

SA U CƠ TRƠN TỬ CUNG DƯỚI NIÊM MẠC CÓ CUỐNG - NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ ĐỐI CHIẾU Y VĂN

Nguyễn Văn Phấn¹, Lê Hồng Chiến¹, Nguyễn Việt Kiên¹, Nguyễn Thanh Hải¹

¹Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Hệ thống y tế Vinmec, Hà Nội

TÓM TẮT

U cơ trơn tử cung là khối u lành tính vùng tiểu khung hay gặp nhất ở phụ nữ. Sa u cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống gặp ở khoảng 5% các trường hợp u cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống. Chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân nữ, 44 tuổi vào viện Vinmec Times City vì kinh nguyệt kéo dài và thiếu máu. Siêu âm đường âm đạo và cộng hưởng từ cho thấy khối u cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống sa vào trong ống cổ tử cung và âm đạo. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua âm đạo cắt u, và không có biến chứng trong và sau mổ. Tóm lại, u cơ trơn tử cung có cuống sa vào âm đạo là trường hợp hiếm gặp. Mặc dù siêu âm qua đường âm đạo thường có thể chẩn đoán và xác định đặc điểm của u cơ trơn tử cung, cộng hưởng từ là phương pháp có độ chính xác cao để phát hiện, xác định vị trí và đặc trưng của u cơ trơn tử cung. Đối với u cơ trơn dưới niêm mạc tử cung, cộng hưởng từ là phương pháp tốt hơn siêu âm để xác định tình trạng sa, mức độ lan rộng và vị trí của cuống u cơ trơn tử cung.

Từ khóa: U cơ trơn tử cung, sa u cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống.

ABSTRACT

PROLAPSED PEDUNCULATED SUBMUCOSAL UTERINE LEIOMYOMA - A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Nguyen Van Phan¹, Le Hong Chien¹, Nguyen Viet Kien¹, Nguyen Thanh Hai¹

Uterine leiomyomas are the most common benign pelvic tumor in women. The calculated percentage of prolapsed pedunculated submucosal leiomyoma was 2.5% in patients with pedunculated submucosal leiomyoma. We present a 44 - year - old female who has been examined at Vinmec Times City Hospital due to prolonged menstrual bleeding and anemia. Vaginal ultrasound and Magnetic Resonance Imaging (MRI) revealed a pedunculated submucosal leiomyoma prolapsing into the cervical canal and vagina. She underwent a vaginal myomectomy without complication. In conclusion, the prolapse of pedunculated submucosal leiomyoma into the vagina is a rare case. Although transvaginal ultrasound can often diagnose and characterise leiomyomas, MRI is the most accurate imaging technique for detection, localisation and characterisation of leiomyomas. In respect of submucosal leiomyomas, MRI is also better than ultrasonography in determining the presence of prolapse, its caudal extent and location of the stalk.

Keywords: Uterine leiomyoma, prolapsed pedunculated submucosal leiomyoma.

Ngày nhận bài:

16/6/2022

Ngày chỉnh sửa:

27/7/2022

Chấp thuận đăng:

04/8/2022

Tác giả liên hệ:

Lê Hồng Chiến

Email:

drchien2711@gmail.com

SĐT: 0904383696

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

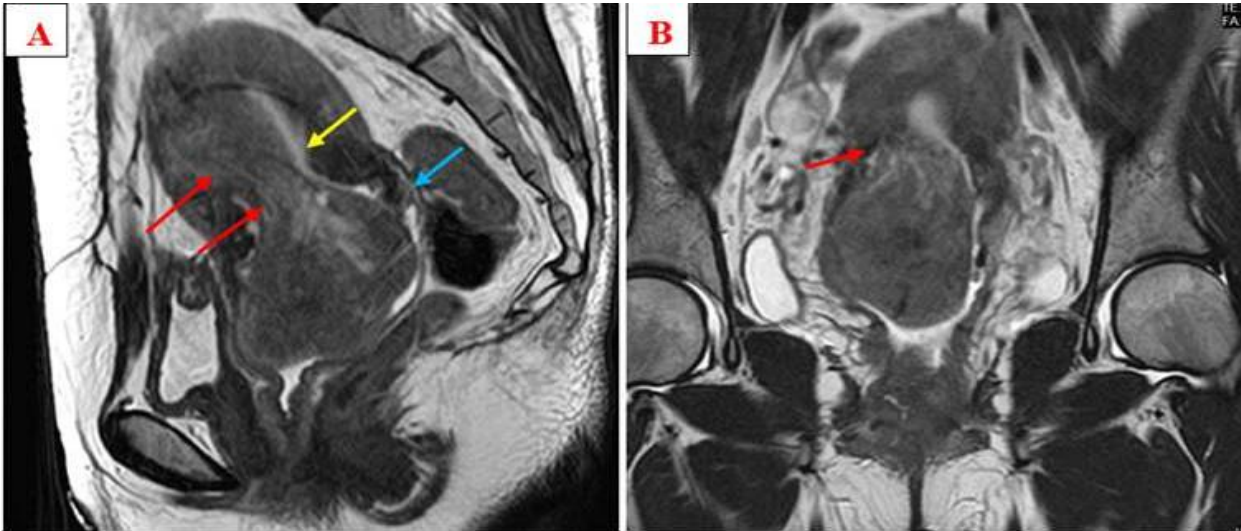
U cơ trơn tử cung (u xơ tử cung) là khối u lành tính hay gặp nhất của tử cung, ảnh hưởng đến 20 - 30% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [1]. U cơ trơn tử cung có thể phát triển nhanh chóng khi mang thai hoặc khi sử dụng các biện pháp tránh thai và thường thoái triển sau khi mãn kinh. U cơ trơn tử cung được phân loại dựa vào vị trí của tổn thương so với cơ tử cung. Theo phân loại của hiệp hội sản phụ khoa quốc tế (International Federation of Gynecology and Obstetrics system - FIGO), u cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống được xếp vào nhóm u cơ trơn dưới niêm mạc type 0 [2]. U cơ tử cung dưới niêm mạc có cuống là tổn thương hiếm gặp, chiếm khoảng 2.5% các trường hợp phẫu thuật u cơ trơn tử cung, trong đó tỷ lệ sa vào trong ống cổ tử cung, âm đạo chiếm khoảng 5% các trường hợp u cơ trơn có cuống [3]. Tuy nhiên, tổn thương này thường gây các triệu chứng lâm sàng như ra máu âm đạo bất thường, đau bụng vùng tiểu khung, đau bụng kinh, kinh nguyệt kéo dài. Vì vậy việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời đóng vai trò quan trọng để tránh các biến chứng cho bệnh nhân. Chúng tôi xin trình bày một trường hợp u cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống sa vào trong âm đạo gây kinh nguyệt kéo dài và thiếu máu được phẫu thuật nội soi bóc u tại bệnh viện Vinmec Times City.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

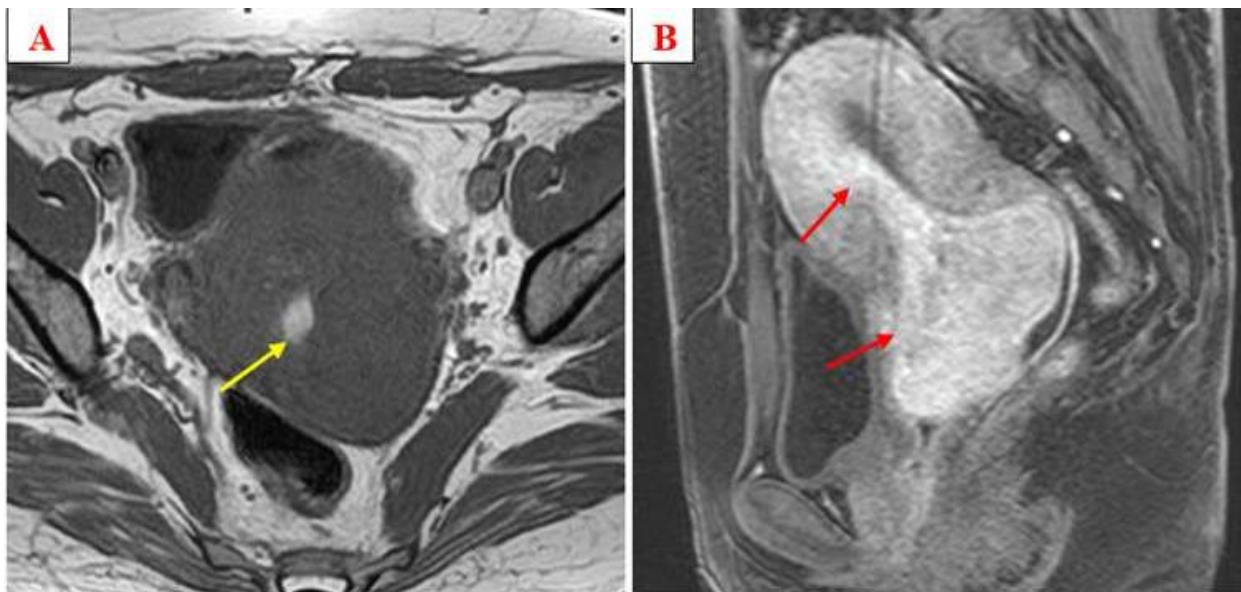
Bệnh nhân nữ, 44 tuổi, vào viện vì kinh nguyệt kéo dài khoảng 12 - 14 ngày mỗi chu kỳ kinh ba tháng nay. Ngoài ra, bệnh nhân có đau âm ỉ vùng tiểu khung trong chu kỳ kinh nguyệt. Khám phụ khoa qua đường âm đạo phát hiện khối trong âm đạo, màu đỏ thẫm, di động, ranh giới rõ, nghi ngờ tổn thương xuất phát từ tử cung và rỉ máu từ tổn thương đó, lâm sàng bệnh nhân có tình trạng thiếu máu. Ba năm trước, bệnh nhân phát hiện u cơ trơn tử cung nhỏ dưới niêm mạc tử cung xuất phát từ thành trước tử cung kích thước 12 x 16 mm. Tiền sử sản khoa của bệnh nhân là PARA 2002, không có tiền sử các bệnh lý toàn thân khác. Xét nghiệm máu thể hiện tình trạng thiếu máu mạn tính với huyết sắc tố (Hb) giảm

(68 g/L), số lượng hồng cầu (2.62 T/L), thể tích khối hồng cầu (80.9 fL) và lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (26.0 pg).

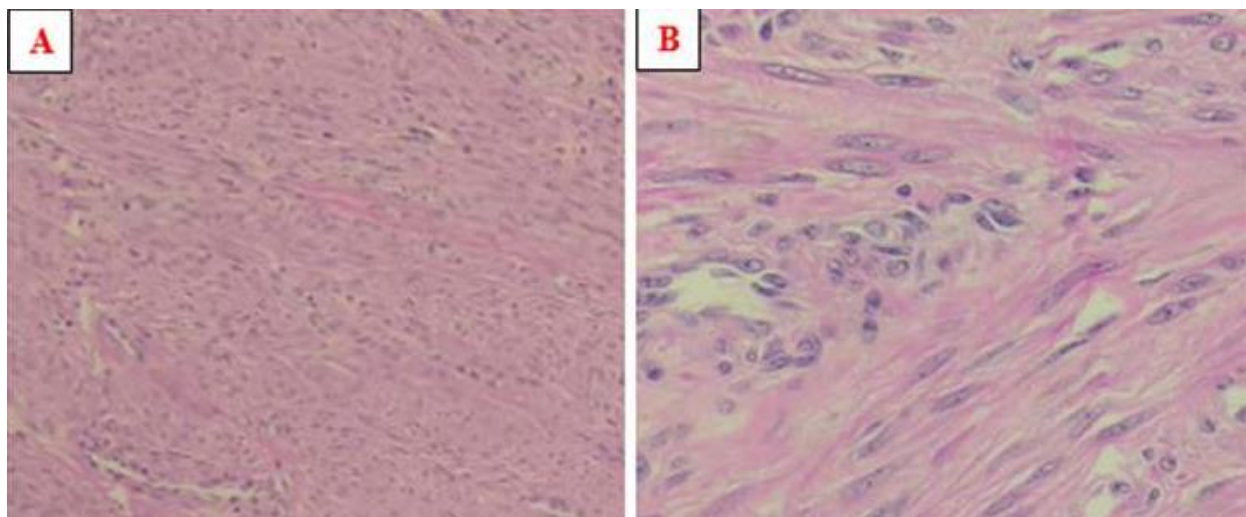
Trên siêu âm qua đường âm đạo phát hiện khối giảm âm không đều, ranh giới rõ, nghi ngờ xuất phát từ cơ thành trước tử cung phát triển xuống âm đạo qua lỗ ngoài cổ tử cung. Do không thấy vị trí xuất phát của tổn thương nên bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ vùng tiểu khung để đánh giá. Trên cộng hưởng từ cho thấy tổn thương có kích thước 60 x 61 x 52 mm, giới hạn rõ, có cuống xuất phát từ thành trước tử cung, phát triển qua ống cổ tử cung vào 2/3 trên âm đạo, tổn thương có bờ và ranh giới rõ (hình 1A, B). Tổn thương tăng nhẹ tín hiệu so với cơ tử cung trên ảnh T1W và T2W (hình 1A, 2A, 2B), có một số ổ chảy máu bên trong (hình 2A). Sau tiêm thuốc đối quang từ tĩnh mạch, tổn thương ngấm thuốc mạnh, tăng dần vào thì tĩnh mạch và thì muộn (hình 2B). Dựa trên đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ, bệnh nhân được chẩn đoán u cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống có chảy máu bên trong sa vào trong ống cổ tử cung và âm đạo, xếp loại type 0 theo phân loại FIGO. Ngoài ra, bệnh nhân có một số u cơ trơn tử cung nhỏ khác trong lớp cơ tử cung. Bệnh nhân được làm phẫu thuật ổ cổ tử cung không thấy có tế bào ác tính. Do tình trạng kinh nguyệt kéo dài gây thiếu máu mạn tính, tổn thương thuộc nhóm FIGO 0 và bệnh nhân có nguyện vọng bảo tồn tử cung nên chúng tôi quyết định được mổ nội soi bóc u cơ trơn tử cung qua đường âm đạo và không có biến chứng gì trong và sau quá trình phẫu thuật. Giải phẫu bệnh sau mổ là u tế bào cơ trơn lành tính, không có thành phần hoại tử bên trong. Sau mổ ba tháng, bệnh nhân tái khám thì không còn tình trạng kinh nguyệt kéo dài, xét nghiệm công thức máu cho thấy huyết sắc tố (Hb) bình thường (128 g/L), số lượng hồng cầu (4.05 T/L), thể tích khối hồng cầu (86.4 fL) và lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (28.2 pg). Trên siêu âm qua đường âm đạo không thấy bất thường vị trí u cơ trơn tử cung đã phẫu thuật.



Hình 1: Cộng hưởng từ ảnh T2W hướng Sagital (A) và hướng Coronal (B) cho thấy tổn thương có cuống xuất phát từ lớp dưới niêm mạc thành trước tử cung (mũi tên đỏ hình A, B), đẩy lớp niêm mạc tử cung ra sau (mũi tên vàng hình A), phát triển qua ống cổ tử cung vào trong âm đạo (mũi tên xanh hình A).



Hình 2: Cộng hưởng từ ảnh T1W hướng Axial (A) và ảnh T1 Sagital sau tiêm (B) cho thấy tổn thương có phần tín hiệu chảy máu tăng tín hiệu trên T1W (mũi tên vàng hình A), ngấm thuốc mạnh cả phần cuống và phần u sau tiêm (mũi tên đỏ hình B).



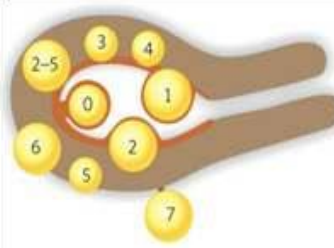
Hình 3: Hình ảnh mô học của u: Ảnh A (HE x 100)
Các tế bào sắp xếp thành bó, dài. Ảnh B (HE x 400)
Các tế bào cơ trơn với nhân hình thoi, bào tương bắt màu eosinophilic.

III. BÀN LUẬN

U cơ trơn tử cung là tổn thương lành tính của tế bào cơ trơn tử cung và mô liên kết xơ của tử cung [2]. U cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống là tổn thương hiếm gặp, một số trường hợp có thể sa vào trong ống cổ tử cung và trong âm đạo. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ra máu âm đạo, chảy dịch âm đạo, đau bụng vùng chậu, cảm giác tức nặng vùng âm đạo do khối u sa xuống [3]. Một số trường hợp u cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống gây biến chứng xoắn, lộn ngược tử cung không hoàn toàn, nhiễm khuẩn đã được báo cáo [4].

Theo hướng dẫn của hội hình ảnh niệu dục châu Âu năm 2018, siêu âm qua đường âm đạo là phương pháp được lựa chọn đầu tiên để phát hiện, đánh giá vị trí và tính chất tổn thương [1]. Siêu âm đường bụng sẽ được thăm khám bổ xung để cung cấp thêm thông tin trong trường hợp u cơ trơn tử cung có kích thước lớn không đánh giá được toàn bộ tổn thương trên siêu âm đường âm đạo. Trên siêu âm, u cơ trơn tử cung thường là tổn thương đặc giảm âm, có ranh giới rõ và có thể có các nốt tăng âm mạnh kèm bóng cản phía sau do vôi hóa, tuy nhiên khó để xác định được cuống u [5]. Theo phân loại FIGO năm 2011, dựa vào vị trí tổn thương u cơ trơn tử cung được phân thành các loại chính gồm u cơ trơn dưới niêm mạc, u cơ trơn trong cơ, u cơ trơn dưới thanh mạc và u cơ trơn dưới thanh mạc có cuống (bảng 1) [2].

Bảng 1: Phân loại u cơ trơn tử cung theo FIGO [2].

Phân loại u cơ trơn tử cung	Type	Dưới type	Đặc điểm tổn thương
	Dưới niêm mạc	0	Có cuống trong buồng tử cung
		1	< 50% trong cơ
		2	≥ 50% trong cơ
	Khác	3	Dưới niêm mạc, nhưng 100% trong cơ
		4	Trong cơ
		5	Dưới thanh mạc ≥ 50% trong cơ
		6	Dưới thanh mạc < 50% trong cơ

	Type	Dưới type	Đặc điểm tổn thương
		7	Dưới thanh mạc có cuống
		8	Khác (vị trí đặc biệt như cổ tử cung, dây chằng rộng)
	U cơ tron tử cung tiếp xúc đồng thời với thanh mạc và niêm mạc		Hai số nối với nhau bởi dấu “-”. Số đầu cho thấy khối u ảnh hưởng tới niêm mạc, số sau biểu thị cho khối u ảnh hưởng đến thanh mạc. Ví dụ: 2 - 5: U cơ tron dưới thanh mạc và dưới niêm mạc. Cả hai phía đều có $\geq 50\%$ trong cơ

Cộng hưởng từ được chỉ định trong các trường hợp u cơ tron tử cung không điển hình trên siêu âm để phân biệt với các tổn thương khác, đặc biệt là tổn thương ác tính khác của tử cung hoặc khối u buồng trứng [1]. Trên hình ảnh cần đánh giá vị trí tổn thương (thành trước, thành sau, bên phải, bên trái hay trung tâm), vị trí tổn thương theo trục tử cung (nửa trên tử cung, nửa dưới tử cung hay cả hai), kích thước theo ba chiều của tổn thương, nếu trường hợp đa u cơ tron tử cung thì đo kích thước của bốn tổn thương lớn nhất [2]. Chụp cộng hưởng từ vùng tiểu khung để đánh giá u cơ tron tử cung gồm các chuỗi xung: T2W ba hướng Axial, Coronal và Sagital để đánh giá chính xác vị trí tổn thương; T1W hướng Axial không và có xoá mỡ, khảo sát động học ngấm thuốc (dynamic) và đánh giá động mạch cấp máu cho tổn thương trong trường hợp có chỉ định nút mạch hoặc phẫu thuật và T1W xóa mỡ sau tiêm thuốc đối quang từ với liều 0.1 mmol/kg cân nặng bệnh nhân [1,6]. Trên cộng hưởng từ, u cơ tron tử cung nhỏ và không thoái hóa là tổn thương có ranh giới rõ, giảm tín hiệu hoặc tín hiệu trung gian trên xung T1W và T2W [7]. Trường hợp u cơ tron tử cung kích thước lớn và có thoái hóa bên trong thường có tín hiệu không đồng nhất với giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W; nếu có chảy máu bên trong thì tín hiệu của máu thay đổi tùy thuộc vào giai đoạn thoái triển của máu [6]. U cơ tron tử cung dưới niêm mạc có cuống thường quan sát rõ cuống của u có dạng mỏ chim và vị trí gắn vào thành tử cung trên chuỗi xung T2W để lập kế hoạch phẫu thuật phù hợp [6]. Cộng hưởng từ còn giúp chẩn đoán phân biệt với các tổn thương khác gây đau bụng vùng tiểu khung như lạc nội mạc tử cung, sarcom cơ tử cung, ung thư nội mạc tử cung,

khối u buồng trứng, giãn tĩnh mạch sinh dục, các tổn thương đĩa đệm - đốt sống [4]. Ngoài ra, cộng hưởng từ có thể giúp phát hiện và đánh giá các biến chứng sau điều trị như tụ máu, áp xe, rò, vỡ tử cung và nang vùi phúc mạc trong trường hợp lâm sàng sau mổ nghi ngờ bất thường [8].

Về điều trị, đối với các trường hợp bệnh nhân trẻ, còn nguyện vọng có con, lâm sàng có thiếu máu, khối u kích thước nhỏ được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt u qua đường âm đạo để bảo tồn tử cung, đồng thời giảm biến chứng mất máu và giảm thời gian nằm viện sau mổ [3]. Trong trường hợp phẫu thuật nội soi cắt u cơ tron tử cung qua đường âm đạo, việc xác định vị trí cuống tổn thương gắn vào thành tử cung trên hình ảnh giúp các phẫu thuật viên kẹp cuống để tránh biến chứng mất máu nhiều trong quá trình phẫu thuật [9]. Trong các trường hợp bệnh nhân có nhiều u cơ tron tử cung, không quan sát rõ cuống của tổn thương hoặc tổn thương có cuống rộng, bệnh nhân có thể được chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tử cung [3].

Trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi, trên siêu âm đầu dò âm đạo có khối giảm âm không đều phát triển xuống âm đạo qua lỗ ngoài cổ tử cung. Do không thấy vị trí xuất phát của tổn thương nên bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ vùng tiểu khung để đánh giá. Trên cộng hưởng từ, tổn thương có kích thước khoảng 6 cm, trên cộng hưởng từ quan sát rõ cuống của u cơ tron tử cung xuất phát từ thành trước tử cung trên chuỗi xung T2W hướng Sagital và chuỗi xung Dynamic sau tiêm thuốc đối quang từ, được chẩn đoán là u cơ tron tử cung FIGO 0. Vì bệnh nhân có nguyện vọng bảo tồn tử cung và để giảm biến chứng chúng tôi quyết định mổ nội soi bóc u. Do các trường hợp u cơ tron tử cung nhóm

FIGO 0 không nên chỉ định nút mạch do tổn thương nằm chủ yếu trong buồng tử cung nên dễ bị hoại tử thông vào khoang tự nhiên và có nguy cơ nhiễm khuẩn cao. Sau đó bệnh nhân đã được mổ nội soi cắt u cơ trơn tử cung và bảo tồn tử cung thành công. Bệnh nhân tái khám lại sau ba tháng, về lâm sàng bệnh nhân không còn tình trạng kinh nguyệt kéo dài, khám lâm sàng không có biểu hiện của thiếu máu và về xét nghiệm không có tình trạng thiếu máu với huyết sắc tố (Hb) bình thường (128 g/L), số lượng hồng cầu (4.05 T/L).

IV. KẾT LUẬN

U cơ trơn tử cung dưới niêm mạc có cuống sa vào âm đạo là tổn thương hiếm gặp nhưng thường gây ra các triệu chứng như đau bụng hạ, kinh nguyệt kéo dài có thể gây thiếu máu. Siêu âm qua đường âm đạo là chỉ định đầu tay trong các trường hợp ra máu âm đạo bất thường. Cộng hưởng từ có độ chính xác cao để phát hiện, xác định vị trí và đặc trưng của u cơ trơn tử cung. Đối với u cơ trơn dưới niêm mạc tử cung, cộng hưởng từ là phương pháp tốt hơn siêu âm để xác định tình trạng sa, mức độ lan rộng và vị trí của cuống u cơ trơn tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Celine A, Nishat B, Laura B et al. ESUR Quick Guide to Female Pelvis Imaging 1.0. European Society of Urogenital Radiology. 2018; 45-51.
2. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS et al. 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. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;143(3), 393-408.
3. Aydın S, Göksever Çelik H, Maraşlı M et al. Clinical predictors of successful vaginal myomectomy for prolapsed pedunculated uterine leiomyoma. *J Turk - Ger Gynecol Assoc.* 2018; 19(3), 146-150.
4. Yabumoto K, Ito F, Matsushima H et al. Massive prolapsed submucous fibroid treated with laparoscopic surgery: A case report. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(4), 942-946.
5. Woźniak A, Woźniak S. Ultrasonography of uterine leiomyomas. *Przegląd Menopauzalny Menopause Rev.* 2017;16(4), 113-117.
6. Fiaschetti V, Fornari M, Cama V et al. MRI in the assessment of prolapsed pedunculated submucous leiomyomas: two case reports. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015; 42(6):827-32.
7. Ruuskanen AJ, Hippeläinen MI, Sipola P et al. Association between magnetic resonance imaging findings of uterine leiomyomas and symptoms demanding treatment. *Eur J Radiol.* 2012;81(8), 1957-1964.
8. Sandeep P. Deshmukh, Carin F. Gonsalves, Flavius F. Guglielma et al. Role of MR Imaging of Uterine Leiomyomas before and after Embolization. *Radiographic.* 2012;32:6.
9. Brito LGO, Magnani PS, de Azevedo Trapp AE et al. Giant prolapsed submucous leiomyoma: a surgical challenge for gynecologists. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2011;38(3), 299-300.