RAT4: U lành tính tử cung

1. Bệnh học của u xơ cơ tử cung bình thường:

Text

Description automatically generated

* Người bình thường: Trong tử cung luôn luôn có tb stem cell, để nó tạo ra tb sợi cơ. B sợi cơ thì khôn sinh đẻ, mà 1 sợi cơ chỉ tồn tại suốt đời mà không tăng lên
* Bà bầu: stem cell phát triển thành sợi cơ, giúp bả tống em bé ra ngoài, hết nhiệm vụ thì sợi cơ tiêu biến đi. Gen làm chuyện này là HMG2A
* Nếu Gen HGM2A bị đột biến thì thay vị nó tạo sợi cơ thị nó lại tạo tb sợi, nó quên mất cn co thắt , mà nó phát triển thành chức năng chế tiết và tăng sinh rất nhiều , ……tạo nên u xơ cơ tử cung. Bản chất u xơ này là lành tính:
  + U này phân chia nhưng lệ thuộc vào nội tiết, chịu sự kiểm soát của nội tiết, nó có phân bào nhưng lành tính, nằm trong tầm soát

BẢN CHẤT CỦA STUMP

* Với u xơ cơ tử cung bifh thường có hoạt động gián phân nhưng có kiểm soát
* STUMP có hđ phân bào nhiều hơn, cs ự thây đổi nhân và bào tương => ta cảnh giác tại sao nó bào phân nhiều hơn như vậy, liệu nó có triển vọng ác tính hay là nó có giống u lành tính không => đặt ra cái này để đừng xem nó như khối u lành tính chắc chắn, nhưng nó cũng không phải ác tính. Nó cũng không phải là tiền ung. => quản lí giống u xơ tử cung bình thường nhưng phải coi chừng nó có tiến triển thành thứ khác hay không. Chẩn đoán STUMP thì yên tâm rồi , nhưng cần thoe dõi cẩn thận
* U giáp biên ác của buồng trứng: có đặc tính 1 nửa ung thư, 1 nửa lành tính, nó có ung thư tại chỗ và lan tràn tại chỗ, không di căn. Nó không gọi là tiền ung mà là bệnh lí đặc biệt

1. Khi có tử cung to, tiếp cận nào là đầu tiên?

Text

Description automatically generated

* Grey scale as a primary stool:
* Doppler là công cụ bổ sung : chỉ có lợi khi mình muốn biết mình coi cái gì để chọn đúng công cụ.
  + Dạng xung
  + Dạng thường
  + Để con trỏ vào chỗ muốn coi
  + Liên quan tới dùng tần số khác nhau để coi cái gì khác nhau

1. Điều trị AUB-L

Text, chat or text message

Description automatically generatedText

Description automatically generated

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mạnh | Yếu |
| COC |  |  |
| SPRM | Mifepristone: rẻ, điều trị hiệu quả cao, mà không được báo cáo trên y văn nhiều. Thuần túy kháng Progesterone => hiệu quả cao, cái này không gây tăng sinh nội mạc tử cung  UPA: được label cho UXCTC: kháng Pregesterone và có hoạt tính Progesteronic. Dùng cái này bị tăng nội mạc tử cung. Hiệu quả kiểm soát tốt, sự giảm khối u không nhanh như GnRH nhưng bền vững hơn GnRH |  |
| GnRHa | Dùng trong thời gian ngắn để chuẩn bị cho phương pháp khác ( thay vì mổ bụng, thì ta có thể dùng phương pháp mổ nội soi) | Thiếu Estrogen => tăng nguy cơ tim mạch, giảm mật độ xương  Cần có khoảng nghỉ  Thể tích khối u nhanh , nhưng tái phát nhanh trong 12 tuần |
| anta | Tránh được hiệu ứng dội  Dạng uống: kiểm soát được estrogen lưu hành nên làm tránh được td phụ của GnRH đồng vận  Dạng chích: chích mỗi ngày  Uống: uống mỗi ngày, giá rẻ hơn chích ( uống: 1 tháng 2tr500) |  |

ĐTĐ thai kì: ngta chuyển qua Metformin uống, out come không thua kém insulin chích

1. Thuyên tắc động mạch tử cung (UAE)

* Buồng trứng được cấp máu bởi đm buồng trứng và các nhánh đm tử cung đi lên
* UAE => giảm cung cấp máu đến buồng trứng => giảm dự trữ buồng trứng
* Thuyên tắc đm tử cung thì ý nghĩa giống cắt tử cung ,
* Nhược điểm:
  + Suy buồng trứng
  + Khả anwng mang thai không có
* Điều trị u xơ cơ tử cung là điều trị theo triệu chứng, nếu không có triệu chứng thì điều trị không có lợi. Còn việc hiếm muộn thì điều trị khác, không là UAE
* Phải điều trị nội khoa trước => nếu không được thì ngoại khoa, ngoại khoa có gì bất lợi không => UAE thì ….
* Xem short term và long term outcome
  + UAE: short term rất hài lòng , nhưng long term thì chưa được chứng minh,
* Xâm lấn tối thiểu khi không thành công bằng nội khoa, và ngoiaj khoa có thể tránh được, cần cân nhắc Short term và long term: két cục sản khoa xấu

1. Điều trị AUB-L:

* Dựa vào vị trí u
  + S0,1, 2: ưu tiên ngoại khoa
  + Còn lại nội khoa:
* Dựa vào mức độ chảy máu:
* Mục tiêu:
  + Tạm bợ:
    - GnRH làm nhỏ u => chuyển mổ bụng thqanhf mổ nội soi
    - Nếu chảy máu nhiều cần can thiệp nhanh : COC vài ngày ks chảy máu -> cắt đốt u xơ tử cung
  + Lâu dài: ks chảy máu dài hạn ( s3 chảng hạn) : SPRM

1. Adeno

Text, letter

Description automatically generated

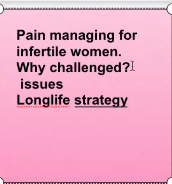
* Vấn đề chủ của bn, vấn đề chủ thay đổi theo cuộc đời của người bệnh
  + Mới lập gia đình, chưa có con, gđ người Bắc, bắt có con mà là con trai 😊)))))))
  + Có con rồi, đau,…
* Vạch con đường cho bn đi:
  + Gđ này làm gì, sau đó làm gì,.. => không có chiến lược cấp diễn , mà điều trị suốt đời
  + Không có priority cho điều trị nào => tùy gđ sẽ chọn thuốc và cách điều trị khác
    - Nữ, chưa gđ, thống kinh nặng: hỏi chừng nào tính có con: nếu chưa lây chồng chưa có con thì thì điều trị tạm bợ vượt qua đau
    - Khi lấy chông rồi thì đặt vấn đề có con làm ưu tiên, khi này điều trị đâu chỉ có thể là NSAID
    - Sau khi có con rồi thì lại điều trị hỗ trợ đau
    - Đau ở khúc sau thì có thể đồng vận, đối vận GnRH đường uống.
* Phẫu thuật:
  + OSADA: giảm khối adeno => làm thuận lợi để mục đích khác nhau : cải thiện triệu chứng, cải thiện có thai, nhưng tỉ lệ vở tử cung trong thai kì xấp xỉ 20%, trong đó ½ vở tử cung trong tam cá nguyệt thai kì , ½ còn lại vỡ trong tam cá nguyệt 2
  + Đau nhiều quá thì cắt tử cung
* Thống kinh: 2 bậc lớn

Graphical user interface, text, application, chat or text message

Description automatically generated

* + Theo kinh nghiệm không cần bằng chứng mô bệnh học hay hình ảnh học : ( vd bé gái, bệnh sử đau bụng kinh dữ dội rõ ràng): NSAID, COC, Dienogest
    - Bắt đầu với cái nào: NSAID thì dễ chịu, nhưng
    - COC phù hợp nữ trẻ. CÓ thể bắt đầu COC ngay mà không cần NSAID
    - Dienogest: có thể đtrị ngay mà không cần
    - LVN: đi sau Dienogest: lựa chọn trung hạng ( muốn giảm đau 1 năm mà chưa biết có hiệu quả không, có người đặt mà không hiệu quả, cái vòng này 2 tiệu hơn => không được ưa chuộng trong điều trị ngắn hạn ), nó hiệu quả trong chảy amsu và đau. Nó không phải là điều tị theo kinh nghiệm. Vấn đề của nó là thời gian và mong muốn?
  + Theo chứng cứ giải phẫu bệnh: xem context-base
    - Đau và hiếm muộn: GNRHa
    - Đau và AUB
  + Điều trị đau trung ương: nặng nề, đa ngành, không phải cho vài viên thuốc là hết (Opioid, TCA) gây hệ lụy lớn trong sinh hoạt xã hội. Khi đó là bác sĩ tâm thần điều trị.
  + GnRHa thường chỉ điều trị trong hiếm muộn ( dùng 1 thời gian rồi chuyển phôi)
* A picture containing graphical user interface

  Description automatically generated là GnRH anta đường uống, đã dán nhãn cho điều trị đau
* Trong IFV thất bại do liên quna cường Estro, và đề kháng Proges , mà GnRhanta không được chế ra để điều trị cái này.



* Phải hỏi người đó muốn trị đau hay muốn có em bé:
  + Nếu đau:
  + Nếu muốn có em bé: thì phải chấp nhận đau ở 1 mức độ nào đó

Shape

Description automatically generated with medium confidence\_ thầy bảo quên cái này đi , chưa có gì chứng minh trong điều trị Ade

* UPA: sau 10 năm có 2 ca tử vong => nên nó bị treo lại cho tới khi nào nhà sản xuất đưa ra chứng cứ là nó an toàn : vì ca thứ nhì tử vong liên quan tới gan. Mình biết thôi, đợi chừng nào nó được lưu hành trở lại
  + Trong khi chờ đợi danh chính ngôn thuận của Mifepristone trong điều trị u xơ cơ tử cung, nhưng mà tại vì nó hông được dán nhãn nên không được dùng, nhưng nó vẫn dùng ở TQ, Ấn Độ mà dùng không công khai. => tóm lại là dạy cho biết và để đó chứ không dùng.