

quả trung bình, không có trường hợp nào cho kết quả xấu. Các nghiên cứu của tác giả Lê Minh Quang, Nguyễn Hoàng Long cũng ghi nhận không có kết quả xấu<sup>6,7</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh ung thư vú. Tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú triệt căn là phương pháp điều trị hiệu quả, ít biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021; 71(3):209-249, doi: 10.3322/caac.21660.
2. **Vũ Xuân Kiên.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ

tại bệnh viện K Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội; 2013.

3. **Mai Thị Kim Ngân.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội; 2021.
4. **Đỗ Doãn Thuận.** Nghiên cứu giá trị của X-quang và siêu âm trong chẩn đoán ung thư vú. Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội; 2008.
5. **Tạ Văn Tờ.** Nghiên cứu hình thái học, hoá mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú Luận văn tiến sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội; 2004.
6. **Nguyễn Hoàng Long.** "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ trẻ tại bệnh viện ung bướu Hà Nội." Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2021.
7. **Lê Minh Quang.** Đánh giá kết quả phẫu thuật trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm tại bệnh viện Việt Tiệp. Tạp chí y học Việt Nam. 2016; 441(1): 200-203.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN I, II Ở BỆNH NHÂN DƯỚI 40 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thành Đạt<sup>1,3</sup>, Lê Trí Chinh<sup>2</sup>, Vũ Hồng Thăng<sup>2,3</sup>,  
Trần Thành Long<sup>2</sup>, Trần Việt Hoàng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I, II dưới 40 tuổi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 51 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung dưới 40 tuổi được chẩn đoán giai đoạn FIGO I,II và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** 51 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I,II có độ tuổi trung bình  $35,29 \pm 4,30$  tuổi, 45,1% bệnh nhân có liên quan đến điều trị vô sinh, 17 bệnh nhân (33,3%) mắc hội chứng buồng trứng đa nang và tỷ lệ thừa cân béo phì là 25,5%. Ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc phổ biến nhất chiếm 98,04%. Giai đoạn bệnh chủ yếu FIGO IA chiếm 70,6%, FIGO IB (11,8%) và FIGO II là 17,6%. Có 66,7 % bệnh nhân sau mổ được ra viện theo dõi định kỳ, 25,5 % phải xạ trị bổ trợ, chỉ 7,8% phải hóa xạ trị sau mổ. Tỷ lệ bệnh nhân được bảo tồn buồng trứng là 33,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $84,2 \pm 3,1$  tháng và thời gian sống thêm không bệnh trung bình là  $82,3 \pm 3,6$  tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 94,5% và

sống thêm không bệnh là 95,3%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 94,5% và sống thêm không bệnh là 91,3%. Các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến OS 5 năm của bệnh nhân gồm độ mô học ( $p < 0,0001$ ), giai đoạn bệnh ( $p < 0,0001$ ), xâm nhập bạch mạch ( $p = 0,022$ ), độ xâm lấn lớp cơ tử cung ( $p = 0,033$ ). Yếu tố bảo tồn buồng trứng không ảnh hưởng đến OS với  $p = 0,215$ .

**Kết luận:** Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm ở bệnh nhân dưới 40 tuổi liên quan nhiều đến tình trạng vô sinh, béo phì, hội chứng buồng trứng đa nang và có tiên lượng tốt. Các yếu tố độ mô học, xâm lấn lớp cơ tử cung, xâm nhập bạch mạch và giai đoạn bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian sống thêm. Việc bảo tồn buồng trứng ở phụ nữ trẻ mắc UTMTC giai đoạn sớm không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm. **Từ khóa:** ung thư nội mạc tử cung dưới 40 tuổi, bảo tồn buồng trứng trong ung thư nội mạc tử cung

## SUMMARY

### TREATMENT OUTCOMES OF ENDOMETRIAL CANCER STAGES I AND II AT PATIENTS UNDER 40 YEARS OLD AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objective:** This study aims to evaluate the clinical and paraclinical characteristics and assess the treatment outcomes of patients with endometrial cancer stages I and II who are under 40 years old at Viet Nam National Cancer Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted involving 51 patients diagnosed with endometrial cancer at FIGO stages I and II, treated at Viet Nam National Cancer Hospital from January 2017

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

<sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Đạt

Email: thanhdat5277@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

to December 2023. **Results:** The average age of the patients was  $35.29 \pm 4.30$  years, with 45.1% having a history related to infertility treatment, 33.3% of the patients were diagnosed with polycystic ovary syndrome, and the obesity prevalence was 25.5%. Endometrial adenocarcinoma was the predominant histological type, accounting for 98.04%. The majority of patients were classified as FIGO stage IA (70.6%), followed by stage IB (11.8%) and stage II (17.6%). Postoperatively, 66.7% of patients were discharged for regular follow-up, 25.5% required adjuvant radiotherapy, and 7.8% underwent chemoradiotherapy. The rate of ovarian preservation was 33.3%. The mean overall survival (OS) time was  $84.2 \pm 3.1$  months, and the mean disease-free survival (DFS) time was  $82.3 \pm 3.6$  months. The OS rate at 3 years was 94.5%, and at 5 years it was 94.5%; the DFS rate was 95.3% at 3 years and 91.3% at 5 years. Factors Influencing Overall Survival: Histological grade ( $p < 0.0001$ ), disease stage ( $p < 0.0001$ ), lymphatic invasion ( $p = 0.022$ ), and depth of myometrial invasion ( $p = 0.033$ ) were statistically significant. Ovarian preservation did not significantly impact OS ( $p = 0.215$ ). **Conclusion:** Early-stage endometrial cancer in patients under 40 years is frequently associated with infertility, obesity, and polycystic ovary syndrome, and it has a favorable prognosis. Factors such as histological grade, myometrial invasion, lymphatic invasion, and disease stage significantly affect survival outcomes. Ovarian preservation in young women with early-stage endometrial cancer does not influence overall survival. **Keywords:** endometrial cancer under 40 years, ovarian preservation in endometrial cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) là bệnh ung thư phụ khoa phổ biến nhất ở các nước phát triển và phổ biến thứ hai ở các nước đang phát triển (sau ung thư cổ tử cung). Tuổi mắc bệnh thường từ 60 đến 75 tuổi, nhưng có khoảng 2 đến 5% các trường hợp mắc bệnh trước 40 tuổi. UTMTC là một trong những ung thư có tiên lượng khá tốt, đặc biệt nếu phát hiện sớm việc điều trị sẽ mang lại kết quả cao. Ở những phụ nữ trẻ mắc UTMTC, việc cân nhắc bảo tồn buồng trứng đặc biệt quan trọng để tránh cả di chứng ngắn hạn và dài hạn của thời kỳ mãn kinh do phẫu thuật bao gồm các triệu chứng mãn kinh, bệnh tim mạch, bệnh chuyển hóa và loãng xương. Mặc dù những nhược điểm của bảo tồn buồng trứng bao gồm không loại bỏ được vi di căn buồng trứng (0,4%-0,8%), di căn buồng trứng đại thể (4,2%) hoặc ung thư buồng trứng đồng thời (3%-5%) tại thời điểm phẫu thuật, tuy nhiên bảo tồn buồng trứng không ảnh hưởng nhiều đến tỷ lệ tử vong của ung thư nội mạc tử cung ở những phụ nữ trẻ mắc UTMTC giai đoạn đầu, độ mô học thấp<sup>1</sup>. Tại Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu về UTMTC để đánh giá về

kết quả điều trị chung hay một số yếu tố tiên lượng của bệnh ở các giai đoạn sớm. Trong các nghiên cứu trước đây chỉ ra nhóm bệnh nhân trẻ tuổi dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ thấp khoảng 5% nhưng lại là nhóm bệnh nhân được phát hiện sớm cũng như tiên lượng tốt hơn và đây cũng là nhóm bệnh nhân trong độ tuổi sinh sản nên vấn đề bảo tồn chức năng sinh sản cũng được đặt ra và những năm gần đây tỷ lệ mắc ung thư nội mạc tử cung được điều trị ở lứa tuổi dưới 40 gia tăng cũng như có một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ điều trị có sự khác biệt ở nhóm tuổi này. Cho đến nay ở Việt Nam chưa có báo cáo cụ thể nào về kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I-II ở nhóm phụ nữ này. Nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị cho nhóm bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I, II ở bệnh nhân dưới 40 tuổi tại Bệnh viện K*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 51 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung dưới 40 tuổi được chẩn đoán giai đoạn FIGO I,II và điều trị phẫu thuật lần đầu tại bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân UTMTC dưới 40 tuổi giai đoạn I, II, được điều trị bao gồm phẫu thuật, hoặc phẫu thuật phối hợp tia xạ, hóa chất tại bệnh viện K. Chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và nhất thiết phải có khẳng định về giải phẫu bệnh là ung thư nội mạc tử cung. Chưa can thiệp của tuyến trước, có hồ sơ bệnh án đầy đủ tại bệnh viện K, thu thập được thông tin sau điều trị.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân UTMTC đã điều trị phẫu thuật tại cơ sở khác; không có kết quả mô bệnh học đầy đủ rõ ràng, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, bệnh nhân mắc các bệnh cấp và/hoặc mạn tính có nguy cơ tử vong gần, hồ sơ ghi chép không đầy đủ, thất lạc hồ sơ, không tái khám theo hẹn, không thu thập được thông tin sau điều trị.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, hồi cứu
- Cỡ mẫu: thuận tiện, trong nghiên cứu chọn 51 bệnh nhân
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2023
- Thu thập số liệu dựa trên thông tin trong hồ sơ bệnh án lưu trữ, và qua gọi điện, hẹn thăm khám lại bệnh nhân.
- Ghi nhận một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân gồm tuổi, BMI, tình trạng sản khoa trước khi

bị bệnh, giai đoạn bệnh, mô bệnh học, độ mô học, phương pháp điều trị, thời gian sống thêm và sống thêm không bệnh.

- Phân tích thời gian sống thêm và các yếu tố liên quan

- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê: mô tả (tần suất, trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị max, min), Khảo sát thời gian sống thêm được tính bằng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan- Meier. Kiểm định sự khác nhau giữa các giá trị bằng test Log-rank

Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Ý nghĩa thống kê đặt ở mức 95%, khoảng tin cậy được xác định ở mức 95%.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh, không can thiệp, không gây tác hại cho bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, không tăng thêm chi phí cho bệnh nhân, các số liệu và tên người bệnh được giữ bí mật. Các phác đồ điều trị được lựa chọn theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam, NCCN.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Một số đặc điểm

Đặc điểm		Số bệnh nhân	%
Tuổi	<30	5	9,8
	30 - 40	46	90,2
Vô sinh	Có	23	45,1
	không	28	54,9
PCOS	Có mắc	17	33,3
	Không mắc	34	66,7
BMI	Béo phì BMI ≥30	8	15,7
	Thừa cân 25≤BMI<30	5	9,8
	Bình thường BMI <25	38	74,5
Triệu chứng vào viện	Ra máu âm đạo	43	84,3
	Ra dịch hôi âm đạo	2	3,9
	Đau tức hạ vị	4	7,8
	Khám sàng lọc	2	3,9
Mô bệnh học	Carcinoma dạng nội mạc	50	98,04
	Loại khác	1	1,96
Giai đoạn FIGO	IA	36	70,6
	IB	6	11,8
	II	9	17,6
Độ mô học	Grade 1	23	45,1
	Grade 2	22	43,1
	Grade 3	6	11,8
Xâm nhập mạch	Có	9	17,6
	Không	42	82,4

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $35,29 \pm 4,30$ . Tuổi lớn nhất là 40 và tuổi nhỏ nhất là 24. Nhóm tuổi bệnh nhân ở độ tuổi 30 – 40 gặp nhiều nhất chiếm 90,2%; nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm 9,8%. Lý do bệnh nhân vào

viện gặp nhiều nhất là ra máu bất thường âm đạo đặc biệt là rong kinh chiếm đến 84,3%.

- Tiền sử bệnh nhân có điều trị vô sinh là 23 bệnh nhân, chiếm 45,1%. Có 17 bệnh nhân mắc hội chứng buồng trứng đa nang (được đánh giá trên siêu âm hoặc trên giải phẫu bệnh buồng trứng sau phẫu thuật) chiếm tỷ lệ 33,3%.

-BMI trung bình của bệnh nhân nghiên cứu  $22,77 \pm 4,92$ , lớn nhất là 33,2 và nhỏ nhất là 17,1. Có 8 bệnh nhân béo phì chiếm 15,7%. Tỷ lệ thừa cân béo phì là 25,5%.

Bệnh nhân có thể mô bệnh học là carcinoma dạng nội mạc là chủ yếu 50 bệnh nhân chiếm 98,04 % còn thể mô bệnh học khác 1 bệnh nhân (Carcinoma mất biệt hóa) chiếm 1,96%. Bệnh nhân có độ mô học 1 chiếm 45,1%, độ 2 chiếm 43,1% và độ 3 chiếm 11,8%. Phần lớn khối u không xâm nhập khoang mạch bạch huyết 82,4%

Về giai đoạn bệnh chủ yếu FIGO IA chiếm 70,6% và giai đoạn FIGO IB (11,8%), giai đoạn FIGO II là 17,6%.

#### 3.2. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật	Cắt TCTB + 2PP	1	2,0
	Cắt TCTB + 2PP + vét hạch	33	64,7
	Cắt TCTB để lại 2 BW	4	7,8
	Cắt TCTB để lại 2 BW+vét hạch	13	25,5
Điều trị bổ trợ	Không	34	66,7
	Xạ trị	13	25,5
	Xạ trị + Hóa chất	4	7,8

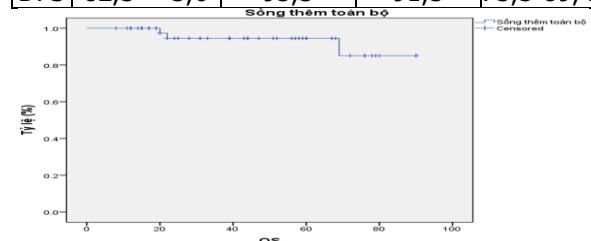
**Nhận xét:** Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ, 2 phần phụ và vét hạch nhiều nhất chiếm 64,7%. Tỷ lệ bệnh nhân được bảo tồn buồng trứng là 33,3%. Có 66,7% bệnh nhân sau mổ được ra viện theo dõi định kỳ, 25,5% bệnh nhân phải xạ trị hỗ trợ, chỉ 7,8% bệnh nhân phải hóa xạ trị sau mổ.

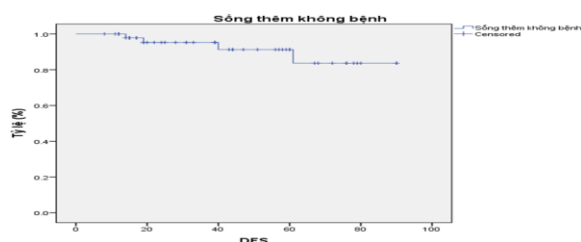
#### 3.3. Kết quả điều trị

##### Thời gian sống thêm

**Bảng 3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh**

Thời gian	Thời gian TB (tháng)	Tỷ lệ 3 năm (%)	Tỷ lệ 5 năm (%)	95% CI
OS	84,2 ± 3,1	94,5	94,5	78,1-90,4
DFS	82,3 ± 3,6	95,3	91,3	75,3-89,4





**Nhận xét:** Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $84,2 \pm 3,1$  tháng và thời gian sống thêm không bệnh trung bình là  $82,3 \pm 3,6$  tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 94,5% và sống thêm không bệnh là 95,3%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 94,5% và sống thêm không bệnh là 91,3%.

**Một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm**

Đặc điểm		Số BN	5 năm (%)	p
Giai đoạn FIGO	GĐ I	42	100	<0,0001
	GĐ II	9	75	
Độ mô học	Độ thấp (1,2)	45	100	<0,0001
	Độ cao (3)	6	60	
Xâm nhập bạch mạch	Có	9	87,5	0,022
	Không	42	96,4	
Độ xâm lấn lớp cơ	< 1/2 lớp cơ	42	100	0,033
	$\geq 1/2$ lớp cơ	9	71,4	
Phương pháp điều trị	Cắt bỏ buồng trứng	34	92,1	0,215
	Bảo tồn buồng trứng	17	100	

**Nhận xét:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm có liên quan với các yếu tố:

Giai đoạn bệnh: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm của giai đoạn I là 100% cao hơn giai đoạn II (75%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,0001$ ).

Độ mô học: Bệnh nhân có độ mô học thấp có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 100% cao hơn so với với nhóm bệnh nhân độ mô học cao có tỷ lệ sống 5 năm là 60%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

Xâm nhập bạch mạch: Nhóm bệnh nhân không xâm nhập bạch mạch có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 96,4% so với nhóm xâm nhập bạch mạch có tỷ lệ sống 5 năm là 87,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,022$ .

Độ xâm lấn cơ: Nhóm bệnh nhân u xâm lấn < 1/2 lớp cơ tử cung có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 100% so với nhóm u xâm lấn  $\geq 1/2$  lớp cơ có tỷ lệ sống 5 năm là 71,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,033$ .

Phương pháp điều trị: Bệnh nhân được bảo tồn buồng trứng có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 100% so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ

buồng trứng có tỷ lệ sống 5 năm là 92,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,215$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân.** Phụ nữ dưới 40 tuổi hiếm khi phát hiện ung thư nội mạc tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của nghiên cứu là  $35,29 \pm 4,30$  năm, tuổi thấp nhất là 24, Độ tuổi từ 30 đến 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (90,2%) phù hợp với nghiên cứu của Angel Yordanov và cộng sự (90%)<sup>2</sup>.

Điều trị vô sinh: Theo Parazzini và CS<sup>3</sup>, phụ nữ không sinh con và điều trị vô sinh có nguy cơ mắc UTMTC cao gấp 2-3 lần so với phụ nữ sinh con. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này chiếm 45,1%, kết quả này cũng gần như tương đương với nghiên cứu của Manap và Cs (46,8%)<sup>4</sup>.

Bệnh nhân có thể mô bệnh học là carcinoma dạng nội mạc là chủ yếu 50 bệnh nhân chiếm 98,04% còn thể mô bệnh học khác 1 bệnh nhân chiếm 1,96% (Carcinoma mất biệt hóa). Kết quả của chúng tôi giống với kết quả của Abdul Manap<sup>4</sup> nghiên cứu phụ nữ dưới 40 tuổi ở Malaysia và có tỷ lệ cao hơn các nghiên cứu khác trong nước vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là phụ nữ trẻ sẽ thường mắc bệnh liên quan đến sự cường estrogen và là UTMTC loại I nên thường gặp thể mô bệnh học carcinoma dạng nội mạc. Bệnh nhân có độ mô học 1 chiếm 45,1%, độ 2 chiếm 43,1% và độ 3 chiếm 11,8% kết quả tương đương với nghiên cứu của Dimitrios H. (độ 1: 50%; độ 2: 40%; độ 3: 10%)<sup>5</sup>.

Trong nghiên cứu này phần lớn khối u không xâm nhập khoang mạch bạch huyết (82,4%) và đây là yếu tố quan trọng tiên lượng trong điều trị bệnh cũng như quyết định có điều trị hỗ trợ hay không.

Về giai đoạn bệnh chủ yếu FIGO IA chiếm 70,6% và giai đoạn FIGO IB (11,8%), giai đoạn FIGO II là 17,6%. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng bệnh quyết định, giai đoạn càng sớm tiên lượng càng tốt và mỗi giai đoạn sẽ có kế hoạch điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân.

**4.2. Kết quả điều trị.** Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình là  $84,2 \pm 3,1$  tháng (95% dao động từ 78,1 đến 90,4 tháng) với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm 94,5%, 5 năm là 94,5% và thời gian sống thêm không bệnh (DFS) trung bình là  $82,3 \pm 3,6$  tháng với tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 95,3%, và 5 năm là 91,3%. Kết quả: So sánh với các nghiên cứu cùng nhóm tuổi có sự tương đồng như nghiên cứu của tác giả Deepti Jain<sup>6</sup> có OS (98%), DFS (86,8%); tác giả Angel Yordanov<sup>2</sup> có OS (92,5%)

và DFS (91%). Các kết quả trên phản ánh ung thư nội mạc tử cung giai đoạn Figo I,II có tiên lượng tốt khi phát hiện ở giai đoạn sớm.

Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm: Trong nghiên cứu của chúng tôi chia độ mô học thành độ mô học thấp (độ 1 và độ 2) và độ mô học cao là độ 3. Tình trạng độ mô học cao (OS=60%) có thời gian sống thêm thấp hơn hẳn so với độ mô học thấp (OS=100%). Nhiều nghiên cứu theo dõi trên các nhóm đối tượng khác nhau, cho kết quả phân tích khác nhau, tuy nhiên các kết quả đều khẳng định độ mô học là yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư nội mạc tử cung.

**Xâm nhập bạch mạch:** Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân không xâm nhập bạch mạch có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 96,4% so với nhóm xâm nhập bạch mạch có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 87,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,022$ . Nhiều nghiên cứu khác cũng khẳng định yếu tố xâm nhập bạch mạch là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tỷ lệ tái phát và sống thêm của bệnh nhân UTMTC.

Nhóm bệnh nhân u xâm lấn  $< 1/2$  lớp cơ tử cung có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 100% cao hơn hẳn so với nhóm u xâm lấn  $\geq 1/2$  lớp cơ có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 71,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,033$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nhiều nghiên cứu khác đã củng cố thêm nhận định mức độ xâm lấn cơ là yếu tố tiên lượng trong ung thư nội mạc tử cung. Dựa vào mức độ xâm lấn của ung thư nội mạc tử cung để phân loại chẩn đoán giai đoạn bệnh. Yếu tố này có liên quan rõ rệt đến kết quả điều trị trong ung thư nội mạc tử cung.

Đặc biệt, giai đoạn bệnh có liên quan mật thiết đến thời gian sống thêm. Bệnh nhân ở giai đoạn I (OS=100%) có thời gian sống thêm cao hơn giai đoạn II (OS=75%). Theo nghiên cứu của Angel Yordanov trên 517 bệnh nhân  $\leq 40$  tuổi thì OS 5 năm của giai đoạn I là 95,1%; giai đoạn II là 84,3%, giai đoạn III là 65,5%; giai đoạn IV là 33,3%<sup>2</sup>. Nhiều nghiên cứu khác cho kết quả tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ trên 5 năm cũng giảm dần từ giai đoạn sớm đến giai đoạn muộn.

Theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân được phẫu thuật Bảo tồn buồng trứng có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 100% so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ phần phụ có tỷ lệ sống thêm 5 năm là 92,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,215$ . Sở dĩ có kết quả nghiên cứu như trên là do bệnh nhân được bảo tồn buồng trứng là những bệnh nhân ở giai đoạn

sớm, độ mô học thấp, không có yếu tố nguy cơ cao và khẳng định việc bảo tồn buồng trứng ở phụ nữ trẻ mắc UTMTC giai đoạn sớm không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm. Theo tác giả Jason Wright nghiên cứu nhóm 15.648 phụ nữ bao gồm 1.121 (7,2%) người bảo tồn buồng trứng và 14.527 (92,8%) người đã cắt bỏ buồng trứng. Bảo tồn buồng trứng thường được thực hiện ở những phụ nữ trẻ, phụ nữ da đen, những người có khối u giai đoạn sớm và độ mô học thấp. Trong mô hình đa biến, bảo tồn buồng trứng không liên quan đến khả năng sống sót (tỷ lệ nguy cơ 0,94, 95% CI 0,65-1,37). Tương tự như vậy, trong phân tích Kaplan-Meier, không có mối liên quan nào giữa bảo tồn buồng trứng và khả năng sống sót ( $P=0.19$ ). Đưa đến kết luận: Bảo tồn buồng trứng không ảnh hưởng xấu đến khả năng sống sót của phụ nữ trẻ mắc ung thư nội mạc tử cung giai đoạn đầu<sup>7</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 51 bệnh nhân dưới 40 tuổi ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I,II thấy tỷ lệ bệnh nhân liên quan đến điều trị vô sinh là tương đối cao, thường gặp ở thể mô bệnh học là carcinoma tuyến dạng nội mạc. Kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này là khá tốt với OS 5 năm là 94,5% và DFS 5 năm là 91,3%. Các yếu tố độ mô học, xâm lấn lớp cơ tử cung, xâm nhập bạch mạch, giai đoạn bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian sống thêm của bệnh nhân. Việc bảo tồn buồng trứng ở phụ nữ trẻ mắc UTMTC giai đoạn sớm không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matsuo K, Mandelbaum RS, Matsuzaki S, Klar M, Roman LD, Wright JD. Ovarian conservation for young women with early-stage, low-grade endometrial cancer: a 2-step schema. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(6):574-584. doi:c
2. Yordanov A, Kostov S, Kornovski Y, et al. Endometrial carcinoma in patients under 40 years of age: insights from the Bulgarian Cancer Registry. *Ginekol Pol*. 2023;94(4):275-282. doi:10.5603/GP.a2022.0106
3. Parazzini F, La Vecchia C, Bocciolone L, Franceschi S. The epidemiology of endometrial cancer. *Gynecologic Oncology*. 1991;41(1):1-16. doi:10.1016/0090-8258(91)90246-2
4. Abdul Manap N, Ng BK, Phon SE, Abdul Karim AK, Lim PS, Fadhil M. Endometrial Cancer in Pre-Menopausal Women and Younger: Risk Factors and Outcome. *IJERPH*. 2022;19(15):9059. doi:10.3390/ijerph19159059
5. Haidopoulos D, Simou M, Akrivos N, et al. Risk factors in women 40 years of age and younger with endometrial carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(10):1326-1330. doi:10.3109/00016349.2010.515666

6. Jain D, Zaiem F, Solomon G, et al. 429 Survival outcomes in young patients with endometrial cancer: insights from a multi-institutional study. Int J Gynecol Cancer. 2024;34 (Suppl 1):A178. doi:10.1136/ijgc-2024-ESGO.335

7. Utilization and Outcomes of Ovarian Conservation in Premenopausal Women With Endometrial Cancer - PubMed. Accessed August 22, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26646128/>

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH TRÊN BỆNH NHÂN CÓ TIỀN PHÒNG NÔNG

Đoàn Kim Thành<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diễm Uyên<sup>2</sup>,  
Trần Anh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Vân Anh<sup>2</sup>, Dương Nguyễn Anh Thư<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh (PHACO) trên mắt có tiền phòng nông theo từng mức độ cứng của nhân. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát, mô tả, tiền cứu có nhóm chứng. 71 mắt của 62 bệnh nhân gồm 39 mắt có tiền phòng nông ( $\leq 2,5$  mm) và 32 mắt thuộc nhóm chứng ( $> 2,5$  mm) có chỉ định phẫu thuật PHACO đặt kính nội nhãn trong bao tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) từ tháng 02/2024 đến tháng 09/2024. Bệnh nhân được chia vào 3 nhóm theo độ cứng nhân: độ II, độ III, độ IV. Thị lực được đo trước và sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng. Sau phẫu thuật, ghi nhận các thông số trên máy Infiniti Ozil: Tổng thời gian tán nhuyễn thể thủy tinh (UST), năng lượng phát tán tích lũy (CDE), năng lượng tán nhuyễn thể thủy tinh (năng lượng PHACO) và thể tích dung dịch tưới. **Kết quả:** Bệnh nhân đục thể thủy tinh có độ tuổi trung bình là  $67,08 \pm 9,57$  và độ sâu tiền phòng trung bình là  $2,34 \pm 0,23$  mm. Có sự cải thiện thị lực sau phẫu thuật ở nhóm tiền phòng nông, không khác biệt so với nhóm chứng. UST ở nhóm tiền phòng nông cao hơn so với nhóm chứng ở nhân cứng độ III ( $P < 0,01$ ). UST kéo dài ( $\geq 60$  giây) trên mắt có độ sâu tiền phòng trung bình  $2,28 \pm 0,31$  mm. Thể tích dịch sử dụng ở nhóm tiền phòng nông cao hơn so với nhóm chứng đối với nhân cứng độ II và độ III ( $P < 0,05$  và  $P < 0,01$ ). UST, thể tích dịch sử dụng ghi nhận có mối tương quan với độ sâu tiền phòng đối với nhân cứng độ III. **Kết luận:** Xác định độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật giúp các phẫu thuật viên tiên lượng được nguy cơ và độ khó của phẫu thuật. **Từ khóa:** Độ sâu tiền phòng, phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, thời gian tán nhuyễn thể thủy tinh

### SUMMARY

#### OUTCOME OF PERFORMING PHACOEMULSIFICATION SURGERY IN SHALLOW ANTERIOR CHAMBER EYES

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Nguyễn Anh Thư

Email: dnathu2203@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

**Objective:** To assess the outcome of phacoemulsification in shallow anterior chamber eyes according to different nuclear density. **Methods:** This was a prospective case-control study. Seventy-one eyes of 62 patients including 39 eyes in the shallow anterior chamber group and 32 eyes in the control group underwent phacoemulsification surgery with intracapsular intraocular lens implantation. The study was conducted at HCMC Eye Hospital, from February 2024 to September 2024. All eyes were divided into 3 subgroups according to three nuclear opalescence (NO): NO2, NO3, NO4. Corrected distance visual acuity (CDVA) was measured prior surgery and re-examined at 1 week, 1 month postoperatively. Surgical parameters including UST, CDE, PHACO power, the volume of BSS used were obtained. **Results:** In our study, the mean age in the shallow anterior chamber group was  $67.08 \pm 9.57$  years, and mean anterior chamber depth (ACD) was  $2.34 \pm 0.23$  mm. There was a postoperative improvement in logMAR CDVA among the shallow anterior chamber group and the control group, the difference was not statistically significant. The shallow anterior chamber group used a longer UST than the control group in the NO3 subgroup ( $P < 0,01$ ). Eyes with mean ACD  $2.28 \pm 0.31$  mm required prolonged UST ( $> 60$ s). BSS use showed higher in the shallow anterior chamber group than the control group, in the NO2 ( $P < 0,05$ ) and NO3 ( $P < 0,01$ ). There was a statistically significant inverse correlation between ACD and UST, BSS use in the NO3. **Conclusion:** Measuring ACD prior surgery would help the surgeons to assess the difficulty and intraoperative risks. **Keywords:** Anterior chamber depth, phacoemulsification, ultrasound time.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền phòng nông được định nghĩa là mắt có độ sâu tiền phòng  $\leq 2,5$  mm. Tiền phòng nông thường gặp ở những người tuổi cao, nữ giới, trục nhãn cầu ngắn, tật viễn thị và thể thủy tinh dày. Mắt có tiền phòng nông không chỉ tăng nguy cơ phát triển thành bệnh góc đóng tăng nhãn áp, glaucoma góc đóng nguyên phát mà còn gây khó khăn cho các can thiệp phẫu thuật bán phần trước.

Tại Việt Nam, tỉ lệ bệnh nhân đục thể thủy tinh có tiền phòng nông chiếm 43,3% dân số. Với sự cải tiến liên tục từ trang thiết bị đến kỹ thuật, phẫu thuật PHACO hiện nay được xem là