U XƠ TỬ CUNG VÀ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **U xơ tử cung** | **Adenomyosis** |
| ***Tình huống đến khám*** | * Tình cờ phát hiện trên siêu âm * Bụng to ra * Có triệu chứng: bên dưới | Thường ồn ào về mặt triệu chứng học nên BN thường sẽ đi khám vì những TC bên dưới. |
| ***Triệu chứng cơ năng*** | * XHTC bất thường: FIGO 0 – 1. * Đặc điểm: **cường kinh, rong kinh.** Có thể gây thiếu máu nặng. * Cơ chế: Tăng diện tích bề mặt NMTC, bất thường cấu trúc mạch máu NMTC, RL cơ chế cầm máu. * Chèn ép: * Niệu quản: Thận ứ nước (hiếm) * Bàng quang: Tiểu nhiều lần. * Trực tràng: táo bón. * TM chủ dưới: phù, huyết khối. * Đau: do thoái hoá (đau hạ vị kèm sốt nhẹ, tăng BC, đau TC khi chạm) hoặc xoắn 1 UXTC có cuống (đau bụng cấp và đột ngột) * Đau khi giao hợp: còn bàn cãi. Thường gặp ở vị trí mặt trước hoặc đáy TC. * Thống kinh: cần phân biệt với Adenomyosis. * Ảnh hưởng đến kết cục sinh sản: * Dưới niêm: giảm khả năng có thai, tăng nguy cơ sẩy thai. * Trong cơ: ảnh hưởng không rõ * Có thể gây ảnh hưởng bất lợi lên kết cục sản khoa của TK: CDSN, ngôi bất thường, nhau bong non, IUGR… | * Thống kinh: thường gặp nhất. * Đau cả trước, trong và sau khi hành kinh. * Cơ chế: Viêm. * XHTC bất thường: **rong huyết**. Do cường estrogen ở cả TC chính vị và lạc vị, kèm tình trạng đề kháng progesterone. * Hiếm muộn: * Cường estrogen tại chỗ và đề kháng progesterone gây ảnh hưởng đến quá trình làm tổ của trứng đã thụ tinh và gây ra các nhu động nghịch thường (tăng tần suất thai ngoài TC, ngay cả khi đã cắt bỏ vòi Fallop) * Nhau tiền đạo và nhau cài răng lược cũng thường gặp trên các thai kì có Adenomyosis. |
| ***Triệu chứng thực thể*** | * Dấu hiệu thiếu máu * Tử cung to, mật độ chắc, bề mặt trơn láng, có thể lổn nhổn nếu nhiều nhân, giới hạn rõ di động theo CTC. | * TC to, cứng chắc, di động kém, chạm đau kèm đau bụng nhiều trong kì kinh. |
| ***Siêu âm thang xám*** | * Khối echo kém hoặc không đồng nhất, có giảm âm phía sau, giới hạn rõ, phân biệt rõ với mô chung quanh. | * Khối echo kém đồng nhất, giới hạn không rõ, vùng giảm âm phía sau có dạng sọc dưa. * Thường thấy ở mặt sau. |
| ***Siêu âm bơm nước*** | * Rất giá trị trong UXTC dưới niêm. * FIGO 0 # Polyp lòng TC. * FIGO 1 # Polyp chân rộng. * Doppler: polyp chỉ có 1 mạch máu duy nhất đi vào trung tâm. |  |
| ***Siêu âm Doppler*** | * Tăng sinh mạch máu quanh u. | * Tăng sinh mạch máu trong u * Thấy được vùng kết nối. |
| ***MRI*** | * Giúp phân biệt với Adenomyosis và Leiomyosarcoma. * Lập bản đồ tổn thương để lên KH điều trị. | * Có các điểm tăng tín hiệu trên T2W hoặc các vùng khuyết. * JZ dày hơn 40% bề dày thành TC. |
| ***Điều trị*** | * Đau do thoái hoá: đáp ứng tốt với NSAIDs. * **SPRM:** có nhiều ưu điểm nhất trong điều trị nội khoa lâu dài UXTC. Đã được chứng minh làm thoái triển khối UXTC và giảm XHTC liên quan đến UXTC. Có thể gây tăng sinh không điển hình tuyến NMTC nhưng sẽ hồi phục hoàn toàn sau liệu trình. * Mifepristone: hiệu quả là rõ ràng. Khuyến cáo dùng 1 liệu trình từ 3-6 tháng với liều hàng ngày là 2,5mg. * UPA (Unipristal acetate): kiểm soát chảy máu tương đương nhưng làm giảm thể khối u kém hơn so với GnRHa. Tuy nhiên, khối u không phát triển trở lại trong vòng 6 tháng sau khi ngưng điều trị. * GnRHa, GnRHanta: có hiệu quả kiểm soát chảy máu và giảm thể tích khối u. Tuy nhiên, có nhiều tác dụng phụ nên không điều trị lâu dài được và hầu hết khối u sẽ phát triển trở lại sau khi ngưng điều trị (không quá 12 tháng). * Ức chế aromatase: cơ chế tương tự GnRH, chưa đủ chứng cứ để có thể xem là 1 pp điều trị đơn độc dài hạn. * COCs: có thể làm giảm lượng máu kinh trong 1 khoảng thời gian điều trị ngắn hạn. * Progestin: không được nhắc đến nhiều. * IUS – LNG: giảm lượng máu kinh nhưng không giảm thể tích khối u. * Danazol, SERM: không khuyến cáo. | * Thống kinh: NSAIDs hoặc ức chế COX 2 là đầu tay. Ngoài ra có thể dùng COCs. Ức chế aromatase không được khuyến cáo. GnRHa sẽ bị tái phát sau điều trị ( 12-18 tháng) * Rong huyết: COCs là lựa chọn trước tiên. Lựa chọn thứ nhì là IUS-LNG. Implant, DMPA không có hiệu quả. * Hiếm muộn: thường sẽ dùng 1 đợt GnRH để tạo ra một giai đoạn tạm ổn định để chuẩn bị cho các kĩ thuật hỗ trợ sinh sản khác (Vd: chuyển phôi trong IVF) |

***Điều trị ngoại khoa u xơ tử cung:***

* FIGO 0-1: cắt u xơ qua NS buồng TC.
* FIGO 0 chui qua CTC: xoắn.
* Từ FIGO 2 trở đi: không cắt qua NS nữa.
* Phẫu thuật bóc nhân xơ trong các TH có chỉ định can thiệp nhưng BN chưa hoàn thành kế hoạch sinh sản. Nhược điểm là nguy cơ tái phát rất cao.
* Mổ tử cung vì lí do khác (Vd: mổ lấy thai) phát hiện UXTC thì chỉ bóc nhân xơ khi nó nằm trên đường mổ.
* Cắt tử cung là phương pháp điều trị triệt để duy nhất. Tuy nhiên luôn phải cố tìm giải pháp thích hợp hơn cắt TC. **Các chỉ định** cắt TC :
  + Xuất huyết tử cung có liên quan với UXTC và thất bại với điều trị nội khoa.
  + BN đã đủ con và có bệnh đồng thời có thể điều trị hết nếu cắt TC.
  + UXTC có triệu chứng nặng, BN đã đủ con, mong muốn 1 biện pháp triệt để, không có điều kiện theo dõi.
* UAE : có ý nghĩa tương đương cắt TC. Được chỉ định ở những BN muốn giữ TC và không còn nguyện vọng sinh thêm con. **Chống chỉ định** của UAE :
  + UXTC có cuống, UXTC dưới niêm mạc hoặc kích thước u quá lớn.
  + Tiền căn cột ĐM hạ vị.
  + Lạc NMTC trong cơ tiến triển.
  + Còn dự định sinh thêm con.

***Bonus: Leiomyosarcoma:***

* Các TH cần nghĩ đến và loại trừ Sarcom cơ TC:
  + Khối u đã biết từ trước, nay lớn nhanh hoặc mới xuất hiện sau mãn kinh.
  + Tái phát nhanh, tái phát sớm và tái phát sau mãn kinh sau khi bóc nhân xơ TC.
* Trên siêu âm thang xám, hầu như không thể phân biệt được UXTC và sarcoma. Phải chỉ định chụp MRI trong những TH nghi ngờ Sarcoma.