

Bs Nguyễn Thị Kiều Trinh -

Adenomyosis là một rối loạn TC lành tính, trong đó các tuyến NMTC và mô đệm thâm nhập vào thành tử cung NMTC và được xếp loại trong các nguyên nhân thực thể của chảy máu TC bất thường (AUB: Abnormal Uterine Bleeding) trong phân loại theo Liên đoàn quốc tế Sản Phụ khoa (FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics) PALM-COEIN (polyp; adenomyosis; leiomyoma; malignancy and hyperplasia; coagulopathy; ovulatory dysfunction; endometrial; iatrogenic; and not yet classified). Trước đây, adenomyosis được xem là bệnh lý phụ khoa của nhóm phụ nữ đa sản, > 40 tuổi, có kinh nguyệt được chẩn đoán khi cắt TC, nhưng ngày nay dịch tễ học đã hoàn toàn thay đổi. Adenomyosis ngày càng thấy nhiều ở phụ nữ trẻ, đau, AUB, vô sinh, hoặc không có triệu chứng bằng cách sử dụng các kỹ thuật hình ảnh như siêu âm ngã âm đạo và chụp cộng hưởng từ. Tuy nhiên, chưa có thống nhất chung về định nghĩa và phân loại các tổn thương adenomyosis từ mô bệnh học và chẩn đoán hình ảnh. Một hệ thống báo cáo được chia sẻ và thống nhất cần được triển khai để cải thiện sự hiểu biết về các đặc điểm hình ảnh, mối quan hệ của chúng với các chức năng, triệu chứng lâm sàng và đáp ứng với điều trị. Trên thực tế, sinh bệnh học adenomyosis vẫn khó nắm bắt và không có giả thuyết nào có thể giải thích tất cả các kiểu hình khác nhau của bệnh. Hơn nữa, adenomyosis thường cùng tồn tại với các tình trạng phụ khoa khác, chúng liên quan đến nhau và u xơ TC và u nang TC, làm tăng tính không đồng nhất của nghiên cứu đã được báo cáo.



GIỚI THIỆU

Phụ nữ bị adenomyosis có thể có triệu chứng AUB, đau bụng kinh, đau khi giao hợp, hoặc vô sinh chiếm 1/3 trong số đó không có triệu chứng. Trong nhiều năm, adenomyosis vẫn là một chẩn đoán mô bệnh học được thực hiện sau phẫu thuật cắt TC và phụ nữ quanh mãn kinh bị chảy máu kinh nguyệt nặng (HMB) hoặc đau vùng chậu. Trong thập kỷ qua, nhờ những tiến bộ trong kỹ thuật hình ảnh, adenomyosis cũng được xác định ở phụ nữ trẻ tuổi mặc dù một định nghĩa và phân loại chung vẫn còn thiếu. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu chẩn đoán, nhưng thực trạng này vẫn còn thiếu. Hơn nữa, một số bệnh nhân, adenomyosis cùng tồn tại với các tình trạng phụ khoa khác, chẳng hạn như lạc NMTC và u xơ TC. Các cơ chế sinh lý bệnh lý, liên quan đến trục nội tiết tố, miễn dịch, viêm, ung thư và phát sinh th kinh, không được hiểu đầy đủ. Liên quan đến việc quản lý hội u xơ tử cung, chưa có phác đồ nào chuẩn nhất để hướng dẫn phẫu thuật hoặc điều trị adenomyosis và điều này vô cùng quan trọng trong tương lai vì bệnh nhân có khả năng chuyển sang ung thư, bao gồm khả năng sinh sản, và kết cục thai kỳ.

SINH BỆNH HỌC

Theo giả thuyết phổ biến nhất, adenomyosis là kết quả của sự xâm lấn của nội mạc tử cung vào NMTC thông qua vùng kết nối (JZ: junctional zone) bị thay đổi hoặc gián đoạn, liên quan đến đáp ứng với hormone chuyên biệt như 1/3 lớp bên trong của NMTC. Sự thay đổi phân bố trong NMTC có thể góp phần di căn và sàng lọc của các ghép NMTC ngoài vùng giao diện NMTC. Có nhiều giả thiết liên quan đến phản ứng tế bào, đáp ứng hormone steroid và con đường ngoại bào trong tiến trình tiến triển của NMTC lạc chỗ. Ngoài ra, còn có giả thuyết liên quan vai trò của chế độ ăn uống và sự chuyển hóa mô (TIAR) là cơ chế chính cho sự xâm lấn của NMTC. Các cơ chế tiến triển của NMTC mãn tính có thể gây ra vi sang chấn liên tục cho vùng kết nối, gây viêm, từ đó thúc đẩy sự sản xuất estrogen tăng cục bộ, gây ra một vòng luẩn quẩn. Do đó, giả thuyết TIAR như một mối liên quan giữa chế độ ăn uống mô mỡ và giao diện NMTC, adenomyosis có liên quan đến đa nhân xơ, mô lý thai trước đó và phẫu thuật TC trước.

Một giả thuyết khác về adenomyosis đề xuất rằng căn bệnh này phát sinh từ chuyển sản của tế bào gốc phôi thai. Phụ nữ còn lại của phôi thai là ống Müllerian có thể trải qua những thay đổi để thành TC trưởng thành, dần dần biến thành lớp mô NMTC như là khối u tuyến NMTC.

Tuy nhiên, sự biệt hóa tế bào gốc của NMTC và sự di chuyển vào NMTC sau khi có kinh nguyệt ngừng dòng cũng được nhắc đến. Chapron và cộng sự đã đưa ra giả thuyết về sự di chuyển của

các tế bào NMTC ngoài TC thì các nốt lõc NMTC sau vào NMTC. Giải thích này được công nhận bởi tổ chức bệnh adenomyosis khu trú phía sau (FOAM) được tìm thấy ở những bệnh nhân có các nốt lõc NMTC xâm nhập sâu vào khoang sau và được chẩn đoán bằng hình ảnh công nghệ từ tính (MRI). Sau khi có kinh ngừng dòng, các tế bào NMTC có thể có khả năng xâm nhập không chỉ các cơ quan vùng chậu mà cả trên thành TC.

ĐIỀU TRỊ HẸC

Trong lịch sử, adenomyosis đã được xác định là một bệnh lý thực thể từ các báo cáo mô học sau khi cắt bỏ TC. Tuy nhiên, hiện tại, chỉ có một nhóm nhỏ phụ nữ trải qua các phương pháp điều trị phẫu thuật không báo cáo tiền đề điều trị adenomyosis; do đó, ngày nay đã có những quan niệm mới về điều trị hẹc.

Yếu tố nguy cơ phổ biến bao gồm tuổi >40, đa sản, vết mổ cũ hoặc phẫu thuật TC trước đó, bệnh ngày càng được chẩn đoán phụ nữ trẻ, hiếm muộn, thời kỳ kinh hoặc AUB. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 1/3 số bệnh nhân mắc bệnh adenomyosis không có triệu chứng. Những phụ nữ hiếm muộn sinh sản (ART) từ bệnh adenomyosis là 20% đến 25%, trong khi những người có tiền sử lõc NMTC, tỷ lệ dao động từ 20% đến 80%. Dữ liệu từ các đèn vú siêu âm cho thấy adenomyosis chiếm từ 20,9% các đèn vú siêu âm trong dân số, trong khi các chẩn đoán mô học sau phẫu thuật cắt bỏ TC dao động từ 10% đến 35%. Tuy nhiên, chỉ có một số tiêu chuẩn chẩn đoán trong mô bệnh học và hình ảnh để chẩn đoán và có các số liệu cập nhật đáng tin cậy.

ĐỊNH NGHĨA VÀ CHẨN ĐOÁN ADENOMYOSIS

Mô học

Tiêu chuẩn vàng để đưa ra chẩn đoán cuối cùng về adenomyosis là kiểm tra mô học của mẫu phẫu thuật cắt bỏ TC. Năm 2009, Weiss và cộng sự tuyên bố adenomyosis là một phát hiện ngẫu nhiên ở phụ nữ trải qua phẫu thuật cắt bỏ TC mà không có triệu chứng lâm sàng của bệnh. Tình trạng này thường được mô tả là sự hiện diện của các tuyến NMTC và mô đệm nằm sâu bên trong NMTC, liên quan đến tăng sản nội mạc tử cung. Điều này là do sự xâm lấn của NMTC bởi các tuyến cơ và sự phá hủy kiến trúc NMTC bình thường. Tuy nhiên, không có tiêu chí thống nhất về độ sâu xâm lấn và sự liên quan để chẩn đoán adenomyosis, đặc biệt là khi bệnh không lan

Tóm tắt. Trong các bài báo trước đây, adenomyosis được chẩn đoán khi 1/3 độ dày của TC bị xâm lấn, trong khi một số ý kiến khác nhau chẩn đoán adenomyosis khi NMTC bị xâm lấn >4mm. Liên quan đến phân loại mô học, adenomyosis có thể phân thành khu trú, lan tỏa hay nang.

- Khu trú (adenomyoma): giới hạn u tuyến cổ tử cung, LS giới hạn u tuyến TC, nhưng không có lớp phân cách để bóc tách
- Lan tỏa (diffuse) : TC lan đến ngà toàn thể, trên diện cắt ngang qua TC, thành của TC rất dày và có những xuất huyết nhỏ tím màu chocolate đặc trưng
- Nang (cyst) : hiếm thấy, mô thể tình trạng nang LTNMTCCTC trong lan tỏa hoặc u tuyến cổ tử cung kích thước $\geq 1\text{cm}$ phát hiện như chẩn đoán hình ảnh

Chẩn đoán hình ảnh

Sự phát triển của các kỹ thuật hình ảnh, cùng với những tiến bộ MRI và siêu âm qua ngã âm đạo (TVUS), đã cho phép các bác sĩ lâm sàng đưa ra chẩn đoán không xâm lấn một phần của adenomyosis.

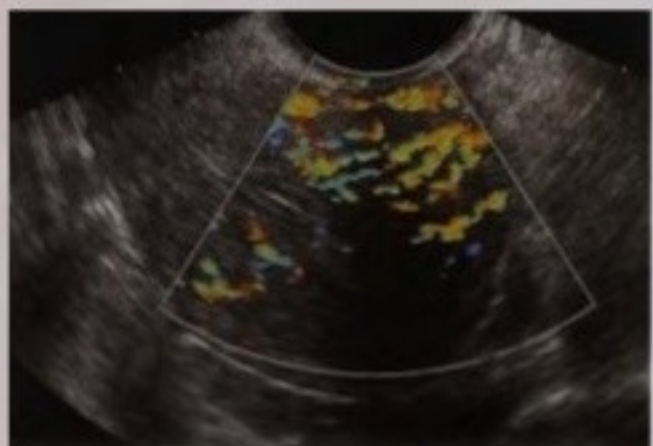
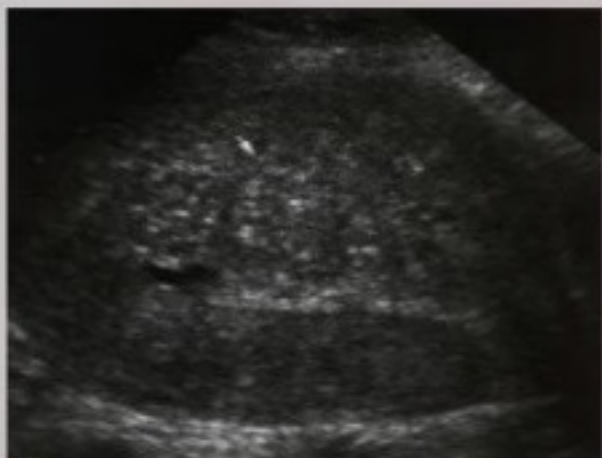
Siêu âm qua ngã âm đạo. Để nhận xét của TVUS để phát hiện adenomyosis dao động từ 65% đến 81% và để đo chiều u dao động từ 65% đến 100%. Một phân tích tổng hợp gần đây, kết quả tổng hợp từ 08 nghiên cứu, cho thấy TVUS hai chiều có độ nhạy và độ đặc hiệu tổng hợp lần lượt là 83,8% và 63,9% và đối với TVUS ba chiều, độ nhạy và độ đặc hiệu tổng hợp lần lượt là 88,9% và 56,0%. Gần đây, một báo cáo được chuẩn hóa thống nhất về kết quả siêu âm của adenomyosis bằng cách sử dụng tiêu chí đánh giá hình ảnh TC được mô tả như sau:

- Sờ dày lên không điển hình của thành TC
- Các nang nhỏ NMTC.
- Bóng hình rỗng của NMTC.
- Vùng tăng âm của TC.
- Những đường phân âm dọc của NMTC.
- Mạch máu xuyên qua tử cung.
- Vùng nội không đường nội
- Giảm đo độ dày nội.

Những tiến bộ gần đây về chẩn đoán và xử trí adenomyosis

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 08 Tháng 4 2020 13:22 - Lần cập nhật cuối Thứ 09 Tháng 4 2020 09:33



[REDACTED]

