IGF1R, CD10		CD10, ER, PR	Ki-67, p53, p16, TWIST1	BRCA1, MED12	Ki-67, p53, MIB1	
Specific genetic aberrations	Chromosomal amplification 8q (c-myc), 20q (ZNF217)	HMGA1a		LOH on chromosome 10, LMP2 deficiency			JAZF (LGESS), 14-3-3 (undiff. ES)



Adenosarcomas and endometrial stromal sarcomas^a

I Tumor limited to uterus

- IA Tumor limited to endometrium/endocervix with no myometrial invasion
- IB Less than or equal to half myometrial invasion
- IC More than half myometrial invasion

II Tumor extends to the pelvis

- IIA Adnexal involvement
- IIB Tumor extends to extrauterine pelvic tissue

III Tumor invades abdominal tissues (not just protruding into the abdomen)

- IIIA One site
- IIIB > One site
- IIIC Metastasis to pelvic and/or paraaortic lymph nodes

IV

- IVA Tumor invades bladder and/or rectum
- IVB Distant metastasis



Leiomyosarcomas

I Tumor limited to uterus

IA < 5 cm

IB > 5 cm

II Tumor extends to the pelvis

IIA Adnexal involvement

IIB Tumor extends to extrauterine pelvic tissue

III Tumor invades abdominal tissues (not just protruding into the abdomen)

IIIA One site

IIIB > One site

IIIC Metastasis to pelvic and/or paraaortic lymph nodes

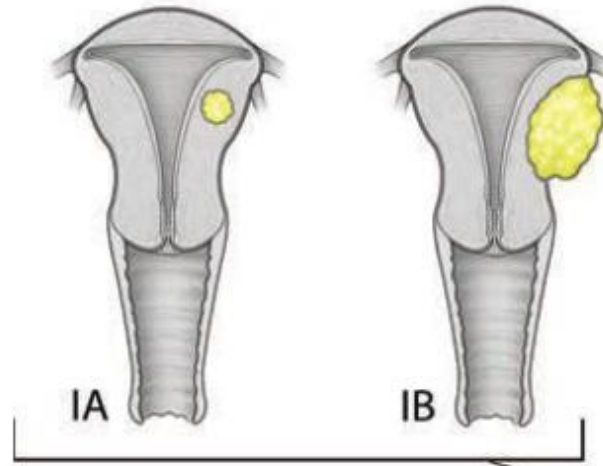
IV

IVA Tumor invades bladder and/or rectum

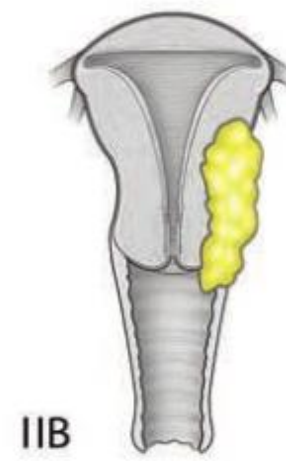
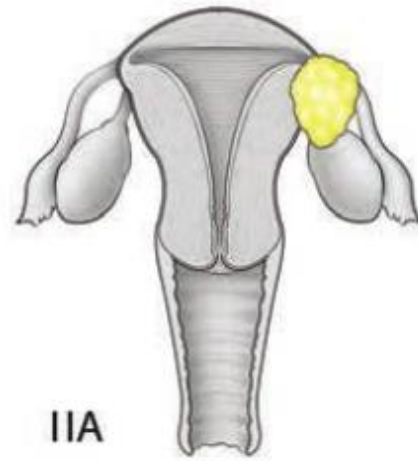
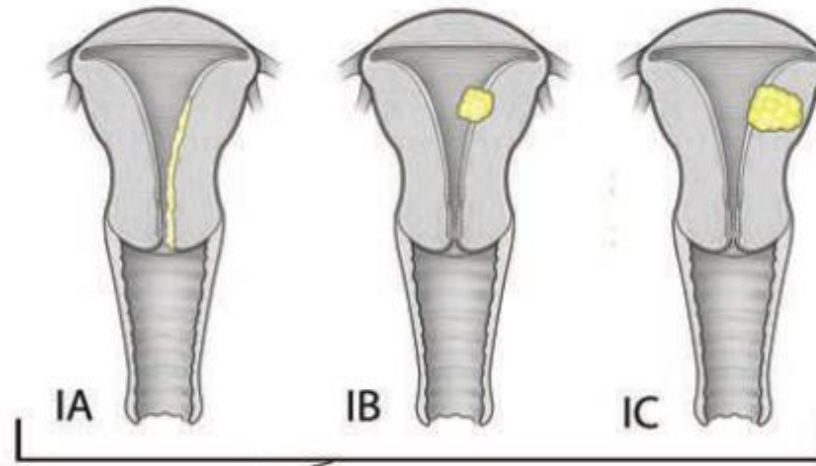
IVB Distant metastasis



Leiomyosarcoma



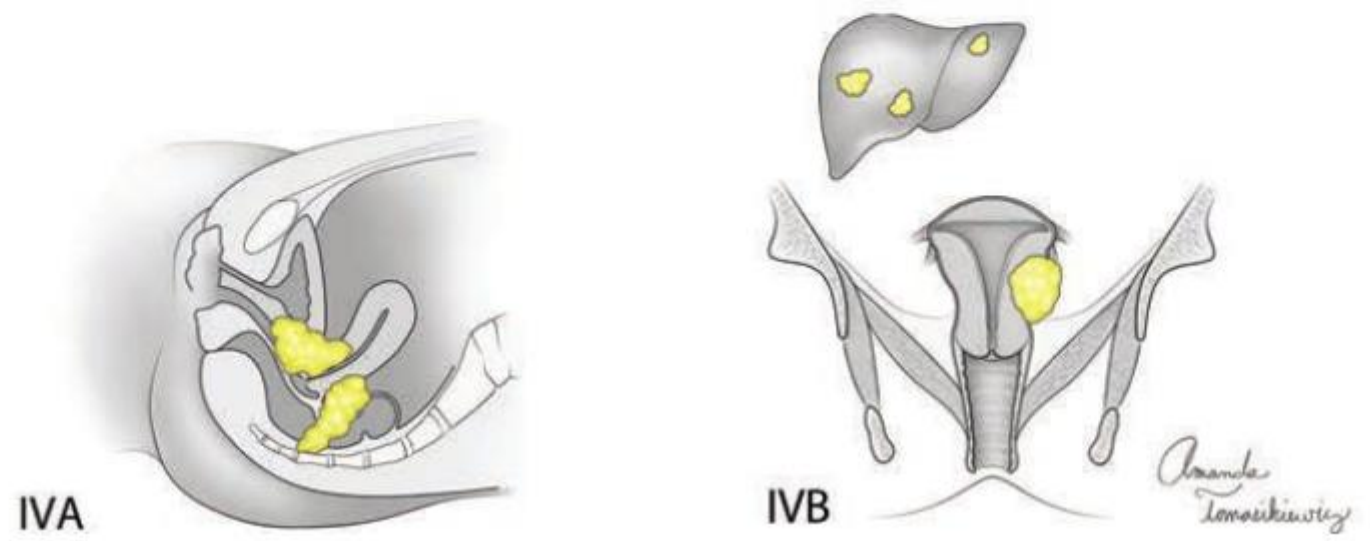
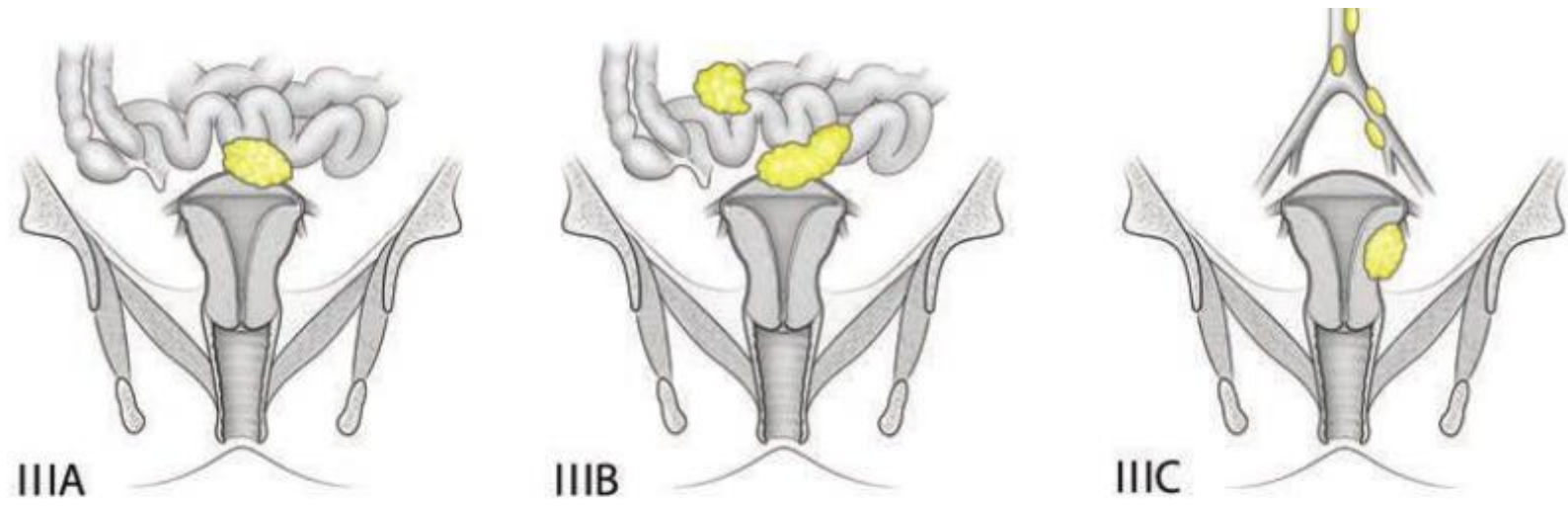
Adenosarcoma & ESS



VFAP

LẦN THỨ
21 HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG





FIGO staging of leiomyosarcoma and that for adenosarcoma and endometrial stromal sarcoma (ESS).



Vai trò của phẫu thuật

- Phẫu thuật điều trị sarcoma tử cung khu trú ở tử cung
- Phẫu thuật đối với sarcoma tử cung là tiêu chuẩn điều trị và mang lại lợi ích sống còn.
- Cắt bỏ nơi bệnh không phân đoạn TC và có bờ cắt phẫu thuật âm tính là tiêu chuẩn vàng trong điều trị.
- Cắt tử cung toàn bộ và cắt phần phụ hai bên là tiêu chuẩn trong điều trị các sarcoma tử cung giai đoạn sớm



Nạo hạch trong sarcoma tử cung

➤ Đối với uLMS và ESS :

nguy cơ di căn hạch bạch huyết lần lượt là 3% và <10%,

>>> cắt bỏ hạch thường quy thường không được khuyến cáo trong bệnh giai đoạn sớm (trừ khi bệnh lý hạch đáng ngờ được ghi nhận trên hình ảnh trước phẫu thuật hoặc phát hiện trong phẫu thuật)



- **Đánh giá hồi cứu 1010 bệnh nhân ESS bởi Barney và cộng sự :**
 - >>> Chỉ có tuổi, mức độ khối u và giai đoạn FIGO có tác động tiêu cực đến tỷ lệ sống còn trong phân tích đa biến.
 - >>> Thêm phẫu thuật nạo hạch vào cắt tử cung và 2 phần phụ không làm thay đổi khả năng sống còn.
- **Kết quả tương tự trong một phân tích hồi cứu gần đây trên một nhóm lớn uLMS được thực hiện bởi Seagle et al. : Bỏ qua phẫu thuật cắt bỏ hạch bạch huyết không liên quan đến khả năng sống sót**
- **Đối với Carcinosarcoma, Sarcoma tuyến,...: cắt tử cung + 2 PP + kết hợp nạo hạch được chỉ định**



- Vai trò của phẫu thuật cắt buồng trứng ở phụ nữ tiền mãn kinh mắc uLMS :
 - + dữ liệu vẫn chưa rõ ràng.
 - + Hồi cứu trên 1395 bệnh nhân leiomyosarcoma : các yếu tố tiên đoán độc lập về khả năng sống còn của bệnh gồm : tuổi, chủng tộc, giai đoạn, cấp độ và phẫu thuật chính. Cắt bỏ 2 BT không ảnh hưởng đến khả năng sống còn.
- Tương tự nghiên cứu của Nasioudis trên 1482 phụ nữ bị sarcoma cơ trơn TC
- Vì nguy cơ di căn buồng trứng đã được báo cáo là 4%, nên **việc bảo tồn buồng trứng có thể được xem xét, không ảnh hưởng đến kết quả sống còn, khi đánh giá từng trường hợp, chỉ với tình trạng thụ thể nội tiết âm tính.**



- Bảo tồn buồng trứng đối với ESS cũng đang gây tranh cãi. Một đánh giá trên 112 bệnh nhân có ESS mức độ thấp đã ủng hộ vai trò của PT cắt bỏ 2 PP để kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển.
- Cắt TC và 2 PP nên là phương pháp điều trị chính ban đầu và cứu cánh cho bệnh nhân ESS mức độ thấp. Các PT cắt bỏ buồng trứng có thể được xem xét ở những phụ nữ trẻ, được tư vấn rộng rãi, tùy thuộc vào tình trạng thụ thể hormone của khối u, cần theo dõi lâu dài



PATHOLOGIC FINDINGS/ HISTOLOGIC GRADEⁱ

ADDITIONAL THERAPY

Low-grade ESS
or
Adenosarcoma
without
sarcomatous
overgrowth (SO)

Stage I

Stage II, III, IVA, IVB

BSO (preferred)
or
Observe, especially if
menopausal or prior BSO

BSO
± anti-estrogen hormone therapy^g
± EBRT^h (palliative for Stage IVB)
(category 2B for EBRT for Stage II, III, IVA)

[See Surveillance
\(UTSARC-5\)](#)

Adenosarcoma with SO

[See UTSARC-3](#)

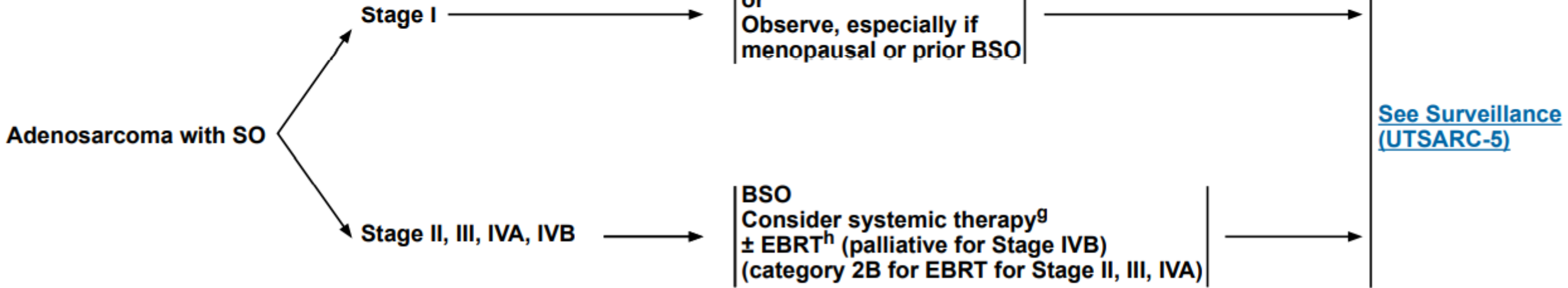




NCCN Guidelines Version 1.2022 Uterine Sarcoma

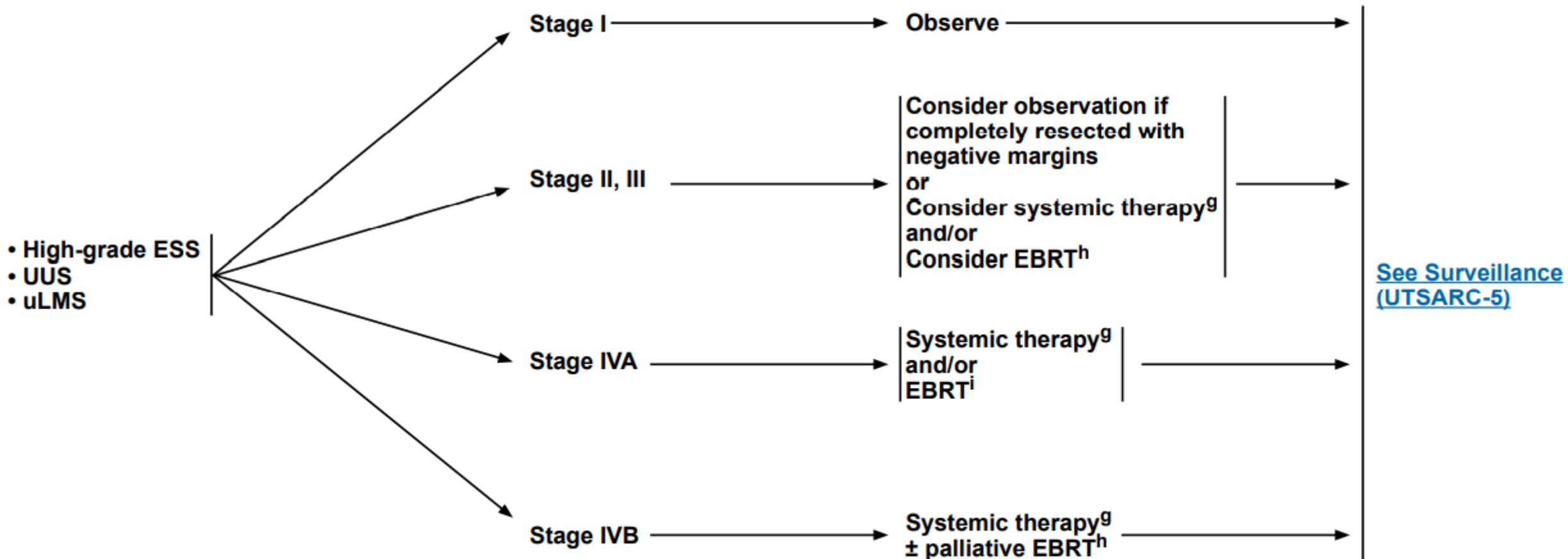
PATHOLOGIC FINDINGS/ HISTOLOGIC GRADEⁱ

ADDITIONAL THERAPY



**PATHOLOGIC FINDINGS/
HISTOLOGIC GRADEⁱ**

ADDITIONAL THERAPY



SURVEILLANCE

- H&P exam every 3–4 mo for 2–3 y, then every 6–12 mo
- Imaging as clinically indicated^c
- Patient education regarding symptoms of potential recurrence, lifestyle, obesity, exercise, nutrition, sexual health (including vaginal dilator use and lubricants/moisturizers), smoking cessation, nutrition counseling, and potential long-term and late effects of treatment^k (Also [See NCCN Guidelines for Survivorship](#) and [NCCN Guidelines for Smoking Cessation](#))

RECURRENCE

Local recurrence:
• Vagina/pelvis
• Imaging negative for distant metastatic disease^c

Isolated metastases

Disseminated disease

THERAPY FOR RELAPSE

[See Therapy for Relapse \(UTSARC-6\)](#)

Resectable

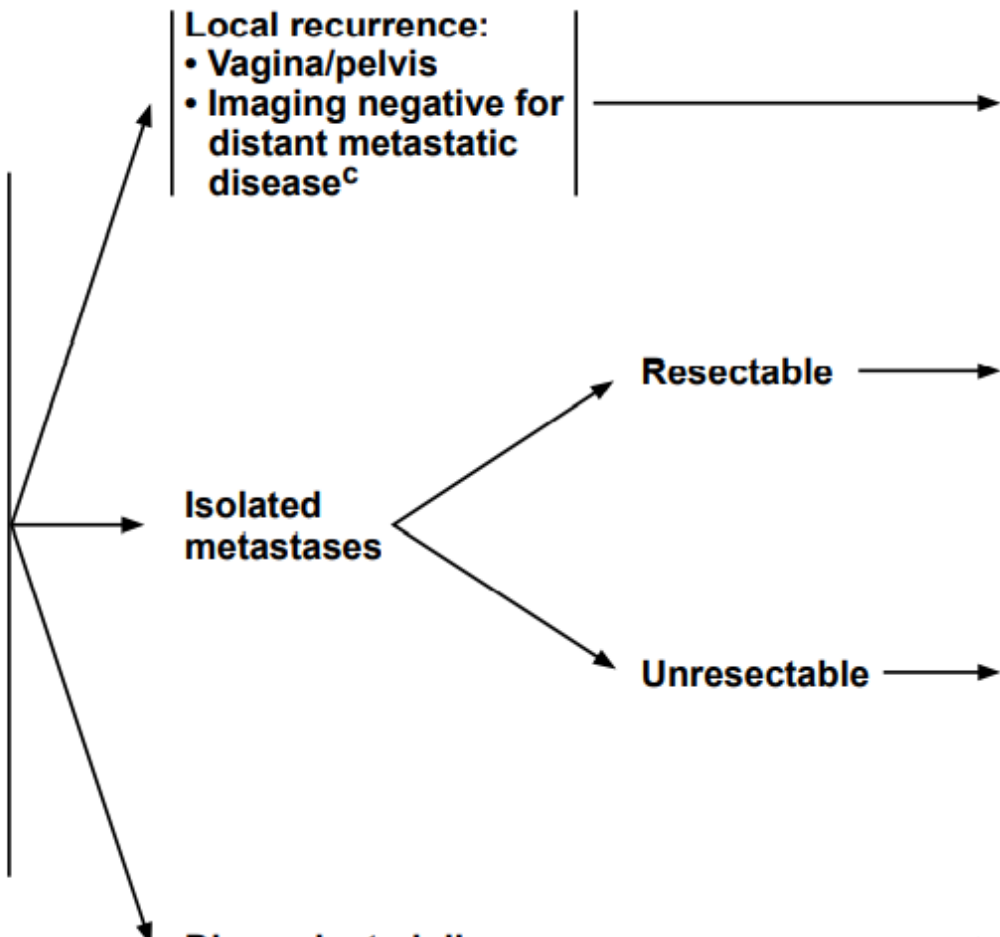
- Surgical resection or other local ablative therapy^j:
 - ▶ Consider postoperative systemic therapy^g
 - ▶ Consider postoperative EBRT^h

Unresectable

Systemic therapy^g and/or
Local therapy
(EBRT^h or local ablative therapy)

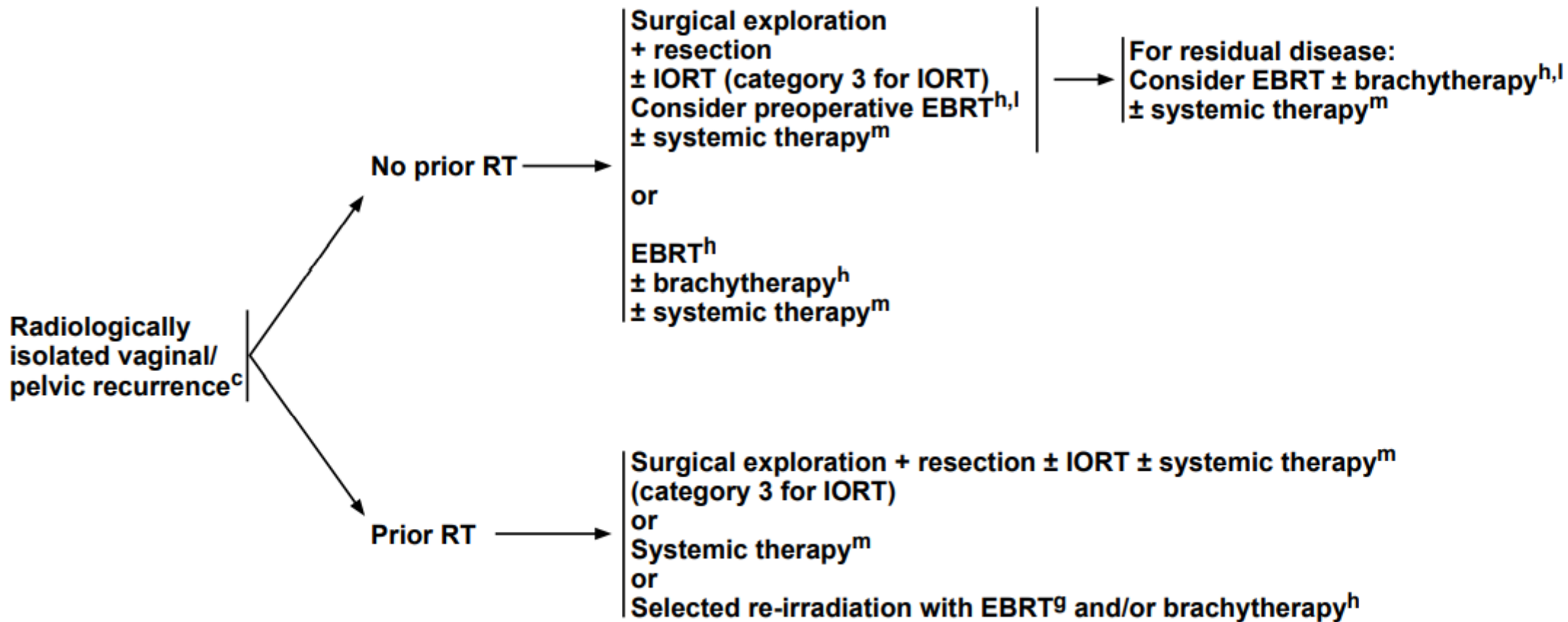
If response, consider surgery

Systemic therapy^g ± palliative EBRT^h
or
Best supportive care



RECURRENCE

THERAPY FOR RELAPSE



Vai trò của Morcellator

- Tháng 11 năm 2014, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã cảnh báo an toàn liên quan đến việc sử dụng các thiết bị điện cơ bào mô vì nguy cơ hủy hoại tử cung có thể làm trầm trọng thêm kết quả sống còn do khả năng lây lan bệnh trong ổ bụng đối với PT cắt bỏ u xơ TC hoặc cắt tử cung.
- Nguy cơ bào mô trên một khối u ác tính tiềm ẩn được ước tính trong đánh giá của FDA là 1: 352 đối với bất kỳ khối u ác tính ở tử cung và 1: 498 đối với sarcoma cơ trơn TC.



>>> Morcellators được chống chỉ định ở những bệnh nhân có u xơ tử cung nghi ngờ ác tính.

Tuy nhiên, một số chỉ trích đã được đưa ra cùng với thời điểm báo cáo của FDA.



- **Nghiên cứu hậu kiểm 60 nghiên cứu, Bogani et. al** phát hiện ra rằng bào mô là một yếu tố tiên lượng âm tính độc lập đối với khả năng sống còn. Nó làm tăng tỷ lệ tái phát toàn bộ (62% so với 39%; OR: 3,16 (95% CI: 1,38, 7,26)) và tỷ lệ tái phát trong ổ bụng (39% so với 9%; OR: 4,11 (95% CI: 1,92, 8,81)) cũng như tỷ lệ tử vong (48% so với 29%; OR: 2,42).
- **Nhóm MITO** cũng cho thấy rằng việc bào mô làm tăng nguy cơ tử vong trong bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi sarcoma cơ trơn TC không được chẩn đoán



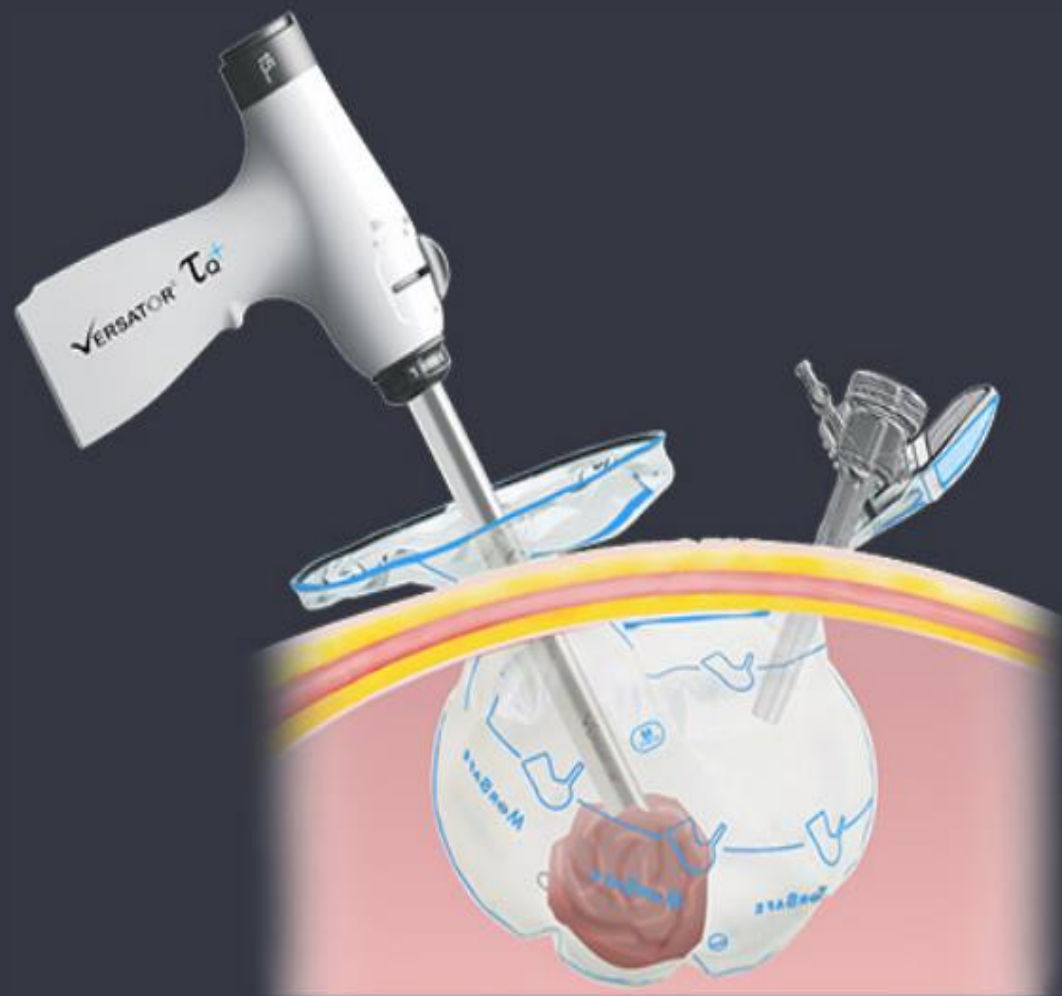
BIỆN PHÁP

- 1) Tránh bào mô khi nghi ngờ có bệnh lý ác tính
- 2) Thực hiện chẩn đoán chính xác trước khi phẫu thuật để giảm thiểu rủi ro của một bệnh ác tính ẩn chưa được chẩn đoán
- 3) Tư vấn đầy đủ cho bệnh nhân về tỷ lệ rủi ro trên lợi ích của bất kỳ quy trình được đề xuất nào.
- 4) Nếu quyết định phương pháp tiếp cận xâm lấn tối thiểu và lựa chọn bào mô, nên bào mô vào túi cách ly chưa tách rời hoặc lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo qua túi nội soi.



of MorSafe[®] Tissue Isolator is expected to reduce overall incidence of parasitic fibroids after laparoscopic surgery.

In bag morcellation technique is recommended to prevent port site metastases.



Những điều cần lưu ý trong chẩn đoán và điều trị Sarcoma tử cung :

Take Home Message

1. Sarcoma TC là những khối u ác tính cao, phát triển từ cơ trơn và các mô liên kết của TC, chiếm 1% của tất cả các khối u ác tính phụ khoa và khoảng 3–7% của tất cả các khối u ác tính của tử cung.
2. Sarcoma TC thường được chẩn đoán ở phụ nữ sau mãn kinh từ 50 đến 70 tuổi.
3. Sarcoma tử cung được phân thành hai loại : u hỗn hợp biểu mô trung mô và u trung mô. Sarcoma mô đệm NMTC grade thấp và grade cao có tiên lượng khác nhau và điều trị cũng có sự khác biệt. Khối u cơ trơn có tiềm năng ác tính không chắc chắn (STUMP) là khối u có thể có các đặc điểm ác tính có tiên lượng tốt, được khuyến cáo nên theo dõi chặt chẽ.



4. Bệnh không có triệu chứng cụ thể, chỉ có một khối u xơ phát triển nhanh trong khoảng thời gian ba tháng; **UXTC to lên trong thời kỳ mãn kinh** có thể nghi ngờ sarcoma.

5. Chẩn đoán trước phẫu thuật của sarcoma tử cung **vẫn còn khó khăn**; các phương tiện chẩn đoán hình ảnh vẫn chưa thể phân biệt một cách chắc chắn u cơ lành tính với u ác tính.

6. Không làm tổn hại đến tính nguyên vẹn của tử cung trong khi phẫu thuật và cắt bỏ khối u ở tử cung, có thể lấy u trong một túi đặc biệt để ngăn chặn sự gieo rắc tế bào ung thư trong khoang bụng.



7. Phương pháp điều trị phẫu thuật tiêu chuẩn đối với sarcoma tử cung là **cắt tử cung toàn phần ngã bụng, cắt phần phụ hai bên** và cắt các tổn thương di căn nếu có. **Nạo hạch** tùy thuộc giai đoạn bệnh và loại mô học.

8. Sau khi phẫu thuật cắt bỏ sarcoma tử cung, việc khảo sát và điều trị cho bệnh nhân cần có sự **kết hợp đa ngành** (bao gồm bác sĩ sản phụ khoa, bác sĩ phụ khoa ung thư, bác sĩ hóa trị liệu ung thư và bác sĩ X quang).

9. Sarcoma mô đệm nội mạc tử cung độ thấp thường có kết hợp điều trị nội tiết, có tiên lượng sống còn tốt nhất, trong khi carcinosarcoma và sarcoma tử cung không biệt hóa có tỷ lệ sống sót thấp nhất.



XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN !



LẦN THỨ
21

HỘI NGHỊ SẢN PHẨM KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG

