

LẠC TUYẾN NỘI MẠC TỬ CUNG CƠ TỬ CUNG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

BS Nguyễn Bá Mỹ Nhi
Khoa Nội soi - Bệnh viện Từ Dũ

1

LỊCH SỬ

- 1860, Carl von Rokitansky : tuyến NMTC trong mô cơ TC
→ KL: “cystosarcoma adenoids uterinum” = một bệnh ác tính
- 1999, Knapp:
 - Daniel Schrön 1690 trong luận án “Disputatio Inauguralis Medica de Ulceribus Uteri” → nhắc đến bệnh cơ tuyến TC lần đầu tiên
 - Knapp miêu tả một số ca bệnh có từ cuối TK 17 – 18, ngày nay được gọi là bệnh cơ tuyến TC hay adenomyosis
 - BN của Knapp có bằng chứng của nhiễm trùng (mủ, sang thương TC, hoại tử sau thủ thuật, nạo hút thai, sang thương giang mai, sang thương ở ÁĐ, tiểu khó, tiểu ...
 - Knapp mất vài tháng sau khi bài báo phát hành → những câu hỏi về các trường hợp bệnh của ông chưa được giải đáp

2

LỊCH SỬ

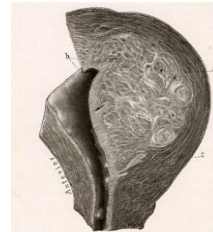
- Tranh cãi nguyên nhân “adenomyosis” suốt 2/3 TK 19
- Đa số ủng hộ giả thuyết của Von Recklinghausen: adenomyoma là KQ sự di chuyển của vết tích ống trung thận (ống Wolffian)
- 1903, Meyer → giả thuyết sinh bệnh học của bệnh cơ tuyến TC : sự xâm nhập của BM tuyến theo kiểu phát tán (TK bào thai) hay xâm nhập theo chiều dọc BM
- Thomas Stephen Cullen → miêu tả có hệ thống đầu tiên về adenomyosis
 - 1893 – 1896: 73 Adenomyosis / 1283 cas UXTC
 - Phân tích sự hiện diện BM tuyến trong mô cơ NXTC → “Trong adenomyoma thường thấy sự phát tán của mô cơ dày hóa trong các khối NXTC , có thể thành trước, thành sau, thành bên, khắp cơ TC “
- Cullen → lần đầu tiên phân 3 loại adenomyosis
 1. Bệnh cơ tuyến TC nhưng TC bình thường
 2. Bệnh cơ tuyến TC dưới thanh mạc
 3. Bệnh cơ tuyến TC dưới niêm mạc

3

LỊCH SỬ

Hình 1. Bệnh phẩm có UXTC với những khe nhỏ có sự thâm nhập của NMTC (a) Cơ TC quanh khối u xơ; (b) vùng nội mạc xâm nhập u xơ; (c) khe hở trong khối u xơ

(Cullen TS: *Adenomyoma of the Uterus*. Philadelphia & London, W.B. Saunders, 1908)

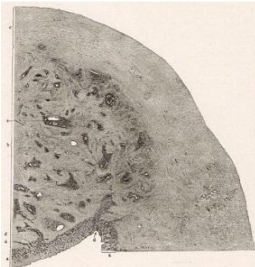


4

LỊCH SỬ

Hình2. miêu tả mẫu bệnh phẩm có sự hiện diện của tuyến NMTC trong cơ TC (a) NMTC; (b) Khối cơ tuyến; (c) Lớp ngoài của cơ TC ; (d) vùng nội mạc xâm nhập cơ TC; (e) khe hở trong cơ TC

(Cullen TS: *Adenomyoma of the Uterus*. Philadelphia & London, W.B. Saunders, 1908)



5

LỊCH SỬ

Hình. 3. miêu tả giới hạn của xâm nhập NMTC vào cơ TC (a) Cơ TC; (b) NMTC; (c) Vùng NMTC tăng sản; (d) và (d') vùng NMTC xâm nhập; (e) khe hở trong cơ TC; (f) vùng tăng sinh mạch máu

(Cullen TS: *Adenomyoma of the Uterus*. Philadelphia & London, W.B. Saunders, 1908)



6

ĐỊNH NGHĨA

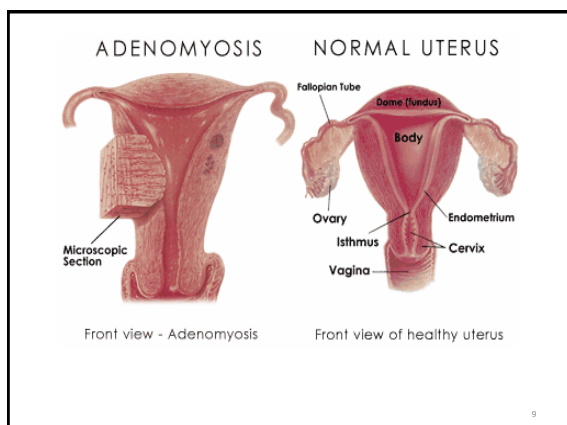
- Adenomyosis
 - bệnh lý liên quan chỗ nối cơ TC và NMTC (EMJ)
 - không phải u tân sinh phụ khoa
 - đặc trưng bởi sự di chuyển NMTC từ màng đáy vào cơ TC
 - kèm theo tăng sinh cơ trơn TC xung quanh
 - các tuyến lạc chỗ này khu trú cách ít nhất từ 2 -3 mm bên dưới vùng nối cơ – NMTC
- Sự tăng sinh cơ trơn TC → dày không đối xứng cơ TC
- LTNMTCCTC điển hình là bệnh lan tỏa (diffuse), cũng có thể khu trú một ổ trong cơ TC (adenomyoma) nên hay nhầm u cơ trơn TC (leiomyoma)

7

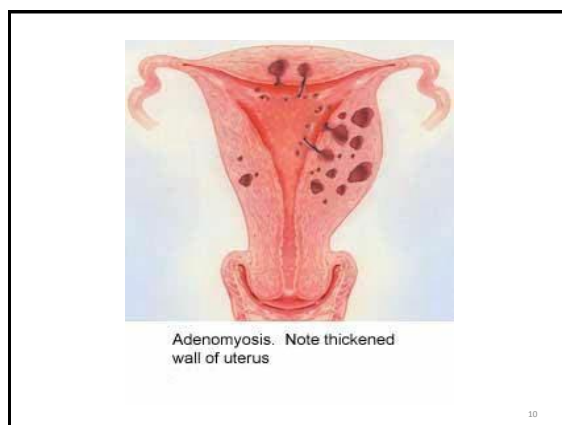
ĐỊNH NGHĨA

- 1925, Frankl
 - xâm nhập của NMTC vào cơ TC → bệnh cơ tuyến trong cơ TC
 - phân biệt adenomyosis - adenomyoma: “Trong các u tuyến (adenomyoma) các tuyến phát triển độc lập trong khối u xơ, trong khi bệnh cơ tuyến TC (adenomyosis) các tuyến có nguồn gốc từ NMTC và có sự liên kết với NMTC, tồn tại như một đảo nhỏ trong cơ”
- 1972, Bird
 - Khái niệm adenomyosis hiện tại đang sử dụng: “ Bệnh cơ tuyến TC được định nghĩa là có sự xâm nhập lành tính NMTC vào lớp cơ TC, làm TC to lên vì có sự phát triển lạc chỗ của tuyến NMTC và mô đệm, kèm sự tăng sinh phì đại của cơ TC”
 - ĐN này bị giới hạn khi có sự hiện diện của NMTC và mô đệm > 2,5 mm dưới lớp mô đệm – màng đáy nội mạc – cơ TC trên SA, MRI

8



9



10

TẦN SUẤT

- Thay đổi 31 – 62% , phụ thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán GPB , số mẫu mô học TC thu nhận được
- SÂ âm đạo (TVS) và chụp cộng hưởng từ (MRI)
 - hình ảnh đặc biệt đặc trưng của LTNMTCCTC
 - không luôn luôn chẩn đoán được bằng SÂ hay MRI

11

TẦN SUẤT

Không có nhiều thông tin LTNMTCCTC cho PN độ tuổi nửa đầu thời kỳ hoạt động SD

- Hiểu biết đầy đủ LTNMTCCTC bị giới hạn bởi khó khăn trong chẩn đoán
- Hiện tại LTNMTCCTC vẫn chỉ được chẩn đoán (+) sau cắt TC
- Các NC đều thực hiện ở PN trải qua cắt TC vì LTNMTCCTC ở độ tuổi nửa sau TK hoạt động SD
- Nhiều NC sử dụng các chẩn đoán hình ảnh học tại vùng chậu --> LTNMTCCTC vẫn xuất hiện ở tuổi vị thành niên

12

BỆNH NGUYÊN

- Bệnh nguyên không được hiểu biết rõ
- Giả thuyết:
 - sự thiếu hụt màng đáy
 - sự khiếm khuyết của màng tiếp mặt cơ TC – NMTC→ cho phép NMTC phát triển vào trong cơ TC
- Yếu tố nguy cơ:
 - chấn thương cơ TC do sanh đẻ, sẩy thai...
 - viêm NMTC mãn tính
 - cường estrogen máu

13

GIẢI PHẪU BỆNH

- Đại thể:
 - TC lớn toàn thể
 - Cấu trúc cơ TC tử cung → có vách có bè (trabeculated)
 - không giống cơ trơn TC
 - dạng nốt không rõ ràng
- Vi thể:
 - nhiều tuyến NMTC nằm trong cơ TC
 - bao quanh bởi sự phì đại và tăng sinh của cơ TC
- Khác lạc NMTC ngoài cơ tử cung (endometriosis), các tuyến NMTC bị lạc vào cơ TC không có hiện tượng chảy máu theo CK kinh vì thành phần tuyến trong bệnh lý này hầu như không chịu ảnh hưởng của nội tiết theo CK KN

14

PHÂN LOẠI - SINH THIẾT KIM CHẨN ĐOÁN

- LTNMTCCTC được phân loại theo vị trí bề dày cơ TC
 - Thể nông : mô tuyến và mô đệm nằm 1/3 trong của cơ TC
 - Thể sâu : tổn thương nằm 2/3 ngoài của cơ TC
- Sinh thiết kim chẩn đoán LTNMTCCTC đối với thể nông khó khăn hơn thể sâu trong việc lấy mô tổn thương
- Độ nhạy của sinh thiết bằng kim chẩn đoán thấp, phụ thuộc số lượng mẫu sinh thiết, độ sâu, độ lan rộng thâm nhiễm của NMTC
- Popp và cs: độ nhạy của XN sinh thiết cơ TC thấp 8 – 19% PN LTNMTCVCTC → không ứng dụng vào thực hành LS để chẩn đoán

15

- LTNMTCCTC được phân loại theo hình thái :
 - khu trú (adenomyoma): gọi là u tuyến cơ, LS giống u cơ trơn TC, nhưng không có lớp phân cách để bóc tách
 - lan tỏa (diffuse) : TC lớn đồng bộ toàn thể, trên diện cắt ngang qua tử cung, thành cơ TC rất dày và có những ổ xuất huyết nhỏ tẩm màu chocolat đặc trưng
 - nang (cyst) : hiếm thấy, mô tả tình trạng nang LTNMTCCTC trong lan tỏa hoặc u tuyến cơ có kích thước ≥ 1 cm phát hiện nhờ chẩn đoán hình ảnh

16

LÂM SÀNG

- 1/3 không triệu chứng
- 2/3 còn lại
 - **Cường kinh, thống kinh** → tr chứng chính (25 -60%)
 - **Đau vùng chậu** → do chảy máu, phù nề các đảo nội mạc trong cơ TC
 - Chưa có bằng chứng LTNMTCCTC ảnh hưởng đến vô sinh, sẩy thai hay sanh non
 - **Rong kinh** do tăng diện tích nội mạc buồng TC khi TC to toàn bộ
- Tr chứng điển hình ghi nhận ở độ tuổi 40-50 → phù hợp đối chiếu đại thể tại thời điểm cắt TC → chẩn đoán trễ !
- MRI giúp chẩn đoán sớm có LTNMTCCTC người trẻ khi có tr chứng gợi ý (thống kinh, đau vùng chậu mãn...)

17

CHẨN ĐOÁN

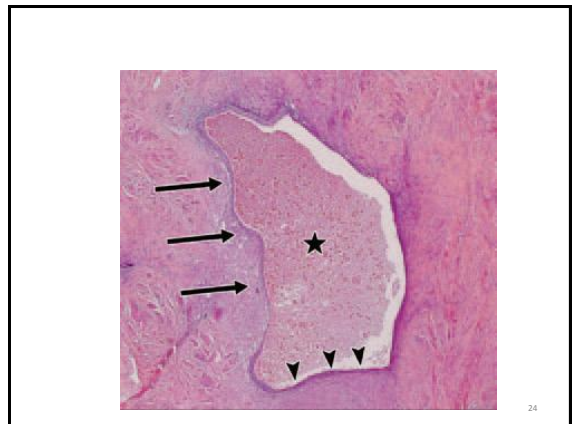
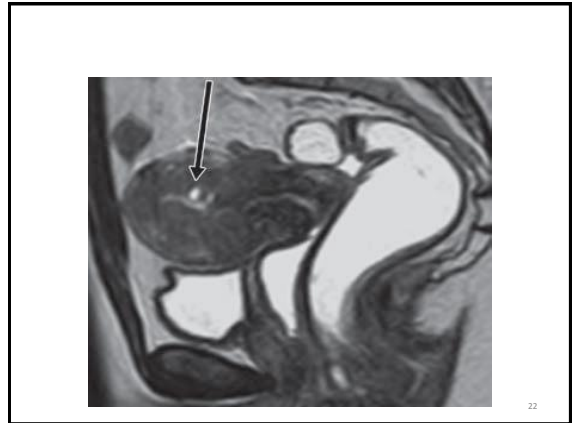
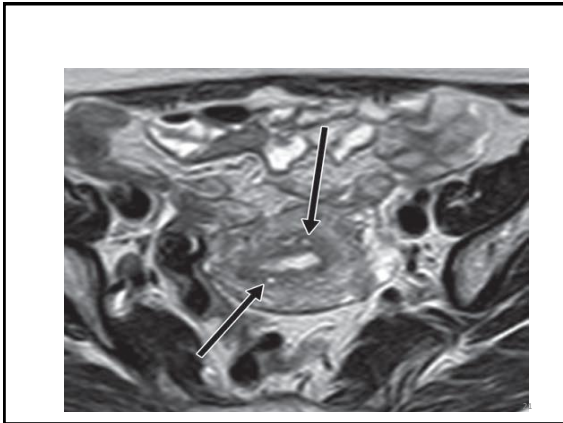
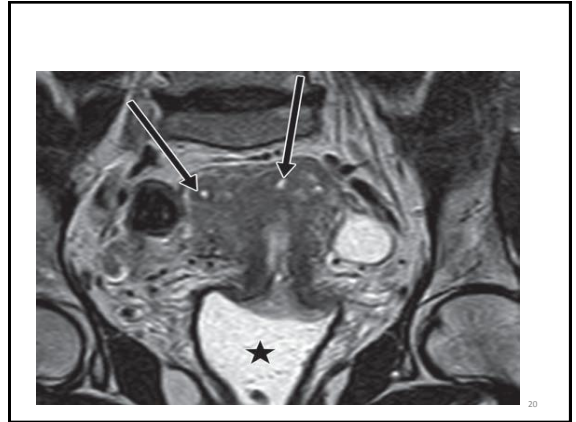
- LTNMTCCTC chỉ chẩn đoán (+) sau khi có mô học TC cắt ra
- Chẩn đoán LTNMTCCTC khu trú hay lan tỏa thường khó khăn ngay cả khi sử dụng MRI, SÁ Doppler màu, sinh thiết bằng kim (Fedele 1992, Mc Causland 1992, Popp 1993, Wood 1993, 1994; Reinhold 1996)
- MRI:
 - kỹ thuật tốt
 - mắc tiền
 - NC so sánh SÁ - MRI → MRI ưu thế hơn trong chẩn đoán (Reinhold 1996)
 - MRI cho các vùng có gia tăng tín hiệu bất thường của LTNMTCCTC, độ dày của vùng nổi trên sóng T2
 - là phương tiện tốt nhất khi cố gắng loại trừ u tân sinh trong TC, và phân biệt được LTNMTCCTC lan tỏa / khu trú so với u xơ TC trước khi ra quyết định điều trị

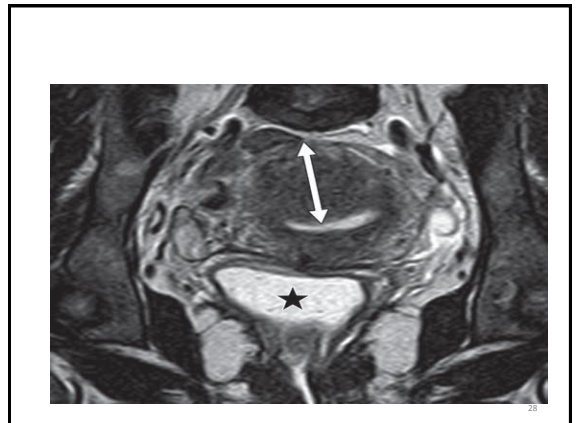
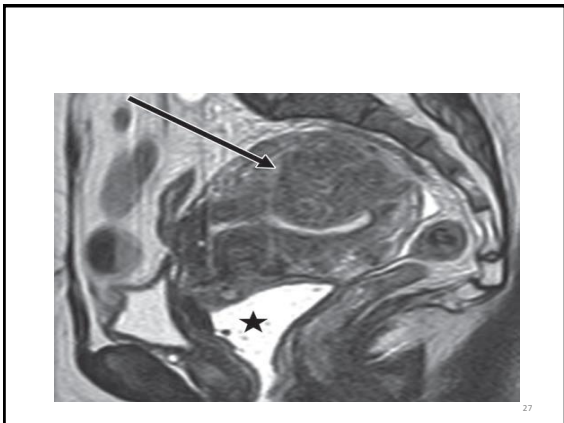
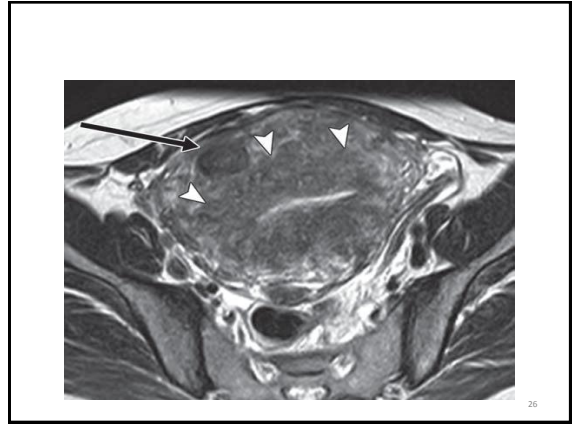
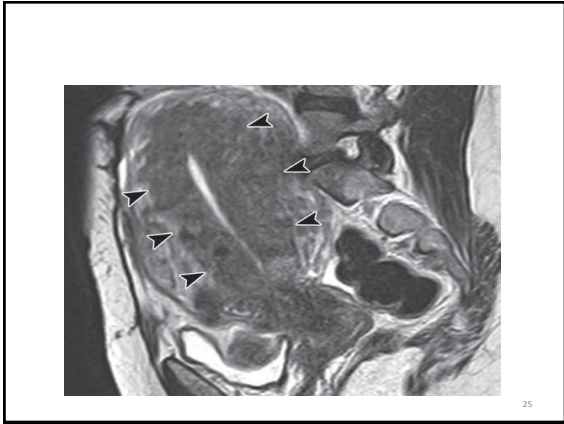
18

Tiêu chuẩn chẩn đoán LTNMTCTC trên MRI
 (Reference MRI criteria for adenomyosis)

- Togashi et al. (1989): dày khu trú hay lan tỏa vùng nối (T2)
- Togashi et al. (1989): Khối đậm độ tín hiệu thấp trên cơ tử cung (T2)
- Mark et al. (1987)
- Asher et al. (1994): Vùng nối dày >5 mm (T2)
- Reinhold et al. (1996)
- Kang et al. (1996): vùng nối dày > 12 mm (T2)
- Reinhold et al. (1997): Khó xác định đường bờ vùng nối (T2)
- Reinhold et al. (1996)
- Togashi et al. (1989): ổ có tín hiệu cao khu trú trong vùng đậm độ tín hiệu thấp (T2)
- Togashi et al. (1989:) Những tia giả tăng tín hiệu lan tỏa từ nội mạc tử cung vào cơ tử cung (T2)
- Reinhold et al. (1997): ổ sáng sáng nội mạc tử cung trong cơ tử cung (T1)

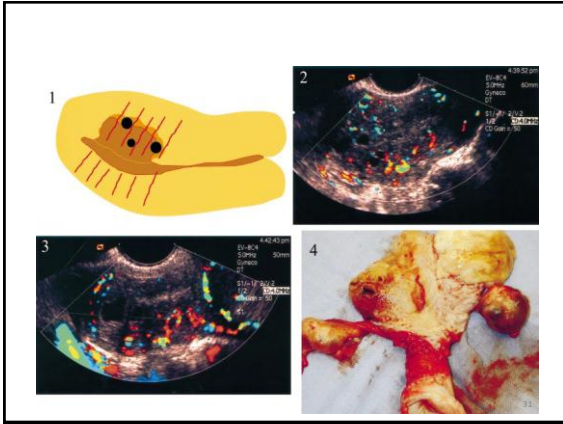
19





SIÊU ÂM và LTNMTCCTC

- Siêu âm đầu dò âm đạo dù ít ưu thế hơn MRI nhưng vẫn có thể sử dụng để đánh giá khi nghi ngờ LTNMTCCTC
- Phân tích gộp 14 NC các BN cắt TC, trước mổ Siêu âm AD gợi ý LTNMTCCTC, mô học chẩn đoán (+) LTNMTCCTC
→ Siêu âm có độ nhạy 83%, độ đặc hiệu 85%



Tiêu chuẩn chẩn đoán LTNMTCCTC qua siêu âm
(Reference Sonographic criteria for adenomyosis)

- Brosens et al. (1995b): Tử cung to không có nhân xơ
- Asher et al. (1994): to bất đối xứng thành trước và thành sau
- Brosens et al. (1995b)
- Hirai et al. (1995)
- Brosens et al. (1995b): Thiếu đường hiệu ứng đường bờ và khối bất thường
- Fedele et al. (1992a): Vùng khu trú phản âm kém, không đồng nhất trong cơ tử cung
- Asher et al. (1994)
- Brosens et al. (1995b)
- Hirai et al. (1995)
- Atri et al. (2000): Các đảo hay nốt tăng âm, vạch phản âm
- Hirai et al. (1995) : khối phản âm trắng hay nang kích thước khác nhau
- Reinhold et al. (1995)
- Fedele et al. (1997)
- Asher et al. (1994): tăng echo cơ tử cung
- Hirai et al. (1995)
-

C T scan, sinh thiết kim và LTNMTCCTC

- CT scan chẩn đoán LTNMTCCTC có giá trị chẩn đoán nghèo nàn
- Sinh thiết bằng kim → độ nhạy sinh thiết bằng kim phụ thuộc nhiều yếu tố:
 - độ lan rộng của bệnh
 - số lượng mẫu mô lấy được
 - vị trí lấy mẫu
 - loại kim sinh thiết
 - kinh nghiệm của người lấy mô...
 - không phổ biến trong thực hành LS
 - chỉ làm khi cần loại trừ K

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Có thai
- Bệnh lý quanh tuổi MK có chảy máu TC bất thường, đặc biệt khi TC to toàn bộ (polype NMTC, NXTC dưới niêm, tăng sinh, K, Viêm NMTC ...)
- LTNMTC có thể nghĩ nhiều:
 - nếu có chảy máu TC bất thường, TC to đều, MRI xác nhận có LTNMTCCTC
 - đau bụng kéo dài sau điều trị đầy đủ lạc NMTC ngoài cơ TC

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Chỉ định để kiểm soát đau bụng và rong kinh

Gồm:

- Thuốc viên tránh thai kết hợp
- Progestin dạng uống hay chích
- DCTC có nội tiết levonorgestrel
- GnRH đồng vận
- Danazol
- Kháng prostaglandine
- Thảo dược Trung Hoa...

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Nội tiết progesterin (kể cả DCTC chứa levonorgestrel), GnRH đồng vận, ức chế men aromatase → giảm rong kinh và thống kinh

Thời gian tái phát trở lại sau khi ngừng thuốc 6 tháng ?

Nội tiết tránh thai estrogen-progesterin → liệu pháp đầu tiên điều trị thống kinh đối với LNMTC ngoài cơ TC, thì hiệu quả đối với LTNMTCCTC chưa được biết rõ

Một số các nhà LS cho rằng nó không hiệu quả đối với LTNMTCCTC

37

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

- Chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại
- Chọn lựa PT tùy thuộc :
 - vị trí và mức độ lan rộng của LTNMTCCTC
 - tuổi bệnh nhân
 - ước muốn có con
 - kỹ năng phẫu thuật của nhà PK

38

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

- **Phẫu thuật lấy đi khối LTNMTCCTC :**
 - Dù lấy không toàn vẹn khối LTNMTCCTC → cải thiện triệu chứng khoảng 3 năm (C Wood, 2006)
 - Kỹ thuật thực hiện qua NS hay mổ mở
 - Xác định giới hạn mô bệnh và lành và khâu phục hồi lại cơ TC rất khó khăn khi thực hiện qua NS
 - Một số tr hợp khối LNMTC xác định rõ và nằm nông có thể đốt điện phá hủy

39

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

- Thai kỳ sau khi thực hiện kỹ thuật này → nhiều vấn đề còn tranh luận
- BN phải được hiểu rõ các nguy cơ có thể có, trước khi chấp nhận kỹ thuật điều trị này
- Có sự khác nhau khi lấy đi một khối lượng lớn cơ TC trong LTNMTCCTC và NXT, do tính chất cơ TC trong LTNMTCCTC không phải là mô cơ dẫn bình thường → các vấn đề trong thai kỳ sau :
 - (1) TC không dẫn nở dễ → nguy cơ sẩy thai, sanh non
 - (2) Seo cơ TC có thể có những ổ LTNMTCCTC không phát hiện được → cơ TC không chịu đựng được sự dẫn nở khi có thai
 - (3) Tạo nên một seo trên cơ TC là thêm một yếu tố nguy cơ, cũng như đốt điện phá hủy LTNMTCCTC trên cơ TC → hiệu quả giống như cắt đi một khối lượng cơ TC, với mức độ lan rộng hoạt tử nhiều hơn, và phần mô bất thường đó không được lấy đi → nguy cơ vỡ TC tăng lên (C. Wood 1996)

40

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Việc phát hiện sớm LTNMTCCTC là hữu ích trong điều trị bảo tồn TC ?

- Có thể chẩn đoán sớm LTNMTCCTC dựa trên xem xét có bất thường vùng nổi NMTC - cơ TC qua MRI không?
- Tầm soát sớm để điều trị bảo tồn TC bị hạn chế bởi giá thành của việc tầm soát này quá cao
- Loại PT nào sẽ được chỉ định cho các bất thường đó ?
- Cắt bỏ NMTC có thể là kỹ thuật được thực hiện → giải quyết triệu chứng rong huyết nhưng bị hạn chế trên BN còn muốn có thai (Popp 1993 và Wood 1994)
- Nếu chỉ một vùng nhỏ NMTC tổn thương → vẫn có khả năng có thai sanh đủ ngày ?

41

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Các kỹ thuật đặc biệt:

- Cắt bỏ hoặc lấy đi nội mạc cơ tử cung (endomyometrial ablation /resection):
 - Chỉ định khi LTNMTCCTC nằm tại vùng nổi và có triệu chứng về kinh nguyệt, làm cải thiện RLKN 55% BN và kéo dài trong 2 năm (C. Wood 1996)
 - Chống CD BN chưa có con hay còn muốn sanh thêm con
 - Thực hiện qua NS hay mổ mở

42

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

– Đốt điện cơ tử cung qua nội soi (laparoscopic myometrial electro coagulation):

- KT có thể áp dụng cho tổn thương khu trú hay lan tỏa
- Không kiểm soát được mức độ phá hủy tổn thương đến đầu vào thời điểm PT
- Có thể gây ra hậu quả làm cơ TC không dẫn nở vì LTNMTCCTC vốn dĩ đã không bình thường có thêm sẹo trên đó
- Mức độ phá hủy cơ TC lan rộng lớn hơn rất nhiều so với PT cắt lấy khối mô LTNMTCCTC

43

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Kỹ thuật này được chỉ định cho BN LTNMTC CTC lan rộng nằm thành trước hay thành sau TC

- > 40 tuổi
- không đáp ứng điều trị nội tiết
- không thể cắt lấy khối LTNMTCCTC, BN không muốn cắt TC
- không muốn có con hay có thêm con
- từ chối tất cả những điều trị PT khác
- kỹ thuật này có thể lặp đi lặp lại cho đến khi mãn kinh

44

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Đánh giá hiệu quả điều trị của kỹ thuật qua

SÃ hoặc MRI:

- cơ TC ít dày hơn
- ít mạch máu tăng sinh
- có những vùng cơ bình thường có thể nhìn thấy được

Lâm sàng:

- cải thiện đáng kể các triệu chứng LS
- cần khuyến khích bệnh nhân triệt sản hay ngừa thai vì nguy cơ vỡ TC

45

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

– Cắt bỏ cơ tử cung (myometrial resection):

- có thể được thực hiện dễ dàng khi không liên quan nhiều phần cơ TC
- khối lượng cơ TC không mất nhiều → TC dẫn nở dễ dàng khi có thai
- sẹo không rộng và không sâu
- có thể đánh giá lại độ sâu, độ rộng của sẹo và mô LTNMTCCTC sót lại sau mổ nhờ MRI và SA
- Cần khuyến khích BN này mang thai sớm

46

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Nội soi cắt TC một phần hoặc bán phần (laparoscopic partial or subtotal hysterectomy):

- khi LTNMTC CTC chiếm hơn 1/3 cơ TC
- không có nhu cầu sanh con
- CĐ cắt một hay bán phần TC để lại ít mô cơ bình thường
- So với cắt TC bán phần thì cắt TC một phần hay bán phần có nhược điểm là để lại cổ TC, nếu xảy ra tổn thương ác tính thì việc mổ lại rất khó khăn, cũng như có tái phát LTNMTC CTC trên phần để lại
- tuy nhiên trong bệnh cảnh LTNMTCCTC việc cắt TC toàn phần có thể → tai biến không mong đợi (tổn thương ruột, niệu quản, BQ...), chảy máu nhiều, kéo dài thời gian PT, giảm chức năng BQ và ảnh hưởng quan hệ tình dục sau mổ (Wood và maher 1997)

47

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Cắt TC toàn phần (total hysterectomy):

- là PT tận gốc
- KT khó có thể → tổn thương các tạng lân cận (ruột, bàng quang, niệu quản...)
- kéo dài thời gian PT
- Thời gian nằm viện dài hơn các KT bảo tồn (Wood và Maher 1997)

Ngoài ra:

- cắt TC toàn phần ngã âm đạo hay ngã nội soi (vaginal or laparoscopic hysterectomy)
- truyền tắc động mạch TC → nhân xơ không phát triển (Ravina 1995) do vậy có thể áp dụng được trong LTNMTCCTC, tuy nhiên chưa có nghiên cứu rõ về KT này

48

TÓM TẮT

- LTNMTC : bệnh lý trong đó có sự xâm nhập lành tính của NMTC vào cơ TC → tạo ra các đảo NMTC trong cơ, kèm phì đại và tăng sản cơ trơn TC xung quanh
- Có thể gặp ở dạng lan tỏa hay dạng khu trú
- Lâm sàng có thể nhầm lẫn với một số bệnh lý PK khác, với các dấu hiệu như: cứng kinh, đau bụng, tử cung tăng kích thước... nhưng có thể cũng không có triệu chứng gì, hiện nay chưa có bằng chứng LTNMTCCTC gây vô sinh, sẩy thai...

49

TÓM TẮT

- Chẩn đoán xác định LTNMTCCTC chỉ khi có mô học sau khi đã cắt TC
- Tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh như SÂ đầu dò và MRI → chẩn đoán sớm có LTNMTCCTC
- MRI với giá thành cao và khó thực hiện nhanh chóng đơn giản → SÂ với các tiêu chuẩn của nó đã trở thành một XN thường qui trong thực hành, với độ nhạy 83% và độ chuyên là 85%

50

TÓM TẮT

- Dạng phổ biến LTNMTCCTC đa phần là lan tỏa, dạng khu trú → chẩn đoán khó khăn hơn, thách thức cho cả SA và MRI
- Trường hợp khó khăn, nếu SÂ gợi ý LTNMTCCTC → MRI sẽ hữu ích, nhất là khi quyết định can thiệp PT, còn giúp phân biệt một hay đa nhân
- Điều trị LTNMTC CT có thể nội hay ngoại khoa, chỉ định ngoại khoa khi điều trị nội khoa không có hiệu quả
- Nhiều pp điều trị ngoại khoa từ bảo tồn đến tận gốc với nhiều KT khác nhau dựa trên yếu tố bệnh nhân, tổn thương, kỹ năng phẫu thuật

51

Chân thành cảm ơn

52