



GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM TRONG KHẢO SÁT UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

BS. Phạm Thị Phương Anh

Bệnh viện Mỹ Đức

Ung thư nội mạc tử cung (NMTC) là bệnh lí ác tính thường xảy ra trên phụ nữ mãn kinh (75%) và tiền mãn kinh (25%), trong đó, triệu chứng xuất huyết tử cung bất thường chiếm 95% trường hợp. Đây là bệnh lí ác tính phổ biến ở phụ nữ, đứng hàng thứ sáu theo thống kê của Hiệp hội Ung thư Thế giới. Cũng theo thống kê của tổ chức này, năm 2012, có 320.000 trường hợp mới được chẩn đoán. Ung thư NMTC thường có triệu chứng xuất huyết ở giai đoạn sớm, do đó, khả năng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm cao hơn các loại ung thư khác. Chính vì vậy mà tiên lượng sống 5 năm cao, đặc biệt là ở các nước có nền y học phát triển. Tại Hoa Kỳ, tiên lượng sống 5 năm của bệnh nhân ung thư NMTC nhìn chung là 69%. Riêng đối với các trường hợp được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn

sớm thì tiên lượng sống 5 năm lên đến trên 91%. Từ đó, cho thấy việc phát hiện bệnh lí sớm có ý nghĩa quan trọng trong vấn đề tiên lượng sống còn của người bệnh. Các yếu tố nguy cơ bao gồm: các tình trạng dẫn đến tăng estrogen kéo dài, sử dụng liệu pháp thay thế estrogen, hội chứng buồng trứng đa nang, không phóng noãn với chu kì kinh thưa, dùng tamoxifen, cao huyết áp, béo phì, đái tháo đường, có kinh sớm và mãn kinh trễ. Hiện tại, có các biện pháp cần tiến hành khi nghi ngờ ung thư NMTC ngoài thăm khám lâm sàng như: siêu âm đầu dò ngả âm đạo trong khảo sát ban đầu, nạo sinh thiết NMTC từng phần với kết quả tế bào học cho chẩn đoán xác định và chụp CT, MRI nhằm đánh giá xâm lấn, từ đó có hướng điều trị phù hợp.

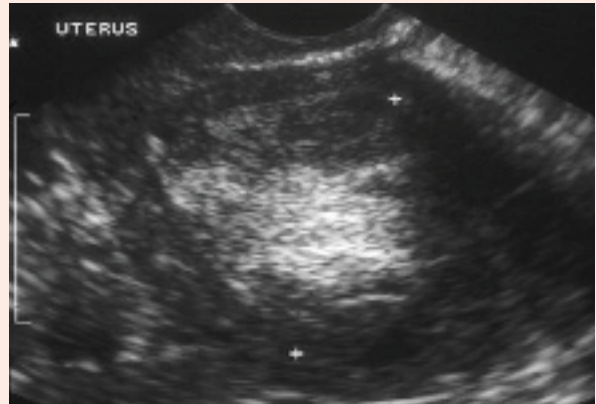
HÌNH ẢNH UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG TRÊN SIÊU ÂM ĐẦU DÒ ÂM ĐẠO

Ung thư NMTC thường biểu hiện trên siêu âm bằng hình ảnh NMTC dày, tăng sáng, có nhiều nang echo trống, tăng sinh mạch máu nhiều, đôi khi có thể giống hình ảnh khối polyp (Hình 1, 2, 3, 4). Đối với phụ nữ ở độ tuổi sinh sản, độ dày NMTC thay đổi tùy theo từng thời điểm trong chu kỳ kinh nguyệt. Do đó, kết luận NMTC dày trên những đối tượng này cần dựa vào đặc điểm của chu kỳ kinh: NMTC dày bất thường khi > 10mm vào nửa chu kỳ đầu, > 15mm vào giai đoạn chế tiết. Riêng đối với phụ nữ đã mãn kinh, NMTC dày khi > 5mm với điều kiện là không dùng tamoxifen hoặc nội tiết thay thế, > 8mm đối với trường hợp có dùng liệu pháp hormone thay thế. Đối với các trường hợp có sử dụng nội tiết kết hợp gồm estrogen và progesterone, NMTC sẽ dày nhất vào thời điểm ngày 13-23 của chu

kì. Vì vậy, siêu âm nên được thực hiện khi mới bắt đầu hoặc vào cuối chu kỳ do ở thời điểm này NMTC mỏng nhất. Ngoài ra, các trường hợp đang dùng liệu pháp estrogen không đối kháng, estrogen và progesterone liên tục hoặc tamoxifen thì không có sự thay đổi nội mạc theo chu kỳ, do đó, không có khuyến cáo về thời điểm khảo sát tốt nhất. Tuy nhiên, hình ảnh trên siêu âm thì không đặc hiệu, NMTC dày có thể do NMTC ở giai đoạn phát triển lành tính, tăng sinh NMTC hoặc là khối polyp nội mạc. Theo The Society of Radiologists in Ultrasound, để giảm nguy cơ bỏ sót bệnh lí ác tính, hầu hết các nhà lâm sàng đồng thuận với việc nạo sinh thiết NMTC khi phụ nữ mãn kinh: có triệu chứng xuất huyết với NMTC > 5mm hoặc không có triệu chứng xuất huyết với NMTC > 8mm, bất kể có dùng liệu pháp hormone thay thế hay không. Riêng các trường hợp xuất huyết sau mãn kinh có NMTC < 5mm, đa phần là do thiếu sản NMTC, do đó, chẩn đoán tế bào học có thể không cần thiết. Tuy nhiên, vẫn có quan điểm nên sinh



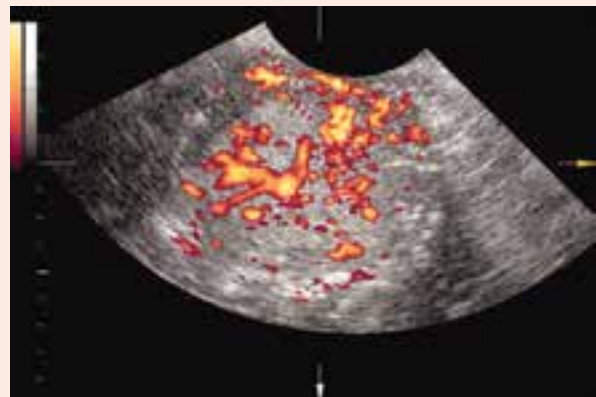
Hình 1. NMTC bình thường trên phụ nữ mãn kinh



Hình 2. Hình ảnh buồng tử cung rộng, được lấp đầy bởi khối NMTC mật độ không đồng nhất



Hình 3. NMTC dày với nhiều nang echo trống



Hình 4. Hình ảnh tăng sinh mạch máu của ung thư NMTC trên Power Doppler

thiết NMTC ở tất cả các trường hợp xuất huyết sau mãn kinh, bất kể độ dày NMTC (Hình 1, 2, 3).

Các trường hợp ung thư vú sử dụng tamoxifen kéo dài dẫn đến tăng nguy cơ polyp NMTC, tăng sinh hoặc ung thư NMTC. Hầu hết, các trường hợp ung thư sau dùng tamoxifen có biểu hiện trên siêu âm là hình ảnh NMTC dày với nhiều nang echo trống, tiếp đến mới là hình ảnh NMTC dày tăng sáng đồng nhất hoặc NMTC dày với mật độ không đồng nhất (Hình 3).

Ngoài ra, siêu âm còn giúp đánh giá xâm lấn vào lớp cơ tử cung thông qua hình ảnh gián đoạn một phần hay toàn phần của quảng giảm âm bên dưới lớp NMTC, được hình thành do sự tăng sinh của các mạch máu xâm lấn vào lớp cơ. Tuy nhiên, siêu âm lại hạn chế trong việc đánh giá di căn vùng bụng-chậu, di căn hạch và di căn xa.

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM ĐẦU DÒ ÂM ĐẠO TRONG ĐÁNH GIÁ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

Siêu âm không có độ tin cậy cao trong đánh giá bản chất ác tính của NMTC, trừ khi có hình ảnh xâm lấn vào lớp cơ tử cung. Độ chính xác của siêu âm trong phát hiện xâm lấn vào lớp cơ vùng nông ngay dưới niêm mạc thay đổi 69-90% tùy nghiên cứu. Độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm trong đánh giá xâm lấn sâu vào lớp cơ lần lượt là 50-100% và 65-100%. Đối với đánh giá xâm lấn vùng cổ tử cung thì độ nhạy là 66,7-80% và độ đặc hiệu là 95,2-100%.

Siêu âm đo NMTC được xem là chọn lựa đầu tiên để khảo sát khi có triệu chứng xuất huyết sau mãn kinh. Nhiều tài liệu hướng dẫn sử dụng cut-off là 4-5mm qua siêu âm ngả âm đạo, nếu NMTC dưới ngưỡng này thì thường ít nghĩ đến ung thư NMTC vì khả năng ác tính chỉ có 1%. Hiện tại, đối với các trường hợp xuất huyết sau mãn kinh, đã có tài liệu hướng dẫn xử trí cụ thể. Tuy nhiên, khi gặp các trường hợp không có triệu chứng xuất

huyết sau mãn kinh, siêu âm thấy NMTC dày khiến bác sĩ lâm sàng phải cân nhắc trước khi đưa ra hướng quản lý bệnh tốt nhất, vì chưa có nhiều nghiên cứu trên các đối tượng này. Một nghiên cứu đoàn hệ của Smith-Bindman R và cộng sự đăng trên Ultrasound Obstet Gynecol vào năm 2004 đã khuyến cáo: đối với các trường hợp không có triệu chứng xuất huyết sau mãn kinh, siêu âm NMTC $\geq 11\text{mm}$ thì nên nạo sinh thiết NMTC vì nguy cơ ác tính là 6,7%; so với các trường hợp có triệu chứng xuất huyết sau mãn kinh, siêu âm NMTC $> 5\text{mm}$ thì nguy cơ ác tính là 7,3%. Do tần suất ung thư NMTC trên các phụ nữ mãn kinh không có triệu chứng thấp hơn so với các trường hợp có triệu chứng nên cut-off NMTC dày cần nạo sinh thiết cũng cao hơn. Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu có bằng chứng thuyết phục nên chọn cut-off nào là tốt nhất. Đến năm 2012, một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Breijer MC và cộng sự đăng trên Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Nghiên cứu được thực hiện trên các phụ nữ mãn kinh không sử dụng liệu pháp hormone thay thế và không có triệu chứng xuất huyết. Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định độ dày NMTC bình thường trên siêu âm ngả âm đạo, tần suất ung thư NMTC, độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm đo bề dày NMTC trong chẩn đoán bệnh lý ác tính và tiên ung thư NMTC. Có tổng cộng 32 nghiên cứu trên 11.100 phụ nữ được đưa vào hệ thống phân tích. Kết quả cho thấy độ dày NMTC trung bình là 2,9mm (95% CI 2,6-3,3mm), tần suất ung thư là 0,62% (95% CI 0,42-0,82%), tần suất tăng sinh NMTC không điển hình là 0,59% (95% CI 0,22-0,96%). Đối với ngưỡng là 5mm, độ nhạy trong tiên đoán ung thư NMTC là 0,83 (95% CI 0,19-1,00), độ đặc hiệu là 0,72 (95% CI 0,23-0,95). Còn đối với cut-off là 6mm, độ nhạy trong tiên đoán ung thư NMTC là 0,33 (95% CI 0,04-0,85), độ đặc hiệu là 0,94 (95% CI 0,92-0,96).

Do tần suất ung thư NMTC ở phụ nữ mãn kinh không có triệu chứng xuất huyết là rất thấp, cộng với việc không có bằng chứng cho thấy tiên lượng có lợi trong các trường hợp này so với các trường hợp đến khám ngay khi có triệu chứng xuất huyết sau mãn kinh, nghiên cứu đã đưa ra khuyến cáo là không nên chỉ dựa

vào bề dày NMTC để tiên đoán khả năng ác tính mà cần kết hợp thêm các yếu tố khác như: yếu tố nguy cơ (tiền căn gia đình, BMI...) và các dấu hiệu bất thường qua khám lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akin O, Mironov S, Pandit-taskar N et al. (2007). Imaging of uterine cancer. Radiol Clin North Am; 45(1):167-182.
2. Brenner PF (1996). Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. Am J Obstet Gynecol; 175:766-769.
3. Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology (NVOG) (2003). NVOG-richtlijn Abnormaal vaginaal bloedverlies in de menopauze [In Dutch]. NVOG Guideline: Abnormal vaginal bleeding during menopause. NVOG.
4. Epstein E (2004). Management of postmenopausal bleeding in Sweden: a need for increased use of hydrososonography and hysteroscopy. Acta Obstet Gynecol Scand; 83:89-95.
5. Fuller AF, Seiden MV, Young RH et al. (2004). Uterine cancer. Pmhp USA Ltd. ISBN:1550091638.
6. Goldstein RB, Bree RL, Benson CB, Benacerraf BR, Bloss JD, Carlos R, Fleischer AC, Goldstein SR, Hunt RB, Kurman RJ, Kurtz AB, Laing FC, Parsons AK, Smith-Bindman R, Walker J (2001). Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. J Ultrasound Med; 20:1025-1036.
7. Kinkel K, Kaji Y, Yu KK et al. (1999). Radiologic staging in patients with endometrial cancer: a meta-analysis. Radiology; 212(3):711-718.
8. Koyama T, Tamai K, Togashi K (2007). Staging of carcinoma of the uterine cervix and endometrium. Eur Radiol; 17 (8):2009-2019.
9. Nalaboff KM, Pellerito JS, Ben-Levi E (2001). Imaging the endometrium: disease and normal variants. Radiographics. 21(6):1409-1424.
10. Olaya FJ, Dualde D, Garcia E et al. (1998). Transvaginal sonography in endometrial carcinoma: preoperative assessment of the depth of myometrial invasion in 50 cases. Eur J Radiol; 26(3):274-279.
11. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P (2001). Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. Int J Cancer; 94:153-156.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Investigation of postmenopausal bleeding. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Royal College of Physicians.
13. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein VA, Subak L, Scheidler J, Segal M, Brand R, Grady D (1998). Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. JAMA; 280:1510-1517.
14. Smith-Bindman R, Weiss E, Feldstein V (2004). How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. Ultrasound Obstet Gynecol; 24:558-565.
15. Sohaib SA, Verma H, Attygalle AD et al. (2010). Imaging of uterine malignancies. Semin. Ultrasound CT MR; 31(5):377-387.
16. Sorosky JI (2008). Endometrial cancer. Obstet Gynecol; 111 (2 Pt 1):436-447.



www.hosrem.org.vn

website hàng đầu về sản phụ khoa và vô sinh