

HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG XỬ TRÍ U XƠ CƠ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ cơ tử cung (leiomyoma - UXCTC), trước đây thường được gọi u xơ tử cung, là khối u lành tính không rõ nguyên nhân do sự phát triển quá mức của sợi cơ trơn và mô liên kết ở tử Cung. UXCTC thường không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ qua khám hay siêu âm.

Trong một số trường hợp u xơ gây biến chứng như cường kinh gây thiếu máu, đau vùng chậu, triệu chứng chèn ép... UXCTC có biến chứng gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người phụ nữ

II. DỊCH TỄ- YẾU TỐ NGUY CƠ

UXCTC là khối u lành tính của tử cung phổ biến nhất ở phụ nữ. Đa số các trường hợp UXCTC không có biểu hiện lâm sàng, ước tính chỉ có khoảng 25% UXCTC có biểu hiện lâm sàng ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và khoảng 25% trong số đó có triệu chứng nặng cần điều trị

Có nhiều yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỉ lệ phát sinh UXCTC bao gồm

- **Tuổi.** Tần suất xuất hiện UXCTC tăng theo tuổi. Phụ nữ trên 40 tuổi có nguy cơ bị UXCTC cao hơn 4 lần phụ nữ dưới 40 tuổi. Ngoài ra, khi tuổi của người phụ nữ gia tăng thì UXCTC cũng thường có kích thước lớn hơn, số lượng u xơ cũng nhiều hơn và tỉ lệ phải nhập viện vì UXCTC cũng cao hơn. Tuy nhiên, tỉ lệ mắc bệnh sẽ giảm ở nhóm phụ nữ tuổi mãn kinh.

- **Chủng tộc.** Tỉ lệ mới mắc UXCTC không khác biệt giữa người da trắng, châu Á và Mỹ Latin. Tuy nhiên, người da đen có nguy cơ phát triển UXCTC cao hơn 2 đến 3 lần.

- **Tiền sử gia đình.** Một nghiên cứu ở Thái Lan cho thấy, tiền sử gia đình bị UXCTC làm tăng nguy cơ cho người phụ nữ hơn 3 lần.

- **Các yếu tố di truyền.** Một số gene và các bất thường nhiễm sắc thể được tìm thấy có liên quan đến sự hình thành và phát triển của UXCTC.

- **Khoảng cách so với lần sinh con trước đây.** Một số nghiên cứu cho thấy khoảng cách từ 5 năm trở lên làm tăng nguy cơ phát triển UXCTC lên 2-3 lần.

- **Giai đoạn tiền mãn kinh** có nguy cơ bị UXCTC cao hơn đến 10 lần giai đoạn mãn kinh. Đồng thời, tỉ lệ UXCTC có triệu chứng cũng cao hơn 3 lần (Templeman và cs, 2009).

- **Rối loạn chuyển hóa:** Béo phì, kháng insulin, hội chứng buồng trứng đa nang, tăng lipid máu, tăng huyết áp... là những yếu tố gây ra hội chứng chuyển hóa và đều góp phần làm gia tăng nguy cơ phát triển UXCTC

- **Lối sống và chế độ ăn uống** cũng có thể liên quan đến nguy cơ gia tăng UXCTC, tuy nhiên rất khó nghiên cứu và đánh giá vì có nhiều yếu tố nhiễu. ít hoạt động thể chất và nhiều stress làm gia tăng nguy cơ bị UXCTC. Các loại thực phẩm chứa nhiều acid béo nguồn gốc động vật, sử dụng nhiều thịt bò, thịt đỏ, thiếu vitamin D, tiêu thụ nhiều thức uống có cồn, caffeine có nguy cơ làm gia tăng tỉ lệ UXCTC (Stewart và cs, 2017, Pavone và cs, 2018).

- **Các chất phụ gia** sử dụng trong chế biến và bảo quản thực phẩm làm tăng nguy cơ phát triển UXCTC

Bên cạnh đó, cũng có rất nhiều yếu tố được coi là yếu tố bảo vệ như mang thai và sinh con nhiều lần, hoạt động thể chất thường xuyên, ăn nhiều cá và rau xanh, trái cây, vitamin A có nguồn gốc động vật (Stewart và cs, 2017, Pavone và cs, 2018).

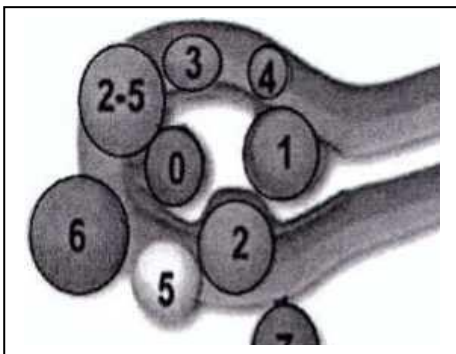
III. PHÂN LOẠI

3.1 Phân loại theo tính chất

Có 2 dạng: không triệu chứng và có triệu chứng. Hầu hết UXCTC thuộc dạng không triệu chứng, thường không cần điều trị. UXCTC có triệu chứng cần được điều trị và theo dõi

3.2 Phân loại theo vị trí

Hệ thống phân loại UXCTC của Hiệp hội Sản Phụ khoa Quốc tế FIGO năm 2018



0	Cổ cuống, trong buồng tử cung
1	> 50% trong buồng tử cung
2	< 50% trong buồng tử cung
4	Hoàn toàn nằm trong cơ tử cung
5	Dưới thanh mạc, > 50% trong cơ tử cung
6	Dưới thanh mạc, < 50% trong cơ tử cung
7	Dưới thanh mạc, có cuống
8	Vi trí khác (cổ tử cung, các cơ quan quanh tử cung)

Nếu u xơ nằm trọn trong cơ và lồi ra dưới niêm và dưới thanh mạc, có thể có 2 số chỉ vị trí khối u, 2-5, cách nhau bằng 1 gạch nối. Theo quy ước, số đầu chỉ khối u gần niêm mạc, số sau chỉ khối u gần thanh mạc.

Ví dụ: UXCTC Dưới niêm và dưới thanh mạc L2-5 (<50% nằm trong lòng tử cung và < 50% lồi ra dưới thanh mạc).

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Những triệu chứng của UXCTC gồm rong kinh, cường kinh, bụng to, cảm giác tràn nặng vùng hạ vị, đau, tiểu khó, táo bón

Trong số các triệu chứng bất thường do UXCTC gây ra thì xuất huyết tử cung bất thường là triệu chứng phổ biến nhất, chiếm 26 - 29%, các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ ít hơn.

Tử cung to, chắc, mật độ không đều, di động theo CTC

Ra kinh nhiều hoặc kéo dài là triệu chứng xuất huyết tử cung bất thường điển hình nhất trong UXCTC và là triệu chứng thường gặp nhất do UXCTC gây ra

Triệu chứng do chèn ép thay đổi nhiều, phụ thuộc vào kích thước, hình dạng và vị trí các khối UXCTC. Những triệu chứng này bao gồm cảm giác khó chịu hay đau vùng chậu, thận ứ nước nếu chèn ép niệu quản, bí tiểu hoặc đi tiểu khó nếu chèn ép bàng quang hay cổ bàng quang, táo bón nếu chèn ép trực tràng, chèn ép tĩnh mạch.

Cảm giác khó chịu, đau vùng chậu : Triệu chứng trầm nặng, đau vùng chậu âm ỉ thường gặp ở phụ nữ bị UXCTC to.

Thiếu máu: xuất hiện khi tình trạng xuất huyết tử cung nặng và/hoặc kéo dài, có thể gây ảnh hưởng sinh hiệu (mạch nhanh, huyết áp tuột) nhưng hiếm, thường gặp hơn là tình trạng da xanh, niêm nhạt.

V. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán UXCTC trên khám lâm sàng

- Tử cung to
- Ra kinh nhiều hoặc kéo dài
- Triệu chứng do chèn ép
- Cảm giác khó chịu, đau vùng chậu

Chẩn đoán dựa trên hình ảnh

- **Siêu âm ngã âm đạo**: là kỹ thuật hình ảnh đầu tay trong chẩn đoán UXCTC
- **Siêu âm ngã bụng**: giúp đánh giá tổng quát vùng chậu, đếm số lượng khối u, quan sát các khối u lớn. Ngoài ra, siêu âm ngã bụng còn có thể giúp đánh giá biến chứng chèn ép niệu quản, bàng quang, trực tràng
- **Siêu âm doppler**: đánh giá phân bố mạch máu trong UXCTC, chẩn đoán phân biệt dạng phân bố xuyên tổn thương trong bệnh tuyến-cơ tử cung (adenomyosis).
- **Siêu âm bơm nước buồng tử cung**: thường chỉ định trong chẩn đoán UXCTC dưới niêm mạc (L 0-2 theo phân loại của FIGO).
- **MRI** : Trong trường hợp UXCTC không điển hình, không thể chẩn đoán xác định hoặc cần chẩn đoán phân biệt với bệnh tuyến-cơ tử cung có thể sử dụng cộng hưởng từ

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Tử cung to do có thai.
- Polyp nội mạc tử cung (trường hợp UXCTC dưới niêm mạc).
- Khối u buồng trứng (trường hợp UXCTC dưới thanh mạc có cuống).
- Leiomyosarcoma

VI. BIẾN CHỨNG

6.1 Xuất huyết tử cung bất thường

Xuất huyết tử cung bất thường là biến chứng thường gặp nhất, do UXCTC nằm trong buồng tử cung hay nhô ra làm biến dạng buồng tử cung (LO, LI, L2).

6.2 Chèn ép

UXCTC có thể to lên và chèn ép các cơ quan lân cận trong vùng chậu. Chèn ép niệu quản gây thận ứ nước, chèn ép bàng quang gây rối loạn đi tiểu hoặc chèn ép trực tràng gây nên táo bón. Một số ít trường hợp khối UXCTC to chèn ép tĩnh mạch vùng chậu, dẫn đến sự ứ máu tại vùng chậu và dẫn đến thuyên tắc mạch.

6.3 Đau

Đau do UXCTC ít gặp và thường liên quan đến thoái hóa. Đa cũng có thể do UXCTC có cuống xoắn và có thể kết hợp với bệnh tuyến-cơ tử cung (adenomyosis) và/hoặc lạc nội mạc tử cung. Đau do UXCTC không đáp ứng với điều trị nội khoa cũng là một trong những chỉ định của điều trị ngoại khoa (Carranza và cs, 2015)

6.4 Thoái hóa

Thoái hóa là biến chứng cũng thường gặp của UXCTC. Thoái hóa được phân chia thành nhiều dạng khác nhau như thoái hóa kính, thoái hóa nang, hoại sinh vô khuẩn hoặc hóa vôi.

- Thoái hóa kính là loại thoái hóa thường gặp nhất, chiếm 60%.
- Thoái hóa nang gặp khoảng 4% và thường xảy ra sau khi có thoái hóa kính.
- Hoại sinh vô khuẩn thường gặp trong khi mang thai, khoảng 8% UXCTC trong thai kỳ, khoảng 3% cho các UXCTC nói chung
- Thoái hóa ác tính (sarcomatous degeneration) hiếm xảy ra, tỷ lệ khoảng 0,2% cho tất cả các loại UXCTC. cần đặc biệt chú ý đến các khối UXCTC phát triển nhanh hoặc những khối u mới xuất hiện khi đã mãn kinh. Triệu chứng của thoái hóa ác tính có thể là đau và xuất huyết tử cung bất thường (Yanai H và cs, 2010). Khi phẫu thuật bóc nhân xơ hoặc cắt tử cung, nếu khối u to, mặt cắt màu vàng hoặc nâu, mềm, có đốm xuất huyết hay hoại tử thì nghi ngờ thoái hóa ác tính. Chẩn đoán được xác định bằng giải phẫu bệnh lý

6.5 Hiếm muộn

Ảnh hưởng của UXCTC lên khả năng sinh sản luôn là vấn đề được quan tâm nhưng chưa được hiểu biết rõ ràng. UXCTC đơn thuần không phải là nguyên nhân tuyệt đối gây hiếm muộn, nhiều bệnh nhân có UXCTC vẫn có thai mà không cần can thiệp. UXCTC dưới niêm làm giảm khả năng có thai, tăng nguy cơ sảy thai.

6.6 Các biến chứng liên quan thai kỳ

Hầu hết các nghiên cứu siêu âm cho thấy UXCTC có thể to lên, nhỏ đi hoặc giữ kích thước như trước khi có thai

Một vài nghiên cứu hồi cứu cho thấy ảnh hưởng của UXCTC và kết cục thai kỳ. Phân tích gộp vào năm 2008 cho thấy có tăng nguy cơ ngôi bất thường, mổ lấy thai và sinh non (Klatsky và cs, 2008).

Khi có UXCTC (đặc biệt các khối UXCTC lớn) và thai kỳ nên được theo dõi chặt chẽ để có kết cục sản và nhi khoa tốt.

VII. TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ U XƠ CƠ TỬ CUNG CHƯA CÓ CHỈ ĐỊNH CAN THIỆP NỘI - NGOẠI KHOA

7.1. UXCTC ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản

- Theo dõi sự phát triển kích thước của khối u bằng các số đo của siêu âm mỗi 6 tháng - 1 năm tùy vị trí, kích thước của khối u.

- Theo dõi sự xuất hiện các triệu chứng liên quan đến các biến chứng: khai thác bệnh sử, thăm khám mỗi 6 tháng - 1 năm

7.2 UXCTC ở phụ nữ mãn kinh

- Vì UXCTC có khuynh hướng giảm kích thước một cách đáng kể, thậm chí biến mất ở phụ nữ mãn kinh, vì vậy ở đối tượng này thì thái độ thận trọng theo dõi là một chọn lựa tối ưu hơn là một biện pháp can thiệp. Chú ý khả năng hóa ác khi khối u to nhanh, hình ảnh hoại tử trong lòng khối u.

Đối với những phụ nữ mãn kinh có điều trị nội tiết thay thế, thì cần được cảnh báo rằng UXCTC có thể sẽ không giảm kích thước. Nếu có xuất huyết âm đạo, cần theo dõi sát để xác định khả năng ác tính, cần đo bề dày niêm mạc tử cung ở mỗi lần siêu âm và nạo sinh thiết tầng nếu nội mạc tử cung dày.

VIII. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA UXCTC

Hiện nay, các Hiệp hội Sản Phụ Khoa đều đồng thuận rằng việc điều trị UXCTC chỉ được đặt ra khi UXCTC có biến chứng gây nên những triệu chứng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khả năng sinh sản của phụ nữ.

Việc điều trị UXCTC nên được cá thể hóa dựa trên tuổi, triệu chứng, kích thước UXCTC, nhu cầu mang thai và các tác dụng phụ có thể có của từng phương pháp.

Điều trị nội khoa có thể được chỉ định cho các trường hợp:

- UXCTC gây rong kinh rong huyết nhưng chưa ảnh hưởng nghiêm trọng đến thể trạng của bệnh nhân như gây sút, thiếu máu nặng, chất lượng cuộc sống suy giảm trầm trọng.
- UXCTC không gây chèn ép lòng tử cung, vô sinh hoặc sảy thai liên tiếp.
- UXCTC không gây chèn ép nặng niệu quản, thận ứ nước, suy thận mãn sau thận do tắc nghẽn.
- Để giảm kích thước khối u và tử cung, cải thiện tình trạng thiếu máu của bệnh nhân trước khi mổ.

8.1. TRANEXAMIC ACID

- Đường uống: viên Transamin 250 mg hoặc 500 mg, lviên x 3 lần mỗi ngày đến khi ngưng xuất huyết. Liều tối đa: 750 mg - 2.000 mg/24 giờ.

- Đường tiêm (ống hàm lượng 250 mg hoặc 500 mg/5mL) : 250 - 500 mg/ngày tiêm bắp hay tĩnh mạch, dùng 1 - 2 lần/ngày trước khi mổ

- Xuất huyết trong hay sau phẫu thuật : 500 - 1.000 mg/lần tiêm tĩnh mạch hoặc 500 - 2.500 mg pha trong 500 mL dung dịch glucose 5% hay dung dịch có chất điện giải, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch 24 giờ.

8.2. THUỐC VIÊN TRÁNH THAI NỘI TIẾT KẾT HỢP

Có bằng chứng ủng hộ sử dụng TVTTNTKH để điều trị triệu chứng xuất huyết tử cung nặng liên quan tới UXCTC, sau khi đã điều trị đợt xuất huyết cấp

Chống chỉ định trên bệnh nhân có nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch, béo phì, tăng huyết áp và hút thuốc

8.3. CÁC LOẠI PROGESTINS

8.3.1. Progestins đường uống

- Lynestrenol (OrgamétilR) 5mg: liều 1 viên x 2 lần (uống) / ngày.
- Norethisterone (Primolut Nor) 5mg: liều 1 viên x 2 lần (uống) / ngày.
- Dydrogesterone (Duphaston) 10-30mg/ ngày.
- Nomegestrol acetate (LutenyIR) 5mg: liều 1 viên (uống) 1 lần/ngày.

Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:

- + Có thể điều trị từ ngày thứ 16 đến 25.
- + Hay từ ngày thứ 5 tới 25 của chu kỳ.
- + Hoặc liên tục, trong 3 - 6 tháng.

8.3.2. Dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel (LNG -IUS)

LNG-IUS được chỉ định điều trị triệu chứng cường kinh và có thể là biện pháp điều trị thay thế để tránh nguy cơ phẫu thuật trong trường hợp cường kinh là triệu chứng chính của bệnh nhân.

LNG-IUS không được khuyến cáo cho những bệnh nhân xuất huyết âm đạo bất thường chưa xác định nguyên nhân.

Bệnh nhân cần được điều trị ổn định qua đợt xuất huyết cấp, được nội soi buồng tử cung cắt các khối UXCTC LO, LI, L2, và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (nếu có) trước khi đặt vòng LNG-IUS.

8.3.3. Progestins dạng chích, cấy

Dùng để điều trị các triệu chứng nhẹ ở những người muốn kết hợp ngừa thai.

8.4. GnRH ĐỒNG VẬN

- GnRH đồng vận được sử dụng điều trị UXCTC có triệu chứng, có thể làm giảm kích thước khối u xơ và tử cung. Có thể sử dụng trước phẫu thuật 1-3 tháng để giảm lượng máu mất và mổ dễ hơn.

- GnRH đồng vận được khuyến cáo sử dụng trong trường hợp UXCTC có triệu chứng nhằm cải thiện nồng độ huyết sắc tố trước phẫu thuật. Ngưng GnRH đồng vận trong khoảng 2 tuần trước khi phẫu thuật.

- Không nên sử dụng GnRH đồng vận kéo dài trên 6 tháng, trừ khi có kết hợp thêm các điều trị bổ sung nhằm cân bằng những rối loạn do nội tiết tố sinh dục.

GnRH đồng vận gây nên những triệu chứng của mãn kinh như bốc hỏa, viêm teo âm đạo và giảm mật độ xương do đó chỉ nên chỉ định ngắn hạn (dưới 6 tháng) trước khi phẫu thuật nhằm làm giảm kích thước u xơ và cải thiện tình trạng thiếu máu cho bệnh nhân.

Lưu ý, UXCTC có thể tái phát rất nhanh đồng thời kéo theo các triệu chứng liên quan sau khi ngưng điều trị GnRH đồng vận.

Các loại thuốc GnRH đồng vận

- + Triptorelin (Diphereline) 3,75mg/ tháng tiêm bắp
- + Leuprolide (Enantone) 3,75 mg/tháng tiêm bắp

+ Zoladex 3.6mg tiêm dưới da vùng bụng

8.5. THUỐC ĐIỀU HÒA CHỌN LỌC THỤ THỂ PROGESTERONE (SPRMS) : ULIPRISTAL ACETATE (UPA)

Điều trị nội khoa UXCTC bằng UPA là một biện pháp:

- Có thể sử dụng trước phẫu thuật làm nhỏ khối u và tử cung, cải thiện tình trạng thiếu máu.
- Có thể sử dụng lâu dài.
- Có thể thay thế phẫu thuật, nhất là cho phụ nữ sắp mãn kinh hoặc mong muốn có con, đáp ứng nguyện vọng giữ tử cung một cách an toàn cho hầu hết bệnh nhân.

Khuyến cáo:

- UPA hiện được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay trong điều trị nội khoa UXCTC.
- UPA có thể được chỉ định trước phẫu thuật để làm nhỏ kích thước khối u và tử cung, cải thiện tình trạng thiếu máu của bệnh nhân
- Không cần thiết sử dụng đồng thời thuốc ngừa thai nội tiết và progestogens với UPA

Liều dùng:

- UPA 5 mg 1 viên/ngày trong 3 tháng.
- Nếu muốn dùng lặp lại phải ngưng 2 tháng rồi cho đợt thứ nhì 3 tháng. Có thể dùng tối đa 8 đợt.

Chống chỉ định của UPA:

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai
- Xuất huyết âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân và bệnh lý ác tính

Các tác dụng phụ thường gặp của UPA

- Đau đầu, căng ngực, đau bụng, tuy nhiên các triệu chứng này cũng rất ít gặp
- Nội mạc tử cung dày liên quan với UPA được ghi nhận
- Tổn thương gan: nếu AST (aspartate aminotransferase) hoặc ALT (alanine transaminase) > 2 lần giá trị bình thường, không nên chỉ định UPA.

Lưu ý

- Trước khi điều trị và trong thời gian điều trị cần làm xét nghiệm men gan mỗi tháng một lần, nếu AST và/hoặc ALT tăng gấp 2 lần cần ngưng thuốc
- Sau 13 tuần, ngưng thuốc và xét nghiệm lại men gan 2- 3 tuần sau
- Nếu men gan bình thường, cho uống tiếp đợt 2 sau khi nghỉ thuốc 2 tháng, liều lượng và theo dõi như trên
- Những đợt sau, chỉ xét nghiệm men gan trước và sau mỗi đợt điều trị.

IX. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA UXCTC

Một số trường hợp UXCTC có chỉ định điều trị ngoại khoa như:

- UXCTC to, gây cảm giác khó chịu nhiều cho bệnh nhân lớn tuổi, không mong có thêm con.

- UXCTC gây biến chứng nặng như xuất huyết tử cung bất thường nặng, sảy thai liên tiếp.
- Điều trị nội khoa thất bại (ít gặp).
- U xơ cơ tử cung dưới niêm (LO-1
- Có biến chứng chèn ép
- U xơ cơ tử cung hoại tử, nhiễm trùng, điều trị nội khoa thất bại
- U xơ cơ tử cung to nhanh, nhất là sau mãn kinh
- Kết hợp bệnh lý khác: K cổ tử cung, K nội mạc tử cung, tăng sinh nội mạc tử cung, sa sinh dục

9.1. Chuẩn bị trước mổ

9.1.1. Làm giảm kích thước khối u trước phẫu thuật

- GnRH đồng vận: sử dụng GnRH đồng vận trong 3-4 tháng trước phẫu thuật làm giảm kích thước tử cung và kích thước khối UXCTC nên giảm thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất và thời gian nằm viện.

- SPRMs (selective progesterone receptor modulators) : UPA

Sử dụng UPA 5 -10mg/ngày trong 13 tuần làm giảm tình trạng chảy máu nặng đồng thời giảm kích thước và khối lượng UXCTC

9.1.2. Loại trừ các tổn thương ung thư nội mạc tử cung hay cổ tử cung trước phẫu thuật

Tất cả những trường hợp có xuất huyết tử cung bất thường cần được loại trừ ung thư trước khi tiến hành phẫu thuật bằng cách thực hiện các thủ thuật nạo sinh thiết từng phần, soi cổ tử cung, phết tế bào cổ tử cung, bấm sinh thiết cổ tử cung nếu có chỉ định.

9.2. Các phương pháp điều trị ngoại khoa

9.2.1. Bóc U xơ cơ tử cung

Chỉ định:

- Có UXCTC nhưng người bệnh muốn giữ tử cung để bảo tồn chức năng mang thai (người bệnh còn mong muốn có thai).
- Bệnh nhân trẻ có xuất huyết tử cung nặng gây thiếu máu, có UXCTC làm biến dạng buồng tử cung (LO, LI, L2).
- Bệnh nhân trẻ có UXCTC gây đau vùng chậu
 - Đau vùng chậu cấp
 - Đau mạn tính vùng chậu hoặc thắt lưng hoặc bị đè nặng vùng chậu
- UXCTC gây hiếm muộn hoặc sảy thai liên tiếp
- Bệnh nhân không muốn cắt tử cung.

9.2.2. Phẫu thuật cắt tử cung

Chỉ định

- Nghi ngờ UXCTC thoái hóa ác tính.

- Đa nhân xơ cơ TC, không còn mô lành, không thể bóc được.
- Trong khi bóc UXCTC mà không kiểm soát được tình trạng chảy máu.
- Phụ nữ lớn tuổi và đủ con.
- Có bệnh lý kèm theo như bệnh tuyến-cơ tử cung hoặc bệnh lý cổ tử cung.

Lưu ý :

- Nếu cuộc mổ khó khăn, có thể cắt tử cung bán phần và hai ống dẫn trứng.
- Nên cắt 2 buồng trứng nếu bệnh nhân trên 50 tuổi. Tuy nhiên, cần sự đồng thuận của bệnh nhân bằng văn bản.

Tư vấn

- Các nguy cơ và tai biến của phẫu thuật cắt tử cung như tổn thương đường tiết niệu, ruột nếu dính nhiều.
- Phẫu thuật cắt tử cung có thể gây ra mãn kinh sớm khoảng 2-3 năm.
- Cắt tử cung có thể làm thay đổi cấu trúc sàn chậu (mất nút trung tâm đáy chậu tự nhiên nên có thể gia tăng tỷ lệ sa tạng chậu sau mổ, giảm Libido, rối loạn chức năng tâm lý.

X. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHÁC

- Thuyên tắc động mạch tử cung
- Tiêu hủy UXCTC bằng nhiệt
- Tiêu hủy UXCTC bằng sóng cao tần

XI. UXCTC VÀ THAI KỲ

11.1. Tần suất

Tỉ lệ mới mắc UXCTC trong thai kỳ ước tính dao động từ 2,7% ở những thai phụ phát hiện trên siêu âm

Tỉ lệ mới mắc của UXCTC tăng theo tuổi nên tỉ lệ thai phụ có UXCTC cũng tăng theo tuổi và tiền sử thai sản. Hiện tại chưa có dữ liệu về tỉ lệ hiện mắc UXCTC trong thai kỳ ở các vùng trên thế giới. Nhưng tỉ lệ đó được nhận thấy là tùy thuộc vào độ tuổi, thời điểm siêu âm và chủng tộc.

11.2. Ảnh hưởng của thai kỳ lên UXCTC

UXCTC thường tăng kích thước từ tam cá nguyệt một đến hai, nhưng có xu hướng nhỏ đi đáng kể từ tam cá nguyệt ba đến lúc sinh.

11.3. Ảnh hưởng của UXCTC lên thai kỳ

11.3.1. Sảy thai

Trong tam cá nguyệt một, biến chứng thường gặp nhất là sảy thai, số lượng cũng như vị trí UXCTC là yếu tố tiên lượng trong sảy thai. Các UXCTC ở vị trí LO, LI, L2 theo phân loại FIGO thì có nguy cơ gây sảy thai cao hơn so với các vị trí khác. Sự hiện diện nhiều UXCTC trong cơ (L4-5) có thể không gây sảy thai.

11.3.2. Sinh non

Một trong những nguyên nhân gây ra các kết cục bất lợi cho sơ sinh trên thai phụ có UXCTC chính là sinh non. Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu cho thấy tỉ lệ sinh non cao hơn ở những thai phụ có UXCTC, đặc biệt là UXCTC > 3 cm

Ngoài ra, phụ nữ có nhiều UXCTC khi mang thai cũng có nguy cơ sinh non cao hơn.

11.3.3. Ngồi bất thường

Ngồi thai bất thường cũng khá thường gặp trong UXCTC. Những UXCTC to dưới niêm làm biến dạng lòng tử cung hoặc u xơ nằm ở đoạn dưới có mối liên hệ đến tình trạng ngồi bất thường

11.3.4. Thai chậm tăng trưởng

UXCTC ảnh hưởng rất ít và gần như không ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của thai Tuy nhiên những UXCTC to với thể tích > 200 ml có thể liên quan đến cân nặng trẻ sơ sinh nhỏ so với tuổi thai. UXCTC nằm tại vị trí bánh nhau cũng có liên quan đến thai chậm tăng trưởng do làm giảm tuần hoàn tử cung nhau thai.

11.4. Điều trị và theo dõi

Phụ nữ mang thai có UXCTC gây ra triệu chứng đau có thể cần phải nhập viện để được điều trị phù hợp.

Điều trị hỗ trợ và giảm đau khi cần thiết

Mổ lấy thai (MLT) trên thai phụ có UXCTC chỉ nên thực hiện khi có chỉ định sản khoa (UXCTC tiền đạo) hoặc chỉ định liên quan đến thai (ngồi bất thường, CD ngưng tiến triển, thai suy cấp).

Không nên phẫu thuật bóc UXCTC trong MLT một cách thường quy. Cần đánh giá kỹ nguy cơ - lợi ích cũng như cân nhắc kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, lượng máu dự trữ, số lượng, vị trí và kích thước của UXCTC.

UXCTC nằm thấp đoạn dưới có khả năng gây bé sản dịch sau mổ dẫn đến biến chứng viêm nội mạc tử cung nếu không được xử trí kịp thời. Do đó có thể cân nhắc bóc nhân xơ khi mổ lấy thai.

Hậu sản hay hậu phẫu mổ lấy thai ở những bệnh nhân có UXCTC đoạn dưới, cần đánh giá sản dịch mỗi ngày về lượng, tính chất (màu, mùi) và khám âm đạo, cổ tử cung, đánh giá sinh hiệu để phát hiện kịp thời dấu hiệu bé sản dịch. Nếu có hiện tượng bé sản dịch, cần nong cổ tử cung để xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn lâm sàng xử trí UXCTC, ban hành theo quyết định số 3780/QĐ-BYT ngày 26/08/2019 của Bộ trưởng Bộ y tế.
- Chẩn đoán và điều trị U xơ cơ tử cung, Hướng dẫn điều trị Sản Phụ khoa, Tập 2, năm 2024, Bệnh viện Hùng Vương.

