

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 46

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 46

TÀNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

- 06 < Tăng huyết áp thai kỳ Hồ Cao Cường, Bùi Quang Trung
- 13 < Hướng dẫn cập nhật tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ Nguyễn Thị Thủy
- 16 < Tiên đoán sớm tiền sản giật Trần Thế Hùng
- 19 < Vai trò của DNA thai tự do trong tầm soát tiền sản giật Nguyễn Vũ Khánh, Nguyễn Văn Thông
- 22 < Bổ sung canxi trong dự phòng tiền sản giật Bùi Quang Trung
- 26 < Ảnh hưởng của béo phì lên nguy cơ khởi phát tiền sản giật Nguyễn Đình Hiến, Vương Quốc Thịnh, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 28 < Quản lý thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm: Cập nhật từ khuyến cáo Trần Thụy Hương Quỳnh, Đỗ Đăng Trường, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 31 < Tiên lượng kết cục xấu ở thai phụ bị tiền sản giật: Áp dụng mô hình fullPIERS Nguyễn Thế Hải, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 35 < Nguy cơ tiền sản giật ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm – xin oan Nguyễn Khánh Linh
- 39 < Kỹ thuật cắt ngang – phương pháp mới để đo Doppler động mạch tử cung trong tam cá nguyệt I Nguyễn Đình Vũ, Giang Hoài Văn
- 44 < Siêu âm chẩn đoán lạc nội mạc tử cung sâu Lê Tiểu My
- 48 < Giá trị của IOTA models trong khảo sát khối u phần phụ Phạm Thị Phương Anh
- 53 < Điều trị sa tạng chậu bằng vòng nâng âm đạo (Pessary): Cái nhìn mới cho vấn đề cũ Văn Huỳnh Thúy Xuân
- 57 < Corticosteroids trước sinh Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 60 < Ngừa thai ở tuổi quanh mãn kinh Lê Long Hồ
- 64 < Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng – Vai trò của bổ sung testosterone qua da Hồ Mạnh Tường
- 66 < Đứt gãy DNA tinh trùng và vô sinh nam Hồ Sỹ Hùng
- 71 < Vai trò của vitamin D đối với sức khỏe sinh sản Hà Nhật Anh
- 74 < Các em bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên tròn 20 tuổi Hồ Mạnh Tường
- 76 < Nhiễm trùng sơ sinh sớm: Cập nhật mới Nguyễn Khôi
- 83 < Tầm lãng phí trong y tế Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

- 87 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng theo dõi sinh ngã âm đạo ở thai phụ từng mổ lấy thai
- 88 < Khâu cổ tử cung đối với các trường hợp đơn thai có kênh cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non: một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của các RCTs
- 89 < Đánh giá hiệu quả của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật ở nhóm thai phụ tăng huyết áp mạn tính
- 90 < So sánh tác dụng của Hydralazine và Nifedipine điều trị tăng huyết áp cấp trong thai kỳ
- 91 < Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mới nhất về vai trò của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật
- 92 < Tầm soát tiền sản giật trong tam cá nguyệt I nhằm phát hiện tiền sản giật sớm và muộn sử dụng các đặc điểm thai phụ, dấu ấn sinh hóa và thể tích bánh nhau
- 94 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 75 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 47: “UNG THƯ PHỤ KHOA”
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 9/2018.
Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Chuyên đề tập 48: “DỰ PHÒNG SINH NON”
Tập 48 sẽ xuất bản vào tháng 12/2018.
Hạn gửi bài cho tập 48 là 20/08/2018.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500 - 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Vàng 2018



Merck



Hội viên liên kết Bạc 2018



Science For A Better Life



SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG SÂU

Lê Tiểu My

Bệnh viện Mỹ Đức



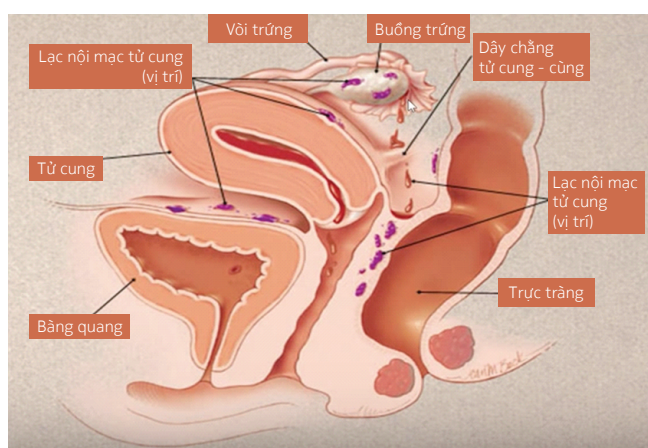
Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) vùng chậu được định nghĩa là có sự hiện diện của mô nội mạc tử cung ngoài nội mạc tử cung và cơ tử cung, tần suất khoảng 10% phụ nữ độ tuổi sinh sản và có thể đến 35 - 50% ở bệnh nhân có triệu chứng. Ba thể của LNMTTC vùng chậu bao gồm: LNMTTC phúc mạc, LNMTTC buồng trứng và LNMTTC sâu.

Lạc nội mạc tử cung sâu chiếm khoảng 20% LNMTTC vùng chậu, là tác nhân chủ yếu gây đau và hiếm muộn. Dù vậy, đến nay vẫn chưa có đồng thuận về định nghĩa của LNMTTC sâu. Dựa vào sự tương quan giữa độ thâm nhiễm và mức độ đau, LNMTTC sâu được định nghĩa là mô nội mạc xâm nhiễm hơn 5 mm dưới lớp phúc mạc (Koninckx, 1992; Koninckx, 2012). Tuy nhiên, theo tổng quan

hệ thống của Cochrane năm 2016, LNMTTC sâu được định nghĩa là sự thâm nhiễm của nội mạc tử cung vào mô sợi/cơ của một cơ quan hay cấu trúc giải phẫu dưới phúc mạc, bất kể độ sâu của mô nội mạc xâm nhiễm.

Chẩn đoán LNMTTC sâu hiện nay chủ yếu bằng siêu âm ngả âm đạo và cộng hưởng từ (MRI). Ngoài thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh là kỹ thuật không thể thiếu trong đánh giá LNMTTC sâu, có vai trò quan trọng trong định hướng chiến lược điều trị.

CÁC VỊ TRÍ THƯỜNG GẶP CỦA LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÙNG CHẬU (HÌNH 1, BẢNG 1)



Hình 1. Các vị trí thường gặp của LNMTTC vùng chậu.
(Nguồn: Piessens Sofie (2012). Deep Infiltrating Bowel Endometriosis Detection by TVUS Tutorial. City imaging)

Bảng 1. Các vị trí thường gặp của LNMTTC vùng chậu. (Nguồn: Hudelist G et al. (2013). Ultrasounds Obs & Gyn)

Vị trí lạc nội mạc tử cung sâu	N (%)
Vị trí thường gặp	
- Phúc mạc chậu	62 (53)
- Buồng trứng	13 (11)
- DIE vách trực tràng	34 (29)
Các vị trí khác	
- Dây chằng tử cung - cùng	34 (29)
- Túi cùng Douglas	20 (17)
- Âm đạo	15 (13)
- Vách trực tràng âm đạo	21 (18)
- Bàng quang	10 (19)

THĂM KHÁM LÂM SÀNG

Triệu chứng thường gặp của LNMTC gồm: rối loạn kinh nguyệt, rối loạn tiết niệu, đau vùng chậu mạn, đại tiện khó và vô sinh (cần loại trừ nguyên nhân nam khoa và rối loạn phóng noãn). Do cơ chế bệnh sinh hiện nay còn nhiều điều chưa được lý giải, triệu chứng không điển hình, không đặc hiệu theo vị trí tổn thương nên mức độ chính xác trong chẩn đoán LNMTC sâu bằng thăm khám lâm sàng hiện nay có giá trị rất thấp.

SIÊU ÂM

Các kỹ thuật siêu âm

Siêu âm gần như là phương tiện đầu tay trong chẩn đoán LNMTC sâu, do chi phí thấp, không xâm lấn và tính an toàn cao. Khi siêu âm, cần khảo sát đầy đủ tử cung (chẩn đoán bệnh tuyến - cơ tử cung - adenomyosis), buồng trứng (u LNMTC buồng trứng) và hai thận.

Dù tổn thương LNMTC sâu có thể ở bất kỳ nơi đâu trong khoang phúc mạc chậu. Tuy nhiên, thường gặp ở hố chậu sau nhiều hơn phía trước. Những vị trí thường gặp: dây chằng tử cung - cùng, âm đạo, vách trực tràng âm đạo, túi cùng Douglas, đại tràng sigma. Độ chính xác của siêu âm chẩn đoán phụ thuộc nhiều vào kỹ năng và kinh nghiệm của người thực hiện.

Siêu âm chẩn đoán LNMTC sâu có thể thực hiện ngã âm đạo (TVUS) hay ngã trực tràng (TRUS).

So sánh hai kỹ thuật siêu âm chẩn đoán (bảng 2), TVUS chứng tỏ nhiều ưu điểm hơn so với TRUS –

Bảng 2. So sánh TVUS và TRUS trong chẩn đoán LNMTC sâu (Nguồn: Bazot M et al (2007). *Ultrasound Obstet Gynecol*; 30(7),994-1001)

	TVUS	TRUS
Tất cả vị trí		
– Độ nhạy (%)	87	75
– Độ đặc hiệu (%)	86	74
LNMTC dây chằng tử cung - cùng		
– Độ nhạy (%)	81	47
– Độ đặc hiệu (%)	75	50
LNMTC ở ruột		
Độ nhạy (%)	93	89
Độ đặc hiệu (%)	100	93

chưa kể đến những hạn chế cũng như nhược điểm của TRUS như: khó thực hiện hơn, bệnh nhân khó chịu hơn. TVUS chẩn đoán chính xác lạc nội mạc tử cung sâu hơn TRUS ở một số vị trí tổn thương.

Các bước siêu âm đánh giá một bệnh nhân có nguy cơ lạc nội mạc tử cung bao gồm:

- Bước 1: Khảo sát tử cung và phần phụ thường quy, các dấu hiệu adenomyosis, có u lạc nội mạc tử cung hay không.
- Bước 2: Khảo sát các dấu hiệu gợi ý (solf marker) trong siêu âm ngã âm đạo (ví dụ như vị trí đau điển hình, hình dạng buồng trứng).
- Bước 3: Đánh giá túi cùng Douglas bằng siêu âm thời gian thực dựa trên dấu hiệu trượt (sliding sign).
- Bước 4: Đánh giá tổn thương lạc nội mạc tử cung sâu ở khoang trước và sau của hố chậu.

Tổn thương lạc nội mạc tử cung sâu trên siêu âm được mô tả là những nốt phản âm kém hay đồng âm với dịch, nhiều kích cỡ, bờ dày, thường gặp ở vách trực tràng, âm đạo hay thành bàng quang, làm mất cấu trúc bình thường của các cơ quan này.

Hình ảnh tổn thương lạc nội mạc tử cung sâu ở khoang trước

Lạc nội mạc tử cung bàng quang, khoang giữa bàng quang - tử cung

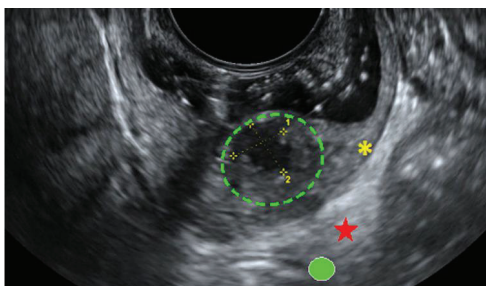
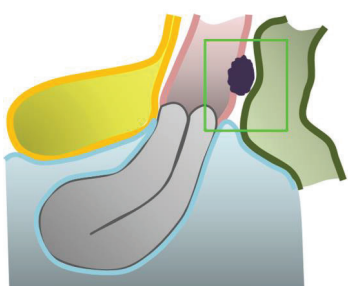
- Lạc nội mạc tử cung bàng quang thường ở mặt dưới và mặt sau hơn là thành trước. Để quan sát tốt hơn, bàng quang cần có một ít nước tiểu để giảm tỷ lệ âm tính giả. Trên siêu âm 2D, hình ảnh lạc nội mạc tử cung sâu rất đa dạng, gồm những đường phản âm kém hay mảng tổn thương phản âm kém hình cầu, không có đường bờ rõ, thường ở lớp thanh mạc hay dưới niêm mạc của bàng quang.
- Lạc nội mạc tử cung vùng giữa bàng quang và tử cung: được đánh giá bằng dấu hiệu trượt, đầu dò âm đạo đặt ở vòm trước âm đạo, tay không cầm đầu dò sẽ ấn thành bụng tạo lực ép. Nếu thành sau bàng quang chuyển động tự do và ngược chiều thành trước âm đạo, dấu hiệu trượt âm tính, vùng giữa tử cung và bàng quang không dính. Ngược lại, nghi ngờ tổn thương lạc nội mạc tử cung sâu nếu dấu hiệu trượt dương tính. Tổn thương dính thành sau bàng quang vào thành trước âm đạo có ở 1/3 trường hợp phụ nữ từng mổ lấy thai, nhưng không có triệu

chứng của lạc nội mạc tử cung sâu.

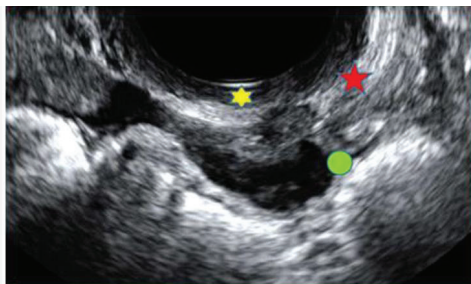
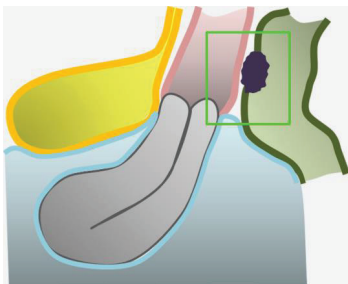
*Hình ảnh tổn thương lạc nội mạc tử cung ở
khoảng sau*

- Lạc nội mạc tử cung: Thành sau âm đạo. (Hình 2, hình 3)
- Lạc nội mạc tử cung vách trực tràng - âm đạo: tổn thương lạc nội mạc tử cung vách trực tràng-âm đạo được mô tả lớp phản âm kém giữa âm đạo và trực tràng, mất cấu trúc liên tục của thành sau âm đạo và thành trước trực tràng. (Hình 4)

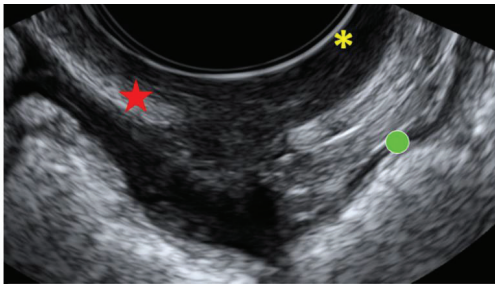
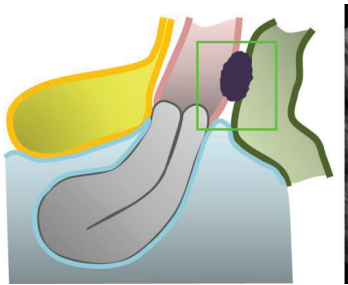
- Lạc nội mạc tử cung trực tràng (Hình 5, 6, 7, 8):
 - Thành trực tràng bình thường gồm 3 lớp phản âm trên siêu âm. Lớp ngoài cùng phản âm kém, mỏng < 3 mm; lớp dưới niêm mạc: phản âm dày; lớp niêm mạc: phản âm kém trong cùng.
 - Lạc nội mạc tử cung thành trực tràng xâm lấn từ bên ngoài vào, làm mất cấu trúc bình thường của thành trực tràng. Tổn thương được mô tả dạng nốt, phản âm kém hoặc đồng âm với dịch, bờ không rõ.



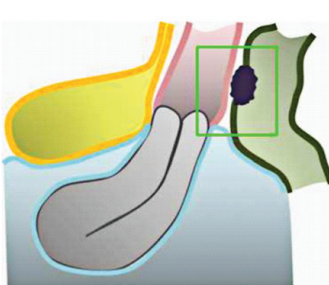
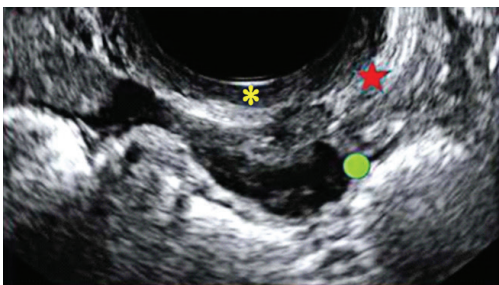
Hình 2. Siêu âm và đồ họa LNMTC thành sau âm đạo thâm nhiễm đến mặt trước vách trực tràng.^[3]



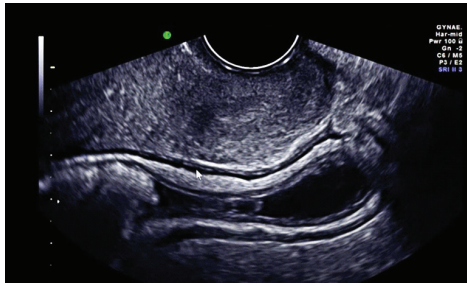
Hình 3. Đồ họa và siêu âm LNMTC thành trước trực tràng - thâm nhiễm đến thành sau âm đạo.^[3]



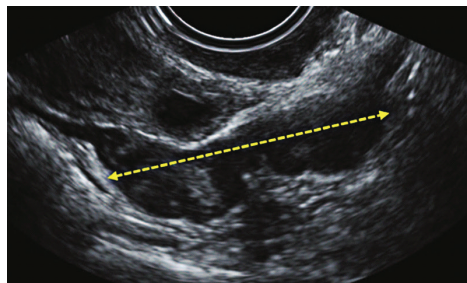
Hình 4. Đồ họa và siêu âm LNMTC vách trực tràng - âm đạo.^[3]



Hình 7. Siêu âm và đồ họa LNMTC thành trước trực tràng thâm nhiễm thành sau âm đạo.^[3]

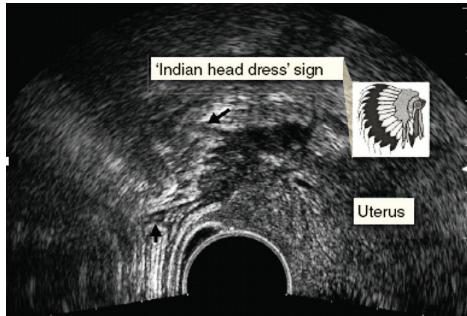


Hình 5. Cấu trúc thành trực tràng bình thường trên siêu âm.^[3]

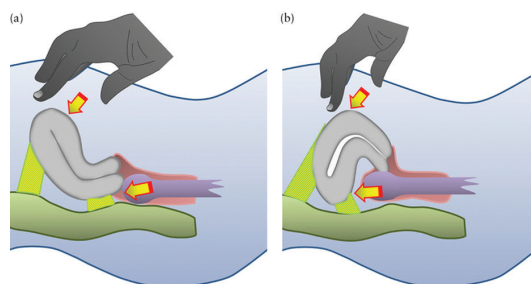


Hình 6. LNMTC thành trực tràng.^[3]

Hình 7. Siêu âm và đồ họa LNMTC thành trước trực tràng thâm nhiễm thành sau âm đạo.^[3]
(vui lòng xem trang 46)



Hình 8. Siêu âm: dấu hiệu mũ người da đỏ - LNMTC rectosigmoid.^[3]



Hình 9. Đồ họa mô tả cách thực hiện siêu âm tìm dấu hiệu trượt trong chẩn đoán LNMTC trực tràng và đánh giá hố chậu sau.^[3]

– Sliding sign (dấu hiệu trượt) trong chẩn đoán LNMTC trực tràng (hình 9): Đặt đầu dò sao cho quan sát hết âm đạo, trực tràng, đoạn cuối đại tràng sigma và đoạn đầu trực tràng (rectosigmoid). LNMTC sâu thường gây dính vị trí thành sau tử cung và thành trước trực tràng. Bình thường, các cơ quan này thường chuyển động ngược chiều nhau. Để quan sát dấu hiệu trượt, đưa đầu dò vào âm đạo, đẩy đầu dò sát vòm sau âm đạo, lui nhẹ về phía sau, quan sát sự chuyển động của trực tràng ngược với thành trước âm đạo và thành trước tử cung trên mặt cắt dọc giữa. Đồng thời, tay trái ấn thành bụng tạo lực tác động lên tử cung. Quan sát sự di động của các cơ quan tìm dấu hiệu trượt nhằm đánh giá chiều di động giữa ruột và đáy tử cung, trực tràng - thành sau cổ tử cung, túi cùng Douglas, vùng tử cung - bàng quang, vách trực tràng - âm đạo.

KẾT LUẬN

Chẩn đoán lạc nội mạc tử cung sâu cần kết hợp dấu hiệu lâm sàng và hình ảnh học (hiện tại chủ yếu là siêu âm ngả âm đạo và cộng hưởng từ). Độ chính xác của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện nay không có nhiều khác biệt, tuy nhiên, siêu âm vẫn là chọn lựa đầu tay và chiếm ưu thế trong thực hành lâm sàng. Cả siêu âm và MRI đều là công cụ giúp ích cho chẩn đoán, có giá trị góp phần quyết định phương pháp điều trị hay can thiệp phẫu thuật đối với lạc nội mạc tử cung sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bazot M, Malzy P, Cortez A, Roseau G, Amouyal P, Dara E (2007). Accuracy of transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography in the diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 30(7),994-1001.
2. Bazot Marc, Darai Emile (2017). Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. *Fertility and Sterility*, Vol.108, No.6,886-94.
3. Guerriero S, Condous G, Bosch T, Vanden, Valenietine L, Leone FPG, Schoubroeck D Van, Exacoustos C et al (2016). Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet gynecol*.
4. Guerriero Stefano, Ajossa Silvia, Gerada Marta, D'Aquila Marina, Piras Bruno and Benedetto Gian (2007). "Tenderness-guided" transvaginal ultrasound: a new method for the detection of deep endometriosis in patients with chronic pelvic pain. *Fertility and Sterility*, Vol.88, No.5,1293-7.
5. Guerriero Stefano, Ajossa Silvia, Gerada Marta, Virgilio Bruna, Pilloni Monica, Galvan Roendo, Laparte M Carmen, Alcazar Juan Luis, Melis Gian Benedetto (2008). Transvaginal Ultrasonography in the diagnosis of extrauterine pelvic diseases. *Expert Rev Obstet Gynecol*; 3(6);731-52.
6. Hudelist G, Fritze N, Staettner S, Tammaa A, Tinelli A, Sparic R and Keckstein J (2013). Uterine sliding sign: a simple sonographic predictor for the presence of deep infiltration endometriosis of rectum. *Ultrasound Obstet gynecol*; 41:692-5.
7. Koninckx Philippe R, Martin DC (1992). Deep endometriosis: a consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa? *Fertility and Sterility*, Vol.53,78-83.
8. Koninckx Philippe R, Ussia Anastasia, Adamyan Leila, Wattiez Arnaud, Donnezet Jacques et al (2012). Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. *Fertility and Sterility*, Vol.98,564-71.
9. Millischer AE, Salomon LJ, Santulli P, Borghese B, Dousset B, Chapron C (2015). Fusion imaging for evaluation of deep infiltration endometriosis: feasibility and preliminary results. *Ultrasound Obstet gynecol*; 46:109-17.
10. Nisenblat V, Bossuyt PM, Farquhar C, Johnson N, Hull ML (2016). Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane database systematic review*.
11. Piessens Sofie (2012). Deep Infiltrating Bowel Endometriosis Detection by TVUS Tutorial. City imaging.