



**Topic 65**  
**Các ca lâm sàng**



# Phần 3

## Các ca lâm sàng...



### Mục tiêu:

- Nhận diện được một khối ở phần phụ là cấu trúc cơ năng, thực thể không tân lập hay thực thể tân lập
- Phân định được một cấu trúc tân lập là lành hay ác
- Ra được quyết định quản lý thích hợp dựa theo lưu đồ quản lý của IOTA hay khuyến cáo quản lý của O-RADS



### Bạn hãy:

- Thảo luận các ca lâm sàng, nhận diện bản chất của chúng và phân định lành ác bang các công cụ có sẵn là IOTA hay O-RADS
- Thảo luận về hướng quản lý thích hợp cho từng ca lâm sàng, theo nguyên lý vận dụng EBM và cá thể hoá quản lý

# Ca lâm sàng 1, trang 1

## *“Tôi thấy trần nặng bụng dưới...”*



- 42 tuổi, khám vì trần nặng bụng dưới
- 2 lần sanh thường, con nhỏ 7 tuổi
- Chu kì 28 ngày, đều, có kinh 5 ngày sạch. Tránh thai condom
- Không tiền sử nội ngoại khoa đặc biệt
- Khám khi đang ở N<sub>3</sub> của chu kì. Tính chất kinh bình thường
- Hạ vị có khối d # 15 cm trên xương vè, lệch phải, căng chắc, di động kém, giới hạn rõ, không đau
- Không có dấu hiệu đục vùng thấp
- Khám mỏ vịt: âm đạo có máu kinh, cổ tử cung lóng
- Khám âm đạo: tử cung kích thước, mật độ, di động bình thường. Khối u thấy được trên vè không di động theo tử cung
- Cao 155 cm, nặng 67 kg

# Ca lâm sàng 1, trang 2

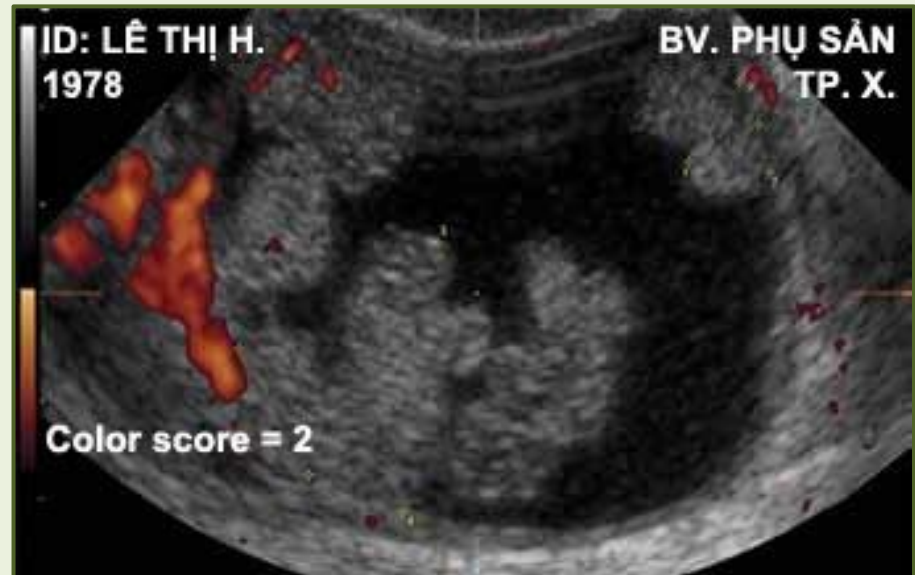
## Siêu âm phụ khoa qua ngã âm đạo...



- Tử cung:
  - Ngã sau, dAP = 35 mm, cấu trúc cơ tử cung đồng nhất
  - Bề dày nội mạc tử cung 5 mm, lòng tử cung trống
- Buồng trứng Phải:
  - Là một cấu trúc u, kích thước = 207 mm \* 142 mm
  - U đa thùy, có chứa thành phần đặc không thuần nhất. Kích thước phần đặc # 50 mm \* 30 mm. Thành u không chồi
  - Bờ ngoài của u đều
  - Điểm màu = 2
- Buồng trứng Trái:
  - Kích thước và cấu trúc bình thường
- Không dịch ổ bụng

# Ca lâm sàng 1, trang 3

## Hình ảnh và thông tin bổ sung...



- Các tumor biomarkers: chưa được thực hiện

# IOTA simple rules: M4 (?), và không B-rules O-RADS 4



**International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) simple rules**

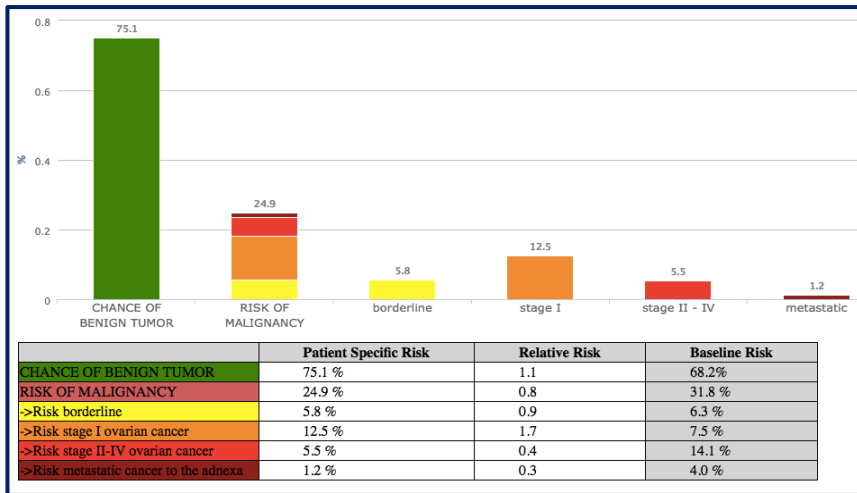
<b>B1</b> Unilocular cyst	<b>M1</b> Irregular solid tumor
<b>B2</b> Presence of solid components, maximal diameter < 7 mm	<b>M2</b> Presence of ascites
<b>B3</b> Presence of acoustic shadows	<b>M3</b> At least four papillary structures
<b>B4</b> Smooth multilocular tumor, maximal diameter < 100 mm	<b>M4</b> Irregular multilocular solid tumor, maximal diameter > 100 mm
<b>B5</b> No blood flow (color score 1)	<b>M5</b> Very strong blood flow (color score 4)

**O-RADS 4 – Intermediate Risk (10 - < 50% likelihood of malignancy)**

<b>Multilocular cyst with smooth inner wall, <math>\geq 10</math> cm, color score 1-3*</b> *Color score 1-3: No to moderate flow	
<b>Multilocular cyst with smooth inner wall, any size, color score 4*</b> *Color score 4: Very strong flow	
<b>Multilocular cyst with irregular inner wall and/or irregular septation, any size, any color score</b>	
<b>Unilocular cyst with solid/solid appearing component, no papillary projections, any size, any color score</b>	
<b>Unilocular cyst with 1-3 papillary projections, any size, any color score</b>	
<b>Multilocular cyst with solid/solid-appearing component, any size, color score 1-2*</b> *Color score 1-2: No to mild flow	
<b>Solid (<math>\geq 80\%</math>) with smooth contour, any size, color score 2-3*</b> *Color score 2-3: Mild to moderate flow	



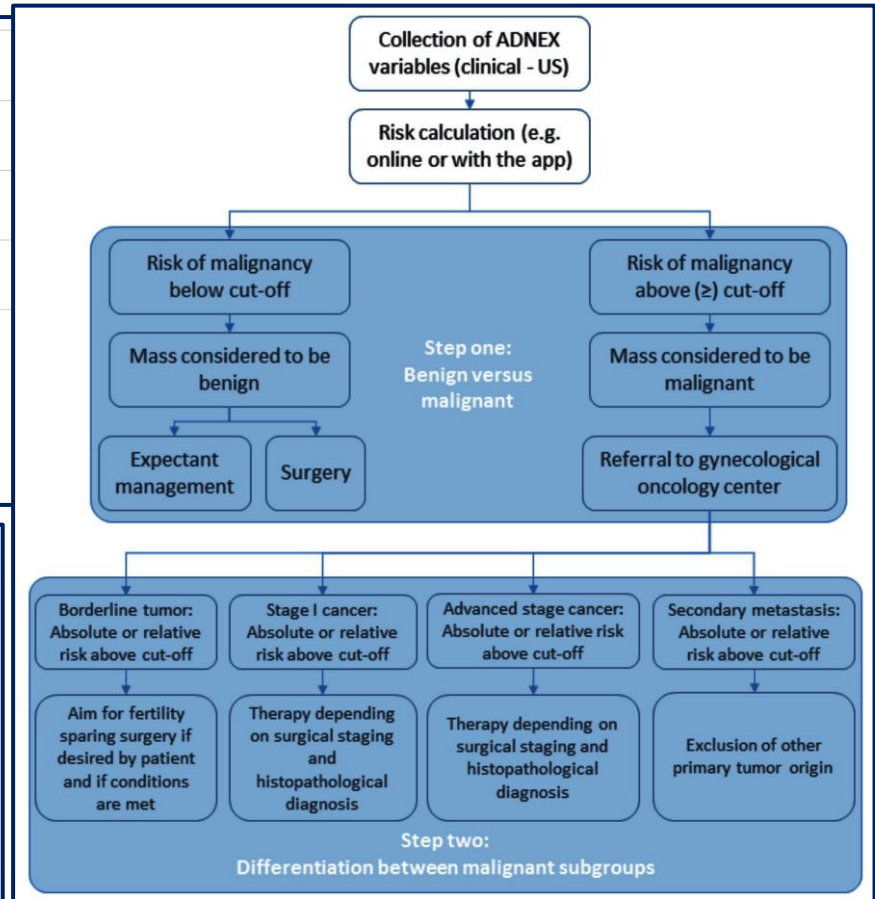
# Ca lâm sàng 1: quản lí theo lưu đồ IOTA



**Table II.** Relative risk of each tumor subgroup and corresponding positive predictive value (PPV)

		Relative risk				
		≤ 1	> 1	> 2	> 3	> 4
Borderline	Absolute predicted risk	≤ 6.3	> 6.3	> 12.6	> 18.9	> 25.2
	Observed PPV (%)	2.0	18.4	23.9	26.0	29.7
Stage I cancer	Absolute predicted risk	≤ 7.4	> 7.4	> 14.8	> 22.2	> 29.6
	Observed PPV (%)	2.2	16.5	21.2	26.6	30.7
Stage II-IV cancer	Absolute predicted risk	≤ 14.1	> 14.1	> 28.2	> 42.3	> 56.4
	Observed PPV (%)	1.4	56.5	66.2	71.3	75.8
Secondary metastatic cancer	Absolute predicted risk	≤ 4.0	> 4.0	> 8.0	> 12.0	> 16.0
	Observed PPV (%)	1.0	13.5	18.4	26.4	31.6

Relative risk: rate of change of the absolute predicted risk versus the baseline risk.  
Observed PPV: the observed positive predictive value, i.e. the percentage of patients with a given outcome among those with a given relative risk for that outcome as observed in the sample of 5909 patients on which the final ADNEX coefficients were obtained. Note that this is an observed percentage that is unadjusted for clustering by center.



# Ca lâm sàng 2, trang 1

## *“Khám phụ khoa định kì...”*



- 28 tuổi, khám phụ khoa định kì
- Lấy chồng 1 năm, dự định 30 tuổi sẽ sanh, tránh thai condom
- Chu kì 28 ngày, đều, có kinh 5 ngày sạch, không thống kinh
- Không tiền sử nội ngoại khoa đặc biệt
- Khám khi đang ở N<sub>9</sub> của chu kì. Tính chất kinh bình thường
- Khám mỏ vịt: âm đạo sạch, cổ tử cung lồi
- Khám âm đạo: tử cung kích thước, mật độ, di động bình thường. Phần phụ phải có một khối d = 4 cm \* 5 cm \* 6 cm, không di động theo tử cung khi lắc. Phần phụ trái có một khối d = 3 cm \* 4 cm \* 4 cm, không di động theo tử cung khi lắc.
- Cao 155 cm, nặng 50 kg



# Ca lâm sàng 2, trang 2

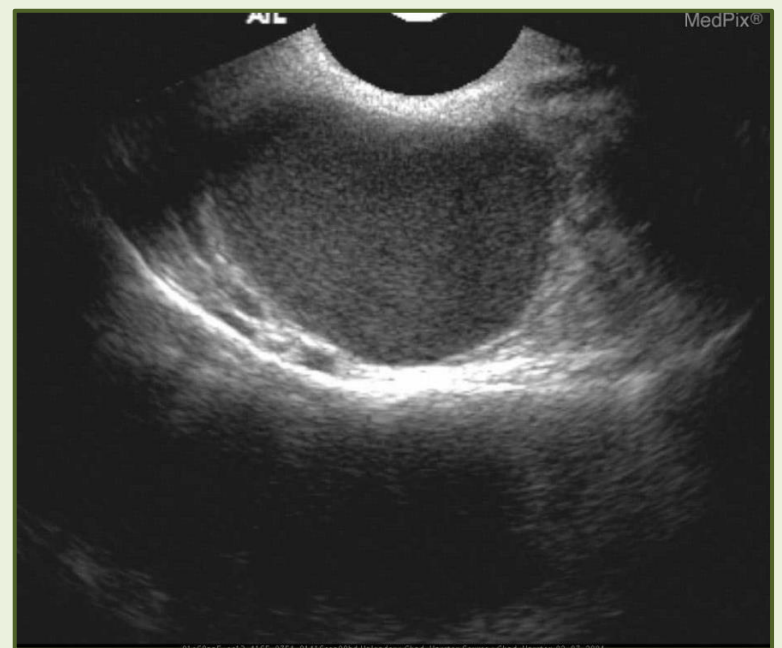
## Siêu âm phụ khoa qua ngã âm đạo...



- Tử cung:
  - Ngã sau, dAP = 40 mm, cấu trúc cơ tử cung đồng nhất
  - Bề dày nội mạc tử cung 3 mm, lòng tử cung trống
- Buồng trứng Phải:
  - Là một cấu trúc nang gồm hai thùy, d = 30 mm \* 25 mm, và d = 25 mm \* 20 mm, có phản âm dạng kính mài, thành nang không chồi, bờ ngoài của u đều. Điểm màu = 1
- Buồng trứng Trái:
  - Là một cấu trúc nang đơn thùy, d = 30 mm \* 35 mm, phản âm dạng kính mài, thành nang không chồi, bờ ngoài của u đều. Điểm màu = 1
- Không dịch ổ bụng

# Ca lâm sàng 2, trang 3

## Hình ảnh và thông tin bổ sung...



- Các tumor biomarkers: chỉ có CA-125 = 50 IU/mL

# IOTA simple rules: B4, và không M-rules

## O-RADS 2: nang lạc nội mạc tử cung



International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) simple rules			
<b>B1</b>	Unilocular cyst	<b>M1</b>	Irregular solid tumor
<b>B2</b>	Presence of solid components, maximal diameter < 7 mm	<b>M2</b>	Presence of ascites
<b>B3</b>	Presence of acoustic shadows	<b>M3</b>	At least four papillary structures
<b>B4</b>	Smooth multilocular tumor, maximal diameter < 100 mm	<b>M4</b>	Irregular multilocular solid tumor, maximal diameter > 100 mm
<b>B5</b>	No blood flow (color score 1)	<b>M5</b>	Very strong blood flow (color score 4)

<b>B1</b>		<b>M1</b>	
<b>B2</b>		<b>M2</b>	
<b>B3</b>		<b>M3</b>	
<b>B4</b>		<b>M4</b>	
<b>B5</b>		<b>M5</b>	

Lexicon Term	Definition
<b>Typical hemorrhagic cyst</b>	<p>Reticular pattern: Fine thin intersecting lines representing fibrin strands</p> <p>Retracting clot: An avascular echogenic component with angular, straight, or concave margins</p>
<b>Typical dermoid cyst &lt; 10 cm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hyperechoic component with acoustic shadowing</li> <li>Hyperechoic lines and dots</li> <li>Floating echogenic spherical structures</li> </ul>
<b>Typical endometrioma &lt; 10 cm</b>	Ground glass/homogeneous low-level echoes
<b>Simple paraovarian cyst/any size</b>	Simple cyst separate from the ovary that typically moves independent of the ovary when pressure is applied by the transducer
<b>Typical peritoneal inclusion cyst/any size</b>	Follows the contour of the adjacent pelvic organs or peritoneum, does not exert mass effect and typically contains septations. The ovary is either at the margin or suspended within the lesion.
<b>Typical hydrosalpinx/ any size</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incomplete septation</li> <li>Tubular</li> <li>Endosalpingeal folds: Short round projections around the inner wall of a fluid distended tubular structure</li> </ul>



# Ca lâm sàng 3, trang 1

## *“Khó thở...”*



- 66 tuổi, mãn kinh trên 10 năm, khám vì báng bụng và khó thở
- PARA 2002, không tiền sử phụ khoa đặc biệt
- Từng nhập khoa nội hô hấp vì tràn dịch màng phổi [P] lượng ít, không tổn thương phổi (nhu mô, màng phổi), tế bào học [-]
- Khám bụng mềm, có báng bụng lượng vừa. Đã được chọc hút dịch báng, với kết quả Rivalta [-], tế bào học [-]. Khối u hạ vị to 10 cm \* 10 cm trên vệ, rất di động
- Khám mỏ vịt: âm đạo sạch, niêm mạc âm đạo teo, cổ tử cung teo nhỏ, láng
- Khám âm đạo: tử cung rất nhỏ, mật độ, di động bình thường. Hai phần phụ khó xác định
- Cao 150 cm, nặng 55 kg

# Ca lâm sàng 3, trang 2

## Siêu âm phụ khoa qua ngả bụng...

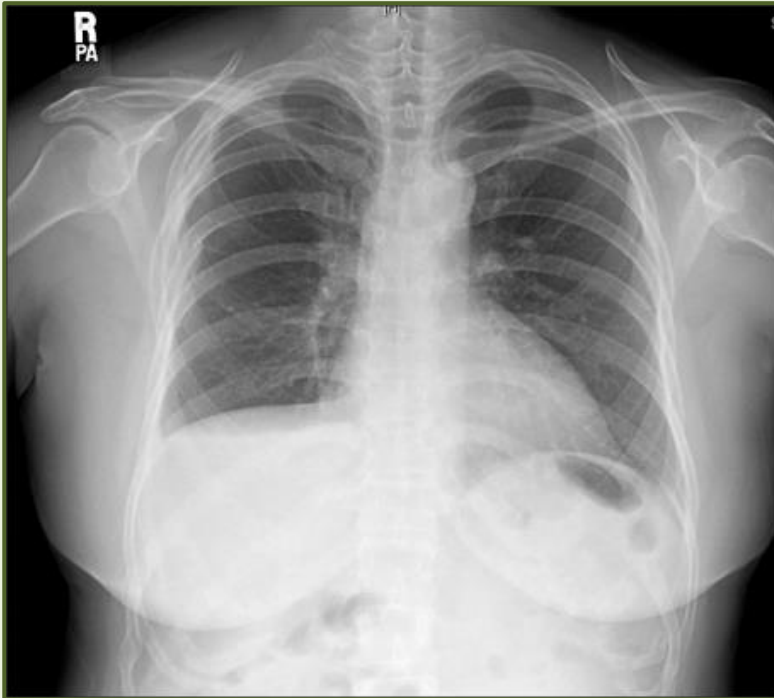


- Tử cung:
  - Trung gian, dAP = 25 mm, cấu trúc cơ tử cung đồng nhất
  - Bề dày nội mạc tử cung 0 mm, lòng tử cung trống
- Buồng trứng Phải:
  - Là một cấu trúc đặc thuần nhất, d = 114 mm \* 74 mm, bờ ngoài đều. Điểm màu = 1
- Buồng trứng Trái:
  - Không nhìn thấy qua siêu âm ngả bụng (nhưng thấy được qua siêu âm ngả âm đạo, d = 1 cm \* 1 cm \* 1 cm)
- Dịch báng lượng nhiều



# Ca lâm sàng 3, trang 3

## Hình ảnh và thông tin bổ sung...



- X-ray: mờ góc sườn-hoàn [P]
- CA-125 = 759 IU/mL





# IOTA simple rules: M2 (?), và không B-rules O-RADS 3



**International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) simple rules**

<b>B1</b> Unilocular cyst	<b>M1</b> Irregular solid tumor
<b>B2</b> Presence of solid components, maximal diameter < 7 mm	<b>M2</b> Presence of ascites
<b>B3</b> Presence of acoustic shadows	<b>M3</b> At least four papillary structures
<b>B4</b> Smooth multilocular tumor, maximal diameter < 100 mm	<b>M4</b> Irregular multilocular solid tumor, maximal diameter > 100 mm
<b>B5</b> No blood flow (color score 1)	<b>M5</b> Very strong blood flow (color score 4)

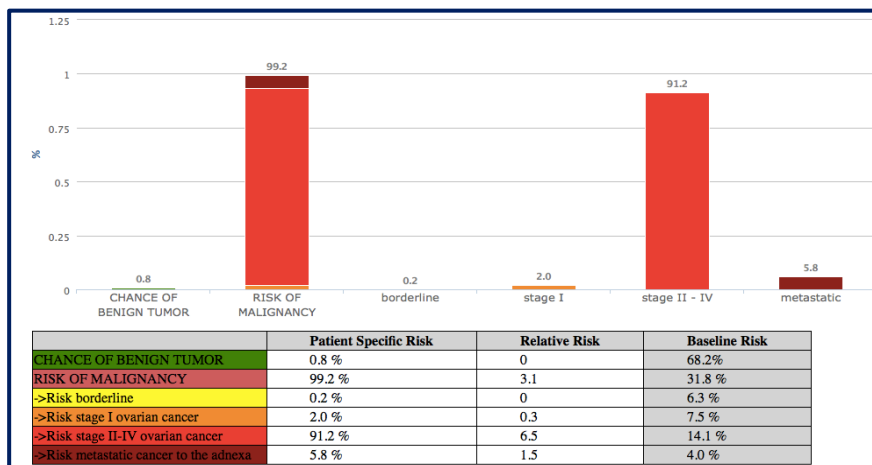
<b>B1</b>		<b>M1</b>	
<b>B2</b>		<b>M2</b>	
<b>B3</b>		<b>M3</b>	
<b>B4</b>		<b>M4</b>	
<b>B5</b>		<b>M5</b>	



**O-RADS 3 – Low Risk (1 - < 10% likelihood of malignancy)**

<b>Unilocular cyst*, ≥ 10 cm</b> *Simple or non-simple	
<b>Typical hemorrhagic cyst, dermoid cyst, endometrioma, ≥ 10 cm</b>	<b>See Figure 9: “O-RADS 2 - Classic Benign Lesions and Associated Descriptors”</b>
<b>Unilocular cyst with irregular inner wall*, any size</b> * < 3 mm height	
<b>Multilocular cyst with smooth inner wall, &lt; 10 cm, color score 1-3*</b> *Color score 1-3: No to moderate flow	
<b>Solid or solid-appearing (≥ 80%) with smooth contour, any size, color score 1*</b> *Color score 1: No flow	

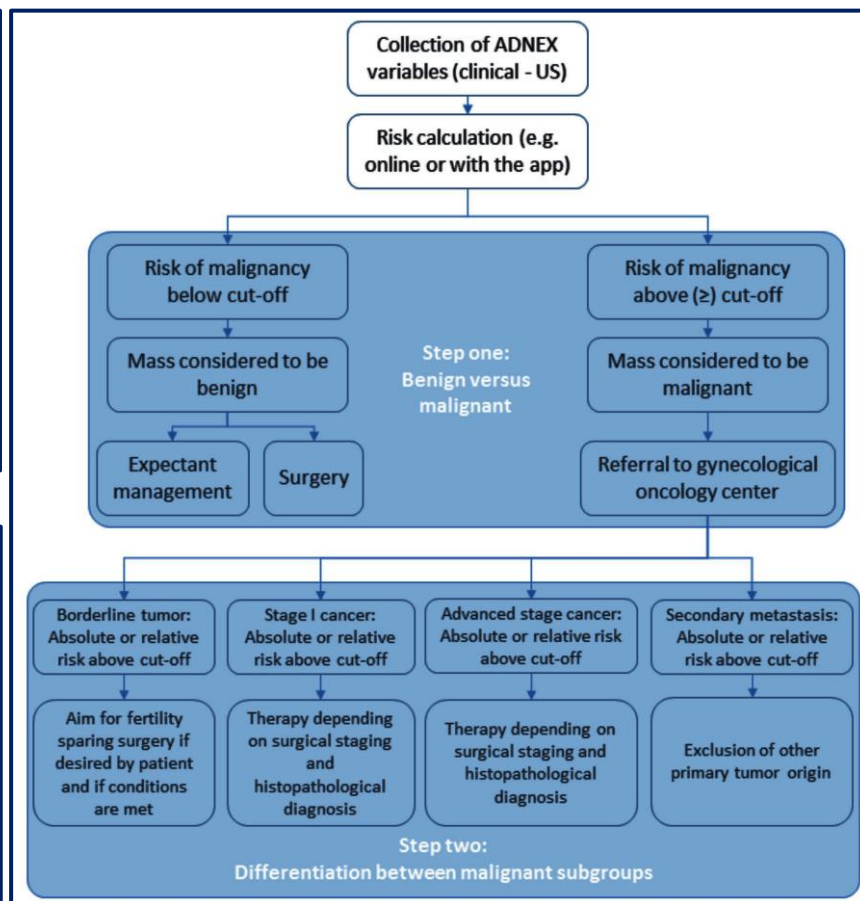
# Ca lâm sàng 3: *something went wrong...?*



**Table II.** Relative risk of each tumor subgroup and corresponding positive predictive value (PPV)

		Relative risk				
		≤ 1	> 1	> 2	> 3	> 4
Borderline	Absolute predicted risk	≤ 6.3	> 6.3	> 12.6	> 18.9	> 25.2
	Observed PPV (%)	2.0	18.4	23.9	26.0	29.7
Stage I cancer	Absolute predicted risk	≤ 7.4	> 7.4	> 14.8	> 22.2	> 29.6
	Observed PPV (%)	2.2	16.5	21.2	26.6	30.7
Stage II-IV cancer	Absolute predicted risk	≤ 14.1	> 14.1	> 28.2	> 42.3	> 56.4
	Observed PPV (%)	1.4	56.5	66.2	71.3	75.8
Secondary	Absolute predicted risk	≤ 4.0	> 4.0	> 8.0	> 12.0	> 16.0
	Observed PPV (%)	1.0	13.5	18.4	26.4	31.6
metastatic cancer	Absolute predicted risk	≤ 4.0	> 4.0	> 8.0	> 12.0	> 16.0
	Observed PPV (%)	1.0	13.5	18.4	26.4	31.6

Relative risk: rate of change of the absolute predicted risk versus the baseline risk.  
Observed PPV: the observed positive predictive value, i.e. the percentage of patients with a given outcome among those with a given relative risk for that outcome as observed in the sample of 5909 patients on which the final ADNEX coefficients were obtained. Note that this is an observed percentage that is unadjusted for clustering by center.



# Quản lí u buồng trứng...



- Định hướng quản lí căn cứ trên bệnh sử, triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học
- Phân định lành-ác là tác vụ then chốt của tiến trình xác lập chẩn đoán
- Hình ảnh học bao gồm hệ thống IOTA và O-RADS cung cấp các thông tin có giá trị dự báo cao, nếu tôn trọng các qui chuẩn phân loại
- Quản lí bao gồm đánh giá một cách cẩn trọng và toàn diện khối u, đồng thời phải được cá thể hoá

## Phần I

Trang 1

Phòng khám kế hoạch gia đình, bệnh viện Từ Dũ.

Bình đang chờ đến lượt của mình. Cô đến để được “đặt vòng tránh thai”.

Nhìn Bình, ít ai có thể biết rằng cô đã có hai con. Tuổi 30, hai lần sanh, mà lần cuối cùng chỉ mới hai năm trước, hầu như không thể làm suy suyễn bề ngoài trẻ trung và yêu đời của cô.

Bình rất hài lòng với cuộc sống hiện tại. Ổn định, không ốm đau, các con khỏe mạnh, ngoan hiền, còn gì hơn nữa?

Bình quyết định tạm thời chưa sanh thêm, và quyết định sẽ “đặt vòng tránh thai” trong vài năm.

“Mời khách hàng số 0-1-3 vào phòng khám số 1...” Lời mời tự động vô cảm cắt ngang suy nghĩ của Bình.

Tiếp Bình là bác sĩ Nhung.

Cảm nhận đầu tiên của Bình về bác sĩ Nhung là niềm tin. Nhung nhanh chóng chinh phục Bình bằng các câu hỏi liên quan đến gia đình, nghề nghiệp, sức khỏe phụ khoa và tổng quát, bà cũng biết rằng sau này Bình vẫn còn muốn sinh thêm con.

“Chị Bình có thể vui lòng cho tôi thực hiện khám phụ khoa, kiểm tra lại các điều kiện cần thiết để đặt dụng cụ tử cung tránh thai cho chị”, Nhung nói với Bình.

Khám xong, Bình chăm chú quan sát Nhung ghi hồ sơ. Một thoáng e dè lộ ra trên nét mặt Nhung.

“Tiền sử phụ khoa không có vấn đề bất thường. Chu kỳ kinh đều, 28 ngày. Đang ở ngày 3<sup>rd</sup> của chu kỳ.

Khám mô vệt: cổ tử cung hồng láng, có máu hành kinh với tính chất bình thường.

Khám âm đạo: tử cung có mật độ, kích thước, di động bình thường. Phần phụ trái bình thường. Phần phụ phải hơi to nhẹ, không đau, di động tốt.

Đã thực hiện co-testing, với kết quả tầm soát âm tính, được 6 tháng”.

Chuyển sang nhìn Bình, Nhung nói:

“Chị Bình cần làm thêm một siêu âm nhé, chỉ để kiểm tra thôi, chị an tâm”.

Bình cảm ơn Nhung, đi nhanh đến phòng siêu âm..

Siêu âm phụ khoa Doppler thực hiện qua ngã âm đạo.

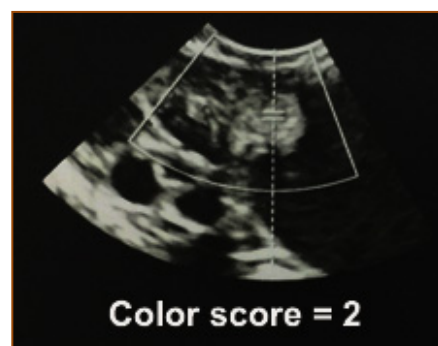
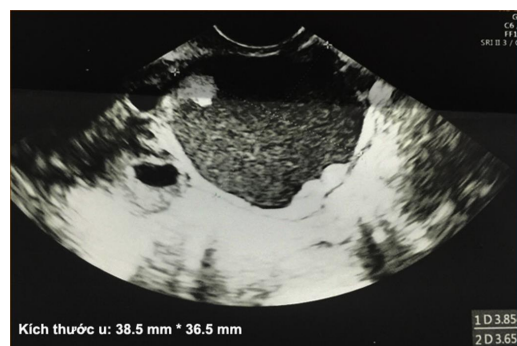
Tử cung trung gian, dAP = 40 mm, cấu trúc đều.

Phần phụ trái 30 mm \* 20 mm \* 20 mm, có vài nang hốc nhỏ.

Phần phụ phải có một nang đơn thùy, phản âm kém, 38.5 mm \* 36.5 mm \* 34 mm, bên trong có phần đặc. Kích thước lớn nhất của là 14 mm \* 12.5 mm. Điểm màu = 2 theo thang màu IOTA.

Cùng đồ sau không dịch tự do. Không dịch bàng.

Kết luận: Nang đơn thùy của buồng trứng phải, có chứa thành phần đặc.



Nhận kết quả, Bình tất tả chạy về phòng của bác sĩ Nhung.

## **Phần I**

## **Trang 2**

Tại phòng khám, người ta nói với Bình ngồi chờ, vì bác sĩ Nhung đang thực hiện thủ thuật.

Bồn chồn, Bình cứ hết đọc lại kết quả siêu âm, thì lại lướt web. Cô muốn tìm tiến sĩ Google.

Bình bị lôi vào các trang web. Chán chường, lướt thật nhanh, vì cô không thể hiểu được những gì người ta viết.

*“Ung thư, lẽ nào lại dễ thế sao?”* Bình đau nhói khi nghĩ đến hai chữ này, mà cô nhìn thấy trên web.

Cửa phòng bật mở. Vừa thoáng thấy bác sĩ Nhung, Bình vội lấy bà, hỏi ngay:

*“Có phải em bị ung thư buồng trứng rồi phải không bác sĩ?”*

Nhung khuyên bình bình tĩnh lại. Bà đọc thật kỹ kết quả siêu âm và nói:

*“Thật khó để nói được điều đó, cô Bình ạ...”*

Bình không kìm được nữa, thảng thốt...

*“Nhưng em muốn biết em bị bệnh gì! Bác sĩ xem em có cần phải làm xét nghiệm gì thêm không?...”*



## Phần I

Trang 3

Một tuần sau, ở phòng hội chẩn viện, bệnh viện Từ Dũ. Chủ trì phiên hội chẩn là bác sĩ Thanh.

Bác sĩ Nhung trình bày trường hợp của Bình.

“Bệnh nhân 30 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 2 tuổi, không tránh thai, không triệu chứng cơ năng, tình cờ phát hiện một nang đơn thùy  $d = 4\text{ cm}$ , có phần đặc, ở buồng trứng phải, điểm màu = 2 theo IOTA.

Kết quả các chỉ báo khối u đã thực hiện gồm:

$$\beta\text{-hCG} = 0.2\text{ mIU/mL}$$

$$\text{HE4} = 47.8\text{ pmol/L}$$

$$\text{CA-125} = 34\text{ IU/mL}$$

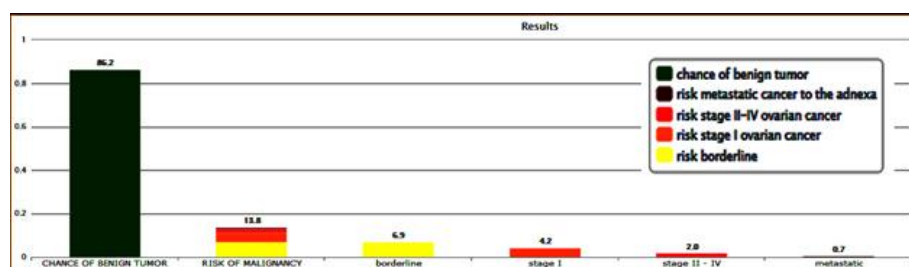
Kết quả khảo sát công hưởng từ vùng chậu xác nhận sự hiện diện của một tổn thương dạng nang,  $d = 35\text{ mm}$ , giới hạn rõ, bờ đều, có chồi  $9\text{ mm}$ , không vách ở buồng trứng phải.

Kết quả này phù hợp với một nang thực thể của buồng trứng phải”.

Bác sĩ Thanh chăm chú nghe Nhung trình bày. Chờ Nhung trình bày xong, ông hỏi:

“Thế thì bác sĩ Nhung đánh giá như thế nào về khả năng lành-ác của khối u này?”

Đã chuẩn bị từ trước để đối diện với câu hỏi này, Nhung nhanh chóng trình bày quan điểm của mình:



“Thưa anh, do không thể phân định được lành-ác bằng các chỉ báo hiện nhiên, cũng như các qui luật đơn giản của IOTA, nên em đã cho tính toán bằng IOTA-ADNEX. Kết quả chạy IOTA-ADNEX như sau:

...

Khối u này có khả năng cao là lành tính, nhưng nguy cơ tính toán của ác tính lại là 13.8%, tức là trên cut-off sàng lọc của bệnh viện chúng ta, hơn nữa chúng ta cũng thể bỏ qua RR của một u giáp biên là 1.1”...

	Patient Specific Risk	Relative Risk	Baseline Risk
CHANCE OF BENIGN TUMOR	86.2 %	1.3	68.2%
RISK OF MALIGNANCY	13.8 %	0.4	31.8 %
->Risk borderline	6.9 %	1.1	6.3 %
->Risk stage I ovarian cancer	4.2 %	0.6	7.5 %
->Risk stage II-IV ovarian cancer	2.0 %	0.1	14.1 %
->Risk metastatic cancer to the adnexa	0.7 %	0.2	4.0 %



**Phần II**

**Trang 1**

Nhưng trình bày xong. Bác sĩ Thanh lên tiếng:

*“Các đồng nghiệp có ý kiến gì thêm không?”*

Một phút đã qua. Không có trả lời...

*“Tôi nghĩ rằng có khả năng đây là một u giáp biên ác của buồng trứng...”*

Người vừa phát biểu trong hội chẩn là bác sĩ Nguyễn. Bà là người có kinh nghiệm và uy tín lớn lao trong ngành hình ảnh học.

*“Dựa vào đặc điểm của hình ảnh chồi đặc trên siêu âm, tôi thiên về chẩn đoán giáp biên ác hơn là lành tính”.*

Bác sĩ Thanh nhìn Nguyễn, tỏ ra bị thuyết phục.

*“Cảm ơn chị Nguyễn. Khối u này được xếp vào loại O-RADS 4. Trong tình huống này, chúng ta phải tôn trọng ý kiến của chuyên gia về hình ảnh phụ khoa”.*

Lại một lần nữa, sự im lặng trùm lên phòng hội chẩn.

Các thành viên dường như không đồng tình với khả năng ác tính.

*“U đơn thù, chỉ có sự hiện diện của một chồi duy nhất, với khả năng lành tính tính theo IOTA-ADNEX là hơn 80%”, Nhung nghĩ bụng.*

Nhung phá vỡ không khí im lặng.

*“Tôi nghĩ rằng đây là khối u thực thể của buồng trứng phải, khả năng cao là lành tính, dù rằng tôi không thể loại trừ được hoàn toàn khả năng có giáp biên ác, nhưng theo tôi, có thể xem xét đến khả năng thực hiện phẫu thuật nội soi bóc u”.*

Bác sĩ Thanh hỏi lại:

*“Phẫu thuật bóc u bảo tồn mô buồng trứng có phải là lựa chọn hợp lý không? Vì sao không phải là phẫu thuật cắt phần phụ?”*

*Chúng ta có đủ chứng cứ về an toàn của phẫu thuật nội soi trong trường hợp này hay không? Liệu cuộc phẫu thuật bụng hờ sẽ an toàn về mặt tế bào hơn không?*

*Các đồng nghiệp có nghĩ đến việc chúng ta phải thực hiện cắt lạnh hay không?”*

Bình ngồi đó, lặng im.

*“Giá như người ta có thể nói được điều đó... mong sao nó là lành tính, và ...”*

Rồi cô lên tiếng:

*“Các bác ơi, em còn có thể sanh con nữa không?”*

Bác sĩ Thanh kết thúc trường hợp của Bình. Ông kí tên vào quyết định phẫu thuật...

## Phần II

Trang 3

Phòng mổ, bệnh viện Từ Dũ. Bình đã được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt phần phụ phải. Bác sĩ Nhung là người được chỉ định tiến hành cuộc phẫu thuật này.

...

Nhung tỏ ra hài lòng, ghi vào tường trình phẫu thuật:

*“...Đặt các trocars an toàn.*

*Thăm sát ổ bụng không dịch báng.*

*Ổ bụng ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang bình thường.*

*Không quan sát được đầy đủ mạc nối lớn, các rãnh đại tràng.*

*Ruột thừa bình thường.*

*Tử cung kích thước, hình thể, mật độ bình thường.*

*Phần phụ trái bình thường.*

*Buồng trứng phải to 5 cm \* 5 cm \* 5 cm, di động, không dính, mặt láng.*

*Tiến hành cắt phần phụ phải, không làm vỡ khối u...*

*Lấy bệnh phẩm bằng bao an toàn. Thành khối u có duy nhất một chồi đặc 20 mm \* 15 mm”*

...

Một tuần sau.

Bình đến bệnh viện để tái khám sau mổ. Cảm trên tay kết quả giải phẫu bệnh lí, cô chỉ thấy một màu đen.

*“U tuyến thanh dịch buồng trứng giáp biên ác (8442/1)”*

Bất giác, Bình nhớ lại câu mà bác sĩ Nhung đã nói với cô trước mổ:

*“Thật khó để nói được điều đó, cô Bình ạ...”*



**Thật khó để nói được điều đó ...**

*(What is...?, what if...?)*



# Phần I, trang 1

## Tình cờ...



### Mục tiêu:

- Nhận diện được một khối ở phần phụ là một cấu trúc cơ năng, hay cấu trúc thực thể không tân lập hay cấu trúc thực thể tân lập

### Bạn hãy:

- Tìm những dấu hiệu gợi ý định hướng chẩn đoán về khả năng đây là một cấu trúc cơ năng, hay cấu trúc thực thể không tân lập hay cấu trúc thực thể tân lập

# Phần I, trang 2

## Lành tính hay ác tính...



### Mục tiêu:

- Áp dụng được lưu đồ nhận diện khối u buồng trứng theo IOTA

### Bạn hãy:

- Sử dụng các chỉ báo hiển nhiên (easy descriptors), các quy luật đơn giản của lành-ác theo IOTA (simple rules) để đánh giá về khối u buồng trứng
- Cho biết cần thực hiện thêm điều gì để có thể đạt đến chẩn đoán trong trường hợp này



# Phần I, trang 3

## Bối rối...



### Mục tiêu:

- Phân tích được vai trò của IOTA-ADNEX model và của các khảo sát bổ sung khi không phân định được lành-ác bằng easy descriptors hay simple rules

### Bạn hãy:

- Bình luận về chỉ định thực hiện khảo sát MRI và các biomarkers trong tình huống này
- Hãy phân tích kết quả đánh giá nguy cơ lành-ác theo IOTA-ADNEX model của trường hợp này

# Phần II, trang 1

## Giữa lí thuyết và kinh nghiệm...?



### Mục tiêu:

- Phân tích được chiến lược quản lí một khối ở phần phụ theo phân loại O-RADS

### Bạn hãy:

- Bình luận vai trò của chuyên gia trong quản lí khối u phần phụ?

# Phần II, trang 2

## Ở ngã rẽ của sự lựa chọn...



### Mục tiêu:

- Phân tích được nguyên lí của lựa chọn phẫu thuật khối u phần phụ

### Bạn hãy:

- Chỉ ra luận cứ ủng hộ hay bác bỏ phẫu thuật nội soi bảo tồn
- Chỉ ra luận cứ ủng hộ hay bác bỏ phẫu thuật nội soi triệt để
- Chỉ ra luận cứ ủng hộ hay bác bỏ phẫu thuật mở bụng
- Chỉ ra luận cứ ủng hộ hay bác bỏ cắt lạnh

# Phần II, trang 3

## Bóng tối...



### Mục tiêu:

- So sánh được các ưu-nhược điểm của điều trị qua nội soi ổ bụng và mổ bụng hở trong quản lí các khối u giáp biển ác

### Hãy cho biết:

- Bạn đã học được gì qua cuộc mổ này?
- Bạn đã có thể làm gì để tốt hơn?