



DÍNH BUỒNG TỬ CUNG: CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

TS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

MỞ ĐẦU

Dính buồng tử cung là hậu quả của những tổn thương buồng tử cung. Dính buồng tử cung có thể ở mức độ nhẹ là dải sợi dính bắc ngang qua bề mặt buồng tử cung, đến mức độ nặng là dính chặt toàn bộ buồng tử cung.

NGUYÊN NHÂN (Schenker JG, 1996; Al-Inany H, 2001; Polishuk WZ và cs., 1975)

- Nạo phá thai, nạo kiểm tra trong trường hợp sót nhau sau sinh hoặc sau sẩy thai chiếm 90%.
- Nạo lần hai sẽ tăng nguy cơ dính buồng tử cung 8% so với nạo lần đầu, nếu nạo lần 3 sẽ tăng nguy cơ dính buồng tử cung lên đến 30%.

- Tổn thương buồng tử cung sau bóc nhén xơ tử cung, nạo sinh thiết.
- Vai trò nhiễm trùng sau sinh hoặc sau sẩy thai gây dính buồng tử cung vẫn còn bàn cãi và dữ liệu còn hạn chế.
- Lao sinh dục gây dính buồng tử cung thường ở mức độ nặng.

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Dính buồng tử cung có thể không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ. Những triệu chứng có thể gặp trong dính buồng tử cung:

- Vô sinh, rối loạn kinh nguyệt (vô kinh hoặc thiếu kinh).
- Đau vùng chậu có chu kỳ.
- Sẩy thai liên tiếp.

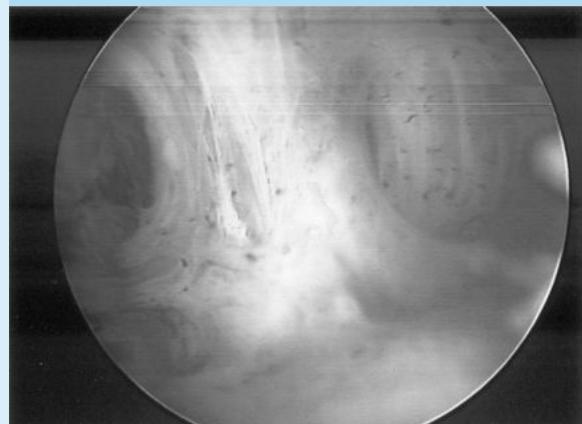
Ước tính có 43% phụ nữ dính buồng tử cung bị vô sinh (Al-Inany H, 2001). Vô kinh do dính buồng tử cung được mô tả lần đầu vào năm 1894. Nhưng đến năm 1948, Asherman mô tả tình trạng rối loạn kinh nguyệt này, từ đó vô kinh do dính buồng tử cung được gọi là hội chứng Asherman.

CHẨN ĐOÁN

(Soares SR và cs., 2000; Roma Dalfó A và cs., 2004; Shalev J, 2000; Fedele L, 1996)

Chẩn đoán dính buồng tử cung dựa vào quan sát gián tiếp qua hình ảnh học hoặc quan sát trực tiếp qua nội soi buồng tử cung.

- Hình ảnh học: chụp buồng tử cung-tai vòi có cản quang; siêu âm quan sát buồng tử cung qua ngả âm đạo, siêu âm có truyền nước muối sinh lý vào buồng tử cung. Trong một nghiên cứu so sánh chụp buồng tử cung-tai vòi có cản quang, siêu âm ngả âm đạo với nội soi buồng tử cung nhận thấy độ nhạy là 75%. Một nghiên cứu khác nhận thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của chụp buồng tử cung-tai vòi có cản quang trong chẩn đoán dính buồng tử cung là 81,2% và 80,4%.
- Thuận lợi của siêu âm có truyền nước muối sinh lý vào buồng tử cung là không liên quan đến tia bức xạ và các bác sĩ lâm sàng có thể thực hiện tại phòng khám. Ngược lại, chụp buồng tử cung-tai vòi có cản quang phải được thực hiện trong điều kiện phù hợp với bức xạ (phòng chụp được trang bị chì, nhân viên chuyên về X-quang...)
- Thuận lợi của chụp buồng tử cung-tai vòi có cản quang là có khả năng đánh giá tai vòi.
- Với siêu âm ngả âm đạo, các chuyên gia siêu âm có kinh nghiệm báo cáo độ nhạy 80-90% trong chẩn đoán dính buồng tử cung.
- Tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán dính buồng tử cung là nội soi buồng tử cung (*Hình 1*).



Hình 1. Nội soi buồng tử cung

BỆNH HỌC

Dính buồng tử cung có thể xuất phát từ nội mạc tử cung, cơ tử cung hoặc mô liên kết. Những dải dính có kích thước từ mỏng đến dày, với hai đầu bên nở rộng hơn phần giữa. Dính ở bờ viền nội mạc tử cung đến chiếm toàn bộ buồng tử cung. Dính phần nội mạc có màu hồng của nội mạc, dính phần cơ có màu xanh tái và chắc. Dính buồng tử cung do tổn thương lao cho hình ảnh tổ ong (Roma Dalfó A và cs., 2004; Fedele L và cs., 1996).

XỬ TRÍ

(AAGL, 2010; Fernandez H, 2000; Thomson AJ; 2007)

Gỡ dính

Điều trị chuẩn của dính buồng tử cung là gỡ dính qua quan sát trực tiếp nội soi buồng tử cung. Mục đích phẫu thuật là bảo tồn kích thước và hình dạng của khoang nội mạc tử cung, cũng như chức năng nội mạc tử cung và khả năng sinh sản.

Lưu ý khi nong cổ tử cung do dính quá chặt có thể gây thủng, vì vậy khi cần có thể nong cổ tử cung dưới hướng dẫn của siêu âm. Trong quá trình tách dính cần cẩn trọng hết mức, nên di từ vùng ít dính đến vùng dính nhiều và tránh đi vào cơ tử cung.

Phòng ngừa dính buồng tử cung tái phát

Dùng estrogen liều cao sau mổ để kích thích sự phát

triển của nội mạc tử cung. Dùng ngay từ ngày đầu sau mổ. Liều dùng: 5mg estrogen liên hợp hoặc 8mg estradiol, chia liều mỗi ngày trong 30 ngày, sau đó dùng thêm progesterone: 10mg medroxyprogesterone acetate mỗi ngày, từ ngày 21 đến ngày 30 của liệu trình estrogen.

Có thể đặt ống thông Foley vào buồng tử cung, bơm 5ml nước cất, hoặc đặt vòng tránh thai vào buồng tử cung ngay sau gõ dính. Rút ống thông Foley sau 10 ngày, tháo vòng sau 3 tháng.

THEO DÕI

Nên siêu âm ngả âm đạo hoặc chụp buồng tử cung-tai vì có cản quang sau mổ gõ dính 3 tháng (Thomson AJ và cs., 2007).

Tài liệu tham khảo

1. AAGL. Practice Report: Practice Guidelines for Management of Intrauterine Synechiae. J Minim Invas Gynecol 2010;17:1.
2. Al-Inany H. Intrauterine adhesions. An update. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:986.
3. Fedele L, Bianchi S, Dorta M, Vignali M. Intrauterine adhesions: detection with transvaginal US. Radiology 1996;199:757.
4. Fernandez H, Gervaise A, de Tayrac R. Operative hysteroscopy for infertility using normal saline solution and a coaxial bipolar electrode: a pilot study. Hum Reprod 2000; 15:1773.
5. Polishuk WZ, Antebi SO, Weinstein D. Puerperal endometritis and intrauterine adhesions. Int Surg 1975;60:418.
6. Roma Dalfó A, Ubeda B, Ubeda A, et al. Diagnostic value of hysterosalpingography in the detection of intrauterine abnormalities: a comparison with hysteroscopy. AJR Am J Roentgenol 2004;183:1405.
7. Schenker JG. Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996;65:109.
8. Shalev J, Meizner I, Bar-Hava I, et al. Predictive value of transvaginal sonography performed before routine diagnostic hysteroscopy for evaluation of infertility. Fertil Steril 2000;73:412.
9. Soares SR, Barbosa dos Reis MM, Camargos AF. Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases. Fertil Steril 2000;73:406.
10. Thomson AJ, Abbott JA, Kingston A, et al. Fluoroscopically guided synechiolysis for patients with Asherman's syndrome: menstrual and fertility outcomes. Fertil Steril 2007;87:405.



website hàng đầu về sản phụ khoa và vô sinh