

# NHẬN ĐỊNH VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẪU THUẬT

---

Bs. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

## ĐẶT VẤN ĐỀ

---

Khối u phần phụ (adnexal mass):

1. bệnh lý nhiễm trùng ( abscess phần phụ, ứ dịch vòi trứng...)
2. di tích của thể Morgagni ( nang nước cạnh VT...)
3. u ác tính VT nguyên phát hay thứ phát
4. nang giả dính
5. Khối u buồng trứng
- ....

## ĐẶT VẤN ĐỀ

---

Khối u phần phụ: phổ biến trong thực hành LS hàng ngày

Nan giải trong chẩn đoán → bối rối điều trị

Ảnh hưởng: tiên lượng sống còn, tương lai sinh sản, chất lượng sống...

---

## ĐẶT VẤN ĐỀ

---

Hỗ trợ chẩn đoán nhờ

1. siêu âm (ultrasound)
2. chụp cắt lớp điện toán (CT scan)
3. cộng hưởng từ (MRI)
4. PET
5. dấu ấn sinh học bướu ( CA 125, MCSF, TAG 72, GAST...)
- ....

Ảnh hưởng tiêu cực:

1. BS thiếu tự tin
2. Không suy luận
3. Lạm dụng XN chẩn đoán

---

→ điều trị hoặc quá tay hoặc không đầy đủ

Bệnh sử, khám LS, chẩn đoán hình ảnh, dấu ấn sinh học bướu... → chẩn đoán

---

Tranh luận → mổ hay không mổ ?

Phẫu thuật: điều trị xâm lấn /xâm lấn tối thiểu → có lợi hoặc có hại

→ **Vấn đề**

1. Có phải tất cả u buồng trứng đều phải PT ?
  2. Loại hình PT nào phù hợp?
  3. Ai và ở đâu sẽ PT?
- 

## TỔNG QUAN TÓM LƯỢC VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

---

Tuổi hoạt động SD → tần suất K BT 0,4 – 8,9 /100.000, tăng dần 60/100.000 ở tuổi 60 – 80

K BT → tỉ lệ tử vong cao nhất / K phụ khoa, tuổi quanh MK và MK, và là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong / K phụ khoa tại Mỹ và Tây Âu

Hiệp hội K Canada:

- # 2300 ca mới mắc và 1600 ca tử vong do K BT( 2006
  - tỉ lệ sống > 5 năm / K BT (1995 – 1997) là 38%
  - tỉ lệ sống thay đổi không đáng kể sau nhiều thập niên dù có nhiều tiến bộ kể về KT mổ, hóa trị, điều trị nâng đỡ
- 

## TỔNG QUAN TÓM LƯỢC VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

---

Gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào với người phụ nữ:

- u TB mầm trước tuổi dậy thì
- u chức năng tuổi hoạt động SD (dậy thì - 45)
- u K tăng dần ( > tuổi 45 - sau mãn kinh)

U chức năng là nguyên nhân hàng thứ 4 cho các lý do nhập viện những năm cuối 80

4% PN 60 tuổi ở Anh / xứ Wales nhập viện vì u BT chức năng

---

## TỔNG QUAN TÓM LƯỢC VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

---

Đánh giá ban đầu:

**1. Bệnh sử, khám PK** phải làm đối với BS PK khi tiếp nhận lần đầu BN. U BT lớn phát hiện dễ, u BT nhỏ dễ bỏ sót, khó phân biệt UXTC

**2. SA:** SA ngã AĐ (TVS) tốt hơn ngã bụng (TAS), do tiếp cận sát BT → viện SK quốc gia Hoa Kỳ xem SA là PP thích hợp chẩn đoán u BT; gợi ý K gồm: tăng kích thước, có vách, có chồi, vùng echo dày, dịch tự do bụng...

---

## TỔNG QUAN TÓM LƯỢC VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

**3. CA 125:** tăng trước dậy thì - sau MK → dấu hiệu gợi ý K, không có giá trị chẩn đoán (+); và tăng cao trong các bệnh lý lành tính khác, chỉ điểm có tái phát, hoặc không đáp ứng hóa trị liệu đang sử dụng ...

**4. Tìm TB K trong dịch nang /hút qua SA** ghi nhận qua nhiều NC → độ nhạy thấp 20%, ( + ) giả 75%, ( - ) giả 12%, có thể gây phát tán các TB K

## TỔNG QUAN TÓM LƯỢC VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

### RMI đánh giá nguy cơ K BT

*(An example of a protocol for triaging women using the risk of malignancy index (RMI); data from validation of RMI by Prys Davies et al.1)*

Nguy cơ	RMI	Nữ (%)	Nguy cơ K (%)
Thấp	<25	40	<3
Tr bình	25 – 250	30	20
Cao	>250	30	75

## TỔNG QUAN TÓM LƯỢC VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

### 5. Chỉ số nguy cơ ác tính RMI (risk of malignancy index):

- hệ thống tính điểm có sự kết hợp các dấu hiệu SA, tình trạng mãn kinh, CA 125
- đánh giá nguy cơ K BT
- **RMI < 200** → nguy cơ thấp, **RMI > 200** → nguy cơ cao
- cần phối hợp với bác sĩ K phụ khoa

**U: Ultrasound findings (dấu hiệu trên siêu âm):** được tính điểm 1 cho mỗi yếu tố sau

- nang đa thùy (Multi-locular cyst)
- có những vùng đặc (Evidence of solid areas)
- có những vùng di căn (Evidence of metastases)
- có báng bụng (Presence of ascites)
- 2 bên buồng trứng có u (Bilateral Lesions)
  - U = 0 (ultrasound score of 0) → không có bất thường
  - U = 1 (ultrasound score of 1) → 1 bất thường
  - U = 3 (ultrasound score of 2 – 5) → > = 2 bất thường

**M: Menopausal status (tình trạng mãn kinh):** được tính điểm như sau

- Đã mãn kinh M = 3
- Tiền mãn kinh M = 1

**CA 125:** bình thường < 35 mUI/ ml



## TỔNG QUAN TÓM LƯỢC VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

Công thức:  **$RMI = U \times M \times CA\ 125$**

### Đánh giá nguy cơ chung:

1. **Nguy cơ cao** → điều trị tại trung tâm K
2. **Nguy cơ vừa** → điều trị tại đơn vị K / BS K
3. **Nguy cơ thấp** → điều trị tại trung tâm PK

**Ví dụ:** PN mãn kinh có u đa thùy, những vùng đặc, báng bụng, CA 125 = 100 mUI /ml, → RMI là:  
 $3 \times 4 \times 100 = 1200$  → nhóm nguy cơ cao (>250)  
 nên điều trị tại trung tâm K

#### LOW RISK: Less than 3% risk of cancer

- Management in a gynaecology unit.
- Simple cysts less than 5 cm in diameter with a serum CA125 level of less than 30 may be managed conservatively.
- Conservative management should entail repeat ultrasound scans and serum CA125 measurement every four months for one year.
- If the cyst does not fit the above criteria or if the woman requests surgery then laparoscopic oophorectomy is acceptable.

#### MODERATE RISK: approximately 20% risk of cancer

- Management in a cancer unit.
- Laparoscopic oophorectomy is acceptable in selected cases.
- If a malignancy is discovered then a full staging procedure should be undertaken in a cancer centre.

#### HIGH RISK: greater than 75% risk of cancer

- Management in a cancer centre.
- Full staging procedure as described above.

## TỔNG QUAN TÓM LƯỢC VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

MK có u BT → làm SA, CA 125, không nhất thiết luôn luôn phải chụp MRI, CT scan, PET (level IIa - B)

Lần mổ lần đầu tiên → cần đánh giá nguy cơ K = chỉ số RMI (level IIa - B)

SA không thể mô tả rõ tổn thương BT → MRI, CT scan, RS ... được chỉ định thêm

**Table 3**  
**Morphologic Ovarian Assessment by Transvaginal Sonography**

Measurement Obtained	Score				
	0	1	2	3	4
Ovarian volume (cm <sup>3</sup> )	<10	10-50	>50-200	>200-500	>500
Cyst wall structure (mm)	<3 mm thickness	≥3 mm thickness	Papillary projection <3mm	Papillary projection ≥3mm	Solid
Internal septal structure	No septa	Thin <3 mm	Thick 3 mm - 1 cm	Solid area ≥ 1 cm	Solid

Adapted with permission from DePriest et al.<sup>19</sup>

## Lựa chọn phương pháp điều trị khối u buồng trứng dựa vào một số yếu tố

- nang chức năng hay thực thể
- dấu hiệu gợi ý K không
- loại u gì
- tuổi BN
- ý định sanh con
- bệnh lý kèm theo
- hiểu biết của bệnh nhân
- khả năng của PTV
- phương tiện điều trị cơ sở y tế có

Ảnh hưởng tâm lý nặng / PN muốn sanh thêm; quá lo lắng về khả năng K → mổ hay không mổ?

RMI > 200 → HC với BS K phụ khoa

→ Điều trị:

- tùy hoàn cảnh cụ thể
- LS và XN chẩn đoán
- nguyện vọng BN

PTNS nên được thực hiện bởi PTV đã được huấn luyện và có kỹ năng (skilled hands)

PTNS được lựa chọn cho đa số u lành, không thuộc nhóm nguy cơ K cao

## Các phương pháp điều trị

- TD không can thiệp (self - care at home)
- điều trị nội khoa (ovarian cyst medical treatment)
- điều trị phẫu thuật (ovarian cyst surgery)
- chọc hút qua SA

### KHUYẾN CÁO CỦA HIỆP HỘI SẢN PHỤ KHOA VÀ UNG THƯ PHỤ KHOA CANADA ( Joint SGOC/GOC/SCC CLINICAL PRACTICE GOC/SCC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE)

1. Các BS tiếp nhận, BS PK khám lần đầu tiên nên lưu ý mọi khả năng gợi ý đến tổn thương K đối với BN mọi lứa tuổi có khối u phần phụ hay u BT  
**( II – 2B)**

2. Đánh giá PN tuổi quanh MK - sau MK có u phần phụ nên tìm: các dấu hiệu và tr chứng K, như: đau vùng chậu, đau bụng kéo dài, tiểu gấp, tiểu nhiều lần, bụng to ra, chán ăn, CA 125...  
**( II – 2B)**

3. SA ngã AD và ngã bụng được đề nghị là đánh giá đầu tiên về phức hợp u phần phụ/ BT  
**( II – 2B)**



**KHUYẾN CAO CỦA HIỆP HỘI SẢN PHỤ KHOA VÀ UNG THƯ PHỤ KHOA CANADA ( Joint SOGC/GOC/SCC CLINICAL PRACTICE GOC/SCC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE)**

4. SA cần được chuẩn hóa về:
- kích thước
  - một hay hai bên
  - độ dày của thành, vách
  - có chồi nhú và các phần đặc bên trong không
  - phân bố mạch máu
  - có dịch bọng bụng không
- KQ SA gợi ý K đối với các u vùng chậu (**III C**)
5. Các bệnh nhân có nguy cơ K cao nên được các BS K phụ khoa khám đánh giá và đề nghị điều trị PT nào tối ưu nhất (**II - 2 B**)

*(Joint SOGC/ GOC/ SCC clinical practice guideline, No 230, July 2009 – Replaced No 76, September 1998)*

**Khuyến cáo ứng dụng vào thực hành LS từ Oral contraceptives for functional ovarian cysts (Review) 6 Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration**

U phần phụ nghi ngờ là nang BT chức năng → theo dõi trong 2 – 3 CK kinh

Điều trị bằng viên tránh thai kết hợp không làm mất nang trở nên nhanh hơn

Những nang tồn tại kéo dài hoặc gây đau → CD điều trị phẫu thuật

**NHẬN ĐỊNH VỀ KHỐI U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẪU THUẬT**

BS lâm sàng có khuynh hướng chẩn đoán dựa vào SÂ, XN máu, xem nhẹ bệnh sử, khám LS

CD mổ quá sớm, quá rộng ở PN tuổi hoạt động SD, lần đầu tiên phát hiện u BT qua SA

→ PT quá tay không cần thiết (nang chức năng, nang hoàng thể, hoàng thể thai kỳ chưa kịp mất...)

**Khuyến cáo RCOG guideline 34**

U BT đơn giản, một bên, một thùy, < 5 cm, RMI thấp  
→ khuyến cáo điều trị bảo tồn khi CA 125 bình thường

**(level II A - B)**

Nguy cơ K < 5%: u < 5cm, một bên, một thùy, echo trống không có phần đặc bên trong, không có chồi nhú → > 50% tự biến mất trong vòng 3 tháng

→ **hợp lý:**

- điều trị bảo tồn không can thiệp gì
- TD bằng SA những u < 5 cm
- tùy thuộc hiểu biết của BN
- đánh giá triệu chứng, diễn tiến LS của BS PK

---

Lạc tuyến NMTC vào BT nhỏ (< 3 cm), không triệu chứng, hoặc trên BN có gia đình chưa đủ KL hiếm muộn, CD mổ ngay khi biết u → có thể xem là chưa hợp lý

Can thiệp PT sớm:

- phá vỡ cấu trúc giải phẫu bình thường
  - gây suy sớm tuyến BT
  - hiếm muộn do thầy thuốc gây ra
- 

## ESHRE guidelines (2008)

---

NS can thiệp/ LNMTC chỉ định khi u > 3cm:

- xác nhận mô học
- giảm nguy cơ nhiễm trùng khi chọc hút trứng
- cải thiện nang noãn và đáp ứng của BT

Nguy cơ giảm hoặc mất chức năng BT sau mổ cần báo trước cho BN → cần nhắc có nên mổ cho BN có tiền căn mổ u lạc tuyến NMTC (**grade GPP**)

Bóc u lạc tuyến ở BN có u 1 bên, từ 3 – 6 cm trước khi làm IVF/ ICSI → có thể làm giảm đáp ứng BT, không có sự cải thiện KQ chu kỳ làm IVF đó (Demirof và cộng sự 2006) ( **level 1b - grade A**)

Lạc tuyến NMTC BT được xếp nhóm bướu chức năng, tỉ lệ K 1,7% (Heaps)

→ Tranh cãi nên hay không mổ u lạc tuyến trước các CK IVF (Brosens 2004; Garcia-Velasco and Arici, 2004; Gibbons 2004; Sharpe-Timms and Young, 2004)

---

BN trẻ chưa đủ hay chưa có con, u tồn tại > 3 CKK liên tục, < 5 cm, không gợi ý nguy cơ K → PT làm tổn thương mô lành BT, do phải xẻ rộng

### Khuyến cáo RCOG guidelines 34 (2003):

- chỉ định PT khi không nằm trong những tiêu chuẩn của điều trị bảo tồn
  - PTV cần dựa trên RMI để cân nhắc nên PT hay chưa, tránh nguy cơ gây mất chức năng BT sớm do PT
- 

---

U BT tồn tại > 3 tháng, không thay đổi kích thước, không có nguy cơ K cao, biết trước khi mang thai, can thiệp PT có thể:

- gây chảy máu khó cầm
- đường rạch da lớn gây đau và ít thẩm mỹ
- nguy cơ cho thai (sinh non, sẩy thai to)
- nguy cơ cho mẹ (VPM hóa học do vỡ u bì) ...

PT giải quyết khối u vào thời điểm mang thai đối với u không có nguy cơ ác tính:

- không cần thiết
  - mục đích chính của PT không phải là để tránh sinh mổ
  - cần sự hiểu biết của BN
-



---

Nang BT xuất hiện trong các CK kích thích BT ( với clomiphene citrate, gonadotrophines, hay khi IVF ó sử dụng phác đồ down regulation bằng GnRH)

→ PT không cần thiết vì các nang sẽ tự thoái triển  
→ PT làm giảm hoặc mất chức năng nội tiết và ngoại tiết của BT

(Review the Obstetrician and Gynecologist 2004)

---

---

Việc mô tả đầy đủ sang thương trong vùng chậu, tăng trên ổ bụng không được ghi nhận, thực hiện các bước trong PT chưa đúng mức → khó khăn cho điều trị tiếp tục sau mổ, nếu là K BT

**Khuyến cáo RCOG guidelines 34:**

PTV nên mô tả rõ mọi việc đã làm trong mổ theo qui định mổ u buồng trứng nghi K:

- hút dịch ổ bụng tìm TB lạ
- mổ hở giải quyết tổn thương
- đánh giá giai đoạn
- sinh thiết PM, các chỗ dính nghi ngờ...

(level IIa – B)

---

---

Chọn lựa loại hình PTNS hay mổ hở kinh điển tùy thuộc:

- đánh giá trước mổ khối u
- nguy cơ K cao hay thấp
- kích thước khối u
- khả năng PTV
- điều kiện cơ sở có được

PTNS được xem là PT lựa chọn cho những khối u không thuộc nhóm nguy cơ K cao

---

---

Xu hướng yêu cầu điều trị bằng PTNS ngày càng nhiều

PTV chưa đánh giá đúng mức nguy cơ ác tính cao qua LS, XN CLS, thậm chí ngay đại thể nghi ngờ K nhiều, → vẫn tiến hành qua NS gần như thường qui cho một u BT lành

→ tiên lượng sống > 5 năm bị thay đổi đáng kể  
→ do đã làm thay đổi nặng giai đoạn bệnh (chọc hút vỡ u không che chắn, bóc u BT có vỡ ú...)

---



### Khuyến cáo RCOG 2008:

Điều trị phẫu thuật bắt đầu được đánh giá bao gồm: chọc hút nang, nội soi, mổ bụng hở

- **chọc hút nang:** không được tiến cử trong điều trị u buồng trứng ở người mãn kinh ( level II – B):
  - tìm tế bào lạ trong dịch nang thường ít có kết quả để phân biệt giữa nang lành hay ác
  - độ nhạy trong hầu hết các nghiên cứu là 25%
  - có nguy cơ vỡ u, và nếu là u ác thì sẽ làm thay đổi tiên lượng sống còn của bệnh nhân
- chọc hút nang không có vai trò trong việc điều trị u BT ở người mãn kinh

Một số PTV không tôn trọng nguyên tắc lấy bệnh phẩm, phải tránh tiếp xúc với thành bụng → ghép TB K tại vị trí lấy bệnh phẩm, trong trường hợp không tiên lượng là K

### Khuyến cáo RCOG 2008:

NS cắt bỏ BT hay bóc u BT, để nguyên vụn BT vào bao khi còn trong xoang PM, ngay cả khi RMI thấp (level IV – C)

### Nội soi :

- nên sử dụng RMI để đánh giá nguy cơ K, là yếu tố giúp lựa chọn cân nhắc khi chỉ định PTNS
  - cần PT bởi các PTV kinh nghiệm nhiều (level IV – C)
  - cần nhớ rằng lý do chính để điều trị PT là để loại trừ K BT
  - đại thể là hình ảnh của K BT → mổ hở cắt hoàn toàn TC + 2 pp, phân giai đoạn đầy đủ
  - PTNS nên được chỉ định cho u lành tính không muốn điều trị bảo tồn, có nguy cơ K thấp
  - PN có nguy cơ cao K được đánh giá = RMI cần được mở bụng hở và phân giai đoạn đầy đủ trong lần mổ đầu
- Khi phát hiện có K BT = PT hay qua mô học → nên chuyển trung tâm K điều trị sau đó ( level IV – C)
  - Khi có bằng chứng về K qua mô học → mổ lại càng sớm càng tốt ( level II a – B)

PTV trẻ, thiếu kinh nghiệm về NS:

- u thuộc nhóm không có nguy cơ ác tính (như u bì) nhưng > 10cm
  - vỡ trong xoang PM
  - kéo dài thời gian PT
  - bỏ sót lại mô bệnh
  - phải cắt luôn phần phụ
  - viêm PM hóa chất (1/1000)
- bệnh cảnh rất nặng nề

---

Bệnh lý lạc tuyến NMTC → PTNS là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán

Giải quyết các tổn thương LNMTC phải được thực hiện bởi các PTV phụ khoa nhiều kinh nghiệm về PT cho LNMTC (ESHRE 2008)

Một số PTV nội soi chưa đánh giá đúng mức độ nặng và các khó khăn:

- lấy bỏ đi nhiều mô BT lành chứa các noãn bào
- đốt cầm máu quá nhiều do viêm dính, sung huyết, do không vào đúng diện bóc tách
- hậu quả mất chức năng BT, tổn thương tạng lân cận

→ Nên PT bởi PTV chuyên về bệnh lý LNMTC kinh nghiệm

(Chaprons 2002, Canis 2006, Donnez 2000)

---

■ Một số cơ sở y tế có nhân lực và nhiều phương tiện điều trị tốt, thực hiện PTNS điều trị là trong tầm tay, nhưng quá thận trọng và dè dặt với các u lành tính

- → CD mổ hở vẫn còn rộng rãi
- mất đi cơ hội được hưởng mọi ưu điểm mà NS đem lại
- tăng nguy cơ dính, một số nguy cơ do mổ hở gây ra (tụ máu, nhiễm trùng thành bụng...)

■ Việc chuyển từ NS qua mổ hở → không là thất bại, mà là biết dừng lại đúng lúc, là lựa chọn an toàn

---

## KẾT LUẬN

- Khối u BT là bệnh lý phụ khoa phổ biến trong thực hành lâm sàng hàng ngày
- Xuất hiện ở mọi độ tuổi: trước dậy thì, hoạt động SD, quanh MK, MK, tỉ lệ K tăng dần theo tuổi
- Đánh giá ban đầu (bảng LS, SA, CA 125...), chỉ số nguy cơ RMI được khuyến cáo quan trọng quyết định cách mổ, ai mổ, mổ ở đâu

---

□ PT điều trị phần lớn, nhưng không phải tất cả các u BT đều cần PT, ngoài CD bắt buộc và rõ ràng, còn lại có thể cân nhắc để tránh những cuộc mổ không cần thiết

□ PTNS được xem là PT lựa chọn cho u BT không thuộc nhóm nguy cơ cao, PTV cần có kỹ năng tốt, tôn trọng GP sinh lý chức năng BT, vùng chậu, nguyên tắc PT

□ Cần HC liên CK: phụ khoa, ung thư phụ khoa, giải phẫu bệnh lý, xạ trị, hóa trị, gây mê hồi sức... → thiết lập tiến trình điều trị, v điều trị ở đâu tốt nhất cho bệnh nhân

---



---

Chân thành cảm ơn

---