**TIẾP CẬN MỘT KHỐI Ở PHẦN PHỤ**

**[Hỏi bệnh- Lý thuyết- Khám- Các gợi ý xác định bệnh- Đề nghị CLS- Chẩn đoán và tư vấn điều trị]**

1. **Hành chính:**

*Họ tên:*

*Tuổi:*

Lớn tuổi: nghĩ đến ác tính (trừ các u ác nguồn gốc tế bào mầm, tuổi trung bình trẻ)

Mãn kinh, chưa dậy thì: loại trừ nang cơ năng trước

*PARA*: đủ con chưa? Mong muốn có thai? Vô sinh?

*Địa chỉ:*

*Nghề nghiệp*: liên quan đến trình độ học vấn, chọn cách tư vấn phù hợp.

*Ngày giờ nhập viện*: cấp cứu hay không khẩn cấp

*Lý do khám bệnh:*

1. Tình cờ phát hiện
2. Đau bụng
3. Khối u ở bụng
4. RL kinh nguyệt
5. **Tiền căn**
6. *Tiền căn gia đình*: tiền căn ung thư: K vú, K đại tràng, K buồng trứng…

[Khảo sát đột biến BRCA:

• 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 nhất hoặc thế hệ thứ nhì bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng  
• Có người trong gia đình bị ung thư vú nam giới  
• Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trước 50 tuổi  
• Có người trong gia đình cùng lúc mắc ung thư vú và ung thư buồng trứng]

1. *Tiền căn bản thân*

a*. Tiền căn nội khoa*

Bệnh lý ung thư, thuốc kháng đông, RLĐM (nang hoàng thể xuất huyết tái phát)

b. *Tiền căn ngoại khoa:*

c. *Tiền căn phụ khoa:*

- Kinh lần đầu, chu kỳ kinh, hành kinh, lượng máu kinh ( 1 BVS ướt đẫm = 80 mg máu), tính chất máu kinh: đỏ tươi (lượng nhiều)/ đỏ sậm (lượng vừa)/ nâu (lượng ít), có máu cục (lượng nhiều), đau bụng kinh (nếu có thì từ bao lâu, điều trị gì)

- Tiền căn viêm nhiễm phụ khoa: đi khám phụ khoa? Huyết trắng bệnh lý?

- Tiền căn UXTC, K phụ khoa, rong kinh, rong huyết?

- Nếu đã biết U BT: thời gian phát hiện, lí do phát hiện, kích thước lúc phát hiện (tốt nhất là có kết quả SA), diễn tiến khối u, điều trị gì?

d. *Tiền căn sản khoa:*

- Lấy chồng

- PARA. Sinh thường/mổ, lí do mổ, đủ tháng/thiếu tháng, cân nặng lớn nhất, băng huyết sau sanh.

e. *KHHGĐ:*

- Tránh thai bằng gì?

- Mong muốn có con?

1. **Bệnh sử:**

*- Kinh chót*. Vì sao biết là kinh chót? (kinh áp chót, tính chất kinh giống những lần hành kinh bình thường). Nếu không rõ chính xác ngày kinh chót, có 3 khả năng:

1. Kinh chót quên

2. Kinh chót không xác định (kinh không đều, không rõ là rong huyết hay kinh)

3. Mãn kinh, vô kinh (bao lâu)

*- Đau bụng*: tính chất đau bụng (vị trí, kiểu đau [cơn, liên tục], cường độ [âm ỉ, dữ dội], hướng lan, thời gian, tần suất, trch đi kèm, yếu tố tăng giảm), đau có liên quan kì kinh?

[+ cấp: xoắn nang BT (khởi đau đột ngột và dữ dội vùng bụng dưới, có thể sốc đau, nôn, buồn nôn, rối loạn đường tiểu)

Vỡ nang noãn nang/ nang hoàng thể xuất huyết (BN điển hình: không dùng COCs + chu kì kinh đều, đến khám vì đau bụng dưới cấp đang trong giai đoạn trễ của pha hoàng thể)

*+* Nang noãn nang: đau có thể ở vùng bụng dưới, lệch 1 bên, nhẹ đến trung bình + RL kinh nguyệt + khối phần phụ dang nang, di động.

*+* Nang hoàng thể: đau bụng âm ỉ ¼ dưới cùng bên + trễ kinh + rong huyết + khối phần phụ, mềm, dạng nang hay đặc ( pb TNTC bằng hCG)

*+*Endometrioma: hiếm khi gây đau, đau liên quan kì kinh. Đau do: Adenomyosis, lạc tuyến nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu, lạc tuyến NMTC ở phúc mạc.]

*- Khối u:* vị trí, thời gian xuất hiện, thay đổi theo chu kỳ kinh, ngày càng lớn lên/không thay đổi, đã đi khám ở đâu

*-* *RL kinh nguyệt*: trễ kinh, rong huyết (Nang cơ năng, u chết tiết steroid [u tb hạt, tb vỏ])...

- *Triệu chứng đi kèm*: bụng to, mệt mỏi, chán ăn, khó tiêu, táo bón, tiểu gấp, tiếu lắt nhắt, đau lưng, sụt cân không rõ lý do.

1. **Khám:**
2. *Tổng trạng:*

* Da niêm hồng.
* Sinh hiệu:
* Thể trạng. Cân nặng. Chiều cao => BMI.
* Hạch ngoại biên không sờ chạm.
* Đầu mặt cổ: cân đối, không u, tuyến giáp không to (cường giáp nhưng giáp không to- U quái giáp đơn mô -> xạ hình: giáp bình thường nhưng tập trung iod bất thường tại vùng chậu)
* Ngực: tim, phổi (TDMP- $Meigs)
* Đánh giá triệu chứng toàn thân.
* 1 vài triệu chứng đặc thù liên quan cường androgen (rậm long, vú teo, phì đại âm vật..- BT đa nang, u tế bào Sertoli- Leydig)

1. *Khám bụng:* mô tả đủ tính chất khối u nếu sờ được, đặc biệt là

- Vị trí*:* vùng hạ vị, giữa bụng/lệch 1 bên

- Kích thước: 2 chiều

- Mật độ: căng (U BT)/chắc (UXTC)/cứng

- Di động: di động/kém di động

- Bề mặt: trơn láng/lổn nhổn

- Đau bụng, báng bụng

1. *Khám phụ khoa.*

* Âm hộ: không sang thương
* Âm đạo: trơn láng, niêm mạc hồng, không sang thương, không máu
* CTC: bề mặt trơn láng, không sang thương, lỗ CTC đóng, mật độ chắc, lắc không đau
* TC: trung gian, kích thước bình thường, chắc, di động, không đau
* Buồng trứng (phần phụ)…có khối u kích thước…, mật độ…, di động độc lập/cùng lúc TC
* Phần phụ bên kia không sờ chạm.
* Túi cùng: không đau

1. **Biện luận:**
   * + 1. *Khối u có nguồn gốc từ BT?*

* U: ngay giữa hạ vị (có thể là TC, BQ, TT), mật độ cứng/chắc (mật độ cơ trơn), di động đồng thời TC 🡪 UXTC
* U: nằm ở hạ vị lệch 1 bên (có thể là đại tràng, buồng trứng), mật độ căng, di động độc lập tử cung 🡪 U buồng trứng

1. *Biện luận khối u buồng trứng*
2. ***U thực thể*** vì:BN mãn kinh/chưa dậy thì, khối u không thay đổi theo chu kỳ kinh, tồn tại > 3 tháng (hơn 2-3 chu kì kinh)

Các yếu tố sau nghĩ đến nang cơ năng:

+ Xuất hiện độ tuổi dậy thì/TMK, độ tuổi sinh sản

+ Liên quan đến chu kỳ kinh: trễ kinh, ra huyết, đau bụng…

+ Thường không tồn tại quá 3 tháng

+ Kích thước thường không quá lớn (<6cm, nang De Graff 2-2.5cm), và thường là 1 bên (trừ nang hoàng tuyến)

+ Ít gây các biến chứng nặng nề, ít ảnh hưởng đến tổng trạng

+ Thành lập nhanh, thoái triển nhanh

* Nang noãn nang (có thể lên đến 5-8cm): tiền sử dùng steroid ngoại sinh, stress, gây ra chu kỳ không phóng noãn, bất thường chu kỳ kinh và hình thành cấu trúc nang tại buồng trứng. Thường xảy ra ở tuổi dậy thì, tiền mãn kinh. Biến mất sau 6 tuần
* Nang hoàng thể (đk vượt quá 3cm): hoàng thể tồn lưu: trễ kinh, đau bụng , ra huyết, hCG (-), xuất huyết: u to nhanh, đau bụng cấp ở pha hoàng thể của chu kỳ kinh.
* Nang hoàng tuyến: thường gặp trong bệnh cảnh hCG tăng cao như thai trứng, đa thai, thường 2 bên.

1. ***U thực thể là tân lập/hay không tân lập***

|  |  |
| --- | --- |
| Không tân lập  (Triệu chứng thường ồn ào tùy thể) | Tân lập |
| HC buồng trứng đa nang: cường androgen, rối loạn kinh nguyệt | * Thường im lặng * Đến khi có triệu chứng thường đã là giai đoạn trễ, di căn * Chán ăn sụt cân, gầy sút, báng bụng |
| Lạc NMTC ở buồng trứng: ở độ tuổi sinh sản, thống kinh, hiếm muộn, viêm dính vùng chậu. (Nang chứa dịch chocolate). Chu kì kinh thường ngắn, ngày hành kinh dài, tiền căn gia đình có LNMTC, bất thường giải phẫu đường sinh dục |
| Lao ống dẫn trứng có thể diễn tiến âm thầm, tìm hiểu yếu tố tiền căn lao cùng với các dấu hiệu sốt, sụt cân, ho máu, v.v. |
| Abscess tai vòi do viêm nhiễm đường sinh dục triệu chứng rầm rộ: sốt cao, đau bụng dưới nhiều, tiền căn STDs, sau sanh, phá thai, đặt dụng cụ tử cung, v.v.. |

1. ***Khả năng lành tính/ác tính***

* Lâm sàng:

+ Tuổi xuất hiện: mãn kinh/dậy thì nguy cơ ác cao hơn

+ Báng bụng /dính xung quanh: nguy cơ ác tính

+ Thời gian khối u to lên: to nhanh có nguy cơ ác tính

+ Tổng trạng: suy kiệt, nguy cơ ác tính

* Trên LS: nghĩ nhiều lành tính/ít khả năng ác tính/chưa loại trừ ác tính
* Đề nghị thêm CLS

+ SA thang xám, SA Doppler

+ Tumor marker: AFP, β-hCG, CA125, HE4, ROMA VALUE

[Thông thương cần đề nghị: SA + CA125]

1. **Chẩn đoán sơ bộ:**

U buồng trứng nghĩ nhiều lành tính/chưa loại trừ ác tính

1. **Cận lâm sàng:**
2. *Siêu âm:*
   * *Easy descriptors: #30% u BT xác định ngay*

* Nang đơn thùy, phản âm dạng kính mài, ở người đang trong độ tuổi sinh sản -> Endometrioma
* Nang đơn thùy, phản âm trống, bờ mỏng, kích thước chiều lớn nhất <10cm -> nang thanh dịch or nang cơ năng.
  + *IOTA simple rules: nhận diện được # 40% trường hợp*
* ***Lành tính***

*+* B1: u đơn thùy đồng nhất

+ B2: hiện diện thành phần rắn, kích thước tối đa <= 7mm

+ B3: hiện diện bóng âm

+ B4: khối u nhiều thùy, trơn láng, kích thước tối đa <= 100mm

+ B5: không có dòng chảy (điểm màu 1)

* ***Ác tính***

+ M1: khối u đặc không thuần nhất

+ M2: có dịch báng

+ M3: có ít nhất 4 chồi nhú

+ M4: U đặc đa thùy không đồng nhất, kích thước tối đa >= 100mm

+ M5: dòng chảy rất mạnh (điểm màu 4)

* Chỉ có M: khả năng cao ác tính
* Chỉ có B: khả năng cao lành tính
* Có cả M & B -> *IOTA ADNEX : 30% còn lại*

1. *Tumor markers:*

* **CA125**: không triệu chứng Se (10%), Sp (30%)
* Có thể có giá trị tiên lượng ác tính ở phụ nữ mãn kinh.
* Cut-off 35 IU (TBL) ở người mãn kinh là 20-26 IU
* tăng trong ung thư có nguồn gốc biểu mô nguyên thủy: u tuyến dịch trong, u dạng nội mạc tử cung, u tế bào sáng, tuyến tiền liệt, tụy.
* tăng trong thai kỳ, lạc nội mạc tử cung, khi hành kinh
* vai trò: theo dõi sau phẫu thuật, phát hiện sớm tái phát ung thư buồng trứng có nguồn gốc biểu mô. Ko dùng để chẩn đoán và tầm soát sớm ung thư.
* **HE4:** Se 67%, Sp 90%
* tăng trong ung thư buồng trứng có nguồn gốc biểu mô: u tuyến dịch trong, u dạng nội mạc tử cung, u tế bào sáng.
* vai trò: theo dõi sự phát triển, tái phát ung thư buồng trứng nguồn gốc biểu mô. Độ chuyên cao hơn ở độ tuổi tiền mãn kinh
* **ROMA VALUE:** CA125 + HE4 + Lâm sàng
* tăng độ nhạy hơn từng chỉ báo riêng lẻ
* dự báo âm 99%
* độ chuyên cao hơn HE4 ở độ tuổi mãn kinh
* vai trò: phân định nguy cơ xảy ra ác tính là cao hay thấp cho 1 khối vùng chậu đã biết và đã có quyết định sẽ phẫu thuật.
* **AFP:**
* tăng trong u tế bào mầm
* tăng trong K TB gan, K dạ dày, K đường mật, K tụy
* **β-hCG:**
* tăng trong u tế bào mầm
* tăng trong thai kỳ, bệnh nguyên bào nuôi

1. **Chẩn đoán xác định:**

U buồng trứng nghĩ nhiều ác tính/ít khả năng ác tính

1. **Quản lý:**
   * + 1. *Nang cơ năng*: Không có chỉ định can thiệp. Theo dõi đơn thuần. Đánh giá lại sau 3 tháng [SA + CA125 ktra sau 6 tuần sau, sau đó mỗi 3 tháng trong 1 năm.]

Có thể can thiệp khi:

* + - Nang noãn nang: dung COCs ở người quanh mãn kinh (RL cơ chế điều hòa phóng noãn thường trực) để kiểm soát việc hình thành nang cơ năng mới gây khó khăn cho việc theo dõi nang noãn nang sẵn có.
    - Điều trị ngoại khi: xoắn nang, vỡ nang, nang hoàng thể xuất huyết nghiêm trọng không tự cầm

1. *Tất cả các cấu trúc tân lập buồng trứng đều có chỉ định ngoại khoa*

* Cấu trúc có khả năng lành tính cao: thuộc dân số nguy có thấp, thỏa qui tắc lành tính IOTA, ROMA thấp : phẫu thuật nội soi bảo tồn ( bóc u- bảo tồn mô lành, người trẻ). Đối với người lớn tuổi, phẫu thuật cắt phần phụ được khuyến cáo thay vì điều trị bảo tồn.
* Cấu trúc có khả năng lành tính thấp: đánh giá qua mở bụng

1. *Thực thể không tân lập*

* Endometrioma
* Không trch lâm sàng, không vấn đề chủ: không chỉ định nội khoa
* Có thể dung COCs với mục đích không làm cho nang lạc tuyến nội mạc TC lớn thêm.
* Có thể Khi cần tìm bằng chứng lành tính: diễn tiến bất thương của CA125, nang to nhanh bất thường, M-rules, đk nang > 5-6cm
* Đau: NSAIDs -> COCs và progestogen -> GnRH đồng vận
* Hiến muộn: xem xét yếu tổ tùy hành
  + Ứ dịch vòi trứng do di chứng của nhiễm Chlamydia trachomatis: chỉ định ngoại khoa ưu tiên