

**CHỦ ĐỀ 6 : KHỐI U LÀNH TÍNH Ở TỬ CUNG**

GV hướng dẫn : Thầy Luân

**KHỐI Y13**

**Tình huống 2 ( giống tình huống 6 trong SGK )**

**TÌNH HUỐNG 2: ADENOMYOSIS KHÔNG TRIỆU CHỨNG**

Bà B., 40 tuổi, đã sinh 2 con, con nhỏ 7 tuổi, đến để khám phụ khoa định kỳ.

Bà không có ý định sinh thêm con, nhưng vì lý do tôn giáo, bà cũng không dùng bất cứ phương pháp tránh thai nào.

Bà không có bất cứ triệu chứng lâm sàng nào đặc biệt.

Khám lâm sàng thấy tử cung cứng chắc, to tương đương với tử cung mang thai 8 tuần, ngã sau, di động kém. Tử cung sau chạm đau nhẹ.

Siêu âm Doppler thực hiện vào ngày thứ 5 của chu kỳ kinh, thấy tử cung to, dAP = 47 mm, có một vùng phản âm kém d = 20\*25\*30 mm, giới hạn không rõ, bên trong có mạch máu. 2 phần phụ không bất thường trên siêu âm.

Bạn đã làm thêm cộng hưởng từ, xác nhận chẩn đoán bệnh tuyến cơ tử cung.

Chọn duy nhất một phương án quản lý thích hợp nhất

- Tư vấn cho bà B. về adenomyosis, nói rằng chỉ theo dõi, không có chỉ định điều trị
- Có chỉ định dùng thuốc viên tránh thai nội tiết estro-progestogen phối hợp (COCs)
- Có chỉ định đặt dụng cụ tử cung phóng thích levonorgestrel (IUS-LNG)
- Có chỉ định dùng dienogest, là progestogen chuyên biệt cho điều trị adenomyosis
- Có chỉ định dùng Gonadotropin Releasing Hormone agonist để không chế adenomyosis
- Có chỉ định của phẫu thuật cắt tử cung, vì đã có đủ con, với mục đích dự phòng

**LỜI GIẢI : Khối Y13 ( khối y12, y11 không làm case này )**

❖ **Tóm tắt :**

- BN nữ, 40 tuổi có 2 con , con nhỏ 7 tuổi , đến khám phụ khoa định kỳ. Khám và kết quả Siêu âm là : Adenomyosis. Nhưng hiện tại Bn không có than phiền gì thêm → Adenomyosis không triệu chứng.

❖ **Vấn đề 1:**

- Bà B không dùng phương pháp tránh thai nào cả , nhưng 7 năm qua vẫn không có thai ( con nhỏ nhất là 7 tuổi ) → BN có vấn đề hiếm muộn.

- Tuy nhiên, hiện tại bà B không có ý định sinh thêm con → bà B không quan tâm đến vấn đề hiếm muộn.

- Cho nên : đây là Adenomyosis gây hiếm muộn ( nhưng Bn không quan tâm vấn đề hiếm muộn ) → Adenomyosis không vấn đề chủ

- Việc xác định vấn đề chủ ở Adenomyosis là rất quan trọng. Nếu không có vấn đề chủ thì không là gì cả → không điều trị.

⇒ chọn đáp án A. Tư vấn cho bà B về Adenomyosis , theo dõi, chưa có chỉ định điều trị.

❖ **Vấn đề 2:** Có sinh viên hỏi thầy , vậy case này có cần điều trị dự phòng gì không ?

- Thầy trả lời : “ Bệnh Lạc NMTC nói chung và Adenomyosis nói riêng là bệnh lý tiến triển. Tần suất Adenomyosis không triệu chứng là rất cao. Vậy điều trị dự phòng mang lại lợi ích gì ?”

- Phân tích : Nếu ta điều trị dự phòng bằng các phương án sau :

(1) PT cắt tử cung : nên nhớ cắt tử cung là hướng điều trị 1 chiều, là 1 điều trị quá tay, mặc dù bà B đã đủ con nhưng lỡ sau này có biến cố gì đó mà BN muốn có con lại thì sao, chưa kể cắt tử cung sẽ làm giảm chất lượng cuộc sống.

(2) Điều trị nội tiết : BN sẽ phải chịu tác dụng phụ của thuốc nội tiết.

- Dienogest ( Progestin ) : chịu chảy máu, nôn ói ( thuốc này là mức độ tác dụng phụ nhẹ nhất rồi )
- SPRM: tăng sinh NMTC
- GnRHa : loãng xương

→ Rõ ràng lợi < hại nên không cần điều trị dự phòng. Tóm lại “ Nothing support Tx/prevention “

#### **Ngoài lề:**

- Dienogest : được dán nhãn cho điều trị Lạc NMTC và Adenomyosis có đau.
- Cơ chế Dienogest ( điều trị dựa trên nền tảng Progestin ) : hoạt động trên cả 2 bình diện :
  - Bình diện hạ đồi : ức chế phóng noãn
  - Bình diện tại chỗ : dưới tác động của Dienogest , các hoạt động viêm của sang thương bị khống chế → ngăn cản tạm thời sự tiếp diễn của bệnh sinh thông qua việc thay đổi cường độ E2 và thay đổi bất thường PR ( điều hòa cân bằng PR – A và PR – B )

❖ **Vấn đề 3:** Tư vấn như thế nào cho BN?

- Tư vấn về triệu chứng của Adenomyosis : khi có triệu chứng nên đến khám lại.

- Thống kinh
- Hiếm muộn
- AUB

- Tư vấn về nguy cơ cho thai kỳ : khi có triệu chứng nên đến khám lại.

- TNTC : trễ kinh, ra huyết
- Nhau tiền đạo, nhau cài răng lược.

❖ **Vấn đề 4:**

- Nếu bà B chỉ mới có 1 con thì vấn đề hiếm muộn dù hiện tại Bn không có than phiền thì BS cũng cần quan tâm đến và tư vấn thêm cho BN → sẽ là 1 chiến lược điều trị khác.

- Nếu bà B có đủ 2 con và 7 năm nay không con nhưng bà B có quan tâm đến vấn đề hiếm muộn thì sẽ là 1 chiến lược điều trị khác.

⇒ Tổng kết : Xác định vấn đề chủ yếu rất là quan trọng : điều trị Adenomyosis là điều trị cá thể hóa.

---

**TÌNH HUỐNG 4: AUB-O vs AUB-L vs AUB-A**

Bà D., 41 tuổi, to béo, PARA 1001, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường.

Bà D. có dáng người to béo, BMI = 25. Bà đã có một con, 10 tuổi. Sau đó, bà không có thai tự nhiên dù không tránh thai. Từ nhiều năm nay, bà D. có chu kỳ kinh rất dài, 3-6 tháng, kèm theo ra kinh dây dưa kéo dài đến 10 ngày.

Khám mô vạt thấy cổ tử cung láng, có huyết đỏ sẫm từ lỗ cổ tử cung. Khám âm đạo thấy tử cung to bằng tử cung mang thai 12 tuần, mật độ cứng, di động kém. 2 phần phụ không sờ thấy. Túi cùng trống.

Siêu âm : tử cung dAP = 65mm, có một nhân xơ trong cơ thành sau, d=50\*55\*50mm, **giới hạn không rõ**. Nội mạc tử cung 18mm. 2 buồng trứng dạng đa nang. Kết quả nạo sinh thiết là tăng sinh đơn giản điển hình của nội mạc tử cung.

Chọn **tối đa 2 (hai)** điều trị mà bạn cho là hợp lý nhất. Nếu chọn 2, hãy xếp chúng theo thứ tự ưu tiên

- Không có chỉ định điều trị đặc hiệu. Có thể thực hiện điều trị không đặc hiệu như acid tranexamic
- Có chỉ định điều trị nội khoa với thuốc gây phóng noãn (SERM, aromatase inhibitor, gonadotropin)
- Có chỉ định điều trị nội khoa với điều trị trên nền tảng progestogen (IUS-levonorgestrel hay dienogest)
- Có chỉ định điều trị nội khoa với Selective Progesterone Receptor Modulator (mifepristone, UPA)
- Có chỉ định điều trị nội khoa bằng các chất tương tự gonadotropin releasing hormone
- Có chỉ định của điều trị ngoại khoa (trình bày rõ mục tiêu, nội dung, phương pháp phẫu thuật dự kiến)

**LỜI GIẢI : Khối Y13**

❖ **Tóm tắt :** Bà D, 41 tuổi, to béo, PARA 1001 , khám vì AUB có :

- Tăng sinh NMTC điển hình
- PCOS ( kinh thưa, to béo, vô sinh, 2 buồng trứng dạng đa nang )
- Hiếm muộn ( không có thai dù không dùng tránh thai )
- 1 khối ở tử cung thành sau d = 50\*55\*50 , **giới hạn không rõ**
- AUB

❖ **Phân tích :**

AUB – L :

- Thường là u xơ dưới niêm FIGO S0,S1
- Biểu hiện thường là : cường kinh, rong kinh
- Cơ chế chảy máu lượng nhiều được chấp nhận là : “ tăng quá đáng diện tích bề mặt niêm mạc, bất thường cấu trúc mạch máu tử cung, suy yếu hệ thống cầm máu tại chỗ “

AUB – A :

- Adenomyosis
- Biểu hiện : thống kinh, rong huyết
- Cơ chế chảy máu : đề kháng Progesterone ( cường Estrogen tại chỗ )

AUB – O :

- PCOS
- Biểu hiện thường là : kinh thưa, xuất huyết điểm
- Cơ chế chảy máu : Estrogen từ các nang noãn nhỏ , từ từ tích tụ lại dần → không có Progesterone đối kháng → thời gian “ sụp đổ NMTC “ kéo dài.

Ngoài ra : Adenomyosis rất hay đi kèm với U xơ tử cung.

⇒ Việc phân biệt AUB – L với AUB – A với AUB – O ở Bn tiền mãn kinh là khó khăn. Vậy có cần thiết phải phân biệt 3 thể này không ?

❖ **Trả lời :**

TH1: Bối cảnh Bn không có mong muốn có con nữa.

Vậy khi đó : than phiền chính của BN chỉ có 1 là AUB.C chỉ cần điều trị vấn đề chủ AUB là đủ → điều trị bằng Progestin nền tảng luôn → **đáp án C.**

TH2: Bối cảnh Bn này vẫn còn muốn có con

Khi đó sẽ có tới 2 vấn đề chủ là AUB và “ hiếm muộn ” → chiến lược điều trị thay đổi. Cần phân biệt rõ AUB – L hay AUB – A hay AUB – O , đặc biệt cần làm rõ vấn đề tăng sinh NMTC.

→ Điều trị AUB trong bối cảnh kế hoạch điều trị “ hiếm muộn ”.

⇒ đáp án lúc này sẽ phụ thuộc nguyên nhân của AUB và mong muốn có con của BN.

❖ **Ý kiến cá nhân :**

Mình nghĩ case này là AUB – L và AUB – O ( hiếm muộn là do PCOS ) nên chọn theo thứ tự là đáp án C rồi tới đáp án B.

Thầy nhắn nhủ về làm thêm case 3 sẽ dễ hơn. Đúc kết lời Mr. Luân : “ Bn này có  $\geq 2$  vấn đề chủ. Trong đó : vấn đề chủ AUB ( rõ ràng ) và vấn đề chủ hiếm muộn ( bị giấu đi )”.

**TÌNH HUỐNG 3: XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG VÀ U XƠ TỬ CUNG**

Một phụ nữ 45 tuổi, to béo, PARA 1001, con nhỏ 15 tuổi. 10 năm nay không có thai tự nhiên dù không tránh thai, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường. Từ nhiều năm nay, bà thường thấy vòng kinh rất dài, 3-6 tháng, kèm theo ra kinh dây dưa kéo dài đến 10 ngày. Khám摸 vết thấy cổ tử cung trơn láng, có huyết đỏ sẫm chảy ra từ lỗ cổ tử cung. Tử cung to bằng tử cung mang thai 12 tuần, mật độ chắc, di động bình thường. 2 phần phụ không sờ thấy. Túi cùng trống.

Siêu âm thấy tử cung dAP = 65 mm, có một nhân xơ trong cơ thành sau, d = 50 mm × 55 mm × 50 mm, **giới hạn rõ**. Nội mạc tử cung mỏng, 18 mm. Trên siêu âm thấy hai buồng trứng có nhiều nang nhỏ, dạng đa nang. Nạo sinh thiết với kết quả tăng sinh đơn giản điển hình của nội mạc tử cung.

Bạn làm gì cho bà ta? Hãy chọn một điều trị thích hợp nhất

- A. Có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung
- B. Có chỉ định phẫu thuật bóc nhân xơ
- C. Có chỉ định truyền tắc động mạch tử cung
- D. Có chỉ định của Gonadotropin Releasing Hormone agonist
- E. Có chỉ định của dụng cụ tử cung phóng thích Progestogen
- F. Có chỉ định của Selective Progesterone Receptor Modulator

**LỜI GIẢI : Khối Y12 - khối y11**

**Note :** tình huống này giống tình huống 4 của khối y13. Chỉ khác ở chỗ : khối ở tử cung trong case này có **giới hạn rõ** nghĩ nhiều là nhân xơ.

❖ **Tóm tắt :**

BN nữ 45 tuổi, nhiều năm qua : kinh thưa ( 3 – 6 tháng) , hành kinh kéo dài 10 ngày.

BN to béo ( ổ phát sinh estrogen ngoại sinh ngoài buồng trứng ).

BN này điển hình cho bệnh buồng trứng đa nang ( PCOS )

- Tam chứng: kinh thưa, cường androgen (rậm lông), SA . Khi có 2/3 tiêu chuẩn trên là nghĩ đến buồng trứng đa nang.
- Bệnh này thường kèm tăng sinh NMTC do cường estrogen tương đối.
- Phân biệt với cường androgen gia đình nha: con gái có lông rậm do ba và anh đều rậm lông.

SA : có nhân xơ trong cơ tử cung , NMTC 18 mm → tăng sinh NMTC đơn giản điển hình.

❖ **Hiện tại ,** BN này có các vấn đề :

- AUB
- Chưa đủ con, hiếm muộn.
- **Nhân xơ tử cung – PCOS – tăng sinh NMTC – tiền mãn kinh**

❖ **Phân tích :**

Theo tính chất xuất huyết : kinh thưa ( PCOS và tiền mãn kinh), kéo dài rỉ rả từ nhiều năm qua ( nhân xơ )

Hiếm muộn trên Bn này cũng nghĩ nhiều là do PCOS . Vì lúc đi lâm sàng anh Hoàng có nói là : hiếm muộn + nhân xơ thì phải loại trừ những nguyên nhân khác trước khi kết luận là do nhân xơ.

Vậy nhân xơ này của Bn có vấn đề chủ là AUB → không có chỉ định bóc nhân xơ. Và cũng không có cắt tử cung hay thuyên tắc ĐM tử cung ( do BN chưa đủ con mà).

Trên 1 Bn có nhiều YTNC như 45 tuổi, béo phì, PCOS , hồng chứng BN cũng có thể có ĐTĐ nữa á , tăng sinh NMTC , NMTC dày 18 mm → mục tiêu điều trị là điều trị AUB ở BN tiền mãn kinh – nhân xơ tử cung – tăng sinh NMTC.

→ Không dùng GnRH ở Bn này vì thể trạng mập sợ bị loãng xương

→ Chọn dụng cụ tử cung phóng thích Progestogen hoặc SPRM.

Tuy nhiên :

- SPRM: có thể gây tăng sinh NMTC, → ko dùng ( BN béo mập là 1 ổ phát sinh Estrogen ngoại sinh rồi , sợ dày NMTC thêm nữa thì sẽ dễ thành K NMTC )
- Dụng cụ tử cung phóng thích Progestogen : phóng thích nồng độ đều đặn ổn định, tác dụng tại chỗ trực tiếp lên NMTC, teo nội mạc, vô kinh → thích hợp cho nội mạc dày ở Bn này . **Chọn đáp án E.**



**Tình huống 5 – Khối y13 ( khối y11, y12 không làm )**

**TÌNH HUỐNG 5: THỐNG KINH VÀ HIẾM MUỘN**

Bà G., 33 tuổi, đến khám vì thống kinh và hiếm muộn.

Bà G. đã lập gia đình 5 năm, nhưng chưa có con dù không dùng bất cứ phương pháp tránh thai nào. Một năm trước, bà G. đã phải bị mổ bụng hồ vì thai đoạn kể từ cung vỡ lúc tuổi thai là 10 tuần vô kinh.

Bà G. thường xuyên bị đau bụng kinh, ngày càng tăng. Mỗi tháng, bà bắt đầu thấy đau bụng từ ngày ngày đầu tiên của kỳ kinh, kéo dài đến khi sạch hẳn kinh mới khỏi đau.

Khám lâm sàng tử cung cứng chắc, to khoảng tử cung mang thai 8 tuần, ngã sau, di động kém. Túi cùng sau chạm đau.

Siêu âm vào ngày thứ 5 của chu kỳ thấy tử cung to, dAP = 50 mm, vùng đáy tử cung về phía sau có một nhân xơ tử cung d = 20\*25\*30 mm, giới hạn không rõ. 2 phần phụ không bất thường trên siêu âm.

Trên X-quang chụp buồng tử cung-vòi trứng cản quang, thấy ở 2 góc của tử cung có tổn thương dạng Salpingitis Isthmica Nodosa.

Chọn **duy nhất một** điều trị mà bạn cho là **hợp lý** và đồng thời là **ưu tiên nhất**

- A. Giảm đau bằng thuốc kháng viêm không steroid
- B. Giảm đau bằng thuốc viên tránh thai nội tiết estro-progestogen phối hợp
- C. Có chỉ định điều trị bằng chất ức chế men aromatase
- D. Có chỉ định điều trị bằng Gonadotropin Releasing Hormone agonist
- E. Có chỉ định điều trị bằng ngoại khoa
- F. Có chỉ định thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm

❖ **Tóm tắt** : BN nữ 33 tuổi, đến khám vì “ thống kinh “ , “ hiếm muộn “ , có :

- Thống kinh : thường xuyên từ ngày đầu đến ngày cuối chu kỳ kinh , sạch kinh mới hết đau
- Hiếm muộn : lập gia đình 5 năm chưa có con
- Tiền căn : TNTC đoạn kể ( mổ bụng 1 năm trước )
- Khám + SA : nghĩ nhiều Adenomyosis.
- Chụp buồng tử cung – vòi trứng : 2 góc của tử cung có tổn thương dạng SIN → tắc nghẽn vòi trứng do viêm.

❖ **Phân tích**

- Adenomyosis gây thống kinh, hiếm muộn, tổn thương vòi trứng ( tiền căn TNTC và chụp cản quang có tắc nghẽn ).
- Bn này 33 tuổi, vấn đề “ hiếm muộn “ ưu tiên hơn nhiều so với vấn đề “ thống kinh”.

❖ **Vấn đề 1 – hiếm muộn**

- Nguyên tắc của điều trị hiếm muộn chỉ có thể đạt được hiệu quả mong muốn khi tạm thời ổn định Adenomyosis. **Chọn đáp án D là GnRH** trước rồi mới làm IVF.
- Có 2 vấn đề cần lưu ý ở đây : mục đích là để chuẩn bị thật tốt cho kế hoạch IVF .

- GnRH : là 1 điều trị nặng nề, không phải là điều trị đơn độc ( về việc giảm chảy máu ) , phải có một lý do khác theo sau như cần làm IVF.
- Trước khi dùng GnRH để hỗ trợ cho IVF cần hỏi BN:

- BN có đủ tiền để làm IVF không ? Nếu có thì dùng GnRH để ổn định nội tiết rồi làm IVF ngay sau đó liền.
- Nếu BN ko đủ tiền thì phải hỏi là khoảng bao lâu nữa mới đủ tiền ?
  - + Nếu  $\leq 6$  tháng : chấp nhận điều trị GnRH trước rồi chờ khoảng 3 – 6 tháng sau sẽ làm IVF.
  - + Nếu  $\geq 6$  tháng thì chấp nhận hiem muộn hiện tại không còn là vấn đề chủ nữa → khi đó chỉ còn 1 vấn đề chủ là “ thống kinh ”.

#### ❖ Vấn đề 2 – thống kinh

- Phân tích thống kinh : BN này đau lâu rồi, mức độ thường xuyên kéo dài, ngoài ra tình trạng viêm đã ảnh hưởng nặng nề ( do tiền căn TNTC và chụp cản quang có tắc nghẽn vòi trứng ) nên nghĩ đau này đã ở giai đoạn tiến triển rồi → NSAID không đáp ứng nữa.

- Lúc này có các lựa chọn sau :

- DNG ( Dienogest ) : giá 1,3 triệu / tháng
- IUD – LNG : tác dụng mạnh về kiểm soát chảy máu, tác dụng không mạnh về giảm đau.
- COCs: giảm đau yếu nhất.

→ Giải quyết tùy theo điều kiện kinh tế của BN.

#### ❖ Đúc kết lời Mr. Luân

- Trong bối cảnh Lạc NMTC nói chung và Adenomyosis nói riêng thì cần “ học cách sống chung với nó ”.

- Không có điều trị nào là điều trị chấm dứt vĩnh viễn Adenomyosis ( không có điều trị nào có thể cắt đứt bệnh sinh Adenomyosis )

- Các thuốc điều trị nội tiết : mục đích cuối cùng là cắt nguồn estrogen ngoại vi → giảm E2 tại chỗ → làm triệu chứng Adenomyosis tạm thời ngủ yên → ngưng diễn tiến tạm thời để làm việc khác. Ví dụ như dùng GnRH ( ổn định nội tiết ) để sau đó làm IVF.

- Nhắc lại 3 lần “ Điều trị theo vấn đề chủ ”.

---

**TÌNH HUỐNG 1: U XƠ CƠ TỬ CUNG PHÁT HIỆN MỘT CÁCH TÌNH CỜ**

Một phụ nữ 45 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 10 tuổi, chu kỳ kinh đều, không bất thường, đang tránh thai bằng dụng cụ tử cung tránh thai chứa đồng loại TCU 380A, đặt từ 10 năm nay. Từ lúc đặt dụng cụ tử cung đến nay, bà chưa hề đi khám lại. Hôm nay, bà ta đi khám sức khỏe theo cơ quan và siêu âm, phát hiện thấy tử cung có một nhân xơ  $d = 20 \text{ mm} \times 25 \text{ mm} \times 20 \text{ mm}$ , trong cơ thành sau tử cung, gần đáy tử cung. Dụng cụ tử cung nằm đúng vị trí. Pap's test thực hiện với kết quả bình thường.

Bạn làm gì cho bà ta? Chọn ba câu đúng.

- A. Đề nghị bà ta tháo dụng cụ tử cung đang dùng và chuyển sang một tránh thai khác
- B. Nói rằng bà ta vẫn có thể tiếp tục tránh thai bằng dụng cụ tử cung hiện đang mang
- C. Đề nghị bà ta nên dùng dụng cụ tử cung loại phóng thích chậm progestogen cho mục đích tránh thai và điều trị
- D. Nói rằng hiện tại không cần phải thực hiện một phương pháp phòng ngừa tiến triển của u xơ hay điều trị gì khác
- E. Đề nghị bà ta thực hiện thêm một khảo sát chẩn đoán khác như siêu âm Doppler chẳng hạn
- F. Không cần thực hiện thêm test nào khác, cho về và căn dặn lịch tái khám

**LỜI GIẢI KHỐI Y12 – KHỐI Y11 ( Y13 không làm case này )**

Đáp án B, D, F

**1. Nguy cơ của dụng cụ tử cung**

- Có nguy cơ nhất là lúc tháo ra và đặt mới → kích thích một phản ứng viêm mới + RL tiền mãn kinh, lúc đó rong huyết lại không biết do IUD hay do bệnh lý tiền mãn kinh.
- Dụng cụ tử cung này đã hoạt động tốt 10 năm nay → vẫn giữ do tác dụng tối thiểu là 11 năm.
- UXTC của BN là u xơ trong cơ, không có triệu chứng → không điều trị. Riêng BN 45 tuổi ( tiền mãn kinh) nên theo dõi bằng SA diễn tiến khối u. Nghi ngờ là sarcoma khi mãn kinh + u to lên hoặc xuất huyết.

**2. Đến hạn có tháo dụng cụ tử cung ra không?**

- Đến hạn thì IUD – Cu vẫn còn tác dụng của IUD trở → tức là vẫn còn hiệu quả, tuy hiệu quả bị giảm.
- Không nên thay vì nguy cơ tháo ra dễ rong huyết và BN này đang ở tuổi tiền mãn kinh.
- Đến khi mãn kinh xong sẽ lấy DCTC ra.

**3. DCTC ở BN có nhân xơ tử cung?**

Lúc đó phải xét vị trí của nhân xơ:

- Nhân xơ trong cơ tử cung
  - Nhân xơ gần đáy tử cung
  - Nhân xơ ở thành sau cơ tử cung
- ⇒ Nằm xa hoàn toàn NMTC.

Nếu DCTC nằm đúng vị trí → DCTC vẫn có tác dụng, không gây biến chứng gì cả.

**4. Theo dõi ở BN này?**

Vì UXTC sẽ thoái triển khi mãn kinh, nhưng vẫn sợ nghi ngờ sarcoma diễn tiến âm thầm và cô này đang tiền mãn kinh nên theo dõi 6 tháng/lần.



**TÌNH HUỐNG 2: XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG VÀ U XƠ TỬ CUNG**

Một phụ nữ 48 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 15 tuổi, hiện đang tránh thai bằng bao cao su, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường. Từ nhiều tháng nay, bà thường thấy vòng kinh bị ngắn đi, kèm theo ra kinh dây dưa kéo dài đến 10 ngày. Khám mô vật thấy cổ tử cung trơn láng, có huyết đỏ sẫm chảy ra từ lỗ cổ tử cung. Tử cung to bằng tử cung mang thai 12 tuần, mật độ chắc, di động bình thường. 2 phần phụ không sờ thấy. Túi cùng trống. Siêu âm thấy tử cung dAP = 65mm, có một nhân xơ trong cơ thành sau, d = 50 mm × 55 mm × 50 mm, giới hạn rõ. Nội mạc tử cung mỏng, 3 mm. Hai phần phụ không bất thường trên siêu âm.

Bạn làm gì cho bà ta? Hãy chọn hai câu đúng.

- A. Có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung
- B. Có chỉ định phẫu thuật bóc nhân xơ
- C. Có chỉ định truyền tắc động mạch tử cung
- D. Có chỉ định của Gonadotropin Releasing Hormone agonist
- E. Có chỉ định của dụng cụ tử cung phóng thích Progestogen
- F. Có chỉ định của Progestogen đường uống

**LỜI GIẢI KHỐI Y12 ( Y13 không làm case này )**

Vấn đề của BN:

- Tiền mãn kinh
- Đủ con
- NMTC mỏng 3mm
- UXTC trong cơ → có làm nặng hơn tình trạng xuất huyết do nguyên nhân khác của BN không?

Điều trị: ưu tiên điều trị nội > ngoại.

- GnRH : đẩy BN vào giai đoạn mãn kinh sớm → đối mặt với hàng loạt nguy cơ.
- IUD – LNG :
  - + Nhân xơ tử cung to → không đẩy được DCTC lên đáy → lệch vị trí → gây co thắt đau, rong kinh, rong huyết.
  - + Nguy cơ lúc đặt vào: NT, thủng.
- Đáp án F: là hợp lý nhất.

**LỜI GIẢI KHỐI Y11**

Đáp án: E, F. nếu dùng progestogen thì phải cho vào nửa sau chu kỳ kinh, phức tạp hơn; dùng IUD thuận tiện hơn. LNG-IUS chỉ tác dụng tránh thai 5 năm

Case này nguyên nhân chảy máu có thể là:

- Xuất huyết cơ năng tiền mãn kinh: chu kỳ kinh ngắn lại, phù hợp
- U xơ tử cung: ít nghĩ do u xơ FIGO 4 ít gây chảy máu
- K: ít nghĩ do bà này bị rong kinh, ko phải rong huyết (rong kinh nghĩ đến rối loạn chức năng # rong huyết nghĩ đến tổn thương thực thể). Nếu là K thì có thể là
  - K cổ tử cung
  - K nội mạc tử cung: gây chảy máu nhiều nhất; nếu siêu âm đầu chu kỳ nội mạc < 4mm thì khả năng K rất thấp
  - Sarcoma: rất hiếm, ko liên quan chảy máu

Một khi đã loại trừ K nội mạc tử cung, BN ko muốn có con nữa: đặt IUD trị được bá bệnh  
Xuất huyết do u xơ thì điều trị nội trước, thất bại mới tới ngoại. Mà dùng GnRH thì chỉ đc dùng <6 tháng, sau đó sẽ bị chảy máu tái phát. Chừng nào 50-55 tuổi (gần mãn kinh lắm rồi) thì mới cân nhắc dùng, mà dùng thì cũng đâu có biết khi nào bà mãn kinh.

#### TÌNH HUỐNG thêm

BN 36 tuổi, PARA 1001, tiền căn thay van tim, đang dùng kháng đông. BN cường kinh, rong kinh 6 tháng nay. Da xanh niêm nhạt, tử cung 14w. SA thấy echo kém, nằm trong cơ, giới hạn rõ, 60x80 mm. Hb chỉ 7 g/dl. Bạn làm gì?

#### LỜI GIẢI KHỐI Y11 ( y12, y13 không làm case này )

Đáp án: **GnRH 3 tháng để điều trị triệu chứng**, trì hoãn phẫu thuật để trị thiếu máu, đông máu

Tại sao:

- BN đang dùng kháng đông đâu mổ liền đc, phải ngưng ít nhất 1 tuần. Hb 7 ko mổ liền đc, phải nâng lên 9 g/dl (10 g/dl nếu trên 60 tuổi, bệnh lý tim mạch).
- U đang 6x8 cm phải mổ bụng, dùng GnRH làm giảm kích thước khối u còn 5x6 cm, có thể làm bóc nhân xơ nội so

#### TÌNH HUỐNG 5: TỬ CUNG TO

Nữ 38 tuổi, PARA 1031, con nhỏ 5 tuổi, 3 lần phá thai ngoại khoa bằng hút chân không, dự định sanh con thứ nhì trong năm nay, đến khám vì phát hiện có khối u xơ tử cung. Từ hơn một năm nay, bà thường thấy kinh bị ra dây dưa, đôi khi kéo dài đến hơn 7 ngày. Hôm nay là ngày thứ 8 kể từ khi có kinh. Khám摸 vạt thấy cổ tử cung trơn láng, có huyết đỏ sẫm chảy ra từ lỗ cổ tử cung. Tử cung to bằng tử cung mang thai 12 tuần, mật độ cứng chắc, di động kém, chạm đau. 2 phần phụ không sờ thấy. Túi cùng trống. Siêu âm thấy tử cung dAP = 65mm, có một vùng phản âm kém thành sau, vị trí trong cơ sát niêm mạc, kích thước u xơ d=30x55x30mm, giới hạn không rõ. Nội mạc tử cung 12mm. 2 phần phụ không bắt thường trên siêu âm. Bạn sẽ làm gì?

- A. Còn thiếu dữ kiện lâm sàng để quyết định điều trị
- B. Còn thiếu dữ kiện hình ảnh để quyết định điều trị
- C. Đã có chỉ định phẫu thuật bóc nhân xơ
- D. Đã có chỉ định truyền tắc động mạch tử cung
- E. Đã có chỉ định điều trị với dụng cụ tử cung phóng thích progestogen
- F. Đã có chỉ định điều trị đồng vận Gonadotropin Releasing hormone

#### LỜI GIẢI KHỐI Y11 ( y12, y13 không làm case này )

Đáp án: A, B

Cần thêm dữ kiện:

- Lâm sàng: thống kinh, sinh sản (mong muốn có con, quan hệ làm sao, lần phá thai gần nhất lúc nào, thời gian từ khi quan hệ mà ko dùng biện pháp tránh thai tới giờ)
- Hình ảnh: siêu âm doppler

BN này có những yếu tố gợi ý adenomyosis:

- Yếu tố nguy cơ: phá thai ngoại khoa 3 lần
- Lâm sàng: tử cung cứng chắc, di động kém, chạp đau
- Hình ảnh: khối u giới hạn không rõ, nội mạc tử cung dày (12mm ở ngày 8 của chu kỳ kinh là dày rồi) (do cường estrogen trong adenomyosis)
- Rong huyết chứ ko phải rong kinh

MRI: có thể cho biết chính xác vị trí u, FIGO mấy

Xử trí trên cas này theo thầy Luân: phải làm sáng tỏ mong muốn có con của BN để quyết định phương pháp điều trị; không phương pháp điều trị nội nào mà BN có con được. Nếu BN mong con, đầu tiên phải phân biệt u xơ và adeno

- Nếu là adeno:
  - Chụp buồng tử cung, vòi trứng coi tình trạng vòi trứng
  - Coi tinh trùng, dự trữ tinh trùng. Cân nhắc tuổi của BN để làm IVF luôn hoặc chờ thêm
- Nếu là myoma:
  - Nếu FIGO 4: ko làm gì cả
  - Nếu FIGO 3 (tiếp xúc niêm mạc): cân nhắc phẫu thuật