

## READINESS ASSURANCE TEST

1. Bạn khám một *khối* ở buồng trứng và nghĩ nhiều rằng đó là *cấu trúc cơ năng*. Làm gì để định hướng?
  - a. Trước tiên, tìm mọi bằng chứng loại trừ khả năng là cấu trúc thực thể, rồi mới nghĩ đến “nang cơ năng”
  - b. Định lượng các hormon gonadotropin tuyến yên, steroid sinh dục và human Chorionic Gonadotropin
  - c. Căn cứ vào mối liên hệ giữa sự xuất hiện và tồn tại khối này với các sự kiện trong chu kỳ buồng trứng
  - d. Căn cứ vào đặc điểm hình ảnh và phân loại hình ảnh (IOTA) cũng như các chỉ báo sinh học của khối u
2. Bạn khám một *khối* ở buồng trứng và nghĩ nhiều rằng đó là *cấu trúc thực thể không tân lập*. Làm gì để định hướng?
  - a. Trước tiên, tìm mọi bằng chứng loại trừ khả năng là u tân lập, rồi mới nghĩ đến “khối không tân lập”
  - b. Bệnh sử nghèo nàn, không có triệu chứng/dữ kiện hình ảnh định hướng là u tân lập hay cấu trúc cơ năng
  - c. Bệnh sử/tiền sử có đau, hiếm muộn, nhiễm trùng, đi kèm với các đặc điểm hình ảnh học mang tính chất gợi ý
  - d. Chỉ có giải phẫu bệnh của bệnh phẩm phẫu thuật mới có thể khẳng định là “khối không tân lập”
3. Hãy xác định mối liên quan giữa các gene BRCA và ung thư buồng trứng?
  - a. Nếu gene BRCA bị đột biến thì nó sẽ bị khóa, không còn khả năng gây ung thư nữa
  - b. Người mang gene BRCA là các đối tượng có nguy cơ cao mắc ung thư buồng trứng
  - c. Gene BRCA chịu trách nhiệm mã hóa cho proteins có chức năng bảo vệ sửa chữa DNA
  - d. Bất thường kiểm soát biểu hiện gene BRCA là cơ chế bệnh sinh chính của ung thư
4. Trong các u buồng trứng sau, loại u nào có khả năng tiết steroid sinh dục?
  - a. U xuất phát từ thượng mô nguyên thủy
  - b. U xuất phát từ mô đệm – dây giới bào
  - c. U nghịch mầm hướng ngoài phôi
  - d. U nghịch mầm hướng phôi
5. Trước khi mổ, phương tiện nào *giúp xác định* khả năng một cấu trúc tân lập ở buồng trứng là *ác tính*?
  - a. Siêu âm Grey-scale, Doppler dùng hệ thống phân loại IOTA
  - b. Cộng hưởng từ khảo sát cấu trúc của khối u (và di căn nếu có)
  - c. Các chỉ báo sinh học hay sinh học phân tử (gene, đột biến gene)
  - d. Không có phương tiện nào giúp xác định ác tính trước khi phẫu thuật
6. Trước khi mổ, phương tiện nào *có giá trị dự báo âm cao khả năng có ác tính* của một tân lập ở buồng trứng?
  - a. Siêu âm Grey-scale có hay không kèm Doppler
  - b. Cộng hưởng từ khảo sát cấu trúc của khối u
  - c. Các chỉ báo sinh học hay sinh học phân tử
  - d. Không có phương tiện nào giúp dự báo lành tính
7. Trong các loại u buồng trứng được liệt kê sau, loại u nào có khả năng lành tính cao nhất?

- a. U nghịch phối đa mô, từ tế bào đã hoàn thành giảm phân I
  - b. Xuất phát từ thượng mô nguyên thủy, chứa dịch nhầy
  - c. Xuất phát từ thượng mô nguyên thủy, chứa dịch trong
  - d. Xuất phát từ thượng mô nguyên thủy, u dạng nội mạc tử cung
8. Nguy cơ mắc ung thư buồng trứng sẽ tăng ở đối tượng nào?
- a. Dùng dài hạn các progestin có khả năng ức chế phóng noãn (các POPs hay LASDS)
  - b. Ức chế dài hạn tiết Gonadotropin bằng giải miễn cảm với chất đồng vận của GnRH
  - c. Lắp lại rất nhiều lần các can thiệp gây sang chấn vỏ buồng trứng như chọc hút noãn IVF
  - d. Dùng dài hạn được chất có phát triển đơn noãn và phóng noãn như Clomiphene citrate
9. Hãy xác định đặc điểm chung của các khối u buồng trứng đến từ tế bào mầm dòng sinh dục?
- a. U tế bào mầm từ tế bào đã hoàn thành giảm phân I thường có khuynh hướng ác tính
  - b. U tế bào mầm biệt hóa theo hướng ngoài phôi thường có khuynh hướng ác tính
  - c. U tế bào mầm hoàn toàn không có hoạt động chế tiết nội tiết (không có ngoại lệ nào)
  - d. Cả 3 yếu tố trên là các đặc trưng quan trọng của u xuất phát từ tế bào mầm dòng sinh dục
10. Hãy xác định đặc trưng mô bệnh học của nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng?
- a. Tần suất xảy ra ung thư tăng cao đáng kể trong trường hợp nang lạc tuyến nội mạc tử cung tái phát
  - b. Do có khả năng diễn biến thành ác tính, nên việc tìm bằng chứng trên mô bệnh học là bắt buộc
  - c. Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng có vỏ bọc và tách biệt với mô buồng trứng lành
  - d. Tiêu chuẩn bắt buộc là mô tuyến nội mạc tử cung lạc vị phải đi chung với mô đệm tùy hành

## TÓM TẮT BÀI HỌC

Nhận diện một khối thực thể không tân lập rất đơn giản vì triệu chứng rất rõ ràng. Tân lập rất ít triệu chứng.

Phải nghĩ: mọi cấu trúc tân lập đều có thể là ác tính, do đó nhiệm vụ phân biệt lành ác là cực kỳ quan trọng.

Không có phương tiện nào để chẩn đoán nó là lành hay ác cả, chỉ có phương tiện để nhận diện khả năng nó là lành hay ác thôi. Không được nói: “Tui nghĩ là nó ác tính”, mà nên nói là: “Tui không có gì đảm bảo là nó lành tính” hoặc “Chúng cứ để đảm bảo đây là lành tính là thấp”. Thái độ của ta xử trí phải thật sự thật trọng tới đa.

Có hàng trăm loại u buồng trứng.

### **Buồng trứng đã hình thành như thế nào?**

Tế bào sinh dục nguyên thủy là những tế bào nguồn gốc ngoài buồng trứng, đi tới ụ sinh dục nguyên thủy. Ở đó, thực hiện nguyên phân để tăng dần số lượng, đến khi không thể tăng được nữa (khoảng 8 tuần lễ). Kể từ lúc trú đóng, nó kích hoạt phức mạc ở chỗ ụ sinh dục nguyên thủy tăng sinh dày lên để bao quanh hết tất cả tế bào sinh dục nguyên thủy. Ban đầu là phát triển đại trà, sau đó chia ra thành các cái lưới để tế bào gốc trung mô đi tới, đó là các dây giới bào. Như vậy sự chia ra này đảm bảo mỗi noãn có 1 thượng mô chung bao chung quanh và dây giới bào đi chới chia rẽ ra.

Có 3 thành phần tạo nên buồng trứng: Tế bào mầm, thượng mô chung bao bọc và thành phần dây giới bào.

Tế bào lót trong lòng ống Muller và tế bào bao xung quanh noãn bào có cùng một nguồn gốc phôi thai. “Một ngày nào đó những tế bào bao xung quanh noãn bào nhìn thấy các người bạn hồi xưa của nó biến thành tế bào lông chuyển, tế bào tuyến... nó mơ ước trong lòng sẽ trở thành như vậy, nó cũng có khả năng biến thành như vậy” => u nguồn gốc từ thượng mô chung

Tất cả các loại u thượng mô đều tiềm ẩn một khả năng sẽ ác tính.

Những tế bào từ dây giới bào (tế bào trung mô). Tế bào trung mô có nhiệm vụ chế tiết, khi trở thành khối u thì vẫn giữ nguyên chức năng chế tiết của nó: u tế bào vỏ, u tế bào hạt, u tế bào sertoli, u tế bào sertoli – leydig. => tất cả u có nguồn gốc từ dây giới bào đều có khả năng chế tiết nội tiết.

Ngoài ra u tế bào mầm nghịch phôi có chiều hướng ngoài phôi cũng có khả năng tiết hormon : hCG

U tế bào mầm nghịch phôi theo hướng phôi đơn mô: Hormon giáp

1. *Bạn khám một khối ở buồng trứng và nghĩ nhiều rằng đó là cấu trúc cơ năng. Làm gì để định hướng?*
  - a. *Trước tiên, tìm mọi bằng chứng loại trừ khả năng là cấu trúc thực thể, rồi mới nghĩ đến “nang cơ năng”*
  - b. *Định lượng các hormon gonadotropin tuyến yên, steroid sinh dục và human Chorionic Gonadotropin*
  - c. ***Căn cứ vào mối liên hệ giữa sự xuất hiện và tồn tại khối này với các sự kiện trong chu kỳ buồng trứng***
  - d. *Căn cứ vào đặc điểm hình ảnh và phân loại hình ảnh (IOTA) cũng như các chỉ báo sinh học của khối u*
2. *Bạn khám một khối ở buồng trứng và nghĩ nhiều rằng đó là cấu trúc thực thể không tân lập. Làm gì để định hướng?*
  - a. *Trước tiên, tìm mọi bằng chứng loại trừ khả năng là u tân lập, rồi mới nghĩ đến “khối không tân lập”*

- b. Bệnh sử nghèo nàn, không có triệu chứng/dữ kiện hình ảnh định hướng là u tân lập hay cấu trúc cơ năng
- c. **Bệnh sử/tiền sử có đau, hiếm muộn, nhiễm trùng, đi kèm với các đặc điểm hình ảnh học mang tính chất gợi ý**
- d. Chỉ có giải phẫu bệnh của bệnh phẩm phẫu thuật mới có thể khẳng định là “khối không tân lập”
3. Hãy xác định mối liên quan giữa các gene BRCA và ung thư buồng trứng?
  - a. Nếu gene BRCA bị đột biến thì nó sẽ bị khóa, không còn khả năng gây ung thư nữa
  - b. Người mang gene BRCA là các đối tượng có nguy cơ cao mắc ung thư buồng trứng
  - c. **Gene BRCA chịu trách nhiệm mã hóa cho proteins có chức năng bảo vệ sửa chữa DNA**
  - d. Bất thường kiểm soát biểu hiện gene BRCA là cơ chế bệnh sinh chính của ung thư
4. Trong các u buồng trứng sau, loại u nào có khả năng tiết steroid sinh dục?
  - a. U xuất phát từ thượng mô nguyên thủy
  - b. **U xuất phát từ mô đệm – dây giới bào**
  - c. U nghịch mầm hướng ngoài phôi
  - d. U nghịch mầm hướng phôi
5. Trước khi mổ, phương tiện nào giúp xác định khả năng một cấu trúc tân lập ở buồng trứng là ác tính?
  - a. Siêu âm Grey-scale, Doppler dùng hệ thống phân loại IOTA
  - b. Cộng hưởng từ khảo sát cấu trúc của khối u (và di căn nếu có)
  - c. Các chỉ báo sinh học hay sinh học phân tử (gene, đột biến gene)
  - d. **Không có phương tiện nào giúp xác định ác tính trước khi phẫu thuật**
6. Trước khi mổ, phương tiện nào có giá trị dự báo âm cao khả năng có ác tính của một tân lập ở buồng trứng?
  - a. **Siêu âm Grey-scale có hay không kèm Doppler**
  - b. Cộng hưởng từ khảo sát cấu trúc của khối u
  - c. Các chỉ báo sinh học hay sinh học phân tử
  - d. Không có phương tiện nào giúp dự báo lành tính

### **Bàn luận:**

Siêu âm và ROMA không cùng một mục đích đánh giá.

Siêu âm là dựa vào hình ảnh mà đánh giá là u này khả năng lành cao hay không cao. Phân loại siêu âm doppler IOTA sử dụng cho tất cả các loại u khác nhau, chứ không phải chỉ là ung thư biểu mô. IOTA là để cải thiện khả năng dự báo dương của siêu âm đơn thuần theo Tokyo

Trong khi đó, ROMA sử dụng các chỉ báo sinh học: CA125 và HE4. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng chế tiết 2 chất này => không dùng để tầm soát. Đối với lại ung thư buồng trứng, ROMA test chỉ có giá trị với ung thư biểu mô.

Khi CA125 và HE4 âm tính:

Nếu trước đó đã đối diện một u đã thấy qua siêu âm, với hình ảnh gợi ý nguồn gốc từ biểu mô chung => khả năng cao là lành tính

Nếu trước đó không phải không gợi ý u có nguồn gốc biểu mô, ví dụ cục đặc hoặc hỗn hợp, khi đó cho dù CA125 và HE4 âm tính cũng không dám đảm bảo đó là lành tính

=> ROMA test chỉ được làm sau khi đã làm siêu âm và phải diễn giải trên kết quả IOTA mà ta có.

7. Trong các loại u buồng trứng được liệt kê sau, loại u nào có khả năng lành tính cao nhất?
  - a. **U nghịch phôi đa mô, từ tế bào đã hoàn thành giảm phân I**

- b. Xuất phát từ thượng mô nguyên thủy, chứa dịch nhầy
  - c. Xuất phát từ thượng mô nguyên thủy, chứa dịch trong
  - d. Xuất phát từ thượng mô nguyên thủy, u dạng nội mạc tử cung
8. Nguy cơ mắc ung thư buồng trứng sẽ tăng ở đối tượng nào?
- a. Dùng dài hạn các progestin có khả năng ức chế phóng noãn (các POPs hay LASDS)
  - b. Ước chế dài hạn tiết Gonadotropin bằng giải miễn cảm với chất đồng vận của GnRH
  - c. **Lặp lại rất nhiều lần các can thiệp gây sang chấn vô buồng trứng như chọc hút noãn IVF**
  - d. Dùng dài hạn được chất có phát triển đơn noãn và phóng noãn như Clomiphene citrate

**Bàn luận:**

**SV: “COCs làm giảm nguy cơ ung thư biểu mô buồng trứng, nhưng có làm tăng nguy cơ ung thư bắt nguồn từ các mô khác hay không?”**

TBL chỉ nói là COCs làm giảm nguy cơ ung thư biểu mô buồng trứng, còn những ung thư khác thì không thể nói gì được.

COCs làm giảm nguy cơ ung thư vì làm giảm số lần phóng noãn và do đó không làm chấn thương vô buồng trứng. Như vậy COCs có tác dụng giảm nguy cơ ung thư biểu mô buồng trứng ở độ tuổi sinh sản.

Vậy người phụ nữ đã mãn kinh thì dùng COCs có làm giảm nguy cơ ung thư buồng trứng không? Những phụ nữ mãn kinh, ung thư buồng trứng xuất phát phần lớn là từ thượng mô chung, đa phần là u thanh dịch. Nguyên nhân tổn thương vô buồng trứng đã xảy ra từ rất lâu rồi, từ lúc người ta dậy thì rồi.

Dùng nội tiết hậu mãn kinh làm tăng nguy cơ ung thư vú và nội mạc tử cung, nhưng sẽ bảo vệ được loãng xương, bệnh tăng huyết áp.

Yếu tố nguy cơ nào làm tăng nguy cơ ung thư tế bào mầm? Ung thư tế bào mầm không phải là ngẫu nhiên, có yếu tố tăng nguy cơ!

**“Nếu người nữ dùng thuốc COCs từ hồi còn trẻ, thì số lượng trứng vẫn còn đó chưa được rụng. Vậy thời gian mãn kinh sẽ bị dịch đi không? Như vậy thì số lượng trứng vẫn còn đó, bao nhiêu trứng là bấy nhiêu lần rụng và tổn thương vô buồng trứng. Vậy COCs có thật sự bảo vệ không?”**

Việc dùng COCs không ảnh hưởng lên tuổi mãn kinh. Chuyen trứng còn hay hết không lệ thuộc vào sự rụng trứng, mà là do apoptosis (chết theo chương trình)

9. Hãy xác định đặc điểm chung của các khối u buồng trứng đến từ tế bào mầm dòng sinh dục?
- a. U tế bào mầm từ tế bào đã hoàn thành giảm phân I thường có khuynh hướng ác tính
  - b. **U tế bào mầm biệt hóa theo hướng ngoài phôi thường có khuynh hướng ác tính**
  - c. U tế bào mầm hoàn toàn không có hoạt động chế tiết nội tiết (không có ngoại lệ nào)
  - d. Cả 3 yếu tố trên là các đặc trưng quan trọng của u xuất phát từ tế bào mầm dòng sinh dục
10. Hãy xác định đặc trưng mô bệnh học của nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng?
- a. Tần suất xảy ra ung thư tăng cao đáng kể trong trường hợp nang lạc tuyến nội mạc tử cung tái phát
  - b. Do có khả năng diễn biến thành ác tính, nên việc tìm bằng chứng trên mô bệnh học là bắt buộc
  - c. Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng có vỏ bọc và tách biệt với mô buồng trứng lành
  - d. **Tiêu chuẩn bắt buộc là mô tuyến nội mạc tử cung lạc vị phải đi chung với mô đệm tùy hành**



## APPLICATION

### TÌNH HUỐNG 1: VÒNG KINH NGẮN

Bà A. 44 tuổi, PARA 2002, đến khám vì siêu âm phát hiện khối u buồng trứng.

Từ hơn một năm nay, bà A. thấy chu kỳ kinh ngắn dần. Hiện tại, bà A. đang có chu kỳ kinh 23 ngày. Thỉnh thoảng, lại có một khoảng 45-60 ngày không có kinh, hoặc có ra một ít huyết hồng ở giữa khoảng này.

Hôm nay là ngày thứ nhì của kỳ kinh. Khám phụ khoa ghi nhận cổ tử cung láng, hồng. Cổ tử cung có dịch nhầy trong, nhiều, loãng, lẫn máu đỏ giống kinh. Khám âm đạo không ghi nhận bất thường ở tử cung và hai phần phụ.

Siêu âm ghi nhận tử cung dAP = 37 mm, cấu trúc đồng nhất. Nội mạc tử cung 6 mm. Buồng trứng phải có một nang echo trống, vỏ mỏng đều, không chồi, với đường kính 50 mm, không tăng sinh mạch (IOTA B1, B5). Cạnh đó là một nang nhỏ hơn, cùng tính chất, có đường kính 18 mm.

Hãy nhận định về cấu trúc bất thường này và cho biết hướng quản lý. Chọn 2 câu đúng.

- A. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc cơ năng của buồng trứng
- B. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể không tân lập của buồng trứng
- C. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể tân lập của buồng trứng
- D. ☐ Chưa có chỉ định can thiệp. Theo dõi đơn thuần. Đánh giá lại sau 3 tháng
- E. ☐ Đã có chỉ định điều trị ngoại khoa. Phẫu thuật cắt u buồng trứng phải đơn thuần
- F. ☐ Đã có chỉ định điều trị ngoại khoa. Phẫu thuật cắt u buồng trứng phải phối hợp với xạ hay hóa trị

#### Bàn luận:

Phụ nữ tiền mãn kinh sẽ hay xuất hiện nang. “Rối loạn nội tiết” là từ chung chung, chỉ nói khi mình bí.

Đây là nang cơ năng. Sau 3 tháng nếu vẫn còn tồn tại, thì nghĩ có thể đó là nang thực thể. Nang thực thể không phải là phải mổ, vẫn có thể theo dõi tiếp vì đặc điểm trên siêu âm không gợi ý không phải lành tính.

#### **“Có cần sử dụng COCs để ngăn xuất hiện nang nữa hay không?”**

Trong trường hợp điển hình là nang cơ năng, có thể theo dõi. COCs đúng là ức chế xuất hiện nang mới để dễ theo dõi nang cũ, nhưng nang mới vẫn không biến mất. Đó là quan điểm, vấn đề người ta đưa ra. Nhưng trên thực tế ít khi nào dùng COCs cả, trừ khi BN cần tránh thai, hoặc muốn điều chỉnh lại kinh nguyệt.

Thường nang cơ năng thường là 1 nang, trong vòng 3 tháng sẽ biến mất. Cũng có thể là 2 nang cơ năng, khi nang này chưa thoái triển thì nang khác đã mọc lên. 2 nang vẫn có khả năng là ác tính, vì vậy mới cần theo dõi và khám lại sau 3 tháng.

### TÌNH HUỐNG 2: TRỄ KINH

Cô B., 22 tuổi., đến khám ra huyết âm đạo bất thường sau trễ kinh.

Cô B. đã có gia đình. Đang tránh thai bằng tránh thai khẩn cấp với mifepristone 10 mg.

Lần này, cô B. có dùng mifepristone. Hiện tại bị trễ kinh 1 tuần. Ra huyết âm đạo từ vài ngày nay. Ra huyết không kèm theo đau bụng. Khám ghi nhận tử cung bình thường. Khám摸 vệt thấy có ít huyết sậm từ cổ tử cung. Buồng trứng trái có một khối, di động, chạm không đau.

Siêu âm ghi nhận tử cung và buồng trứng phải bình thường, có một khối d = 4 cm ở buồng trứng trái, phản âm hỗn hợp, được xếp loại Tokyo IIA. Khảo sát Doppler không thấy dấu hiệu tăng tưới máu, với trở kháng

mạch máu bình thường.

Định tính hCG âm tính. Hãy nhận định về cấu trúc bất thường này và cho biết hướng quản lý. Chọn 2 câu đúng.

- A. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc cơ năng của buồng trứng
- B. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể không tân lập của buồng trứng
- C. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể tân lập của buồng trứng
- D. ☐ Đã có chỉ định điều trị phẫu thuật bóc nang buồng trứng
- E. ☐ Đã có chỉ định điều trị nội tiết ức chế buồng trứng
- F. ☐ Chưa có bất cứ chỉ định can thiệp nào

**Bàn luận:**

Ca này có nhiều yếu tố gợi ý nang hoàng thể tồn lưu.

BN này dùng thuốc tránh thai khẩn cấp. Nhưng thuốc tránh thai khẩn cấp này có thể /không góp phần tạo nên nang hoàng thể tồn lưu, tự nó hình thành cũng được.

Tokyo IIA: có thể là nang hoàng thể, lạc nội mạc tử cung... Trong bệnh cảnh này hướng ta đến nang chức năng hơn, còn nang lạc nội mạc tử cung là nang thực thể không tân lập

Echo trống là nang chức năng, nhưng những nang khác cũng có thể là chức năng.

Ca này thầy sẽ theo dõi tiếp 3 tháng.

**“Có nên dùng COCs để trục hạ đồi yên tạm nghỉ như trong TBL?”** => Cơ năng thì không cần điều trị. Nhưng nhiều BN lại muốn cầm thuốc đem về, thì có thể dùng COCs để ức chế buồng trứng.

**Cơ chế của Mifepristone:** ~~ức chế~~ -> điều hòa thụ thể Progesterone trên nội mạc tử cung, làm cho progesterone không gắn được, nội mạc không phân tiết được nên phôi không thể làm tổ. Ngoài ra còn có tác dụng nongenemetic là gây ức chế LH và ly giải sớm hoàng thể.

**“Như vậy BN này dùng Mifepristone sao có thể nghĩ là hoàng thể tồn lưu?”** Tồn lưu nghĩa là đáng lẽ nó đã mất rồi, tự nhiên bây giờ nó lại tồn tại. Hoàng thể tồn lưu này là tồn lưu từ lúc nào mình còn chưa rõ, chưa biết là tồn lưu ở chu kỳ này hay là từ nhiều chu kỳ trước rồi, điều này là có khả năng.

**Làm sao để chẩn đoán nang hoàng thể tồn lưu?** => Mở ra thấy nang, bóc nang ra thấy hạt không rõ, mô màu vàng vàng. Làm GPB chẩn đoán là chính xác nhất.

**TÌNH HUỐNG 3: MẮN KINH**

Bà O. 52 tuổi, mãn kinh 5 năm, đến khám vì khối u buồng trứng phát hiện qua siêu âm.

Bà O. có người chị ruột đã được phẫu thuật ung thư vú cách nay 5 năm.

Khối u hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng, được phát hiện một cách hoàn toàn tình cờ, qua khám định kỳ.

Siêu âm ghi nhận tử cung teo nhỏ. Không quan sát được buồng trứng trái. Buồng trứng phải có một cấu trúc dạng nang, d = 5 cm, tạo bởi 4 thùy, ngăn cách nhau bởi các vách mỏng (Tokyo loại IVA).

Khảo sát Doppler không thấy dấu hiệu tăng tưới máu, với trở kháng mạch máu bình thường.

CA125 = 22 U/mL. Bệnh viện của bạn không thực hiện được HE4, vì thế không tính được ROMA.

Phết tế bào cổ tử cung âm tính với tân sinh trong biểu mô cổ tử cung.

Hãy nhận định về cấu trúc bất thường này và cho biết hướng quản lý. Chọn 2 câu đúng.

- A. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc cơ năng của buồng trứng

- B. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể không tân lập của buồng trứng
- C. ☐ **Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể tân lập của buồng trứng**
- D. ☐ Đã có chỉ định điều trị bằng nội tiết để ức chế trực. Đánh giá lại khối u sau 3 tháng
- E. ☐ **Đã có chỉ định điều trị ngoại khoa. Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng phải đơn thuần**
- F. ☐ **Đã có chỉ định điều trị ngoại khoa. Cắt u. Cân nhắc khả năng cắt tử cung và buồng trứng trái**

**Bàn luận:**

BN này có yếu tố nguy cơ cao. Khối u được miêu tả trên siêu âm gợi ý nhiều là thực thể.

Trên siêu âm là IV A, có liên quan đến ác tính cao nhưng giá trị dự báo dương không cao, nghĩa là nó vẫn có khả năng là lành tính. Nên nhớ  $CA125 = 22$  cũng không loại trừ hay khẳng định là u lành hay ác. Nhớ là ngưỡng  $CA125$  ở nữ mãn kinh không phải là 35 đâu nha :’)) Như vậy trừ siêu âm ra, không có cái nào giúp gợi ý

Một số bệnh viện có khả năng sinh thiết lạnh khi mổ. Nhưng chuyện sinh thiết lạnh đó cũng không giúp ích gì nhiều cho quyết định của mình. Vì khi sinh thiết là lúc đó đã mổ ra rồi mới sinh thiết, đã cắt rồi mới sinh thiết. Kết quả sinh thiết chỉ giúp mình củng cố chẩn đoán ban đầu hoặc là cho mình biết là trước đó mình chẩn đoán sai rồi.

Nguyên tắc là nếu là ác tính thì phải cắt hết tử cung và phần phụ. Nếu ban đầu mổ ra chỉ để bóc u đem sinh thiết, vài ngày sau kết quả ra ác tính, chẳng lẽ phải đi mổ lại lần 2 và lúc đó mới cắt?

Ca này sẽ cho đi mổ cắt u. Còn cắt thể nào thì tùy vào việc giải thích và lựa chọn của BN.

Nếu BN muốn giữ tử cung thì mổ nội soi cắt buồng trứng P đơn thuần, khi kết quả GPB trả về ác tính thì giải thích và “mổ thêm” để cắt hết. Nếu lành tính thì thôi.

Nếu BN muốn chơi xả láng sáng về sớm thì mổ cắt sạch sành sanh.

**TÌNH HUỐNG 4: CHẠM CON**

Bà P., 28 tuổi., đến khám vì chậm có thai. Lập gia đình được 1 năm, không tránh thai nhưng vẫn chưa có thai.

Bà P. không có than phiền chủ nào khác, ngoại trừ việc chậm có con. Chu kỳ kinh đều, 28 ngày. Không rong huyết, không thống kinh.

Khám ghi nhận tử cung bình thường. Buồng trứng trái có một khối **chạm thốn**.

Siêu âm ghi nhận tử cung và buồng trứng phải bình thường, có một khối  $d = 3\text{ cm}$  ở buồng trứng trái, phản âm kém đều, được xếp loại Tokyo IIA.

Khảo sát Doppler không thấy dấu hiệu tăng tưới máu, với trở kháng mạch máu bình thường.

$CA125 = 35\text{ U/mL}$ .

Tổng soát nội tiết và tinh dịch đồ cùng trong giới hạn bình thường.

Chụp buồng tử cung-vòi trứng thấy cản quang thoát khỏi vòi trứng trái chậm. Cản quang lan tỏa hạn chế trong hố chậu trái.

Hãy nhận định về tình trạng của bà P.?

- A. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc cơ năng của buồng trứng
- B. ☐ **Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể không tân lập của buồng trứng**
- C. ☐ Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể tân lập của buồng trứng



- D. ☐ Đã có chỉ định điều trị phẫu thuật bóc nang
- E. ☐ Đã có chỉ định điều trị nội bằng nội tiết
- F. ☐ **Đã có chỉ định điều trị tình trạng hiếm muộn**

**Bàn luận:**

Rõ ràng là u thực thể không tân lập. BN đến vì hiếm muộn, chắc chắn phải điều trị hiếm muộn.

Ca này nghĩ nhiều là lạc nội mạc tử cung: gây ra thống kinh/đau bụng kinh và hiếm muộn.

Việc phẫu thuật bóc u buồng trứng có thể gây suy buồng trứng, giảm trữ lượng buồng trứng => hạn chế phẫu thuật.

Có những trường hợp lạc nội mạc tử cung nhưng BN vẫn có con bình thường

Có những trường hợp lại hiếm muộn. Có khi lại đau dữ dội điều trị hoài không hết, lúc đó BN lại yêu cầu mình bóc u lạc nội mạc tử cung để không đau nữa.

Mỗi BN là một trường hợp khác nhau!