

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA

- | | |
|---|---|
| 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ | 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị |
| 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà | 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm |
| 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và
điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà | 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau
do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như |
| 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên | 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm |
| 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán
hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa | 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ |
| 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến |
| 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và
bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ | 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy |
| 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới
Nguyễn Khánh Linh | |
| 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật
ngoại phụ khoa
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | |
| 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi
mang thai
Bùi Quang Trung | |
| 43 < Ngồi mông: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như | |

JOURNAL CLUB

- | | |
|--|--|
| 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa:
Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở
bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh | |
| 88 < NSAIDs không làm tăng huyết áp dài đẳng giai đoạn hậu sản | |
| 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có
huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai | |
| 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong
thai kỳ | |
| 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC | |
| 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM | |

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MÃN KINH”
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



ĐIỀU TRỊ KHỐI U BUỒNG TRỨNG GIÁP BIÊN ÁC TÍNH

Nguyễn Thị Ngọc Phượng^{1,2}, Hồ Ngọc Anh Vũ³

¹Hội Phụ sản Việt Nam, ²HOSREM

³Bệnh viện Mỹ Đức



ĐẠI CƯƠNG

U buồng trứng giáp biên ác tính (borderline ovarian tumors – BOT) là một bệnh lý thường gặp ở nhóm phụ nữ trẻ tuổi, trong độ tuổi sinh sản, với độ tuổi trung bình mắc bệnh là 38. Độ tuổi này trẻ hơn 10 tuổi so với nhóm phụ nữ bị ung thư biểu mô buồng trứng trong độ tuổi sinh sản (Burger và cs, 2000; Morice và cs, 2006). Tỷ lệ mắc BOT là 1,8 đến 4,8 phụ nữ/ 100.000 phụ nữ mỗi năm và chiếm từ 15 – 20% các trường hợp ung thư biểu mô buồng trứng (Sherman và cs, 2004; Skirnisdottir và cs, 2008).

BOT thường tiến triển thuận lợi, lành tính; tuy nhiên, một số ít bệnh nhân có tiến triển nặng, có thể đưa đến tử vong. Tỷ lệ tiến triển thành u ác tính thường nằm ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, từ 15 đến 29 tuổi (Kennedy và Hart, 1996).

Điều cần chú ý là u buồng trứng giáp biên ác không là một loại u buồng trứng nằm giữa lành tính và ác tính mà là một bệnh lý riêng. Khác biệt với ung thư biểu mô buồng trứng ở các đặc điểm: (i) khác biệt trong tỷ lệ phân bố mô học khối u, (ii) giai đoạn FIGO thấp hơn, (iii) tiên lượng chung tốt, (iv) tần suất đột biến BRCA thấp hơn (Fischerova và cs, 2012). Hầu hết BOT là u của biểu mô, dạng thể dịch trong hoặc dịch nhầy, có các đặc điểm rất khác biệt nhau. Chẩn đoán đúng BOT gặp nhiều khó khăn.

Hình ảnh vi thể của BOT có các thay đổi mô học giống như hình ảnh các loại u ác tính. Tế bào phát triển mạnh, phân tầng, xếp thành nhiều lớp.

Có nhiều tế bào phân bào với nhân không điển hình nhưng quan trọng nhất là không có hiện tượng xâm lấn phá hủy mô đệm. U có thể phát triển đến các giai đoạn lâm sàng I, II, III, thậm chí trẻ hơn (FIGO).

Về điều trị, việc bảo tồn khả năng sinh sản khi điều trị là rất quan trọng, nhất là đối với phụ nữ châu Á. Về điều trị phẫu thuật lần đầu thường là bảo tồn buồng trứng.

PHÂN LOẠI

Có hai nhóm BOT thường gặp nhất: BOT thể dịch trong (serous BOT – sBOT) với tỷ lệ khoảng 53,3% và BOT thể dịch nhầy (mucinous BOT – mBOT) với tỷ lệ 42,5% (du Bois và cs, 2009). Tỷ lệ khác biệt tùy theo các nhóm dân số khác nhau. Ở Đức, Ý và Hoa kỳ, sBOT chiếm tỷ lệ hơn 70% trong khi tại Bắc Âu và Tây Ban Nha: sBOT và mBOT ngang bằng. Với phụ nữ châu Á, mBOT thường gặp hơn (Fischerova và cs, 2012).

Đặc điểm hai nhóm BOT thường gặp (Bảng 1)

Đặc điểm hai tiểu nhóm của mBOT (Bảng 2)

NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

Nguyên tắc chung

Đối với bệnh nhân trẻ và còn cần khả năng sinh sản, cần bảo tồn ít nhất một buồng trứng.

Bác sĩ cần tư vấn bệnh nhân kỹ về khả năng tái phát và tỷ lệ có thai cộng dồn của mỗi phương pháp can thiệp để bệnh nhân và gia đình cùng quyết định chọn biện pháp giải quyết.

Bảng 1. Đặc điểm hai nhóm BOT thường gặp.

Đặc điểm	U buồng trứng giáp biên ác thể dịch trong – sBOT	U buồng trứng giáp biên ác thể dịch nhầy – mBOT
U 2 bên	– 30%.	– 10% tần suất u dịch nhầy. – 40 - 50% u buồng trứng lành tính.
Yếu tố tiên lượng xấu	– 2 bên. – Có dạng nhú vi thể (MP). – Vi xâm lấn (3 - 5 mm, < 10 mm ² diện tích). – Có nốt rải ngoài buồng trứng (extraovarian implants). – Có xâm lấn vào hạch (+). – Nhóm sBOT-MP thường có: nhú bề mặt buồng trứng 2 bên và nốt rải phúc mạc.	– Không có hoặc rất ít có nốt rải ngoài.
Có xâm lấn vào hạch	– 20 - 30%. – Thường xâm lấn vi thể. – Tỷ lệ sống 5 năm không khác biệt giữa hạch +/-. – Có thể xâm lấn qua màng phúc mạc, không do đường bạch huyết.	
Tiên lượng	– Đa số sBOT là u tiên phát (de novo), 5 - 10% từ u lành tính. – Tiên lượng sống 5 năm: 98% nếu chẩn đoán và điều trị đúng. – 90% giai đoạn lâm sàng muộn nhưng nốt rải không xâm lấn. – 66% nếu nốt rải xâm lấn.	– 9% i.mBOT tái phát sau 5 năm, 13% sau 10 năm, dưới dạng KBT dịch nhầy. – Có thể có dạng serous - mucinous (pha lẫn lộn thể dịch trong - dịch nhầy). – Yếu tố serous quyết định cách xử trí và tiên lượng (ie. sBOT-MP).
Điều trị	– Chủ yếu là phẫu thuật bóc nang (C). – Chưa chứng minh vai trò hóa trị hỗ trợ. – Cần theo dõi lâu dài sau điều trị. – Bệnh nhân trẻ: bảo tồn khả năng sinh sản nhưng cần nhớ có tỷ lệ tái phát cao.	– Cắt phần phụ 1 bên (USO) tốt hơn bóc nang (C). – Sinh thiết lạnh khó khăn vì nhiều yếu tố khác nhau trong khối u (high heterogeneity). – Cần cắt nhiều lát: 1 lát/cm nếu u < 10 cm; 2 lát/cm nếu u > 10 cm, nhiều hơn nếu có nhiều phân bào, nang không điển hình.

Bảng 2. Đặc điểm hai tiểu nhóm của mBOT.

Đặc điểm	mBOT, nhóm giống kênh cổ tử cung (e.mBOT) (%)	mBOT, nhóm giống ruột (i.mBOT) (%)
Tần suất	15	85
Tuổi trung bình	34 (35 - 39)	41 (40 - 50)
Có ở 2 bên buồng trứng	40	6
Đường kính trung bình khối u (cm)	8	19
Nhiều thủy	20	70
Tế bào Goblet	0	100
Kèm u lạc nội mạc tử cung	30	6
Giai đoạn lâm sàng muộn II-III	24	10
Nốt rải hoặc di căn hạch	20	0
Viêm phúc mạc giả dịch nhầy (pseudomyxoma peritonei)	0	17

Nguyên tắc phẫu thuật

- Nếu có nghi ngờ u ác tính: đường mổ dọc giữa dưới rốn.
- Nếu không nghi ngờ ác tính, khối u có kích thước < 12 cm:
 - Phẫu thuật nội soi.
 - Quan sát khi camera mới vào ổ bụng: phúc mạc vùng chậu và vùng bụng, gan, đại tràng, trực tràng, mạc nối lớn.
 - Nếu phát hiện có dấu hiệu nghi ngờ, chuyển sang mổ mở để tránh tái phát.
 - Hút dịch ổ bụng để tìm tế bào ung thư.
 - Thăm sát gan, dạ dày, đại-trực tràng.
 - Sinh thiết phúc mạc thành bụng.
 - Cắt mạc nối lớn.
 - Nếu nghi ngờ có thể sinh thiết buồng trứng bên đối diện (?).
 - Cắt phần phụ, nếu có thể, gửi sinh thiết lạnh.
- Nghiên cứu phân tích gộp của Ines Vasconcelos ghi nhận chưa có đủ bằng chứng chứng minh việc điều trị hóa chất sau phẫu thuật là có hiệu quả.
- Đa số các trường hợp tái phát đã được phát hiện sớm nhờ theo dõi sát nên can thiệp kịp thời, dù vẫn có nhiều trường hợp đã chuyển sang ác tính. Tránh được tái phát là tốt nhất.

CÁI LÂM SÀNG

Bệnh án 1

Chị N.T.A. 32 tuổi, lập gia đình được 1 năm, đang mong con. Bệnh nhân đến khám do siêu âm trước đây có u nang buồng trứng bên trái với đường kính khoảng 7 cm, phản âm đồng nhất. Sau đó, chị đã được phẫu thuật nội soi bóc nang. Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận u nang buồng trứng thể dịch trong, giáp biên ác tính (sBOT), không có nốt rải xâm lấn trên phúc mạc. Bệnh nhân rất hoang mang, lo lắng và mong muốn được bác sĩ tư vấn về tình hình bệnh trạng hiện tại, tiên lượng và hướng theo dõi, điều trị trong tương lai.

Bệnh án 2

Chị N.T.B. 34 tuổi, PARA1021 (1 lần sinh con ngả âm đạo và 2 lần bỏ thai sau sinh).

Bệnh nhân khám sức khỏe tại công ty. Khi siêu âm phụ khoa, kết quả ghi nhận hình ảnh u buồng

trứng 2 bên. U buồng trứng bên trái có phản âm đồng nhất, đường kính khoảng 10 cm, bên phải có phản âm đồng nhất, đường kính khoảng 6 cm. Bệnh nhân khám và tư vấn tại 1 bệnh viện phụ sản lớn được chỉ định mổ nội soi. Bệnh nhân được mổ nội soi cắt phần phụ trái, bóc nang buồng trứng phải. Trong quá trình phẫu thuật, nang không bị vỡ. Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận u nang buồng trứng hai bên, thể dịch nhầy, tế bào biểu mô giống tế bào tuyến kênh cổ tử cung (e.mBOT). Bệnh nhân đến tái khám vết mổ và xin được tư vấn về kết quả mổ.

BÀN LUẬN

Bệnh án 1

Chị A, 32 tuổi, có u buồng trứng giáp biên ác, đã được phẫu thuật nội soi bóc u. Tỷ lệ u buồng trứng có ở 2 bên chỉ 30%, chưa thấy có dấu hiệu tiên lượng xấu (xâm lấn vi thể, nốt rải xâm lấn ngoài buồng trứng, không di căn hạch). Tỷ lệ tái phát đối với sBOT đã được bóc u là 12,5%. Tiên lượng sống 5 năm là 90 – 98%. Đang mong con, tỷ lệ có thai cộng dồn có thể đến 40,3% (Ines Vasconcelos và cs, 2015).

Tư vấn:

- Theo dõi 3 tháng một lần.
- Điều trị để có thai.
- Chưa cần phẫu thuật trở lại và cũng chưa cần hóa trị bổ sung.

Bệnh án 2

Chị B, 34 tuổi, PARA 1021, có u buồng trứng 2 bên, đường kính trước mổ # 6 cm và 10 cm, đã nội soi cắt phần phụ (trái), bóc u buồng trứng (phải). Trong quá trình phẫu thuật, nang không bị vỡ. Kết quả giải phẫu bệnh lý ghi nhận u nang buồng trứng hai bên, thể dịch nhầy, tế bào biểu mô giống tế bào tuyến kênh cổ tử cung (e.mBOT). Tiên lượng trên bệnh nhân là khoảng 9% tái phát sau 5 năm và 13% sau 10 năm nếu chẩn đoán và điều trị đúng. Đối với u 2 bên, được cắt 1 bên phần phụ và bóc nang bên kia, tỷ lệ tái phát theo nghiên cứu của Ines Vasconcelos lên đến 26,1%.

Tư vấn:

- U buồng trứng 2 bên là một yếu tố tiên lượng không tốt.

- e.mBOT ít di căn, không gây ra viêm phúc mạc giả dịch nhầy.
- Nếu bệnh nhân còn mong con hoặc có nguyện vọng giữ buồng trứng còn lại vì còn trẻ: có thể được nhưng cần theo dõi sát mỗi 3 tháng vì tỷ lệ tái phát có thể đến 26,1%.
- Nếu bệnh nhân đã có 1 con, không cần bảo tồn khả năng sinh sản: cần nhắc mổ lại, cắt tử cung và phần phụ (P).
- Theo dõi, điều trị nội tiết thay thế sau mổ.

KẾT LUẬN

- U buồng trứng giáp biên ác tính không chỉ là u ở giai đoạn lâm sàng trước giai đoạn I (FIGO), mà có thể ở các giai đoạn muộn hơn.
- Có 2 loại u buồng trứng giáp biên ác tính chủ yếu: u thể dịch trong và u thể dịch nhầy.
- U giáp biên ác thường gặp ở phụ nữ tương đối trẻ, còn mong con, cần bảo tồn khả năng sinh sản.
- Có thể điều trị bằng cắt phần phụ một bên, bóc

nang 1 hoặc 2 bên hay cắt phần phụ một bên và bóc nang phía đối diện nếu u 2 bên.

- Không cần mổ lại ngay nếu cần điều trị bảo tồn.
- Chưa có đủ chứng cứ về hiệu quả của điều trị hóa chất bổ sung.
- Có thể tái phát dưới dạng ác tính, tuy tỷ lệ tái phát thấp.
- Ở phụ nữ mong con, cần điều trị để có thai, tỷ lệ có thai # 40 – 45% nếu điều trị tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Burger CW, Prins HM, Baak JP et al. The management of borderline epithelial tumors of the ovary. Int J Gynecol Cancer 2000;10:181-197.
2. du Bois A, Ewald-Riegler N, du Bois O et al. Borderline tumors of the ovary: A systematic review. Geburtsh Frauenheilk 2009;69:807- 833.
3. Morice P. Borderline tumours of the ovary and fertility. Eur J Cancer 2006;42:149 -158.
4. Fischerova D, Zikan M, Dundr P, Cibula D. Diagnosis, treatment, and follow-up of borderline ovarian tumors. Oncologist. 2012;17(12):1515-33.
5. Kennedy AW, Hart WR. Ovarian papillary serous tumors of low malignant potential (serous borderline tumors). A long-term follow-up study, including patients with microinvasion, lymph node metastasis, and transformation to invasive serous carcinoma. Cancer 1996 Jul 15;78:278-86.
6. Sherman ME, Berman J, Birrer MJ et al. Current challenges and opportunities for research on borderline ovarian tumors. Hum Pathol 2004;35:961-970.
7. Skirnisdottir I, Garmo H, Wilander E et al. Border- line ovarian tumors in Sweden 1960 -2005: Trends in incidence and age at diagnosis compared to ovarian cancer. Int J Cancer 2008;123:1897-1901.
8. Vasconcelos I, Olschewski J, Braicu I, Sehouli J. A Meta-Analysis on the Impact of Platinum-Based Adjuvant Treatment on the Outcome of Borderline Ovarian Tumors With Invasive Implants. The Oncologist. 2015;20(2):151-158.



HOSREM
Knowledge for Better Healthcare

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN HOSREM LẦN XIV

KS. Equatorial, 242 Trần Bình Trọng, Quận 5, TPHCM

Thứ bảy, ngày 27 tháng 10 năm 2018



Scan me



MEDICAL

Đăng ký ngay  0933.456.650 / hosrem@hosrem.vn