

Đoàn Thị Hoài Trang

## **XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN**

**1.Định nghĩa:** XHTC bất thường xuất huyết tử cung thay đổi so với chu kỳ kinh ở 1 trong 4 hình thức sau

- Tính chu kỳ
- Số ngày hành kinh
- Lượng máu kinh
- Triệu chứng đi kèm

### **2.Nguyên nhân:**

Theo FIGO: PALM-CODEIN

Thuộc về cấu trúc	Không thuộc về cấu trúc
Polyp	Coagulopathy ( RL đông máu)
Adenomyosis (Bệnh tuyến-cơ tử cung)	Ovulatory dysfunction (RL phóng noãn)
Leiomyomas ( UXTC dưới niêm hoặc vị trí khác)	Endometrial ( RL cơ chế cầm máu tại NMTC)
Malignancy and hyperplasia ( Ác tính và tăng sinh NMTC)	Iatrogenic ( Do thuốc)
	Not yet specified ( chưa thể phân loại được)

Cách nhớ khác ( Từ cơ ra niêm mạc ) - Adenomyosis - Dưới niêm - Tăng sinh nội mạc - Polyp ( ở lòng )	Các nguyên nhân có thể loại trừ được khi hỏi bệnh -Thuốc -RL đông máu -RL cơ chế cầm máu tại NMTC: xuất huyết kéo dài làm NMTC mỏng -RL phóng noãn + có kinh: PCOS, tăng prolactin + vô kinh: suy ở trên -Nguyên nhân khác
--	---

### **3.Tiếp cận chẩn đoán:**

- Hỏi kinh chót, kinh áp chót để xác định đây là bất thường
- Loại trừ liên quan đến 3 tháng đầu thai kỳ ( trễ kinh, QS (+), đau bụng )
- Loại trừ nguyên nhân do thuốc ( phải hỏi trước lần này hoặc có đang sử dụng thuốc gì ko?), dụng cụ tử cung
- Loại trừ xuất huyết từ nơi khác ( đặt mỏ vịt, PAP khi nghi ngờ )

Sau đó dựa vào kiểu xuất huyết và triệu chứng kèm theo có thể gom thành nhóm nguyên nhân

Kiểu xuất huyết	Triệu chứng kèm theo	Nguyên nhân	Đề nghị CLS
Chu kỳ đều Lượng máu kinh nhiều hay kéo dài	- Tiền sử gia đình có rối loạn đông máu - Dấu hiệu chảy máu kéo dài nơi khác - Điều trị thuốc kháng đông	RL đông máu	PT, INR, aPTT. Fibrinogen, tiểu cầu
	Thống kinh, TC $\pm$ to	Adenomyosis	Siêu âm thang xám, Doppler,

			MRI
	Khám thấy TC lớn	UXTC	Siêu âm, SIS khi nghi ngờ có khối choáng chỗ buồng TC
	ÍT NGHĨ HƠN Yếu tố nguy cơ K NMTC + $\geq 45T$ + BMI > 30 + Chưa từng có thai + PCOS + ĐTĐ + K đại trực tràng không phải dạng polyp có di truyền	K NMTC	Sinh thiết NMTC
Chu kỳ đều Xuất huyết giữa 2 kỳ kinh		Polyp	Siêu âm, SIS
	ÍT NGHĨ HƠN - Tiền sử gần đây có làm thủ thuật ở CTC, lòng tử cung, mới sinh con. Khám thấy dấu hiệu viêm nhiễm - YTNC K NMTC	- Viêm NMTC       - K MNTC	Sinh thiết NMTC

Chảy máu không có chu kỳ	Acantosis nigrican, rậm lông, mụn trứng cá Thể trạng béo phì	PCOS	Testosterone toàn phần hoặc tự do (FTI-chỉ số testosterone tự do) Siêu âm
	Chảy sữa non	RL phóng noãn do tăng Prolactin máu Nguyên nhân: Microadenoma tuyến yên Thuốc chống say tàu xe, PPI, điều trị tâm thần	Prolactin máu Nếu rất cao thì MRI não
	Sụt cân hay tăng cân gần đây, nóng lạnh thất thường. Tiền căn gia đình có bly tuyến giáp	Cường giáp hoặc nhược giáp	TSH, FT4, FT3
	ÍT NGHĨ HƠN YTNC K NMTC	K NMTC	Sinh thiết NMTC
Vô kinh	Dinh dưỡng kém hay tập thể thao quá nặng	Suy hạ đồi	FSH, LH, test estrogen hay progestin
	ÍT NGHĨ HƠN Tiền sử gần đây có làm thủ thuật ở CTC, lòng tử cung, mới sinh con. Khám thấy dấu hiệu viêm	-Chít hẹp CTC -Đính lòng TC	-nội soi buồng TC

	nhiễm		
--	-------	--	--

Đoàn Thị Hoài Trang

## **XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG SAU MÃN KINH**

3 nguyên nhân thường gặp nhất

- Tăng sinh nội mạc tử cung
- Ung thư nội mạc tử cung
- Sarcoma thân cơ tử cung

Lâm sàng gần như không phân biệt được phải dựa vào CLS

### 1. Đầu tiên là siêu âm:

+ Hình ảnh giống u xơ tử cung lành tính, sinh thiết nội mạc tử cung bình thường về mô học. LS khám có thể có tử cung to. Chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh sau khi cắt tử cung

+ Hình ảnh nội mạc tử cung dày (bình thường là 5-14mm theo anh Quang ).

Nếu có cấu trúc bất thường trong lòng tử cung thì làm SIS. MRI hiếm khi làm, để tìm di căn = việc này có thể thực hiện khi phẫu thuật

## 2. Bước tiếp theo là sinh thiết nội mạc tử cung

+ Nong và nạo buồng tử cung (D&C) + nạo kênh tử cung = nạo sinh thiết từng phần

+ Sinh thiết NMTC bằng ống Pipelle: tỉ lệ phát hiện ung thư tương đương với pp nong nạo buồng tử cung. Lợi điểm: đơn giản, không cần nong CTC, không cần vô cảm, có thể thực hiện ở phòng khám

+ Nội soi buồng tử cung: khi không có sự phù hợp giữa lâm sàng và CLS, kết quả GPB, vẫn nghi ngờ ác tính

## 3. Xử trí dựa trên kết quả giải phẫu bệnh

- K tuyến NMTC: chủ yếu là phẫu thuật, bắt buộc xác định giai đoạn. Tùy theo chẩn đoán giai đoạn, có thể kết hợp xạ trị hay hóa trị

- Tăng sinh NMTC:

+ Tăng sinh NMTC đơn giản điển hình: 1% tiến triển thành ung thư, là kết quả của tình trạng phơi bày quá đáng với kích thích estrogen. GPB: các tuyến dẫn rộng với hình dạng và kích thước thay đổi, **thay đổi nhẹ tỉ lệ tuyến: mô đệm, nhân tế bào bình thường**. Yếu tố thuận lợi: béo phì, PCOS, estrogen ngoại sinh, trạng thái cường estrogen khác.

Điều trị: Progestin, có thể dùng Progesterone tự nhiên ( Micronized progesterone ) – tác dụng kháng estrogen yếu hơn các Progestin khác. Sinh thiết kiểm tra sau mỗi 3 đến 6 tháng. Việc kiểm tra được duy trì đến khi giải phẫu bệnh trở về bình thường

+ Tăng sinh NMTC phức tạp điển hình: 3% tiến triển thành ung thư.

GPB: mô tuyến tăng sinh nhiều, **thay đổi mạnh tỉ lệ tuyến: mô đệm với thành phần tuyến >50%**, tuyến xếp lộn xộn. **Nhân tế bào bình thường**

Điều trị: Progestin. Sinh thiết NMTC sau 3 tháng. Nếu vẫn còn tồn tại, tăng liều Progestin. Sinh thiết lại sau 3 tháng

+ Tăng sinh NMTC đơn giản không điển hình: 8% tiến triển thành ung thư. GPB: **mô tuyến tăng sinh nhẹ**, tuyến NMTC được lót bởi tế bào có **nhân to, dị dạng, tăng sắc**

Điều trị: Progestin. Sinh thiết NMTC sau 3 tháng

+ Tăng sinh NMTC phức tạp không điển hình: 29% tiến triển thành ung thư. GPB: , **thay đổi mạnh tỉ lệ tuyến: mô đệm với thành phần tuyến >50%**, tuyến NMTC được lót bởi tế bào có **nhân to, dị dạng, tăng sắc**

Điều trị: Progestin là chính, cân nhắc phẫu thuật trong 1 số trường hợp có chỉ định ( thất bại với điều trị nội, không có khả năng theo dõi, chấp nhận được việc cắt tử cung )

Sinh thiết NMTC sau 3 tháng. Nếu vẫn còn tồn tại, tăng liều Progestin. Sinh thiết lại sau 3 tháng

\*Progestin: liên tục không có khoảng nghỉ sinh lý

- MPA tiêm bắp: Medroxyprogesterone Acetate

- IUD-LNG: dụng cụ tử cung chứa Levonorgestrel