

U TÂN SINH NGUYÊN BÀO NUÔI THAI KỲ (Gestational Trophoblastic Neoplasia)

Tờ rơi này nhằm giúp bạn hiểu về khối u tân sinh nguyên bào nuôi thai kỳ, xét nghiệm nào cần và sự quan trọng của việc chẩn đoán đối với bạn và gia đình bạn.

U tân sinh nguyên bào nuôi thai kỳ là gì?

Khối u tân sinh nguyên bào nuôi thai kỳ (GTN) là một khối u ác tính có nguồn gốc từ mô nhau thai của lần mang thai trước.

GTN phát triển như thế nào?

GTN phát triển từ mô nguyên bào nuôi, được tạo thành từ các tế bào nguyên bào nuôi bao quanh trứng đã thụ tinh trong tử cung. Tiền căn mang thai trứng, đặc biệt là thai trứng toàn phần, là tổn thương tiền thân phổ biến nhất của GTN. Tuy nhiên, GTN cũng có thể phát triển sau một thai kỳ bình thường trước đó hoặc sau sảy thai, mặc dù trường hợp này hiếm gặp hơn nhiều. Có nhiều loại GTN khác nhau, một số loại phát triển nhanh chóng và lan sang các cơ quan khác trong cơ thể (di căn), một số khác phát triển rất chậm và hiếm khi di căn.

GTN thường gặp như thế nào?

GTN rất hiếm gặp. Thai trứng xảy ra ở khoảng 1/1000 ca mang thai. Thai trứng toàn phần tiến triển thành GTN trong 15% và thai trứng bán phần trong 1% trong tất cả các trường hợp. GTN sau khi mang thai thường hoặc sảy thai là rất hiếm và xảy ra ở khoảng 1/40.000-50.000 ca mang thai.

GTN được phát hiện như thế nào?

Phần lớn phụ nữ mắc GTN được chẩn đoán sau lần mang thai trứng trước đó khi nồng độ hormone hCG không giảm như mong đợi trong thời gian giám sát. Có thể không có bất kỳ triệu chứng nào cả. Phụ nữ mắc GTN sau khi mang thai bình thường hay bị chảy máu âm đạo hoặc hiếm gặp hơn là các triệu chứng từ các vị trí di căn, chẳng hạn như ho hoặc nhức đầu. Cũng có thể gặp các triệu chứng liên quan đến thai kỳ như buồn nôn và đau ngực.

Có nhiều loại GTN khác nhau không?

Có, có nhiều loại GTN khác nhau: thai trứng xâm lấn, ung thư biểu mô màng đệm, khối u nguyên bào nuôi ở vị trí nhau thai (PSTT) và khối u nguyên bào nuôi biểu mô (ETT). Phổ biến nhất là thai trứng xâm lấn sau lần mang thai trứng trước đó. Ung thư biểu mô màng đệm, PSTT và ETT rất hiếm gặp có thể xảy ra sau bất kỳ hình thức mang thai nào.

Các yếu tố nguy cơ đối với GTN là gì?

Yếu tố nguy cơ chính đối với GTN là mang thai trứng trước đó.

Tiên lượng cho phụ nữ mắc GTN là gì?

Phụ nữ mắc GTN được phân loại thành nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ cao dựa trên các biến số trước điều trị bao gồm thể tích và hoạt động của khối u, tuổi tác và loại thai trước đó. Tiên lượng nói chung là rất tốt. Phụ nữ mắc GTN nguy cơ thấp có tỷ lệ chữa khỏi dự kiến là 100%, trong khi phụ nữ mắc GTN nguy cơ cao có tỷ lệ chữa khỏi trên 90%. Tiên lượng xấu hơn khi di căn đến gan và/hoặc não.

GTN có thể được chẩn đoán như thế nào?

Việc chẩn đoán GTN sau thai trứng trước đó chủ yếu dựa trên sự thay đổi của nồng độ hCG và GTN sau khi mang thai bình thường phát hiện trên X quang và nồng độ hCG tăng lên nhiều. Cần sinh thiết hoặc lấy mẫu mô để chẩn đoán PSTT và ETT. Siêu âm được sử dụng để đánh giá xem có tổn thương nào trong tử cung hay không và nếu có thì kích thước và vị trí của tổn thương.

GTN nên được điều trị như thế nào?

Nền tảng của điều trị GTN là hóa trị. Loại hóa trị được sử dụng dựa trên hệ thống tính điểm nguy cơ tiên lượng. Phẫu thuật, thường là cắt bỏ tử cung, rất quan trọng trong điều trị PSTT và ETT, đồng thời cũng có thể là giải pháp thay thế cho những phụ nữ đã đủ con và chỉ mắc bệnh khu trú ở tử cung. Phẫu thuật cũng có thể được sử dụng để điều trị cục bộ các bệnh kháng thuốc.

Tôi nên hỏi những câu hỏi nào khác?

- Tôi có loại GTN nào?
- Khối u đang ở giai đoạn nào và điểm nguy cơ của tôi là bao nhiêu?
- Tôi sẽ nhận được loại hóa trị nào?
- Tiên lượng của tôi là gì?
- Khi nào tôi có thể mang thai lần nữa?

Cập nhật lần cuối vào tháng 5 năm 2022