



Thạc sĩ - Bác sĩ Hê Thanh Nhã Yến
Bệnh viện Mỹ Đức

Tiếp cận chẩn đoán và xử trí bệnh lý tuyến vú lành tính

Practice Bulletin No.164: diagnosis and management of benign breast disorders

*Obstet Gynecol 2016, Jun; 127(6):e141-e156.
doi: 10.1097/AOG.0000000000001482*

Một trong những lý do thường gặp nhất khiến một phụ nữ đến gặp bác sĩ sản phụ khoa là phát hiện triệu chứng khác thường ở vú. Bác sĩ sản phụ khoa thường có xu hướng chẩn đoán là bệnh lý lành tính. Mục tiêu của việc hiểu rõ đặc tính của bệnh lý tuyến vú lành tính là để: (1) hạn chế chẩn đoán nhầm, (2) phân biệt giữa bệnh lý tuyến vú lành tính và ác tính và (3) nhận diện những bệnh nhân có nguy cơ ung thư vú cao để có phương thức theo dõi và dự phòng hiệu quả. Bác sĩ sản phụ khoa có thể tiến hành các chẩn đoán hình ảnh khi có chỉ định và chuyển bệnh nhân đến đúng chuyên khoa để điều trị.

Mục tiêu của tài liệu thực hành này là liệt kê những triệu chứng thường gặp của bệnh lý tuyến vú lành tính ở phụ nữ không có thai hoặc cho con bú, cũng như bàn luận phương pháp đánh giá và xử trí phù hợp.

CÂU HỎI TIẾP CẬN XỬ TRÍ TRÊN LÂM SÀNG

- Đánh giá ban đầu đối với một phụ nữ có triệu chứng ở tuyến vú như thế nào?
- Cần làm thêm xét nghiệm gì?
- Đánh giá một khối u vú sờ thấy được?
- Xử trí một khối u vú dạng đặc?
- Xử trí một khối u vú dạng nang?
- Đánh giá đau vú?
- Xử trí đau vú?
- Đánh giá và xử trí tăng sản tuyến vú không điển hình?
- Đánh giá và xử trí ung thư vú biểu mô tiểu thùy

tại chỗ?

- Đánh giá và xử trí tuyến vú tiết dạng sữa?
- Đánh giá và xử trí tuyến vú tiết dịch không phải sữa?
- Đánh giá và xử trí bệnh lý tuyến vú dạng viêm?
- Đánh giá thay đổi da ở tuyến vú và lựa chọn điều trị?

CÁC KHUYẾN CÁO VÀ KẾT LUẬN DỰA TRÊN CHỨNG CỨ KHOA HỌC TỐT VÀ THỐNG NHẤT (MỨC ĐỘ A)

- Phụ nữ được chẩn đoán tăng sản tuyến vú không điển hình (atypical hyperplasia) có nguy cơ cao phát triển thành ung thư xâm lấn ở vú bị tổn thương và cả vú còn lại. Phương pháp điều trị giảm nguy cơ cần được khuyến cáo mạnh mẽ. Các phương pháp này bao gồm điều trị các thuốc: tamoxifen (cho phụ nữ trước và sau mãn kinh), raloxifene (cho phụ nữ sau mãn kinh) và ức chế men aromatase (cho phụ nữ sau mãn kinh).
- Danazol và tamoxifen hiệu quả cho những trường hợp đau vú nặng và dai dẳng, tuy nhiên, việc sử dụng còn hạn chế do nhiều tác dụng không mong muốn.
- Phụ nữ được chẩn đoán ung thư vú biểu mô tiểu thùy tại chỗ (LCIS – lobular carcinoma in situ) có nguy cơ cao phát triển thành ung thư xâm lấn ở vú bị tổn thương và cả vú còn lại. Phương pháp điều trị giảm nguy cơ cần được khuyến cáo mạnh mẽ. Các phương pháp bao gồm điều trị thuốc: tamoxifen (cho phụ nữ trước và sau mãn kinh), raloxifene (cho phụ nữ sau mãn kinh) và ức chế

aromatase (cho phụ nữ sau mãn kinh).

CÁC KHUYẾN CÁO VÀ KẾT LUẬN DỰA TRÊN CHỨNG CỨ KHOA HỌC HẠN CHẾ VÀ CHƯA THỐNG NHẤT (MỨC ĐỘ B)

- Phụ nữ với kết quả chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ di căn (BI-RADS 4-5) cần được sinh thiết mô.
- Nếu chẩn đoán hình ảnh học gợi ý nang đơn giản (không có vách bên trong hoặc thành nang dày và BI-RADS 2) kết hợp tiền sử và thăm khám cũng hướng đến tổn thương lành tính, khuyến cáo nên theo dõi định kì.
- Nếu chẩn đoán hình ảnh gợi ý nang phức tạp (ví dụ: nang không đơn giản hình tròn, có khối ngoại vi, cấu trúc phần âm kém, không có mạch máu, không thỏa tất cả tiêu chuẩn của một nang đơn giản và BI-RADS 3), khuyến cáo nên chọc hút nang hoặc có thể theo dõi bằng chẩn đoán hình ảnh trong thời gian 1-2 năm sau khi thảo luận chi tiết với bệnh nhân.
- Nang phức tạp hỗn hợp (nang không đơn giản với nhiều thành phần nang và đặc và BI-RADS 4-5) nên được sinh thiết.

CÁC KHUYẾN CÁO VÀ KẾT LUẬN DỰA TRÊN ĐỒNG THUẬN VÀ Ý KIẾN CHUYÊN GIA (MỨC ĐỘ C)

- Đánh giá ban đầu một phụ nữ có triệu chứng ở vú bao gồm: hỏi chi tiết quá trình phát sinh triệu chứng và nhận diện các yếu tố nguy cơ ung thư vú, thăm khám lâm sàng tuyến vú 2 bên.
- Có 3 phương pháp chẩn đoán mô học đối với các phát hiện bất thường trên chẩn đoán hình ảnh: (1) chọc hút kim nhỏ (FNA – fine needle aspiration), (2) sinh thiết kim có lõi (core needle biopsy) và (3) sinh thiết nguyên khối u (excisional biopsy). Sinh thiết kim có lõi là biện pháp được ưa chuộng hơn vì ít biến chứng và giảm thiểu tối đa thay đổi tuyến vú.
- Đánh giá khối u vú bắt đầu bằng hỏi tiền sử chi tiết, đánh giá nguy cơ ung thư vú, khám lâm sàng và chỉ định chẩn đoán hình ảnh tùy theo độ tuổi. Kết quả hình ảnh học dựa trên hệ thống phân loại BI-RADS sẽ định hướng xử trí, bao gồm cần nhắc

theo dõi bằng chẩn đoán hình ảnh hoặc sinh thiết.

- Quyết định phương pháp chẩn đoán hình ảnh học phù hợp dựa trên tuổi người phụ nữ. Đối với phụ nữ < 30 tuổi có khối u sờ thấy được, siêu âm là lựa chọn ban đầu. Đối với phụ nữ ≥ 30 tuổi có khối u sờ thấy được, chụp nhũ ảnh nên được lựa chọn và có thể kết hợp siêu âm.
- Nếu kết quả chẩn đoán hình ảnh ban đầu gợi ý nguy cơ thấp (BI-RADS 1-3) ở phụ nữ có khối u dạng đặc, nên sinh thiết nếu nghi ngờ ác tính trên thăm khám lâm sàng đối với phụ nữ ≥ 30 tuổi hoặc kết hợp phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác đối với phụ nữ < 30 tuổi. Theo dõi thường xuyên trong 1-2 năm (nghĩa là thăm khám tuyến vú mỗi 3-6 tháng, kết hợp chẩn đoán hình ảnh mỗi 6-12 tháng) là lựa chọn để đảm bảo sự không biến đổi của khối u vú ít nghi ngờ ác tính trên lâm sàng.
- Theo dõi thường xuyên, sinh thiết hoặc kết hợp cả hai nếu khối u sờ thấy được có giới hạn không rõ và kết quả chẩn đoán hình ảnh không phù hợp hoặc không ghi nhận bất thường.
- Chẩn đoán hình ảnh học nên được chỉ định đối với trường hợp đau vú khu trú không thể giải thích do các nguyên nhân khác (như đau xương khớp), đặc biệt nếu triệu chứng đau mới khởi phát.
- Đối với trường hợp đau vú chu kì và thăm khám lâm sàng bình thường, nên trấn an bệnh nhân.
- Tuyến vú tiết ít dịch trong có thể là sinh lí bình thường. Cần nghĩ đến nguyên nhân bệnh lí khi dịch tiết nhiều và kéo dài khi thăm khám, xuất hiện tự phát, ở một bên vú, từ một ống tiết đơn thuần, với tính chất trong giống huyết thanh hoặc máu.
- Cần đánh giá chi tiết hơn dựa trên độ tuổi đối với trường hợp tuyến vú tiết dịch tự phát, ở một bên, từ một ống tiết đơn thuần, với tính chất trong giống huyết thanh hoặc máu.
- Khi cần chẩn đoán phân biệt với ung thư vú dạng viêm, nên chụp nhũ ảnh kết hợp siêu âm, sinh thiết vùng da tổn thương khi nghi ngờ có di căn và không đáp ứng điều trị kháng sinh.
- Khi có triệu chứng ở da như: dày da, phù da, dấu hiệu da cam, đờ da tồn tại lâu, trầy xước núm vú và loét da; cần khảo sát chi tiết để loại trừ ung thư vú dạng viêm và các thể ung thư vú khác.