

SIÊU ÂM ĐÁNH GIÁ PHỤ NỮ XUẤT HUYẾT HẬU MÃN KINH

Bs. Hà Tố Nguyên

Bs. Đoàn Thị Phi Lynh

Khoa Chẩn đoán hình ảnh – BV Từ Dũ

1. Định nghĩa:

Xuất huyết hậu mãn kinh (XHHMK): xuất huyết từ âm đạo ở phụ nữ HMK ngoài chu kỳ ra huyết mong đợi do sử dụng liên tục nội tiết thay thế (NTTT).

2. Ba vấn đề cần thảo luận chính:

- a. Siêu âm đầu dò âm đạo trong việc đánh giá phụ nữ XHHMK.
- b. Nội mạc tử cung mỏng có đủ cơ sở để loại trừ các xét nghiệm xâm lấn khác.
- c. Chọn ngưỡng cắt của bề dày NMTC nào là an toàn để dưới ngưỡng cắt này thì được xem là âm tính.

3. Tóm lược:

- K nội mạc tử cung: 1-25% các trường hợp XHHMK, phụ thuộc tuổi, yếu tố nguy cơ.
- KNM là bệnh phụ khoa thường gặp nhất. Hơn 90% xảy ra ở phụ nữ > 50 tuổi và chảy máu là triệu chứng phổ biến nhất.
Trước năm 1982, chẩn đoán thường dựa vào nong nạo. Gần đây hơn, dùng kỹ thuật hút mô nội mạc (HMNM) có độ nhạy 85% phát hiện KMN (tiện hơn và ít tổn kém hơn nong và nạo).
- So với HMNM, SAAĐ phổ biến đánh giá nội mạc (phương pháp này có âm tính giả bằng hoặc hơi thấp hơn so với HMNM cho phát hiện KNM). SAAĐ cho hình ảnh rất hữu dụng bởi vì KNM hầu như luôn có lớp nội mạc dày không đồng nhất và hiếm khi hiện diện khi NM mỏng.
- NM như thế nào là mỏng? Ngưỡng 4-5 mm là có giá trị và độ nhạy cho phát hiện KNM 95%. NM mỏng có thể được sử dụng để loại trừ KNM.

*** SAAĐ được sử dụng trong 2 phần quan trọng:**

+ SAAĐ là bước đầu tiên trong việc đánh giá NM ở phụ nữ XHHMK. So với HMNM, SAAĐ không tổn hại và tỷ lệ phát hiện trên 95%. Có 5-15% bệnh nhân HMNM không thể thực hiện được do hẹp CTC hoặc tổn thương CTC (khi đó cần SAAĐ hơn).

+ SAAĐ rất hữu dụng ở nhóm phụ nữ mà HMNM không chẩn đoán được.

5 CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Đây là bằng chứng cho thấy hiệu quả của SAAĐ so với HMNM?

- SAAĐ cũng như HMNM đều là bước đầu tiên có hiệu quả trong việc đánh giá phụ nữ XHHMK.
- Phụ nữ được cho là có nguy cơ cao của KNM (trên 60 tuổi, không sử dụng HRT hay điều trị estrogen đối kháng, hay phụ nữ béo phì, tiểu đường) HMNM có thể được chọn đầu tiên của việc đánh giá này.

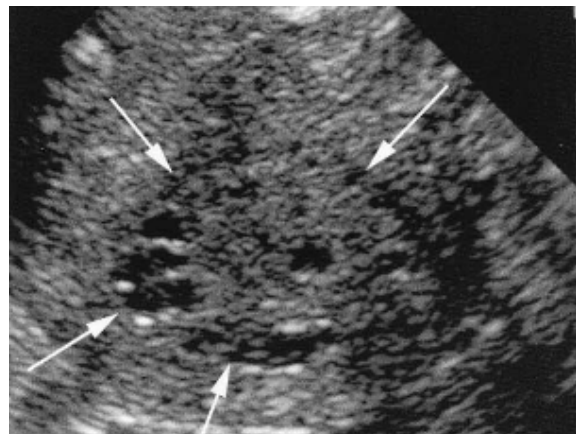
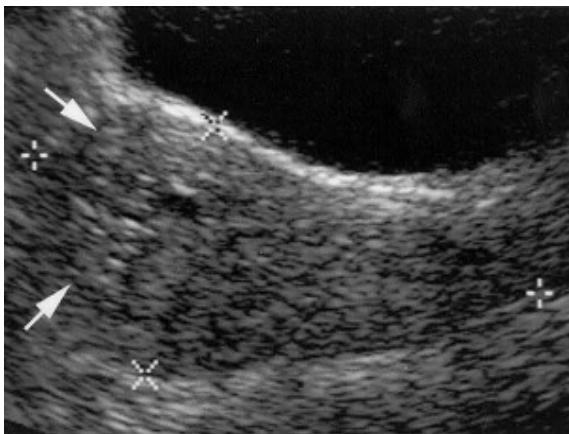
2. Tiêu chuẩn siêu âm cho việc đánh giá phụ nữ XHHMK :

- Nếu dùng siêu âm để loại trừ KNM cần thực hiện theo những tiêu chuẩn sau:
 - * Đầu dò 5-10MHZ, bàng quang trống và đo 2 lớp dày của nội mạc,
 - * Nên cắt ngang, dọc TC cho việc đánh giá NM và cũng nên thấy cả CTC, đáy và sừng TC. Nên khảo sát xem 2 phần phụ mạc dù khó có thể thấy ở nhóm phụ nữ này.



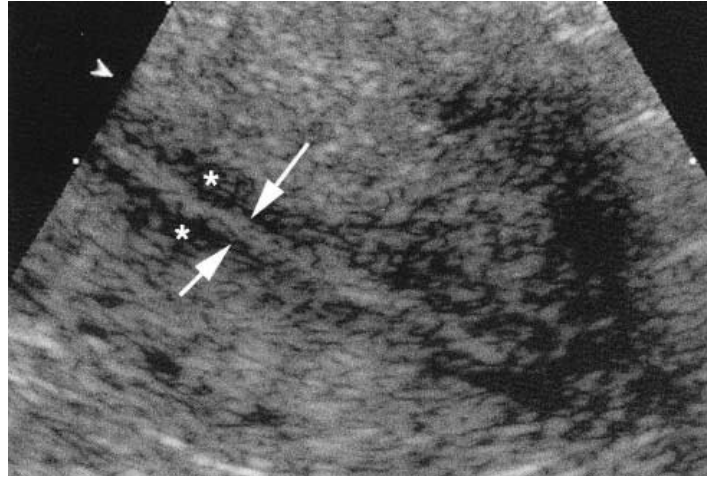
Hình 1: Hình ảnh NM được nhìn thấy một cách toàn diện với SAAĐ.

- SA ngã bụng không hiệu quả trong việc đánh giá phụ nữ XHHMK bởi vì sự biến mất NM và đường viền NM nhưng kết hợp với SA bụng để không bỏ sót khối lớn và dịch ổ bụng (H.2A, 2B).

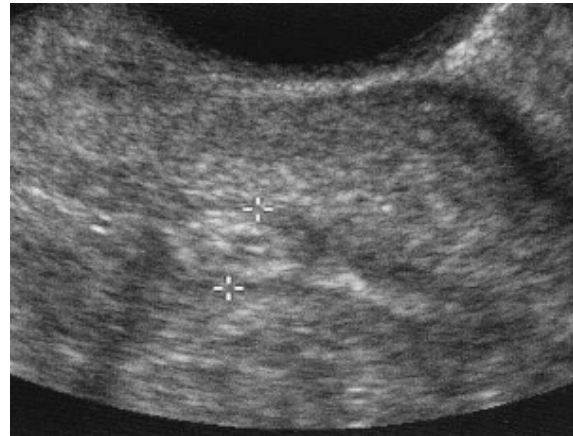


Hình 2: Hình ảnh của polyp NM được thấy rõ với siêu âm với SAAĐ (B) hơn là siêu âm bụng(A).

- NM nên đo theo trục dọc TC và đo ở phần rộng nhất của NM (H.3, H.4)



Hình 3: NM nên đo ở 2 lớp dày của NM(dấu mũi tên), tránh đo ở lớp cơ tử cung(dấu hoa thị).



Hình 4: (A): NMTC mỏng, (B): NM dày khu trú bất thường đó là hình ảnh của polyp NM.

- Một lượng dịch nhỏ trong lòng tử cung ở 1 vài phụ nữ XHHMK nên trừ ra khi tính NM (H.5)



Hình 5: Một ít dịch trong lòng tử cung nên tràn ra khi đo bề dày NM.

- NM nên được quan sát toàn diện, nếu NM không được thấy do sự làm mờ của u xơ, hoặc nếu đường viền NM không rõ ràng cho việc đo 2 lớp NM thì nên có phương pháp khác cho việc đánh giá NM trong trường hợp này (H.6).



Hình 6: Hình ảnh SAAD không rõ ràng. Ở vị trí hoa thị NM không được đánh giá hoàn toàn do đó dễ bỏ sót K NM.

- Sự không rõ ràng của bờ NM thường rất phổ biến trong trường hợp xâm lấn K.

3. Các hình ảnh bất thường trên siêu âm ở phụ nữ XHHMK:

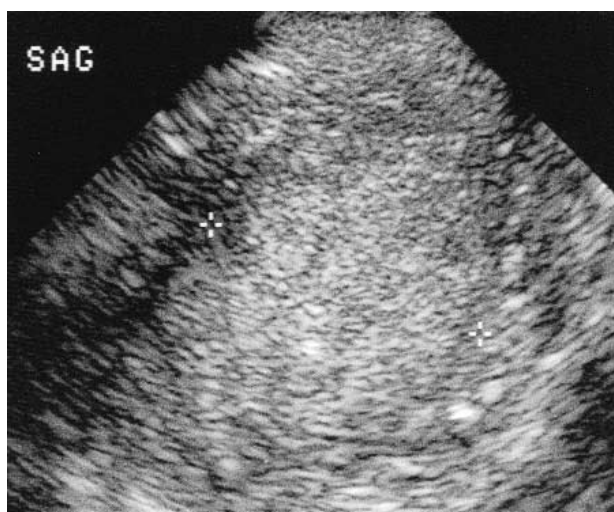
(A) Khi NM > 5mm:

Kết luận được dựa trên 2 cơ sở sau: (1) gần như tất cả bệnh nhân KNM có NM >5mm, (2) nếu dùng ngưỡng này thì độ nhạy của SAAĐ bằng với HMNM.

Ngưỡng 5mm không được áp dụng đối với phụ nữ không có triệu chứng, tình cờ phát hiện NM dày trên siêu âm. Hiện vẫn chưa xác định được giới hạn trên của bề dày NM tử cung ở phụ nữ XHHMK bình thường không xuất huyết âm đạo.

(B) Vùng dày khu trú:

- KNMT chỉ chiếm 10% các trường hợp, nhưng polyp, nhân xơ và tăng sản chiếm 40%.
- Một vùng NM dày bất thường cần được khảo sát tiếp theo như HMNM, bơm dịch lòng và nội soi buồng tử cung kèm sinh thiết (H.7).



Hình 7: K NM, siêu âm bụng cho thấy NM dày không rõ ràng.

(C) Bờ NM tử cung có giới hạn không rõ:

- KNM tử cung thường lan rộng trong buồng tử cung, làm NMTC dày lên và ranh giới của đường NM không rõ ràng.
- Giới hạn của đường NM không rõ còn gặp trong các bệnh lý lành tính như lạc NM trong cơ tử cung.

(D) SA không có giá trị chẩn đoán khi không quan sát được toàn bộ NMTC bởi vì hình ảnh không rõ ràng này có thể xảy ra với KNM và được xem như SA (+), cần thực hiện các xét nghiệm tiếp theo.

4. Khi nào bơm dịch lòng hay nội soi buồng TC nên được sử dụng để đánh giá phụ nữ XHHMK?

- Cả bơm dịch lòng và nội soi buồng TC đều thích hợp khi có NMTC dày bất thường được nghi ngờ trên SAAĐ.
- Ưu điểm của nội soi buồng TC cho phép sinh thiết khối nghi ngờ nên đa số thích soi buồng mặc dù cần gây mê hay gây tê và tốn tiền.
- Bơm dịch lòng được thực hiện rất an toàn và dễ dàng mà không cần gây tê hay mê. Do đó đa số thích áp dụng bơm dịch lòng khi NM nghi ngờ bất thường trên SAAĐ, tiếp theo là nội soi buồng TC có thể lấy đi khối bất thường nếu thích hợp.
- Bơm dịch lòng giúp chọn lựa bước tiếp theo chính xác hơn: nếu NMTC dày lan tỏa thì sẽ thực hiện tiếp nong và nạo, nếu khu trú: nội soi buồng tử cung (H.8).



Hình 8: Với bơm dịch lòng cho thấy NM dày khu trú ở một vài nơi. Bệnh nhân này nên nội soi buồng tử cung và sinh thiết.

Bơm dịch lòng sẽ là lựa chọn tốt để đánh giá khi có sự khác nhau giữa SAAĐ và HMNM (H.9).

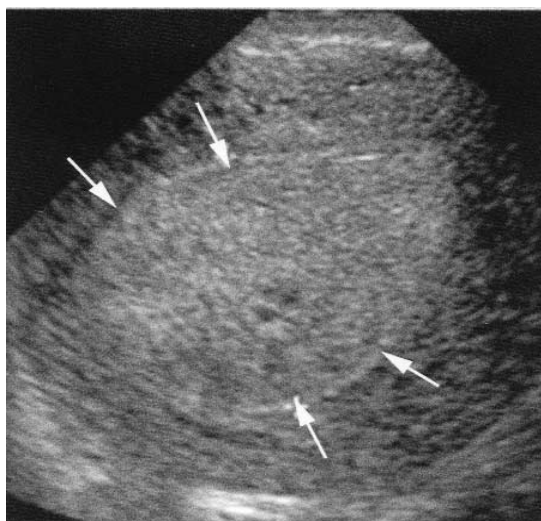


Hình 9: SAAĐ ở phụ nữ XHHMK cho thấy NM dày có chứa nhiều nang nhỏ. Với hút mô NM kết quả bình thường, bệnh nhân này nên làm thêm bơm dịch lòng.

- Vấn đề quan trọng là phát hiện và điều trị các bất thường lành tính ở phụ nữ XHHMK còn giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và tỷ lệ sống còn ở phụ nữ.
- Tất cả phụ nữ XHHMK nên làm bơm dịch lòng vì bơm dịch lòng nhạy hơn so với SAAĐ và HMNM cho phát hiện bất thường khu trú của NM. Bơm dịch lòng theo “Bree at al” cho thấy polyp chiếm 47%, TSNM 4% ở phụ nữ XHHMK. Nhưng theo Neale at al gần 35% phụ nữ XHHMK không triệu chứng có NM bất thường được phát hiện bằng bơm dịch lòng.

5. Phát đồ có nên thay đổi đối với bệnh nhân sử dụng NTTT, Tamoxifen hoặc các đơn vị thụ thể estrogen lựa chọn khác?

- Độ nhạy cho phát hiện KNM không khác nhau giữa sử dụng hay không sử dụng NTTT, nhưng dương tính giả của phát hiện trên SA ở người sử dụng Hormone là cao hơn ở người không sử dụng NTTT. Do đó cần thêm các xét nghiệm phụ trợ ngoài SAAĐ và đưa đến chi phí cao hơn cho đánh giá hoàn chỉnh đối với bệnh nhân sử dụng NTTT. Do đó cần thêm các xét nghiệm phụ trợ khác ngoài SAAĐ và đưa đến chi phí cao hơn cho đánh giá hoàn chỉnh đối với bệnh nhân sử dụng NTTT
- Đối với bệnh nhân sử dụng NTTT nên siêu âm vào ngày t4- t5 sau sạch kinh, bệnh nhân sử dụng NTTT liên tục thì siêu âm thực hiện ở bất kỳ thời điểm nào của tháng.
- Điều trị Tanoxifen làm tăng dày lớp NM bao gồm polyps, TSNM, KNM (H.10). Sử dụng ngưỡng 5mm và siêu âm có thể thực hiện ở bất kỳ thời điểm nào của tháng.



Hình 10: Ảnh hưởng của Tamxifen. SAAĐ cho thấy NM dày, đây là hình ảnh không chuyên biệt có thể là TSNM, polyp hoặc là K NM.

Theo J.Clin Ultrasound June 2004, 32(5) 219-24

+ **Không bệnh nhân nào KNM có NM < 5mm**

18,5% KNM khi NM = 9mm

2,6% KNM ở pn mãn kinh < 5 năm

21,4% KNM ở pn mãn kinh > 15 năm

+ **Sử dụng ngưỡng 6mm ở pn mãn kinh 5-15 năm**

+ **Sử dụng ngưỡng 5mm ở pn mãn kinh >15 năm**

KẾT LUẬN:

1. SAAĐ là xét nghiệm an toàn và khởi đầu để đánh giá phụ nữ XHHMK.
2. Nếu NMTC được nhìn thấy rõ và bề dày > 5mm, xét nghiệm được xem là âm tính và loại trừ K NMTC.
3. Trong trường hợp HMNM không thể chẩn đoán được, NMTC mỏng là bằng chứng để không cần thực hiện các xét nghiệm sinh thiết khác.
4. Cả SAAĐ và HMNM đều có thể bỏ sót các nguyên nhân lành tính của XHHMK.

Trích dẫn tài liệu:

1. *J Ultrasound Med* 20:1025-1036, 2001
2. *J Clin Ultrasound jun*, 32(5) 219-24, 2004