

ĐIỀU TRỊ VÔ SINH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN SỚM: CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Xuyên✉, Nguyễn Ngọc Chiến, Nguyễn Thị Cẩm Vân
Lê Thị Như Nguyệt, Phạm Bá Nha, Lê Quang Vinh
Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Bệnh nhân ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm có vô sinh là một trong những thách thức của ngành hỗ trợ sinh sản. Trong những năm gần đây, nhu cầu bảo tồn khả năng sinh sản ở những phụ nữ trẻ mắc ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm (giai đoạn IA) ngày càng gia tăng. Sự phát triển của y học hiện đại đã mở ra hướng đi mới thông qua các phác đồ điều trị nội khoa bằng progestin kết hợp với các kỹ thuật can thiệp ít xâm lấn. Điều trị thành công bệnh nhân vô sinh có ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm đã bảo tồn tử cung đã giúp cho bệnh nhân vừa chiến thắng bệnh tật vừa có cơ hội làm mẹ, cũng như giúp khẳng định chiến lược cá thể hoá điều trị bệnh trong hỗ trợ sinh sản là hiệu quả và an toàn, tăng tỷ lệ thai sinh sống.

Từ khoá: Vô sinh, ung thư niêm mạc tử cung, cá thể hoá điều trị vô sinh, bảo tồn sinh sản.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư niêm mạc tử cung là bệnh lý ác tính phụ khoa phổ biến thứ sáu ở phụ nữ trên toàn thế giới. Mặc dù bệnh thường gặp ở độ tuổi sau mãn kinh, nhưng có một tỷ lệ nhất định các trường hợp được chẩn đoán ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.¹ Phương pháp điều trị chuẩn truyền thống bao gồm cắt tử cung toàn phần và hai phần phụ, điều này đồng nghĩa với việc bệnh nhân sẽ mất vĩnh viễn khả năng khả năng mang thai và đối mặt với những tác động tâm lý, chất lượng cuộc sống nghiêm trọng.²

Trong những năm gần đây, nhu cầu bảo tồn khả năng sinh sản ở những phụ nữ trẻ mắc ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm (giai đoạn IA) ngày càng gia tăng.² Sự phát triển của y học hiện đại đã mở ra hướng đi mới thông qua các phác đồ điều trị nội khoa bằng progestin

kết hợp với các kỹ thuật can thiệp ít xâm lấn. Tuy nhiên, việc đánh giá bệnh nhân phù hợp, quy trình chẩn đoán chính xác mức độ xâm lấn cơ tử cung và thiết lập một lịch trình theo dõi nghiêm ngặt vẫn là những thách thức lớn đối với các nhà lâm sàng.²

Các hướng dẫn của các hiệp hội chuyên môn lớn về ung bướu phụ khoa, hỗ trợ sinh sản đã phối hợp đưa ra các khuyến cáo dựa trên bằng chứng về việc cá thể hóa điều trị, không chỉ tập trung vào việc loại bỏ khối u thông qua kỹ thuật nội soi buồng tử cung mà còn nhấn mạnh vai trò của phối hợp đa chuyên khoa và hỗ trợ sinh sản sớm ngay sau khi bệnh thuyên giảm. Việc chẩn đoán đúng, điều trị cá thể hoá từng trường hợp đóng vai trò quyết định trong việc giúp bệnh nhân vừa chiến thắng bệnh tật, vừa thực hiện được thiên chức làm mẹ.²

Tại Việt Nam, các báo cáo về điều trị bảo tồn khả năng sinh sản ở bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung còn hạn chế. Chúng tôi báo cáo một trường hợp điều trị thành công tại Vinmec nhằm minh họa tính khả thi của chiến lược này.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Xuyên
Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
Email: drnguyensexuyen@gmail.com
Ngày nhận: 10/03/2026
Ngày được chấp nhận: 03/04/2026

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Người bệnh Đào Thị.Q.H, giới tính nữ, sinh 24/8/1985, kết hôn năm 2015, khám lần đầu tại bệnh viện Vinmec tháng 7 năm 2020 - 35 tuổi, mong con 5 năm với AMH: 2.3 ng/ml, AFC: 10 nang thứ cấp, tế bào cổ tử cung bình thường, chồng sinh năm 1987, tinh dịch đồ bình thường theo tiêu chuẩn WHO 2021. Para: 0000 - chưa từng mang thai trước đó. Năm 2019 người bệnh điều trị IVF lần đầu tiên tại bệnh viện B do tắc vòi, thu được 13 noãn, tạo được 2 phôi ngày 5, chuyển phôi 2 lần không có thai. Tháng 10 năm 2020 người bệnh làm IVF tại bệnh viện Vinmec Times City với phác đồ GnRH antagonist liều FSH 300 đơn vị/ ngày, thu được 6 noãn, tạo được 5 phôi ngày 3.

Trong quá trình chuẩn bị niêm mạc tử cung chuyển phôi trứng, kết quả siêu âm có niêm mạc tử cung không đều. Người bệnh được chỉ định nội soi buồng tử cung chẩn đoán quan sát thấy niêm mạc tử cung biến đổi màu sắc, xù xì, không rõ ranh giới. Người bệnh được nạo toàn bộ niêm mạc tử cung gửi giải phẫu bệnh và được kết luận là: Đặc điểm hình thái mô bệnh học cho thấy ít nhất là tổn thương quá sản không điển hình/ tân sản nội biểu mô nội mạc (AH/EIN), chưa loại trừ ung thư biểu mô dạng nội mạc biệt hoá cao (EC) FIGO 1 do có một số vùng có đặc điểm cấu trúc phức tạp và thông nhau.

Người bệnh được hội chẩn đa chuyên khoa tại bệnh viện Vinmec Times City bao gồm: Chuyên gia hỗ trợ sinh sản, chuyên gia ung thư phụ khoa, chuyên gia giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh chụp MRI không thấy tổn thương xâm lấn và không thấy di căn hạch, không thấy di căn xa. Kết luận chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung: T1aN0M0 giai đoạn IA theo FIGO 2009. Người bệnh được chỉ định điều trị đặt vòng nội tiết Mirena và điều trị nội khoa từ 11/2020 đến

04/2021. Tháng 04/2021 người bệnh được nội soi lại buồng tử cung, sinh thiết niêm mạc tử cung gửi giải phẫu bệnh kết quả polyp nội mạc (không cuống) kèm quá sản nội mạc khu trú (loại đơn giản).

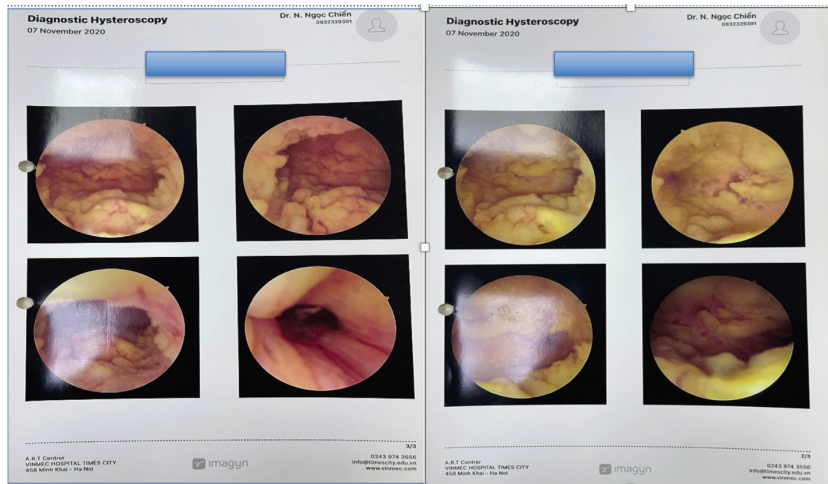
Tháng 5/2022: chuyển 2 phôi trứng ngày 5 (độ 3) tại Vinmec kết quả không có thai. Tháng 6 năm 2022 người bệnh làm xét nghiệm đánh giá yếu tố miễn dịch tại niêm mạc tử cung, kết quả niêm mạc tử cung có miễn dịch quá mức.

Tháng 9/2022: chuyển tiếp 2 phôi trứng ngày 5, độ 3, không có thai. hết phôi. Tháng 1 năm 2023 người bệnh làm IVF lần 3, kích thích buồng trứng phác đồ ngắn GnRH agonist liều FSH 300 đơn vị, thu được 5 noãn, tạo được 4 phôi ngày 5, ngày 6.

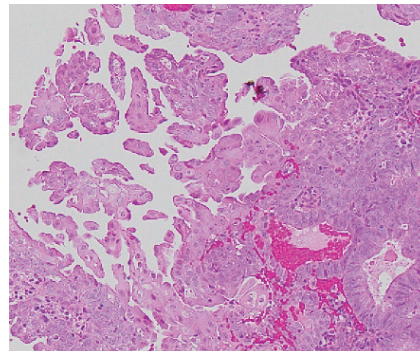
Tháng 2/2023: chuẩn bị niêm mạc tử cung phác đồ kích nhẹ buồng trứng: Femara phối hợp với Menopur 75 đơn vị/ ngày, kết quả siêu âm niêm mạc mỏng 3 mm, chỉ định soi buồng tử cung chẩn đoán ngày 3/3/2023 niêm mạc tử cung mỏng, đều, bình thường, xét nghiệm tế bào học kết quả bình thường (dịch rửa buồng tử cung do niêm mạc mỏng không lấy được mẫu sinh thiết). Tháng 03 năm 2023: chuyển 01 phôi trứng ngày 6, độ 1, không có thai. Tháng 04/2023: chuyển 01 phôi trứng ngày 5, độ 1, không có thai.

Tháng 07/2023: chuyển 02 phôi trứng ngày 6, độ 3, có thai, người bệnh đẻ mổ tháng 03/2024 với chỉ định thai 38 tuần 5 ngày, tiểu đường thai kỳ, lớn tuổi, ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm đã điều trị ổn định, kết quả sinh 01 con trai cân nặng 2895 gam apgar 8-9-10, mất máu 400 ml trong mổ. Hiện tại trẻ sau sinh > 1,5 tuổi khoẻ mạnh và người mẹ được theo dõi định kỳ cùng chuyên gia ung thư phụ khoa.

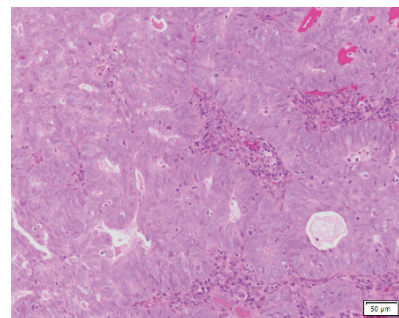
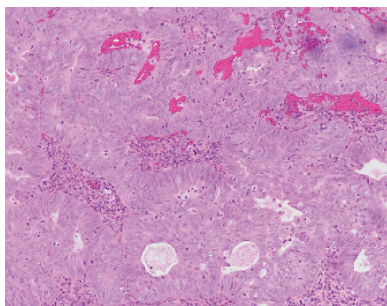
Tổng số chu kỳ mà người bệnh đã kích trứng làm IVF là 3 lần và chuyển phôi trứng 7 lần, kết cục thai kỳ là 01 con trai khoẻ mạnh hiện tại 46 tháng tuổi.



Hình 1. Kết quả soi buồng tử cung chẩn đoán tháng 11/2020



Hình 2. Hình ảnh trước điều trị progesterin (11/2020): Dị sản thanh dịch (H&E, x20)



Hình 3. Hình ảnh trước điều trị progesterin (11/2020): Quá sản nội mạc tử cung không điển hình/ tân sản nội biểu mô nội mạc tử cung (H&E, x20)

Hình 2 và 3: Hình ảnh trước điều trị progesterin (11/2020): Dị sản thanh dịch. và quá sản nội mạc tử cung không điển hình/ tân sản nội biểu mô nội mạc tử cung (H&E, x20).

Kết quả mô bệnh học sinh thiết nội mạc tử

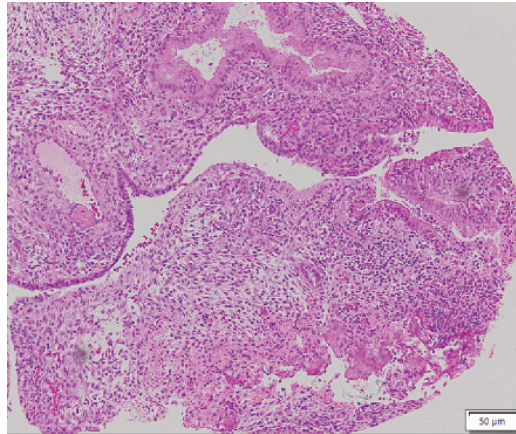
cung trước điều trị progesterin: Trên nhiều tiêu bản nhuộm HE, thấy có hình ảnh quá sản nội mạc tử cung lành tính, với đặc trưng là sự tăng sinh tuyến và mô đệm nhưng vẫn bảo tồn cấu trúc cơ bản. Xen kẽ các vùng quá sản không

điển hình, biểu hiện bởi tăng mật độ tuyến, nhân tế bào tăng sắc và mất cực tính một phần, giữa các tuyến vẫn còn mô đệm và có thâm nhiễm tế bào viêm một nhân.

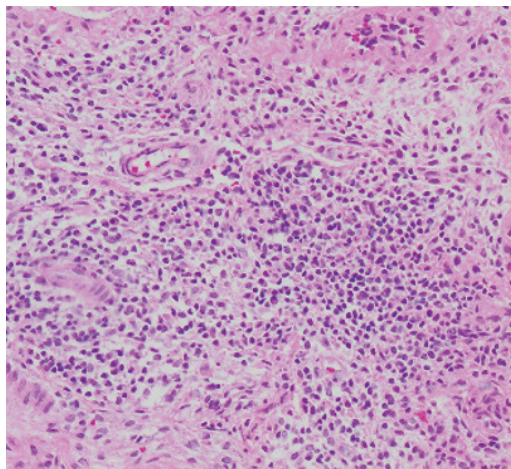
Bên cạnh đó trên một số tiêu bản khác có nhuộm hóa mô miễn dịch với dấu ấn CD138, thấy tương bào bất màu màng tế bào hoàn toàn thâm nhiễm lan tỏa hay ổ nhỏ tập trung quanh các tuyến. tiêu chuẩn chẩn đoán viêm nội mạc tử cung mạn tính.

Ngoài ra, còn quan sát thấy các ổ nhỏ tế bào dị sản vảy và dị sản thanh dịch rải rác trong mô tuyến. Những biến đổi này phản ánh sự đa dạng về hình thái học trong quá trình tăng sinh nội mạc tử cung và có thể liên quan đến nguy cơ tiến triển thành tổn thương ác tính.

Kết luận: Quá sản nội mạc tử cung không điển hình/tân sản nội biểu mô nội mạc tử cung và viêm mạn tính.



Hình 4. Hình ảnh sau điều trị progestin: Nội mạc đáp ứng sau điều Progestin có biến đổi dạng polyp chức năng (H&E, x20)



Hình 5. Hình ảnh sau điều trị progestin: Viêm nội mạc tử cung mạn tính, nhiều lympho bào và tương bào sau điều trị (H&E, x20)

Hình 4 và 5: Hình ảnh sau điều trị Progesterin 6 tháng:

Nội mạc tử cung cho thấy hình ảnh đáp ứng tốt với điều trị nội tiết, mật độ tuyến giảm rõ rệt, cấu trúc mô đệm được bảo tồn. Không thấy tổn thương quá sản không điển hình trên sinh thiết.

Các tuyến có kích thước và hình dạng không đồng đều, lòng tuyến giãn rộng, một số tuyến chia nhánh biểu hiện chế tiết. Mô đệm giàu mạch máu, một số vị trí phù nề, kèm thâm nhiễm tế bào viêm mạn tính rải rác. Bề mặt polyp được phủ bởi lớp biểu mô nội mạc, các tế bào hình trụ đều nhau, nhân nhỏ ở cực đáy. Mô đệm phản ứng viêm mạn tính, thâm nhiễm lympho bào và tương bào rải rác. Kết luận: Polyp nội mạc tử cung chức năng do ảnh hưởng của progesterin.

III. BÀN LUẬN

Thực tế, tỷ lệ ung thư niêm mạc tử cung ở người trẻ tuổi < 40 tuổi ngày càng tăng. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về quản lý khả năng bảo tồn sinh sản cho những bệnh nhân ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm có khát vọng được làm mẹ. Năm 2023, các hiệu hội chuyên môn lớn ở châu Âu về ung thư phụ khoa và hỗ trợ sinh sản đã đưa ra tài liệu hướng dẫn điều trị vô sinh ở bệnh nhân có ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm. Tài liệu này đã phối hợp đưa ra các khuyến cáo dựa trên bằng chứng về việc cá thể hóa điều trị, không chỉ tập trung vào việc loại bỏ khối u thông qua kỹ thuật nội soi buồng tử cung mà còn nhấn mạnh vai trò của phối hợp đa chuyên khoa và hỗ trợ sinh sản sớm ngay sau khi bệnh thuyên giảm.²

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm đã được thực hiện tại các bệnh viện phụ sản và ung bướu hàng đầu, tập trung vào hai hướng chính: phẫu thuật điều trị triệt căn (nội soi) và điều trị bảo tồn khả năng sinh sản cho phụ nữ trẻ. Nghiên cứu tại Bệnh viện Từ Dũ trên 238 trường hợp cho

thấy liệu pháp Progesterin có hiệu quả cao trong việc làm thoái triển các tổn thương tăng sinh nội mạc tử cung (tiền thân của ung thư), với tỷ lệ thoái triển chung đạt 84,45% sau 3 tháng.³ Các chuyên gia tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nhấn mạnh việc sử dụng soi buồng tử cung sinh thiết, siêu âm và chụp MRI để đánh giá chặt chẽ mức độ tổn thương trước khi quyết định bảo tồn.⁴ Trong nghiên cứu 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 kết quả cho thấy có 45,1% bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm (I,II) liên quan đến vô sinh, đây là một con số không hề nhỏ.⁵ Bàn luận về nguyên nhân gây ung thư niêm mạc tử cung ở trường hợp này có thể liên quan đến sự tăng quá mức estrogen không đối kháng ở những lần làm thụ tinh trong ống nghiệm trước đó.

Ca lâm sàng báo cáo của chúng tôi là người bệnh trẻ tuổi (35 tuổi), chưa có con, đang điều trị hiếm muộn và phát hiện ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn IA, giai đoạn sớm theo FIGO 2009. Với mong muốn giữ lại tử cung để mang thai, người bệnh đã được điều trị nội khoa bằng vòng nội tiết Levonorgestrel (LNG-IUD) 52 mg (Mirena) 6 tháng, với 2 lần soi buồng tử cung chẩn đoán và sinh thiết niêm mạc tử cung xét nghiệm giải phẫu bệnh sau điều trị. Sau điều trị nội khoa, niêm mạc tử cung không còn tổn thương nghi ngờ quá sản niêm mạc tử cung, và người bệnh được chuyển điều trị hiếm muộn để có cơ hội làm mẹ.

Ngay giai đoạn đầu của điều trị hỗ trợ sinh sản, IVF Vinmec đã thực hiện nội soi buồng tử cung chẩn đoán khi hình ảnh siêu âm có nghi ngờ tổn thương ở niêm mạc tử cung. Kết quả nội soi buồng tử cung quan sát thấy niêm mạc trong buồng tử cung không đều, xù xì, mật độ cứng chắc, nghĩ đến tổn thương ung thư tại niêm mạc tử cung. Nạo toàn bộ buồng tử cung gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh, việc nạo buồng tử cung (D&C): Có thể được sử dụng thay thế

cho nội soi buồng tử cung trong một số trường hợp để lấy mẫu toàn diện.^{6,7} Tuy nhiên trường hợp này chúng tôi đã thực hiện phối hợp nội soi buồng tử cung chẩn đoán và nạo toàn bộ buồng tử cung. Người bệnh đã được chụp MRI để loại trừ ung thư xâm lấn đặc biệt là di căn hạch, di căn xa. Đây là công cụ giúp các nhà lâm sàng có cơ sở điều trị bảo tồn tử cung cho người phụ nữ vô sinh không may mắc ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm hoặc những quá sản niêm mạc tử cung không điển hình. Việc điều trị nội khoa và theo dõi sát người bệnh trong 6 tháng điều trị cũng là thách thức lớn với các chuyên gia ung thư phụ khoa. Lựa chọn loại progestin tổng hợp phù hợp như là đường uống, đường tiêm hay dụng cụ tử cung có chứa nội tiết cũng tùy thuộc vào cá thể bệnh nhân. Bệnh nhân của chúng tôi được lựa chọn sử dụng vòng nội tiết cũng tùy thuộc vào cá thể bệnh nhân. Bệnh nhân của chúng tôi được lựa chọn sử dụng vòng nội tiết Mirena (levonorgestrel 52 mg) bởi tính thuận tiện của dụng cụ này có tác dụng tại chỗ và chỉ phải đặt vòng một lần sẽ có tác dụng kéo dài trên 6 tháng. Đây là một vòng chữ T nhỏ chứa 52 mg levonorgestrel và được phủ bên ngoài bởi một lớp màng polydimethylsiloxane có tác dụng điều chỉnh tốc độ phóng thích levonorgestrel mỗi ngày vào buồng tử cung là 20 µg.

Theo theo tài liệu “Hướng dẫn điều trị bảo tồn khả năng sinh sản cho bệnh nhân ung thư niêm mạc tử cung” chỉ ra rằng việc kết hợp giữa phẫu thuật nội soi buồng tử cung và dùng thuốc mang lại tỷ lệ thành công cao nhất lên đến 90 - 95,3%.²

Sau khi điều trị ung thư niêm mạc tử cung, bệnh nhân đã được thực hiện 5 lần vừa chuyển phôi vừa theo dõi tình trạng niêm mạc để đánh giá nguy cơ tái phát bệnh, người bệnh hoàn toàn khoẻ mạnh, sinh con khoẻ mạnh. Bàn luận về việc bệnh nhân thất bại làm tổ nhiều lần trong quá trình điều trị có khá nhiều nguyên nhân. Như chúng ta đã biết bệnh nhân 35 tuổi có thể có chất lượng noãn, chất lượng phôi giảm sẽ làm giảm tỷ lệ đậu thai. Tuy nhiên, trường hợp

này đã có nhiều lần chuyển phôi độ 1 không đậu thai, mà lần cuối cùng chuyển 02 phôi ngày 6 độ 3, chất lượng kém và kết quả là thai sinh sống. Bên cạnh đó, niêm mạc tử cung đóng vai trò quan trọng trong quá trình tiếp nhận phôi về làm tổ. Quan sát các kết quả giải phẫu bệnh sau điều trị và kết quả đánh giá yếu tố miễn dịch tại buồng tử cung của bệnh nhân chúng tôi nhận thấy niêm mạc tử cung sau điều trị ung thư niêm mạc tử cung ở trường hợp này vẫn còn tồn tại các tương bào khi nhuộm CD138 thể hiện viêm niêm mạc tử cung mãn tính, và yếu tố miễn dịch ở niêm mạc tử cung đang hoạt động quá mức. Đây là nguyên nhân chính làm cho quá trình thất bại làm tổ diễn ra nhiều lần ở bệnh nhân. Mặc dù, bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị ngay sau lần chuyển phôi thất bại thứ hai. Vậy khi có phôi tốt thì các bác sĩ điều trị cũng cần đánh giá kỹ lưỡng buồng tử cung, nơi đón nhận phôi về làm tổ, để làm tăng tỷ lệ có thai cũng như tăng tỷ lệ thai sinh sống trong hỗ trợ sinh sản.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm ở người trẻ tuổi có thể bảo tồn khả năng sinh sản, mở ra cánh cửa cho người phụ nữ vừa chiến thắng bệnh tật vừa có cơ hội làm mẹ. Ca bệnh điển hình này giúp cho các bác sĩ điều trị hỗ trợ sinh sản cần có góc nhìn tổng quan hơn về tình trạng người bệnh trước khi thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản để có chiến lược điều trị cá thể hoá người bệnh an toàn và hiệu quả.

Bên cạnh việc tạo ra những tế bào phôi tốt để tăng khả năng thụ thai thì các chuyên gia hỗ trợ sinh sản không thể quên vai trò quan trọng của niêm mạc tử cung để đón nhận phôi làm tổ.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm IVF bệnh viện Vinmec Times City đã tạo điều kiện cho chúng tôi trong thăm khám và điều trị cho bệnh nhân một cách tốt nhất, đồng cảm

ơn các chuyên gia ung thư phụ khoa, chuyên gia giải phẫu bệnh, chuyên gia chẩn đoán hình ảnh, cũng như chuyên gia hỗ trợ sinh sản đã và đang công tác tại bệnh viện Vinmec Times City đã hỗ trợ về mặt chuyên môn trong ca lâm sàng thành công này. Chúng tôi xin cam đoan mọi thông tin cung cấp về ca lâm sàng này là sự thật, và nội dung bài báo cáo chưa được đăng trên bất kỳ tạp chí nào. Chúng tôi xin chịu trách nhiệm với toàn bộ những cam kết nêu trên.

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. Rodolakis A, Scambia G, Planchamp F, et al. ESGO/ESHRE/ESGE Guidelines for the fertility-sparing treatment of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc*. 2023;33(2):208-222. doi:10.1136/ijgc-2022-004047
3. Nguyễn Hồng Hoa, Lê Chí Thanh. Tỷ lệ thoái triển của tầng sinh nội mạc tử cung sau điều trị Progestin tại Bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2025;189(4):128-137. doi:10.52852/tcncyh.v189i4.3212
4. Đinh Thị Hiền Lê, Vũ Bá Quyết, Ngô Phan Thanh Thuý. Ung thư niêm mạc tử cung ở người trẻ tuổi. *Tạp chí Phụ Sản*. 2015;13(2A):126-127. doi:10.46755/vjog.2015.2A.867
5. Phạm Thành Đạt, Lê Trí Chinh, Vũ Hồng Thăng, và cs. Kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I, II ở bệnh nhân dưới 40 tuổi tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;546(2). doi:10.51298/vmj.v546i2.12586
6. Falcone F, Leone Roberti Maggiore U, Di Donato V, et al. Fertility-sparing treatment for intramucous, moderately differentiated, endometrioid endometrial cancer: a Gynecologic Cancer Inter-Group (GCIG) study. *J Gynecol Oncol*. 2020;31(5):e74. doi:10.3802/jgo.2020.31.e74
7. Auclair MH, Yong PJ, Salvador S, et al. Guideline No. 390-Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2019;41(12):1789-1800. doi:10.1016/j.jogc.2019.03.025

Summary

INFERTILITY TREATMENT FOR EARLY-STAGE ENDOMETRIAL CARCINOMA: A CASE REPORT

Managing patients with early-stage endometrial carcinoma who suffer from infertility is one of the significant challenges in the field of assisted reproduction. In recent years, there has been an increasing demand for fertility-sparing treatment among young women diagnosed with early-stage endometrial carcinoma (Stage IA). Advances in modern medicine have opened new therapeutic directions through medical protocols involving progestins combined with minimally invasive interventions. The successful treatment of infertile patients with early-stage endometrial carcinoma while preserving the uterus not only treat the disease but also conserves motherhood. Furthermore, these successes confirm that personalized treatment strategies in assisted reproduction are both effective and safe, ultimately increasing the live birth rate.

Keywords: Infertility, early-stage endometrial carcinoma, personalized infertility treatment, fertility preservation.