**CHUYÊN ĐỀ XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG – AUB**

**Sinh viên Y6 – LS sản Từ Dũ đợt 1 khối y13**

**GV hướng dẫn : chị Lụa**

1. **TÓM TẮT CHUYÊN ĐỀ**
2. **Hệ thống của FIGO: Trong tiếp cận của FIGO có hai hệ thống**
3. **Hệ thống 1 - Các định nghĩa AUB**

|  |  |
| --- | --- |
| **FIGO 2011** | **FIGO 2018** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Định nghĩa cũ/ thường gặp trên lâm sàng** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Thuật ngữ AUB theo phân loại FIGO** | |
| **Acute AUB** | - Heavy bleeding  - Is of sufficient quantity to require immediate intervention to minimize or prevent further blood loss.  Acute heavy menstrual bleeding may present in the context of existing chronic AUB or can occur absent such a background history. |
| **Chronic AUB** | 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.’’ |
| **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 |

1. **Hệ thống 2 - Phân loại các nguyên nhân AUB**

**Năm 2011:** Liên đoàn Sản Phụ khoa Thế Giới (International Federation of Gynaecology and Obstetrics) (FIGO) phân xuất huyết tử cung bất thường thành 2 nhóm:

- Nhóm có nguyên nhân thuộc về cấu trúc

- Nhóm có nguyên nhân không thuộc về cấu trúc

|  |
| --- |
|  |

**Năm 2018:** FIGO đã có những sửa đổi mới về cách phân loại

* AUB - A: Thay đổi tiêu chuẩn chẩn đoán trên siêu âm
* AUB - L: Thay đổi Type 3 là u xơ cơ tử cung dưới niêm mạc

Phân biệt type 0 và 1; 6 và 7

Phân biệt type 2 và 3; 4 và 5

* AUB - C: Không còn bao gồm AUB do RLĐM do thuốc kháng đông nữa ( thuốc kháng đông được chuyển qua AUB – I)
* AUB - I: Bao gồm AUB liên quan đến tất cả quá trình điều trị (bao gồm thuốc kháng đông và những thuốc ảnh hưởng đến quá trình phóng noãn)
* AUB - O: Thay đổi ngưỡng chẩn đoán dựa trên sự chỉnh sửa của hệ thống 1. Không còn bao gồm RL phóng noãn liên quan đến thuốc.
* N: Được sửa từ Not Yet Classified thành Not Otherwise Classified. Có 1 cuộc thảo luận nhỏ về 1 nguyên nhân mới gây AUB được gọi là hốc tử cung (Uterine “niche”) hoặc thoát vị eo TC lquan mổ lấy thai (Isthmocele)

|  |
| --- |
|  |

**Điểm đổi mới cụ thể FIGO 2011 – FIGO 2018**

* AUB- N , “ nhóm nguyên nhân không phân loại ” :

Theo hệ thống FIGO ban đầu gồm các bệnh/nguyên nhân hiếm gặp như dị dạng động mạch (AVMs) ,thoát vị eo TC (isthmocele- thường gặp ở các trường hợp có tiền căn mổ lấy thai).

* AUB - I:

- Ngoài steroid sinh dục như estrogen, progestin, androgen ,  hiện tại bổ sung thêm “ nonsteroidal pharmaceuticals “ ( dược phẩm không chứa steroid ) gây rối loạn rụng trứng ( chẳng hạn như những tác động đến chuyển hóa dopamine) bao gồm phenothiazin và thuốc chống trầm cảm ba vòng.

- Trong phân loại ban đầu , phụ nữ có AUB do sử dụng thuốc kháng đông sẽ được phân loại là AUB-C; hiện tại , thuốc kháng đông được đưa vào nhóm Iatrogen và được phân loại là AUB-I. Thuốc kháng đông không chứa vitamin K như rivaroxaban tác động đến lượng máu kinh nguyệt nhiều hơn so với các thuốc kháng vitamin K truyền thống như warfarin

|  |
| --- |
|  |

**Tần suất nguyên nhân AUB – theo nghiên cứu ở BV Đại học Bắc Kinh Trung Quốc**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ghi chú :  Phần lớn là không có triệu chứng. Tùy theo vị trí của polyp mà sẽ có những kiểu xuất huyết tử khác nhau. Nếu polyp nhô ra qua cổ tử cung vào âm đạo, đau bụng sau giao hợp có thể xảy ra.  LSM hay L – SM : nhân xơ dưới niêm  Lo hay L - other : nhân xơ không phải dưới niêm.  Bệnh sinh của rối loạn cơ chế cầm máu tại NMTC :  + sự thiếu hụt sản xuất các yếu tố co mạch tại chỗ như là endothelin-1 và prostaglandin F2α  + và/hoặc sự kích hoạt quá mức plasminogen  + tăng sản xuất các chất giãn mạch, như là protaglanding E2 và prostacyclin.  +có thể là nguyên phát hay thứ phát sau viêm, nhiễm,do các điều trị nội tiết hay dụng cụ.  AUB – N : nhóm nguyên nhân chưa phân loại được.  Cơ chế gây AUB chưa rõ  Chưa có định nghĩa hay tiêu chuẩn chẩn đoán rõ ràng.  Ví dụ như dị dạng động mạch, giả lạc nội mạc tử cung, phì đại cơ tử cung và viêm nội mạc tử cung mạn tính,... |
|  |

**GV giải thích thêm :** 2 nguyên nhân thuộc nhóm AUB – N

- Thoát vị eo tử cung liên quan mổ lấy thai : khuyết ở vết mổ lấy thai tạo ra hồ chứa máu , dẫn đến xuất huyết rỉ rả sau sanh.

- Nạo hút thai : đối với trường hợp nhau bám quá chặt , sau nạo hút có thể còn sót nhau → XHTC rỉ rả.

1. **Tiếp cận AUB**

|  |
| --- |
|  |

**Bước 1 – Đánh giá ban đầu:**

Hỏi bệnh sử và tiền căn ( tiền sử dùng thuốc !!!)

Khám : Đặt mỏ vịt quan sát

CLS : CTM , Serum ferritin, Beta-hCG

→ Đánh giá mức độ mất máu.

→ Loại trừ thai kì, xuất huyết từ vị trí khác tử cung

**Bước 2 – Xác nhận tình trạng phóng noãn**

|  |  |
| --- | --- |
| Các nguyên nhân gây rối loạn phóng noãn thường gặp :   * Dậy thì * Quanh mãn kinh * Bệnh lý :   + PCOS  + Cường/nhược giáp  + Tăng prolactin máu  + Rối loạn tâm thần,… |  |

Sinh thiết nội mạc tử cung không xác định được tình trạng rụng trứng, chỉ dùng để loại trừ các nguyên nhân ác tính trước khi thiết lập một chẩn đoán XHTC cơ năng ( XHTC do rối loạn phóng noãn ).

**Bước 3 - Tầm soát rối loạn đông máu**

* Thưởng biểu hiện AUB từ lúc mới có kinh .
* Thường gặp : cường kinh, rong kinh ở tuổi dậy thì
* Khai thác bệnh sử + tiền căn : 90% tầm soát độ nhạy.
* Lưu ý : Nếu 1 người có AUB + HMB ( cường kinh ) → bắt buộc tầm soát RLĐM (khai thác kĩ lại tiền sử kinh nguyệt lần đầu tiên )
* Bảng câu hỏi dành cho BN cường kinh

|  |
| --- |
|  |

**Bước 4 – Đánh giá nội mạc tử cung**

Mục đích : xác định AUB – M , AUB – E ?

1. ***Xác định AUB – M?***

* Đầu tay: Siêu âm => Độ dày NMTC
* Không nạo sinh thiết NMTC thường quy
* Các đối tượng có nguy cơ cần được nạo sinh thiết NMTC

Tuổi

Tiền căn

NMTC dày quan sát trên siêu âm

AUB dai dẳng ( không giải thích được, không đáp ứng điều trị )

(\*) hội chứng ung thư đại trực tràng không polyp di truyền (Lynch Symdrome) có nguy cơ ung thư trong suốt cuộc đời lên đến 60%, độ tuổi chẩn đoán 48 - 50.

* AUB quanh mãn kinh (40t – 50t ) có các nguyên nhân thường gặp :
  + AUB – O
  + Tăng sinh NMTC
  + Ung thư NMTC
  + Thai kỳ
  + STD
* AUB hậu mãn kinh sớm (< 6 năm sau mãn kinh) có các nguyên nhân thường gặp :
* Tăng sản NMTC
* Polyps
* UXCTC dưới niêm
* AUB hậu MK muộn ( > 6 năm sau mãn kinh ) có các nguyên nhân thường gặp :
* Thiểu sản NMTC or âm đạo (59%) : đau khi giao hợp or XHTC sau giao hợp
* Polyps
* Tăng sinh nội mạc tử cung
* Ung thư :
  + - Nội mạc tử cung (10%)
    - Ung thư CTC (2%)
    - Sarcoma thân tử cung ..

|  |  |
| --- | --- |
| **Tiếp cận XHTCBT hậu mãn kinh** |  |
| http://callisto.ggsrv.com/imgsrv/FastFetch/UBER1/ZI-0689-2012-OCT00-IDSI-16-1 | - Có loại trừ được Tăng sinh NMTC và Ung thư NMTC không ?  - Xác định nguyên nhân |

* **Các phương tiện khảo sát NMTC**

1. **Siêu âm ngã âm đạo : khảo sát đầu tay**

Mục tiêu : đánh giá cả lớp cơ và NMTC

Nhược điểm: vì đánh giá qua MP dọc giữa TC- NM giữa 2 bờ, khó đánh giá khi

* Tử cung axial
* Béo phì
* Có U xơ TC đồng thời
* Tiền căn PT tử cung

1. **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 (Moschos và CS – 2009)

CCĐ: Có/Nghi Thai, viêm vùng chậu.

Nhược điểm: chỉ thực hiện tốt trong pha nang noãng của chu kỳ để giảm âm giả và dương giả 5% SIS không thực hiện được do hẹp CTC hoặc BN không chịu được thủ thuật.

1. **Siêu âm Doppler ngã 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 phẩu thuật đa UXTC hoặc trước thuyên tắc mạch, hoặc đánh giá dị dạng sinh dục khi TVS không khảo sát đầy đủ.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Type 1 : chiếm đa số BN,E ko đối kháng P, biến đổi NM TC, Đbiến PTEN or KRAS  Type 2 : nữ lớn tuổi hơn, NM thường teo, ko phát triển từ Tăng sinh NMTC và ko nhạy cảm hormone. có bến thể ung thư thanh dịch, ung thư tb sáng hoặc hỗn hợp, thường có ĐB p53 |

* **Chỉ định sinh thiết NMTC và các phương pháp sinh thiết NMTC ( xem slide )**

1. ***Xác định AUB – E ?***

Liên quan Nhiễm Chlamydia NMTC và AUB – E

Xét nghiệm : BN có triệu chứng

Liên quan mẫu từ CTC và vắng mặt Viêm NMTC không rõ ràng

Chlamydia tấn công vào TB trụ, TB tuyến NMTC , thường gây tiết dịch Â.Đ bất thường, nhầy mủ, dễ chảy máu.

Viêm mạn NMTC , BN nên được phân loại như AUB-E

**Bước 5 – Đánh giá cấu trúc buồng tử cung**

Mục đích : xác định AUB – P ; AUB – L?

Siêu âm ngả âm đạo: đầu tay

Khó tiếp cận ngả âm đạo : MRI

|  |  |
| --- | --- |
|  | Non – OR : không phẫu thuật |

**Bước 6 – Đánh giá cơ tử cung**

Mục đích : xác định 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

|  |
| --- |
|  |

Theo FIGO 2018

* SA ngã âm đạo + SA ngã bụng → xác định có L ( Leiomyoma )
* Đánh giá vị trí của Leimyoma so với NMTC: dựa trên SIS, Nội soi, MRI → phân loại L

|  |  |
| --- | --- |
|  | Type 0,1,2,3 => L – sm ( UXTC dưới niêm )    Type 4,5,6,7,8, => Lo ( L – other ) ( UXTC không dưới niêm ) |
|  | FIGO 2018:  Chẩn đoán Adenomyosis trên Siêu âm 3D  A. Cơ tử cung dày không đều  B. Nang trong cơ  C. Đảo thùy echo dày  D. Bóng lưng hình rẻ quạt  E. Chấm/ đường phản âm dày vùng dưới niêm  F.Tăng sinh mạch máu trong lòng tổn thương  G. JZ bất thường  H. JZ đứt đoạn  → Có 2 hoặc nhiều hơn trong các tiêu chuẩn này thì nghi AUB – A |

1. **Tổng kết**

|  |
| --- |
|  |

1. **PHẦN GIẢI ĐÁP THẮC MẮC**

**Hỏi : Nếu BN có XHTXBT có làm PAP’s ngay lúc khám không ?**

Chị nói nên hỏi lại BN xem có thường khám phụ khoa định kỳ không , và trước đó có từng làm PAP’s chưa, kết quả thế nào. Nếu chưa thì nên làm PAP’s luôn , để xem có K CTC không (lỡ có K CTC mà nội soi, SIS sẽ gieo rắc TB ung thư)

**Hỏi: khi AUB có nhiều nguyên nhân nên làm thế nào ?**

Cần xem xét lại bệnh sử để xác định kiểu AUB này là thuộc nguyên nhân nào.