



# VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN LẠC NỘI MẶC TỬ CUNG

ThS. Hà Tố Nguyên

Bệnh viện Từ Dũ

## MỞ ĐẦU

Lạc tuyến nội mạc tử cung là một bệnh lý lành tính và mạn tính, do tuyến nội mạc tử cung nằm lạc chỗ ngoài buồng tử cung. Tần suất bệnh thay đổi tùy theo dân số nghiên cứu cũng nhu phương pháp chẩn đoán, tuy nhiên, về cơ bản thì lạc nội mạc tử cung ảnh hưởng khoảng 10-15% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Siêu âm âm đạo là một phương tiện chẩn đoán phổ biến và rất có giá trị, tuy nhiên, bệnh lý này thường bị bỏ qua, do vậy mà nhiều bệnh nhân chưa được điều trị đúng.

Lạc tuyến nội mạc tử cung vùng chậu được chia thành hai thể:

- Lạc nội mạc bên trong: lạc tuyến nội mạc trong cơ tử cung (adenomyosis)
- Lạc nội mạc bên ngoài: lạc tuyến nội mạc ở buồng trứng, dây chằng tử cung cùng, túi cùng Douglas và ít gặp hơn là ở âm đạo, vách âm đạo trực tràng, ruột non, trực tràng, đường niệu, bàng quang, phổi, não...

## LÂM SÀNG

Đau mạn tính và rối loạn kinh nguyệt là triệu chứng thường gặp trong lạc nội mạc vùng chậu. Đau khi hành kinh là triệu chứng hay gặp nhất, đau khi giao hợp, đau vùng chậu mạn tính ít gặp hơn. Vị trí đau có thể giúp xác định vị trí cơ quan bị lạc nội mạc như: đau khi hành

kinh thường là lạc trong cơ tử cung, đau khi giao hợp thường là lạc ở âm đạo, đau khi đi cầu, đi tiểu là do lạc nội mạc ở đường tiêu hóa, đường niệu.

## LẠC TUYẾN NỘI MẠC TRONG CƠ TỬ CUNG (ADENOMYOSIS)

Về phương diện giải phẫu bệnh, lạc tuyến nội mạc trong cơ tử cung được chẩn đoán khi có mô tuyến và mô đệm nầm lạc chỗ trong cơ tử cung. Điều này làm cho lớp cơ trơn bị tăng sản phì đại nên tử cung nhìn trên đại thể sẽ tăng kích thước và có hình tròn. Vùng chuyển tiếp kế nội mạc tử cung là vùng được tìm thấy có lạc tuyến nội mạc nhiều nhất và vùng này thường chỉ được quan sát rõ trên cộng hưởng từ hoặc siêu âm 3 chiều. Bệnh có thể được chia làm hai thể: khu trú (adenomyoma) hoặc toàn thể (adenomyosis).

Siêu âm ngã âm đạo sẽ cho những hình ảnh khá điển hình. Cơ bản, có hai loại hình ảnh: khu trú và lan tỏa.

- Hình ảnh lan tỏa (dạng thường gặp nhất):
  - Tử cung lớn, hình tròn, cơ tử cung dày không đối xứng, thành trước thường dày hơn thành sau.
  - Những đường sọc echo kẽm xen kẽ với đường sọc echo dày chạy từ lớp nội mạc vào trong lớp cơ tử cung (hình ảnh mưa rơi trong rừng – Rain in Forest).
  - Những nốt echo trống, điển hình là 2-3mm nằm trong cơ tử cung, thường là ở vùng chuyển tiếp.



Hình 1a. Hình ảnh mưa rơi



Hình 1b. Nốt echo trống vùng chuyển tiếp



Hình 2. Lạc tuyến nội mạc trong cơ dạng khu trú

Trường hợp không điển hình có thể lớn 2-3cm.

- Mất đường ranh giới giữa lớp nội mạc và cơ tử cung: do vùng chuyển tiếp là vùng bị lạc tuyến nội mạc tử cung nhiều nhất.
  - Cảm giác nhạy đau trong quá trình siêu âm ngã âm đạo là một dấu hiệu khá đặc hiệu và là điểm ưu việt hơn so với cộng hưởng từ.
  - Siêu âm ngã âm đạo cắt dọc tử cung, tử cung lớn hình cầu, thành trước dày không đối xứng so với thành sau, bên trong có những đường sọc echo kẽm chạy xen kẽ echo dày từ lớp nội mạc vào trong cơ tử cung (Hình 1a). Dấu hiệu nổi echo trống nằm ở vùng chuyển tiếp (mũi tên) (Hình 1b).
- Hình dạng nốt khu trú (adenomyoma):
    - Khối echo kẽm, mật độ không đồng nhất, bờ không đều, kích thước thường vài mm đến vài cm nằm trong cơ tử cung, không có tín hiệu trên Doppler màu.
    - Cần chẩn đoán phân biệt với u xơ tử cung: khối echo kẽm, mật độ khá đồng nhất, do u xơ có vỏ bao nên cho hình ảnh bờ khá rõ. Trên Doppler có thể có những mạch máu nằm ở ngoại vi xung quanh u hoặc một mạch máu chạy thẳng vào vuông góc với khối u.
    - Hình ảnh lạc tuyến nội mạc trong cơ tử cung dạng khu trú: khối echo kẽm giới hạn không rõ với những đường sọc echo dày xen kẽ với đường sọc echo kẽm (Hình 2).

Trên thực tế, nhiều khi rất khó phân biệt rõ ràng trên siêu âm giữa hai loại tổn thương khu trú và lan tỏa. Ngoài ra, hai loại tổn thương này thường phối hợp với nhau, do đó xu hướng hiện nay gọi chung là nhóm bệnh lạc nội mạc tuyến trong cơ tử cung (adenomyosis) và không nhất thiết phải phân biệt là tổn thương dạng khu trú hay lan tỏa.

Sự chính xác của siêu âm chẩn đoán thay đổi tùy theo người siêu âm. Độ nhạy của siêu âm chẩn đoán lạc nội mạc tuyến trong cơ tử cung thay đổi 53-89%, độ đặc hiệu 50-99%.

Theo tác giả Bazot (2001), nếu siêu âm âm đạo nhìn thấy hình ảnh những đường sọc echo kém xen lẫn đường sọc echo dày và những nang nhỏ 2-3mm nằm ở vùng chuyển tiếp thì độ nhạy là 90% và độ đặc hiệu là 100% trong chẩn đoán lạc tuyến nội mạc trong cơ tử cung.

## VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM 3 CHIỀU

Vùng chuyển tiếp JZ (junctional zone) là vùng phụ thuộc nội tiết, nằm giữa lớp nội mạc và cơ tử cung. Vùng chuyển tiếp lần đầu tiên được mô tả trên MRI cách đây gần 20 năm. Trong bệnh cảnh lạc tuyến nội mạc trong cơ tử cung, các tế bào cơ trơn sẽ phì đại tăng sản bao quanh lớp nội mạc không đồng dạng và chúng ta có thể nhìn thấy trên MRI là T2, vùng chuyển tiếp bị phì đại dày lên dạng khu trú hoặc lan tỏa. Các tiêu chuẩn chẩn

đoán trên MRI: JZ  $\geq 12$ mm, JZ max/cơ tử cung dày nhất  $\geq 40\%$ , JZ max-JZ min  $> 5$ mm.

Siêu âm âm đạo B mode không nhìn thấy rõ vùng chuyển tiếp. Tuy nhiên siêu âm 3 chiều được cho là có thể quan sát rõ vùng này như MRI. Theo nghiên cứu của tác giả C. Exacoustos (2011), nếu JZ max-JZ min  $> 4$ mm thì độ nhạy là 88% và độ đặc hiệu là 83% trong chẩn đoán lạc tuyến nội mạc trong cơ tử cung (Hình 3).

## LẠC NỘI MẠC VÙNG CHẬU (PELVIS ENDOMETRIOSIS)

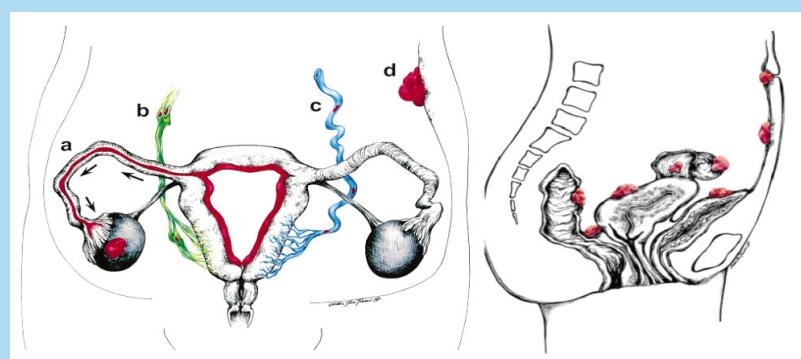
Dù nội soi vẫn còn là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán xác định và phân loại giai đoạn vì giúp nhìn thấy tổn thương và sinh thiết tổn thương. Tuy nhiên, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm ngã âm đạo và cộng hưởng từ đã góp phần đáng kể trong chẩn đoán và theo dõi điều trị. Siêu âm ngã âm đạo kết hợp với Doppler màu đã giúp chẩn đoán khá chính xác các loại u lạc nội mạc tử cung trong buồng trứng và nốt lạc nội mạc ở bàng quang. Ngược lại, cộng hưởng từ giúp chẩn đoán chính xác lạc nội mạc ở các vị trí khác như dây chằng tử cung cùng, âm đạo và ruột non (Hình 4).

## U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG (OVARIAN CYSTIC ENDOMETRIOSIS / ENDOMETRIOMA)

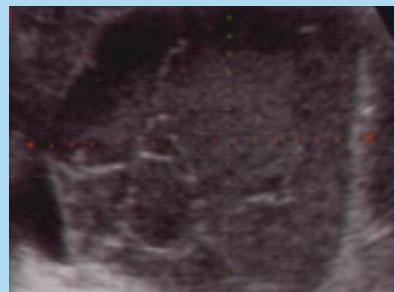
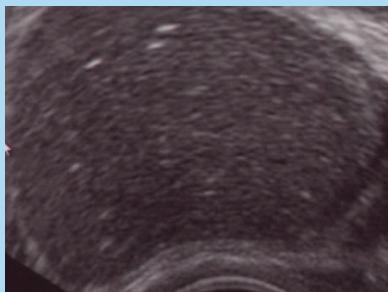
Điển hình của lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng trên siêu âm là một khối echo kém đồng nhất, một thùy,



Hình 3. Vùng chuyển tiếp phì đại dày lên



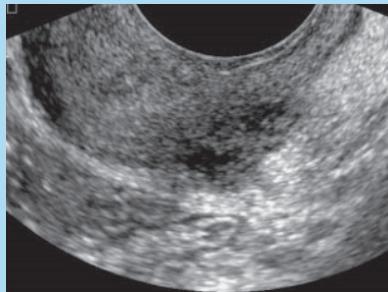
Hình 4. Các vị trí lạc nội mạc vùng chậu



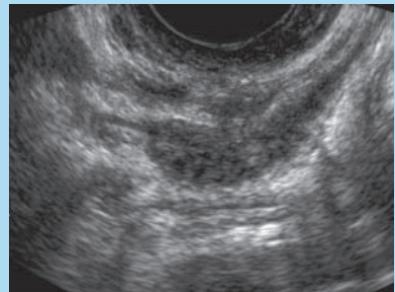
Hình 6. Các dạng lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng không điển hình



Hình 5. Dạng lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng điển hình



Hình 7. Ở mặt cắt ngang cổ tử cung, có một nốt echo kém bờ không đều nằm ở 1/3 giữa của dây chằng tử cung cùng bên trái



Hình 8. Ở mặt cắt dọc theo âm đạo có nốt lạc nội mạc echo kém có bờ không đều với đường viền echo dày nằm ở thành trước trực tràng

thành u mỏng và có giới hạn rõ do lớp mô đệm ở vỏ bao xung quanh, bên trong không có vách, không chồi, không hoặc rất ít tín hiệu trên Doppler màu (Hình 5).

Tuy nhiên, thực tế hình ảnh u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng rất đa dạng. Có thể là một khối echo kém có nhiều chấm phản âm echo dày bên trong giống như u bì, có chồi (do cục máu đông co cụm và thường tách biệt khỏi thành u) hay nhiều vách, nhiều thùy (chẩn đoán phân biệt với u bọc dịch trong). Theo một nghiên cứu đa trung tâm ở Châu Âu-IOTA (Van Holsbeke và cs., 2010), chỉ có 416/713 (51%) u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng có hình ảnh điển hình là một khối đơn thùy, echo kém đồng nhất như trên (Hình 6).

## LẠC TUYẾN NỘI MẠC TỬ CUNG SÂU (DEEP PELVIS ENDOMETRIOSIS)

Lạc tuyến nội mạc tử cung sâu ở phúc mạc thường khó chẩn đoán trên siêu âm ngã âm đạo, đặc biệt là khi kích thước <1cm. Đôi khi có thể nhìn thấy trên siêu âm ngã âm đạo là những nốt echo kém, giới hạn không rõ, không có tín hiệu trên Doppler màu.

Vị trí thường gặp nhất của lạc tuyến nội mạc vùng chậu là dây chằng tử cung cùng, ruột non, âm đạo, trực tràng, vách âm đạo trực tràng, túi cùng Douglas và bàng quang.

Theo Bazot (2004), trong một nghiên cứu về độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm âm đạo trong chẩn đoán lạc nội mạc sâu: dây chằng tử cung cùng (70,6% và 95,9%), âm đạo (29,4% và 100%), vách âm đạo trực tràng (28,6% và 99,3%), ruột non (87,2% và 96,8%). Nhưng với lạc nội mạc ở bàng quang thì cao hơn (độ nhạy 70% và đặc hiệu 100%).

MRI là phương pháp chẩn đoán có độ nhạy và độ đặc hiệu tốt hơn so với siêu âm ngã âm đạo đối với các trường hợp lạc nội mạc sâu này.

### Lạc tuyến nội mạc tử cung ở dây chằng tử cung cùng

Lạc tuyến nội mạc tử cung ở dây chằng tử cung cùng là vị trí lạc tuyến nội mạc tử cung ở vùng chậu và ngoài buồng trứng hay gặp nhất.



Hình 9. Dấu hiệu đầu người Da đỏ (Indian head sign) trong lạc nội mạc ở ruột non

Bình thường siêu âm ngã âm đạo không nhìn thấy dây chằng tử cung cùng, nhưng khi bị xâm nhiễm bởi mô tuyến nội mạc tử cung thì nó dày lên và có thể nhìn thấy được trên siêu âm. So sánh dây chằng hai bên, chúng ta có thể thấy sự mất đối xứng, dây chằng bên bị lạc tuyến nội mạc có nốt echo kém bờ không đều, vị trí thường nằm gần cổ tử cung.

Cần đánh giá sự di động của các cấu trúc lân cận và định vị trí điểm đau trong vùng chậu bằng cách ấn nhẹ đầu dò âm đạo trong khi thăm khám (Hình 7).

### Lạc tuyến nội mạc tử cung ở ruột

Hai vị trí lạc nội mạc ở vùng chậu ngoài buồng trứng hay gấp khác là ở mạc treo ruột đoạn nối đại tràng sigma trực tràng và ở trực tràng.

Siêu âm âm đạo được xem là ít xâm lấn, dễ chấp nhận và chính xác hơn so với siêu âm trực tràng (transrectal untrasound) hoặc siêu âm nội soi trực tràng (rectal endoscopic sonography) và chính xác hơn MRI và khám lâm sàng.

Bình thường trên siêu âm ngã âm đạo, thành trực tràng gồm một lớp cơ trơn echo kém mỏng <3mm và lớp echo dày bên trong tương ứng với lớp niêm mạc và dưới niêm mạc của trực tràng. Về phương diện mô học, nốt lạc nội mạc sẽ xâm nhiễm lớp thanh mạc ruột đầu tiên, sau đó



Hình 10. Siêu âm ngã âm đạo, mặt cắt ngang cổ tử cung, nốt lạc nội mạc phá hủy thành sau âm đạo (++) nằm ngay sau cổ tử cung (\*)

vào lớp cơ trơn hình thành một nốt lớn gồm những tế bào cơ trơn, collagen, nguyên bào sợi, mô tuyến và mô đệm. Nốt này hiếm khi xâm lấn đến lớp niêm mạc, vì vậy nội soi trực tràng thường âm tính là vậy.

Siêu âm chẩn đoán dễ dàng khi nhìn thấy nốt echo kém có bờ không đều nằm sau tử cung trên thành ruột.

Ngoài ra, các nốt này còn hay xâm nhập vào túi cùng Douglas, do đó kỹ thuật ấn đầu dò âm đạo khi thăm khám có thể giúp đánh giá sự trượt của cổ tử cung dọc theo trực tràng còn hay không.

Cần nhớ rằng, khi có lạc nội mạc ở ruột, đến 93% sẽ có lạc nội mạc sâu ở vị trí thứ hai (dây chằng tử cung cùng, âm đạo, bàng quang, niệu đạo).

Siêu âm âm đạo sẽ hạn chế nếu lạc tuyến nội mạc tử cung ở vị trí đại tràng Sigmoid, đoạn trên đáy tử cung vì xa vượt quá khả năng phát hiện của đầu dò âm đạo (Hình 8, 9).

### Lạc tuyến nội mạc tử cung ở âm đạo, vách âm đạo trực tràng

Âm đạo bị lạc tuyến nội mạc tử cung thành sẽ dày lên hoặc có những nốt echo kém bờ không đều. Vị trí hay gấp nhất là cùng đồ sau.



Hình 11. Lạc tuyến nội mạc tử cung ở đáy bàng quang cho hình ảnh dấu phẩy

Lạc nội mạc đơn thuần ở vách âm đạo trực tràng thì hiếm mà thường là nốt lớn ở túi cùng Douglas hoặc trực tràng lan đến (Hình 10).

### Lạc tuyến nội mạc tử cung ở bàng quang

Lạc nội mạc ở đường niệu chiếm 1-2% bệnh nhân lạc nội mạc và 90% là ở vị trí bàng quang.

Siêu âm sẽ thấy nốt echo kém hay echo đồng dạng ở thành bàng quang, vùng vòm hay đáy bàng quang (Hình 11).

### Tài liệu tham khảo

- Bazot M, Cortez A, Darai E, et al. Ultrasonography compared with magnetic resonance imaging for diagnosis of adenomyosis. Hum Reprod 2001;16:2427-33.
- Bazot M, Thomassin I, Hourani R, Cortez A, Darai E. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2004;24:180-5.
- C. Exacoustos, L. Brienza, A. Di Giovanni, B. Szabolcs, M. E. Romanini, E. Zupi and D. Arduini. Adenomyosis: three-dimensional sonographic findings of the junctional zone and correlation with histology Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2011, Volume 37, Issue 4, pages 471-479.
- L. Savelli. Transvaginal sonography for the assessment of ovarian and pelvic endometriosis: how deep is our understanding? Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2009 Volume 33, Issue 5, Pages: 497-501.
- Van Holsbeke, B. Van Calster, S. Guerrero, L. Savelli, D. Paladini, A. A. Lissoni, A. Czekierowski, D. Fischerova, J. Zhang, G. Mestdagh, A. C. Testa, T. Bourne, L. Valentin and D. Timmerman. Endometriomas: their ultrasound characteristics. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology Volume 35, Issue 6, June 2010, Pages: 730-740.



## SỨ MỆNH

Nâng cao kiến thức và cải thiện thực hành lâm sàng của cán bộ y tế về bệnh học, chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung.

## HOẠT ĐỘNG

SGE mong muốn thực hiện sứ mệnh thông qua các hoạt động liên quan bệnh lạc nội mạc tử cung:

- ⇒ cập nhật và cung cấp thông tin chuyên ngành
- ⇒ huấn luyện các kỹ năng chuyên môn
- ⇒ thúc đẩy và thực hiện các nghiên cứu khoa học