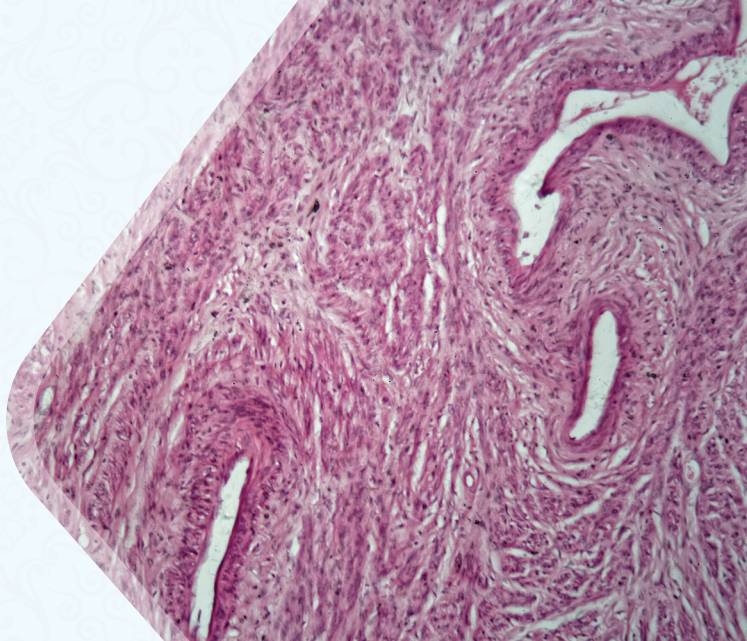


CÁC BỆNH LÀNH TÍNH TỬ CUNG

Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ



MỞ ĐẦU

Tử cung có vai trò khá quan trọng đối với phụ nữ, chịu ảnh hưởng bởi nội tiết sinh dục. Tử cung là cơ quan có chu kỳ kinh hàng tháng, là nơi để trứng đã thụ tinh có thể về làm tổ, chứa đựng và nuôi dưỡng thai nhi. Do vậy, những bệnh lý ở tử cung là đặc biệt được các chuyên gia sản phụ khoa quan tâm. Trong phạm vi bài này, chúng tôi chỉ đề cập đến những bệnh lý lành tính của thân tử cung, vấn đề tổn thương cổ tử cung và xuất huyết tử cung bất thường sẽ bàn trong chuyên đề khác.

Về phương diện giải phẫu học, tử cung nằm trong tiểu khung, hình quả lê, cấu tạo bởi 3 lớp, tính từ ngoài vào trong gồm có lớp thanh mạc nằm ở ngoài cùng, kế tiếp là lớp cơ trơn và trong cùng là lớp nội mạc tử cung.

Tử cung có nguồn gốc từ trung bì, hợp nhất từ ống Muller vào tuần 8-9 sau khi rụng trứng.

Thanh mạc là lớp phúc mạc tạng, ở thân tử cung, thanh mạc dính sát vào cơ tử cung. Ở đoạn dưới mặt trước tử cung, phúc mạc có tính di động.

Cơ tử cung gồm có ba lớp: ngoài, giữa và trong, lớp giữa dày nhất đan chéo nhau gọi là cơ đan chéo, lại có thêm nhiều mạch máu cho tử cung khi sinh nở. Bệnh lý lành tính cơ tử cung thường gặp là dị dạng bẩm sinh ở tử cung, u xơ tử cung và bệnh cơ tuyến tử cung.

Nội mạc tử cung được cấu tạo bởi biểu mô trụ tuyến và mô đệm. Hàng tháng, dưới tác dụng của nội tiết sinh dục, nội mạc tử cung sẽ phát triển dày lên để sẵn sàng nhận trứng thụ tinh làm tổ. Khi sự

thụ tinh không xảy ra thì nội mạc tử cung sẽ tự động bong ra và gây nên hiện tượng kinh nguyệt ở người phụ nữ. Bệnh lý lành tính nội mạc tử cung thường gặp là polype nội mạc tử cung, viêm nội mạc tử cung và tăng sản nội mạc tử cung.

BỆNH LÀNH TÍNH TỬ CUNG

Bất thường bẩm sinh

(Congenital Uterine Anomaly)

Bất thường tử cung, theo phân loại của Musset:

- **Bất sản tử cung (không có tử cung):** Là dị dạng hiếm gặp và thường chỉ được phát hiện tình cờ (qua siêu âm) hoặc đến tuổi trưởng thành mà không thấy có kinh. Phụ nữ không có tử cung sẽ không thể mang thai và hiện chưa có biện pháp can thiệp. Một số trường hợp dị dạng khiến tử cung teo lại nhưng vẫn có buồng trứng thì người nữ có thể lấy oán kết hợp với tinh trùng của chồng thụ thai trong ống nghiệm sau đó cấy vào tử cung người mang thai hộ.
- **Tử cung đôi:** Dị dạng chỉ có thể được phát hiện qua siêu âm. Một số trường hợp cả hai tử cung có chung âm đạo nhưng vẫn có trường hợp mỗi tử cung có một âm đạo riêng. Bệnh nhân cần được khám để xác định chức năng của mỗi tử cung và hầu hết phải cắt bỏ một tử cung bị thoái hóa, chỉ giữ lại tử cung hoàn thiện hơn.
- **Tử cung có vách ngăn:** Đây là dị dạng thường gặp nhất trong các trường hợp dị dạng tử cung. Những trường hợp này có thể phát hiện nhờ siêu âm, chụp X-quang... Tùy trường hợp, hai tử cung có thể dính với nhau bởi vách ngăn không hoàn toàn hoặc vách

ngăn hoàn toàn. Những trường hợp này có thể ảnh hưởng đến việc mang thai, dễ gây sảy thai hoặc thai kém phát triển, chính vì thế khi phát hiện cần nghĩ đến việc điều trị sớm.

- **Tử cung một sừng:** Là tình trạng tử cung chỉ có một buồng trứng và một vòi trứng, dị dạng khiến khả năng thụ thai thấp hơn người bình thường.
- **Tử cung nhi hóa:** Tử cung kém phát triển, kích thước chỉ bằng tử cung của bé 5 tuổi. Phụ nữ mắc dị dạng này thường không có buồng trứng hoặc không có âm đạo và không thể mang thai.

U xơ tử cung (U xơ cơ tử cung, Leiomyoma)

U xơ tử cung là u lành tính ở tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục, chiếm khoảng 30% ở phụ nữ trên 30 tuổi. Có thể có mối liên quan giữa u xơ tử cung với tình trạng cường Estrogen.

U xơ tử cung là những khối tăng trưởng của mô cơ tử cung, u xơ tử cung có thể thay đổi về số lượng và kích thước, nó có thể là một hoặc nhiều u, kích thước các khối u xơ từ rất nhỏ (vài mm) đến rất lớn (vài chục cm). Theo thống kê, có tới 70% đến 80% phụ nữ 50 tuổi trở lên có u xơ tử cung.

Vị trí của u xơ tử cung (hình 1)

U xơ tử cung có thể xuất hiện ở nhiều vị trí khác nhau ở tử cung, đối với u dưới niêm mạc thường gây triệu chứng rong huyết, loại này có tỷ lệ ung thư

hóa cao nên thường có chỉ định phẫu thuật dù kích thước nhỏ. Loại u nằm trong lớp cơ thường phát triển nhanh, to ra và làm biến dạng tử cung. Loại u ở eo tử cung rất dễ gây biến chứng chèn ép niệu quản và loại u dưới thanh mạc thường có cuống dài. u xơ tử cung ở thân tử cung chiếm 96%, ở eo tử cung chiếm 3% và khoảng 1% nằm ở cổ tử cung.

Biểu hiện

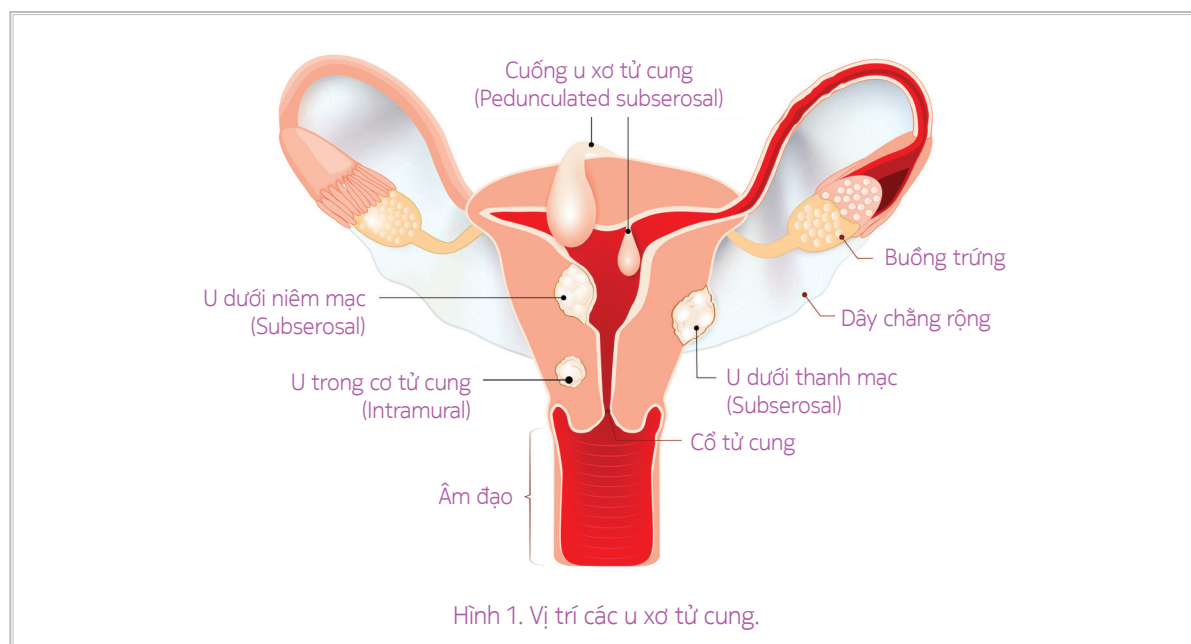
Phần lớn trường hợp u xơ tử cung không có biểu hiện bất thường, chỉ phát hiện tình cờ qua khám phụ khoa định kỳ và siêu âm. Tùy vào vị trí, kích thước và số lượng u xơ tử cung mà có những biểu hiện khác nhau. Những khối u có kích thước lớn có thể gây chèn ép lên các cơ quan lân cận:

- Khi chèn ép lên bàng quang gây tiểu nhiều lần, tiểu khó, đôi khi bị bí tiểu.
- Khi chèn ép lên niệu quản, đôi khi thận ứ nước.
- Khi chèn ép lên trực tràng gây táo bón hay đau khi đại tiện.
- Khi chèn ép lên ruột, dạ dày có thể dẫn đến các rối loạn tiêu hóa.

U xơ tử cung gây biến dạng lòng tử cung có thể gây rong kinh, cường kinh, rong huyết, thống kinh. Tình trạng ra huyết kéo dài gây thiếu máu.

Tiến triển của u xơ tử cung

Do khối u chịu ảnh hưởng của nội tiết tố nên u có thể thay đổi to lên và mềm hơn trong lúc mang thai do ảnh hưởng nội tiết tố thai kỳ.



U có thể tiến triển thoái hóa như thoái hóa kính, là loại thoái hóa thường xảy ra nhất, u trở nên mềm nhão, trở thành một khối chất đồng nhất và có màu nâu xám.

U có thể thoái hóa dạng nang, khối u mềm nhão, ngấm nước và trở thành một nang to chứa đầy nước. Trường hợp này thường sẽ nhầm lẫn với u nang buồng trứng.

U cũng có thể hóa vôi, thường gặp ở những phụ nữ lớn tuổi, khối u xơ cơ dần trở nên cứng như đá. Trên phim X-quang thấy có nhiều điểm vôi trắng.

Trong lúc mang thai, các mạch máu phát triển không kịp so với sự tăng nhanh kích thước của u, khiến khối u bị thiếu máu và hoại tử. U ở tình trạng này có đặc điểm là hoại tử vô khuẩn.

Sau sảy thai, sau nạo thai, hay trong thời kỳ hậu sản đối với những u xơ dưới niêm mạc thường hay bị thoái hóa nhiễm khuẩn

Sau tuổi mãn kinh, u xơ thường nhỏ đi nhưng không mất hẳn.

U xơ tử cung cũng có thể tiến triển thoái hóa mỡ hay tiến triển ung thư hóa, tỷ lệ chiếm 2/1.000 trong tất cả các loại u xơ tử cung.

Điều trị u xơ tử cung

Theo dõi: Đối với những u nhỏ không biến chứng chỉ theo dõi định kỳ 3 tháng một lần.

Phẫu thuật (cắt tử cung hoặc bóc nhân xơ) khi:

- U xơ tử cung to lớn hơn hoặc bằng một tử cung có thai khoảng 12 tuần.
- Có biến chứng chèn ép: niệu quản, gây thận ứ nước; chèn ép trực tràng gây táo bón.
- Có biến chứng rong kinh, rong huyết hoặc cường kinh kéo dài điều trị nội thất bại.
- U xơ tử cung nằm những vị trí: dưới niêm mạc, trong dây chằng rộng,
- U xơ tử cung nghi ngờ ung thư hóa.

Tùy thuộc vào tình trạng của u xơ, tuổi và số con của bệnh nhân, kỹ năng của phẫu thuật viên, điều kiện cơ sở y tế... sẽ lựa chọn phương pháp điều trị phẫu thuật khác nhau, có thể mổ mở hoặc nội soi.

Bóc nhân xơ ở những phụ nữ còn trẻ tuổi, chưa có con, trường hợp này vẫn có thể tái phát và phải mổ lại.

Cắt tử cung bán phần (tùy trường hợp)

Cắt tử cung toàn phần ở những phụ nữ lớn tuổi,

hai buồng trứng sẽ tùy theo tuổi của bệnh nhân mà để lại hay cắt bỏ.

Điều trị nội: Trong trường hợp chưa thể điều trị phẫu thuật, có thể áp dụng điều trị nội khoa nhưng chỉ mang tính chất điều trị triệu chứng, hoàn toàn không làm teo khối u xơ.

Những thuốc được lựa chọn sử dụng tùy vào từng trường hợp: Progestin, GnRH đồng vận...

Bệnh tuyến - cơ tử cung (Adenomyosis)

Bệnh tuyến - cơ tử cung là một bệnh lý lành tính, thường gặp ở phụ nữ 35-50 tuổi chiếm tỷ lệ dao động khoảng 5-10%. Đây là tình trạng mô tuyến của lớp nội mạc tử cung hiện diện bên trong lớp cơ của tử cung.

Hiện nay chưa biết chính xác bệnh sinh của lạc nội mạc cơ tử cung. Tuy nhiên tình trạng lạc nội mạc tử cung lệ thuộc chủ yếu vào estrogen và một phần progesterone. Điều này lý giải do khi sử dụng các thuốc ức chế buồng trứng thì các mô tuyến lạc nội mạc vào cơ tử cung này đều giảm kích thước.

Các giả thuyết cho rằng bất kỳ loại sang chấn lên tử cung mà có thể gây phá vỡ rào cản giữa nội mạc tử cung và cơ tử cung, chẳng hạn một vài nguyên nhân được nêu ra như: mổ lấy thai, nạo phá thai, bóc u xơ tử cung, khi mang thai... Tuy nhiên, cũng có giả thuyết cho rằng ngay từ thời kỳ bào thai thì rào cản này bị khiếm khuyết ở một số người dẫn đến dù họ chưa hề bị một sang chấn nào nhưng họ vẫn bị lạc nội mạc vào lớp cơ, thậm chí theo dòng máu di chuyển đến một cơ quan ở xa tử cung.

Biểu hiện

- Cơn co thắt nặng hoặc đau bụng dữ dội ở vùng bụng dưới khi hành kinh (thống kinh) đây là triệu chứng chiếm 80% biểu hiện bệnh.
- Cường kinh.
- Rong kinh.
- Rong huyết.
- Đau khi giao hợp.
- Kích thích tử cung sẽ to lên gấp đôi hoặc gấp ba so với bình thường. Mặc dù bệnh nhân không thể tự biết được nhưng nếu để ý sẽ thấy vùng bụng dưới có thể lớn hơn.
- Sảy thai.
- Hiếm muộn thậm chí vô sinh.

Cần phải phân biệt hiện tượng lạc nội mạc ngoài cơ tử cung (Endometriosis) là phần mô lạc nội mạc có thể nằm ở các vị trí gần tử cung như dây chằng tử cung cùng, vùng bẹn, dây chằng rộng, đùi, cơ vùng bụng, buồng trứng. Thậm chí ở rất xa vị trí tử cung như mắt, phổi, não... và đặc biệt là cứ đến ngày hành kinh tại các vị trí này lại có hiện tượng sung huyết và tăng tiết dịch, xuất huyết khiến bệnh nhân rất đau, có dấu hiệu sưng đỏ, thậm chí có các triệu chứng nổi bật như đỏ mắt, động kinh hoặc ho ra máu khi đến ngày hành kinh.

Chẩn đoán

Những năm trước đây, chẩn đoán xác định lạc nội mạc trong cơ tử cung là thực hiện sinh thiết tử cung và kiểm tra các mô tử cung dưới kính hiển vi (giải phẫu bệnh). Hiện nay, với công nghệ chẩn đoán hình ảnh hiện đại giúp cho các bác sĩ chẩn đoán được lạc nội mạc trong cơ tử cung mà không cần phẫu thuật đó là siêu âm và đặc biệt cộng hưởng từ giúp chẩn đoán xác định có độ chính xác rất cao.

Siêu âm là phương pháp thường quy giúp tầm soát và phát hiện lạc nội mạc trong cơ tử cung rất phổ biến.

Cộng hưởng từ là phương pháp cao cấp hơn giúp đánh giá tất cả các đặc điểm của khối u và sự tưới máu của khối lạc nội mạc.

Điều trị

Nội khoa: Bao gồm các thuốc chống viêm giảm đau mạnh nhằm giúp kiểm soát cơn đau và thuốc nội tiết nhằm ức chế sự phát triển mô lạc nội mạc, nhờ đó làm giảm triệu chứng. Nhược điểm của điều trị nội là khi ngừng thuốc thì bệnh hay tái phát, do đó đây không phải là giải pháp tối ưu và dứt điểm.

Phẫu thuật

- Bóc khối u lạc tuyến: Mục đích của phẫu thuật là bóc tách đi phần lạc nội mạc trong cơ tử cung có chọn lọc nhằm bảo tồn tử cung, nhược điểm của kỹ thuật này là chỉ bóc tách được các khối to, các khối nhỏ vẫn tiếp tục phát triển và cũng không thể bóc hết vì mô lạc nội mạc nằm len lỏi rất sâu trong lớp cơ nếu can thiệp quá sâu sẽ làm tổn thương nặng cơ tử cung.
- Cắt tử cung: Đây là phương pháp điều trị triệt để, đương nhiên là một phẫu thuật quá

nặng nề với một khối lạc nội mạc trong cơ tử cung lành tính. Chỉ được áp dụng khi phụ nữ đã sinh đủ số con và không mong muốn có con trong tương lai.

- Nguy cơ của phẫu thuật: chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương cơ quan lân cận, rủi ro từ các phương pháp vô cảm.

Phương pháp thủy nhiệt tắc mạch máu

Phương pháp này làm tắc các động mạch nuôi các u lạc nội mạc và chỉ áp dụng cho các u lạc nội mạc giàu mạch máu và còn khu trú ở một vùng tử cung. Sau tắc mạch thường sẽ rất đau do khối lạc nội mạc bị hoại tử nhồi máu. Phương pháp này cần gây tê và có nguy cơ sẽ tắc các nhánh cấp máu cho buồng trứng hoặc các vùng cơ tử cung lành có thể dẫn tới vô kinh thậm chí vô sinh sau tắc mạch. Phương pháp này chỉ nên áp dụng cho các trường hợp khối u lạc nội mạc khu trú giàu mạch máu và người phụ nữ đã đủ số con hoặc không mong muốn có thêm con trong tương lai.

Phương pháp điều trị MRI HIFU

Phương pháp này dùng sóng siêu âm khu trú cường độ cao tạo hiệu ứng nhiệt đốt tế bào đích dưới kiểm soát định vị bằng hình ảnh cộng hưởng từ. Đây là phương pháp điều trị bệnh tuyến - cơ tử cung, giúp loại trừ mô đích bất thường trong cơ thể mà không cần phẫu thuật, không chảy máu, không để lại sẹo, không ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản, giúp bảo tồn tử cung, độ an toàn cao. Hôm sau người bệnh có thể làm việc trở lại. Phương pháp này chỉ áp dụng tốt cho các loại bệnh tuyến - cơ tử cung nghèo mạch máu nuôi, không áp dụng cho các u lạc nội mạc giàu mạch máu.

Các phương pháp điều trị đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Không có phương pháp nào có ưu điểm hơn phương pháp còn lại mà điều quan trọng là tất cả các bệnh nhân lạc nội mạc đã có biến chứng trước khi chọn lựa bất kỳ một phương pháp điều trị nào cũng đều cần nên chụp cộng hưởng từ vùng chậu để đánh giá chính xác đặc điểm khối lạc nội mạc cũng như mức độ tưới máu của u lạc nội mạc, đây là thông tin cực kỳ quan trọng để định hướng cho chọn lựa loại phương pháp điều trị phù hợp cho tình trạng của từng bệnh nhân và giúp làm giảm tối đa rủi ro cho các bệnh nhân lạc nội mạc

tử cung trong quá trình tiến hành các thủ thuật và phẫu thuật.

BỆNH LÀNH TÍNH NỘI MẠC TỬ CUNG

Polyp nội mạc tử cung

Polype nội mạc tử cung là một dạng lành tính, phát triển từ nội mạc tử cung, có thể có đáy rộng hoặc có cuống. Kích thước từ vài mm tới vài cm. Có thể có một hay nhiều polyp, những polyp có cuống dài có thể chui xuống cổ tử cung hay âm đạo. Nếu polyp gây bí tắc vị trí tiếp nối với ống dẫn trứng có thể gây vô sinh.

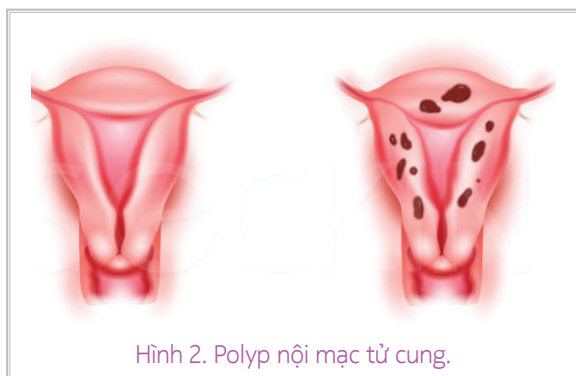
Polyp nội mạc tử cung có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở phụ nữ 40 - 50 tuổi. Nguyên nhân chưa rõ, tuy nhiên có giả thuyết cho rằng polyp nội mạc tử cung có liên quan đến estrogen.

Triệu chứng

Trong hầu hết các trường hợp polyp nội mạc tử cung, không có triệu chứng bất thường. Những dấu hiệu có thể xuất hiện như: cường kinh, rong kinh, rong huyết, ra huyết sau giao hợp. Nếu polyp to gây cản trở việc thoát máu kinh, có thể gây bế kinh và nhiễm trùng. Một số trường hợp có thiếu máu hoặc đau bụng dưới.

Biến chứng

- Polyp nội mạc tử cung có thể gây vô sinh.
- Trường hợp ác tính có thể kết hợp các yếu tố sau:
 - Lớn tuổi: 2/3 (66,7%) phụ nữ hơn 60 tuổi có polyp tiền ác tính hoặc ác tính. Chỉ có 2,6% phụ nữ dưới 50 tuổi là có polyp dạng này.
 - Mãn kinh: 81,6% phụ nữ có polyp tiền ác tính hoặc ác tính ở giai đoạn mãn kinh hoặc sau mãn kinh (được xác định khi vô kinh 12 tháng sau 45 tuổi).



Hình 2. Polyp nội mạc tử cung.

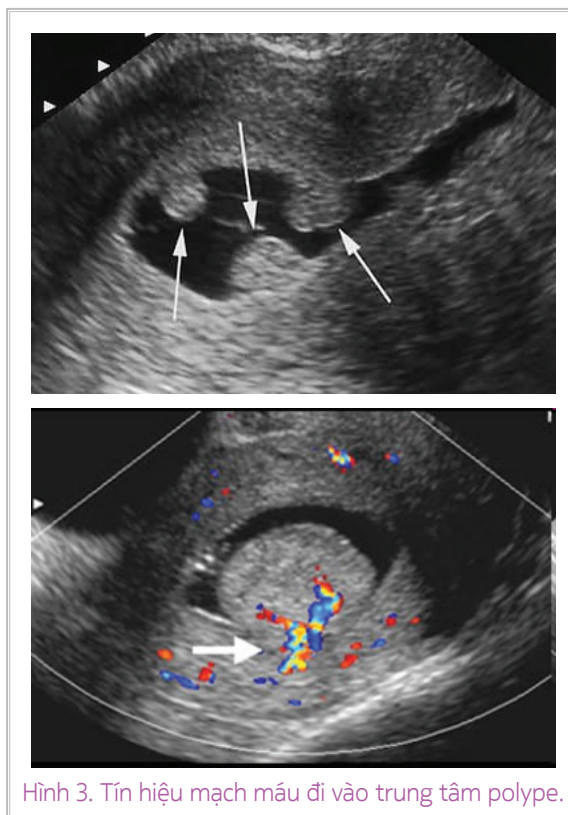
- Tăng huyết áp: 71,1% phụ nữ có polyp ác tính có tăng huyết áp (huyết áp tâm trương trên 90 mmHg và/hoặc huyết áp tâm thu trên 140 mmHg), so với 19,2% phụ nữ có polyp lành tính (không có phụ nữ nào có polyp tiền ác tính bị tăng huyết áp).

Chẩn đoán (hình 2, hình 3)

- Siêu âm: có thể tăng âm hoặc giảm âm, tín hiệu mạch đi vào trung tâm polype, niêm mạc tử cung dày hơn, nên siêu âm ở nửa sau chu kỳ kinh để phát hiện hơn.
- Nội soi buồng tử cung: giúp chẩn đoán, điều trị.
- Sinh thiết nội mạc tử cung.

Xử trí

- Đối với phụ nữ tuổi sinh sản: cắt bỏ polyp và xét nghiệm mô học khi polyp có triệu chứng. Đối với những polyp không triệu chứng kèm theo yếu tố nguy cơ ung thư nội mạc tử cung như đang được điều trị Tamoxifen, béo phì, dùng estrogen thì cần được loại bỏ và xét nghiệm mô học. Cắt bỏ polyp khi đường kính lớn hơn 1,5 cm, sa ra ngoài cổ tử cung, vô sinh.
- Đối với phụ nữ mãn kinh: cắt bỏ polyp và xét nghiệm mô học.



Hình 3. Tín hiệu mạch máu đi vào trung tâm polype.

Viêm nội mạc tử cung

Viêm nội mạc tử cung cấp

Viêm nội mạc tử cung thường do nhiễm trùng từ cổ tử cung lên. Viêm có thể xảy ra sau kinh nguyệt, sau nạo thai, sau sinh và dùng dụng cụ trong tử cung (nạo lòng tử cung - đặt vòng tránh thai - khoét chóp). Tác nhân gây viêm thường là liên cầu trùng, tụ cầu trùng, lậu cầu trùng và Clostridium welchii.

Vì thể: Các bạch cầu đa nhân tập trung thành ổ trong mô đệm, tạo thành các ổ áp xe nhỏ hay ú trong lòng các ống tuyến, làm vỡ ống tuyến.

Viêm nội mạc tử cung mạn tính không đặc hiệu

Viêm nội mạc tử cung mạn tính thường gặp trong sẩy thai, viêm ống dẫn trứng, có đặt dụng cụ tránh thai. Bệnh gây rong kinh rong huyết, khí hư có lẫn mủ, đau vùng bụng dưới, tăng tốc độ máu lắng và tăng bạch cầu trong máu.

Vì thể: Nội mạc tử cung có thâm nhập nhiều tế bào viêm như tương bào, lympho bào. Tình trạng viêm làm các tuyến trưởng thành ở nhiều mức độ khác nhau, và các tế bào mô đệm biến dạng thành hình thoi nên khó đánh giá giai đoạn nội tiết của nội mạc.

Viêm nội mạc tử cung có thể kèm viêm cổ tử cung do lậu cầu trùng hay Chlamydia trachomatis.

Viêm nội mạc tử cung đặc hiệu

– Viêm do Mycoplasma: Thường là Mycoplasma urealyticum, thường lây truyền qua đường sinh dục. Bệnh có thể gây ra vô sinh và sẩy thai, với hình thành các ổ nhỏ limpho bào, tương bào và bạch cầu đa nhân, nằm trong mô đệm và sát lớp nội mạc bề mặt.

– Lao: khoảng 50-75% trường hợp lao sinh dục có lao nội mạc tử cung. Ổ lao nguyên phát ở phổi hay ở ống tiêu hoá. Bệnh thường gặp ở tuổi sinh đẻ và thường kèm vô sinh.

• **Vì thể:** Tổn thương lao thường nằm ở phần giữa và phần nông của lớp nội mạc và cần hai tuần để hình thành đầy đủ nang lao. Do đó, chẩn đoán lao nội mạc khó khăn do nội mạc bong tróc ra hàng tháng, thường dựa trên mẫu nạo lấy trong giai đoạn chế tiết trễ.

– Nấm: Nội mạc tử cung có thể viêm do nhiễm nấm (Blastomyces dermatidis, Coccidioides immitis, Candida albicans, Cryptococcus glabratus).

– Virus

• Nội mạc tử cung có thể nhiễm HSV (Herpes simplex virus), CMV (cytomegalovirus) và HPV (human papilloma virus). HSV và CMV có thể bị nhiễm lúc mới sinh, và CMV có thể gây sẩy thai tự nhiên.

• Trong nhiễm HSV, các tế bào tuyến có nhân phì đại, với các thể vùi tròn, ưa eosin và bao quanh bởi một vòng sáng. Mô đệm bị hoại tử.

• Trong nhiễm CMV, các tế bào thượng mô phì đại, bào tương mờ, có chứa các thể vùi tròn ái kiềm trong nhân. Mô đệm thâm nhập tương bào.

• Đôi khi nội mạc có condylom lan tỏa, do bị lây nhiễm HPV từ cổ tử cung.

– Ký sinh trùng

• Do Schistosoma, Enterobius vermicularis, Echinococcus granulosus, hay Toxoplasma gondii. Bệnh thường gặp ở Trung Mỹ, Phi châu và Á châu. Bệnh nhân thường bị vô kinh và vô sinh. Nhiễm Toxoplasma gondii có thể gây sẩy thai liên tiếp.

• Bệnh có dạng nhiễm trùng hạt với các limpho bào, tương bào, bạch cầu đa nhân ái toan và mô bào xấp xỉ thành nang. Có khi nội mạc tử cung bị loét và thay thế bởi mô hạt. Chẩn đoán dựa vào phát hiện các trứng trong mẫu thử hay trên phết tế bào âm đạo - cổ tử cung. Toxoplasma được phát hiện bằng miễn dịch huỳnh quang.

Viêm nội mạc tử cung do dị vật

Bột talc hay dị vật có thể gây ra phản ứng viêm hạt nội mạc tử cung. Bột talc có trong dụng cụ hay găng tay khi thăm khám vùng chậu. Bệnh không có triệu chứng hoặc gây thống kinh. Các mô bào và đại bào ăn dị vật bao quanh các tinh thể talc, cùng với limpho bào và tương bào. Các tinh thể talc có dạng như cây kim khâu, phản chiếu ánh sáng khi quan sát ở kính hiển vi phân cực.

Viêm nội mạc do Haemophilus vaginalis hay Trichomonas

Trong viêm do Haemophilus vaginalis hay Trichomonas nội mạc có thể có nhiều nang nhỏ, lót bởi các tế bào dẹp và có đại bào nhiều nhân.

Bệnh Malacoplasia

- Bệnh do nhiễm *Escherichia coli* ở bệnh nhân mà tế bào đơn nhân và đại thực bào không có khả năng thực bào. Các vi trùng tồn tại và tạo thành các thể hóa vôi tròn nằm trong và ngoài tế bào, gọi là thể Michaelis Gutman. Ngoài ra, nội mạc có tổn thương cứng chắc, thẩm nhập mô bào, bào tương sáng hay ưa eosin (tế bào Von Hanseman).
- Điều trị viêm nội mạc tử cung tùy theo nguyên nhân gây bệnh.

Tăng sản nội mạc tử cung

Phân loại

- Điều trị tăng sản nội mạc tử cung được hướng dẫn bởi nguy cơ ung thư nội mạc tử cung.
- Hệ thống phân loại được dùng rộng rãi nhất là hệ thống phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới. Theo phân loại này, tăng sản nội mạc tử cung được chia thành 4 loại:
 - Tăng sản đơn giản điển hình.
 - Tăng sản phức tạp điển hình.
 - Tăng sản đơn giản không điển hình.
 - Tăng sản phức tạp không điển hình.
- Thuật ngữ đơn giản hay phức tạp dựa vào cấu trúc mô tuyến và mô đệm. Thuật ngữ không điển hình dựa vào không điển hình của nhân tế bào.

Biểu hiện

- Rong kinh, rong huyết.
- Siêu âm: nội mạc tử cung dày.
- Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả giải phẫu bệnh mô nạo sinh thiết.

Xử trí

- Tùy thuộc vào loại của tăng sản nội mạc tử cung, tuổi, số con mà lựa chọn giải pháp điều trị.

- Tăng sản nội mạc tử cung không điển hình: Cắt tử cung khi không có kế hoạch có con trong tương lai. Cắt cả hai buồng trứng khi mãn kinh. Điều trị bằng Progestin và bảo tồn tử cung đối với những trường hợp mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản hoặc những người không chịu đựng cuộc phẫu thuật. Sinh thiết nội mạc tử cung định kỳ mỗi 3 tháng. Nếu tăng sản còn, nên cắt bỏ tử cung. 60% tăng sản nội mạc điển hình tự khỏi.

Tăng sản nội mạc tử cung điển hình: nguy cơ tiến triển thành ung thư nội mạc tử cung là thấp (khoảng 1-3%). Mục đích điều trị là ngăn ngừa chuyển biến ung thư nội mạc tử cung trong 1 số nhỏ phụ nữ và kiểm soát chảy máu âm đạo bất thường. Điều trị Progestin, theo dõi và sinh thiết nội mạc định kỳ mỗi 3-6 tháng.

KẾT LUẬN

Bệnh lý lành tính tử cung thường bị ảnh hưởng bởi nội tiết sinh dục, có thể gây mất máu nhiều và liên quan đến khả năng sinh sản. Việc điều trị tùy thuộc vào độ tuổi, nhu cầu mang thai và mức độ ảnh hưởng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fasih N, Prasad Shanbhogue AK, Macdonald DB, et al. Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations. Radiographics 2008; 28:1931.
2. Ishihara H, Kitawaki J, Kado N, et al. Gonadotropin-releasing hormone agonist and danazol normalize aromatase cytochrome P450 expression in eutopic endometrium from women with endometriosis, adenomyosis, or leiomyomas. Fertil Steril 2003; 79 Suppl 1:735.
3. Liang M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89:992.
4. Meredith SM, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2009; 201:107e1.
5. Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E, et al. Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature. J Minim Invasive Gynecol 2011; 18:569.
6. Vaquero ME, Magrina JF, Leslie KO. Uterine smooth-muscle tumors with unusual growth patterns. J Minim Invasive Gynecol 2009; 16:263.
7. Weiss G, Maseelall P, Schott LL, et al. Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Fertil Steril 2009; 91:201.
8. Wildemeersch D, Janssens D, Pyllyser K, et al. Management of patients with non-atypical and atypical endometrial hyperplasia with a levonorgestrel-releasing intrauterine system: long-term follow-up. Maturitas 2007; 57:210.



Hãy theo dõi chúng tôi trên facebook để nhận được những thông tin mới nhất từ HOSREM.
<https://www.facebook.com/HOSREM/>