

GIẢI ĐỀ U BUỒNG TRỨNG

Tổng quát các điểm cần nhớ của BA khối u BT :

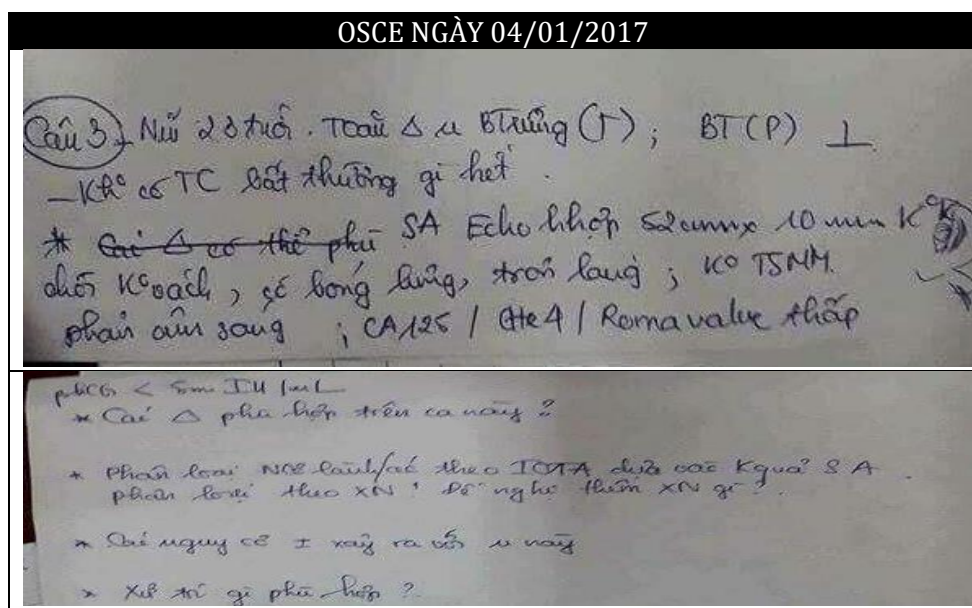
- TCCN : đau , rối loạn kinh nguyệt
- TCTT : khám sờ được khối u ? các tính chất của khối u ?
- Triệu chứng toàn thân (triệu chứng gợi ý ung thư) : báng bụng, sụt cân, sờ thấy hạch, thiếu máu,...
- Diễn tiến của khối u : to lên ko ? đau ko ?
- Dữ kiện siêu âm
- Marker
- Tiền căn bản thân : biện pháp tránh thai, K vú, K BT , STD , PID
- Tiền căn gia đình : K vú , K BT
- Điều trị trước nhập viện

Chẩn đoán u BT :

- Khối ở vùng chậu đó có phải là u BT không ?
- U BT cơ năng hay thực thể hay tân lập ?
- Đưa ra CĐPB.

Xử trí :

- Nang cơ năng : đa số là theo dõi
 - Nang thực thể : thường là nang lạc NMTC : điều trị nội hoặc ngoại tùy bệnh cảnh
 - Nang tân lập :
- + Nghi lành tính nhiều : PT nội soi bóc u ở người trẻ, PT nội soi cắt phần phụ nếu đã mãn kinh đủ con, nhớ làm cell block
- + Nghi ác tính nhiều : mổ hở bóc u hoặc cắt phần phụ tùy trường hợp.



CÓ SỬA LẠI ĐÁP ÁN

các chẩn đoán phù hợp : u bì buồng trứng.

Phân loại nguy cơ lành ác theo phân loại IOTA :

- lành tính : B1, B3, B5
- ác tính : M1

=> u không kết luận được.

Phân loại theo ROMA : nguy cơ thấp của ung thư có nguồn gốc biểu mô buồng trứng.

Đề nghị CLS thêm :

- AFP
- CT - MRI bụng chậu có cản quang : xem có di căn hay có hạch gì không ?

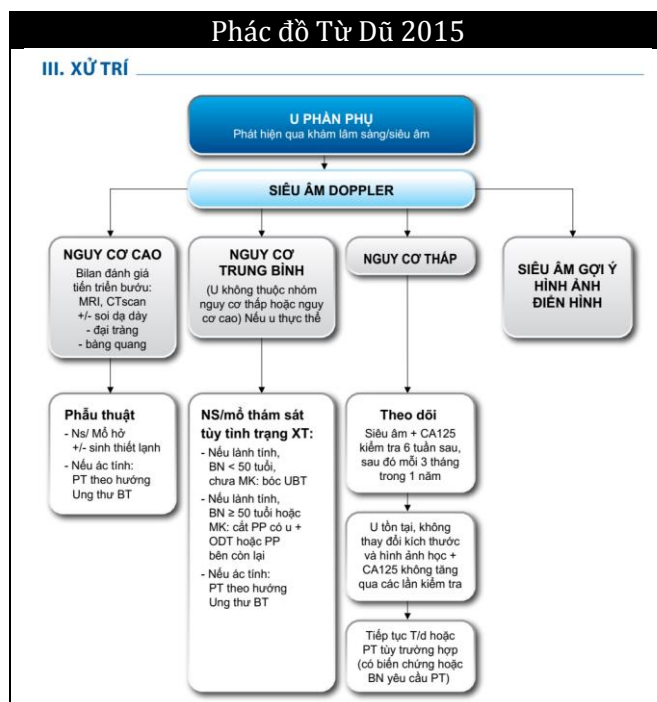
Nguy cơ có thể xảy ra trên một khối u BT là :

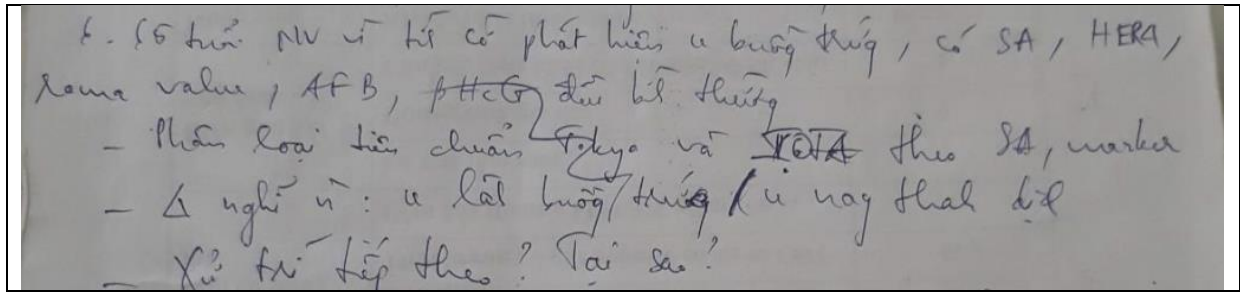
- Xoắn : các yếu tố thuận lợi là u đặc, tỉ trọng cao, có khoảng trống trong ổ bụng như sau sinh , u to.
- Xuất huyết trong u
- Hoại tử - nhiễm trùng
- Vỡ
- Dính
- Chèn ép

=> nguy cơ của khối u BT trong đề này là : u bì thường xoắn.

Xử trí :

Phẫu thuật nội soi bóc u , gửi GPB.





Học thêm phân loại Tokyo

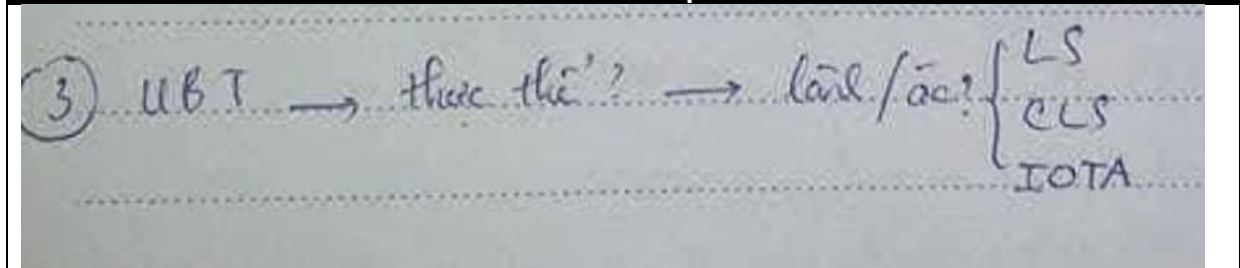
U nang thanh dịch : nên nghĩ chắc đề này kết quả siêu âm xếp vào Toyko kiểu I hoặc II quá !!!

Xử trí :

Nếu nghi lành tính nhiều thì phẫu thuật cắt phần phụ 1 bên -> gửi GPB.

Nếu nghi ác tính nhiều thì mổ mở : cắt 2 phần phụ làm GPB + TB học dịch ổ bụng

OSCE Y12 - ĐỢT 3



ĐỀ OSCE ĐỢT 3 – 5/4/2018 - Y2012 – PNM

Phụ nữ mãn kinh khám định kỳ có siêu âm: nang BT 1 bên vỏ mỏng nang đơn thuần không mạch máu xung quanh. Marker K BT: bHCG, AFP, CA125, HE4, ROMA thấp

a. Đánh giá khối u theo IOTA

- Nang đơn thuần : không vách, không chồi -> B1
- Không tăng sinh mạch máu : B5

=> nghi ngờ : u xếp loại lành tính tính theo IOTA

b. Đánh giá lành/ác theo marker

- nguy cơ thấp với ung thư biểu mô buồng trứng.

c. Xếp loại khối u theo Tokyo: IA

d. Cáo án: xử trí

U tân lập BT (T) nguy cơ ác tính thấp

ĐT: Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ (T) -> gửi GPB + TB dịch ổ bụng

OSCE ĐỢT 4 -2016 – Y11

U vùng chậu : tình huống giống u buồng trứng

- Chẩn đoán
- chẩn đoán phân biệt
- Nêu 3 xét nghiệm cần làm tiếp theo cho bệnh nhân này? (**siêu âm Doppler, marker ung thư, MRI**)

Thi ngày thứ 5, 7/11/2013 – OSCE Y08

Sản phụ 35t, đau HC (P), PARA 2012, mới hút thai, 3 tuần trước : SA thai trong lòng TC 5w

- đau HCP âm i, sáng đến trưa, sốt nhẹ. Đau tăng, kèm nôn ói.

- tổng trạng TB, tỉnh, tiếp xúc tốt

M: 108l/p, HA 118/70, 38 độ C, bụng mềm, hố chậu (P) ấn đau, đề kháng trung bình (+/-), phản ứng dội (+/-)

Ba chẩn đoán :

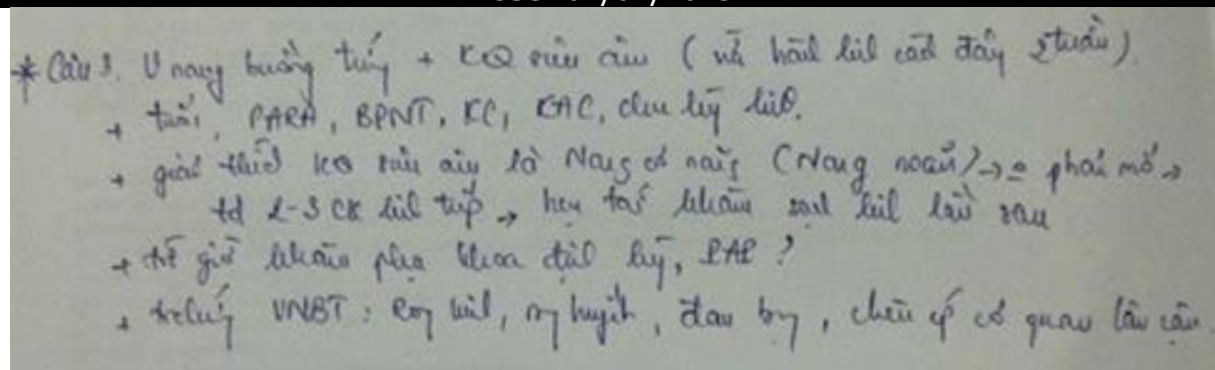
1. Viêm ruột thừa
2. U nang BT (P) xoắn
3. Viêm vùng chậu.

CLS cần thiết: SA bụng tổng quát, SA phụ khoa đầu dò âm đạo, CTM, CRP.

Xử trí :

- Viêm ruột thừa : PT nội soi cắt ruột thừa.
- U nang BT (P) xoắn : PT nội soi tháo xoắn.
- Viêm vùng chậu : KS phổ rộng đường tĩnh mạch.

OSCE 02/01/2013



Cần khai thác những gì trên một BN có u BT ?

- Tuổi, PARA, biện pháp ngừa thai, kinh chót, tính chất chu kì kinh nguyệt.
- Tiền căn gia đình và bản thân : K vú, K buồng trứng .
- Giải thích KQ siêu âm : đây là nang cơ năng (nang noãn nang) => không cần mổ -> theo dõi tiếp 2 - 3 chu kì tiếp theo. Tư vấn dùng COCs .
- Hỏi về khám phụ khoa định kỳ , PAP's test có làm không ?
- Hỏi về các triệu chứng than phiền của u BT : rong kinh - rong huyết (u TB vỏ, u TB hạt), đau bụng - thống kinh , chèn ép cơ quan lân cận (u bì to), hiếm muộn (nang lạc NMTC)

Câu 3: Cấp cứu phụ khoa

- BN 23^t, độc thân, Ckỳ 28^{ngày}, đều
- KC 17.05. bình thường. 30.05 đau bụng và ra ít máu hồng ÂĐ trong một buổi, tự hết hẳn. HC(T) từ sáng sớm nay. Hiện đau tăng hơn, đến BV. Tiền sử không có yếu tố nào bất thường. Chưa từng bị đau tương tự
- M=80^{l/ph}, HA=105/70^{mmHg}, T°=37°C. Bụng mềm, không phản ứng, ấn HC (T) thốn nhẹ. Khám TT: Màng trinh nguyên, ÂĐ không ra huyết. TC bình thường. Phần phụ (P) không chạm, phần phụ (T) thốn khi chạm. Cùng đồ sau không căng, không đau. SÂ có khối phản hỗn hợp 20^{mm}x25^{mm} ở buồng trứng (T). Dịch tự do (-)

1. Kể khả năng chẩn đoán mà bạn nghĩ đến nhiều nhất
2. Cho biết xử trí của bạn

1/ Chẩn đoán nghĩ đến nhiều nhất là : nang hoàng thể xuất huyết (do hiện tại chu kì buồng trứng đang ở pha hoàng thể)

Chẩn đoán phân biệt :

- u BT xoắn (T).

2/ Xử trí :

- Giảm đau
- SA Doppler : ghi nhận dòng máu bất thường gợi ý nhiều khả năng có tình trạng u BT xoắn. (không hiện diện dòng máu trong khối u BT)

Câu 6: Phụ khoa

- Bà B, 29^{tuổi}, 0000, khám vì trần tức ở hố chậu (T) trên thai 8^{tuần}. Không có vấn đề đặc biệt trong tiền sử. Tháng 2.11, trước khi có thai, có khám phụ khoa và SÂ định kỳ, với kết luận phụ khoa bình thường. KC 31.3.11
- KMV: CTC lã, không ra huyết, ÂĐ sạch. KÂĐ: CTC đóng, TC to # thai 8^{tuần}, phần phụ (T) có khối kích thước 6^{cm}x8^{cm}x8^{cm}, di động, không đau
- SÂ lòng TC có túi thai và phôi, CRL=14^{mm}, TT(+), không XH màng rụng. Buồng trứng (T) có khối phản âm trống hoàn toàn, thành mỏng, d=8^{cm}. CA₁₂₅ 34.5^{IU/ml}

1. Hãy cho biết chẩn đoán nào là hợp lý nhất?
2. Giải thích lý do
3. Hãy cho biết hướng xử trí của bạn?

Phụ lục câu 6: Hình ảnh siêu âm qua đường âm đạo

1/ Chẩn đoán hợp lý nhất : nang hoàng thể thai kì

2/ Giải thích lý do:

- Trước khi có thai thì siêu âm không có nang , nang này chỉ xuất hiện trong lúc có thai -> nghĩ nhiều là nang cơ năng.
- Nang có echo trống hoàn toàn, thành mỏng -> nang hoàng thể hoặc nang noãn nang -> có đk lớn 8 cm nên nghĩ nhiều hơn là nang hoàng thể.

3/ Hướng xử trí :

- Theo dõi 1 - 2 tháng để chờ xem nang này có biến mất không.
- Nếu kích thước tăng lên hoặc không biến mất thì cân nhắc PT bóc u.

Lưu ý : hầu hết các nang liên quan thai kỳ (nang noãn nang, nang hoàng thể) thường tiêu biến vào khoảng tuổi thai 14 - 16 tuần. Nang đơn giản thường có đk nhỏ hơn 6 cm, nang hoàng thể có xu hướng lớn hơn nang noãn nang.

Khi nang có triệu chứng (đau, gây khó chịu, tốc độ lớn nhanh) qua những lần siêu âm định kỳ -> PT cắt bỏ nên được xem xét.

CA125 : có thể tăng cao trong thai kì (đặc biệt là tam cá nguyệt 1 và 2)

Câu 6: Phụ khoa

- Cô V, 28^{tuổi}, 0000, tiền sử kinh không đều 30-45 ngày, thường kèm rong kinh-rong huyết. Lấy chồng 1 năm. Đang tránh thai bằng BCS. Kinh cuối 03.10.2011, tính chất hoàn toàn bình thường, 4 ngày sạch. Hôm nay đi khám sức khỏe định kỳ, và SÂ thấy ở buồng trứng (P) có 1 nang d=50^{mm}, 1 thùy, phản âm trống hoàn toàn.
 - KMV: ÂĐ sạch. CTC hồng, lóng. CTC có rất ít chất nhầy trong, bở. KÂĐ: TC kích thước, mật độ, di động bình thường, không đau. Phần phụ (T) không chạm. Phần phụ (P) có khối 5^{cm}, độc lập với TC, không đau.
1. Nêu 1 chẩn đoán kèm theo nêu 1 chẩn đoán phân biệt
 2. Bạn sẽ làm gì để khẳng định chẩn đoán của bạn?

OSCE 6112, 03.11.2011

- BN có triệu chứng RL kinh nguyệt : kinh nguyệt không đều, kèm rong kinh - rong huyết
- Siêu âm : nang đường kính 5 cm, 1 thùy, phản âm trống hoàn toàn

=> gợi ý nang cơ năng.

- KC : 03/10 và ngày khám là 03/11 , CTC có rất ít chất nhầy trong bở nên nghĩ nhiều là nang hoàng thể.

1/ Chẩn đoán sơ bộ : nang hoàng thể

Chẩn đoán phân biệt : nang noãn nang.

2/ Theo dõi 6 tuần -> siêu âm lại và thử CA125.

Lưu ý : ngày 14 của chu kì nên nghĩ đến nang hoàng thể xuất huyết (khi đó ko phải là echo trống hoàn toàn đâu nhé !!!)

Câu 6: Phụ khoa

- Cô G, 30^{tuổi}, 0010, tiền sử cắt ODT (T) do TNTC vỡ (2007). Kinh 30-35 ngày. Thỉnh thoảng rong kinh. Lấy chồng 6 năm. Chưa từng áp dụng tránh thai. Thường xuyên trần hạ vị từ nhiều năm. KC 22.12.11, hoàn toàn bình thường, 3 ngày. Hôm nay đi khám vì trần hạ vị. SÀ thấy ở phần phụ (P) có 1 khối phản âm trống hoàn toàn, d=20x20x60^{mm}, có vách, không chồi
 - MV: Âm sạch. CTC hồng, lóng. KÂĐ: TC kích thước, mật độ, di động bình thường, không đau. PP (T) không chạm. PP (P) có khối 5^{cm}, giới hạn không rõ, di động ít
1. Nêu 3 chẩn đoán phù hợp với bệnh cảnh trên
 2. Nêu 4 CLS có thể giúp định hướng chẩn đoán

Ngày thi : OSCE 6212, 29.12.2011

1/ Ba chẩn đoán

- Ứ dịch vòi trứng (P) : nghĩ nhiều vì :
 - + Siêu âm : 1 khối phản âm trống hoàn toàn , dạng dài (2*2*6cm), có vách, không chồi
 - + Tiền căn : đau trần hạ vị nhiều năm nay.
 - + Tiền căn : TNTC bên T , lấy chồng 6 năm không dùng biện pháp tránh thai mà vẫn ko có con -> vậy liệu có bị viêm nhiễm Chlamydia 2 bên vòi trứng không ?
- Nang noãn nang .
 - + Có nghĩ vì : nang đang ở pha noãn của chu kì (kinh chót 22/12 , khám 29/12) , nang echo trống hoàn toàn, không chồi.
 - + Những điểm không phù hợp với nang noãn nang : BN đau trần hạ vị nhiều năm nay.
- U tân lập nghĩ nhiều lành tính .
 - + Những điểm không phù hợp : đặc điểm siêu âm gợi ý nang cơ năng nhiều hơn nang thực thể.
 - + Không loại trừ được chẩn đoán này vì : BN đau trần hạ vị nhiều năm nay, khối u 5 cm, BN 30 tuổi.

Ý kiến cá nhân : nang lạc NMTC ở BT thì sao ???

- Điểm phù hợp : BN hiếm muộn , có tiền căn TNTC (T) , biết đâu có kèm tình trạng lạc NMTC sâu thì sao? , kèm theo BN có đau trần hạ vị nhiều năm .
- Điểm không phù hợp : tính chất siêu âm không phù hợp lắm.

2/ Bốn CLS :

- Siêu âm Doppler
- Marker buồng trứng : CA125, HE4, AFP, beta - hCG -> ROMA test
- CT - MRI bụng chậu
- XQ chụp buồng tử cung - tai vòi có cản quang (HSG - Hysterosalpingography) : xem xét có tắc nghẽn ở 2 góc tử cung và 2 vòi trứng hay không ?

Câu 6: Phụ khoa

- Cô G, 29^{tuổi}, 0000, vừa lập gia đình, muốn có con. Đến khám vì hôm qua SÂ phát hiện u buồng trứng (T)
 - CK 28^d đều. Thống kinh vừa. KC 20.5, bình thường
 - MV: Âm sạch. CTC lảng. KÂĐ: TC kích thước, mật độ, di động bình thường, không đau. 2 PP không chạm
 - SÂ 23.5: TC dAP 41^{mm}, cấu trúc đều. Lòng TC trống, NM 4^{mm}. BT (P) không u. BT (T) có 1 nang echo kém đều, 1 thùy, không chồi, loại II A (Tokyo), d = 30^{mm}
 - SÂ Doppler không mạch máu tân sinh. CA₁₂₅ = 35
1. Liệt kê 3 yếu tố ảnh hưởng đến quyết định điều trị
 2. Hướng xử trí của bạn? Phân tích lợi-hại của xử trí đó

1/

- Nghĩ nhiều là nang lạc NMTC ở buồng trứng, vì : siêu âm có phân loại Tokyo IIA : echo kém đều, 1 thùy, không chồi.

Nếu BN có thống kinh nhiều thì nghi ngờ có kèm theo lạc NMTC sâu hoặc Adenomyosis.

Tuy nhiên BN này có thống kinh vừa, tử cung không có Adenomyosis nên ít nghi ngờ đến lạc NMTC sâu kèm theo.

- Nang thanh dịch : không loại trừ (vì siêu âm Tokyo IIA)

2/ Xét nang lạc NMTC ở buồng trứng : Ba yếu tố ảnh hưởng đến điều trị :

- Mong muốn có con
- Đau
- Khả năng bỏ sót u dạng NMTC .

=> BN này có 2 vấn đề :

(1) Đang mong con

(2) Thống kinh vừa .

-> hướng xử trí : giảm đau bằng NSAIDs và theo dõi xem xét BN có hiếm muộn không để điều trị hiếm muộn

Phân tích lợi hại của xử trí giảm đau bằng NSAID

- Ưu điểm: giảm thống kinh cho BN, không ảnh hưởng nội tiết - tình trạng lạc NMTC ở BT, giảm chi phí điều trị.
- Nhược điểm : chưa giải quyết vấn đề mong con của BN.

OSCE 6211, 22.02.2011

Câu 2: Cấp cứu phụ khoa

- Cô A. 23^t, 0000, đến vì đau bụng dưới liên tục từ 20.2, tăng dần. Kinh đều, KC 16.2.11, tính chất bình thường. KAC 19.1.11. Đau kèm tiểu gắt buốt từ hôm qua.
- Chưa từng đau tương tự. Dùng tránh thai khẩn cấp.
- M=104^{l/p}, HA=110/70^{mmHg}, T=39°C. Đề kháng ở hạ vị và 2 hố chậu, phản ứng dội (+). Khám MV: có dịch vàng đặc chảy từ lỗ CTC. KÂĐ TC kích thước, mật độ bình thường, rất đau khi chạm lắc. 2 phần phụ nề, rất đau. Douglas trống, đau dữ dội khi chạm.

1. Bạn nghĩ đến chẩn đoán nào nhiều nhất?
2. Kể 3 CLS theo thứ tự hữu ích thấp dần cho chẩn đoán
3. Nêu hướng xử trí tổng quát của bạn

1/ Chẩn đoán nhiều nhất : Viêm vùng chậu.

Các yếu tố gợi ý viêm vùng chậu trên BN này :

- Đau khi lắc tử cung
- Tử cung ấn đau
- Đau khi khám hai phần phụ
- Nhiệt độ 39 độ C
- Dịch tiết ở CTC là mủ

2/ Ba CLS :

- Siêu âm đầu dò âm đạo
- Bilan nhiễm trùng : CTM, CRP
- Soi tươi dịch tiết CTC

3/ hướng xử trí tổng quát :

- Nhập viện.
- KS phổ rộng đường tĩnh mạch (ít nhất 2 loại)

(Cefotetan 2 g tĩnh mạch mỗi 12h và Doxycycline 100mg uống hoặc tĩnh mạch mỗi 12h)

- Theo dõi sinh hiệu và đáp ứng điều trị sau 48h . Nếu có đáp ứng chuyển sang KS đường uống.