

BỆNH LÝ TUYẾN VÚ LẠNH TÍNH

I. PHÂN LOẠI

Phân loại dựa trên triệu chứng lâm sàng:

- Đau vú
 - + Theo chu kỳ
 - + Không theo chu kỳ
- Khối u vú
 - + U cục (nodularity)
 - + Nang vú
 - + Bọc sữa
 - + Bướu sợi tuyến
 - + Bệnh tuyến xơ hóa
 - + Bướu mỡ
 - + Hamartoma
 - + Bệnh vú tiểu đường
 - + Bướu diệp thể
- Tiết dịch núm vú
 - + Tiết sữa
 - + Tiết dịch núm vú bất thường
- Viêm nhiễm tuyến vú
 - + Viêm vú nội sinh
 - + Sung huyết vú sau sinh
 - + Viêm, áp xe vú giai đoạn cho con bú
 - + Áp xe dưới quầng vú tái phát kinh niên
 - + Viêm vú cấp tính liên quan đến nang vú to
 - + Nhiễm trùng ngoại sinh
 - + Bệnh Mondor

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Bệnh sử
 - + Khởi phát và tần suất xuất hiện triệu chứng: tiết dịch núm vú, u cục ở vú, đau vú,...
 - + Tình trạng kinh nguyệt (còn kinh, mãn kinh).
 - + Có sử dụng nội tiết hay không (thuốc ngừa thai, nội tiết thay thế).
- Tiền sử
 - + Ung thư gia đình.
 - + Sinh thiết vú có tăng sản không điển hình, đột biến gen BRCA1, BRCA2.
 - + Phẫu thuật vú, xạ trị, ...
- Thăm khám
 - Quan sát
 - + Sự đối xứng 2 bên vú.
 - + Thay đổi da, núm vú.
 - + Co kéo, nhô ra.
 - Sờ nắn
 - + Vú, nếu có u phải ghi nhận các tính chất của u vú.
 - + Vùng nách, vùng hạch trên đòn.
- Tư thế người bệnh:
 - Ngồi với cánh tay thư giãn, 2 tay giơ lên khỏi đầu, 2 tay chống hông.

- Tư thế nằm ngửa.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: cần thực hiện ở tất cả người bệnh (NB).

- Nhũ ảnh:

+ NB \geq 35 tuổi: thực hiện thường quy.

+ NB < 35 tuổi: chỉ thực hiện khi nghi ngờ có sang thương ác tính.

+ Nhũ ảnh bình thường không thể loại trừ ung thư vú (độ nhạy: 94%, độ đặc hiệu: 55%).

- X quang ống tuyến vú cản quang: tiết dịch núm vú bệnh lý

- Chụp cộng hưởng từ (MRI):

+ Sử dụng cho những trường hợp khó phân biệt lành/ ác tính

+ NB có bơm silicon, hoặc vỡ túi ngực

+ Mô vú quá dày đặc

+ Có tiền căn gia đình ung thư vú

+ Đột biến gen BRCA1, BRCA2...

+ Có sinh thiết carcinôm tiểu thùy tại chỗ không điển hình, hoặc sẹo radial

+ Có tiền sử xạ trị vào ngực do bệnh lý Lymphoma Hodgkin

+ Tiết dịch núm vú có máu đã chụp ống tuyến vú cản quang

- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA)

+ BIRADS \geq nhóm III

+ Nang vú không điển hình

+ Tình huống lâm sàng cần chẩn đoán tế bào học hỗ trợ hoặc giảm áp nang

vú.

- Sinh thiết lõi (core biopsy):

+ Tổn thương dạng đặc cần chẩn đoán mô học, kích thước > 15 mm

+ Khi FNA nghi ngờ ác tính

+ Tình huống lâm sàng cần chẩn đoán mô học hỗ trợ

- Sinh thiết mở (open biopsy)

+ Khi core biopsy không thực hiện được.

+ Không có sự tương đồng giữa kết quả chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng.

- Sinh thiết có định vị: dưới hướng dẫn siêu âm hoặc nhũ ảnh

+ Siêu âm: khi lâm sàng không sờ thấy u nhưng siêu âm thấy u.

+ Nhũ ảnh: khi lâm sàng và siêu âm không thấy u nhưng nhũ ảnh nghi ngờ.

2.3. Đau vú không có tổn thương thực thể đi kèm

a) Chẩn đoán

- Đau theo chu kỳ kinh: đau nhiều trước khi hành kinh, thời gian đau thay đổi và tự hết sau hành kinh.

+ Thường một bên, không rõ vị trí.

+ Cảm giác trì nặng, sưng phồng và căng đau, lan đến cánh tay và nách.

+ Có liên quan đến nội tiết sinh dục.

- Đau không theo chu kỳ kinh: liên quan đến sang chấn tinh thần, chấn thương, xơ sẹo từ những lần sinh thiết vú trước.

+ Thường gặp ở phụ nữ từ 40-50 tuổi có chu kỳ kinh không đều.

+ Thường ở một bên vú.

+ Cảm giác đau nhói, rất bỏng trong vú.

+ Thỉnh thoảng có sự hiện diện của bướu sợi tuyến hay nang vú.

Lưu ý: những trường hợp đau vú trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản (tham khảo phác đồ Áp xe vú).

b) Xử trí: khi đau ảnh hưởng đến chất lượng sống.

- Điều trị không dùng thuốc

+ Chế độ ăn uống:

• Hạn chế hay tránh dùng cà phê, trà, ca cao, sô cô la và các chất béo.

• Nên dùng thực phẩm giàu carbohydrates phức hợp (ngũ cốc, rau củ).

+ Bổ sung vitamin E 400 đơn vị/ngày (tối đa 6 tháng).

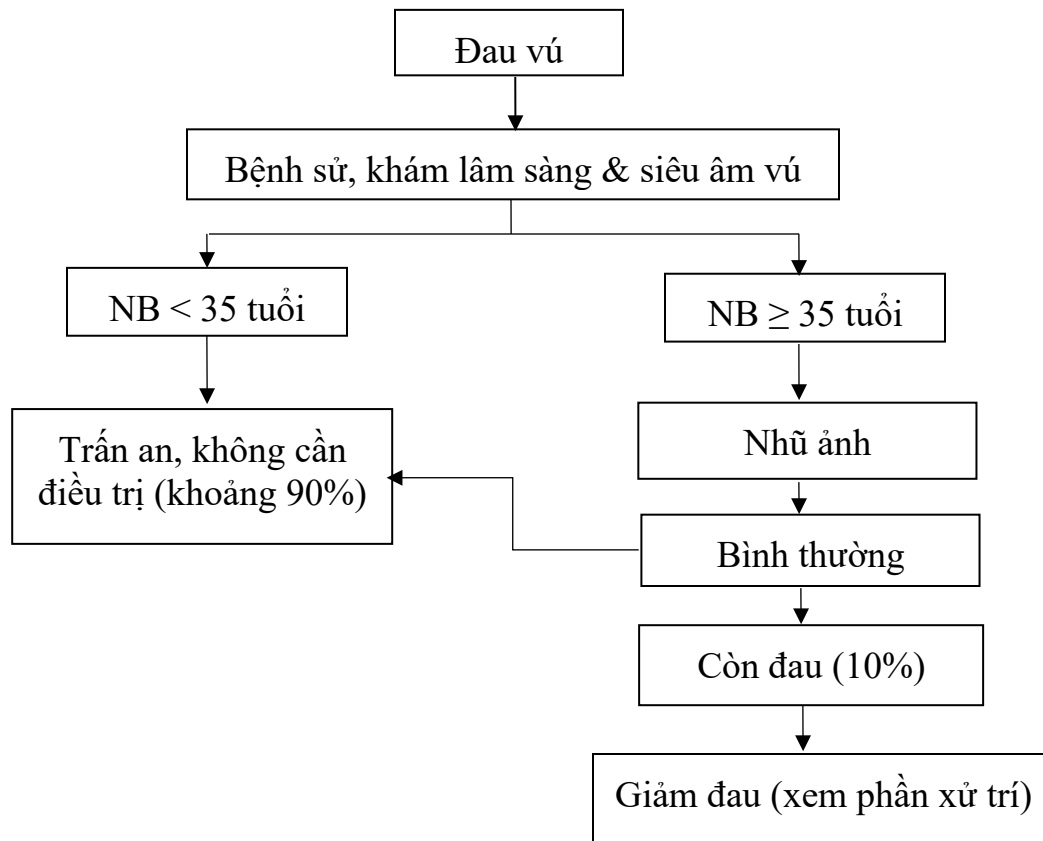
+ Dầu Evening primrose: 6-8 g/ngày (uống 1-3 lần/ngày), tối đa 6 tháng.

NSAIDS, Acetaminophen	NSAIDS: Ibuprofen, diclofenac, ... Paracetamol, Paracetamol + Ibuprofen
Danazol 200mg, 100mg	100-400 mg/ngày x 3-6 tháng
Tamoxifen 10mg	10 mg/ngày. Tái phát 39-48% sau khi ngưng sử dụng.
Bromocriptine 2,5mg	Tăng liều dần từ 1,25-5mg/ngày (tùy đáp ứng của NB)
Nội tiết sinh dục	Viên tránh thai phối hợp hoặc progestin 3-6 tháng

- Điều trị bằng thuốc: theo trình tự ưu tiên

- Cân nhắc hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc.

Đánh giá và xử trí đau vú



2.4. Khối u vú lành tính

a) Chẩn đoán

- Ghi nhận các nguy cơ ung thư vú: Tuổi, tiền sử ung thư vú trong gia đình, tiền sử cá nhân bị ung thư vú, sinh thiết có tăng sản không điển hình; tiền căn phẫu thuật tuyến vú.

- Lâm sàng: kích thước, vị trí (so với núm vú), di động, mật độ căng chắc, trơn láng, bờ rõ, dạng đặc hay dạng nang.

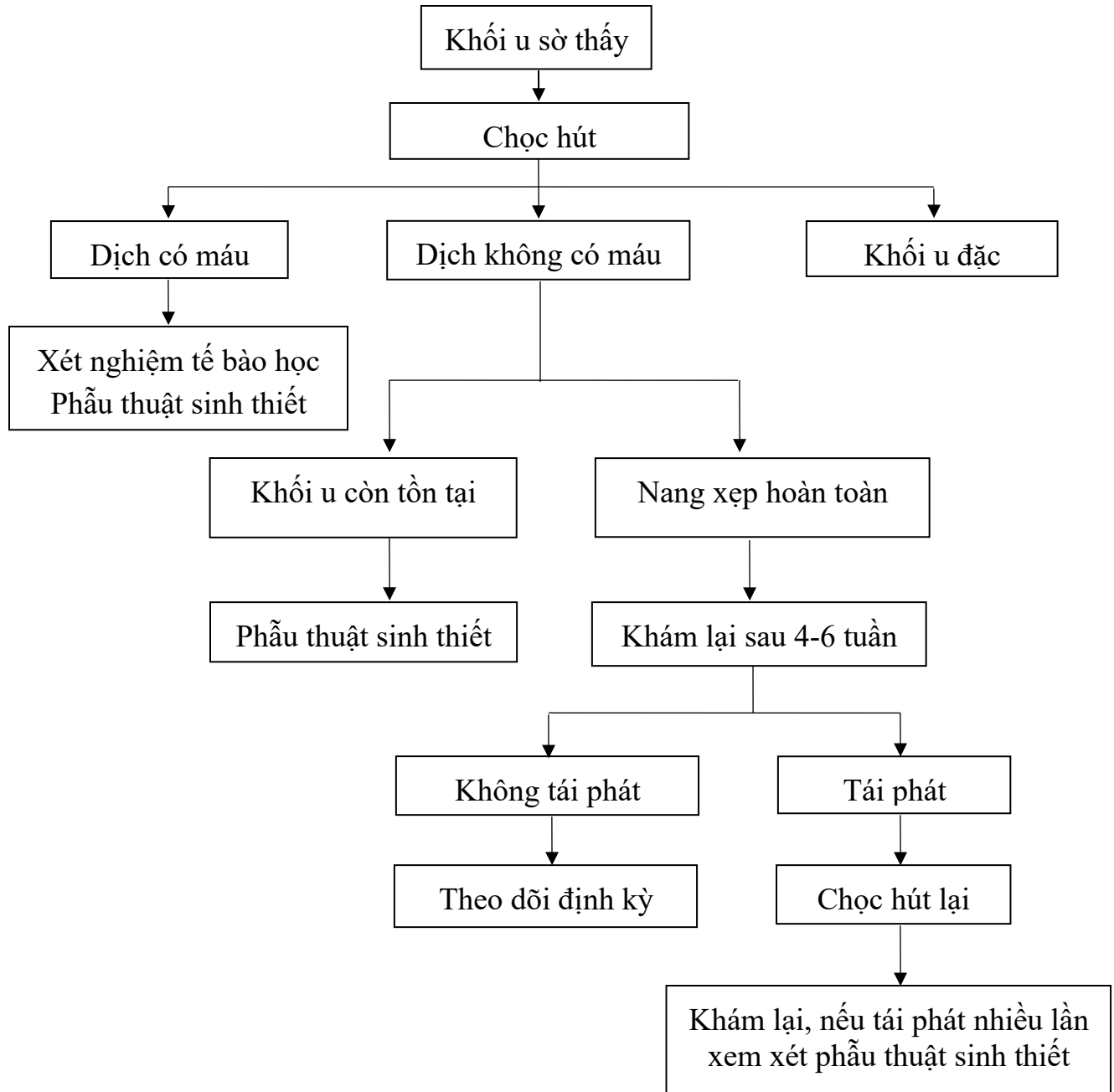
- Cận lâm sàng: Siêu âm và nhũ ảnh: BIRADS II và III

b) Xử trí

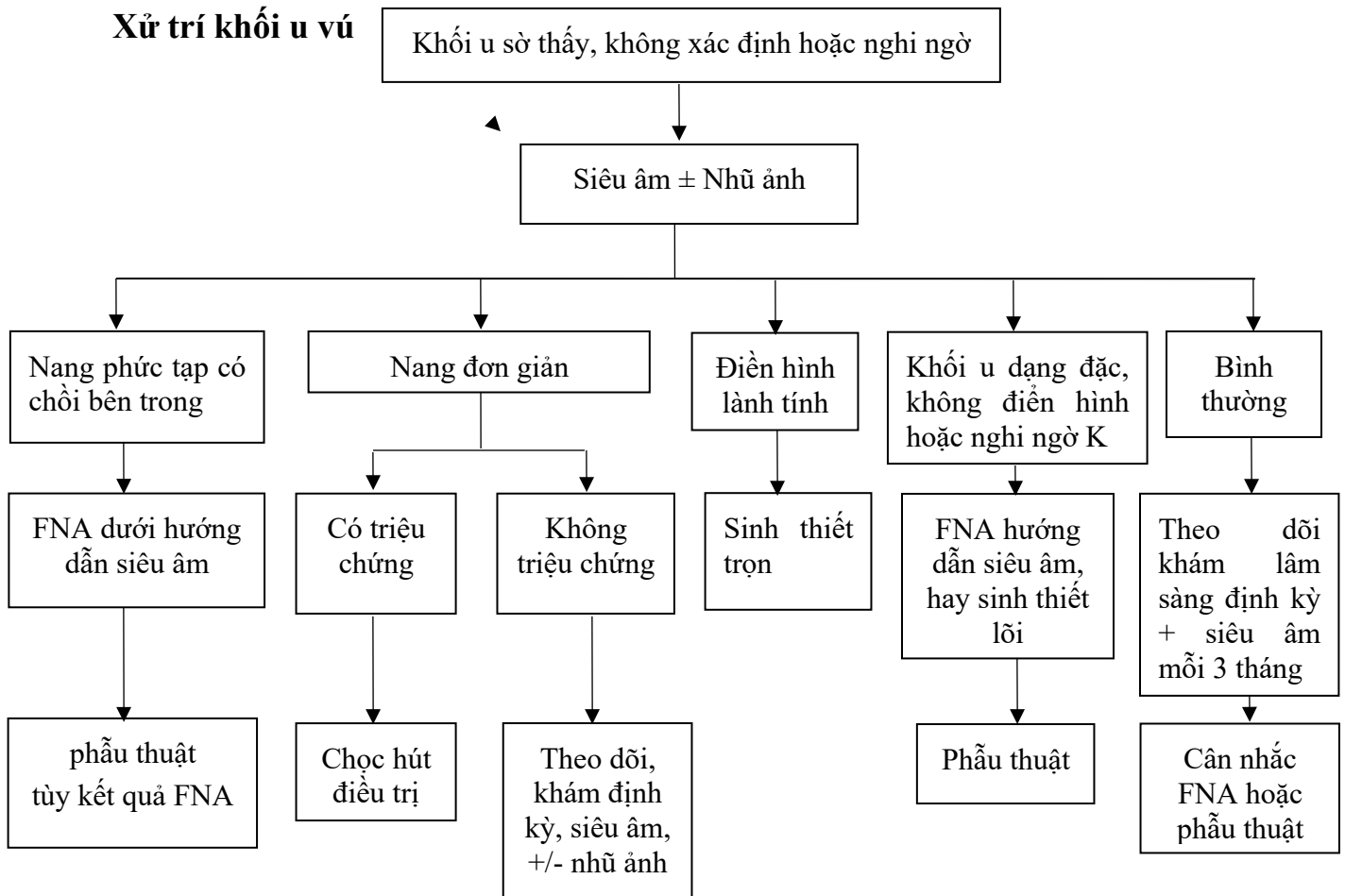
- U dạng nang: có thể chọc hút (xem sơ đồ).

- U dạng đặc: (xem sơ đồ)

Xử trí nang vú



Xử trí khối u vú



2.3. Tiết dịch núm vú

a) Tiết sữa (giai đoạn không cho con bú)

- Là hiện tượng tiết dịch giống sữa, tự phát, thường là hai bên và từ nhiều ống tuyến, do sự tăng nồng độ prolactine.

- Nguyên nhân

+ U tuyến yên (phù gai thị, rối loạn thị giác, ...)

+ Chấn thương thành ngực, tổn thương tủy sống, xơ gan, nhược giáp, suy thận,...

+ NB đang sử dụng: estrogen liều cao, thuốc chống trầm cảm 3 vòng và Cimetidine,...

- Cận lâm sàng

+ Tăng prolactine máu.

+ TSH (Thyroid Stimulating Hormone).

+ MRI để đánh giá u tuyến yên khi Prolactine tăng cao và/hoặc có triệu chứng thị giác trên lâm sàng

+ CT scan nếu NB chống chỉ định chụp MRI.

- Xử trí

+ Tùy theo nguyên nhân.

+ Điều trị tăng prolactine máu bằng Bromocriptine 2,5 mg: liều khởi đầu 1,25-2,5 mg/ngày, sau đó tăng thêm 2,5 mg mỗi 2-7 ngày. Liều duy trì 2,5-15 mg/ngày. Theo dõi trong khoảng 3 tháng, nếu hết tiết sữa thì ngưng thuốc.

b) Tiết dịch núm vú bệnh lý

- Là tình trạng tiết máu, nước, mủ, thanh dịch đục, thường một bên, trên một ống tuyến, xảy ra tự phát.

- Nguyên nhân

+ Thường gặp bướu nhú trong ống và dẫn ống tuyến vú.

+ Các nguyên nhân khác : ung thư, viêm vú, thay đổi sợi bọc tuyến vú.

- Cận lâm sàng

+ Prolactine máu

+ Siêu âm

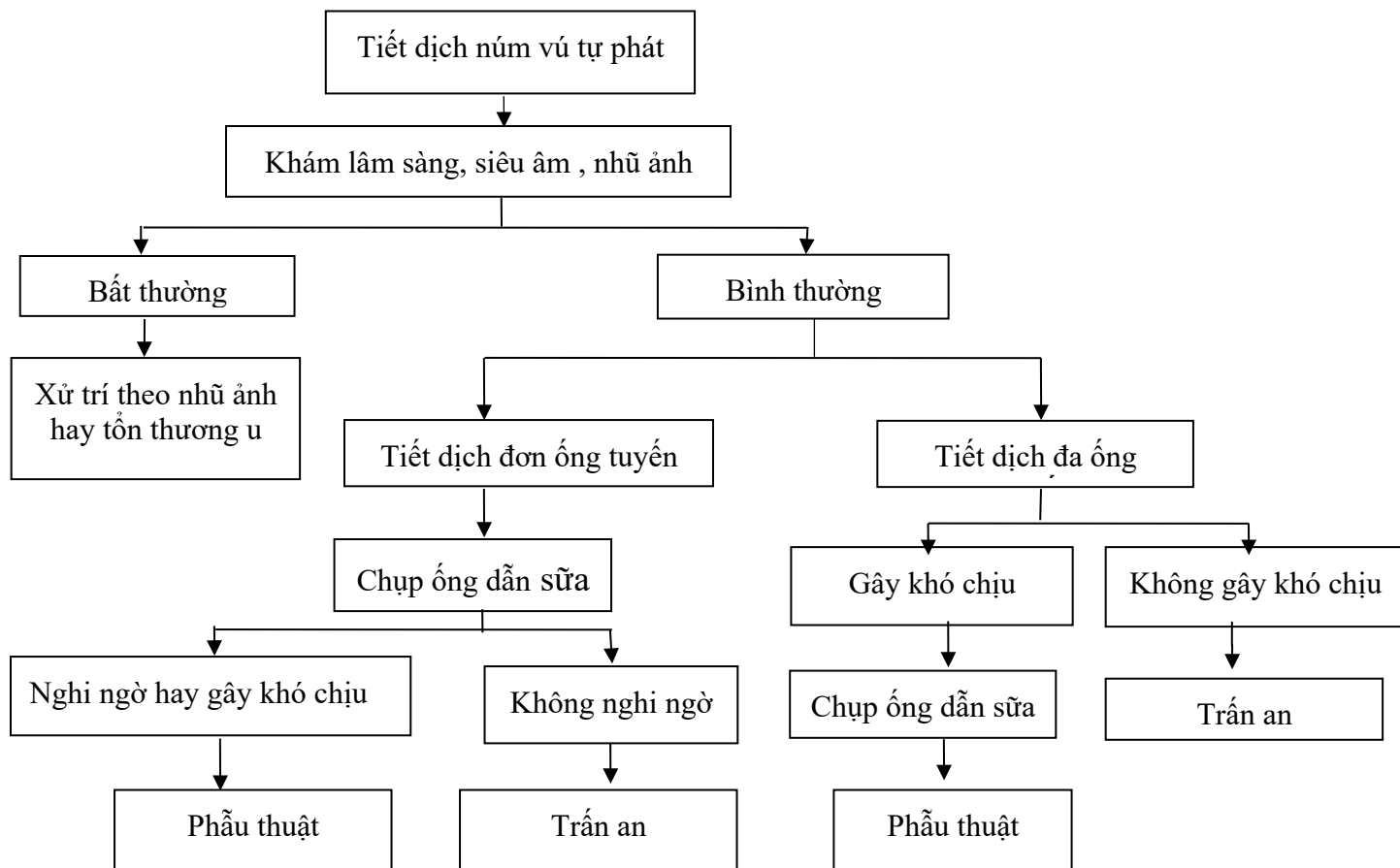
+ Nhũ ảnh

+ Chụp ống tuyến sữa

+ Tế bào học dịch núm vú

- Xử trí: theo sơ đồ

Xử trí tiết dịch núm vú bệnh lý



2.6. Viêm vú và nhiễm trùng vú (tham khảo phác đồ Áp xe vú).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aaron Ndhluni (2009), Benign breast disease tends to take a back seat to breast cancer, The ABC of benign breast cancer, October 2009 Vol.27 No.10 CME, p 453-455.
2. Amda L Amin(2013), Benign breast disease, Surg Clin N Am 93 (2013), p 299-308.
3. Gerald Moss, Standley R.Klein, Benign breast disease, Surgical Oncology. P 267-272.
4. Hindle H. W, Kefah Mokbel (2009), Diagnosis and management of benign breast disease. Glob. libr. women's med, (ISSN: 1756-2228) 200),DOI 10.3843/GLOWM.10017.

5. Hughes LE (1991), Classification of benign breast disorders, The ANDI classification based on physiological processes within the normal breast, Br Med Bull, 47(2):251-7.

6. Lakshmi Vaidyanathan, Karen Barnard (2002), Benign breast disease : when to treat, when to reassure, when to refer, Cleveland Clinic journal of Medecine Vol.9 No.5, p 425-432.

7. Merih Guray, Aysegul A.Sahin (2006), Benign breast diseases : Classification, diagnosis and management, The Oncologists, 11, p 435-449.