

# PHÁT HIỆN U XƠ TỬ CUNG QUA SIÊU ÂM ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

*Tôn Nữ Trà My, Hoàng Minh Lợi, Trần Thị Sông Hương*

*Trường Đại học Y Dược Huế*

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của siêu âm đường âm đạo, có so sánh với siêu âm đường bụng trong chẩn đoán u xơ tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. Tiến hành phẫu thuật cắt tử cung toàn phần cho 117 bệnh nhân với chẩn đoán u xơ tử cung, thu được 149 khối u xơ tử cung (được xác định qua giải phẫu bệnh). Siêu âm đường bụng và siêu âm đường âm đạo được thực hiện ở tất cả bệnh nhân này trước khi phẫu thuật. Đối chiếu vị trí, số lượng, đường kính lớn nhất đo được trên siêu âm với giải phẫu bệnh, đánh giá sự khác biệt đường kính giữa siêu âm với giải phẫu bệnh qua biểu đồ Bland-Altman. **Kết quả:** Độ nhạy phát hiện u xơ tử cung của siêu âm đường bụng và siêu âm đường âm đạo lần lượt là 81,9% và 90,6%. Siêu âm đường âm đạo đo đường kính gần với kích thước thật hơn so với siêu âm đường bụng ( $5,0 \pm 6,5\text{mm}$  so với  $8,3 \pm 6,9\text{mm}$ ). Tuy nhiên siêu âm đường bụng đánh giá những u xơ tử cung lớn gần với kích thước thật hơn so với siêu âm đường âm đạo. **Kết luận:** Siêu âm đường âm đạo có khả năng phát hiện u xơ tử cung tốt hơn siêu âm đường bụng trong những trường hợp tử cung ở tư thế gấp sau, u xơ kích thước nhỏ, dưới niêm mạc, hoặc định vị ở mặt sau. Siêu âm đường âm đạo đo đường kính u xơ tử cung chính xác hơn siêu âm đường bụng.

**Từ khóa:** *U xơ tử cung, u xơ cơ tử cung, siêu âm đường âm đạo.*

## Abstract

### DETECTION OF THE TRANSVAGINAL SONOGRAPHY IN DIAGNOSING UTERINE FIBROIDS

*Ton Nu Tra My, Hoang Minh Loi, Tran Thi Song Huong*

*Hue University of Medicine and Pharmacy*

**Objective:** To evaluate the utility of plasma BNP measurement in patients with surgically repaired tetralogy of Fallot (TOF). **Methods:** From 06/06/2011 to 30/05/2012, plasma NT-proBNP concentration was measured in 73 patients with TOF after surgical repair, mean age of males:  $19,08 \pm 4,78$  years and of females:  $24,31 \pm 8,96$ . NT-proBNP levels were compared to age and gender-specific normal values, results of exercise testing, clinical, electrocardiographic, and echocardiographic data. **Results:** NT-proBNP was  $160,71 \pm 203,31$  pg/ml and elevated in 36,99% of patients. Higher values were found in males, with a negative correlation between NT-proBNP and maximum exercise capability and exercise time ( $r=-0,237$ ,  $p=0,043$ ). A plasma NT-proBNP level of 54 pg/ml was identified as predicting RV dysfunction. A plasma NT-proBNP level of 75,69 pg/ml was identified for ventricular arrhythmias prediction. **Conclusions:** plasma NT-proBNP level seems significantly helpful for follow-up patients with surgically repaired tetralogy of Fallot. Plasma NT-proBNP levels  $>54$  pg/ml can be used as a marker in the detection of RV dysfunction.

**Key words:** *Uterine fibroids, leiomyoma, transvaginal ultrasound.*

- Địa chỉ liên hệ: Tôn Nữ Trà My, email: [tonnutramy85@gmail.com](mailto:tonnutramy85@gmail.com)

- Ngày nhận bài: 1/4/2013 \* ngày đồng ý đăng: 25/4/2013 \* Ngày xuất bản: 17/5/2013

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (UXTC) là khối u lành tính hay gặp nhất ở phụ nữ, đặc biệt trong độ tuổi sinh sản. Trên thế giới, thống kê năm 2004 cho thấy tỷ lệ UXTC ở phụ nữ khoảng 20-40%. Ở phụ nữ trên 35 tuổi con số này là 40% - 50%. Tại Việt Nam chưa có thống kê đầy đủ về tỉ lệ UXTC trong cộng đồng. Trong số các bệnh phụ khoa, UXTC chiếm tỉ lệ khoảng 18 – 20% [1]. UXTC thường không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu. Việc đánh giá số lượng, vị trí, kích thước UXTC rất quan trọng trong quyết định phương thức điều trị, theo dõi đáp ứng sau điều trị nội khoa và càng quan trọng hơn để lựa chọn đường mổ trong trường hợp có chỉ định phẫu thuật. Do đó, chẩn đoán và điều trị UXTC có vai trò rất lớn của chẩn đoán hình ảnh.

Trong thực hành lâm sàng hiện nay, đại đa số các trường hợp UXTC có triệu chứng nhập viện đều được chẩn đoán bằng siêu âm đường bụng (SAB) trước khi quyết định điều trị. Tuy nhiên siêu âm đường bụng có thể chẩn đoán sai lệch hoặc bỏ sót các khối u nhỏ, dưới niêm mạc. Trong khi đó, siêu âm đường âm đạo (SAAD) có khả năng phát hiện UXTC nhạy hơn, cung cấp những hình ảnh rõ hơn, vẫn chưa được nghiên cứu nhiều tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá giá trị của siêu âm đường âm đạo, có so sánh với siêu âm đường bụng trong chẩn đoán u xơ tử cung.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 117 bệnh nhân UXTC trải qua phẫu thuật cắt tử cung toàn phần, kết quả giải phẫu bệnh xác nhận 149 khối UXTC. Trước phẫu thuật, những bệnh nhân này được làm SAB và SAAD sau khi đã thăm khám lâm sàng tại khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

*Phương tiện nghiên cứu:* máy siêu âm SonoAce R5, hãng Medison, Hàn Quốc, đầu dò bụng 3-5MHz, đầu dò âm đạo 4-9 MHz.

*Các bước tiến hành:* bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng là UXTC, được SAB, SAAD (có sự tham gia của một bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm) trước khi phẫu thuật để xác định vị trí, số

lượng và kích thước khối u. Khối u sẽ được đo 3 đường kính vuông góc nhau, chọn đường kính lớn nhất. Một u xơ được xem là dưới niêm mạc nếu nó làm biến dạng buồng tử cung; là trong cơ nếu không làm biến dạng buồng tử cung và lồi ra bề mặt thanh mạc dưới 50%; là dưới thanh mạc nếu trên 50% thể tích lồi ra bề mặt thanh mạc [3]. Sau phẫu thuật cắt tử cung, ghi nhận số lượng, đường kính lớn nhất, vị trí của UXTC tại khoa Giải phẫu bệnh và đối chiếu với kết quả SAB, SAAD. Xử lý thống kê bằng Excel 2007, Medcalc 12.2.1. Thống kê mô tả bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, tần số và tỉ lệ. Biểu đồ phân bố Bland-Altman được sử dụng để đánh giá mức chênh lệch giữa đường kính đo trên SAB, SAAD với đường kính đo được trên giải phẫu bệnh (GPB). So sánh sự khác biệt giữa hai lần đo (siêu âm, giải phẫu bệnh) trên cùng một đối tượng (khối UXTC) không tuân theo phân phối chuẩn, sử dụng xét so sánh của Wilcoxon. Giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê [2].

## 3. KẾT QUẢ

117 bệnh nhân - 149 khối UXTC được xác định qua GPB. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $44,4 \pm 6,4$ , nhỏ nhất là 31 tuổi, lớn nhất là 62 tuổi. Đa số tuổi của bệnh nhân nằm trong khoảng 35 - 55 tuổi. Đường kính các UXTC là  $44,4 \pm 49,3$ mm. SAB phát hiện tổng cộng 124 UXTC, tuy nhiên có 02 khối không thấy trên GPB, do vậy có 122 UXTC được xác định bởi GPB, kết quả SAB có độ nhạy 81,9%, khoảng tin cậy 95%: 74,7-87,7%; giá trị tiên đoán dương tính 98,4%; khoảng tin cậy 95%: 94,3 – 99,8%. SAAD phát hiện được 135 UXTC, tất cả đều là UXTC được xác định bởi GPB, độ nhạy 90,6%, khoảng tin cậy 95%: 84,7 – 94,8%. Trong số 39 UXTC dưới niêm mạc, SAB phát hiện được 25 khối (độ nhạy 64,1%, Khoảng tin cậy 95%: 47,2-78,8%), SAAD phát hiện được 34 khối (độ nhạy 87,2%, khoảng tin cậy 95%: 72,6 – 95,7%). Đối với UXTC trong cơ, SAB phát hiện được 78 khối, SAAD phát hiện được 82 khối (trong tổng số 89 khối trên GPB), với độ nhạy tương ứng là 87,6% và 92,1%. SAB và SAAD cùng phát hiện 10 trong tổng số 12 khối UXTC dưới thanh mạc (cùng có độ nhạy 83,3%). Tất cả các UXTC nằm ở nhiều vị trí đều phát hiện được qua hai kỹ thuật siêu âm (09 khối).

**Bảng 1.** Đường kính trung bình các u xơ tử cung

| Kỹ thuật   | Đường kính trung bình theo vị trí mô bệnh học (mm) |               |             |                |              |
|------------|----------------------------------------------------|---------------|-------------|----------------|--------------|
|            | Chung                                              | Dưới niêm mạc | Trong cơ    | Dưới thanh mạc | Nhiều vị trí |
| SAB (1)    | 60,4±52,9                                          | 32,4 ± 17,5   | 56,2 ± 29,2 | 38,8 ± 13,2    | 198,8± 90,5  |
| SAAD (2)   | 53,3±53,3                                          | 26,2 ± 17,0   | 50,1 ± 27,8 | 37,6 ± 13,3    | 202,7± 98,8  |
| GPB (3)    | 44,4±49,3                                          | 23,0 ± 16,5   | 40,8 ± 26,1 | 27,8 ± 14,8    | 194,2± 88,8  |
| d(1-3)(mm) | 8,3±6,9                                            | 2,1±2,6       | 10,9±7,1    | 6,8±3,4        | 4,6±2,7      |
| d(2-3)(mm) | 5,0±6,5                                            | 0,9±2,3       | 6,3±6,3     | 5,6±2,9        | 8,4±12,9     |

d(a-b): khác biệt đo lường giữa hai kỹ thuật a và b

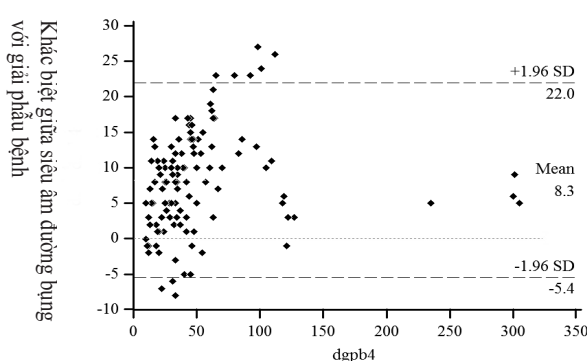
Ghi chú: SAB: siêu âm đường bụng, SAAD: siêu âm đường âm đạo, GPB: giải phẫu bệnh

**Bảng 2.** Vị trí mô bệnh học của các u xơ tử cung bỏ sót trên siêu âm

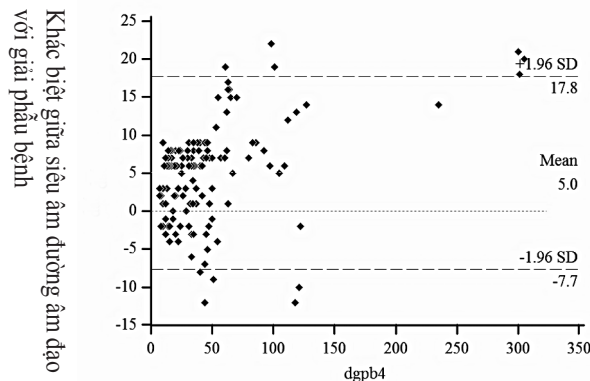
| Kỹ thuật    | Vị trí u xơ tử cung |              |                    | Tổng | P     |              |             |
|-------------|---------------------|--------------|--------------------|------|-------|--------------|-------------|
|             | Dưới niêm mạc (1)   | Trong cơ (2) | Dưới thanh mạc (3) |      | (1-2) | (1-3)        | (2-3)       |
| <b>SAB</b>  | 14 (51,9%)          | 11(40,7%)    | 02 (7,4%)          | 27   | >0,05 | <b>0,001</b> | <b>0,01</b> |
| <b>SAAD</b> | 05 (35,7%)          | 07 (50%)     | 02 (14,3%)         | 14   | >0,05 |              |             |

**Bảng 3.** Tư thế tử cung của các u xơ bỏ sót trên siêu âm

| Kỹ thuật    | Tư thế của tử cung |                |             | Tổng | P           |       |                  |
|-------------|--------------------|----------------|-------------|------|-------------|-------|------------------|
|             | Gập trước (1)      | Trung gian (2) | Gập sau (3) |      | (1-2)       | (1-3) | (2-3)            |
| <b>SAB</b>  | 09 (33,3%)         | 01 (3,7%)      | 17 (62,9%)  | 27   | <b>0,01</b> | >0,05 | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>SAAD</b> | 07 (50%)           | 01 (7,1%)      | 06 (42,9%)  | 14   | >0,05       |       |                  |



Đường kính giải phẫu bệnh (a)



Đường kính giải phẫu bệnh (b)

**Biểu đồ 1.** Biểu đồ phân bố Bland-Altman đánh giá sự khác biệt giữa đường kính u xơ tử cung trên siêu âm đường bụng với giải phẫu bệnh (a) và siêu âm đường âm đạo với giải phẫu bệnh (b)

#### 4. BÀN LUẬN

Đánh giá chính xác số lượng, vị trí, kích thước UXTC có vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng. Một kỹ thuật hình ảnh tối ưu cần có độ nhạy cao trong phát hiện tổn thương và sự khác biệt nhỏ về kích thước đo được trên kỹ thuật hình ảnh so với kích thước thật.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy SAAD có độ nhạy 90,6%, cao hơn so với độ nhạy của SAB (81,9%). Eric Leven công bố độ nhạy chẩn đoán UXTC của SAAD chỉ là 40% [5]. Kết quả nghiên cứu của Dueholm và cs. trên 106 bệnh nhân tiền mãn kinh cắt tử cung do các nguyên nhân lành tính có độ nhạy của SAAD là 99% [4].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với Eric Leven, nhưng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dueholm.

Trong 13 khối UXTC bị bỏ sót trên SAB nhưng SAAD phát hiện được 11 khối nằm trong tử cung có tư thế gấp sau chiếm 94,6% trường hợp, 9 khối u xơ dưới niêm mạc chiếm 69,2%, 8 khối nằm ở mặt sau, chiếm 61,5%. Như vậy, SAAD phát hiện tốt UXTC hơn so với SAB trong trường hợp tử cung gấp sau, u xơ dưới niêm mạc, hoặc khối u định vị ở mặt sau. Có thể giải thích là do SAAD tiếp cận gần hơn với khối UXTC hơn trong các trường hợp này. Mặt khác, SAAD sử dụng đầu dò có tần số cao, độ phân giải tốt hơn nên phát hiện khối u tốt hơn. Như vậy, trong thực hành lâm sàng, những trường hợp tử cung gấp sau, u xơ dưới niêm mạc, u xơ kích thước nhỏ hoặc nghi ngờ tổn thương ở mặt sau thân tử cung, SAAD nên là kỹ thuật được lựa chọn.

Về khác biệt trong đo lường đường kính UXTC qua biểu đồ 2, chúng tôi nhận thấy cả hai kỹ thuật đều đo được kích thước UXTC thường lớn hơn so với giải phẫu bệnh, tuy nhiên SAAD đo đường kính u xơ gần với đường kính trên GPB hơn, sự khác biệt đo lường thấp hơn  $5,0 \pm 6,5\text{mm}$  so với  $8,3 \pm 6,9\text{mm}$ . Quan sát này gợi ý rằng kết quả đo

lượng đường kính UXTC bằng SAAD chính xác hơn so với SAB.

Tuy nhiên, cũng cần nhận thấy rằng siêu âm đường bụng có vai trò nhất định trong chẩn đoán UXTC. Bằng chứng là độ nhạy của SAB khá cao 81,9%, SAB phát hiện được những khối u có đường kính  $>19\text{mm}$  tốt với độ nhạy 84,4%, độ đặc hiệu là 100%. Hơn nữa theo bảng 1 trong nhóm UXTC nhiều vị trí, nhóm này có đường kính lớn trung bình là  $194,2 \pm 88,8\text{mm}$ , khi so sánh với GPB, SAB đo đường kính UXTC chính xác hơn SAAD khi sự khác biệt là nhỏ hơn ( $4,6 \pm 2,7\text{mm}$  so với  $8,4 \pm 12,9\text{mm}$ ). Như vậy, trong nhóm u xơ nhiều vị trí kích thước lớn này, SAB với trường nhìn rộng hơn, đầu dò tần số thấp hơn, khả năng đâm xuyên tốt hơn đã đo lường đường kính khối u chính xác hơn so với SAAD.

## 5. KẾT LUẬN

Siêu âm đường âm đạo có khả năng phát hiện u xơ tốt hơn siêu âm bụng, đặc biệt là trong những trường hợp tử cung ở tư thế gấp sau, u xơ kích thước nhỏ, dưới niêm mạc, hoặc định vị ở mặt sau. Siêu âm đường âm đạo cũng đo lường đường kính u xơ chính xác hơn siêu âm đường bụng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thị Cương (2002), “U xơ tử cung”, *Bách khoa thư Bệnh học*, Tập I, Nhà xuất bản Y học, trang 295 – 296.
2. Nguyễn Văn Tuấn (2008), *Y học thực chứng (Evidence-based Medicine)*, Nxb Y học.
3. Bajekal N., Li T.C. (2000), “Fibroids, infertility and pregnancy wastage”, *Hum Reprod Update* 6, pp.614-620.
4. Dueholm M. (2002), “Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas”, *Am J Obstet Gynecol*, 186(3), pp.409-415.
5. Levens E.D. (2009), “Magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasound for determining fibroid burden: implications for clinical research”, *Am J Obstet Gynecol*. 200(5), pp.537-543.