



# ĐIỀU TRỊ U LNMTC Ở BUỒNG TRÚNG :

Jean BELAISCH  
& Jean Paul ALLART  
GEE

(Vietnam 12 avril 2010)

# Sự thay đổi thái độ

- Cho đến gần đây, u LNMTC ở buồng trứng đã được xếp loại vào « u » và được khuyến là cắt bỏ.
- Thái độ này hiện đang được thay đổi.
  - ⊙ Vì u LNMTC **không phải là u**
  - ⊙ Vì nó thường xuyên tái phát sau phẫu thuật
  - ⊙ Và chúng ta thấy rằng sự cắt bỏ chúng **không làm** cải thiện cơ hội thành công của thụ tinh trong ống nghiệm.
- **Điều này vẫn không ngăn cản phẫu thuật vẫn là điều trị cơ bản trong nhiều trường hợp**



# VẪN CÒN CÓ CHỖ CHO ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

➤ Khi không có những rối loạn chức năng nghiêm trọng

➤ Chỉ áp dụng cho một vài u LNMTC

Với lý do :

➤ Hiệu quả ức chế hoạt động buồng trứng

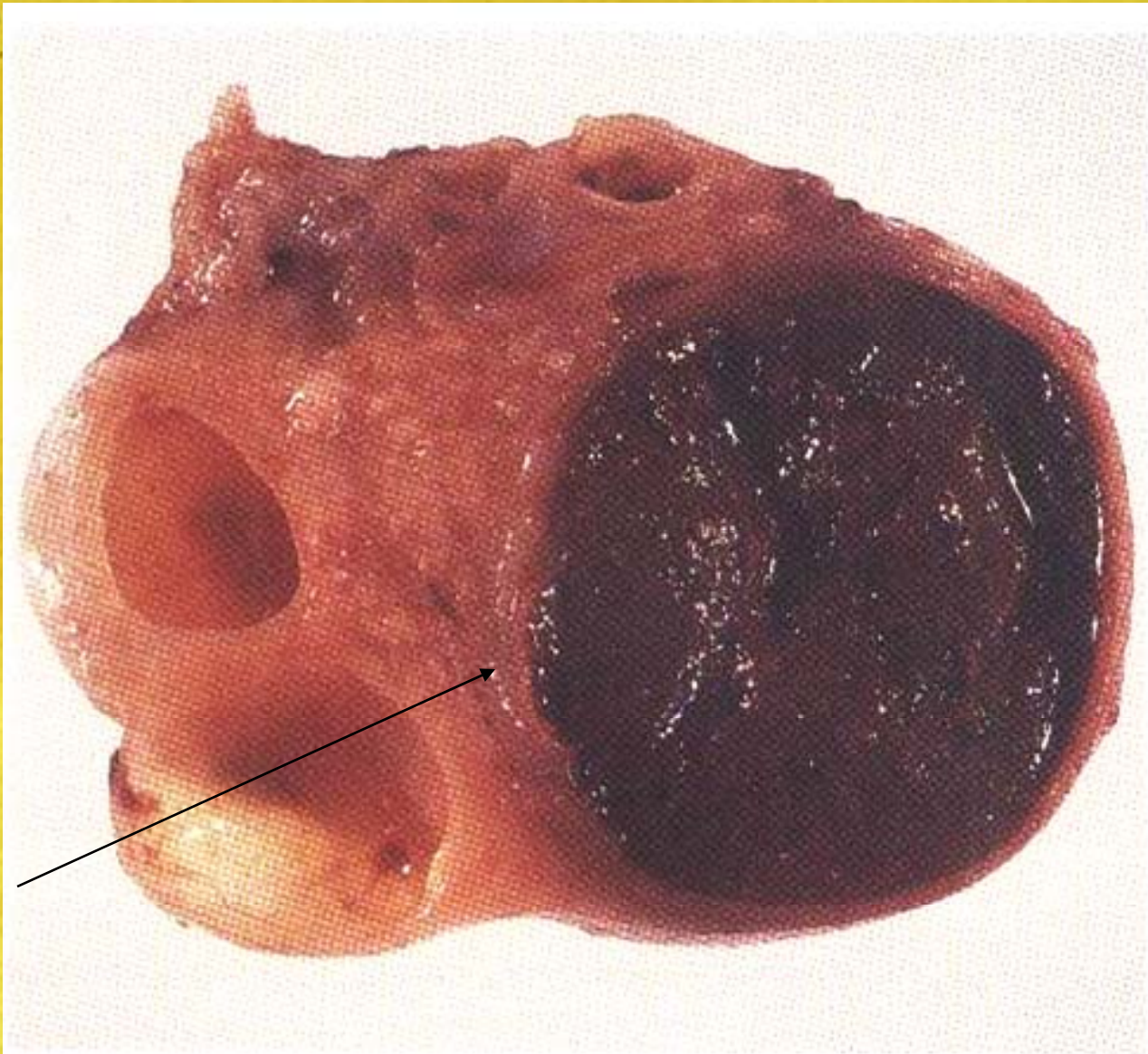


Cliché JP ALL

Thế nào là u LNMT C??



Paroi  
fibreuse



**Figure 12** A chocolate cyst in an ovary containing other smaller fibrous-lined cyst cavities

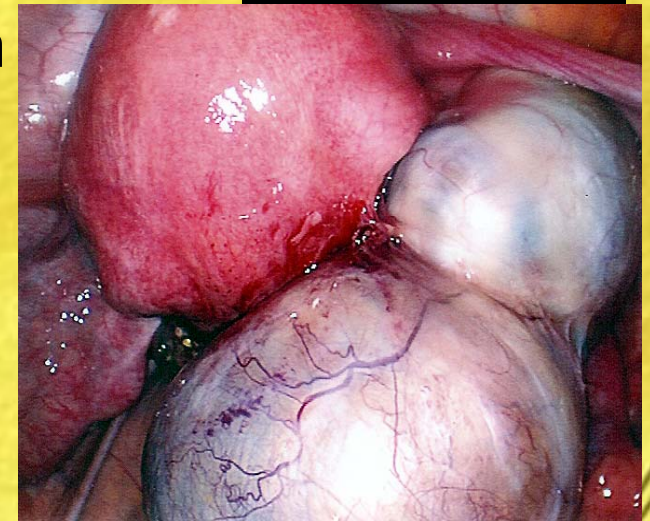
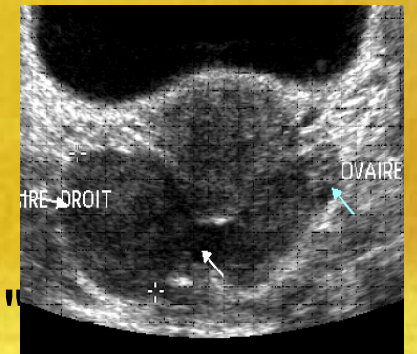
## 2 Điều kiện chẩn đoán

- Chẩn đoán u LNMTC ở buồng trứng bao gồm 4 điều kiện sau:
  - ⊙ - thống kinh, đau vùng chậu mãn hoặc giao hợp đau.
  - ⊙ - vô sinh
  - ⊙ - Khám phụ khoa tổng quát
  - ⊙ - và ngày càng nhiều được phát hiện bởi siêu âm vùng chậu
- 15 đến 30% phụ nữ có LNMTC có biểu hiện đau vùng chậu
- và 20 đến 50 % trường hợp vô sinh



# Khám lâm sàng

- **Những u này không di động**
- **Chúng cố định**
  - ⊙ Vào mặt sau của tử cung,
  - ⊙ Vào phúc mạc chậu
  - ⊙ Hoặc ở giữa chúng: les "kissing ovaries "
  - ⊙ Chúng có thể có một hoặc 2 bên
  - ⊙ Thể tích lớn hoặc nhỏ.
- **Tìm những dấu hiệu của LNMTC ở sâu phổi hợp..**



# Xét nghiệm CLS

- Chụp tử cung cản quang: U LNMTTC âm tính dưới hình một nang tròn bởi chất lỏng tương phản bên trong khoang phúc mạc
- Trừ khi các chất xung quanh nó có mật độ thấp hơn (do dính) Sipo **Hyser** EDM  
Hình tròn không đều, nằm cao không đối xứng trong khung chậu

René Musset



# Siêu âm

➤ Những hình ảnh của LNMTC biết đến nhiều trong các mô tả.

➤ Nang LNMTC thường không tròn và chất bên trong nó thường là những đốm li ti nhỏ

➤ Những nang cũ có thể phân biệt

với những nang mới hơn nó nhưng quan trọng là ***nang hoàng thể xuất huyết*** ở người phụ nữ có LNMTC thường khó phân biệt với u lạc nội mạc.

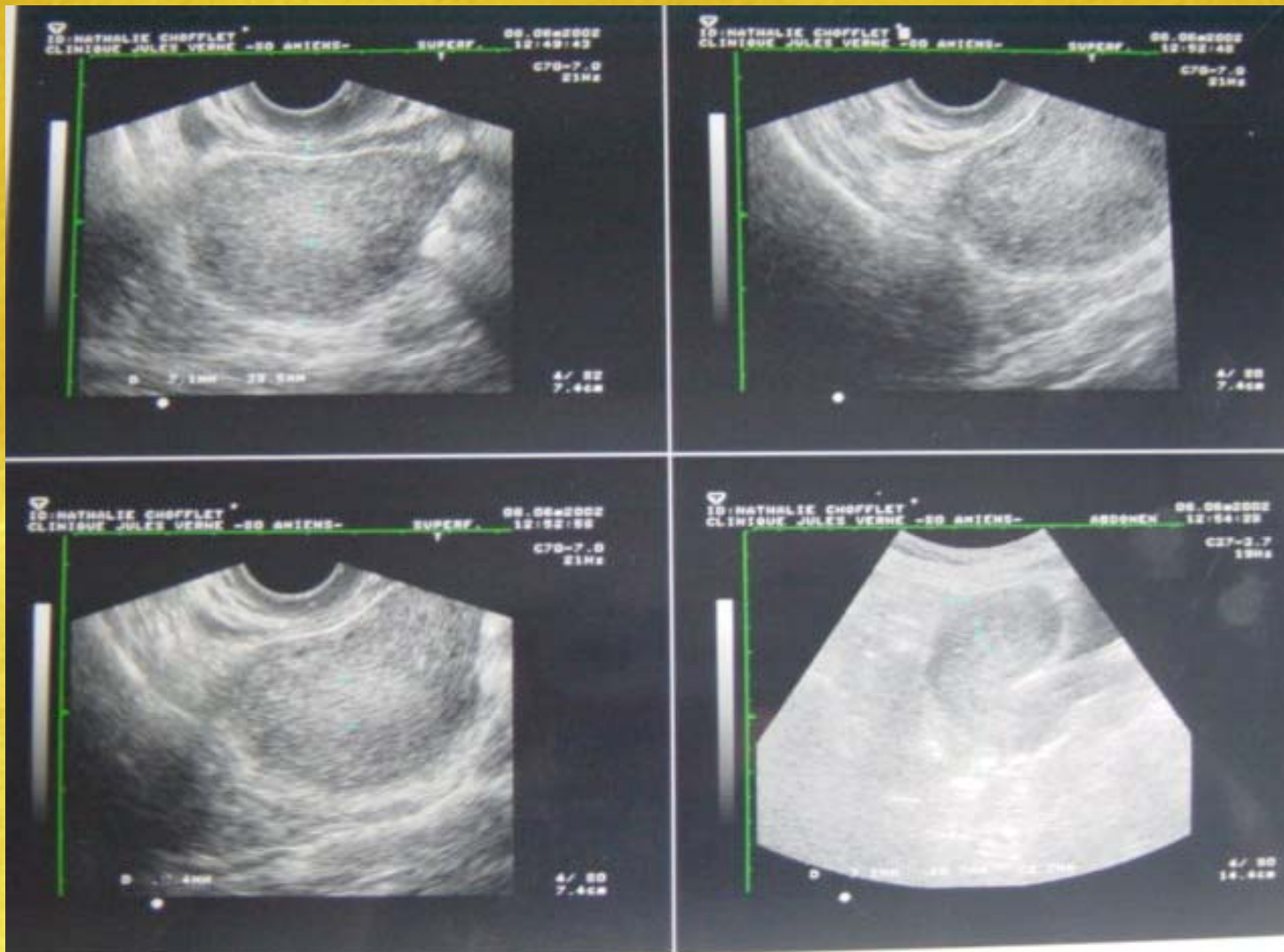




Do đó can thiệp là không cần thiết.



Or avec les échographes de cabinet les endométrionnes de l'ovaire n'échappent



Điều đó chỉ dẫn đến sự gia tăng những can thiệp không cần thiết

GEE J BELAISCH jp ALLART

## *U lạc nội mạc và MRI*

- Chất chứa bên trong u thường là kết quả của xuất huyết lặp đi lặp lại và do đó rất giàu sắt, chất có thể thấy được trên MRI
- MRI có hai lợi ích là vừa nhận biết được u lạc nội mạc, vừa chỉ được những tổn thương phối hợp
- Nhưng để mô tả những hình ảnh này, cần phải có những hiểu biết sâu hơn về bệnh, mà các nhà hình ảnh học thường không có!



## *Một câu hỏi cần thiết :*

- u LNMTC bùồng trứng thường đơn độc hay phối hợp với các tổn thương khác?
- Các thống kê có sự khác nhau đáng kể
- Tác giả Leroy et Creteur (GEE **năm đầu tiên**) cho thấy chỉ có 8 trong số 226 trường hợp là tổn thương đơn độc
- Trong khi đó theo các tác giả Italy: các tổn thương đơn độc thường gặp
- Ch Chapron **nhấn mạnh** sự cần thiết của bilan toàn diện vì hiện diện của một u lạc nội mạc trên phụ nữ bị LNMTC nặng thường biểu hiện một dạng nặng

# *Trong bilan này, nội soi ổ bụng đóng vai trò lớn*

- Nhưng *trước khi tiến hành*, cần phải cân đo giữa lợi và hại.
- Nghĩa là chúng phải tự hỏi nó có thật sự hữu ích trong trường hợp của bệnh nhân này.
- Trong tất cả các trường hợp, **không nên thực hiện nội soi trước khi có một bilan đầy đủ**, đặc biệt trong trường hợp vô sinh, bởi vì thỉnh thoảng việc dùng thuốc hỗ trợ sinh sản là bắt buộc (ví dụ như khi có tình trạng vô tinh phối hợp).



# *Các chất chỉ thị sinh học*

- Nồng độ **CA 125** không đặc hiệu,
- Nhưng CA 125 có giá trị lớn vì nó khẳng định chẩn đoán.
- CA 125 cũng cho thấy khi có sự tăng cao chứng tỏ có lan rộng tổn thương của LNMTC.
- Nó cũng tăng cao khi có sự hiện diện của một u tuyến phối hợp ( adénomyose )

# U LNMTC có phải luôn luôn gây đau? : không

Bệnh nhân có u LNMTC hai bên ( đường kính trung bình 10cm) và được phát hiện khi khám tổng quát, CA125 là 57UI

Trước khi can thiệp, **không có một rối loạn nào**

Sau phẫu thuật trong vòng 3 tháng bệnh nhân không cảm thấy tình trạng sức khỏe khá hơn !

➤ Nhưng can thiệp là cần thiết khi có sự gia tăng nồng độ CA 125 là **311 UI** và sự ung thư hóa là không tồn tại!



## II Có phải u LNMTC là nguồn gốc của vô sinh ?

### ➤ Không

- Ví dụ: bệnh nhân với buồng trứng bên trái đã bị cắt do u LNMTC
- Và đang mang u LNMTC ở buồng trứng phải với kích thước 6cm!
- Không ngừng thai
- Và điều xảy ra là thai kỳ không mong đợi!

## III Ung thư hóa

*lý do chính được đưa ra giải thích cho việc cắt bỏ tất cả các u LNMTC.*

- Một vài trường hợp ung thư phát triển trên nền u LNMTC ( VD: Một phụ nữ 27 tuổi, CA 125 rất cao (734.6 U/mL).
- Thường thấy : tuổi trung bình **46** (AMP interdite).
- Vigano 2007 : chỉ có lợi ích làm tiêu đi các mô lạc chỗ hơn là làm thiếu dưỡng mô NMTC
- **Ở những u LNMTC không có triệu chứng, chúng ta phải theo dõi chúng**



# Tiếp cận điều trị

## *Vấn đề khó khi điều trị :*

- Triệu chứng và mong muốn của người bệnh
- Mức độ viêm khác nhau (DK Tran )
- Dạng giải phẫu học và tổn thương phối hợp (bao gồm adénomiose,

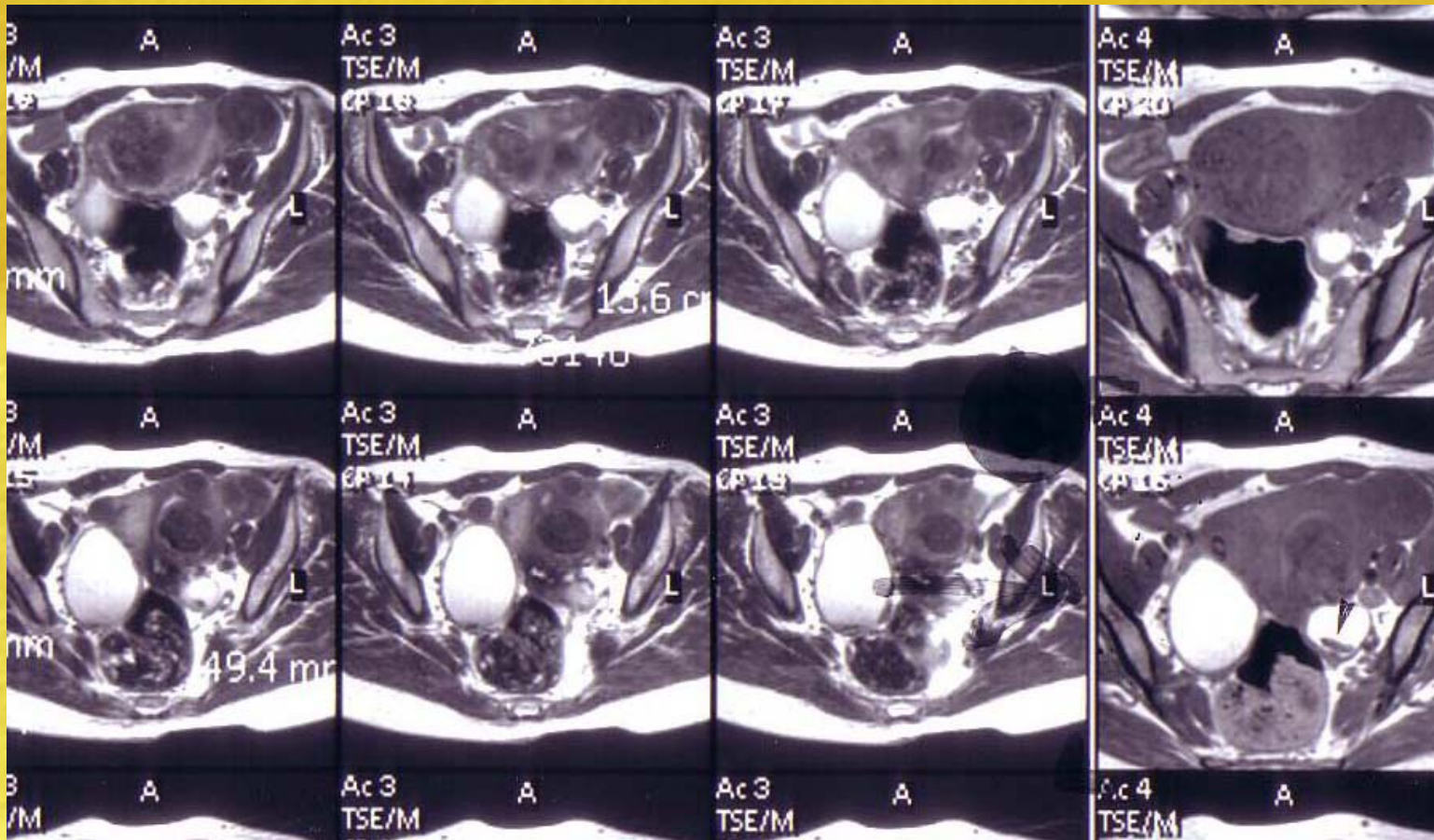
**Cần thiết phải suy nghĩ cụ thể trên từng trường hợp!**

# I U lạc nội mạc và đau

- **Chỉ định điều trị phụ thuộc vào :**
- - cường độ những cơn đau
- - tuổi của người phụ nữ
- - số lượng con mong muốn
- - kích thước của nang
- - mức độ nặng của các tổn thương phối hợp
- *Hai chú ý quan trọng:*
- - bệnh LNMTC thường gây ra dính phúc mạc,
- - tất cả những can thiệp (kể cả nội soi ổ bụng) cũng làm tăng nguy cơ dính : tắc ruột



# MRI (với lợi ích cho biết tình trạng của các khoang thận)



# Phương pháp : phẫu thuật

*Cắt buồng trứng* : thực hiện trên người phụ nữ > 35 tuổi, đủ con và không có tổn thương phối hợp

Đây là điều trị dứt khoát. Đối với phụ nữ trẻ?

➤ *Cắt nang*: nội soi ổ bụng

« tiêu chuẩn vàng» rửa ổ bụng; mở nang và hút dịch; bóc tách thành nang; khâu vi phẫu thuật trên vỏ buồng trứng.

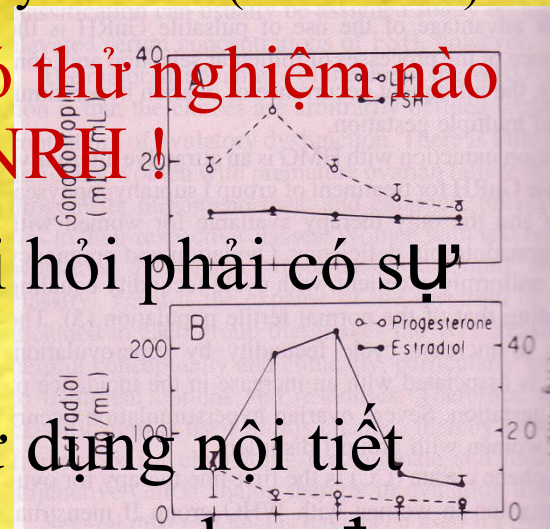
Hoặc *dẫn lưu, GnRH đồng vận, đốt laser*

Hiệu quả giảm đau : 50 đến 70% số phụ nữ tuy nhiên tái phát khoảng 25 và 50% các trường hợp sau từ 1 đến 8 năm dựa vào chất lượng cuộc phẫu thuật.



# Phương pháp : Điều trị nội tiết

- Không hiệu quả trên phần lớn các trường hợp đã được công bố. Nhưng có những nghiên cứu khá hiếm cho thấy:
- Ex: sau dẫn lưu và dùng GnRh : kích thước khối u đã giảm phân nửa và giảm chỉ số gián phân từ 0.19 đến 0.05
  - - Khi thực hiện placebo thì không có bất kì sự thay đổi nào (DONNEZ)
- 814 trường hợp can thiệp : **Không có thử nghiệm nào sau khi chỉ điều trị đơn thuần với GnRH!**
- Nhưng điều trị nội tiết rất khó và đòi hỏi phải có sự tinh thông về nội tiết học
- Chú ý đến tác dụng bùng phát khi sử dụng nội tiết
- Với sự lựa chọn Progestatifs thì hiện nay chưa được biết rõ



# Phương pháp : Điều trị phối hợp progestatifs & Oestro

- 3 nhóm :
  - a) không sử dụng,
  - b) uống theo chu kì
  - c) uống liên tục
- Kích thước trung bình của khối u lạc sau tái phát là:

-a người không sử dụng	$2.73 \pm 0.56 \text{ cm}$
-b uống theo chu kì	$2.17 \pm 0.45 \text{ cm}$
-c uống liên tục	$1.71 \pm 0.19 \text{ cm.}$

Vai trò của việc ổn định nội tiết

« có thể tiêu hủy tạm thời khối u lạc và giảm triệu chứng viêm".



# Sử dụng progestatifs liên tục

- Việc sử dụng progestatifs đơn thuần có vẻ hiệu quả hơn vì làm giảm tiết estrogen khá rõ :
- - MPA 104 mg cấy dưới da,
- - dienogest 1mg/ngày uống,
- -norpregnanes và chlormadinone

Hiệu quả ức chế tương đương chất đồng vận LHRH và hiệu quả tương tự trên tác dụng giảm đau

⊙ Nhưng có thể có tăng cân hoặc chảy máu đi kèm. Khi đó có thể nghĩ đến chế độ ăn và việc phối hợp điều trị (danazol đặt âm đạo)

- Levonorgestrel tác dụng hệ thống bên trong tử cung

Antécédents : ablation de l'annexe gauche et une kystectomie pour endométriose droit.

Điều trị : Décapeptyl 3 tháng sau đó dùng Lutényl, danazol 20mg & Estrogène tiêm : chu kì 45 ngày

Hình ảnh siêu âm trên u lạc nội mạc

NGÀY	Kích thước hình thể của nang
➤ 17 THÁNG 11 <b>1997</b>	<b>80X60</b> mm
➤ 9 THÁNG 12 1997	70X50 mm
➤ 5 THÁNG 1 1998	71X53 mm
➤ 27 THÁNG 2 1998	63X52 mm
➤ 7 THÁNG 5 1998	60X50 mm
➤ Cần biết rằng khối nang này có thể bị « rạn nứt », người bệnh cần phải chịu đựng phẫu thuật cắt nang mới. Mặc dù vậy, điều trị vẫn phải tiếp tục	
➤ 23 THÁNG 7 1998	57X49 mm
➤ 15 THÁNG 10 1998	57X40 mm
➤ Đau nhiều vào ngày 19 và 20 tháng 11. Chảy máu từ 19 tháng 11 đến giữa tháng 12.	
➤ 1 THÁNG 12 1998	52X34 mm
➤ 16 THÁNG 7 1999	45X24 même.
➤ 10 THÁNG 1 <b>2001</b>	<b>u lạc nội mạc hoàn toàn biến mất</b>



# Về lâu dài

Sự biến mất hoàn toàn của khối u lạc là có thể nhưng phải trong nhiều năm.

Nếu đau vẫn tồn tại: phẫu thuật **trừ khi bệnh tái phát**, (trước đây can thiệp phẫu thuật có thể đến 8 lần!).

- Lợi thế khi đưa vào 1 cách hệ thống điều trị ức chế chức năng buồng trứng sau phẫu thuật (Roman (18) ).
- Nhưng progestatifs rất hữu ích đặc biệt đối với những trường hợp kéo dài

## II LNMTC và vô sinh.

### Cạnh tranh giữa phẫu thuật và thuốc hỗ trợ sinh sản trên hiệu quả tức thời

- **Phẫu thuật** : điều trị khỏi vô sinh trong 50% trường hợp. Mặc dù vậy *trên tổng số tổn thương lạc nội mạc chỉ có 30 đến 35%* có thai (Pouly, Guzick)
- **Bắt buộc** : nhà phẫu thuật cần phải cảnh báo cho bệnh nhân rằng trong trường hợp thất bại trong 12 tháng đầu, họ cần phải liên lạc sớm với trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm
- **Nếu tái phát** (tỷ lệ khoảng 6 đến 30% ) cơ hội mang thai sau can thiệp lại vào khoảng (32%) so với phẫu thuật lần đầu (Fedele) hoặc thấp hơn (23% Vercellini) do đó điều này rất có ý nghĩa đối với mong muốn có thai của hai vợ chồng!



# LNMTTC và vô sinh.

- **Thuốc hỗ trợ sinh sản**
- *Trước mọi quyết định điều trị phẫu thuật hoặc sau khi đã có đầy đủ bilan về nguyên nhân của vô sinh, kỹ thuật hỗ trợ sinh sản cần phải được gợi ý cho hai vợ chồng trước khi có quyết định phẫu thuật hay hỗ trợ sinh sản ngay lập tức!*
- *vì vô sinh không nhất thiết bị gây ra do LNMTTC.*
- Cần nghĩ đến thụ tinh nhân tạo + kích thích buồng trứng (nếu ống dẫn trứng thông) sẽ cho kết quả hài lòng trong 4 chu kì
- *Những kết quả của thụ tinh trong ống nghiệm:*
  - Cho mỗi lần chọc hút, tỷ lệ mang thai khoảng 22.5% (vô sinh do ống dẫn trứng 20%)
  - Tỷ lệ tích lũy vào khoảng 60 % so với 54.8 (vô sinh do ống dẫn trứng )

# LNMTTC và vô sinh.

- Thuốc hỗ trợ sinh sản
- Nhưng trong những trường hợp đặc biệt
- Lấy đi các khối u lạc trước khi thụ tinh trong ống nghiệm có lợi hay không?
  - Nguy cơ nhiễm trùng khi kim đi xuyên qua khối u lạc
  - Nhưng nguy cơ **giảm số lượng nang trứng** nếu như phẫu thuật cắt bỏ khó.

*Tỷ lệ thụ tinh không bị ảnh hưởng bởi kích thước hoặc vị trí của khối LNMTTC buồng trứng (Fujishita G.O. Invest 2000)*

*Sự cắt bỏ khối u lạc không làm cải thiện kết quả*

*(Garcia Velasquez) (Ecole de Clermont Ferrand ).*

Nhưng can thiệp chỉ khuyến thực hiện khi khối u >4 cm (theo các tác giả người Mỹ).

- Vị trí chọc hút (: ethanol 95 % , tétracyclines 5%, Méthotrexate) **đôi khi được đề cập**



# Tâm lý và U LNMTC

- Một câu hỏi tinh tế và gây tranh cãi :
- Cảm giác đau đớn và có lẽ là nguồn gốc hình thành LNMTC :
- Trong tất cả các trường hợp :
- « Những ai chỉ nghĩ đến tiêu diệt tổn thương LNMTC mà quên đi những điều mà người bệnh phải trải qua thì thường ít thành công và tái phát nhiều. Chìa khóa của sự thành công trong điều trị là dựa vào 2 mặt về tâm lý và sinh lý »
- Rodolphe Maheux

# KẾT LUẬN

- Đa dạng về u lạc nội mạc và tổn thương phối hợp
- Những hiểu biết về tương lai vẫn chưa đầy đủ khi phẫu thuật triệt để hay không điều trị.  
= **lựa chọn điều trị là rất khó.**
- Có thể thống nhất về :
  - ⊙ Tránh các can thiệp lặp lại
  - ⊙ Lợi ích (hệ thống và lâu dài) của uống viên phối hợp hay progestatifs đơn thuần sau can thiệp khi người bệnh không mong con



# Nếu vô sinh

- Thảo luận có hệ thống về biện pháp hỗ trợ sinh sản song song với việc can thiệp điều trị và **trước** phẫu thuật
- Việc điều trị hỗ trợ sinh sản không được để quá muộn
- Vì thế cần phải yêu cầu các bác sĩ phẫu thuật cảnh báo cho bệnh nhân sớm quay trở lại để áp dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản khi không có thai trong 12 tháng sau phẫu thuật ( đặc biệt 18 tháng)

# KẾT LUẬN II

- Không quên nghiên cứu các yếu tố tâm lý và cách giải quyết chúng
- Thảo luận đa ngành
  - ⊙ *Cách chọn lựa tốt nhất là điều trị tốt nhất cho người bệnh*




# Tương tự ở Atlantique:

- *Một vài tổn thương rõ ràng không thể điều trị nội khoa: tổn thương u (nang LNMTC), dính...*

*(à propos du traitement percoelioscopique des endométrïomes)*

*Audebert*

*Alain*



*Điều trị nội khoa trên U LNMTC  
ở buồng trứng*

Jean BELAISCH

và

Jean Paul ALLART

12 tháng 4 2010



# Có sự **thống nhất** ở các nhà phẫu thuật người Mỹ

- *Trong tất cả các sách về điều trị LNMTC, điều trị duy nhất của LNMTC ở buồng trứng là phẫu thuật :*  
« *The consensus is that ovarian endometriosis, in particular, is best treated surgically.* »



*Stephen L Corson*

# Sự thống nhất này có được đặt ra trên các bác sĩ phụ khoa không phải là bác sĩ phẫu thuật?

- *Giới hạn của chẩn đoán thường không rõ ràng. VD: sự khác nhau giữa u lạc nội mạc buồng trứng và nang hoàng thể? (NEZHAT).*
- *Và đâu là bản chất thật sự của nang lạc nội mạc ở buồng trứng:*
- *“Thêm vào đó, người ta thấy rằng lớp vỏ u thường có màu trắng ngọc trai hay màu giống vỏ buồng trứng.*
- *Các lớp của u LNMTC là lớp giàu mạch máu và là lớp mỏng dính lỏng lẻo để bóc tách. ”. I. BROSENS*





Nếu định nghĩa này là chính xác, bản chất của « u » có được xác định?

# Tóm tắt

- : nếu loại trừ các chất chứa bên trong nó, U LNMTC thực chất là những **mảnh ghép** của những tổn thương lạc nội mạc, **nhưng nằm trong khoang buồng trứng giả chứ không phải trên phúc mạc**
- Khái niệm này dường như là nền tảng cho điều trị cơ bản được đề xuất bởi nhóm Jacques DONNEZ; Kỹ thuật được mô tả trong 2 bài rất quan trọng.
- Trong khi đó các nhà phẫu thuật Pháp thường ưu tiên cắt buồng trứng thường qua nội soi (percoelioscopique).



# Phân tích kết quả của điều trị nội

(Được công bố bởi Fertil Steril 1994 trên 80 trường hợp u LNMTC):

➤	<b>Nhóm 1 : sau dẫn lưu <u>đơn giản</u></b>	
➤	Hệ số cấy ghép	27,5 trước 27,5 sau
➤	Chỉ số dính không thay đổi	
➤	Trong u LNMTC : edse active	85 -> <b>83%</b>
➤	Chỉ số gián phân	<b>0.21 -&gt; 0.2</b>
➤	<b>Nhóm 2 : dẫn lưu + <u>GnRH đồng vận</u></b>	
➤	Hệ số cấy ghép	26,8 trước 18,8 sau
➤	Chỉ số dính không thay đổi	
➤	Trong u LNMTC : edse active	84 -> <b>46%</b>
➤	Chỉ số gián phân	<b>0.19 -&gt; 0.05</b>

# 814 U LNMTC > 3 cm

- *Hai bên : 79% .*
- *Đường kính trung bình : 4,73 cm*
- *Rạch, rửa, hút.*
- *Quan sát thành trong của nang (recherche de projections polypoïdes).*
- *Gn RH đồng vận : 12 tuần*
- *Nội soi ổ bụng lần 2: phá hủy bằng laser thành trong của nang.*
- *NISOLLE, CASANAS-ROUX et DONNEZ endométriosis today 1996*



# Kết luận của các tác giả quan sát thấy sự tồn tại của dịch Chocolat sau khi điều trị GnRH-a :



<<điều trị GnRH-a làm giảm « hoạt động » của các tổn thương lạc nội mạc trên buồng trứng cũng như trên phúc mạc do làm giảm hoạt động gián phân. Tuy vậy, việc sử dụng GnRH-a **không thể làm biến mất hoàn toàn** các tế bào nội mạc **vì các tế bào lạc chỗ thường tự trị nhiều hay ít.>>**

**Tuy nhiên hệ số giảm phân chuyển từ 0.19 xuống  
0.05 có ý nghĩa rất cao.**

- Trong khi những u LNMTC không điều trị không có bất cứ sự thay đổi nào!
- Chất lỏng chocolat được sản xuất khi có sự bùng phát có thể tránh được phần nào khi chích vào giai đoạn hoàng thể hoặc vào những ngày trước khi estrogen giảm nhiều.
- Nhóm đã thực hiện điều trị trên 814 trường hợp u LNMTC!



# Tại sao nghiên cứu ngẫu nhiên không được thực hiện?

- Progestatifs 6 tháng hoặc không điều trị gì
- Hiểu những trường hợp điều trị hiệu quả và hữu ích cho bệnh nhân... và bác sĩ
- Mặc dù vậy, phương pháp này không áp dụng cho những trường hợp bệnh không có khả năng sinh sản, đang đợi hiệu quả tức thì trên điều trị..

## ĐIỀU TRỊ NỘI VÀ U LNMTC

➤ Đồng ý kiến về điều trị nội không hiệu quả trên u LNMTC: 100% tái phát sau sử dụng Gn-RH, nhưng việc sử dụng « de façon peut-être non idéale » (VERCELLINI)

➤ Mặc dù vậy : 124 u LNMTC ở buồng trứng

➤ 26 cắt bỏ                      quan sát thứ 2 : 26 dính = **100 %**

➤ 24 bóc

➤ 30 phá hủy bằng laser

➤ 44 đặt dẫn lưu đơn giản

➤ Không có sự khác biệt nào giữa 4 nhóm trên kiểm soát bằng nội soi. Trong 3 nhóm cuối chỉ có **30%** dính. (FAYEZ)





## Thụ tinh nhân tạo trên phụ nữ đã phẫu thuật u LNMTC và đã tái phát

➤ Chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm trên :

- 21 bệnh nhân theo dõi trong vòng 12 tháng

- Kết quả: 28,5% trường hợp tái phát.  
Do đó 74,5% TH tránh bị can thiệp

©ABOULGHAR Hum Reprod 1991

6:1408

GEE J BELAISCH jp ALLART



# Thực nghiệm

- Một trường hợp quan sát nặng trong bài báo cáo của chúng tôi :
- Phụ nữ khoảng 30 tuổi
- Cắt buồng trứng phải (u LNMTC)
- Đau hố chậu và u kích thước 5 - 6 cm;
- Mang thai không mong đợi -> Phá thai



# Ca quan sát thứ 2

## Tiền sử : 4 lần nội soi

- 5 lần thụ tinh trong ống nghiệm - LNMTC đôi: chảy máu với vách ngăn. Nốt vách ngăn tử cung – âm đạo quan sát thấy bằng mỏ vịt
- 4 tháng sau đó-> thành lập dịch buồng trứng do u LNMTC
- Lần can thiệp thứ 5 dự kiến thực hiện trước khi tiến hành cấy lại 2 phôi đông lạnh
- Được đề nghị sử dụng danazol liều thấp (20mg) sau đó 200 mg đặt âm đạo x 6 tháng.
- « u LNMTC » biến mất.
- Lần nội soi thứ 5 : cắt tai vòi. 2 lần thụ tinh trong ống nghiệm + đặt lại 2 túi phôi đông lạnh. Thai kì đơn thai. Sinh ra 1 bé trai.
- Bromet t probb

# Ca quan sát thứ 3: 3 lần nội soi và 1 lần mổ hở

- Khám lâm sàng lần đầu bình thường (07/95)
- Lần nội soi thứ 4 -> dính, giải phóng máu đen khi giải phóng u buồng trứng. (09/95)
- Nang LNMTC 4 cm (01/97)
- 04/99 : đau nặng hơn. 3 nang với kích thước : 47,32, 25mm. à d 46mm. Quyết định phẫu thuật.
- Thông báo nhận con nuôi : Hủy cuộc phẫu thuật.



# Ca quan sát thứ 4 <sup>2/2</sup>:

- *Mô học* : buồng trứng phải : thể tích nang LNMTC lớn Nhu mô trứng là dải đơn giản, thể trắng, sidérophages,
- Buồng trứng trái: thể tích u LNMTC hơi thay đổi. *Nhu mô trứng: còn nhiều nang noãn ; hoàng thể + CJ hémorragique.*
- 1997 :4 kích thích buồng trứng+IU. 1 thụ tinh ống nghiệm : 60 amp.
- FSH 27 ui/ml
- Chu kì không phóng noãn. Vô sinh.
- Xác nhận ấn phẩm của WILLIAMS, LOH MURUYAMA: thụ tinh ống nghiệm không thành công sau khi cắt nang
- Bonfante

# Ca quan sát thứ 6 : 39

- Đau vùng chậu + rong huyết : UXTC + U LNMTC 5,5 cm
- **Chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm.** Ca 125 trong dịch hút: 125.000u/ml CA 19-9 150.000 Trong máu / Ca 125 58 u/ml CA 19-9 40 u/ml
- Theo dõi nhiều năm. Cắt tử cung âm đạo : 0 U LNMTC.
- Khẳng định bởi nghiên cứu của FAYEZ
- Obstet Gynecol 1991, 78:660
- D Gold



# Những câu hỏi về ung thư hóa

- Hiếm khi trước 40 tuổi
- Sự phản chiếu trong khoang thính thoảng có thể nhìn thấy bằng siêu âm
- Nồng độ CA 125
- Thảo luận Donnez-Chapron trên hình thể của đường viền khối u
- Không được đặt ra nếu u tái phát

# U lạc nội mạc & Thụ tinh trong ống nghiệm

- *Phẫu thuật trên buồng trứng của u LNMTC không làm thay đổi đáp ứng của buồng trứng đối với gonadotrophines*

Donnez J, Fertil Steril 2001 Oct;76(4):662-5

Canis M, Hum Reprod 2001 Dec;16(12):2583-6

- ***Nhưng không quan trọng khi biết rằng***

- *« U lạc nội mạc ở buồng trứng không làm ảnh hưởng xấu đến thành công có thai sau điều trị thụ tinh nhân tạo! »*

Isaacs JD: J Assist Reprod Genet 1997 Nov;14(10):551-3 (aspiration imprévue)

Tinkanen H, Kujansuu E. Acta Obstet Gynecol Scand 2000 Feb;79(2):119-22(récidivés)

- Phương pháp tốt nhất có thể :

- Sử dụng Gn RH đồng vận trong 3 tháng, và trong thời gian vô kinh, bắt đầu kích thích buồng trứng để tiến hành thụ tinh ống nghiệm



# Kết luận

- Có lẽ các u LNMTC thường được xem như « một yêu cầu phẫu thuật »
- Không loại trừ những trường hợp khá nhạy cảm, ít nhất trên điều trị nội. Chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm, alcoolisation...
- Không có chống chỉ định phẫu thuật trên thụ tinh trong ống nghiệm nhưng nó không làm thay đổi kết quả của thụ tinh trong ống nghiệm
- Các nhà phẫu thuật phụ khoa cần phải xem xét lại vị trí của chúng trong trường hợp tái phát?

# *I Ích lợi của những can thiệp này trên khả năng sinh sản*

- Câu trả lời của Nhật
- 237 bệnh nhân vô sinh và mang u LNMTTC ở buồng trứng
- Dù cho kích thước và vị trí đóng: tỷ lệ thụ thai vẫn không thay đổi bởi can thiệp
- **Seul comptait l'état tubaire même l'obturation du cds douglas était sans effet sur la survenue de grossesse**
- FUJISHITA Gynecol Obst Invest 2002; 53: 40-5



## II Mật buồng trứng :

- 1990 : 28 tuổi, thống kinh, khối u cạnh tử cung.
- Mổ hở : Cắt 1 phần u LNMTC ở buồng trứng phải
- 2 nội soi thám sát.
- 1994 2 lần mổ bụng để cắt 2 nang LNMTC.
  - ⊙ Buồng trứng phải : thể tích nang LNMTC lớn: thể trắng, sidérophages,
  - ⊙ Buồng trứng trái: thể tích nang LNMTC lớn. *Nhu mô trứng: nhiều noãn; hoàng thể + CJ hémorragique.*
- 1997 : 4 kích thích buồng trứng +IU. Sau đó 1 thụ tinh ống nghiệm : không đáp ứng sau 60 amp FSH tái tổ hợp.
- FSH 27 ui/ml
- Chu kỳ không phóng noãn. **Vô sinh**
- Trường hợp ca hiếm được mô tả
  - Bonfante



Si cette définition est juste, l'attribution du qualificatif « tumoral » n'est pas du tout ustifiée?