Bệnh án hậu thai trứng

Trần Minh Tiến – Y12D/22

**BỆNH ÁN HẬU THAI TRỨNG**

1. **HÀNH CHÍNH**

* TRƯƠNG THỊ THANH N.
* 51 tuổi
* PARA: 2012 (tính luôn lần thai trứng này)
* Nghề nghiệp: buôn bán
* Địa chỉ: phường Linh Đông, quận Thủ Đức, TP. HCM
* Nhập viện lúc 9h ngày 20/12/2017
* Khoa Ung bướu phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ

1. **LÝ DO NHẬP VIỆN**

BV quận Thủ Đức chuyển với chẩn đoán: hậu thai trứng ngày 24/theo dõi bệnh lý nguyên bào nuôi.

1. **TIỀN CĂN**
2. Gia đình:

* Không ghi nhận có tiếp xúc với chất độc màu da cam
* Chị ruột mất do ung thư cổ tử cung

1. Bản thân

* Nội khoa: chưa ghi nhận bất thường
* Ngoại khoa: 2 lần mổ lấy thai (2003, 2004)
* Phụ khoa:

+ Kinh đầu năm 14 tuổi, chu kì đều 30 ngày, hành kinh 3 ngày, lượng vừa (3BVS/ngày), máu loãng, đỏ sẫm, đau hạ vị, đau lưng ít mỗi khi hành kinh, không uống thuốc.

+ Viêm nhiễm phụ khoa: không

+ Chưa ghi nhận có UXTC, UBT, rong kinh, rong huyết trước đây

* Sản khoa

+ Lập gia đình năm 36 tuổi

+ PARA 2002, đủ con, hiện không mong con. 2 lần mổ lấy thai…

+ Biện pháp tránh thai: bao cao su

* Chế độ sinh hoạt: không hút thuốc lá, không uống rượu, không ghi nhận chế độ ăn thiếu vitamin A, caroten.
* Không tiếp xúc với các hóa chất công nghiệp, thuốc trừ sâu

1. **BỆNH SỬ**

* BN đã được điều trị tại BV Quận Thủ Đức từ ngày 26/11-19/12/2017 (24 ngày). Cụ thể:
* 26/11/2017: BN khám tại BV quận Thủ Đức, được chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao. Các yếu tố nguy cơ cao (theo GOLDSTEIN): lớn tuổi, tử cung lớn hơn tuổi thai, β-hCG và nang hoàng tuyến thì không rõ.
* BN được hút nạo thai trứng 2 lần vào ngày 30/11 và 4/12, không xảy ra biến chứng trong hút nạo (thủng tử cung, băng huyết, phải cắt tử cung…)
* Kết quả giải phẫu bệnh:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ngày | Đại thể | Vi thể | Chẩn đoán GPB |
| 30/11 | Lọ 1: mẫu mô vụn màu trắng lẫn nâu, #4cm  Lọ 2: mẫu mô vụn màu trắng lẫn nâu, #5cm | Tổn thương gồm các lông nhau phì đại, phù nề, không có mạch máu ở trục lông nhau. Bên ngoài có tăng sinh tế bào nuôi và hợp bào nuôi, xen lẫn lông nhau bình thường. | Thai trứng bán phần |
| 4/12 | Nhiều mẫu vụn màu trắng lần nâu | Mô vụn nhiều lông nhau được phủ tế bào nuôi trên nền mô màng rụng xuất huyết, có xâm nhập nhiều tế bào viêm. | Lông nhau và màng rụng xuất huyết |

* Diễn tiến sau hút nạo:
* Thay đổi triệu chứng lâm sàng: không có rong huyết,
* Biểu đồ β-hCG: không rõ β-hCG trước hút nạo và diễn tiến của nó tại BV quận Thủ Đức.
* Quá trình điều trị:

1. **KHÁM**
2. Tổng trạng

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu ổn: M 80, HA 120/80, NT 20, 370C
* Thể trạng mập: cao 163cm, nặng 68kg, BMI = 25,6kg/m2
* Hạch ngoại vi không sờ chạm, không dấu xuất huyết, không vàng da, vàng mắt.

1. Khám các cơ quan

* Đầu mặt cổ, ngực, bụng: chưa ghi nhận bất thường
* Khám bụng: bụng cân đối, sẹo mổ lấy thai trên vệ 10cm lành tốt, sờ nông sâu không điểm đau khu trú.

1. Khám phụ khoa: khám ngoài, khám mỏ vịt, khám bằng tay

* Âm hộ: không sang thương
* Âm đạo: trơn láng, niêm mạc hồng, không sang thương, không máu, tiền đình không có nhân di căn âm đạo.
* Cổ tử cung: bề mặt trơn láng, không sang thương, lổ CTC đóng, mật độ chắc, lắc không đau
* Tử cung: ngả trước, kích thước > bình thường, mật độ chắc, di động, không đau
* Túi cùng: không đau
* Rút găng không máu theo găng

Thầy Tuấn, khi khám 1 BN hậu thai trứng cần chú ý:

* Sinh hiệu
* Tri giác, nhất là định hướng lực về không gian và thời gian, khi điều trị MTX thì một số BN có rối loạn trầm cảm
* Đau HSP ? khó thở ? nước tiểu (lượng, màu sắc), phù ?, khám phản xạ gân xương, dị ứng ánh sáng, rụng tóc ? lở miệng ?
* Khám phụ khoa khi dùng mỏ vịt tách môi bé ra, nhân choriocarcinoma hay di căn ở đây.

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN – ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh nhân nữ 51 tuổi, PARA 2002, nhập viện ngày 20/12 vì BV Thủ Đức chuyển với chẩn đoán hậu thai trứng N24/theo dõi bệnh lý nguyên bào nuôi.

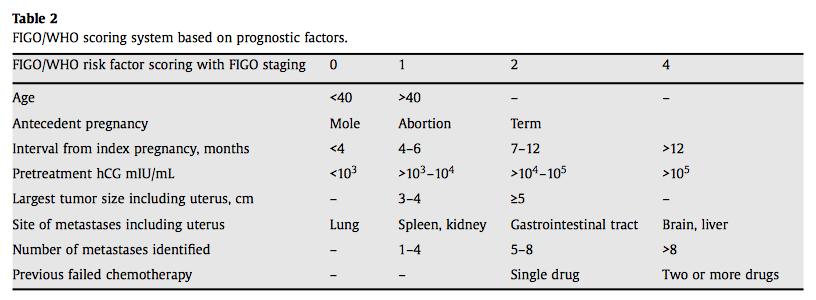
BN có các vấn đề sau:

1. Thai trứng nguy cơ cao, đã hút nạo 2 lần, GPB (lần 1: thai trứng bán phần, lần 2: lông nhau và màng rụng xuất huyết)
2. β-hCG ngày NV: 4290,7 mUI/ml
3. Siêu âm: thành trước tử cung đoạn eo có khối echo hỗn hợp, giới hạn rõ, kích thước 27x20mm, có tăng sinh mạch máu.
4. **BIỆN LUẬN LÂM SÀNG**

* Tiêu chuẩn chẩn đoán tân sinh nguyên bào nuôi (GTN) theo FIGO 2012, khi có 1 trong 4
* β-hCG có dạng bình nguyên (tăng <10%) trong ít nhất 4 lần thử liên tiếp trong 3 tuần theo dõi sau hút nạo (ngày 1, 7, 14, 21)
* β-hCG tăng > 10% trong 3 lần thử liên tiếp trong 2 tuần theo dõi sau hút nạo (ngày 1,7,14)
* β-hCG vẫn còn dương tính 6 tháng sau hút nạo
* Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư nguyên bào nuôi
* BN này trước đó đã được chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao, đã được hút nạo thai trứng 2 lần với kết quả GPB: lần 1 (thai trứng bán phần), lần 2 (lông nhau và màng rụng xuất huyết). Nay nhập viện (sau lần hút nạo đầu tiên đã 3 tuần):
* Khám thấy tử cung lớn hơn bình thường (tử cung thu hồi kém)
* β-hCG 4290 mUI/ml (không có các số liệu β-hCG để đánh giá diễn tiến)
* Siêu âm thấy ở thành trước tử cung có khối echo hỗn hợp, giới hạn rõ, 27x20mm, có tăng sinh mạch máu
* Khám âm đạo không thấy nhân choriocarcinoma di căn; Xquang ngực thẳng bình thường, BN không có các dấu hiệu như nhức đầu… 🡪 nghĩ hiện chưa di căn.
* theo dõi u nguyên bào nuôi, giai đoạn I (FIGO 2002)
* Tiên lượng đáp ứng hóa trị của GTN theo FIGO và WHO 2006:
* Tuổi: 51 tuổi 🡪 1đ
* Tiền căn thai trước đó: trước đó là thai trứng bán phần 🡪 0đ
* Số tháng cách lần có thai trước đó: từ lúc phát hiện thai trứng đến nay (26/11) đến nay (20/12) < 4 tháng 🡪 0đ
* β-hCG trước điều trị: 4290,7 mUI/ml 🡪 1đ
* Kích thước u lớn nhất (kể cả tử cung): 27x20mm 🡪 0đ
* Vị trí di căn (kể cả tử cung): hiện chưa di căn 🡪 0đ
* Số điểm di căn: hiện chưa di căn 🡪 0đ
* Hóa trị thất bại trước đó: chưa hóa trị lần nào 🡪 0đ

🡪 2 điểm

🡪 nguy cơ thấp



1. **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ - PHÂN BIỆT**

Theo dõi u nguyên bào nuôi, giai đoạn I

1. **ĐỀ NGHỊ CLS – KẾT QUẢ**

Các CLS đã được thực hiện:

1. **CLS chẩn đoán:**

* β-hCG (20/12): 4290,7 mUI/ml (sau hút nạo lần hai 16 ngày)
* Siêu âm Doppler bụng:
* Tử cung ngả trước, dAP 42mm
* Nội mạc lòng tử cung: 4mm, mật độ không đều
* Thành trước tử cung đoạn eo có khối echo hỗn hợp, giới hạn rõ, kích thước 27x20mm, có tăng sinh mạch máu
* Hai buồng trứng bình thường
* Ổ bụng không có dịch
* Xquang ngực thẳng: tim phổi bình thường

1. **CLS thường quy**
2. CTM

* Không thiếu máu: RBC 4,06 – HGB 11,9 – Hct 36,4 – MCV 89,7 – MCH 29,3
* BC trong giới hạn bình thường (WBC 6,15); công thức BC bình thường (NEU 54,7%, LYM 28,9%)
* PLT: 325 K/μL

1. Nhóm máu O, Rh +
2. Chức năng đông máu bình thường: PT 13,6 giây [12-17], INR 1,1 [0,9-1,3], APTT 30,1 giây [25-43]
3. Sinh hóa máu: trong giới hạn bình thường

* Đường huyết: 5,6 mmol/l [3,6-5,6]
* AST 20 UI/L, ALT 16 UI/L [<30]
* Urea 2,6 mmol/l [1,7-8,3], creatinin huyết thanh 63 μmol/l [44-80]
* Albumin: 46 g/l [34-48]

1. Ion đồ: bình thường (Na+ 141 mmol/l, K+ 4,2 mmol/l, Cl- 105 mmol/l)
2. Tổng phân tích nước tiểu: chưa ghi nhận bất thường
3. **ĐIỀU TRỊ**
4. Hướng điều trị trên BN này:

* BN lớn tuổi (51t), hiện đã đủ con và không mong con nữa (PARA 2002) nên hướng điều trị là phẫu thuật cắt tử cung kèm hai phần phụ.
* Hóa trị sau phẫu thuật: GTN nguy cơ thấp (điểm tiên lượng: 2) 🡪 dùng phác đồ đơn hóa trị MTX-FA (theo FIGO)
* BN này đủ điều kiện hóa trị: WBC 6,15 K/μL (NEU 3364/mm3), PLT 325 K/μL, AST 20, ALT 16
* Điều kiện hóa trị:
* 4 không: không sốt, không suy dinh dưỡng, không thiếu máu, không suy các chức năng quan trọng
* Không hóa trị khi BC < 3k/mm3, NEU <1500/mm3, TC <100k, AST, ALT>100
* Phác đồ MTX-FA (BN 68kg)
* MTX 1mg/kg ngày 1,3,5,7
* Folinic acid (Leucovorin) 0,1mg/kg: ngày 2,4,6,8
* CTM, AST, ALT, BUN, creatinin HT, β-hCG: ngày 4,8
* Theo dõi trong hóa trị:
* Các dấu hiệu chảy máu âm đạo, kích thước tử cung, nang hoàng tuyến, nhân di căn âm đạo (nếu có)
* Biểu đồ β-hCG. Nếu β-hCG tăng/bình nguyên/giảm chậm/xuất hiện nhân di căn 🡪 chuyển sang phác đồ đa hóa trị.
* Dấu hiệu nhiễm độc MTX: giảm BC, giảm 3 dòng, thiếu máu (CTM); lở miệng; rụng tóc, dị ứng; tăng men gan (AST, ALT>100)
* Dấu hiệu kháng MTX: β-hCG giảm <10% mỗi tuần hoặc có di căn.

1. Tránh thai trong thời gian theo dõi điều trị: không cần, vì đã cắt tử cung.
2. Theo dõi sau khi xuất viện:

* Tái khám, theo dõi β-hCG máu trong 5 năm
* 6 tháng đầu: 1 tháng 1 lần
* 6 tháng tiếp theo: 2 tháng 1 lần
* 12 tháng tiếp theo: 3 tháng 1 lần
* 3 năm còn lại: 6 tháng 1 lần

1. **TIÊN LƯỢNG**

* Tiên lượng gần: đáp ứng với hóa trị sau cắt tử cung
* Lâm sàng: tên các thuốc sử dụng ở khoa MOLE:
* MTX (Unitrexate 50mg)
* Folinic Acid (Capoluck 50mg)
* Phác đồ đa hóa trị EMA-CO (phác đồ BV Từ Dũ)
* Có 5 loại hóa chất được dùng: Etoposid, Methotrexate, Actinomycin D, Cyclophosphamid, Vincristin
* Lập lại EMA-CO sau 2 tuần, khi β-hCG máu âm tính, có thể làm thêm 3 lần EMA-CO nữa rồi ngưng.

|  |  |
| --- | --- |
| Ngày | Thuốc hóa trị |
| N1 | + Epotosid 100mg/m2 + 200ml NaCl 0,9% (TTM 30phút)  + MTX 100mg/m2 (TMC) 🡪 MTX 200mg/m2 (TTM 12 giờ)  + Actinomycin D 0,5mg (TMC) |
| N2 | + Epotosid 100mg/m2 + 200ml NaCl 0,9% (TTM 30phút)  + Actinomycin D 0,5mg (TMC)  + Folinic Acid 15mg (TB) 2 lần/ngày [sau 24h từ MTX N1] |
| N3 | Folinic Acid 15mg (TB) 2 lần/ngày |
| N4 | Folinic Acid 15mg (TB) 2 lần/ngày |
| N5 | Folinic Acid 15mg (TB) 2 lần/ngày |
| N6 |  |
| N7 | CTM, AST, ALT, BUN, creatinin  Nếu không đủ điều kiện hóa trị 🡪 ngưng hóa trị, nếu ngưng >6 ngày thì phải bắt đầu lại từ đầu. |
| N8 | + Cyclophosphamid 600mg/m2 + 500ml NaCl 0,9% (TTM 20 phút)  + Vincistine 1mg/m2 (TMC), max 2mg |

* Khi có biểu hiện kháng thuốc hoặc không đáp ứng điều trị 🡪 chuyển sang phác đồ EMA-EP, thay đổi phần CO 🡪 EP

+ Etoposid 100mg/m2 (TTM 1 giờ)

+ Cisplatin 70-80mg + 1000ml NaCl 0,9% (TTM 12 giờ)