

VAI TRÒ HÌNH ẢNH HỌC TRONG KHẢO SÁT LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Tiếp theo kỳ trước - số 19 (quí 3/2011)

ThS Phạm Văn Đức

Bộ môn Sản, Đại học Y Dược TPHCM

HÌNH ẢNH HỌC CHO LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG PHỨC MẠC NÔNG (xâm nhập <5mm)

Các dấu hiệu trên siêu âm đầu dò âm đạo giúp gợi ý chẩn đoán lạc nội mạc tử cung (LNMTC) phức tạp như: những nốt giảm âm với bờ không đều, lan tỏa và phân tán, khi di động đầu dò cảm giác chắc và thường gây đau cho bệnh nhân, tưới máu kém trên siêu âm phổ Doppler, tổn thương trên đáy bàng quang (hình tròn, dấu phẩy nơi LNMTC bám vào với bờ nhẵn nhúm), khi mặt phẳng cắt ngang qua vùng dây chằng tử cung cùng nếu có hình ảnh tổn thương với bờ nhám nhỏ, dính thì nghi ngờ LNMTC phức tạp nặng (Ivo Brosens, 2004).

Cần đánh giá tính dính của nốt LNMTC nhằm tiên đoán độ nặng của bệnh, bằng cách di động đầu dò so với mô xung quanh, nếu dính vào tử cung thường không thể di động được tử cung. Tuy nhiên, do tổn thương LNMTC

nhỏ và mức độ xâm lấn nông nên siêu âm rất hạn chế trong khảo sát các tổn thương này (Ivo Brosens, 2004).

Trên MRI có nốt với cường độ tín hiệu cao ở T1, thấp ở T2 và không tăng tín hiệu khi tiêm Gadolinium. MRI dùng độ bão hòa mỡ có thể phát hiện đến 50% các tổn thương xuất huyết ≤ 5 mm, do đó cho phép chẩn đoán LNMTC nhẹ trong 75% các trường hợp. Tuy nhiên, độ chẩn đoán chính xác thấp chủ yếu là do tổn thương LNMTC nhỏ, xâm lấn nông và khoảng cách giữa các lát cắt là 5mm, các cấu trúc thuộc vùng chậu như mạch máu, ruột non và đại tràng, ngoài ra còn tùy thuộc vào dạng tiến triển của nốt LNMTC (đỏ, trắng) có chứa các thành phần bên trong khác nhau (Ivo Brosens, 2004).

MRI TRONG CHẨN ĐOÁN LNMTC PHỨC MẠC NÔNG

(hình 1, 2, 3, 4, 5, 6)

HÌNH ẢNH HỌC CHO PHÉP VẼ BẢN ĐỒ LNMTC PHỨC MẠC SÂU (DIE: DEEP INFILTRATING ENDOMETRIOSIS)

Xâm nhiễm sâu vào cơ quan >5mm

Siêu âm trong chẩn đoán DIE

Phải nghi ngờ có LNMTC sâu ở những bệnh nhân thống kinh, giao hợp đau, trung đại tiện đau và chướng đau vùng chậu mạn tính (G. Hudelist và cs., 2009). Cần khám lâm sàng khi đang hành kinh với chuẩn bị trực tràng (khám mỏ vịt hay sờ chạm nốt gây đau), siêu âm đầu dò với tổn thương giảm đậm độ ở vách trực tràng-âm đạo kết hợp với CA-125 trên 100 IU/ml giúp xác định chẩn đoán (Abrao, 2010).

Nếu lâm sàng có bằng chứng LNMTC thâm nhiễm sâu ở tử cung, bàng quang và trực tràng nên xem xét dùng siêu âm (ngả âm đạo và hoặc trực tràng) hay MRI kèm hay không bơm chất cản âm hoặc cản từ giúp xác lập bản đồ tổn thương (GPP) (ESHRE, 2008).

Dấu hiệu cơ năng và khám lâm sàng giúp hướng dẫn siêu âm xác định vị trí của LNMTC sâu. Tuy nhiên, cần phải khảo sát có hệ thống các cơ quan vùng chậu để tránh bỏ sót sang thương ở những vị trí khác giúp hoạch định chiến lược điều trị (G. Hudelist và cs., 2009).

Đồng thời, đánh giá tính di động của các cơ quan với nhau, kích thước và độ dày của các sang thương. Khi có một sang thương phát hiện thì cũng cần đánh giá các vị trí khác trong vùng chậu (93% kết hợp LNMTC vị trí khác) giúp đánh giá độ nặng của bệnh (Ivo Brosens, 2004).

Đối với siêu âm và MRI, cần đánh giá một cách hệ thống tất cả sang thương LNMTC sâu ở cơ quan vùng chậu như: khảo sát thành âm đạo, trong cơ tử cung (adenomyosis), phần phụ, dây chằng tử cung-cùng, vách trực tràng-âm đạo, đại trực tràng, bàng quang. Dấu hiệu trên siêu âm là nốt giảm âm, bờ không đều, cứng, chạm gây đau, ít di động, phân bố mạch máu ít,

thâm nhiễm vào lớp cơ của cơ quan tổn thương, tổn thương trên trực tràng (dấu hiệu “mũ đội đầu người da đỏ” - “Indian head dress sign”), trên bàng quang (hình ảnh giống “đồng hồ cát”) (Stefano Guerriero, 2008). Các phân tích tổng quan cho thấy siêu âm đầu dò âm đạo không chuẩn bị trực tràng là xét nghiệm đầu tay cho chẩn đoán LNMTC sâu ở đại trực tràng với độ nhạy 91%, độ đặc hiệu 98%, tiên đoán dương và âm (98% và 95%) (G. Hudelist và cs., 2011). Siêu âm đầu dò âm đạo có giá trị chẩn đoán tương đương với siêu âm đầu dò ngả trực tràng, do đó khi có nghi ngờ DIE thì siêu âm đầu dò âm đạo là khảo sát đầu tay (Mathilde Piketty, 2009).

Để tăng độ chính xác của siêu âm đầu dò âm đạo cho chẩn đoán thâm nhiễm trực tràng của LNMTC ở vách trực tràng âm đạo, người ta sử dụng chất cản âm bơm vào trong trực tràng. Kết quả cho thấy khả năng phát hiện tổn thương xâm lấn, mức độ xâm lấn lớp cơ, độ rộng của tổn thương và khả năng dung nạp của bệnh nhân trước phẫu thuật tốt hơn siêu âm đầu dò âm đạo đơn thuần (Bergamini, 2010) (hình 7, 8, 9, 10, 11, 12).

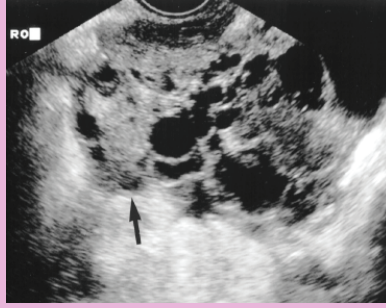
ĐÁNH GIÁ PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN LNMTC SÂU (DIE)

(bảng 2)

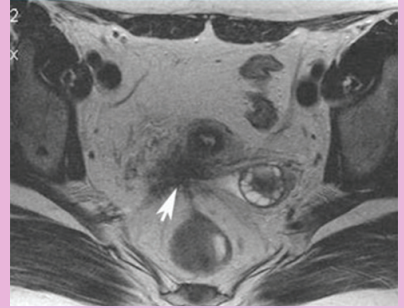
Ngày nay, kỹ thuật siêu âm ngả nội soi trực tràng giúp khảo sát mức độ xâm lấn của ung thư trực tràng, cũng cho phép khảo sát độ lan rộng của LNMTC sâu tại ống tiêu hóa và các cơ quan lân cận bằng cách sử dụng đầu dò với tần số 7,5-12 MHz có đường kính 11,4mm. Đầu dò luôn ở vị trí đại tràng Sigma sau đó di chuyển về phía trực tràng lên xuống nhiều lần trước và sau bơm nước giúp khảo sát dây chằng tử cung cùng, vách trực tràng - âm đạo và trực tràng. Tổn thương LNMTC thường dạng khối hay nốt phản âm kém với bờ không đều, thâm nhiễm từ bên ngoài thành ống tiêu hóa vào bên trong lòng cơ quan (hướng tâm) (Bazot, 2007). Ngoài ra, còn có thể đánh giá độ rộng và độ sâu của tổn thương LNMTC lan đến (thanh mạc, cơ dưới niêm, lớp cơ), định vị trí của tổn thương so với mép hậu môn và mức độ xâm lấn các cơ quan vùng chậu lân cận (Medscape, 2007). (hình 13, 14, 15, 16)



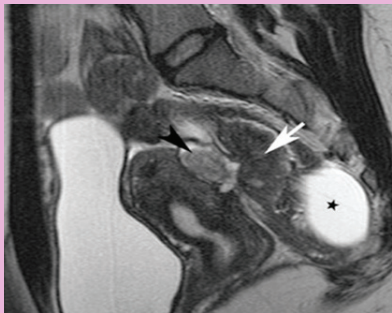
Hình 1. Hình ảnh nốt LNMTC phúc mạc cùng độ (hoa thị) phía trước vách trực tràng (ngôi sao) và sau tử cung (mũi tên)



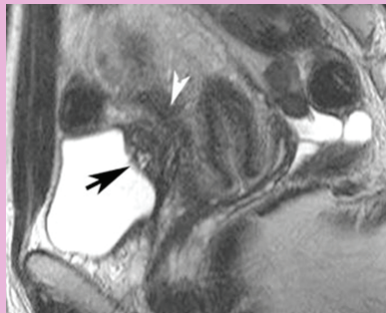
Hình 2. Hình ảnh nốt phân âm kém bù không đều khu trú trên bề mặt buồng trứng (mũi tên đen)



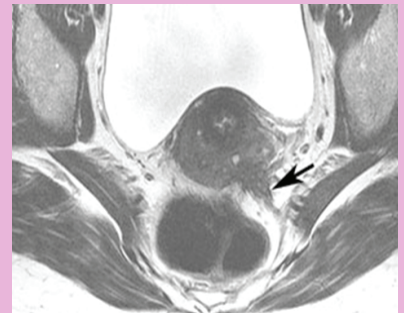
Hình 3. LNMTC vách trực tràng âm đạo, trên T2 ở đoạn thấp cổ tử cung có tổn thương giảm đậm độ với bờ không đều ở vách trực tràng âm đạo (mũi tên)



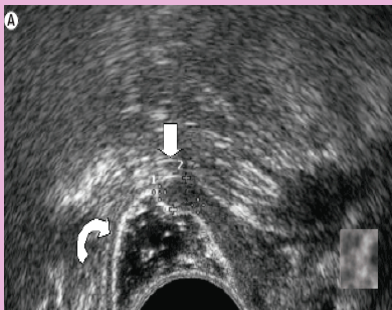
Hình 4. LNMTC phúc mạc nặng ở đại tràng sigma: trên T2 cho thấy dính dính toàn bộ cùng độ do LNMTC và dính trên ruột (mũi tên trắng), kèm u LNMTC (mũi tên đen)



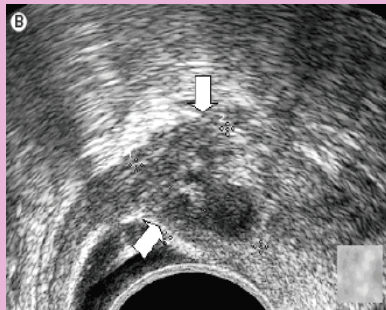
Hình 5. LNMTC ở bàng quang: trên T2 ghi nhận khối bờ khá đều trên đáy bàng quang (mũi tên đen) dính túi cùng trước (mũi tên trắng)



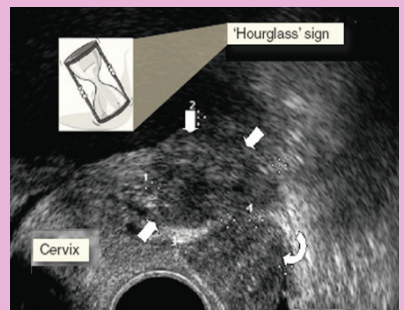
Hình 6. LNMTC ở dây chằng tử cung cùng: trên T2 ghi nhận khối bờ không đều bên trái dây chằng tử cung cùng (mũi tên)



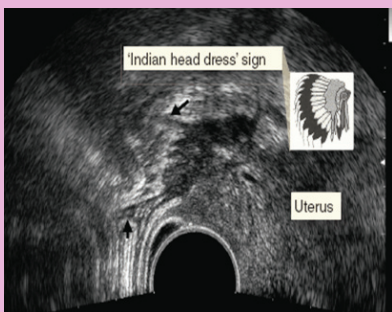
Hình 7. Nốt LNMTC thâm nhiễm sâu trong vách âm đạo (mũi tên thẳng) được đặc trưng bởi cấu trúc phân âm kém bù nhám nhỏ chiếm hết vách âm đạo (mũi tên cong)



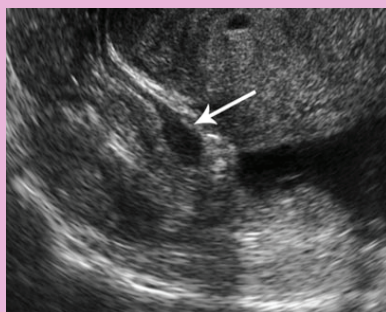
Hình 8. Tổn thương dạng nốt với bờ nhám nhỏ ở vách trực tràng âm đạo (cấu trúc phân âm kém) (mũi tên thẳng), dính với các cơ quan lân cận (mũi tên cong)



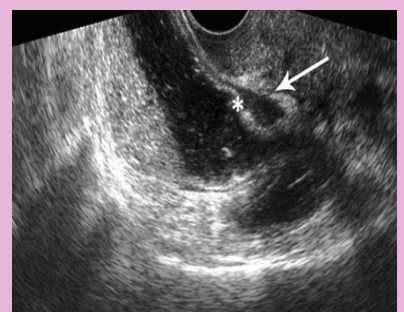
Hình 9. Thành trước bàng quang có nốt phân âm kém thâm nhiễm sâu trong vách (mũi tên cong), một nốt khác (mũi tên thẳng) đối diện ở cùng độ cho hình ảnh giống "đồng hồ cát"



Hình 10. Nốt LNMTC sâu trong vách trực tràng được phát hiện do hiện diện những nốt với những phân âm hình băng mỏng đi từ trung tâm của khối (mũi tên thẳng) giống "mũ đội đầu của người da đỏ"



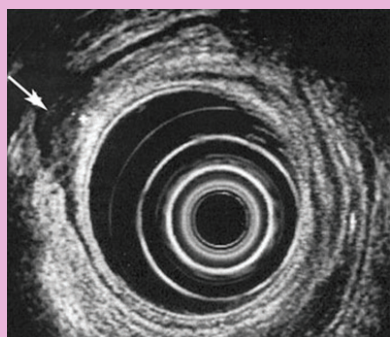
Hình 11. Siêu âm đầu dò âm đạo thấy nốt phân âm kém (DIE) trong vách trực tràng âm đạo dường như thâm nhiễm vách trực tràng



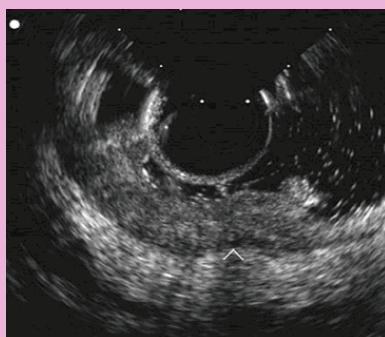
Hình 12. Khi bơm chất cản âm vào vào trực tràng xác định rõ ràng sự xâm nhiễm vách trực tràng và dưới niêm (dấu hoa thị)

Bảng 2. Đánh giá các phương pháp chẩn đoán LNMTC sâu (DIE)

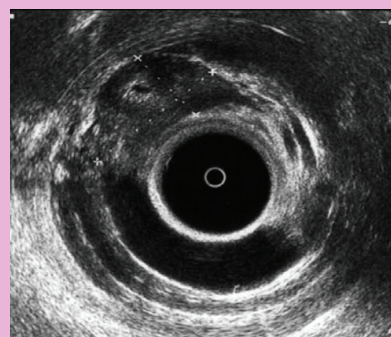
Các khảo sát đánh giá LNMTC sâu	Độ nhạy	LR+	LR-
Vách tử cung-cùng (Bazot M, 2009)			
Khám lâm sàng	73,5%	3,3	0,34
Siêu âm đầu dò âm đạo	78,3%	2,34	0,32
Siêu âm ngả nội soi trực tràng	48,2%	0,86	1,16
MRI	84,4%	7,59	0,18
Vách âm đạo (Bazot M, 2009)			
Khám lâm sàng	50%	3,88	0,57
Siêu âm đầu dò âm đạo	46,7%	9,64	0,56
Siêu âm ngả nội soi trực tràng	6,7%	-	0,93
MRI	80%	5,51	0,23
Trực tràng (Bazot M, 2009)			
Khám lâm sàng	46%	1,67	0,75
Siêu âm đầu dò âm đạo	93,6%	-	0,06
Siêu âm ngả nội soi trực tràng	88,9%	12,89	0,12
MRI	87,3%	12,66	0,14



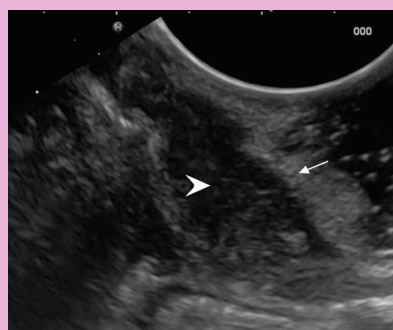
Hình 13. Siêu âm đầu dò qua ngả nội soi trực tràng cho thấy vách trực tràng bị thâm nhiễm sâu bởi LNMTC (mũi tên)



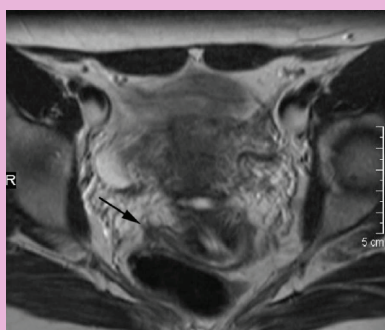
Hình 14. Tổn thương ung thư tử niêm mạc trực tràng xâm lấn lớp cơ (mũi tên), theo hướng lý tâm tử trong ra ngoài



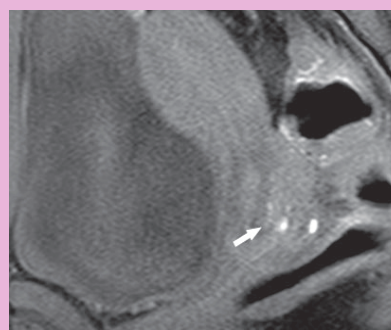
Hình 15. Khối echo kém trong vách trực tràng âm đạo xâm lấn thanh mạc và lớp cơ vách trực tràng



Hình 16. Khối echo kém bờ không đều (đầu mũi tên) thâm nhiễm trong vách trực tràng đang tiến tới lớp dưới niêm



Hình 17. Trên T2 ở dây chằng tử cung phải có sự dày lên dạng nốt với bờ nhám nhỏ



Hình 18. Trên T1 cho thấy nhiều ổ xuất huyết tăng tín hiệu ở vách trực tràng âm đạo

Bảng 3. So sánh vai trò siêu âm trong chẩn đoán LNMTC sâu (DIE) nói chung

Giá trị của siêu âm cho chẩn đoán LNMTC sâu (Huang XF và cs., 2010)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ khả dĩ	
			Dương LR+	Âm LR-
Siêu âm đầu dò âm đạo	79,9%	94,4%	11,972	0,187
Siêu âm đầu dò trực tràng	92,5%	98,6%	30,036	0,107
Siêu âm ngả nội soi trực tràng	63,5%	92,8%	8,022	0,320
Siêu âm đầu dò âm đạo có bơm cản âm trực tràng			Tiên đoán	
			Dương	Âm
DIE nói chung (Menada và cs., 2009)	100%	85,7%	91,3%	100%
Trực tràng-đại tràng Sigma (Bergamini, 2010)	96%	90%	98%	81,8%
Ruột non (Bergamini, 2010)	87,5%	91,4%	82,3%	94,1%

SO SÁNH VAI TRÒ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN LNMTC SÂU (DIE) NÓI CHUNG (bảng 3)

MRI CHO PHÉP VẼ BẢN ĐỒ LNMTC SÂU (DIE)

MRI được sử dụng trước phẫu thuật cho phép xác định sự hiện diện (nốt LNMTC sâu có cường độ tín hiệu không khác so với dây chằng tử cung-cùng) và đánh giá mức độ rộng của LNMTC sâu ở vách trực tràng âm đạo. Tuy nhiên, siêu âm qua ngả trực tràng có thể giúp ích chẩn đoán LNMTC vách trực tràng âm đạo (độ nhạy 80-100%, độ đặc hiệu 96-100%). Một số nghiên cứu cho thấy siêu âm cho chẩn đoán LNMTC ở trực tràng với độ nhạy, đặc hiệu, tiên đoán dương và âm lần lượt là: 97,1%, 89,4%, 86,8% và 97,7% cao hơn so với MRI có giá trị chẩn đoán lần lượt là: 76,5%, 97,9%, 96,3% và 85,2% (ESHRE, 2008). Nhưng một số nghiên cứu cho thấy MRI có độ nhạy và đặc hiệu >90% tương tự kết quả siêu âm ngả trực tràng (Antonio Carlos, 2008). Dương tính giả trên MRI có thể do đánh giá nhầm với cấu trúc bình thường và hình ảnh giả do MRI hay đã từng phẫu thuật vùng chậu trước đó (Ivo Brosens, 2004). Do vậy siêu âm đầu dò âm đạo vẫn là xét nghiệm đầu tay cho

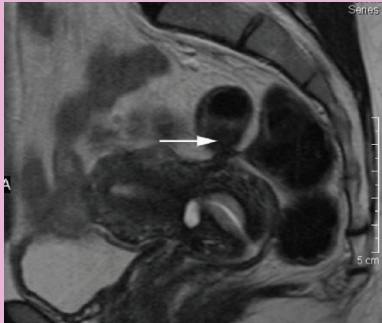
các chẩn đoán LNMTC. (hình 17, 18)

LNMTC sâu có thể ảnh hưởng trên ruột bất kỳ vị trí nào: đại tràng sigma, ruột non, ruột thừa gây biến dạng các cơ quan này (đoạn bị co kéo lớp cơ bên ngoài và đoạn phình to). Các tổn thương gây siết làm hẹp lòng cho hình ảnh tương tự như ung thư ống tiêu hóa. Tuy nhiên, không giống như ung thư, LNMTC sâu không phá vỡ cấu trúc và gây loét niêm mạc ruột. Siêu âm đầu dò âm đạo cũng hiệu quả như siêu âm ngả nội soi trực tràng trong việc phát hiện tổn thương này. Nhưng siêu âm đầu dò âm đạo không định vị được tổn thương (khoảng cách từ mép hậu môn đến tổn thương) và không đánh giá được độ sâu của tổn thương. Do đó, kỹ thuật này nên được sử dụng đầu tay và siêu âm nội soi ngả trực tràng có thể được khuyến cáo trong trường hợp tổn thương nghi ngờ hay trước phẫu thuật. Trên MRI các nốt LNMTC sâu có kích thước từ 2-2,5cm, trên T1 có cùng cường độ tín hiệu với lớp cơ và cùng hoặc giảm tín hiệu trên T2 so với lớp cơ kèm các điểm tăng tín hiệu bên trong. Các nốt này có bờ không đều và không thể phân biệt với cấu trúc tử cung-âm đạo. Trong một số trường hợp có thể xác định một vùng chuyển tiếp tăng tín hiệu giữa nốt và trực tràng, được gọi là bờ an toàn (safety margin). Trong một số trường hợp khác bờ an toàn không nhìn thấy rõ nhưng người ta chú ý thấy có sự dày vách trực tràng (Ivo Brosens, 2004). (hình 19, 20).

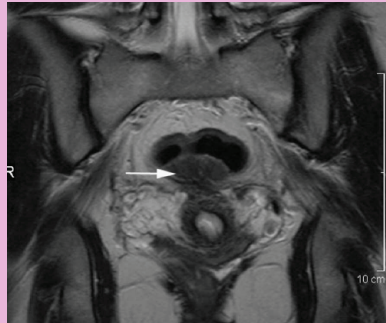
Ngoài ra, tổn thương hệ niệu bao gồm bàng quang và niệu quản là biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của DIE, nên được khảo sát ở các bệnh nhân có DIE ở vùng chậu phía sau, bởi vì tắc nghẽn đường tiểu thâm lậu có thể dẫn đến suy thận. Tổn thương niệu quản do LNMTCT xâm nhiễm từ bên ngoài thành vào thường gặp hơn tổn thương từ bên trong và do đó có thể giải quyết bằng phẫu thuật. Các tổn thương từ LNMTCT bên ngoài này thường được mô tả ở bệnh nhân sau nhiều năm phẫu

thuật cắt tử cung và hai phần phụ kèm với điều trị nội tiết thay thế. MRI giúp phân biệt tốt hai dạng tổn thương này, chẩn đoán mức độ tắc và cho phép theo dõi điều trị nội khoa (Ivo Brosens, 2004). (hình 21, 22, 23, 24)

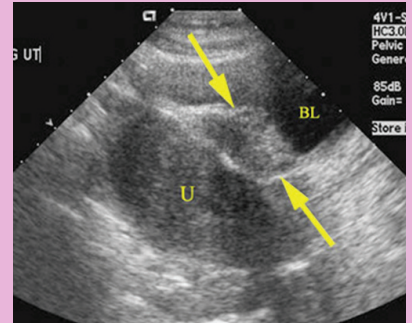
Cần đánh giá mức độ hẹp của cơ quan bị ảnh hưởng (chụp đại tràng cản quang giúp đánh giá độ hẹp của lòng đại trực tràng, UIV xác định hẹp lòng niệu quản). (hình 25, 26)



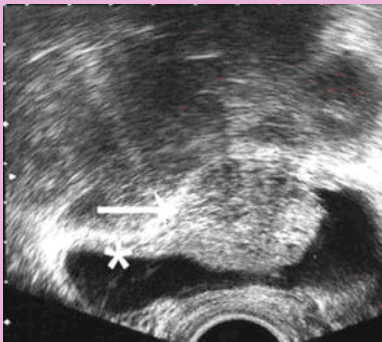
Hình 19. Trên T2 quan sát thấy nốt giảm tín hiệu ở sau tử cung trong túi cùng lan tới thành trước đại tràng Sigma



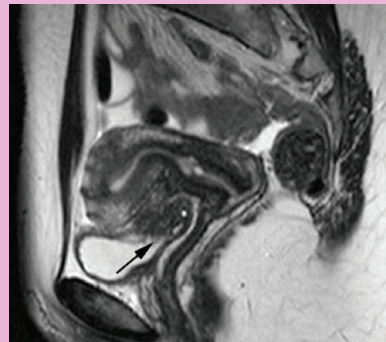
Hình 20. Mặt phẳng trán cho thấy dày bất đối xứng của phần thấp của đại tràng sigma



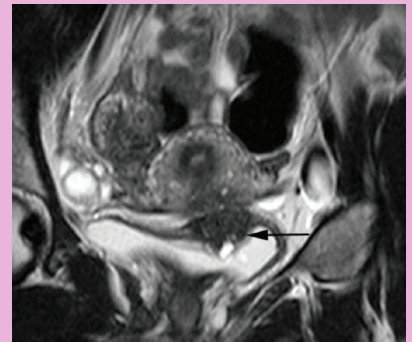
Hình 21. Trên siêu âm ngã bụng quan sát thấy khối u không đều xâm lấn từ thành trước tử cung vào thành sau bàng quang



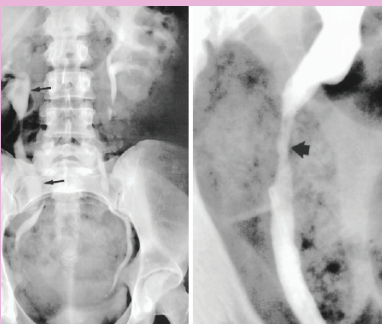
Hình 22. Trên siêu âm đầu dò âm đạo quan sát thấy khối u xâm lấn từ thành trước tử cung vào thành sau bàng quang



Hình 23. Trên mặt phẳng đứng dọc cho thấy sự dày lên không đồng nhất và giảm tín hiệu của thành sau bàng quang



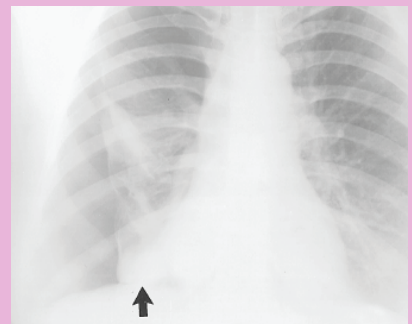
Hình 24. Mặt phẳng trán cho thấy một điểm tăng tín hiệu ở phần thấp của đỉnh khối LNMTCT bàng quang



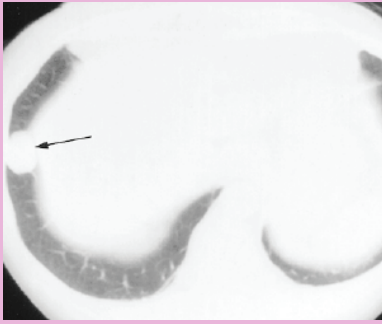
Hình 25. Trên UIV phát hiện tổn thương gây hẹp lòng, đồng thời đánh giá chức năng của thận



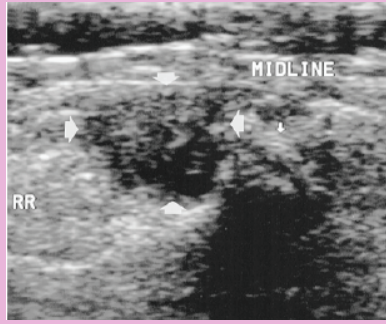
Hình 26. Chụp đại tràng có cản quang giúp đánh giá mức độ và độ rộng của tổn thương



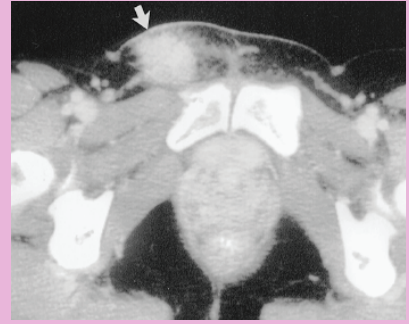
Hình 27. Tổn thương LNMTCT đáy phổi (P) ở bệnh nhân nữ ho ra máu có tính chu kỳ



Hình 28. MRI phát hiện có tổn thương ở đáy phổi không nghi ung thư



Hình 29. Bệnh nhân có triệu chứng đau ngày càng tăng có tính chu kỳ, siêu âm thấy khối echo hỗn hợp bờ không đều (xuất huyết bên trong)



Hình 30. Trên MRI có khối choán chỗ bờ nham nhả không đều, có hình ảnh xuất huyết bên trong khối này

Bảng 4. Giá trị MRI trong chẩn đoán LNMTC sâu (DIE)

Giá trị của MRI cho chẩn đoán DIE (Chamié LP, 2009)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán	
			Dương	Âm
Vách trực tràng âm đạo	89,4%	92,3%	96,7%	77,4%
Đại tràng sigma	86,0%	92,9%	93,5%	84,8%
Bàng quang	23,1%	100%	100%	88,8%
Thành âm đạo	72,7%	100%	100%	96,4%

GIÁ TRỊ MRI TRONG CHẨN ĐOÁN LNMTC SÂU (DIE)

(bảng 4)

LNMTC Ở CÁC VỊ TRÍ KHÁC

Các triệu chứng gợi ý LNMTC ở những cơ quan khác thường liên quan đến đau có tính chu kỳ theo kỳ kinh, có hay không kèm xuất huyết. Sau khi loại trừ các nguyên nhân thực thể khác có thể nghĩ đến chẩn đoán này ở phụ nữ lứa tuổi sinh sản. Khi cần có thể dùng các phương tiện hình ảnh như X-quang phổi hay MRI cho chẩn đoán LNMTC ở phổi ở những phụ nữ đau ngực và ho ra máu có tính chu kỳ. Siêu âm nếu cần có thể MRI đối với đau vùng da có hay không kèm xuất huyết có tính chu kỳ, khám có nốt chạm đau nhất là phụ nữ có tiền căn mổ sanh hay sanh ngã âm đạo (Guiherme Karam Corrêa Lêite I, 2009) (hình 27, 28, 29, 30).

KẾT LUẬN

Cùng với tiến bộ của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, chẩn đoán chính xác các loại LNMTC và vẽ được bản đồ tổn

thương đã giúp cho việc can thiệp triệt để và hoạch định kế hoạch phẫu thuật có thể phối hợp nhiều chuyên khoa (ruột, thận, phụ).

Siêu âm đầu dò âm đạo là phương tiện khảo sát đầu tay cho các chẩn đoán LNMTC, khi chẩn đoán chưa xác định và cần đánh giá phạm vi tổn thương thì các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác được đặt ra (siêu âm ngả trực tràng, MRI, UIV).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abrao M S. (2010). Surgical Management of endometriosis. IFFS 20th World Congress on Fertility and Sterility, 74-78.
2. Antonio Carlos C J. (2008). Magnetic resonance imaging in deep pelvic endometriosis:iconographic essay. Radiol Bras, 41(2), 129-134.
3. Arrivé L, H. H. M. M. (1989). Pelvic endometriosis: MR imaging. Radiology, 171, 687-692.
4. Bazot, M. (2007). Accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. Human Reproduction 22(5pp), 1457-1463.
5. Bazot M. (2009). Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril, 92(6), 1825-1833.