

Các nguyên lý của điều trị khối u buồng trứng

Hồ Viết Thắng, Âu Nhựt Luân

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các nguyên tắc chung của điều trị các cấu trúc chức năng và thực thể không tân lập của buồng trứng
2. Trình bày được các nguyên tắc chung của điều trị các khối u thực thể tân lập của buồng trứng

CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG CỦA ĐIỀU TRỊ

Một cách tổng quát, không có chỉ định điều trị ngoại khoa cho các cấu trúc cơ năng của buồng trứng.

Các nang noãn nang của buồng trứng được hình thành do rối loạn điều hòa phóng noãn. Rối loạn điều hòa phóng noãn có thể là thường trực hay không thường trực.

Nếu một nang noãn nang là hệ quả của một rối loạn cơ chế điều hòa phóng noãn không thường trực, thì nó chỉ tồn tại một thời gian và tự tiêu biến. Trong trường hợp này, không cần đến bất cứ can thiệp nội hay ngoại khoa nào.

Nếu như tình trạng rối loạn cơ chế điều hòa phóng noãn là thường trực, như ở quanh mãn kinh với đỉnh LH bất toàn, thì việc kiểm soát việc hình thành các nang cơ năng mới có thể được thực hiện bằng việc ức chế trục hạ đồi-yên bằng các tác nhân như thuốc tránh thai nội tiết estrogen-progestogen phối hợp (COCs). COCs không làm tiêu biến các nang noãn nang, mà chỉ ngăn cản việc hình thành các nang noãn nang mới gây khó khăn cho việc theo dõi các nang noãn nang sẵn có. Khi không có nang mới, và nang cũ đã tiêu đi, thì việc chẩn đoán nang cơ năng được xác lập, và đương nhiên loại trừ hoàn toàn các cấu trúc tân lập lành hay ác tính.

Nang hoàng tuyến được hình thành do các thành phần noãn nang tại vỏ buồng trứng bị kích thích bởi hCG. Sau khi loại bỏ được nguồn tiết hCG, nang hoàng tuyến sẽ biến mất mà không cần bất cứ điều trị bổ sung nào. Nang hoàng tuyến chỉ đòi hỏi điều trị ngoại khi khi có biến chứng xoắn hay vỡ nang.

Nang hoàng thể cũng chỉ đòi hỏi cân nhắc sự cần thiết của điều trị ngoại khoa khi có biến chứng vỡ nang. Phần lớn các nang hoàng thể xuất huyết có thể tự cầm máu. Điều trị ngoại khoa chỉ cần thiết trong trường hợp có chảy máu nghiêm trọng không tự cầm.

Đối với nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng, do nguy cơ của suy giảm dự trữ buồng trứng sau phẫu thuật và do khả năng tái phát là chắc chắn, nên điều trị ngoại khoa cho các cấu trúc thực thể không tân lập này là một điều trị cần phải hết sức cân nhắc.

Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng là một bệnh lý lành tính. Khả năng có ác tính trên một nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng là rất thấp. Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng có thể chỉ là nang đơn thuần, không triệu chứng cơ năng, hoặc gây hiếm muộn, hoặc gây đau.

Nếu bệnh nhân với nang lạc tuyến nội mạc tử cung đến vì hiếm muộn, thì việc quyết định phẫu thuật hay không lệ thuộc vào rất nhiều yếu tố tùy hành, gồm tuổi, yếu tố

chồng, dự trữ buồng trứng, đã từng phẫu thuật trước đó hay chưa... Quyết định phẫu thuật sẽ đưa bệnh nhân trực diện với suy giảm dự trữ buồng trứng và gây ra khó khăn cho các điều trị sau đó. Vì thế, phẫu thuật nhằm đánh giá vùng chậu, cải thiện khả năng mang thai... phải được đặt trong một bối cảnh chung của cả một kế hoạch điều trị dài hạn hiếm muộn, trong đó phải tính đến cả khả năng đáp ứng buồng trứng kém khi làm thụ tinh trong ống nghiệm.

Nếu bệnh nhân đến vì triệu chứng khối đơn thuần thì cần nhớ rằng phẫu thuật chỉ làm sạch các mảnh cấy ghép nội mạc trên buồng trứng mà không ngăn chặn các cấy ghép mới trong tương lai. Tái phát nang lạc tuyến nội mạc tử cung sau phẫu thuật gần như là chắc chắn. Vì thế, hiếm khi có chỉ định phẫu thuật vì lý do khối u đơn thuần. Chỉ chỉ định phẫu thuật vì lý do khối u đơn thuần khi không thể loại trừ được một khả năng ác tính, dù rất hiếm. Khi đó, phẫu thuật là nhằm tìm kiếm bằng chứng giải phẫu bệnh học của lành tính.

Đau không phải là chỉ định phẫu thuật của nang lạc tuyến nội mạc tử cung. Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng đơn độc hiếm khi gây đau. Đau là hậu quả của các lạc tuyến nội mạc tử cung khác là lạc tuyến nội mạc tử cung ở phúc mạc, lạc tuyến nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu hay bệnh tuyến cơ tử cung. Điều trị nội khoa là ưu tiên cho triệu chứng đau. NSAIDs thông thường, ức chế COX-2, COCs, progestogen, ức chế men aromatase, GnRH đồng vận là các biện pháp điều trị thông dụng. Rất hiếm khi phải phẫu thuật do đau vì nang lạc tuyến nội mạc tử cung đơn thuần.

Các cấu trúc thực thể không tân lập do di chứng nhiễm trùng là các chỉ định ngoại khoa của khối ở phần phụ.

Ứ dịch ống dẫn trứng di chứng của nhiễm *Chlamydia trachomatis*, áp-xe tại vòi buồng trứng không đáp ứng với kháng sinh, lao vòi trứng là các cấu trúc thực thể không tân lập có chỉ định ngoại khoa ưu tiên. Điều trị ngoại khoa trong bối cảnh này được xem như là một điều trị bổ túc, song hành với một điều trị khác như kháng sinh trong áp-xe tại vòi buồng trứng, kháng lao trong lao, hay thụ tinh trong ống nghiệm trong ứ dịch ống dẫn trứng...

Tất cả các cấu trúc tân lập ở buồng trứng đều phải được điều trị bằng ngoại khoa.

Chẩn đoán một khối tân lập ở buồng trứng luôn luôn phải đi kèm với dự đoán về khả năng lành tính hay không lành tính của khối này. Điểm quan trọng nhất khi tiến hành điều trị ngoại khoa các khối tân lập ở buồng trứng là cố gắng ước đoán đến mức chính xác nhất có thể được về khả năng lành tính hay ác tính của khối tân lập, bằng các phương tiện gồm tiền sử, lâm sàng, hình ảnh, chỉ báo khối u...

Đối với các cấu trúc có khả năng lãnh tính cao: thuộc dân số nguy cơ thấp, thỏa các qui tắc lãnh tính IOTA, ROMA thấp... thì có thể chỉ định phẫu thuật nội soi bảo tồn.

Qua nội soi, một lần nữa đánh giá lại khả năng lành-ác của u qua đại thể quan sát được trước khi thực hiện bóc u bảo tồn mô lành ở người trẻ. Phẫu thuật phải ở mức sang chấn thấp nhất có thể, nhằm tránh ảnh hưởng xấu đến dự trữ buồng trứng. Đối với người lớn tuổi, phẫu thuật cắt phần phụ được khuyến cáo thay vì phẫu thuật bảo tồn.

Đối với các cấu trúc có khả năng lành tính thấp, hay nghi ngờ ác tính, mang các đặc tính của các qui tắc ác tính IOTA, ROMA cao... thì phải được đánh giá qua mổ bụng.

Khi đã vào ổ bụng, việc thám sát một cách cẩn trọng tình trạng ổ bụng là một đòi hỏi tiên quyết.

1. Tế bào học dịch báng, dịch ổ bụng phải được thực hiện trước tiên, nhằm đánh giá sự lan truyền trong phúc mạc của ung thư.
2. Thăm sát tất cả các cơ quan có thể có liên quan gồm dạ dày, các tạng bụng, kể cả ruột thừa nhằm giúp đánh giá các cơ quan có liên hệ mật thiết về mặt ung thư học (di căn Krukenberg, kèm theo các ung thư khác như ung thư đại trực tràng...).
3. Khi đã xác định ung thư, với khối u, thực hiện phẫu thuật ở mức tối đa nhưng hợp lý, cắt bỏ khối ung thư trên buồng trứng và những vị trí u xâm lấn hay di căn nếu có thể. Mục đích của phẫu thuật là để loại bỏ càng nhiều khối u càng tốt. Phải cắt trọn u, không được làm vỡ u. Cắt ruột thừa, cắt mạc nối lớn là cần thiết.
4. Sau khi phẫu thuật, cần cung cấp đủ thông tin TNM cho xác định giai đoạn của ung thư (FIGO).
5. Điều trị bổ sung sau phẫu thuật sẽ được xác định bởi loại ung thư, giai đoạn của bệnh, và grade mô bệnh học. Điều trị bổ túc có thể là xạ trị hay hóa trị phối hợp (carboplatin, cisplatin, palitaxel...) tùy theo giải phẫu bệnh và giai đoạn ung thư. Tuy nhiên, chủ yếu vẫn là hóa trị
6. Nội soi lần thứ nhì để đánh giá (second look) nhằm đánh giá hiệu quả điều trị và tái phát của u.

PHÒNG NGỪA UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

Mang thai kỳ đủ tháng, cho con bú và sử dụng COCs làm giảm đáng kể nguy cơ ung thư thượng mô buồng trứng.

Các hành động này có tác dụng bảo vệ khỏi ung thư buồng trứng do làm giảm số chu kỳ có phóng noãn trong suốt cuộc đời.

Cắt buồng trứng dự phòng là biện pháp duy nhất có thể ngăn ngừa ung thư buồng trứng.

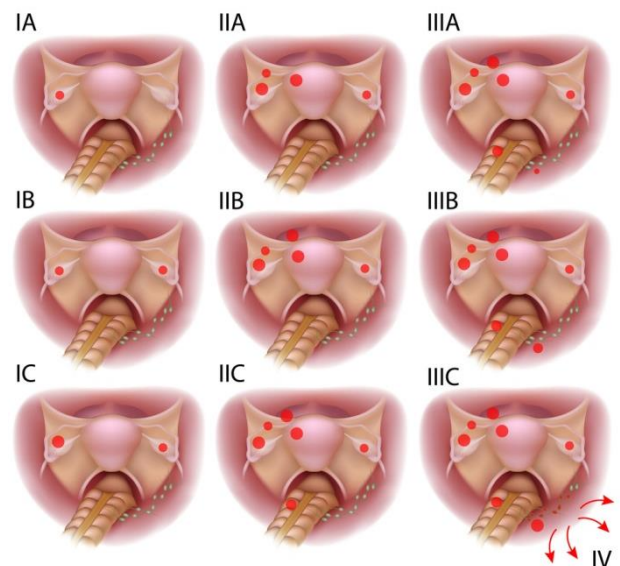
Có hai tình huống bàn cãi về cắt buồng trứng dự phòng.

Đối với những người có nguy cơ cực cao mắc ung thư buồng trứng do di truyền liên quan đến đột biến gene

BRCA, việc cắt buồng trứng dự phòng có thể được chấp nhận. Cắt buồng trứng dự phòng có thể được thực hiện trong một cuộc mổ riêng hay trong một cuộc mổ cắt tử cung vì một lý do nào khác.

Đối với những người không có nguy cơ cao của ung thư buồng trứng, tranh cãi nằm ở vấn đề là cắt buồng trứng hay chừa buồng trứng khi thực hiện một phẫu thuật cắt tử cung vì một lý do khác.

Ở những phụ nữ không có nguy cơ cao ung thư buồng trứng và hiện phải cắt tử cung vì lý do khác với u buồng trứng, Hiệp Hội Sản Phụ Khoa Hoa Kỳ (ACOG) viết: *“Khuyến cáo để lại buồng trứng nếu như người phụ nữ đó chưa mãn kinh. [Tuy nhiên], xem xét nguy cơ có thể xảy ra ung thư buồng trứng ở tuổi mãn kinh, việc cắt bỏ buồng trứng có thể được xem xét”*. Đến nay, tranh luận vẫn chưa có câu trả lời.



Hình 1: Các giai đoạn của ung thư buồng trứng theo FIGO

Giai đoạn I: giới hạn ở buồng trứng

- Ia: 1 buồng trứng
- Ib: 2 buồng trứng
- Ic: 1 hoặc 2 buồng trứng, vỏ bọc vỡ hoặc dịch ổ bụng hoặc dịch rửa ổ bụng có chứa TB ác tính

Giai đoạn II: ung thư 1 hay 2 buồng trứng có di căn vùng chậu

- IIa: đi căn tử cung và/hoặc vòi trứng
- IIb: đi căn các nơi khác trong vùng chậu
- IIc: IIa hoặc IIb, vỏ bọc vỡ, dịch ổ bụng hoặc dịch rửa ổ bụng có tế bào ác tính

Giai đoạn III: ung thư 1 hay 2 buồng trứng lan ra ngoài vùng chậu và/hoặc có hạch sau phúc mạc, hạch bẹn, di căn bề mặt gan, di căn vi thể mạc nối lớn, mạc treo ruột non

- IIIa: không di căn hạch nhưng có di căn phúc mạc vi thể
- IIIb: có di căn phúc mạc bụng đại thể > 2cm, không di căn hạch
- IIIc: IIIb và/hoặc có di căn hạch sau phúc mạc hay hạch bẹn

Giai đoạn IV: di căn xa, tràn dịch màng phổi, di căn nhu mô gan.

Nguồn: nethealthbook.com

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 7th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2014.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. NICE (National Institute for Health and care Excellence) . Ovarian cancer: the recognition and initial management of ovarian cancer (CG122). 2011