KHỐI U TỬ CUNG

# Phân biệt u xơ tử cung và adenomyosis

Trong nhiều trường hợp, adenomyosis có thể kèm theo u xơ làm cho chẩn đoán phân biệt giữa chúng càng trở nên khó khăn hơn

## Định nghĩa-cơ chế:

U xơ là khối u sinh dục thường gặp nhất. Xuất độ tăng theo tuổi, với đỉnh ở tuổi 40. Trên đại thể có vỏ bọc giả

Adeno có thể khu trú hoặc lan tỏa

|  |  |
| --- | --- |
| **U xơ** | **Adenomyosis** |
| * Là khối u đơn dòng, lành tính, gồm các nguyên bào sợi sắp xếp vô trật tự (các tế bào có nguồn gốc từ các tế bào gốc) * Chịu ảnh hưởng của steroids sinh dục * Estrogen tác động thông qua ER để tạo PR * Progesterone đóng vai trò cốt lõi cho sự phát triển u xơ. Nó thúc đẩy nguyên phân, duy trì thể khối của khối matrix ngoại bào. U rất giàu thụ thể progesterone, vì thế u xơ‐cơ tử cung sẽ phát triển trong giai đoạn phân tiết của chu kỳ * Các yếu tố tăng trưởng: EGF, ILGF1… tăng trong u xơ: thúc đẩy nguyên phân | * Là tình trạng có sự hiện diện của mô tuyến nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành ở bên trong lớp cơ của tử cung, ko có ranh giới với mô cơ lân cận. * Thuyết vi chấn thương và hiện tượng viêm * Tử cung co thắt nghịch thường 🡪 tổn thương màng đáy 🡪tế bào gốc nội mạc xâm nhập mô đệm 🡪 kích thích đáp ứng viêm của cơ thể Tùy theo miễn dịch của cơ thể, sự xâm nhập này có thể bị loại trừ; nếu ko bị loại trừ 🡪 phản ứng viêm theo con đường COX2, tạo PGE2 🡪 kích thích aromatase P450 và 17­β hydroxy dehydrogenase tại mô nội mạc tử cung 🡪 tăng sản xuất E cục bộ mà ko lệ thuộc E buồng trứng, từ đó gây tăng co thắt nghịch thường 🡪 vòng xoắn bệnh lý * Cường E ở mô NMTC chính vị cũng như lạc vị; kèm đề kháng progesterone 🡪 gây ra các kết cục xấu cho sinh sản và các khó khăn cho điều trị trên nền tảng progestin * Giải thích *các triệu chứng của adenomyosis: thống kinh, rong huyết, vô kinh* * Thuyết tử cung 2 nguồn gốc và vùng kết nối * Bất thường trong kết nối giữa archimetra và neometra (hay myometra) * giải thích sự kết hợp thường xuyên giữa u xơ­ với adenomyosis; *các trường hợp adenomyosis thầm lặng ko kèm theo triệu chứng lâm sàng*; sự kết hợp giữa adenomyosis và bệnh lý lạc tuyến nội mạc tử cung sâu trong vùng chậu |

## Lâm sàng: đau bụng-kinh-vẫn có thai đc

|  |  |
| --- | --- |
| **U xơ:** “trầm lặng” về mặt triệu chứng | **Adenomyosis:** “ồn ào” về triệu chứng |
| * Đau: do * U xoắn * U thoái hóa: u phát triển nhanh, ko cấp máu đầy đủ * Biểu hiện đau hạ vị, đau tử cung khi chạm, +- cảm ứng phúc mạc, sốt nhẹ, WBC tăng. * Đáp ứng tốt với NSAID, thường tự giới hạn. * Chẩn đoán có thể xác lập nhờ MRI * Giao hợp đau: nhiều tranh cãi. U ở mặt trước và đáy liên quan nhiều hơn u ở vị trí khác | * Thống kinh: là than phiền thường thấy nhất * Bắt đầu ngay từ trước khi hành kinh, và kéo dài trong suốt thời gian hành kinh và ko chấm dứt hoàn toàn sau khi sạch kinh. Tử cung to, cứng chắc, di động kém, chạm đau * Cơ chế: viêm, thông qua trung gian của COX­2 và PGE2 |
| * Cường kinh và rong kinh: thường gặp nhất; * Do tăng diện tích bề mặt, bất thường cấu trúc mạch máu tử cung cả về vi thể lẫn đại thể, và suy yếu hệ thống cầm máu tại chỗ của nội mạc tử cung * phụ thuộc vào vị trí hơn là kích thước (u xơ­ dưới niêm mạc dù nhỏ nhưng vẫn gây cường kinh) * rong huyết và xuất huyết hậu mãn kinh ko phải là đặc tính của u xơ­ 🡪 tìm nguyên nhân khác | * Rong huyết: thường gặp, liên quan đến cường estrogen tại chỗ cũng như đề kháng progesterone |
| * Ảnh hưởng kết cục thai kỳ: ko hằng định * U dưới niêm, u lớn gây biến dạng lòng tử cung: giảm khả năng có thai, tăng sảy thai * U trong cơ: ảnh hưởng ko rõ ràng * Tăng tần suất sanh non, ngôi bất thường, mổ sanh, nhau bong non, IUGR * Chèn ép cơ quan lân cận: niệu quản, bàng quang (rối loạn đi tiểu), trực tràng (táo bón), tĩnh mạch chủ dưới (phù, huyết khối TM) | * Gây hiếm muộn và ảnh hưởng kết cục điều trị hiếm muộn; ảnh hưởng kết cục thai kỳ * Thất bại làm tổ là yếu tố quan trọng làm giảm khả năng thành công của IVF * Tử cung nhu động nghịch 🡪 dòng vận chuyển ngược về phía vòi Fallope 🡪 tăng tần suất thai ngoài tử cung, ngay cả trên BN đã bị cắt bỏ hai vòi Fallope * Tăng nhau tiền đạo, nhau cài răng lược |

***Chú ý***:

* 1 số tác giả cho rằng các u xơ­ cơ ko thay đổi về kích thước trong khi mang thai. 1 số khác ghi nhận có sự gia tăng kích thước của u xơ­ cơ tử cung khi mang thai.
* Biểu hiện lâm sàng của adenomyosis là các biểu hiện của viêm, cường estrogen tại chỗ và đề kháng với progesterone

## Hình ảnh học

|  |  |
| --- | --- |
| **U xơ** | **Adenomyosis** |
| Siêu âm thang xám:   * Dấu hiệu: ổ hồi âm kém hoặc ko đồng nhất, có giảm âm phía sau, giới hạn rõ, phân biệt rõ với mô chung quanh * Giá trị chẩn đoán rất cao, nhạy 95-­100% * Việc thiết lập chẩn đoán u xơ­ hầu như chỉ căn cứ vào siêu âm thang xám: nếu hình ảnh điển hình thì chẩn đoán u xơ; nếu ko thì phải tìm và phân biệt các chẩn đoán khác   Siêu âm doppler   * Mạch máu quanh u | Siêu âm thang xám: phản âm kém đồng nhất, giới hạn ko rõ, vùng giảm âm phía sau có dạng sọc dưa  Siêu âm doppler: Giá trị rất cao, tương đương với MRI   * Có thể thấy mạch máu bên trong lòng u * Khảo sát vùng JZ nhưng ko rõ bằng MRI |
| MRI   * ko lệ thuộc người đọc, có thể cung cấp chi tiết bản đồ tổn thương * Phân biệt với u xơ: khảo sát vùng kết nối (JZ) và các đặc tính cấu trúc mô học khác biệt giữa 2 bệnh lý * Biểu hiện các điểm tăng tín hiệu trên T2W, hoặc các vùng khuyết, khác hẳn với cấu trúc tín hiệu của cơ tử cung bình thường * JZ dầy >40% (vùng tín hiệu thấp trên T2W nằm giữa nội mạc tử cung có tín hiệu cao và cơ tử cung có tín hiệu trung gian) * Trường hợp u xơ­ có thoái hóa, do cấu trúc trở nên ko đồng nhất: siêu âm ko phân biệt được 🡪 MRI sẽ là 1 phương pháp hữu hiệu | |

***Chú ý***:

* Adenomyosis thường làm tử cung to ko cân đối (khối cầu, phía sau to hơn phía trước)
* Trong tuyệt đại đa số các trường hợp phẫu thuật vì u xơ­, ko cần sự xác nhận của giải phẫu bệnh. Tuy nhiên, có 1 tỉ lệ rất nhỏ các trường hợp được chẩn đoán trước phẫu thuật là u xơ­ lại có kết quả giải phẫu bệnh là STUMP hay leiomyosarcoma. Vì thế, vẫn phải thực hiện khảo sát mô bệnh học bệnh phẩm phẫu thuật

# Phân biệt u xơ tử cung và leiomyosarcoma

* người ta vẫn ko thể biết được là liệu sarcoma thân tử cung là 1 bệnh lý phát triển từ 1 u xơ cơ tử cung hay là 1 bệnh lý độc lập
* lâm sàng:
  + sự tăng nhanh về kích thước của 1 khối u “giống u xơ ­cơ tử cung” ko phải là chỉ báo của sarcoma cơ trơn thân tử cung, do tần suất tìm thấy của sarcoma cơ trơn thân tử cung khi làm GPB khối u nghi u xơ phát triển bình thường tương đương với khi khảo sát 1 khối u tử cung phát triển nhanh (0.26% so với 0.27%)
  + các dấu hiệu nghi ngờ sarcome
    - TCCN: Đau và chảy máu tử cung bất thường ở phụ nữ sau mãn kinh, trên 1 khối u tử cung đã biết trước hay mới phát hiện buộc phải nghĩ đến khả năng có thể có của leiomyosarcoma và phải tìm cách xác nhận hay loại trừ chẩn đoán này
    - CLS: u xơ­ cơ tử cung đã biết từ trước đột ngột phát triển gia tăng kích thước trên người phụ nữ đã mãn kinh, hay u mới xuất hiện khi đã mãn kinh là 1 chỉ báo rất mạnh của ác tính
    - Điều trị: Sau mổ bóc nhân xơ, BN có tái phát nhanh, tái phát sớm, tái phát sau mãn kinh là các dấu hiệu nghiêm trọng, mà trong đó cần phải xác định sự hiện diện của leiomyosarcoma hay của 1 trường STUMP chuyển xấu
* Hình ảnh học
  + ko thể phân định 1 cách rạch ròi u xơ với sarcoma bởi bất cứ hình ảnh nào
  + Trên siêu âm thang xám, leiomyosarcoma có những tính chất âm học hầu như ko thể phân biệt với u xơ cơ tử cung
  + MRI: 2 loại u này chỉ khác nhau về tế bào 🡪 tạo ra các dị biệt về đậm độ tín hiệu trên MRI.

***Chú ý:***

* Nhờ thiết lập được bản đồ tổn thương, MRI còn dùng để lên kế hoạch điều trị cho  
  những trường hợp u tử cung phức tạp, hoặc trước khi làm thuyên tắc động mạch tử cung
* u cơ trơn với khuynh hướng ác tính ko xác định (STUMP): ko giống ác, mà cũng ko giống lành.
  + Nếu sau phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung bảo tồn, với kết quả mô bệnh học là  
    STUMP cần:
    - theo dõi các thay đổi trên lâm sàng và hình ảnh của tử cung khi tái  
      khám và X­quang phổi khi có bất thường trên tử cung.
    - Cắt tử cung ko phải chỉ định

# Phân biệt u xơ dưới niêm và polyp tử cung

* Siêu âm với bơm nước lòng tử cung (SIS) đặc biệt có giá trị trong khảo sát các u xơ­  
  cơ tử cung dưới niêm mạc. Khi có cấu trúc trong lòng tử cung trên SIS, cần phân biệt:
  + Giữa u xơ cơ tử cung FIGO 0 với polyps lòng tử cung
  + Giữa polyps chân rộng với u xơ cơ tử cung FIGO 1
* Dùng doppler:
  + u xơ cơ dưới niêm mạc, Doppler cho thấy có hình ảnh tưới máu quanh u.
  + polyp nội mạc xuất phát hoàn toàn từ nội mạc, nên chỉ có 1 mạch máu  
    duy nhất đi vào trung tâm của polyp

# Điều trị u xơ tử cung

## Nguyên tắc

* Chỉ tiến hành điều trị khi có vấn đề chủ, và vấn đề chủ này phải do u xơ gây ra
* Ko điều trị dự phòng. Ngoại trừ u xơ cơ dưới niêm mạc ko triệu chứng và có dự định mang thai thì có thể xem xét đến việc điều trị dự phòng để tránh biến chứng sảy thai
* Do khả năng u sẽ thoái triển khi vào mãn kinh, nên có thể căn cứ vào mức độ biểu hiện của vấn đề chủ mà người phụ nữ có thể chọn lựa chờ đợi đến thời điểm bắt đầu mãn kinh để quyết định có điều trị hay ko
* U xơ cơ tử cung ko phải là chống chỉ định của điều trị nội tiết thay thế hậu mãn kinh, dù rằng nó có thể làm cho u xơ cơ tử cung lớn lên trở lại và có thể kèm theo triệu chứng lâm sàng

## Nội khoa

Giá trị của các giải pháp nội khoa cho u xơ­ tử cung vẫn còn rất hạn chế, đến từ hiệu quả ko cao của điều trị nội khoa và các tác dụng phụ của các giải pháp nội khoa

Các giải pháp nội khoa hiện đại dựa trên nền tảng điều trị nội tiết, thụ thể và gene

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | | Thời gian | Cơ chế | Tác dụng | U phát triển trở lại |
| Steroid | POP | Nửa sau chu kỳ | Teo nội mạc | Giảm chảy máu  Ko giảm V |  |
| LNG-IUS |  |
| COC | Ngắn hạn |
| GnRHa, anti | | 3 tháng | Phong tỏa tuyến yên 🡪 ko FSH 🡪 ko estrogen | Giảm chảy máu  Giảm V 50% | <3 tháng |
| SPRM | | 3-6 tháng | Mife kháng proges  UPA vừa đồng vận, vừa kháng | Giảm chảy máu = GnRHa  Giảm V ít hơn GnRHa | >6 tháng |
| Ức chế aromatase: hiệu quả GnRHa, nhưng ít tác dụng phụ thiếu es hơn, ko sử dụng dài hạn | | | | | |

### Liệu pháp với steroids sinh dục (giống XH tuổi dậy thì)

* Cơ chế: Progesterone và progestin ko tác dụng như nhau trên u xơ cơ tử cung.
  + Cả progesterone tự nhiên lẫn progestin đều có thể gây teo nội mạc, và vì thế có tác dụng giảm chảy máu; nhưng ko làm giảm thể tích của u xơ­
  + progesterone tự nhiên làm tăng epidermal growth factor (EGF)- thức đẩy u xơ phát triển, đồng thời ức chế insulin ­like growth factor­1 (ILGF1) là chất có tác dụng ức chế phát triển u xơ cơ tử cung.
  + Trong khi đó, progestin điều hòa giảm cả ER lẫn PR 🡪 cho phép nó có điều hòa sinh học trong u và có tác dụng ức chế tăng trưởng các u xơ cơ tử cung
* COC:
  + làm giảm lượng máu kinh trong 1 khoảng thời gian điều trị NGẮN HẠN, trì hoãn sự phát triển của u xơ cơ tử cung nhờ vào sự có mặt của progestin
  + Ko có bằng chứng để nói rằng COC thúc đẩy u xơ cơ tử cung phát triển thêm
* IUD phóng thích chậm LNG: hiệu quả trong giảm lượng máu kinh

### GnRHa và GnRHanti

* Cả 2 loại thuốc này có tác dụng/tác dụng phụ giống nhau. Khác biệt:
  + GnRHanti bắt đầu tác động sớm hơn, tránh được hiện tượng dội
  + Giá GnRHanti mắc hơn 10 lần
* Cơ chế:
  + GnRHa: gây ra hiện tượng nội hóa các thụ thể của GnRH tại tuyến yên (mất khoảng 2 tuần), dẫn đến việc giải mẫn cảm kéo dài của tuyến yên với GnRH 🡪 tuyến yên ko còn khả năng phóng thích FSH 🡪 ko còn gây ra được phát triển noãn nang tại buồng trứng và do đó triệt tiêu nguồn sản xuất estrogen nội sinh
  + GnRHanti: đối kháng với thụ thể GnRH tại tuyến yên
* Tác động:
  + sau 3 tháng điều trị với GnRHa, V sẽ giảm đến 50%. Khoảng thời gian đủ để u xơ­ phát triển trở lại <12 tuần
  + điều trị kéo dài gây ra tình trạng thiếu hụt kéo dài estrogen và progesterone, dẫn đến các hệ quả nghiêm trọng về dự trữ calcium xương và nguy cơ tim mạch 🡪 giới hạn về thời gian điều trị, với các khoảng nghỉ bắt buộc.
    - Hỗ trợ nhằm kéo dài thời gian điều trị bằng estrogen chưa được chứng minh là có lợi; bằng progestin hay progesteron cho thấy là có những tác dụng bất lợi trên thể khối của u xơ cơ tử cung
* Chỉ định
  + Muốn giảm thể khối u tạm thời, nhằm thay đổi phương thức phẫu thuật
  + Muốn giải quyết tạm thời tình trạng chảy máu liên quan đến u xơ cơ tử cung
* Đây ko được xem là biện pháp điều trị lâu dài; chỉ là giải pháp tạm thời để chuẩn bị cho 1 điều trị khác

### Chất ức chế AROMATASE

* Cơ chế:
  + Vai trò men aromatase P450: Dưới tác dụng của FSH, tại tế bào hạt, aromatase P450 xúc tiến quá trình thơm hóa dihydroepiandrostenedione (đến từ tế bào vỏ ở lớp ngoài nang noãn) thành estrone 🡪 chuyển đổi thuận nghịch thành estradiol, 1 estrogen chủ lực. Ở cơ trơn cũng xảy ra quá trình tương tự
  + Thuốc ức chế men này 🡪 triệt tiêu estrogen ngoại vi cũng như tại chỗ 🡪 làm cho u xơ ko thể phát triển. Như vậy, cơ sở để sử dụng chất ức chế aromatase là tương tự với GnRHa hay GnRH anta
* Chất ức chế Aromatase thường dùng nhất là Letrozole.
* So sánh GnRHa, liệu trình điều trị 12 tuần bằng letrozole cho cùng hiệu quả trên giảm kích thước u xơ, nhưng ít tác dụng phụ liên quan đến tình trạng thiếu hụt estrogen hơn
* Hiện nay, vẫn chưa có đủ chứng cứ ủng hộ việc dùng ức chế aromatase như là 1 điều trị đơn độc và dài hạn cho u xơ cơ tử cung.

### SPRM

* Cơ chế
  + Các chất điều hòa thụ thể progesterone (SPRM) có khả năng gắn kết rất mạnh trên PR và có thể mang lại các tác dụng đồng vận, đối kháng, hay hỗn hợp
  + Mifepristone hầu như sở hữu đơn thuần hoạt tính kháng progesterone, thì trái lại các SPRM khác như UPA lại sở hữu 1 hoạt tính hỗn hợp giữa đồng vận và đối kháng với progesterone
* cách dùng: 1 liệu trình từ 3 đến 6 tháng với liều dùng hàng ngày 2.5 mg mifepristone
* hiệu quả:
  + rất nhiều nghiên cứu xác nhận hiệu quả của SPRM trên sự thoái triển của u xơ cơ tử cung và trên giảm chảy máu tử cung
  + kết quả ko giống nhau cho mifepristone và UPA: ko hiểu thầy muốn nói gì
    - Hiệu quả của mifepristone trên việc làm giảm thể khối u cũng như làm giảm các triệu chứng có liên quan là rõ ràng
    - Hiệu quả của UPA trên việc làm giảm chảy máu có liên quan với u xơ cơ tử cung là rõ ràng.
  + So sánh UPA với GnRH
    - Ít tác dụng phụ hơn (vận mạch kiểu bốc hỏa), hiệu quả kéo dài hơn (u ko phát triển trở lại trong vòng 6 tháng sau ngưng đtrị)
    - Khả năng kiểm soát chảy máu tương đương; giảm V khối u kém hơn
* tác dụng phụ: mifepristone có thể gây tăng sinh ko điển hình của tuyến nội mạc tử cung. Tuy nhiên, các biến đổi này có thể hồi phục hoàn toàn sau liệu trình

### Các điều trị khác ko được khuyến cáo: đều giảm thể tích

* Danazol:
  + là 1 androgen, dẫn xuất của 17­α ethinyl testosterone 🡪 tác dụng tương tự như COC, làm giảm gonadotropin tuyến yên 🡪 giảm estrogen;
  + có thể có tác dụng trong giảm thể khối u, nhưng hiệu quả này ko bù đắp được cho tác dụng phụ gây nam hóa
* chất điều hòa chọn lọc thụ thể với estrogen (SERM) (raloxifene): Hiệu quả làm giảm thể khối u xơ cơ của ko được chứng minh

## Ngoại khoa

### Nội soi buồng tử cung

* U xơ FIGO 0 hay FIGO 1: Nội soi buồng tử cung là phẫu thuật được lựa chọn (ngay cả khi các u xơ này ­gây biến chứng xuất huyết, điều trị nội khoa cũng ko phải là giải pháp tốt nhất)
* u xơ­ FIGO 2: cắt u xơ cơ dưới niêm mạc qua nội soi buồng tử cung ko còn được xem là 1 biện pháp được lựa chọn. Khi đó, cần cân nhắc với các điều trị khác

### Bóc nhân xơ

* Chỉ định: u xơ­ có chỉ định can thiệp nhưng bệnh nhân lại chưa đủ con hay chưa hoàn thành kế hoạch sinh con
* Bất lợi lớn nhất là tái phát. Khả năng tái phát sau bóc nhân xơ rất cao.

### Cắt tử cung

* Cắt tử cung được xem là cách duy nhất giải quyết vĩnh viễn vấn đề u xơ cơ tử cung. Ưu điểm lớn nhất là vừa giải quyết triệu chứng, vừa ngăn ngừa tái phát vĩnh viễn
* Tuy nhiên, trong phần lớn các trường hợp, cắt tử cung lại ko phải là giải pháp thích hợp nhất; mà có thể chọn các phương pháp khác ít xâm lấn hơn
* Cân nhắc chỉ định trong các tình huống
  + Xuất huyết thất bại với nội khoa
  + BN ko muốn sanh thêm con:
    - có bệnh lý đồng thời mà có thể điều trị hết khi cắt tử cung
    - mong muốn 1 phương pháp triệt để, ko có điều kiện theo dõi

### Thuyên tắc ĐM tử cung

* Đại cương
  + Là phương pháp can thiệp với xâm lấn tối thiểu, nhưng lại là 1 can thiệp có ý nghĩa tương đương với cắt tử cung, do gây các di chứng (nhớ từ trong ra ngoài: niêm mạc TC 🡪 thành TC 🡪 buồng trứng):
    - Xơ hóa niêm mạc tử cung có thể gây mất vĩnh viễn khả năng mang thai
    - Suy yếu thành tử cung gây ra các biến chứng nghiêm trọng trong các lần mang thai sau đó (vỡ tử cung)
    - Giảm trữ lượng buồng trứng gây ko còn khả năng phóng noãn để có thai
  + So với cắt tử cung, UAE có thời gian nằm viện ngắn hơn và ít đau hơn. Tuy nhiên, đòi hỏi phải tái khám nhiều lần, tỉ lệ nhập viện cao sau UAE do các biến chứng sốt, dị ứng, chảy máu, phẫu thuật bổ túc (14%)
* Hiệu quả: 95% phụ nữ có cải thiện triệu chứng của vấn đề chủ, 29% sẽ rơi vào tình  
  trạng vô kinh vô kinh, trong đó có 21% vô kinh dưới 45 tuổi. Vô kinh sau UAE có  
  thể là do:
  + Suy buồng trứng: động mạch nuôi buồng trứng bị thuyên tắc theo động mạch  
    tử cung
  + Hoại tử và xơ hóa toàn bộ nội mạc tử cung
* Chỉ định cho phụ nữ muốn bảo tồn tử cung và ko còn dự định sanh thêm con nữa.
* Chống chỉ định: A, Cột Con Cuống Kích
  + Adenomyosis tiến triển
  + có tiền căn CỘT động mạch hạ vị
  + còn có ý định sanh CON
  + u xơ cơ tử cung có CUỐNG, u xơ cơ tử cung dưới niêm mạc
  + KÍCH thước tử cung quá lớn

# Điều trị adenomyosis

Mọi điều trị nội khoa adenomyosis (ngoại trừ NSAIDs) đều gây trì hoãn việc điều trị hiếm muộn.

Điều trị dựa trên vấn đề chủ

* Rong huyết: điều trị trên nền progestin hoạt động kém hiệu quả
  + COC: đầu tay, do hoạt tính của progestogen trong COC và khả năng điều hòa COX­2 của nó
  + LNG-IUS: lựa chọn thứ 2
  + Ức chế aromatase P450, GnRHa, tác động trên men 17­β hydroxy dehydrogenase có thể là giải pháp
  + Các dạng phóng thích steroid tác dụng dài khác (implant, DMPA): ko hiệu quả
* Thống kinh
  + NSAIDs, ức chế COX2: đầu tay
  + COC: giảm đau do ức chế COX2. Dùng COC loại có hàm lượng EE 20ug hay 30ug; dùng liên tục ko nghỉ hay dùng như cách thông thường hiệu quả giảm đau ko khác biệt
  + GnRH: cải thiện triệu chứng; tái phát sau ngưng điều trị 12-18 tháng
  + Ưc chế aromatase P450: ko khuyến cáo: chỉ là đau thôi màh, sử dụng thuốc này nhiều tác dụng phụ lắm. Rong huyết sợ mất máu nhiều sẽ chết nên xài aromatase cũng chấp nhận đc
* Vô sinh
  + điều trị hiếm muộn chỉ có thể đạt được hiệu quả mong muốn khi tạm thời ổn định adenomyosis
  + GnRHa dài ngày trước IVF: tạo 1 gđ ổn định tạm thời, cải thiện đáng kể kết quả thành công IVF

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | | Chảy máu | Thống kinh | Đau trong nang lạc nội mạc |
| Steroid | Implant, DMPA | 0 |  | Progestogen 2 |
| LNG-IUS | 2 |  | 2 |
| COC | 1 | 2 | 2 |
| GnRHa | | 3 | 2 | 3 |
| Ức chế aromatase | | 3 | 0 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | | Thời gian | Cơ chế | Tác dụng | U phát triển trở lại |
| Steroid | POP | Nửa sau chu kỳ | Teo nội mạc | Giảm chảy máu  Ko giảm V |  |
| LNG-IUS |  |
| COC | Ngắn hạn |
| GnRHa, anti | | 3 tháng | Phong tỏa tuyến yên 🡪 ko FSH 🡪 ko estrogen | Giảm chảy máu  Giảm V 50% | <3 tháng |
| SPRM | | 3-6 tháng | Mife kháng proges  UPA vừa đồng vận, vừa kháng | Giảm chảy máu = GnRHa  Giảm V ít hơn GnRHa | <6 tháng |
| Ức chế aromatase: hiệu quả GnRHa, cũng ko sử dụng dài hạn đc | | | | | |

Linh tinh

Đau của u xơ cơ tử cung ko đáp ứng với điều trị là 1 chỉ định của phẫu thuật cho u xơ cơ tử cung. Đau do DIE (lạc nội mạc tử cung sâu) hay do adenomyosis ko phải là 1 chỉ định thường qui của phẫu thuật

Xuất độ của u xơ cơ tử cung tăng theo tuổi, với đỉnh xuất độ ở khoảng độ tuổi 40

Cách ghi mô tả vị trí u xơ‐cơ tử cung theo FIGO





