

KHỐI U PHẦN PHỤ: ĐÁNH GIÁ VÀ QUẢN LÝ TRONG THAI KỲ

BS. CKII Đỗ Thị Minh Nguyệt¹, BSNT. Bành Dương Yến Nhi²

¹Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ; ²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Tỷ lệ xuất hiện biến chứng trong thai kỳ của các khối u phần phụ thay đổi từ 0,05 đến 2,4%, trong đó khoảng 1 đến 6% là ác tính^[1]. Trước khi siêu âm sản khoa được ứng dụng rộng rãi, hầu hết các khối u phần phụ ở bệnh nhân mang thai vẫn không được phát hiện cho đến khi được chỉ định sinh mổ hoặc cho đến khi chúng xuất hiện triệu chứng, thường là trong giai đoạn hậu sản. Hiện nay, các khối u phần phụ không triệu chứng được phát hiện tình cờ trong nửa đầu của thai kỳ trong quá trình siêu âm trước sinh do các chỉ định sản khoa. Các khối u phần phụ chưa được chẩn đoán trước sinh có thể được xác định khi sinh mổ. Mặc dù phần lớn các khối u phần phụ trong thai kỳ là lành tính. Khối u phần phụ phổ biến nhất được chẩn đoán trong thai kỳ là u bì^[1]. Ung thư buồng trứng hoặc ống dẫn trứng trong thai kỳ rất hiếm gặp nhưng nguy cơ ung thư vẫn cần phải được xem xét. Việc loại trừ ung thư buồng trứng ở thai phụ phức tạp hơn và kém tin cậy hơn so với bệnh nhân không mang thai do mức CA – 125 cũng như nồng độ của các chất chỉ điểm khối u khác thường tăng cao sinh lý trong thai kỳ. Vì vậy, siêu âm vẫn là cơ sở chính trong chẩn đoán u phần phụ và thai, nhưng việc đánh giá phần phụ bằng siêu âm có thể trở nên khó khăn khi thai lớn làm buồng trứng bị đẩy lên cao,

ít ở gần đầu dò âm đạo hơn để khảo sát các đặc điểm ác tính của khối u.

PHÂN LOẠI U PHẦN PHỤ Ở PHỤ NỮ MANG THAI

U lành tính – hầu hết các khối u phần phụ được xác định ở bệnh nhân mang thai là u nang đơn giản lành tính có đường kính dưới 5 cm. Hầu hết trong số này là u nang buồng trứng cơ năng xuất hiện như một phần của chức năng sinh lý bình thường của buồng trứng. Khoảng 70% các khối u phần phụ được phát hiện trong tam cá nguyệt thứ nhất sẽ tự khỏi vào đầu tam cá nguyệt thứ hai, điều này phù hợp với diễn tiến tự nhiên của các u buồng trứng cơ năng. Phần lớn các khối u phần phụ tồn tại dai dẳng có đường kính từ 5 cm trở lên là u quái trưởng thành, còn lại là u nang thanh dịch, u nhầy hoặc ứ dịch tại vòi^[1].

Các khối u phần phụ lành tính với các đặc điểm phức tạp trên siêu âm bao gồm nang hoàng thể, u quái trưởng thành, ứ dịch tại vòi có vách ngăn, u nang theca lutein, u lạc nội mạc tử cung buồng trứng, u nang đa ngăn và thai ngoài tử cung. Hoàng thể tồn tại lâu hơn trong thai kỳ, do đó có khả năng đạt kích thước lớn hơn và có thể bị xuất huyết, vỡ hoặc xoắn. Sự hiện diện của triệu chứng

đau bụng trên thai phụ có u phần phụ gợi ý khả năng thai lạc chỗ, xoắn hoặc vỡ u buồng trứng, hoặc thoái hóa của u cơ trơn.

Khối u ác tính – ung thư biểu mô buồng trứng chiếm khoảng một nửa số khối u ác tính buồng trứng ở bệnh nhân mang thai, ung thư tế bào mầm buồng trứng chiếm khoảng một phần ba, còn lại là u mô đệm và một số loại u khác (ví dụ: sarcoma, khối u di căn). Các khối u dạng hỗn hợp (đặc – nang) trên siêu âm có nhiều khả năng ác tính. Trong khi đó, u nang buồng trứng dạng đặc đơn thuần hay nang đơn thuần nhiều khả năng là lành tính. Các dấu hiệu trên siêu âm gợi ý u buồng trứng ác tính gồm:

- Thành dày.
- Nốt trên thành u.
- Vách dày > 3 mm.
- Chồi nhú.
- Thành phần đặc: yếu tố dự báo quan trọng nhất của bệnh ác tính.
- Dịch báng: giá trị tiên đoán (+) 95% ác tính.

CHẨN ĐOÁN U PHẦN PHỤ VÀ THAI KỲ

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán khối u phần phụ trong thai kỳ chỉ có thể được xác định bằng cắt bỏ khối u để kiểm tra giải phẫu bệnh. Tuy nhiên, một số khối u phần phụ lành tính, bao gồm nang hoàng thể, u lạc nội mạc tử cung buồng trứng, và u quái trưởng thành (dermoid), có các đặc điểm siêu âm đặc trưng và chẩn đoán khá chắc chắn qua siêu âm mà không cần phẫu thuật thăm dò.

Điều quan trọng trong khảo sát mô học các khối u buồng trứng phải được thực hiện bởi nhà giải phẫu bệnh kinh nghiệm, có kỹ năng giải thích các phát hiện mô học trong bối cảnh thai kỳ đang diễn ra. Những tác động của thai kỳ lên hình dạng mô học của các khối u phần phụ có thể gây nhầm lẫn

trong quá trình chẩn đoán giải phẫu bệnh, dẫn đến sai lầm trong chẩn đoán. Trong một nghiên cứu loạt ca, 8 trong số 10 khối u buồng trứng được chẩn đoán là ung thư trong thai kỳ do có các đặc điểm lâm sàng và vi thể gợi ý nhiều đến ác tính; tuy nhiên, tất cả các đặc điểm mô học này lại thoái lui sau khi sinh^[2].

ĐÁNH GIÁ CHẨN ĐOÁN U PHẦN PHỤ VÀ THAI

Lựa chọn bệnh nhân để phẫu thuật

Sự đồng thuận chung về quản lý khối u phần phụ trong thai kỳ là phẫu thuật cắt bỏ khối u không có triệu chứng xuất hiện sau tam cá nguyệt thứ nhất và (1) có đường kính > 10 cm hoặc (2) siêu âm có các đặc điểm của u đặc hoặc chứa các vùng đặc và nang hay có chồi hoặc vách ngăn^[3]. Cơ sở lý luận của đồng thuận này là những khối u phần phụ trong thai kỳ chứa các đặc điểm này sẽ làm tăng nguy cơ ác tính và cần thiết phẫu thuật để loại trừ nguy cơ ung thư nếu có ở giai đoạn đầu. Ngoài ra, việc cắt bỏ các khối u phần phụ lớn (lành tính hoặc ác tính) làm giảm nguy cơ biến chứng như xoắn u, vỡ u hoặc chuyển dạ đình trệ. Mổ chương trình nên được thực hiện ở những trường hợp u phần phụ có chỉ định phẫu thuật, vì phẫu thuật cấp cứu khi đã xảy ra biến chứng xoắn hoặc vỡ u có thể tăng nguy cơ sinh non^[4].

Các khối u phần phụ không có các đặc điểm đáng lo ngại (ví dụ: tồn tại trong tam cá nguyệt thứ hai, kích thước lớn hoặc thành phần đặc) có khả năng là u nang chức năng, có thể theo dõi và thường tự khỏi trong thai kỳ. Theo dõi và trì hoãn phẫu thuật cũng thích hợp cho các u nang có các đặc điểm trên siêu âm được mô tả bởi một bác sĩ siêu âm có kinh nghiệm gợi ý rằng khối u là một u nang noãn, nang hoàng thể, u lạc nội mạc tử cung. Phẫu thuật điều trị u lạc nội mạc tử

cung phụ thuộc vào việc bệnh nhân có triệu chứng hay không. Còn đối với u quái trưởng thành, hầu hết là lành tính, nhưng phẫu thuật có thể được chỉ định sau sinh để ngăn ngừa xoắn. Đối với bất kỳ khối u buồng trứng nào, nếu kết quả siêu âm không thể phân biệt được giữa u cơ năng và ung thư buồng trứng, bệnh nhân nên được chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI). Đối với các tổn thương phần phụ nghi ngờ ác tính ở phụ nữ mang thai, MRI là cận lâm sàng được lựa chọn vì MRI đặc biệt hữu ích trong việc mô tả đặc điểm của ung thư buồng trứng với các khối u lành tính khác. Hơn nữa, MRI có độ phân giải tốt đối với bệnh lý mô mềm, không khiến mẹ và thai nhi tiếp xúc với bức xạ ion hóa. Tuy nhiên, nên tránh sử dụng thuốc tương phản từ gadolinium vì tính an toàn cho bào thai khi sử dụng gadolinium chưa được xác định. Chụp cắt lớp vi tính (CT) được tránh ở bệnh nhân mang thai nếu các phương pháp hình ảnh khác có thể cung cấp thông tin cần thiết. Liều bức xạ ion hóa thai nhi cho một lần CT qua khung chậu là 0,035 Gy. Mặc dù phơi nhiễm bức xạ ở thai nhi dưới 0,05 Gy không liên quan đến việc tăng nguy cơ phá thai, dị tật bẩm sinh, thai chậm tăng trưởng hoặc tử vong chu sinh, nhưng vẫn có những lo ngại về khả năng tăng nguy cơ phát triển ung thư ở trẻ em. Ngoài ra, việc sử dụng các chất tương phản có iod với CT có nguy cơ ức chế tạm thời tuyến giáp của thai nhi^[5]. Chụp X-quang ngực trước phẫu thuật thông thường là không cần thiết; tuy nhiên, nếu bệnh sử và khám thực thể gợi ý bệnh phổi, thì nên chụp X-quang ngực với che chắn vùng bụng/xương chậu.

Các chất chỉ điểm khối u trong bệnh ác tính buồng trứng – Mặc dù các chất chỉ điểm khối u trong huyết thanh thường được chỉ định trước khi lập kế hoạch phẫu thuật để kiểm soát khối vùng chậu ở bệnh nhân

không mang thai, tuy nhiên, các xét nghiệm này không được đề xuất trong thời kỳ mang thai. Một số chất chỉ điểm khối u được sử dụng để theo dõi ung thư biểu mô buồng trứng và không biểu mô ở bệnh nhân không mang thai rất khó giải thích trong thai kỳ vì các kháng nguyên oncofetal (ví dụ: alpha – fetoprotein[AFP], gonadotropin màng đệm ở người[hCG], kháng nguyên carcinoembryonic[CEA], kháng nguyên ung thư 125[CA 125]) tham gia vào các chức năng sinh học liên quan đến sự phát triển, biệt hóa và trưởng thành của bào thai. Nồng độ các chất này thường tăng trong thời kỳ mang thai và dao động theo tuổi thai, hoặc chúng có thể tăng bất thường do nguồn gốc bất thường nhau thai hoặc bất thường của thai nhi (ví dụ: tiền sản giật, hội chứng Down, dị tật hở ống thần kinh).

Thời điểm phẫu thuật – Thời điểm tối ưu cho phẫu thuật u phần phụ trong thời kỳ mang thai là sau tam cá nguyệt thứ nhất vì một số lý do:

- Hầu như tất cả các u nang chức năng sẽ tự khỏi vào thời điểm này.
- Quá trình hình thành các cơ quan của thai gần như đã hoàn tất, do đó giảm thiểu nguy cơ dị tật thai do thuốc.
- Chức năng nội tiết tố của hoàng thể đã được thay thế bởi nhau thai, do đó, việc giảm tiết progesterone do cắt bỏ buồng trứng hoặc cắt bỏ nang không làm tăng nguy cơ sảy thai.
- Sảy thai tự nhiên do những bất thường nội tại của thai nhi có thể đã xảy ra và sẽ không được quy cho các sai lầm trong phẫu thuật.

CA PHẪU THUẬT

Các vấn đề liên quan đến việc chuẩn bị cho bệnh nhân và quản lý gây mê ở bệnh nhân mang thai cần được xem xét riêng. Về phương pháp vô cảm, gây tê vùng được ưu tiên lựa chọn hơn gây mê toàn thân, vì gây

tê vùng giảm thiểu việc thai nhi tiếp xúc với thuốc, giảm nhu cầu quản lý đường thở và giảm đau sau phẫu thuật.

Về phương pháp phẫu thuật, nội soi ổ bụng là một phương pháp thay thế có thể chấp nhận được so với mổ mở để kiểm soát các khối u phần phụ lành tính trong thai kỳ. Trước đây, nội soi ổ bụng không được xem xét ở phụ nữ mang thai, do lo ngại rằng áp lực trong ổ bụng tăng cao có thể làm giảm tưới máu nhau thai, hấp thụ carbon dioxide có thể dẫn đến nhiễm toan bào thai hoặc thai nhi có thể bị tổn thương do đặt trocar. Tuy nhiên, các nghiên cứu về phẫu thuật tổng quát và phụ khoa đã chỉ ra rằng nội soi ổ bụng dẫn đến tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và nguy cơ sinh non thấp hơn so với mổ mở. Mặc dù nội soi ổ bụng có thể được thực hiện bất cứ lúc nào trong thai kỳ, nhưng tam cá nguyệt thứ hai được ưu tiên hơn, vì nguy cơ sẩy thai tự nhiên đã giảm đi trong tam cá nguyệt thứ hai và kích thước tử cung vẫn chưa ảnh hưởng đến việc phẫu thuật can thiệp vào vùng chậu. Trong một phân tích tổng hợp bốn nghiên cứu (trong đó có một là thử nghiệm ngẫu nhiên) với tổng số 240 bệnh nhân đánh giá mổ nội soi so với mổ mở để kiểm soát khối u phần phụ trong tam cá nguyệt thứ hai, nội soi ổ bụng có liên quan đến kết quả phẫu thuật tốt hơn nhưng thời gian phẫu thuật lâu hơn. Nếu nghi ngờ bệnh ác tính, bệnh nhân nên được chỉ định mổ mở. Nên tránh rạch Pfannenstiel vì đường mổ này sẽ không cho một phẫu trường đủ rộng để khảo sát các cơ quan khác trong nghi ngờ ung thư buồng trứng. Đường rạch dọc giữa lệch phải phù hợp để giảm thiểu các tác động ảnh hưởng lên tử cung đang mang thai trong khi thao tác phẫu thuật với khối u phần phụ^[6].

Nếu hình ảnh siêu âm trước phẫu thuật và các phát hiện đại thể trong phẫu thuật đều

phù hợp với chẩn đoán lành tính, thì việc thực hiện phẫu thuật bóc u được chỉ định, tránh phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng và vòi trứng. Nếu kích thước khối u lớn hơn 10 cm, có thể không khả thi về mặt kỹ thuật để thực hiện bóc u thì nên chỉ định cắt u buồng trứng. Nếu khối u dạng đặc, có các nốt sần trên bề mặt, có dịch báng, hoặc có các đặc điểm khác gợi ý bệnh ác tính, thì phẫu thuật cắt bỏ vòi trứng – buồng trứng cùng bên là phù hợp. Khối này nên được gửi đi sinh thiết lạnh và thông báo với bác sĩ giải phẫu bệnh về việc mang thai đồng thời với khối u. Buồng trứng đối bên nên được sinh thiết lạnh và cắt bỏ buồng trứng bên đối diện không nên được thực hiện thường quy, trừ khi cả hai bên buồng trứng được xác định giải phẫu bệnh qua sinh thiết lạnh là ung thư. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn phần phụ trong ung thư buồng trứng được ưu tiên hơn so với chọc hút và đánh giá tế bào học dịch nang, vì bệnh ác tính có thể bị bỏ qua sau đó. Nếu khối u là ác tính và được phát hiện tình cờ khi sinh mổ, bệnh nhân thường sẽ không có đường mổ thích hợp để phân giai đoạn phẫu thuật. Trong những trường hợp này, nếu sinh thiết lạnh cho thấy khối u ác tính, phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng và vòi trứng được thực hiện và sau khi sinh, bệnh nhân được giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa ung thư phụ khoa để được tư vấn, phân loại giai đoạn và có thể cắt bỏ tử cung trong vòng một đến hai tuần sau sinh.

Nếu một khối phần phụ nghi ngờ ác tính được phát hiện trước khi sinh, bệnh nhân nên được tư vấn trước. Bệnh nhân nên được mổ đường mổ dọc giữa và ekip mổ là bác sĩ sản kết hợp bác sĩ chuyên khoa ung thư phụ khoa. Sau khi phẫu thuật lấy thai, sổ nhau và kiểm soát chảy máu, khối u phần phụ được cắt bỏ và gửi đi sinh thiết lạnh. Nếu sinh thiết lạnh cho kết quả ung thư, có thể tiến

hành phân giai đoạn phẫu thuật đầy đủ và đưa ra phương pháp phẫu thuật thích hợp.

KẾT LUẬN

Quản lý các khối u phần phụ ở bệnh nhân mang thai cũng tương tự như ở bệnh nhân không mang thai. Các tổn thương với các đặc điểm siêu âm phù hợp với bệnh lành tính có thể được điều trị bảo tồn. Đối với những bệnh nhân có khối triệu chứng hoặc tổn thương nguy cơ ác tính, phẫu thuật là phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Webb KE, Sakhel K, Chauhan SP, Abuhamad AZ. Adnexal mass during pregnancy: a review. *Am J Perinatol* 2015;32:1010 – 1016.
2. Kumar S, Shah JP, Bryant CS, et al. The prevalence and prognostic impact of lymph node metastasis in malignant germ cell tumors of the ovary. *Gynecol Oncol* 2008; 110:125.
3. Testa AC, Mascilini F, Quagliozzi L, et al. Management of ovarian masses in pregnancy: patient selection for interventional treatment. *Int J Gynecol Cancer* 2021; 31:899.
4. Montes de Oca MK, Dotters – Katz SK, Kuller JA, Previs RA. Adnexal Masses in Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2021; 76:437
5. Amant F, Berveiller P, Boere IA, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting. *Ann Oncol* 2019; 30:1601.
6. Ball E, Waters N, Cooper N, et al. Evidence – Based Guideline on Laparoscopy in Pregnancy: Commissioned by the British Society for Gynaecological Endoscopy (BSGE) Endorsed by the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG). *Facts Views Vis Obgyn* 2019; 11:5.