

# TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

**THEO PHÂN LOẠI PALM – COEIN FIGO 2018**

GV hướng dẫn: ThS.BS. Ngô Thị Bình Lựa  
Nhóm 1 – Tổ 28.1

# Mục tiêu

- ▶ Tầm quan trọng của việc hiểu biết về AUB
- ▶ Hệ thống phân loại PALM – COEIN
- ▶ Guideline FIGO 2011 – updated 2018
- ▶ AUB ở các đối tượng đặc biệt
- ▶ Phân biệt các nguyên nhân cấu trúc

# Tổng quan

- ▶ Là một vấn đề thường gặp
- ▶ Than phiền chính
- ▶ #30% lý do đi khám
- ▶ “một người phụ nữ trong cuộc đời sẽ có ít nhất một lần đối mặt với xuất huyết tử cung bất thường ”

# Hậu quả AUB

- ▶ Hơn 1/2 phụ nữ bị ảnh hưởng AUB không tìm đến chăm sóc y tế
- ▶ Ảnh hưởng từ nhẹ đến trầm trọng khả năng lao động
- ▶ Giảm chất lượng cuộc sống
- ▶ Tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong cho sản phụ/thiếu máu do AUB

The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions

# Định nghĩa

- ▶ Chu kì kinh nguyệt bình thường: 24 – 32 ngày
- ▶ Thời gian hành kinh: 3 – 7 ngày.
- ▶ Lượng máu mất trung bình: 33 ml.

=> AUB : xuất huyết từ tử cung nhưng thay đổi về tính chu kì, lượng máu, số ngày, tính chất đi kèm

<b>Loại</b>	<b>Khoảng cách</b>	<b>Ngày hành kinh</b>	<b>Lượng kinh</b>
<b>Rong kinh</b>	Đều	Kéo dài	Nhiều
<b>Rong huyết</b>	Không đều	+/- Kéo dài	Bình thường
<b>Rong kinh rong huyết</b>	Không đều	Kéo dài	Nhiều
<b>Cường kinh</b>	Đều	Bình thường	Nhiều
<b>Thiếu kinh</b>	Đều	Bình thường hay ngắn	Ít
<b>Kinh thưa</b>	Không thường xuyên / Không đều	Thay đổi	Vết
<b>Vô kinh</b>	Không có	Không kinh trong 90 ngày	Không có

Acute AUB	<ul style="list-style-type: none"><li>- Heavy bleeding</li><li>- Is of sufficient quantity to require immediate intervention to minimize or prevent further blood loss.</li></ul> <p>Acute heavy menstrual bleeding may present in the context of existing chronic AUB or can occur absent such a background history.</p>
Chronic AUB	<p>Chronic AUB is “bleeding from the uterine corpus that is abnormal in duration, volume, and/or frequency and has been present for the majority of the last 6 months.”</p>

Heavy menstrual bleeding (HMB)	Excessive menstrual blood loss which interferes with a woman's physical, social, emotional, and/or material quality of life
Intermenstrual bleeding (IMB)	IMB is defined as irregular episodes of bleeding, often light and short, occurring between otherwise fairly normal menstrual periods. *
Iron deficiency anemia (IDA)	Iron-deficiency anemia is anemia caused by a lack of iron



**Table 1** Summary of changes to FIGO System 1 (normal and abnormal uterine bleeding).

Parameter	Change
Frequency	Amenorrhea is now part of the frequency category.
Regularity	Refined definition of regularity Normal variation (shortest to longest) 8 days Sight variance depending in part on age
Duration	Now only two categories for duration Normal: $\leq 8$ days Prolonged: $> 8$ days
Volume	Definition of the symptom of HMB NICE definition Bleeding volume sufficient to interfere with the woman's quality of life.
Intermenstrual bleeding	Definition of the symptom of inter-menstrual bleeding Spontaneous bleeding occurring between menstrual periods. Can be either cyclical, or random.

Abbreviations: FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics; HMB, heavy menstrual bleeding; NICE, National Institute of Care Excellence.

# HỆ THỐNG PHÂN LOẠI

Bảng 1. Phân loại PALM-COEIN

Nguyên nhân thuộc về cấu trúc

**P**olyps

**A**denomyosis

*Bệnh tuyến-cơ tử cung*

**L**eiomyomas

*U xơ-cơ tử cung dưới niêm và vị trí khác*

**M**alignancy and hyperplasia

*Ác tính và tăng sinh nội mạc tử cung*

Nguyên nhân không thuộc về cấu trúc

**C**oagulopathy

*Bệnh đông máu*

**O**vulatory dysfunction

*Rối loạn phóng noãn*

**E**ndometrial

*Rối loạn cơ chế cầm máu tại nội mạc tử cung*

**I**atrogenic

*Do thuốc*

**N**ot yet specified

*Chưa thể phân loại được*

System 2 category	Change
AUB-A	Refined sonographic diagnostic criteria
AUB-L	Inclusion of Type 3 as a submucous leiomyoma
	Type definitions and distinctions
	Distinction between Types 0 and 1; 6 and 7
	Distinction between Types 2 and 3; 4 and 5
AUB-C	No longer includes AUB associated with pharmacologic agents that impair blood coagulation which are now included in AUB-I
AUB-I	Now includes AUB associated with all iatrogenic processes including the use of pharmacological agents used for anticoagulation and those thought to interfere with ovulation.
AUB-O	Diagnostic threshold changes based upon the revisions of System 1, described above.
	No longer includes ovulatory disorders associated with drugs known or suspected to interfere with ovulation
AUB-N	The name of the category has been changed from "Not Yet Classified" to Not Otherwise Classified.
	There is a brief discussion of a potential new cause of AUB the so-called uterine "niche" or isthmocele following lower segment cesarean section

Abbreviations: AUB, abnormal uterine bleeding; FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics

Polyp
Adenomyosis
Leiomyoma
Malignancy & hyperplasia

Submucous
Other

Coagulopathy
Ovulatory dysfunction
Endometrial
Iatrogenic
Not otherwise classified

**Anticoagulant**

**+ Nonsteroidal  
pharma**



<b>AUB – P</b>	<b>Polype lòng tử cung Polype cổ tử cung</b>	<b>16.24%</b>
<b>AUB – A</b>	<b>Adenomyosis (Bệnh tuyến cơ tử cung)</b>	<b>4.94%</b>
<b>AUB – L + SM + Other</b>	<b>Leiomyoma (U xơ cơ tử cung)</b>	<b>12.35%</b>
<b>AUB - M</b>	<b>Tăng sinh không điển hình Carcinoma</b>	<b>1.90%</b>

<b>AUB - C</b>	<b>Rối loạn đông máu</b>	<b>1.04%</b>
<b>AUB – O</b>	<b>Rối loạn phóng noãn</b>	<b>57.74%</b>
<b>AUB – E</b>	<b>Rối loạn cơ chế cầm máu NMTC</b>	<b>2.18%</b>
<b>AUB - I</b>	<b>Nội tiết, dụng cụ Thuốc kháng đông Nhóm không nội tiết</b>	<b>2.66%</b>
<b>AUB - N</b>	<b>Not otherwise yet</b>	<b>0.95%</b>

# Guideline FIGO 2018

## Tiếp cận AUB

- ▶ Bước 1: Đánh giá ban đầu
- ▶ Bước 2: Xác nhận tình trạng rụng trứng
- ▶ Bước 3: Tầm soát rối loạn đông máu
- ▶ Bước 4: Đánh giá nội mạc tử cung
- ▶ Bước 5: Đánh giá cấu trúc buồng tử cung
- ▶ Bước 6: Đánh giá cơ tử cung

# KÍ HIỆU

- ▶ Đề nghị: đầy đủ để tránh bỏ sót
- ▶ AUB - P0 A0 L1(SM) M0 - C0 O1 E0 IO N0 :))
- ▶ Trong thực hành lâm sàng
- ▶ AUB - L(SM) O.



# Guideline FIGO 2018

## Tiếp cận AUB

- ▶ **Bước 1: Đánh giá ban đầu**
- ▶ Bước 2: Xác nhận tình trạng rụng trứng
- ▶ Bước 3: Tầm soát rối loạn đông máu
- ▶ Bước 4: Đánh giá nội mạc tử cung
- ▶ Bước 5: Đánh giá cấu trúc buồng tử cung
- ▶ Bước 6: Đánh giá cơ tử cung

# Bước 1: Đánh giá ban đầu

- ▶ Mất máu nặng
- ▶ Thiếu máu thiếu sắt
- ▶ Thai kì
- ▶ Chảy máu từ vị trí khác

CTM

Serum ferritin

Beta-hCG

đặt mỏ vịt quan sát

# AUB ở phụ nữ có thai

BA THÁNG ĐẦU	BA THÁNG CUỐI + GIỮA
Sảy thai Thai ngoài tử cung Bệnh nguyên bào nuôi Xuất huyết do làm tổ của phôi	Hở eo tử cung Sảy thai) Dọa sanh non Nhau tiền đạo Nhau bong non Vỡ tử cung Vỡ các mạch máu tiền đạo

# Guideline FIGO 2018

## Tiếp cận AUB

- ▶ Bước 1: Đánh giá ban đầu
- ▶ **Bước 2: Xác nhận tình trạng rụng trứng**
- ▶ Bước 3: Tầm soát rối loạn đông máu
- ▶ Bước 4: Đánh giá nội mạc tử cung
- ▶ Bước 5: Đánh giá cấu trúc buồng tử cung
- ▶ Bước 6: Đánh giá cơ tử cung

## Bước 2: Xác nhận tình trạng rụng trứng

- ▶ Rối loạn phóng noãn
  - Tuổi dậy thì
  - Quanh mãn kinh
  - Các bệnh lý liên quan:
    - + PCOS
    - + Cường/nhược giáp
    - + Tăng prolactin máu
    - + Rối loạn tâm thần...

**Bảng 1: Các xét nghiệm cần cân nhắc thực hiện khi khảo sát một trường hợp xuất huyết tử cung chức năng.**

Loại xét nghiệm	Mục đích
hCG (nước tiểu hay máu)	Loại trừ thai
Chức năng đông máu	Loại trừ bệnh lý rối loạn đông máu
Pap smear (đơn độc hay co-testing với HPV)	Loại trừ ung thư cổ tử cung
FSH	> 40 IU/L giúp chẩn đoán suy buồng trứng hay mãn kinh
TSH	Loại trừ bệnh lý tuyến giáp
Prolactin máu	Chẩn đoán tăng prolactin máu gây rối loạn phóng noãn
MRI sọ não	Nếu prolactin > 100 ng/mL, cần thêm MRI để khảo sát microadenoma tuyến yên
Testosterone Chỉ số testosterone tự do	Chẩn đoán tình trạng cường androgen trong hội chứng buồng trứng đa nang

- ▶ Whereas endometrial biopsy is not recommended as a method for determination of ovulatory status, when performed and appropriately indicated—to evaluate for the presence of premalignant or malignant endometrial change—histopathological findings reflecting secretory change may confirm that ovulation has occurred.

# Guideline FIGO 2018

## Tiếp cận AUB

- ▶ Bước 1: Đánh giá ban đầu
- ▶ Bước 2: Xác nhận tình trạng rụng trứng
- ▶ **Bước 3: Tầm soát rối loạn đông máu**
- ▶ Bước 4: Đánh giá nội mạc tử cung
- ▶ Bước 5: Đánh giá cấu trúc buồng tử cung
- ▶ Bước 6: Đánh giá cơ tử cung



## Bước 3: Rối loạn đông máu

- ▶ Thường xảy ra:
  - + Cường kinh, rong kinh/ tuổi dậy thì
- ▶ Khai thác bệnh sử + tiền căn có độ nhạy 90% trong việc tầm soát

**Table 3** Screening instrument for coagulopathies in women with the symptom of heavy menstrual bleeding.<sup>a,b</sup>

---

Initial screening for an underlying disorder of hemostasis in patients with excessive menstrual bleeding should be by a structured history. A positive screening result comprises any of the following:<sup>c</sup>

---

1. Heavy menstrual bleeding since menarche
  2. One of the following:
    - a Postpartum hemorrhage
    - b Surgical related bleeding
    - c Bleeding associated with dental work
  3. Two or more of the following symptoms:
    - a Bruising 1–2 times per month
    - b Epistaxis 1–2 times per month
    - c Frequent gum bleeding
    - d Family history of bleeding symptoms
-

# AUB – tuổi dậy thì

**TABLE 1**

## Normal menstrual cycles in young girls

Menarche (median age)	12.43 yr
Mean cycle interval	32.2 d in first gynecologic yr
Menstrual cycle interval	Typically 21-45 d
Menstrual flow length	≤7 d
Menstrual product use	3-6 pads or tampons/d

From American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, et al.<sup>1</sup>

## Causes of HMB or HPMB in adolescents

### Endocrinologic

- Dysfunctional uterine bleeding (immaturity of the HPO axis)
- Polycystic ovary syndrome
- Thyroid disturbance

### Hematologic

- Von Willebrand disease
- Platelet function disorder
- Connective tissue disorder (eg, Ehlers-Danlos syndrome)
- Thrombocytopenia
- Hemophilia carriage
- Clotting factor deficiency

### Pregnancy complication

### Sexually transmitted infection/Pelvic inflammatory disease

### Medication

- Hormonal contraceptives
- Antidepressants/Antipsychotics
- Platelet inhibitors
- Anticoagulants

### Trauma

### Systemic illness

Abbreviations: HMB, heavy menstrual bleeding; HPO, hypothalamic-pituitary-ovarian; HPMB, heavy and prolonged menstrual bleeding.

**TABLE 4****The menstrual history****For all patients**

- Age at menarche
- Cycle length
- Duration of bleeding
- Perception of flow: heavy, medium, or light
- Menstrual product use
- First day of last menstrual period
- Dysmenorrhea

**For patients reporting HMB**

- Soaking through pads/tampons in 1 h for 2-3 h in a row?
- Passing blood clots  $\geq 1$  inch in diameter ("about the size of a quarter")?
- Using "double protection" (pad plus tampon or 2 pads together)?
- Flooding or gushing sensation?
- Frequent "accidents," or leaking through protection?
- Ever diagnosed with anemia?



# PUBERTY IN GIRLS

Puberty is the time in your life when your body changes from that of a girl to that of a woman. These changes are caused by chemicals in the body called hormones. It is also a time when you become physically able to have children. Puberty usually starts earlier in girls than in boys - usually between 9 and 14 years old. Here are a few of the changes you will notice.

## BODY SIZE

- Arms, legs, hands and feet may grow faster than the rest of your body.



## HAIR

- Hair will start to grow in the pubic region (the area between your legs).
- You may also notice hair under your arms and on your legs.
- Many women remove this hair.



## BODY SHAPE

- Hips get wider.
- Waist gets smaller.
- You will put on weight - this is normal and there is no need to diet.



## SKIN

- Your skin may become more oily.
- You may sweat more, producing body odour, so it is important to wash regularly.
- You may get spots on your face. This is completely natural and can be kept under control.



## MENSTRUATION

- Your menstruation cycle, or period, usually starts between the ages of 9 and 14.
- During puberty your ovaries begin to release eggs.
- A layer of blood and tissue builds up in the uterus.
- This tissue is not needed until you have children and is discharged once a month.



## BREASTS

- In most girls puberty starts with breast growth.
- It is not unusual for one breast to be larger than the other.
- They will even out when they reach their final shape and size.
- As your breasts develop you may need to wear a bra.



**TABLE 6****Options for management of patients with HMB****Not actively bleeding**

- **Monophasic OCP containing 30 µg-35 µg ethinyl estradiol (preferred for most adolescents)**
  - Norgestrel 0.3 mg/ethinyl estradiol 30 µg
  - Levonorgestrel 0.15 mg/ethinyl estradiol 30 µg
  - Norgestimate 0.25 mg/ethinyl estradiol 35 µg
  - Regular daily use with monthly withdrawal bleeds or extended cycling (eliminating placebo pills)
- **Progesterone therapy (for adolescents in whom estrogen is contraindicated or poorly tolerated)**
  - Medroxyprogesterone 10 mg po daily, continuously or for 10-12 d/mo
  - Norethindrone acetate 5-10 mg po daily
- **Tranexamic acid 1,300 mg po tid for up to 5 d during menses**
- **Treat for at least 6 mo, then reassess need for therapy if desired**



## Actively bleeding

### ➤ Normal Hb or mild anemia (eg, Hb >10.0 g/dL), hemodynamically stable

- Combination OCP or progesterone use, as above
- May increase dosing to twice daily to hasten cessation of bleeding, then taper to once daily
- Prescribe iron replacement and monitor Hb
- Continue as above for patients who are not actively bleeding

### ➤ Moderate anemia (eg, Hb 8.0-10.0 g/dL), mild or moderate bleeding, hemodynamically stable

- Combination OCP or progesterone use, as above
- Increase dosing to 2-4 times/d until bleeding stops, then taper to once daily over the next 10-14 d
- Prescribe iron replacement and monitor Hb
- Continue as above for patients who are not actively bleeding

### ➤ Severe anemia (eg, Hb <8.0 g/dL), heavy bleeding, rapidly declining Hb, and/or hemodynamically unstable

- Admit to the hospital
  - Fluid resuscitation; consider blood transfusion for severely anemic or symptomatic patients
  - Combination OCP containing ethinyl estradiol 30-35 µg po q 4-6 h until bleeding stops; taper to once daily over next 10-14 d
  - Conjugated estrogens 25 mg IV q 4-6 h until bleeding stops (up to 48 h); add progesterone and/or transition to a combination OCP within 24-48 h
  - Prescribe iron replacement and monitor Hb
  - Continue as above for patients who are not actively bleeding
-



# Guideline FIGO 2018

## Tiếp cận AUB

- ▶ Bước 1: Đánh giá ban đầu
- ▶ Bước 2: Xác nhận tình trạng rụng trứng
- ▶ Bước 3: Tầm soát rối loạn đông máu
- ▶ **Bước 4: Đánh giá nội mạc tử cung**
- ▶ Bước 5: Đánh giá cấu trúc buồng tử cung
- ▶ Bước 6: Đánh giá cơ tử cung

## Bước 4: Đánh giá nội mạc tử cung

- ▶ AUB – M?
- ▶ Đầu tay: Siêu âm => Độ dày NMTC
- ▶ Không nạo sinh thiết NMTC thường quy
- ▶ Các đối tượng có nguy cơ
  - Tuổi
  - Tiền căn
  - NMTC dày quan sát trên siêu âm
  - AUB dai dẳng

# AUB – Tiền mãn kinh – Mãn kinh – Hậu mãn kinh

Final Menstrual Period (FMP)								
Stages:	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
Terminology:	Reproductive			Menopausal Transition			Postmenopause	
	Early	Peak	Late	Early	Late*		Early*	Late
				Perimenopause				
Duration of Stage:	Variable			Variable		Ⓐ 1 yr	Ⓑ 4 yrs	Until demise
Menstrual Cycles:	Variable to regular	Regular		Variable cycle length (>7 days different from normal)	≥2 Skipped cycles and an interval of amenorrhea (≥60 days)		None	
Endocrine:	Normal FSH		↑ FSH	↑ FSH			↑ FSH	

\*Stages most likely to be characterized by vasomotor symptoms

↑ = elevated

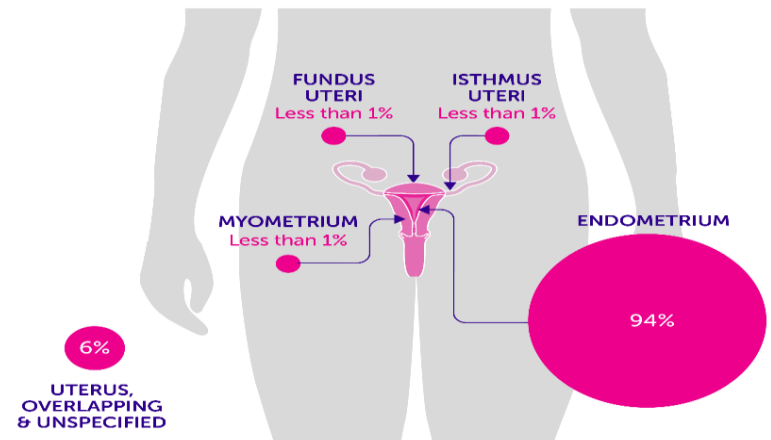
**FMP trung bình : 51.5 tuổi**  
**Quanh mãn kinh : 40s – 50s**

# Nguyên nhân

- ▶ Quanh MK :
  - ▶ tăng sinh NM tử cung
  - ▶ AUB-O
  - ▶ Thai kỳ
  - ▶ STD
- ▶ Hậu MK :
  - ▶ Thiếu sản NMTC or âm đạo
  - ▶ Polyps
  - ▶ Tăng sinh nội mạc tử cung
  - ▶ Ung thư : nội mạc tử cung ; sarcoma thân tử cung ..

- ▶ K NMTC ~ 80-90% AUB
- ▶ Nữ > 45t
- ▶ Nữ < 45t + YTNC

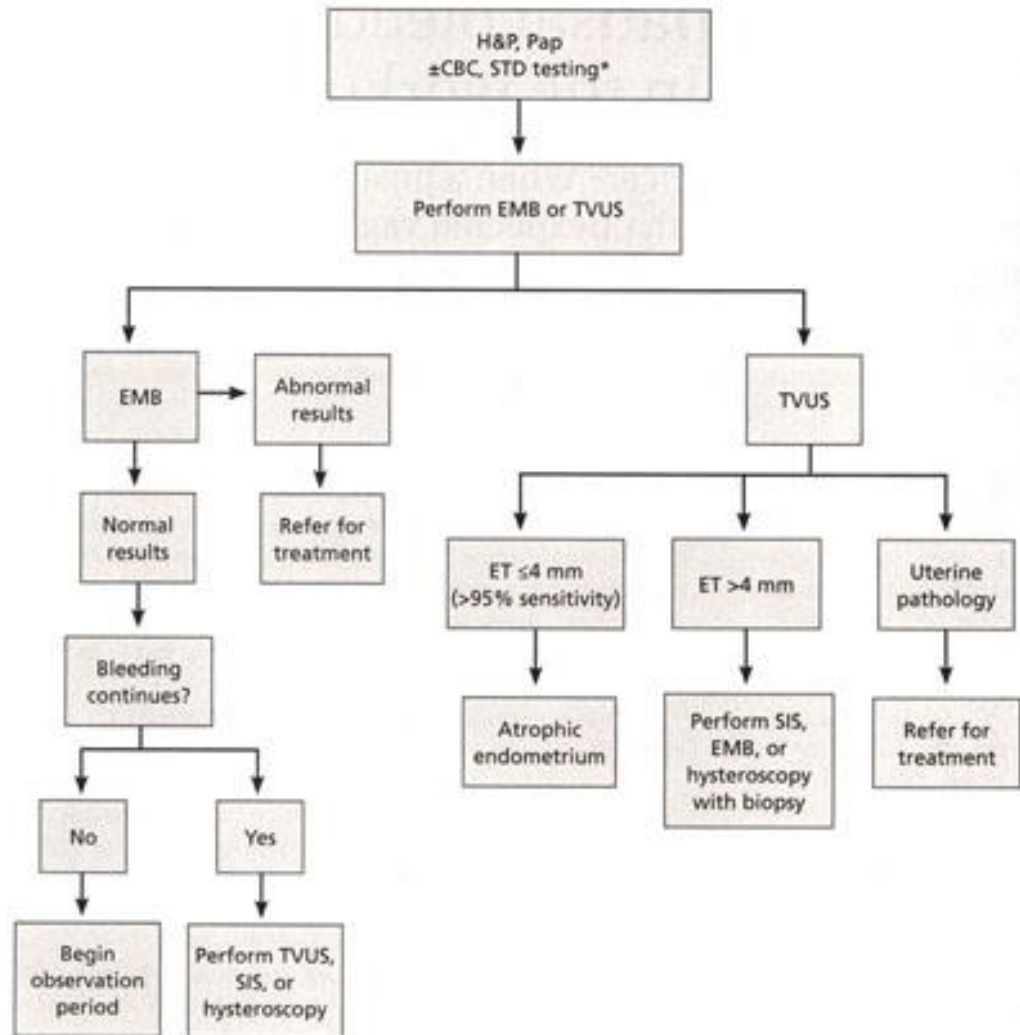
UTERINE CANCER CASES:  
PERCENTAGE DISTRIBUTION BY ANATOMICAL SITE



LET'S BEAT CANCER SOONER  
[cruk.org/cancerstats](http://cruk.org/cancerstats)

# Câu hỏi

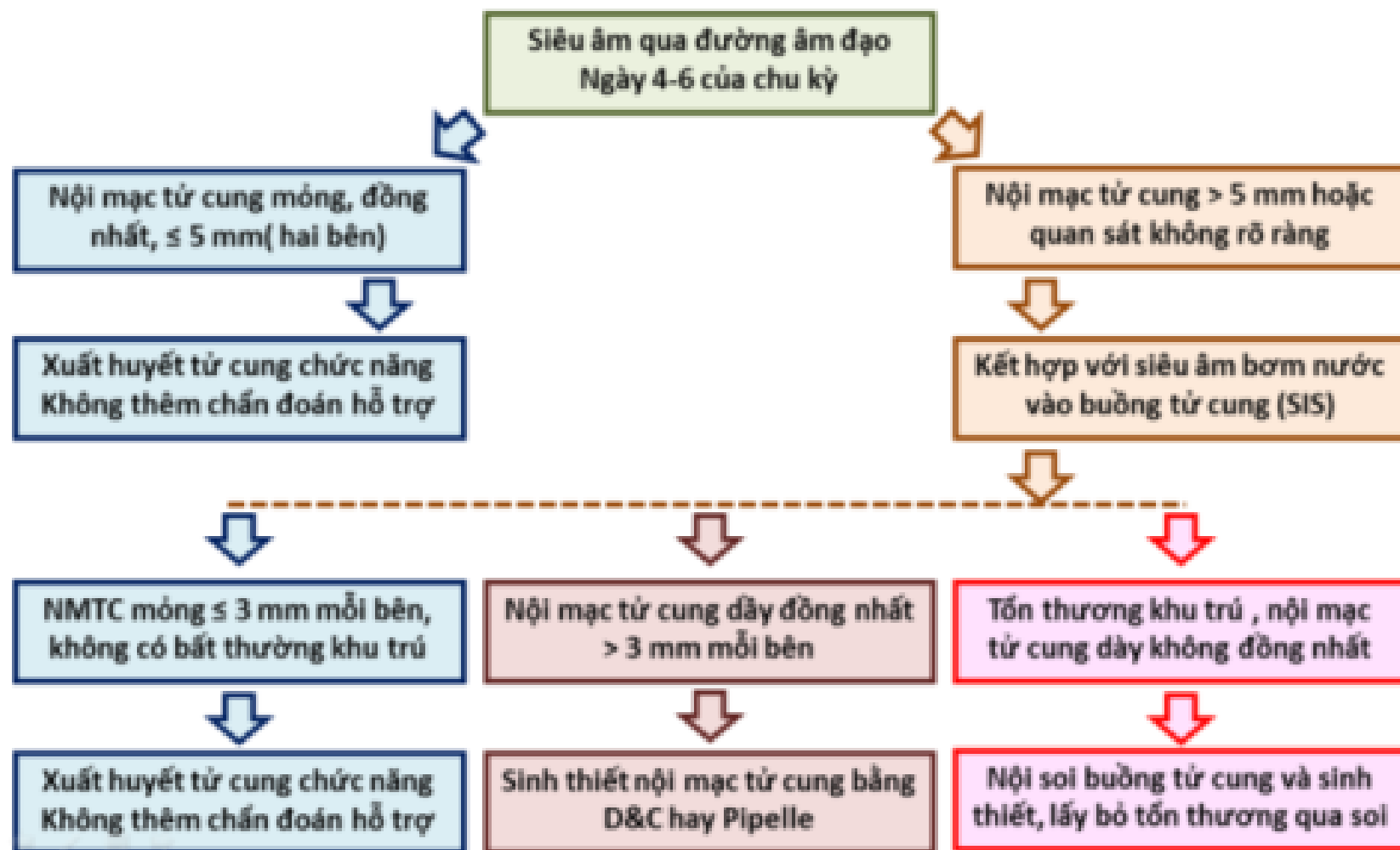
- Nguyên nhân :  
tân sinh hay  
không ?



CBC, complete blood count; EMB, endometrial biopsy; ET, endometrial thickness; H&P, history and physical; Pap, Papanicolaou smear; SIS, saline infusion sonography; STD, sexually transmitted disease; TVUS, transvaginal ultrasonography.

\*Laboratory tests are generally not helpful in evaluating postmenopausal bleeding, but a complete blood count is warranted if bleeding is prolonged or heavy and a test for sexually transmitted diseases may be appropriate based on patient history or physical exam.

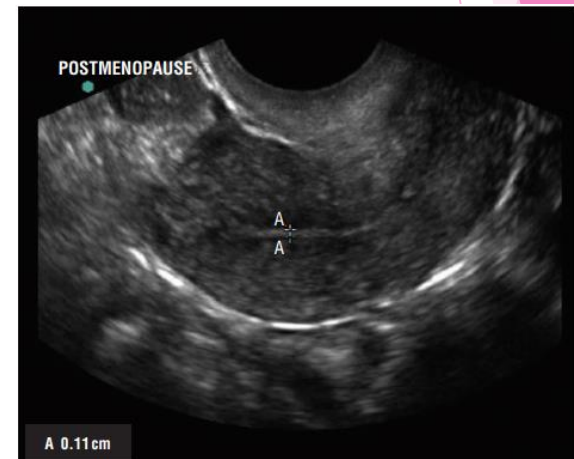
## Tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường quanh mãn kinh trên cơ sở sử dụng siêu âm như phương tiện tiếp cận sơ cấp



**Lưu đồ 1:** Lưu đồ tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường quanh mãn kinh trên cơ sở dùng siêu âm như phương tiện tiếp cận sơ cấp

# Siêu âm ngã âm đạo : đầu tay

- ▶ **Mục tiêu** : đánh giá cả lớp cơ và NMTC
- ▶ **Nhược điểm**: khó đánh giá khi
  - ▶ Tử cung axial
  - ▶ Béo phì
  - ▶ Có UXCTC đồng thời
  - ▶ Tiền căn PT tử cung



**Figure 1.** Measurement of endometrial thickness. The endometrial thickness measured at its thickest portion as the distance between the echogenic borders (calipers) perpendicular to the midline longitudinal plane of the uterus. ↩

# Siêu âm có bơm nước (SIS):

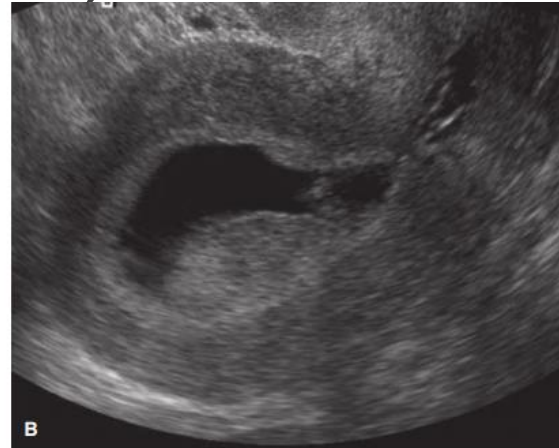
- ▶ Ưu điểm hơn TVS là đánh giá khối ở lòng TC, phân biệt NMTC, UXTC dưới niêm hoặc trong cơ, cục máu đông, hướng dẫn cho ST bằng Pipelle,
- ▶ CCD: BN có thai hay nghi ngờ có thai, viêm vùng chậu.

▶ Như  
của

đoạn

5% SI

không



**FIGURE 8-7** Transvaginal sonography of the uterus in the sagittal plane. **A.** The endometrium is thickened in this postmenopausal patient. **B.** Saline infusion sonography reveals a posterior endometrial mass and further delineates its size and qualities. (Used with permission from Dr. Elysia Moschos.)

noãn

ú ở giai

c BN





# Siêu âm Doppler ngả AD (TV-CDS), MRI

**TV-CDS** : giúp đánh giá và phân biệt polyps lòng TC và UXTC dưới niêm, ngoài ra cũng lợi ích trong 1 số trường hợp khó nhận định khác.

## **MRI**

Hiếm khi cần dùng ở các BN AUB, có ích trong đánh giá u tuyến Yên tiết Prolactin

Có ích khi cần tạo lập bản đồ cho phẫu thuật đa UXTC hoặc trước thuyên tắc mạch, hoặc đánh giá dị dạng sinh dục khi TVS không khảo sát đầy đủ.

# ACOG 2018

- ▶ TVS : sơ cấp, đ/giá ban đầu Cut-off 4mm : NPV >99%
- ▶ NMTC mỏng <3mm : ko loại trừ khả năng bệnh lý ( lớn tuổi, sau MK, AUB tái lại hoặc kéo dài ) nên sinh thiết do
  - ▶ Type 2 K NMTC
    - ▶ Uterine papillary serous carcinoma
    - ▶ Mucinous endometrial carcinomas
    - ▶ clear cell endometrial carcinomas
- ▶ XH lặp lại và XH kéo dài → Nếu ST mù không thấy → Nên Nội soi và ST dù có NM mỏng

## **TYPE I TUMORS**

80% of cases

Estrogen-dependent

Endometrioid, well-differentiated morphology

Usually good prognosis

Estrogen receptor positive, diploid, microsatellite unstable

Include KRAS and/or PTEN mutations

## **TYPE II TUMORS**

10% of cases

Less differentiated phenotype

Often serous papillary histology

Worse prognosis

Often aneuploid with alterations in CDK2A, p53, and ERBB2

**Table 1. Characteristics of Type I and Type II Endometrial Carcinomas**

Characteristic	Type I	Type II
Unopposed estrogen	Present	Absent
Growth	Slow-growing	Rapid progression
Precursor lesion	Atypical hyperplasia	Endometrial intra-epithelial carcinoma
Histology	Endometrioid	Serous, clear cell
Grade	Low	High
Depth of invasion	Usually superficial	Often deep
Molecular genetic changes	<i>PTEN</i> or <i>KRAS</i> gene mutation; microsatellite instability	<i>p53</i> mutation

*Source: Reference 15.*

# Chỉ định sinh thiết NMTC

Các chỉ định của lấy mẫu nội mạc tử cung để chẩn đoán mô bệnh học gồm:

1. Xuất huyết tử cung bất thường ở các đối tượng nguy cơ cao có ung thư tuyến nội mạc tử cung
2. Phụ nữ hậu mãn kinh có độ dày nội mạc tử cung trên 4 mm, nhưng không kèm theo xuất huyết thì việc nạo sinh thiết nội mạc tử cung một cách thường quy không được khuyến cáo. Chỉ nên sinh thiết nội mạc tử cung ở các đối tượng này nếu nội mạc tử cung dày trên 11 mm hoặc có các hình ảnh nghi ngờ ác tính như kèm theo tăng sinh mạch máu, dày không đều hoặc có ứ dịch lòng tử cung<sup>1</sup>
3. Nguy cơ cao ung thư nội mạc tử cung<sup>2</sup>
4. Tăng sinh nội mạc tử cung ở phụ nữ không phóng noãn và có kèm vô kinh trên 6 tháng
5. Theo dõi điều trị tăng sinh nội mạc tử cung
6. Bất thường tế bào học cổ tử cung: AGS và bệnh nhân có nguy cơ cao ung thư tuyến nội mạc tử cung

Ung thư nội mạc tử cung có các yếu tố nguy cơ sau:

- Tuổi người phụ nữ  $\geq 45$  tuổi
- Béo phì BMI  $> 30 \text{ kg/m}^2$
- Chưa từng có thai
- Hội chứng buồng trứng đa nang
- Đái tháo đường
- Ung thư đại trực tràng không phải dạng polyp có di truyền

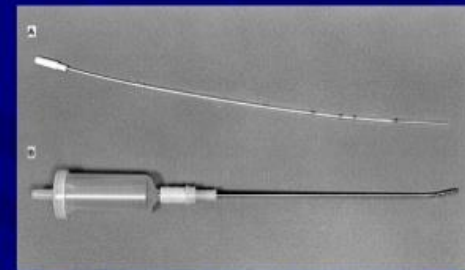
# Các PP sinh thiết NMTC

- ▶ Nạo bằng Pipelle
- ▶ Hút bằng Karman
- ▶ Nong và nạo (D&C)
  - ▶ Nạo sinh thiết từng phần
- ▶ Nội soi buồng tử cung và sinh thiết

## Endometrial Suction Curette

Pippelle : most commonly used, least discomfort

Karman Cannula



.A) Pipelle endometrial suction curette. (B) Vabra aspirator

## Endometrial Brush

Superior in Post-Menopausal  
Same as Pipelle in Pre-Menop.



Tao Endometrial Brush



# Nạo sinh thiết Pipelle

## ► Lợi ích :

- Đơn giản, rẻ tiền, ít gây đau, gây tê hoặc mê

## ► Khó khăn- Nhược điểm

Không đủ mô ( atrophy, không đẩy được catheter vào lòng tử cung ) → phải làm tiếp

### ► D& C

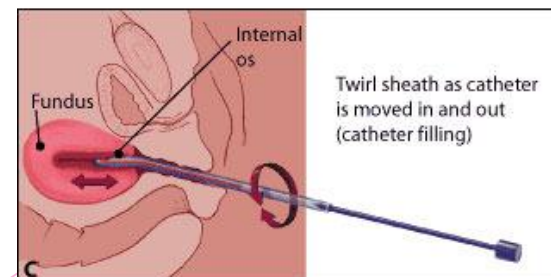
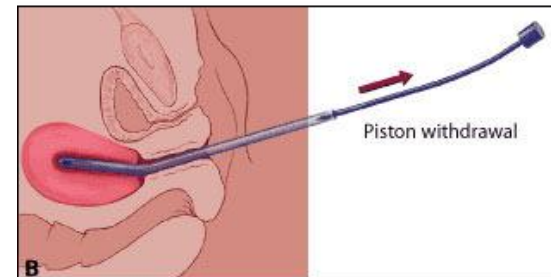
### ► SIS

### ► Nội soi buồng tử cung – sinh thiết

### ► Hẹp cổ tử cung và UXCTC lớn dưới niêm

## Khi bề mặt tổn thương

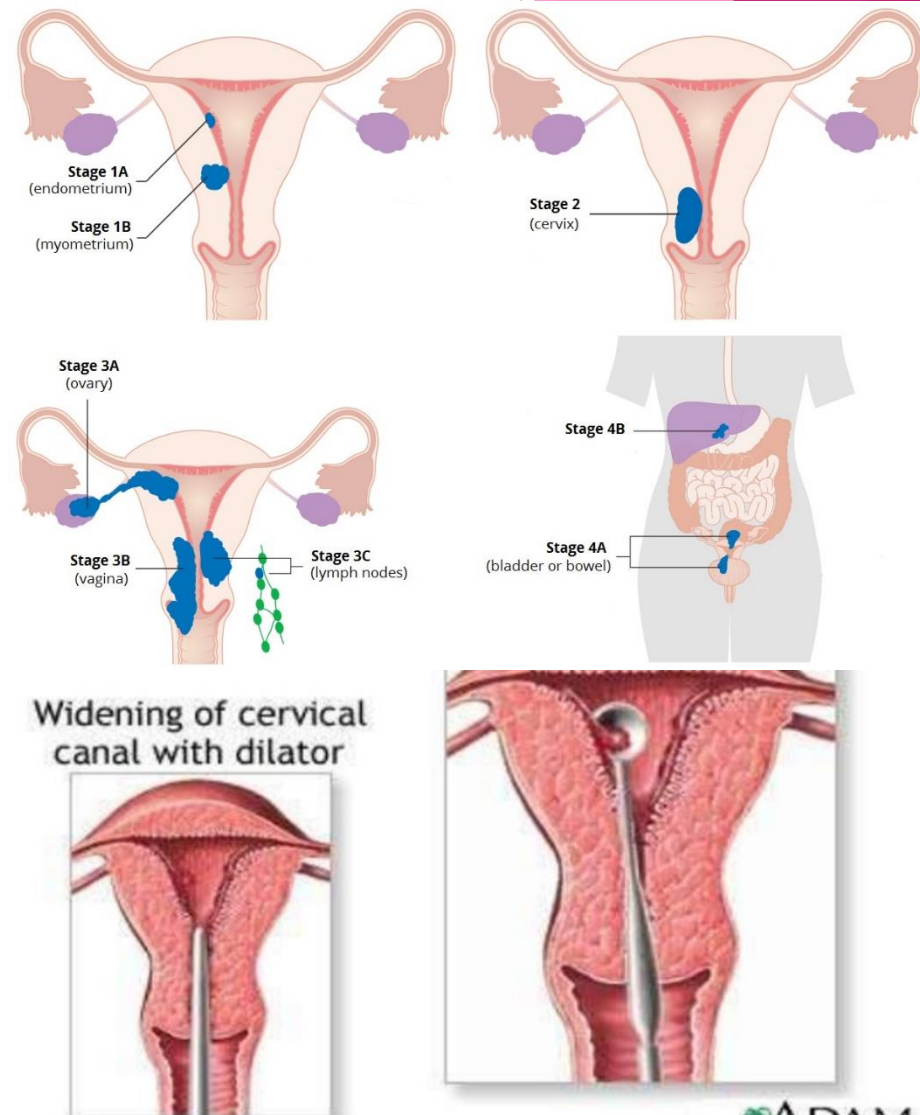
- > 50% : phát hiện >83% K NMTC
- < 5% : bỏ sót tổn thương 33%



# Nạo kênh CTC từng phần

Theo Bethesda 2014 <sup>(3)</sup>

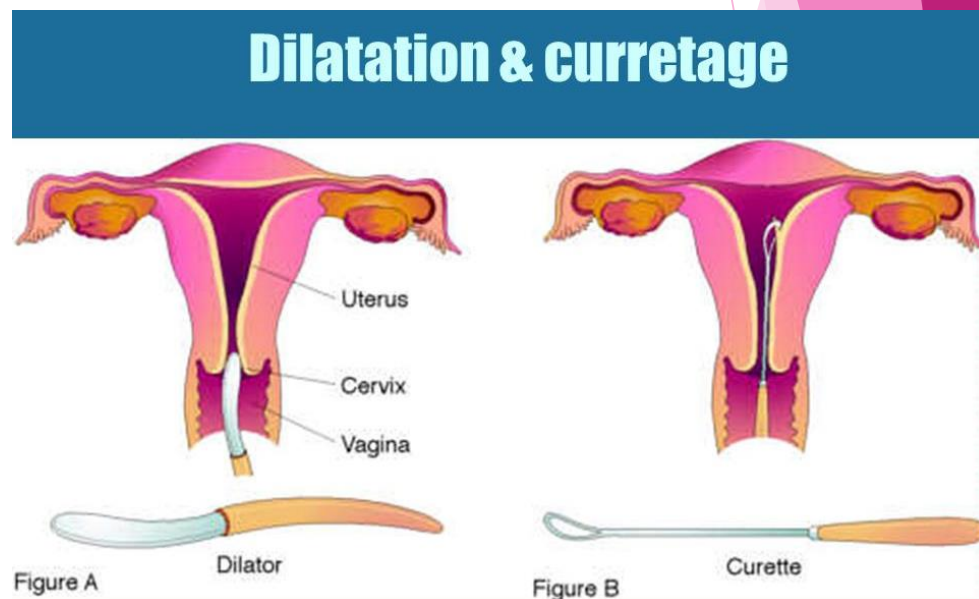
- ▶ **Hiện diện TB NMTC lành tính (BEC) / > 45 tuổi .**
  - ▶ Có AUB ?
  - ▶ Có nguy cơ cao Carcinoma NM tử cung ?
- ▶ Nguy cơ bị UTMTC cao hơn ở phụ nữ với BEC hơn nhóm còn lại ( 3)
- ▶ BN BEC có triệu chứng ( AUB trước hoặc sau MK ) nên đánh giá có tăng sinh NMTC hay UTMTC bất kể tình trạng MK
- ▶ BN BEC không triệu chứng :
  - ▶ Postmenopause : đánh giá Tăng sinh NMTC và UTMTC
  - ▶ Premenopause : thực hiện khi có nguy cơ cao UTMTC



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702059/>

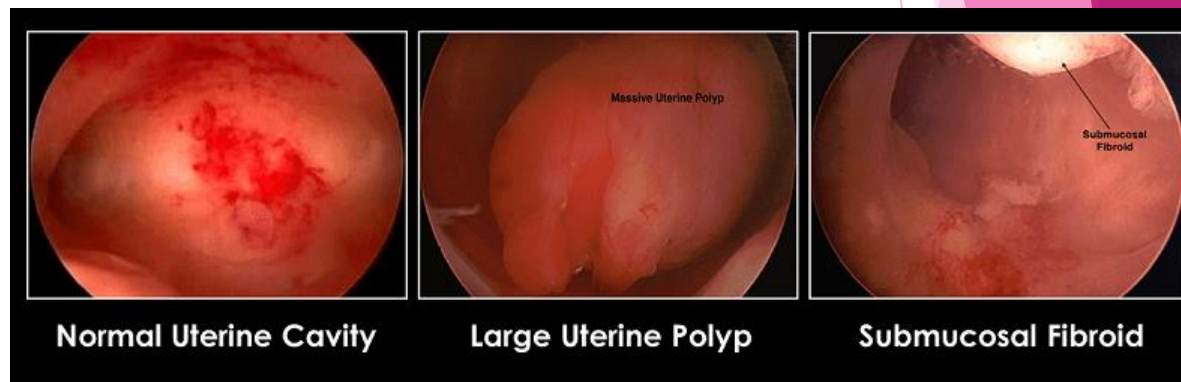
# Nong và Nạo (D&C )

- ▶ Mẫu NMTC tương quan hơn với mẫu mô có được qua mẫu cắt TC (Stovall 1989)
- ▶ Lấy đủ mô hơn Pipelle



# Nội soi buồng tử cung

- ▶ Lợi ích : phát hiện – điều trị ngay
- ▶ Hạn chế :
  - ▶ Hẹp cổ tử cung
  - ▶ Đắt tiền , kĩ thuật cao
- ▶ ACOG 2011 : chấp nhận Nội soi tử cung đánh giá AUB ở BN không có ung thư CTC, Tử cung giai đoạn tiến triển



# Tăng sinh NMTC - UTMTC

- Tiến triển hoặc xảy ra đồng thời UTMTC
- Kết quả của kích thích E kéo dài không đối kháng P
- Bất thường trên sinh thiết

## **Risk Factors of Endometrial Cancer**

- *Age*
- *Obesity (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>)*
- *Nulliparity*
- *PCOS*
- *Diabetes*
- *HNPCC*
- Early menarche/late menopause
- Tamoxifen, unopposed E therapy
- Family hx br, colon, gyne cancers
- Estrogen secreting tumor

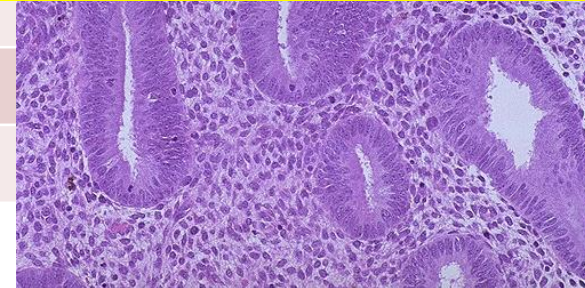


# Tăng sinh NMTC - UTMTC

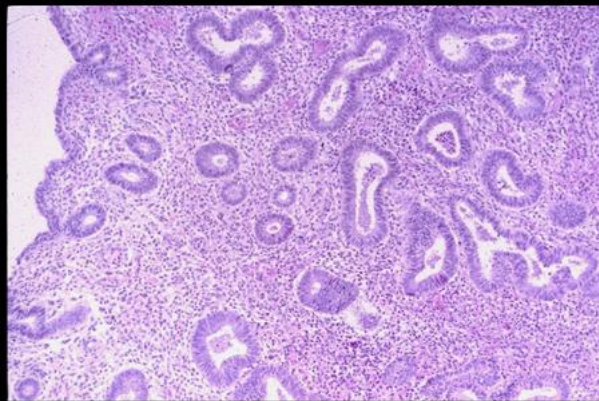
HISTOLOGY	% RISK OF COEXISTING CA
Đơn giản điển hình	1
Phức tạp điển hình	3
Đơn giản không điển hình	8
Phức tạp không điển hình	29

Normal endometrium

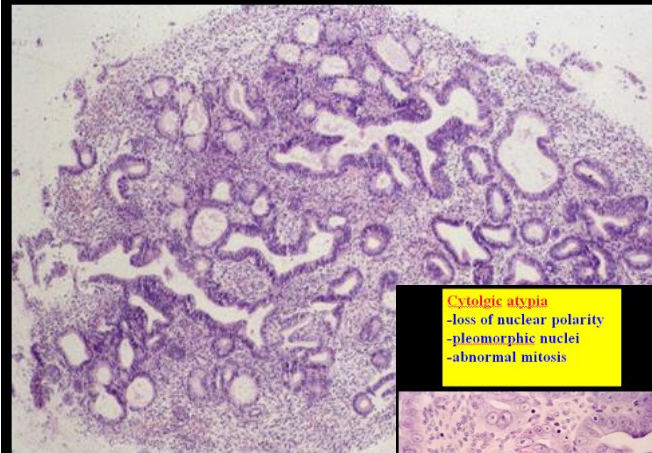
Normal proliferative endometrium



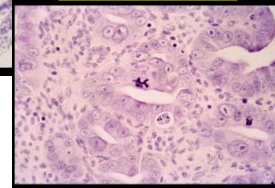
- Simple hyperplasia
- Irregular proliferative glands
- Glandular crowding
- Increased number of glands with intervening stroma



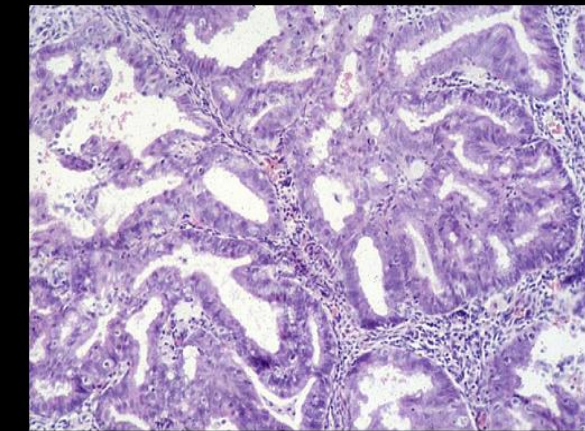
- Complex hyperplasia
- complexity of the glands with lateral buds
- there is still intervening stroma



- Cytologic atypia
- loss of nuclear polarity
- pleomorphic nuclei
- abnormal mitosis



- Confluent glands with no intervening stroma
- well differentiated endometrioid adenocarcinoma
- FIGO Grade 1



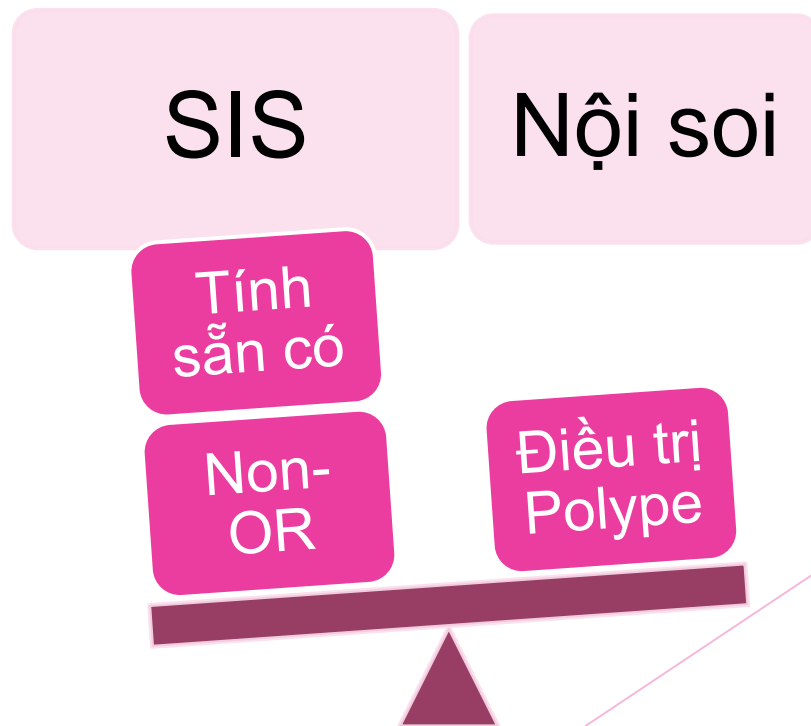
# Guideline FIGO 2018

## Tiếp cận AUB

- ▶ Bước 1: Đánh giá ban đầu
- ▶ Bước 2: Xác nhận tình trạng rụng trứng
- ▶ Bước 3: Tầm soát rối loạn đông máu
- ▶ Bước 4: Đánh giá nội mạc tử cung
- ▶ **Bước 5: Đánh giá cấu trúc buồng tử cung**
- ▶ **Bước 6: Đánh giá cơ tử cung**

## Bước 5: Đánh giá cấu trúc buồng tử cung

- ▶ AUB – P ; AUB – L
- ▶ Siêu âm ngả âm đạo: đầu tay
- ▶ Khó tiếp cận ngả âm đạo : MRI





- For the primary leiomyoma categorization, the myometrium is assessed primarily with a combination of TVUS and transabdominal ultrasonography to identify leiomyomas, with any such identified lesion leading to an “L” assignment. For the secondary subclassification, it is necessary to determine the relationship (contact or not) of the endometrium with the leiomyoma by performing some combination of TVUS, contrast sonohysterography, hysteroscopy, and MRI. Should one or more submucous leiomyomas be found (Types 0, 1, 2, or 3) then the woman is stated to have LSM, if only Type 4, 5, 6, 7, and/or 8 are identified, the categorization is Lo

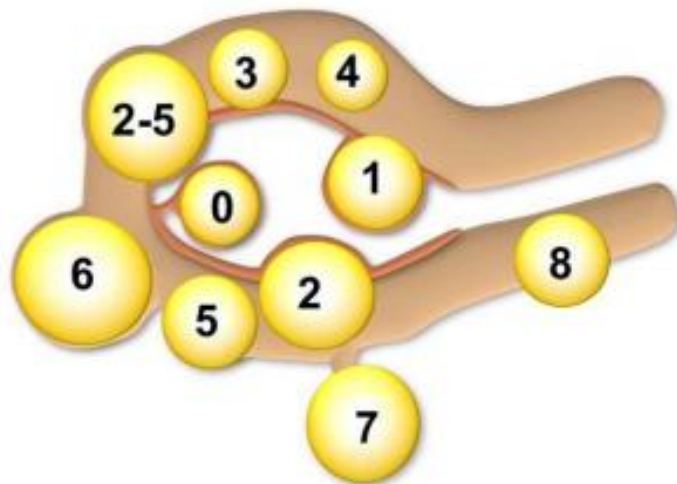
## Bước 6: Đánh giá cơ tử cung

- ▶ AUB – L other và AUB – A
- ▶ Đầu tay: Siêu âm ngả bụng và ngả âm đạo
- ▶ Đánh giá chi tiết hơn: + MRI
- ▶ Phân loại các type Leiomyomas
- ▶ Chẩn đoán phân biệt Adenomyosis và Leiomyoma

# FIGO

## Leiomyoma

### Subclassification System

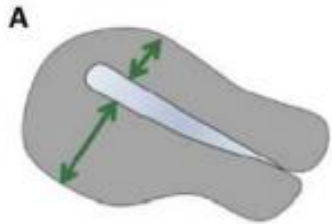


Polyp	Submucous
Adenomyosis	
Leiomyoma	
Malignancy & hyperplasia	
	Other

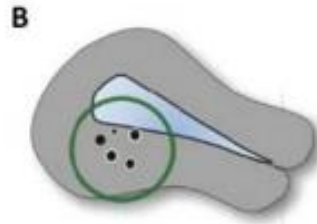
Coagulopathy
Ovulatory dysfunction
Endometrial
Iatrogenic
Not otherwise classified

SM - Submucous	0	Pedunculated intracavitary
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
O - Other	3	Contacts endometrium; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subserous ≥50% intramural
	6	Subserous <50% intramural
	7	Subserous pedunculated
	8	Other (specify e.g. cervical, parasitic)
<b>Hybrid</b>		
Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium while the second refers to the relationship to the serosa. One example is below		
(contact both the endometrium and the serosal layer)	2-5	Submucous and subserous, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively.

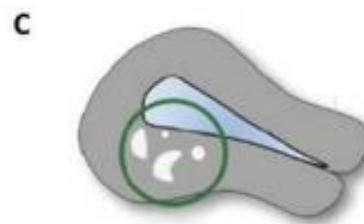
© Malcolm G. Munro MD



**Asymmetrical  
myometrial thickening**



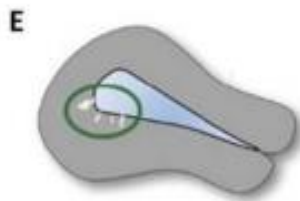
**myometrial cysts**



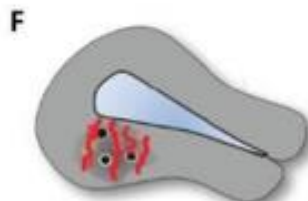
**hyperechoic islands**



**fan shaped  
shadowing**



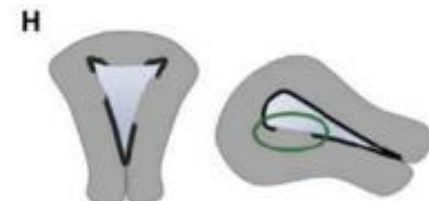
**echogenic  
subendometrial  
lines and buds**



**translesional  
vascularity**



**irregular  
junctional zone**

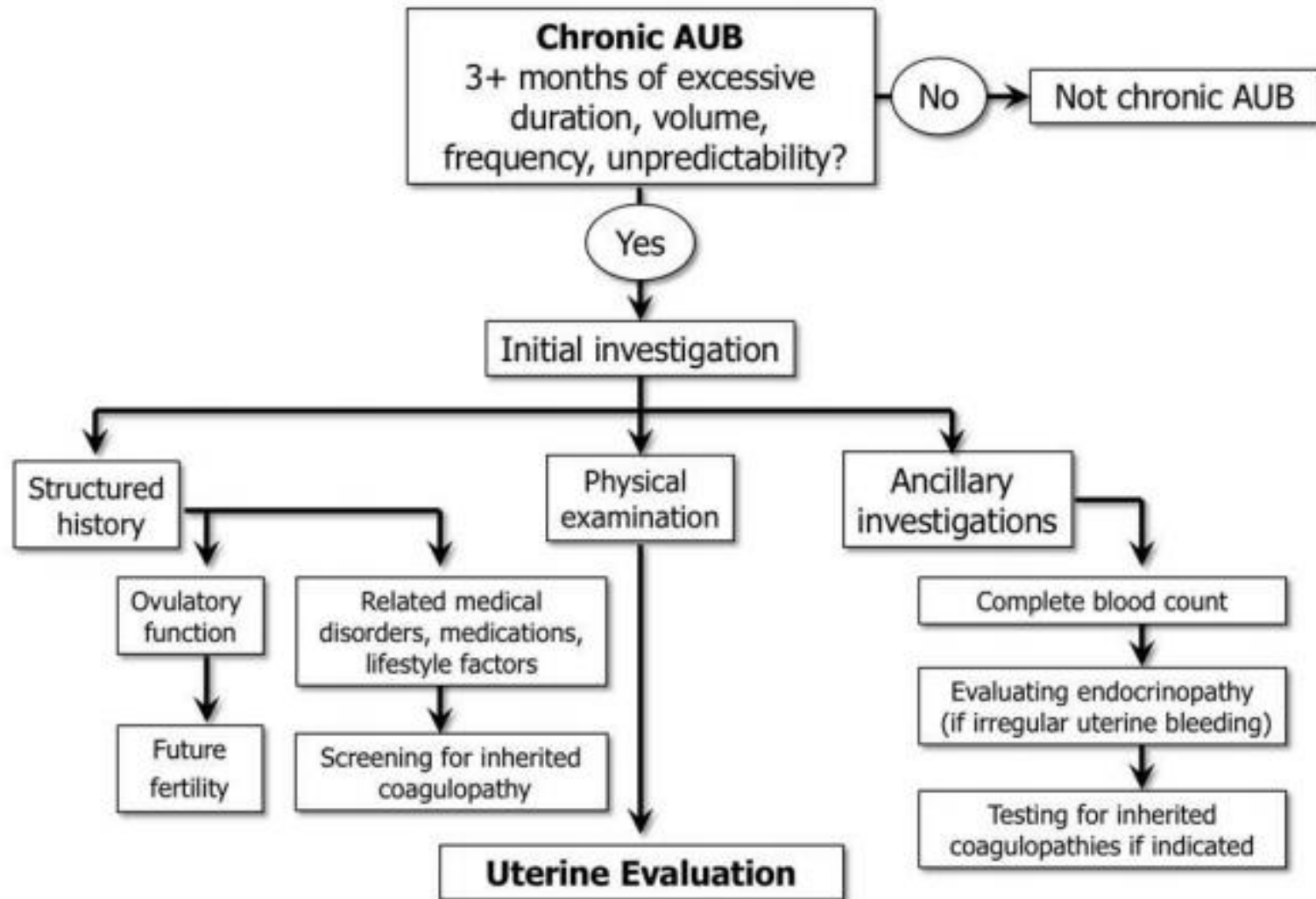


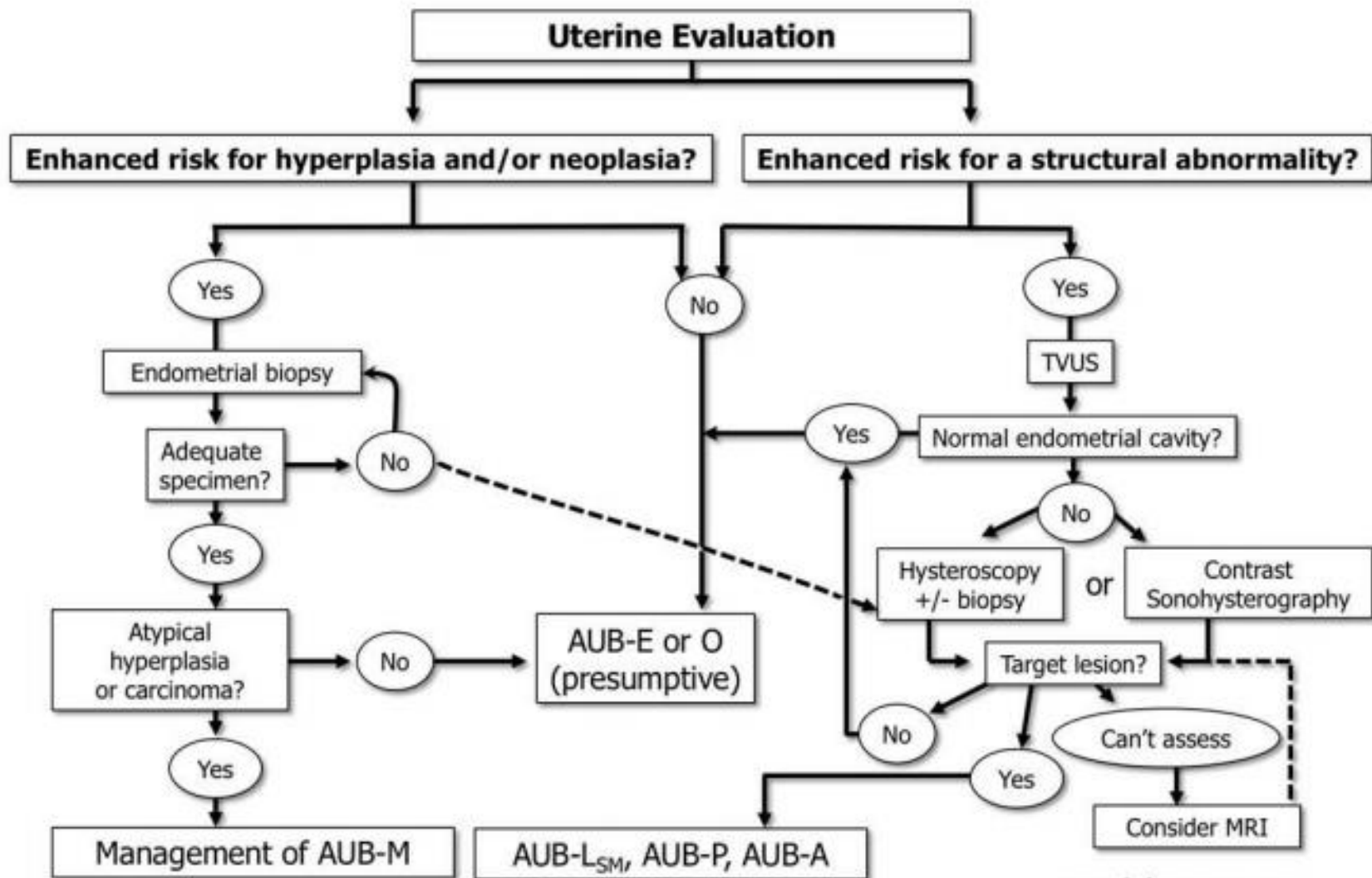
**interrupted  
junctional zone**

PHÂN BIỆT	Polype	Leiomyoma		Adenomyosis
		SM	Other	
Cơ năng	Rong, cường kinh Hiếm muộn Đau sau giao hợp		Cường kinh Chèn ép	Cường Thống Đau
Tử cung	bình thường	To hơn bình thường		To, đau (±)
TVUS	cuống/chân	Echo kém, giới hạn rõ		Giới hạn không rõ
SIS	bao nhiêu % nhô vào lòng tử cung chân/cuống, hình dạng			
Doppler	mạch máu trung tâm	mạch máu xung quanh u		Dồi dào, trong lòng u
MRI		vùng tín hiệu kém		Tăng tín hiệu, ổ xuất huyết, JZ dày

# Các bước tiếp cận

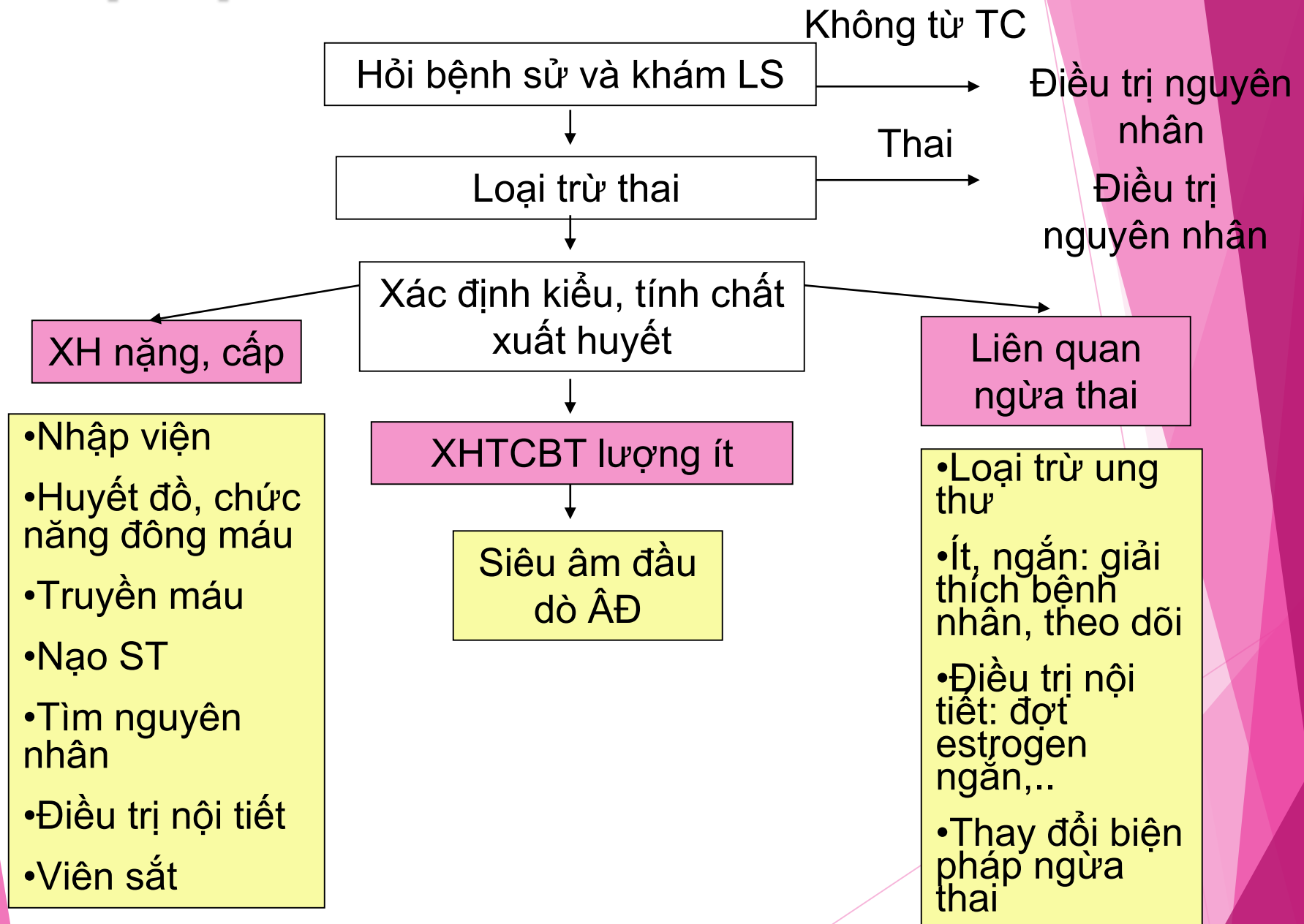
- ▶ B1: Hỏi + khám  $\Rightarrow$  loại trừ thai kì, chảy máu không từ tử cung,  
AUB - I
- ▶ B2: AUB - O
- ▶ B3: Rối loạn đông máu  $\Rightarrow$  AUB - C
- ▶ B4: Nội mạc tử cung  $\Rightarrow$  AUB - M
- ▶ B5: Buồng tử cung  $\Rightarrow$  AUB - P ; AUB - LSM
- ▶ B6: Cơ tử cung: AUB - Lo; AUB - A



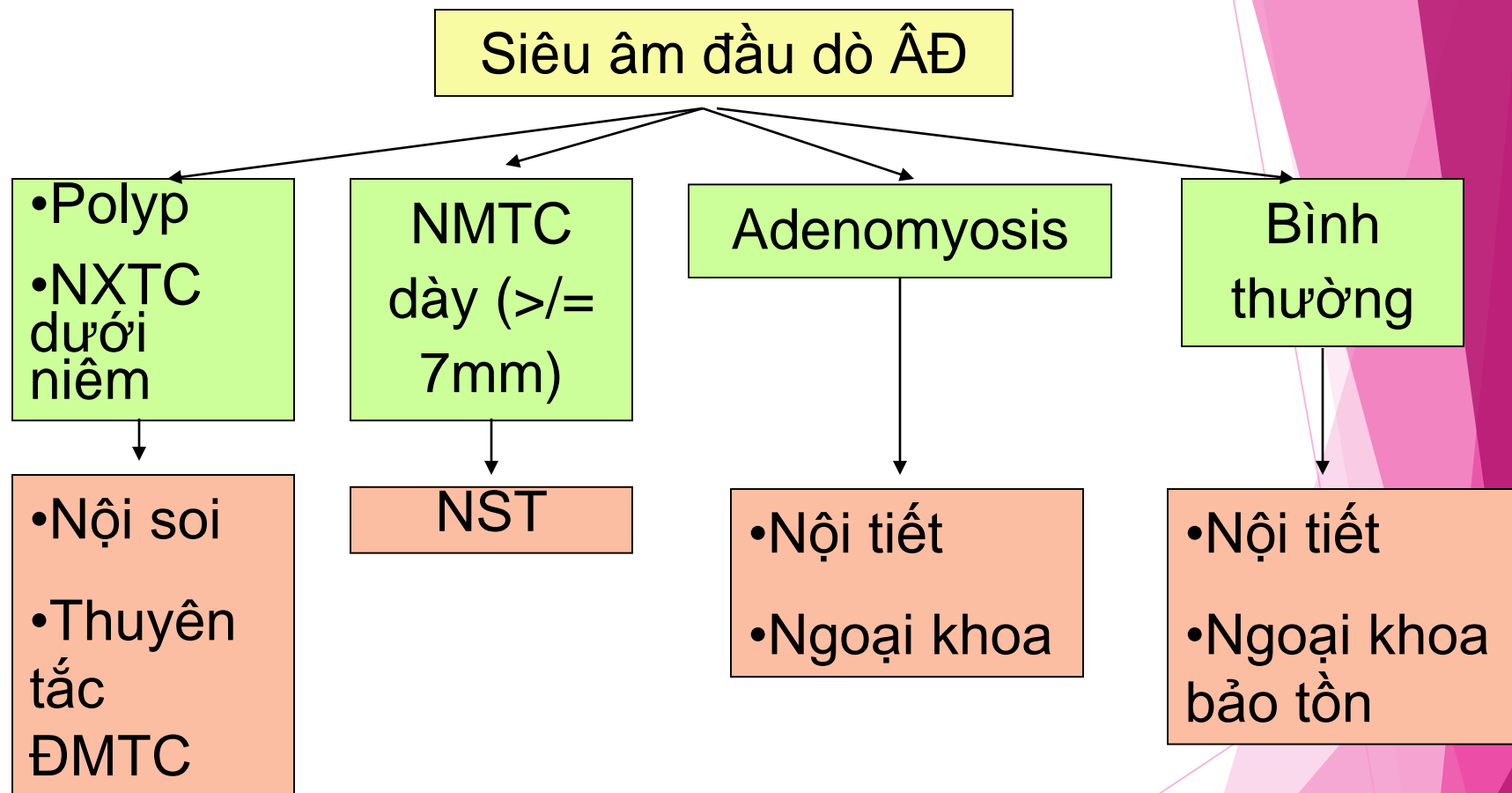




# Tiếp cận



# Tiếp cận CLS



# References

- ▶ FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding. 2011
- ▶ The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions
- ▶ Bài giảng TBL Y6
- ▶ Slide: Tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường – ThS. BS Vương Thị Ngọc Lan.
- ▶ Yu Sun, MSca , Yuzhu Wang, MScb, et al. Prevalence of abnormal uterine bleeding according to new International Federation of Gynecology and Obstetrics classification in Chinese women of reproductive age. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug;97(31):e11457
- ▶ Philipp CS, Faiz A, Dowling NF, et al. Development of a screening tool for identifying women with menorrhagia for hemostatic evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(2):163.e1-163.e8.

[https://www.uptodate.com/contents/postmenopausal-uterine-bleeding?search=abnormal%20uterine%20bleeding%20menopause&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H5](https://www.uptodate.com/contents/postmenopausal-uterine-bleeding?search=abnormal%20uterine%20bleeding%20menopause&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H5)

[https://www.uptodate.com/contents/society-guideline-links-abnormal-uterine-bleeding?topicRef=5421&source=see\\_link#H3608677014](https://www.uptodate.com/contents/society-guideline-links-abnormal-uterine-bleeding?topicRef=5421&source=see_link#H3608677014)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702059/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30075511>