CLS CHẨN ĐOÁN U BUỒNG TRỨNG

# Siêu âm thang xám và hệ thống Tokyo

## **Ngả thực hiện**

Trong phần lớn trường hợp u nhỏ-trung bình, người ta dùng siêu âm qua đường âm đạo. Vì:

* Ngả bụng: sóng âm có tần số thấp nên có tầm quan sát rộng, cho phép có được nhận định tổng quát về vùng chậu, đánh giá được các khối u rất to, và đánh giá sự lan tràn của ung thư trong khoang phúc mạc. Hạn chế: chất lượng hình ảnh ko cao
* Ngả âm đạo: sóng âm tần số cao, cung cấp hình ảnh có độ phân giải cao, cho phép đánh giá chi tiết cấu trúc u và giúp đánh giá khả năng lành tínhcủa khối u là cao hay thấp. Hạn chế: phạm vi quan sát bị giới hạn.

Phân loại: dựa trên cấu trúc dạng ngang/đặc, phản âm bên trong, cấu trúc chồi vách

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kiểu** | **Phản âm bên trong** | **Bệnh lý** | **Bệnh lý** |
| I | Nang | Ko có phản âm bên trong | U dịch trong, nang cơ năng | A: 1-3 nang |
| B: >=4 ngang |
| II | Nang | Những đường phản âm/nốt phản âm ko rõ | U dịch trong, u dịch nhầy, nang lạc NMTC | A: đốm phản âm 1 phần hay toàn bộ |
| B: phản âm chấm ở ngoại vi |
| III | Nang /đặc | Những đường phản âm sáng | U nang dạng bì | A: >1 khối phản âm sáng |
| B: những đường phản âm sáng |
| C: những đường phản âm ko đều và vùng sáng đồng nhất |
| IV | Nang | Có vách |  | A: vách mỏng, nhẵn |
| B: vách dày ko đều |
| V | Đặc | Vùng đặc chiếm > 50% |  | A: đặc đồng nhất |
| B: đặc đồng nhất & phần u bên trong |
| C: đặc ko đều, ko kể có phần nang hay ko |
| VI | Nang | Nhú ở thành nang |  | A: nhú bờ đều, dạng polyp |
| B: nhú bờ ko đều, dạng răng cưa |

## Ý nghĩa

* Kiểu I, II và III có tỉ lệ ung thư 0, giá trị dự báo âm gần như tuyệt đối, 91-­100%
* Kiểu IV, V và VI có liên quan đến khả năng lành tính thấp nhưng giá trị dự báo dương ko đủ cao (35­-75%). Chỉ có kiểu VI mới có có giá trị dự đoán K với độ đặc hiệu cao >90%
* Cho phép an tâm về tình trạng lành tính của khối u, với khả năng chẩn đoán sai là rất thấp

# Siêu âm doppler và hệ thống IOTA 2010

Nguyên lý: các cấu trúc tân lập ác tính thường có hiện tượng tân tạo mạch 🡪 giảm trở kháng các dòng chảy

## Các đặc điểm

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **B­ rules** | **M ­rules** |
| 1 (1 thùy) | U chỉ gồm 1 thùy đơn độc | Khối u đặc ko thuần nhất |
| 2 | Thành phần rắn 7 mm | Có dịch báng bụng |
| 3 | Hiện diện bóng âm | Có >=4 chồi nhú |
| 4 (nhiều thùy) | U nhiều thùy, nhẵn 10 cm | U đặc đa thùy, ko đều, > 10 cm |
| 5 | Ko có dòng chảy (điểm màu 1) | Dòng chảy rất mạnh (điểm màu 4) |

## Giá trị:

* Kết hợp của siêu âm Doppler và siêu âm thang xám cải thiện rõ rệt độ chuyên cũng như giá trị dự báo dương có ung thư buồng trứng, với Pooled Specificity lên đến 0.78
* Độ nhạy với ung thư buồng trứng là 91% và độ chuyên biệt lên đến 95%

# CT, MRI

* So với siêu âm, giá trị dự báo ung thư của CT/MRI thấp hơn 🡪 là 1 khảo sát ko bắt buộc, được chỉ định nhằm:
  + Đánh giá tình trạng u đã lan tràn ở vùng chậu
  + Đánh giá liên quan giữa u với cơ quan vùng chậu
* MRI có hiệu quả trong:
  + mô tả các các khối u vùng bụng rất nhỏ
  + giúp xác định vị trí khối u, cũng như khả năng dính vào các cơ quan xung quanh
  + đánh giá các tổn thương di căn hoặc chèn ép

# Các chỉ báo khối u

Giá trị của các marker trước mổ vẫn chưa được khẳng định, ko test nào đc dùng để tầm soát K. Vị trí quan trọng nhất theo dõi sau phẫu thuật ung thư buồng trứng (trừ u dịch nhầy)

## Marker trong u tế bào biểu mô

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Độ nhạy** | **Độ chuyên** |
| CA 125 | 10% trong K ko triệu chứng  85% trong K giai đoạn trễ  60% trong phát hiện u tái phát | 30% trong K ko triệu chứng  20% trong phát hiện u tái phát |
| HE4 | 67% trong chẩn đoán K buồng trứng | 90% trong chẩn đoán K buồng trứng, độ chuyên cao nhất so với CA 125, ROMA (80%) |
| ROMA test | 94% tổng số các K biểu mô BT đã đc nhận diện vào nhóm nguy cơ cao 🡪 độ nhạy 94% (nhạy hơn 2 cái trên)  Giá trị dự báo âm rất cao: 99% | Ở nhóm phụ nữ đã mãn kinh, CA 125 và ROMA có khả năng phân biệt cao hơn so với HE4. |

1. **CA 125 (carcinoma antigen)**

* CA 125 (hay MUC16) là 1 glycoprotein giống mucin
* Nó liên quan đến phúc mạc nguyên thủy (trung bì) như màng bụng, màng phổi, màng ngoài tim, và các biểu mô của các cơ quan nguồn gốc Mullerian
* CA 125 tăng trong:
  + K các cơ quan nguồn gốc phúc mạc nguyên thủy
* U buồng trứng: thường tăng trong u thanh dịch hơn là trong u nhầy, tế bào sáng hoặc bướu giáp biên ác
  + Bệnh lý lành tính như tràn dịch màng bụng và/hoặc màng phổi do lao, suy tim,  
    hội chứng thận hư…
  + Ung thư vú, phổi, tụy, đại tràng và tiêu hóa khác (những cơ quan có tuyến)
  + Trạng thái sinh lý như thai kỳ, lạc nội mạc tử cung, khi hành kinh.
* CA 125 tăng khi: > 35 UI/mL (tuy nhiên, đối với người mãn kinh hoặc đã cắt tử cung kèm 2 buồng trứng thì nên chọn giá trị ngưỡng thấp hơn: 20-­26 UI/mL)

1. **HE4 (Human Epididymal Secretory Protein 4)**

* Được nhận biết tại biểu mô phần xa mào tinh và được cho là chất ức chế protease giúp tinh trùng trưởng thành
* HE4 tăng cao trong 93% u tuyến dịch trong, 100% u dạng nội mạc tử cung và 50% u tế bào sáng. Trái lại, HE4 tăng ít trong u tuyến dịch nhầy.

1. **ROMA test (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm)**

* Là 1 toán đồ sử dụng cùng 1 lúc 2 chỉ báo khối u là CA 125 và HE4, kết hợp với **đặc điểm cá nhân và tiền sử** bệnh nhân
* ROMA test cho phép phân tầng các bệnh nhân có khối u vùng chậu ra 2 nhóm: (1)  
  nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao và (2) nhóm bệnh nhân có nguy cơ thấp của ung thư có nguồn gốc biểu mô của buồng trứng.
* Có sự khác biệt về điểm cắt (cut­off) ở hai dân số khác nhau: (1) nhóm trước mãn kinh và (2) nhóm sau mãn kinh.
* Nhìn chung, ROMA test kết hợp khảo sát HE4 với CA 125 có độ nhạy cao hơn so với khảo sát từng chỉ báo riêng lẽ.
* ROMA test là 1 test dùng để phân định nguy cơ xảy ra ác tính là cao hay thấp cho **1 khối ở vùng chậu đã biết, và đã có quyết định sẽ phẫu thuật**. ROMA test ko được dùng như test tầm soát, khi ko có khối ở vùng chậu nhìn thấy trên siêu âm và ko có chỉ định phẫu thuật

## Marker trong u tế bào mầm

1. **AFP**

* AFP là protein chính trong thời kỳ phôi thai, được tổng hợp tại gan thai nhi, bản chất  
  là glycoprotein giống mucin (giống CA 125)
* Giá trị bình thường của AFP < 5.4 ng/mL.
* AFP thường tăng trong u tế bào mầm, ngoài ra còn tăng cao trong trong 1 số bệnh như carcinoma tế bào gan, K dạ dày, đường mật, tụy

1. **hCG**

* hCG cũng là glycoprotein, đc tổng hợp bởi hợp bào nuôi
* Tăng: có thai, bệnh lý tân sinh nguyên bào nuôi, bướu tế bào mầm.

# Khảo sát di truyền

95% K buồng trứng ko liên quan đến di truyền, chỉ 5% liên quan đến các đột biến gene. Các đột biến gen này đc xem là điều kiện cần cho K biểu mô, chưa phải là điều kiện đủ

Chỉ định khảo sát đột biến *BRCA* (trong môn sinh di truyền là ***3*** người ở ***2*** thế hệ khác nhau bị K cùng vị trí, hoặc ***2*** người ở thế hệ ***1*** bị K cùng vị trí)

* Có ≥ 3 người trong gia đình được chẩn đoán ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng, trong đó có 1 người dưới **50 tuổi**
* Có 2 người trong gia đình thế hệ thứ 1 hoặc thứ 2 bị K vú hoặc K buồng trứng
* Có 1 người trong gia đình:
  + bị ung thư vú nam giới
  + cùng lúc mắc ung thư vú và ung thư buồng trứng
* Bản thân BN được chẩn đoán ung thư trước 50 tuổi

1 số đột biến gene khác cũng được đề cập:

* Đột biến gene: K biểu mô, grade cao
* Đột biến gene *TP53* là 1 đột biến sinh dưỡng, liên quan đến K buồng trứng dịch trong, grade cao.
* Đột biến gene *PICK3CA* cũng là 1 đột biến sinh dưỡng, liên quan đến u tế bào sáng, u tuyến dịch nhầy và u dạng nội mạc (những cái ko phải u dịch trong)
* Đột biến gene *CTNNB1* exon 3 được tìm thấy ở bệnh nhân có K dạng nội mạc ***grade thấp*** và ở giai đoạn sớm.
* Đột biến gen *KRAS* và *BRAF* thường thấy ở K ***grade thấp.***
* HNPCC hay hội chứng Lynch là bệnh di truyền gen trội, có thể bao gồm cả K buồng trứng và K nội mạc tử cung