



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á **19**  
THÁI BÌNH DƯƠNG

# TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG & HIẾM MUỘN

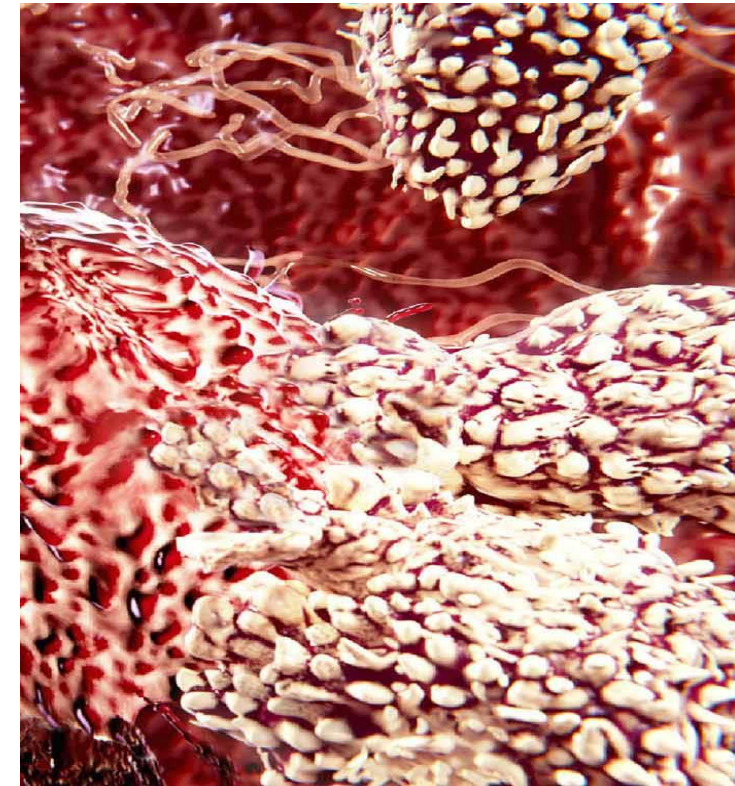
*BS. Nguyễn Bá Mỹ Nhi*

*Bệnh viện Từ Dũ – TP. Hồ Chí Minh*



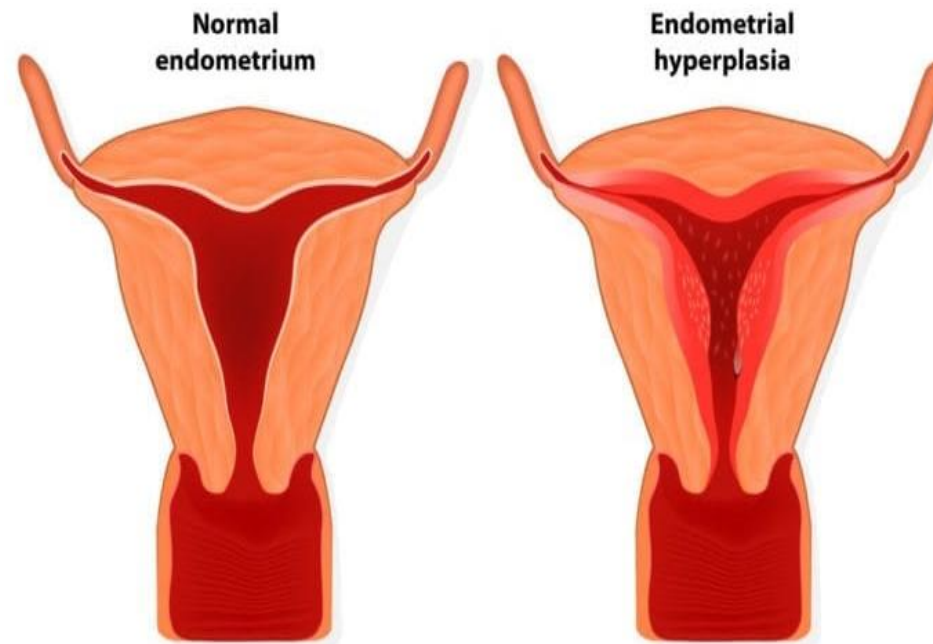
# Nội dung

- Phân loại TSNMTC
- TSNMTC và hiếm muộn
- Điều trị nội khoa TSNMTC không điển hình / NB hiếm muộn hay chưa có con
- Khuyến cáo – bằng chứng y học hiện nay
- Kết luận



# Tăng sinh NMTC

- Thay đổi bất thường tuyến NMTC
- Tăng tỉ lệ tuyến - mô đệm so với pha phát triển NMTC bình thường
- Liên quan đến tình trạng NMTC bị kích thích kéo dài bởi estrogen



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19  
THÁI BÌNH DƯƠNG

# Phân loại TSNMTC

- Nhiều hệ thống phân loại
- 2 phân loại thường sử dụng: **WHO 1994 & WHO 2014**

**Table 1.** Different classification systems of endometrial hyperplasia

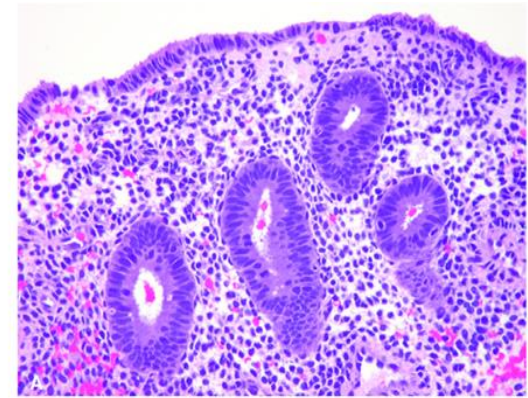
Classifying year	Classifying type				Source
1961	Benign hyperplasia	Atypical hyperplasia type I	Atypical hyperplasia type II	Atypical hyperplasia type III	[25]
1963	Mild adenomatous hyperplasia	Moderate adenomatous hyperplasia		Marked adenomatous hyperplasia	[26]
1966	Cystic hyperplasia	Adenomatous hyperplasia	Anaplasia	Carcinoma <i>in situ</i>	[27]
1972	Cystic hyperplasia	Adenomatous hyperplasia	Atypical hyperplasia	Carcinoma <i>in situ</i>	[28]
1978	Cystic hyperplasia	Adenomatous hyperplasia		Atypical hyperplasia	[29]
1979	Hyperplasia without atypia	Hyperplasia with mild atypia	Hyperplasia with mild atypia	Hyperplasia with severe atypia	[30]
1985	Simple, nonatypical	Complex, nonatypical	Simple atypical	Complex atypical	[13]
WHO (1994)	Simple hyperplasia	Complex hyperplasia	Simple hyperplasia with atypia	Complex hyperplasia with atypia	[31]
WHO (2003) (revised)	Proliferative endometrium • Tubular and regularly spaced gland • Glands are lined with pseudostratified nuclei • Abundant stroma • Mitotic figures are easily found both in glands and stroma	Simple hyperplasia • Irregular shape and size glands • Cystic appearance • Abundant stroma, • Nuclear pseudostratified glands but no nuclear atypia • No back to back crowding	Complex hyperplasia • Closely packed glands • Stroma is relatively sparse • Gland to stroma ratio is more than 2:1 • Nuclei are uniform, oval and pseudostratified • Nucleoli are indistinct	Complex atypical hyperplasia • Tightly packed glands • Very little intervening stroma • Larger and vascular nuclei with chromatin clumped along the nuclear membrane • Prominent nucleoli	[15]
EIN	Benign or endometrial hyperplasia	EIN		Carcinoma	[23,24]

Adapted from Trimble et al. [32], with permission from Wolters Kluwer Health, Inc. EIN, endometrial intraepithelial neoplasia.

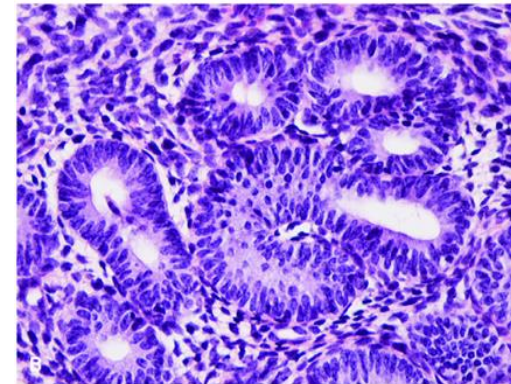


# Phân loại TSNMTC – WHO 1994

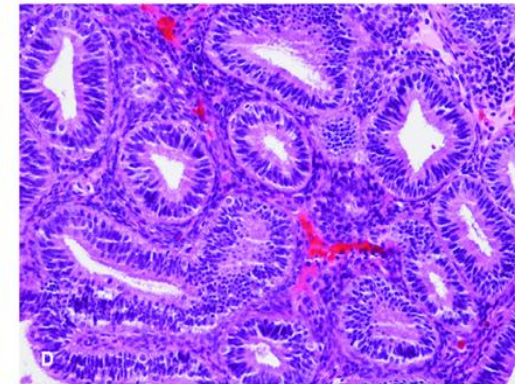
- Tăng sinh đơn giản
- Tăng sinh phức tạp
- Tăng sinh đơn giản không điển hình
- Tăng sinh phức tạp không điển hình



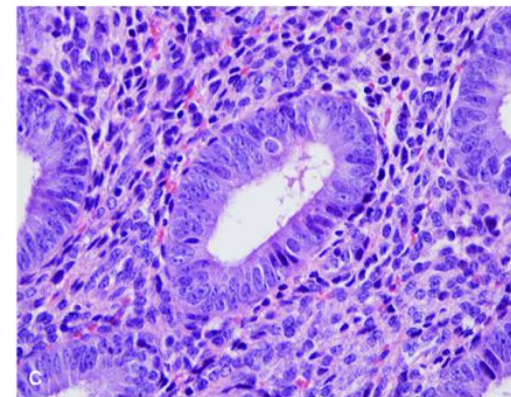
Normal proliferative endometrium



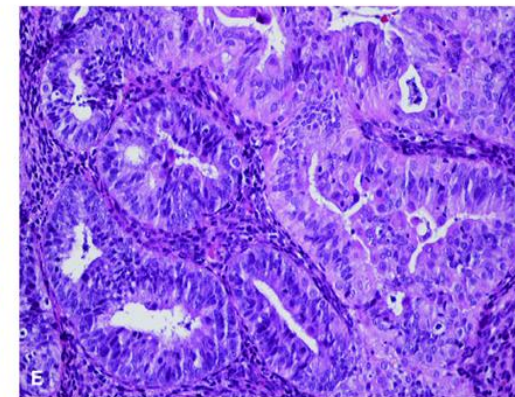
Simple hyperplasia



Complex hyperplasia



Simple hyperplasia with atypia



Complex hyperplasia with atypia



# Phân loại TSNMTC – WHO 2014

Thuật ngữ mới	Thay đổi di truyền	Nguy cơ cùng hiện diện carcinoma	Diễn tiến thành carcinoma NMTC
<b>TSNMTC điển hình</b>	Ít thay đổi	1% – 5%	RR: 1.01 – 1.03
<b>TSNMTC không điển hình/ Tân sinh trong biểu mô NMTC</b>	có nhiều đột biến đặc trưng UT dạng NMTC	25 – 33% <b>2</b> 59% <b>1</b>	RR: 14 – 45

1. Antonsen, S.L., L. Ulrich, and C. Hogdall, *Patients with atypical hyperplasia of the endometrium should be treated in oncological centers*. Gynecol Oncol, 2012. **125**(1): p. 124-8.

2. Zaino R, Carinelli S G, Ellenson L H, Lyon: WHO Press; 2014. Tumours of the uterin corpus: epithelial tumors and precursors; pp. 125 – 126



# Phân loại TSNMTC – WHO 2014

- **2015 ACOG** ủng hộ thuật ngữ EIN hơn là TS KĐH, nhằm *nhấn mạnh tính bước và tiềm năng ác tính* của bướu (Committee on Gynecologic Practice, 2015)
- **2016 RCOG** ủng hộ thuật ngữ không điển hình khi đưa ra hướng dẫn điều trị lần đầu về TSNMTC, nhằm *nhấn mạnh tổn thương tiền UT, chi tiết hoá điều trị thích hợp, quyết định thời điểm sinh thiết* khi điều trị nội khoa (Gallos et al., 2016)



# Tăng sinh NMTC và hiếm muộn

- **29% - 43%** TSKĐH NMTC diễn tiến thành UTNMTC
- Khuynh hướng lập gia đình muộn, nhiều PN bị TSKĐH/ UTNMTC khi chưa có con, họ không chấp nhận điều trị cắt TC
- Yếu tố gây hiếm muộn như RL rụng trứng, béo phì... làm tăng nguy cơ TSNMTC



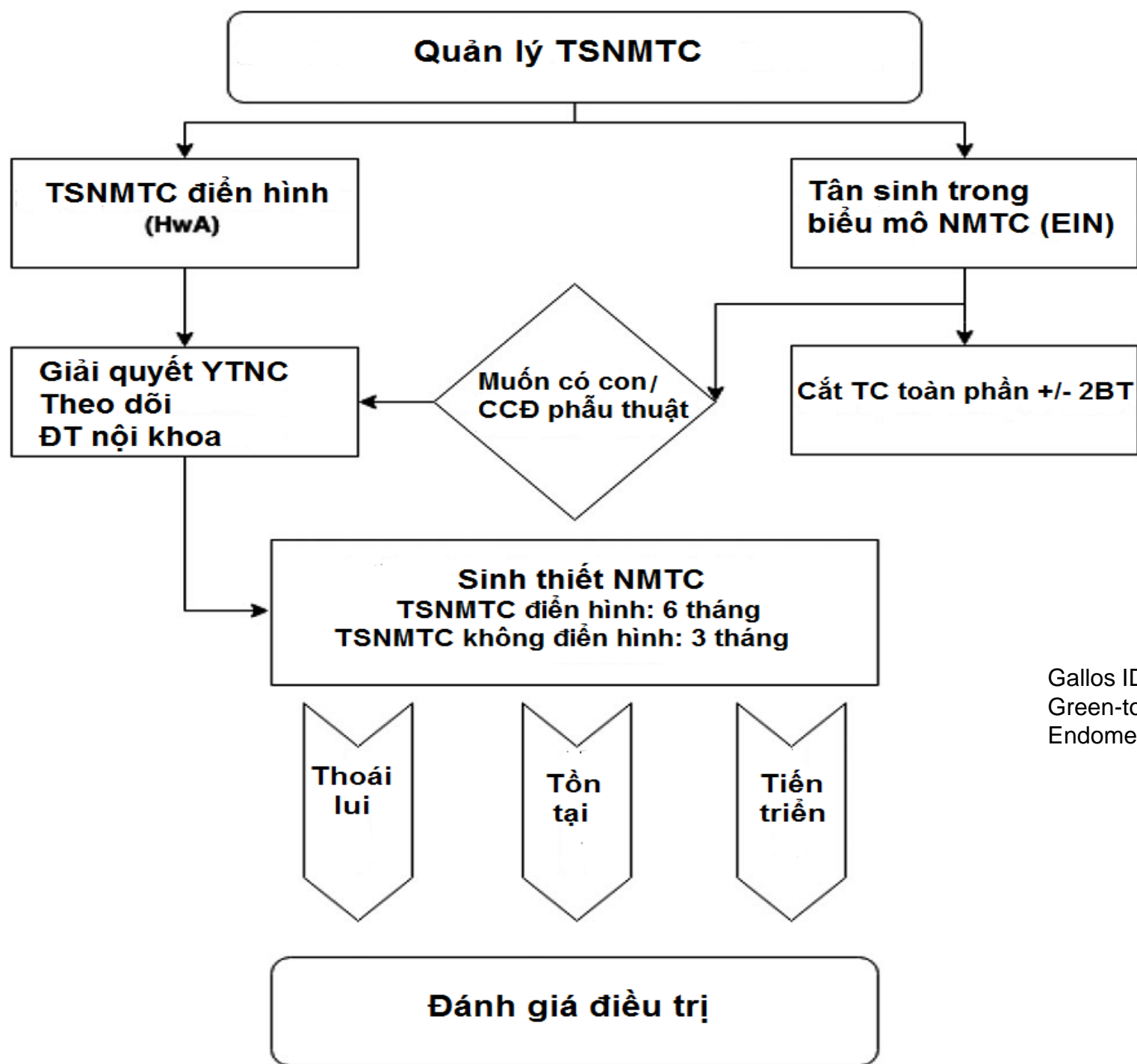
Duska LR, *et al.* Gynecol Oncol. 2001;83(2):388–93.  
Matsuda A, *et al.* Jpn J Clin Oncol. 2014; 44(4):388–396.  
Kurman RJ, *et al.* Cancer. 2015; 56(2):403–12.  
Morice P, *et al.* Lancet. 2015;4.



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19  
THÁI BÌNH DƯƠNG



# Điều trị TSNMTC



Gallos ID, et al. RCOG Green-top Guideline: Management of Endometrial Hyperplasia. 2016.



# Điều trị TSKĐH NMTC/ PN hiếm muộn

- Tư vấn nguy cơ tiềm ẩn UT và diễn tiến thành UT NMTC
- Khảo sát các UT đi kèm có hay không và loại trừ UT NMTC lan tràn
- Cần đủ dữ liệu về mô bệnh học, chẩn đoán hình ảnh, dấu ấn sinh học bướu, lên kế hoạch điều trị và theo dõi lâu dài



Royal College of  
Obstetricians &  
Gynaecologists

## Management of Endometrial Hyperplasia

Green-top Guideline No. 67  
RCOG/BSGE Joint Guideline | February 2016

# Điều trị TSKĐH NMTC/ PN hiếm muộn

- Chọn lựa đầu tiên : **DCTC có nội tiết Levonorgestrel**, viên uống Progestin uống là chọn lựa thứ hai (B)
- Ngay khi không còn nhu cầu sinh sản, nên thực hiện **cắt TC để loại bỏ nguy cơ cao diễn tiến UT** (B)

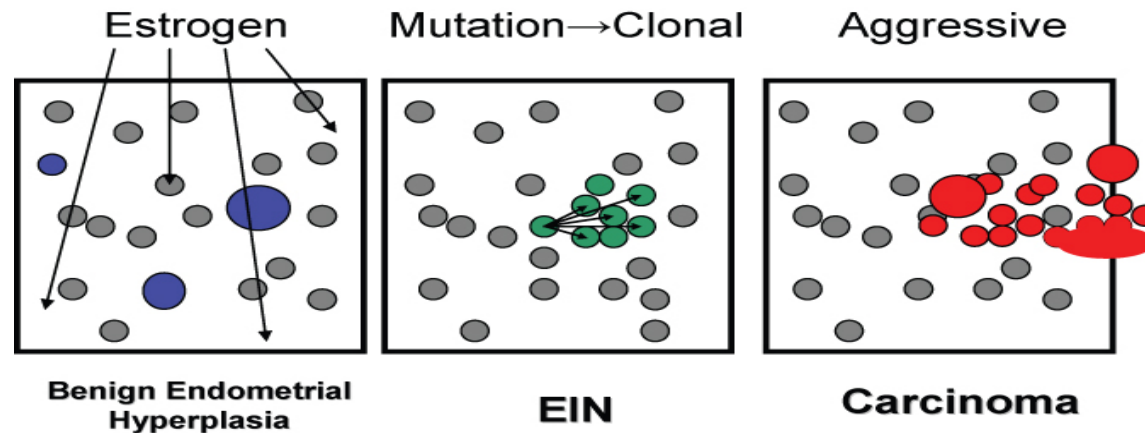


Management of Endometrial  
Hyperplasia



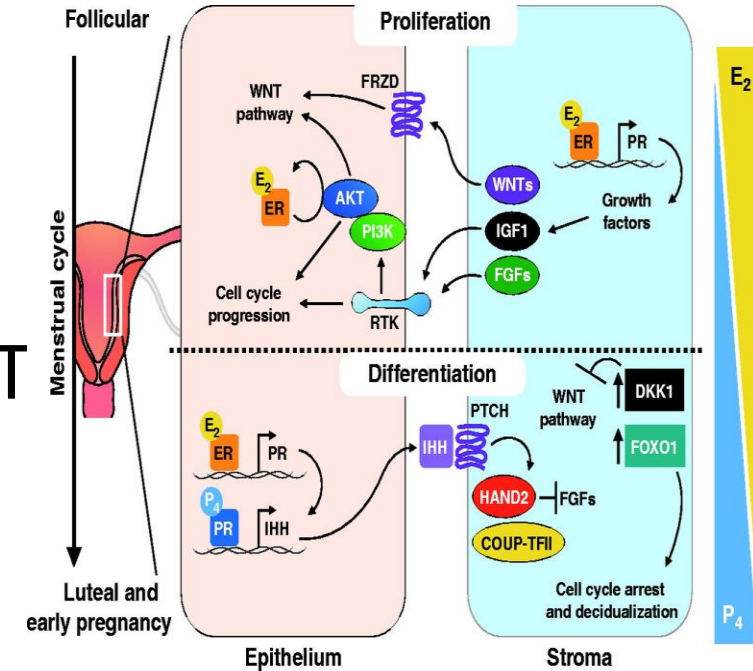
# Vai trò Progesterone?

- **Estrogen** đơn thuần kéo dài → TS NMTC / UT NMTC
- **Progesterone** đối kháng sự phát triển dẫn đường của Estrogen và yếu tố sinh ung tại NMTC



# Cơ chế chống sinh ung của Progestin

- Điều hoà làm giảm thụ thể estrogen
- Hoạt hoá các men liên quan quá trình chuyển hoá estrogen
- Điều hoà chu kỳ TB bằng men kinase phụ thuộc cyclin (cyclin-dependent kinase) & gene chống UT
- Làm tăng p27 expression → ức chế chức năng cyclin E-Cdk2 và ức chế chu kỳ TB



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á  
THÁI BÌNH DƯƠNG 19

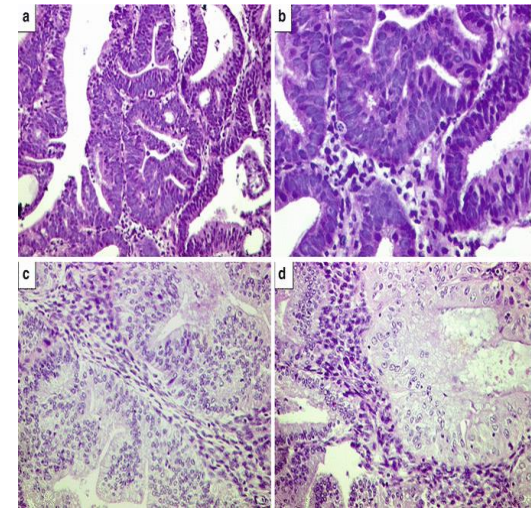
# Đánh giá trước điều trị

- Hỏi bệnh sử, khám LS
- Tìm yếu tố nguy cơ UT mang tính gia đình & XN gene liên quan
- Có HC Lynch/UT đại trực tràng không phải dạng polype di truyền (hereditary nonpolyposis colorectal cancer HNPCC), có UT buồng trứng đi kèm? → điều này quan trọng không chỉ cho BN mà còn cho các thành viên gia đình nếu có HC Lynch / HNPCC
- Cần bằng chứng mô học chính xác, đánh giá LS tỉ mỉ **trước khi** quyết định BTSS với Progestin

# Điều trị TSKĐH NMTC/ PN hiếm muộn

- *Vấn đề quan tâm*

- Loại Progestin nào?
- Liều lượng và thời gian điều trị?
- Cần theo dõi gì khi điều trị?
- Hiệu quả?
- Kết cục có thai?
- Có thai tự nhiên hay hỗ trợ sinh sản (HTSS)?
- HTSS có làm tăng nguy cơ diễn tiến UT không?



# Chọn lựa Progestin

- DCTC chứa progestin được sử dụng riêng lẻ hay kết hợp viên uống:

- DCTC phóng thích vào NMTC liều Progestin cao hơn đường uống
- Tránh được biến chứng do sử dụng Progestin liều cao toàn thân (thuyên tắc huyết khối, tăng cân, giảm khoái cảm, đau đầu, cương vú, RL giấc ngủ, chuột rút...)





# Chọn lựa Progestin

- Viên uống hàng ngày liên tục

Medroxyprogesterone acetate (MPA) và  
Megestrol acetate (MA), là:

- Progestin được lựa chọn phổ biến
- Tiềm năng đáp ứng ở thời điểm kết thúc điều trị như nhau
- Tuy nhiên chưa có NC chuyên biệt nào so sánh hiệu quả 2 thuốc trong BTSS



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á  
HẢI BÌNH DƯƠNG 19

# Liều tối ưu?

- Chưa có công bố nào về liều tối ưu trong BTSS
- Các NC: liều thay đổi từ 60 -1800 mg/ ngày (MPA) & từ 10 – 400 mg / ngày (MA)
- Thường sử dụng 200 - 800 mg MPA / ngày và 40 - 400 mg MA/ ngày
- Hầu hết BN uống liều 400 mg/ ngày MPA và 200 mg MA/ ngày

Amirez PT, et al. Gynecol Oncol 2014;95:133–138.  
Erkanli Set al. Int J Gynecol Cancer 2018;20:1170–1187



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19  
THÁI BÌNH DƯƠNG

# Liều tối ưu?

- NC của nhóm UTPK (Gynecologic Oncology Group)
  - NC về UT NMTC tiến triển và tái phát
  - Tỷ lệ đáp ứng và kết cục **sống còn sau 5 năm cao hơn nếu điều trị với MPA liều thấp 200mg so với liều cao 1000mg/ngày**
  - So sánh này chưa được thực hiện trên nhóm BTSS
- NC của Park và cộng sự:
  - Tỷ lệ đáp ứng và tái phát **không khác nhau** giữa liều thấp (MPA hoặc MA < 250 mg /ngày) và liều cao (MPA hoặc MA > 250 mg/day) trong BTSS

Cần thêm nhiều NC khác

Thigpen JT, et al. J Clin Oncol 2015;17:1736–1744

Park JY, et al. Eur J Cancer 2018; 49:868–874.



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19  
THÁI BÌNH DƯƠNG

# Thời gian điều trị

- Thời gian điều trị để đáp ứng hoàn toàn: khác nhau giữa các NC và tổng thời gian điều trị thay đổi từ **3 - 36 tháng**
- Chiva và cs (2018): thời gian TB là 6 tháng
- Một số NC: đáp ứng hoàn toàn là sau **9 -12 tháng** → nếu chưa đáp ứng, có thể kéo dài thêm 9 -12 tháng, thay đổi liều và loại progestin, tuy nhiên hiệu quả điều trị này vẫn đang được đánh giá tiếp tục

Tangjitgamol S, *et al.* Gynecol Obstet Invest 2017;67:250–268.  
Erkanli S, Ayhan A. Int J Gynecol Cancer 2015;20:1170–1187.  
ChivaL, *et al.* Gynecol Oncol 2018;111(suppl):S101–S104.  
Kaku T, *et al.* Cancer Lett 2015;167:39–48.



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19  
THÁI BÌNH DƯƠNG

# Thời gian điều trị

- **Ramirez và cs (2016):**
  - **Khoảng cách TB** từ khi bắt đầu điều trị đến khi đáp ứng hoàn toàn là **12 tuần (từ 4- 60 tuần)**
  - **Đánh giá thất bại điều trị** cần ít nhất **3 tháng**
  - **Nếu bệnh tiến triển nặng thời điểm này** → can thiệp ngoại khoa vẫn có KQ tốt
  - **Nếu bệnh tồn tại, nhưng không tiến triển thêm sau 3 tháng**, thì điều trị tiếp tục 9-12 tháng có thể xem xét thêm

# Theo dõi điều trị với Progestin trong BTSS

- **Tác động làm thay đổi TB UTMTC** của Progestin: xuất hiện sớm nhất **10 tuần** từ khởi điểm điều trị
- **Thời gian điều trị cần thiết: ít nhất 12 tuần** từ khởi điểm điều trị, trước khi thực hiện đánh giá đáp ứng điều trị
- **Thời điểm hợp lý đánh giá lần đầu, đáp ứng của bệnh** nên là sau 3 tháng điều trị, sau đó mỗi 3 tháng trong suốt quá trình điều trị, đến khi đáp ứng hoàn toàn

# Theo dõi điều trị Progestin trong BTSS

- **Đánh giá đáp ứng điều trị** dựa trên mô học NMTC
- **Nong - nạo và sinh thiết:** PP nên lựa chọn để đánh giá NMTC
- **NS BTC sinh thiết có thể thực hiện khi mẫu sinh thiết không rõ ràng**
- Tuy nhiên: NS BTC sinh thiết thường xuyên có thể ảnh hưởng tương lai sản khoa
  - Gây tổn thương NMTC
  - Phá huỷ màng đáy gây sẹo xơ
  - Tổn thương cơ TC do nhiệt



# Hiệu quả của Progestin/ TSKĐH NMTC

- Một phân tích gộp dựa trên 34 NC **quan sát về điều trị BTSS ở phụ nữ TSKĐH NMTC (2012):**
  - **Đáp ứng điều trị: 85.6%**
  - **Tái phát: 26%**
  - **TL sinh sống: 26.3%**

RESEARCH

www.AJOG.org

GENERAL GYNECOLOGY

**Regression, relapse, and live birth rates with fertility-sparing therapy for endometrial cancer and atypical complex endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis**

Ioannis D. Gallos, MD; Jason Yap, MBChB; Madhurima Rajkhowa, MD; David M. Luesley, MD; Arri Coomarasamy, MD; Janesh K. Gupta, MD





# Hiệu quả của Progestin/ TSKĐH NMTC

- KQ một RCT so sánh hiệu quả MPA uống và DTCC có progestin trong điều trị 19 bn TSKĐH NMTC sau 6 tháng (2018)
  - TL đáp ứng điều trị 100% ở nhóm LNG-IUS (n = 6/6) và 77% ở nhóm progesterone (n = 10/13)
  - Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê do mẫu nhỏ



Trusted evidence.  
Informed decisions.  
Better health.

Search...



[Our evidence](#)

[About us](#)

[Join Cochrane](#)

[News and jobs](#)

[Cochrane Library](#)



## Oral and intrauterine progestogens for atypical endometrial hyperplasia

**Published:**

5 December 2018

**Authors:**

Luo L, Luo B, Zheng Y, Zhang H, Li J, Sidell N

**Review question**

Cochrane authors investigated the efficacy and safety of oral and intrauterine progestogens for the precancerous condition of thickening in the lining of the womb (endometrium) called atypical endometrial hyperplasia.

Am score 6

Who is talking about this article?



# Kết cục có thai sau điều trị BTSS với Progestin

- Phân tích gộp của Gallos và cs (2012) cho thấy:
- Tỷ lệ trẻ sinh sống: 26% → 28%
- HTSS có tỷ lệ trẻ sinh sống cao hơn có ý nghĩa thống kê so với có thai tự nhiên (39% vs 14%)



Gallos ID, Yap J, Rajkhowa M et al. Regression, relapse, and live birth rates with fertility-sparing therapy for endometrial cancer and atypical complex endometrial hyperplasia: A systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2012;207:266

# Kết cục có thai sau điều trị BTSS với Progestin

- **Park và cs ( 2013 )** : NC lớn nhất có các **kết cục có thai sau điều trị BTSS** thành công với Progestin/ BN bị **UT NMTC giai đoạn IA, grade 1**
  - **144 BN thoái triển bệnh hoàn toàn**
  - 74 BN cố gắng co thai lại
  - **51 BN có ít nhất một lần có thai**
  - **46 BN sinh ra 58 trẻ khỏe mạnh**
  - **Tỉ lệ có thai 73% và tỉ lệ sinh sống là 66% chỉ khi BN cố gắng có thai lại ngay**
  - Tỉ lệ sảy thai tự nhiên cao hơn không nhiều



Tỉ lệ thai ngoài TC và tỉ lệ sinh non tháng tương đương nhau

Park JY, Seong SJ, Kim TJ et al. Pregnancy outcomes after fertility-sparing management in young women with early endometrial cancer. Obstet Gynecol 2013;121:136–142.



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19  
THÁI BÌNH DƯƠNG

# Kết cục có thai sau điều trị BTSS với Progestin

- **Matsuzaki và cs (2018):** case reports: 12 phụ nữ bị **UTNMTC hoặc TSKĐH**  
**NMTC điều trị bảo tồn với MPA (600 mg/ngày)**
  - Sau điều trị, có 10 TH đáp ứng hoàn toàn, 2 TH tồn tại TSNMTC
  - 12 TH được thực hiện HTSS ngay sau đánh giá ĐT thành công
  - HTSS: 3 trường hợp CC+ QHTN; 3 trường hợp CC, hMG + IUI; 6 trường hợp IVF trong đó có 4 ca chuyển phôi, 2 ca không chuyển do bệnh lý nội khoa
  - **8 trường hợp (72.7%) mang thai ít nhất một lần**
  - **6 phụ nữ (54,5%) trải qua ít nhất 1 lần sinh sống**
  - **3 trường hợp (25.0%) UTMTC tái phát**

Reproductive Medicine and Biology

Reprod Med Biol. 2018 Jul; 17(3): 325–328.

Published online 2018 Jun 1. doi: [10.1002/rmb2.12209](https://doi.org/10.1002/rmb2.12209)

PMCID: PMC6046528

PMID: [30013435](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30013435/)

Pregnancy outcomes of women who received conservative therapy for endometrial carcinoma or atypical endometrial hyperplasia

Toshiya Matsuzaki,<sup>1</sup> Takeshi Iwasa,<sup>1</sup> Takako Kawakita,<sup>1</sup> Yuri Yamamoto,<sup>1</sup> Akiko Abe,<sup>1</sup> Aki Hayashi,<sup>2</sup> Kiyohito Yano,<sup>1</sup> Masato Nishimura,<sup>1</sup> Akira Kuwahara,<sup>1</sup> and Minoru Irahara<sup>1</sup>

# Kết cục có thai sau điều trị BTSS với Progestin

- Báo cáo loạt ca về kết cục thai kỳ HTSS sau bảo tồn ở 31 TH bị UT NMTC GD sớm (6 ca) & TSKĐH NMTC (25 ca) (Zhou và cs 2018): 31 chu kỳ, 16 IVF-ET & 5

ICSI-ET

Thông số	Kết cục
Số trứng chọc hút (TB)	6.0 ± 4.0
Số trứng MII (TB)	5.1 ± 4.1
Số phôi được chuyển (TB)	1.7 ± 0.8
Tỷ lệ thụ tinh	77.6%
Tỷ lệ làm tổ	<b>29.6% (16/54)</b>
Tỷ lệ có thai LS	<b>41.9% (13/31)</b>
Tỷ lệ sinh sống	<b>35.5% (11/31) (8 TH đơn thai và 3 TH song thai)</b>
Tái phát sang thương NMTC	<b>2 trường hợp (6.45%)</b>



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á  
THÁI BÌNH DƯƠNG 19

# Có thai tự nhiên hay hỗ trợ sinh sản (HTSS)?

- RL không phóng noãn trong là một yếu tố nguy cơ thường thấy đối với TSNMTC ở PN trẻ → tần suất HM / VS do RL phóng noãn cao → **nên có thai tự nhiên hay sớm có thai nhờ HTSS vì nguy cơ cao TSNM KDH / UT NMTC ?**



- HTSS thường được chỉ định → **tỉ lệ có thai và sinh sống cao hơn có ý nghĩa ở nhóm được thực hiện HTSS** so với nhóm chờ có thai tự nhiên

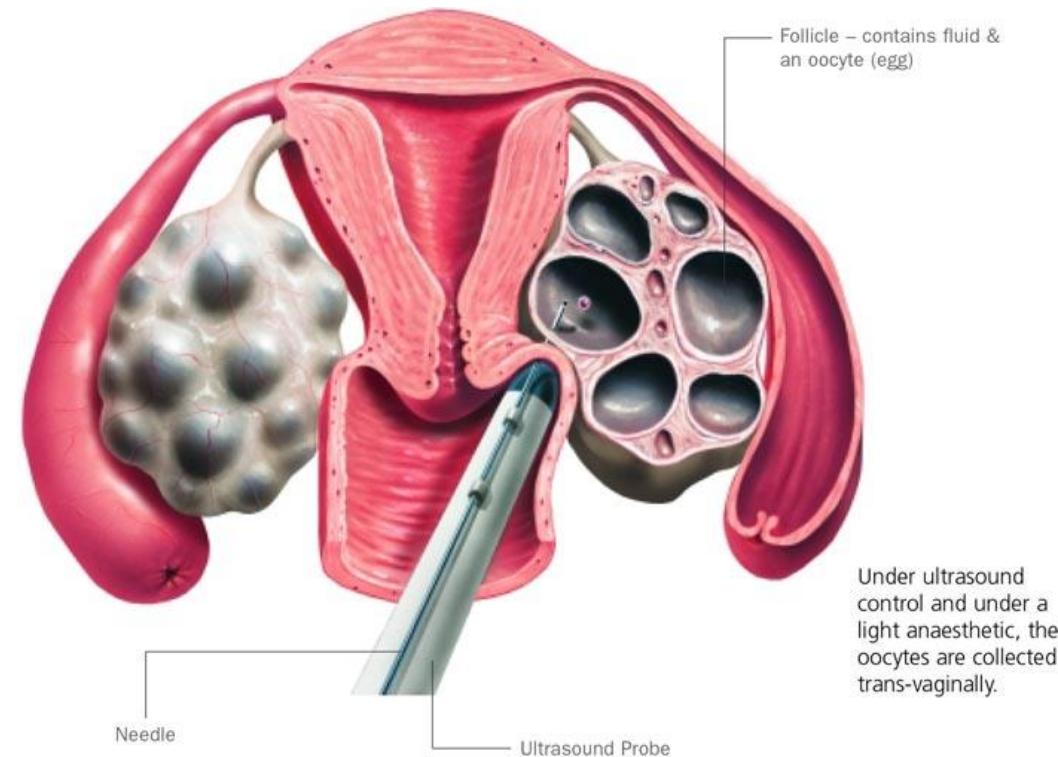
Gallos ID, Yap J, Rajkhowa M et al. Regression, relapse, and live birth rates with fertility-sparing therapy for endometrial cancer and atypical complex endometrial hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2012;207:266.  
Park JY, Seong SJ, Kim TJ et al. Pregnancy outcomes after fertility-sparing management in young women with early endometrial cancer. Obstet Gynecol 2013;121:136–142.



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19  
THÁI BÌNH DƯƠNG

# HTSS trên bn TSNMTC sau điều trị

- HTSS: Tăng sản xuất estrogen → có làm:
  1. Tăng tỉ lệ tái phát lại sau điều trị BTSS?
  2. Diễn tiến thành UT?



# HTSS trên NB TSNMTC sau điều trị

- Nhiều tác giả báo cáo nhiều BN có thai được ít nhất một lần, các BN này có nguy cơ thấp tái phát bệnh khi thực hiện HTSS
- **Park và cộng sự (2013):**
  - Đánh giá việc phối hợp sử dụng thuốc HTSS và nguy cơ tăng tái phát sau điều trị BTSS thành công bằng progestin
  - **Không tìm thấy bất kỳ phối hợp nào**

Silva IS, Wark PA, McCormack VA et al. Ovulation-stimulation drugs and cancer risks: A long-term follow-up of a British cohort. Br J Cancer 2009;100:1824–1831.  
Park JY, Seong SJ, Kim TJ et al. Pregnancy outcomes after fertility-sparing management in young women with early endometrial cancer. Obstet Gynecol 2013;121:136–142





HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19  
THÁI BÌNH DƯƠNG



# HTSS trên NB TSNMTC sau điều trị

- Thuốc sử dụng trong HTSS có thể được sử dụng an toàn sau điều trị thành công BTSS với progestin



Royal College of  
Obstetricians &  
Gynaecologists

## Management of Endometrial Hyperplasia

Green-top Guideline No. 67  
RCOG/BSGE Joint Guideline | February 2016

iMedPub Journals  
www.imedpub.com

Womens Health and Reproductive Medicine

2018  
Vol.1 No.1:1

### Outcomes of *In Vitro* Fertilization in Infertile Patients with Early-Stage Endometrial Cancer or Atypical Endometrial Hyperplasia: An Analysis of 31 Cases

Yuanzheng Zhou<sup>1</sup>,  
Shengyuan Ran<sup>1</sup>,  
Ling Weng<sup>2</sup>,  
Chengyan Deng<sup>1</sup>,  
Fangfang He<sup>1</sup>, Zhengyi Sun<sup>1</sup>,  
Hanbi Wang<sup>1</sup>, Jingran Zhen<sup>1</sup>  
and Qi Yu<sup>1\*</sup>



BJC home AOP Current issue Submit article

Web feeds

Br J Cancer. 2009 Jun 2; 100(11): 1824–1831. PMID: PMC2695698  
Published online 2009 May 12. doi: [10.1038/sj.bjc.6605086](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605086) PMID: [19436296](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19436296/)

### Ovulation-stimulation drugs and cancer risks: a long-term follow-up of a British cohort

I dos Santos Silva,<sup>1\*</sup> P A Wark,<sup>1,4</sup> V A McCormack,<sup>1,4</sup> D Mayer,<sup>1</sup> C Overton,<sup>2,4</sup> V Little,<sup>2</sup> J Nieto,<sup>3,4</sup> P Hardiman,<sup>3</sup> M Davies,<sup>2</sup> and A B MacLean<sup>3</sup>

## Reproductive Medicine and Biology

Reprod Med Biol. 2018 Jul; 17(3): 325–328. PMID: PMC6046528  
Published online 2018 Jun 1. doi: [10.1002/rmb2.12209](https://doi.org/10.1002/rmb2.12209) PMID: [30013435](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30013435/)

### Pregnancy outcomes of women who received conservative therapy for endometrial carcinoma or atypical endometrial hyperplasia

Toshiya Matsuzaki,<sup>1</sup> Takeshi Iwasa,<sup>1</sup> Takako Kawakita,<sup>1</sup> Yuri Yamamoto,<sup>1</sup> Akiko Abe,<sup>1</sup> Aki Hayashi,<sup>2</sup> Kiyohito Yano,<sup>1</sup> Masato Nishimura,<sup>1</sup> Akira Kuwahara,<sup>1</sup> and Minoru Irahara<sup>1</sup>

# TÓM TẮT

- TSKĐH NMTC sẽ diễn tiến UT NMTC
- Điều trị BTSS cho PN bị TS KĐH NMTC/ UT NMTC chưa có / chưa đủ con là thách thức lớn cho lâm sàng
- Liệu pháp nội tiết Progestin viên uống liên tục (MPA/ MA) và DCTC có nội tiết là các lựa chọn hiện nay điều trị BTSS
- Ngay khi kết thúc điều trị thành công BTSS, khuyến khích và cố gắng có thai ngay với HTSS
- Can thiệp ngoại khoa cắt TC ngay, khi diễn tiến nặng hoặc khi nhu cầu sinh sản kết thúc





THE **19<sup>th</sup>** VIETNAM – FRANCE – ASIA – PACIFIC  
CONFERENCE ON OBSTETRICS & GYNECOLOGY

**CẢM ƠN QUÍ VỊ ĐÃ LẮNG NGHE**

