



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á **22**  
THÁI BÌNH DƯƠNG



# **BS. CKII. NGUYỄN BÁ MỸ NHI**

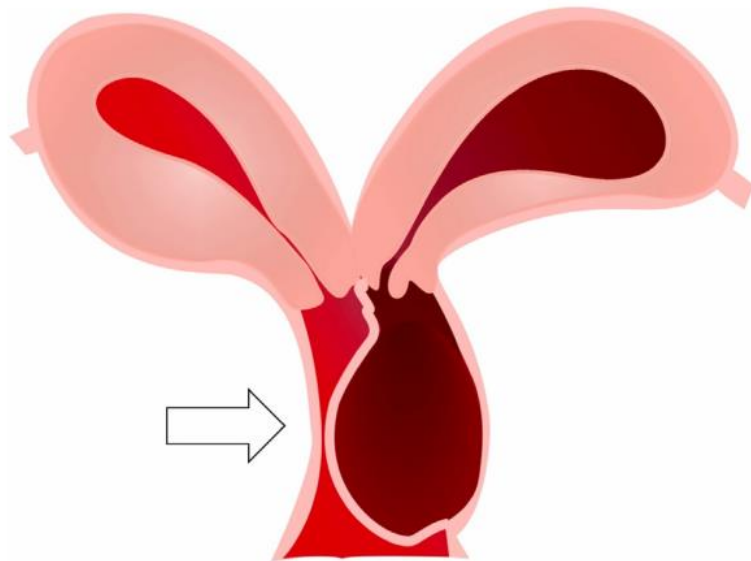
*Giám Đốc Trung tâm Sản phụ khoa  
Bệnh viện đa khoa Tâm Anh  
Nguyên Phó Giám Đốc Bệnh viện Từ Dũ*



# TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN – PHÂN LOẠI – XỬ TRÍ DỊ TẬT BẨM SINH ĐƯỜNG SINH DỤC NỮ

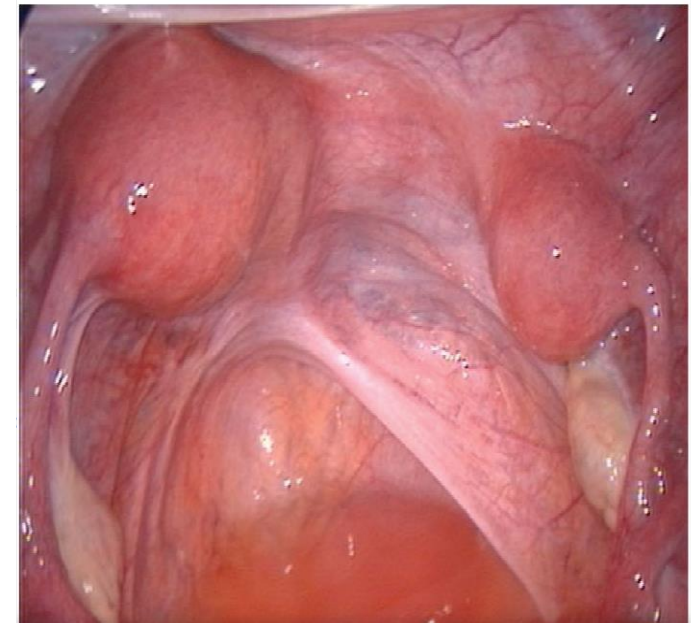
BS. NGUYỄN BÁ MỸ NHI

TT Sản Phụ khoa – BV Đa khoa Tâm Anh – TP. HCM



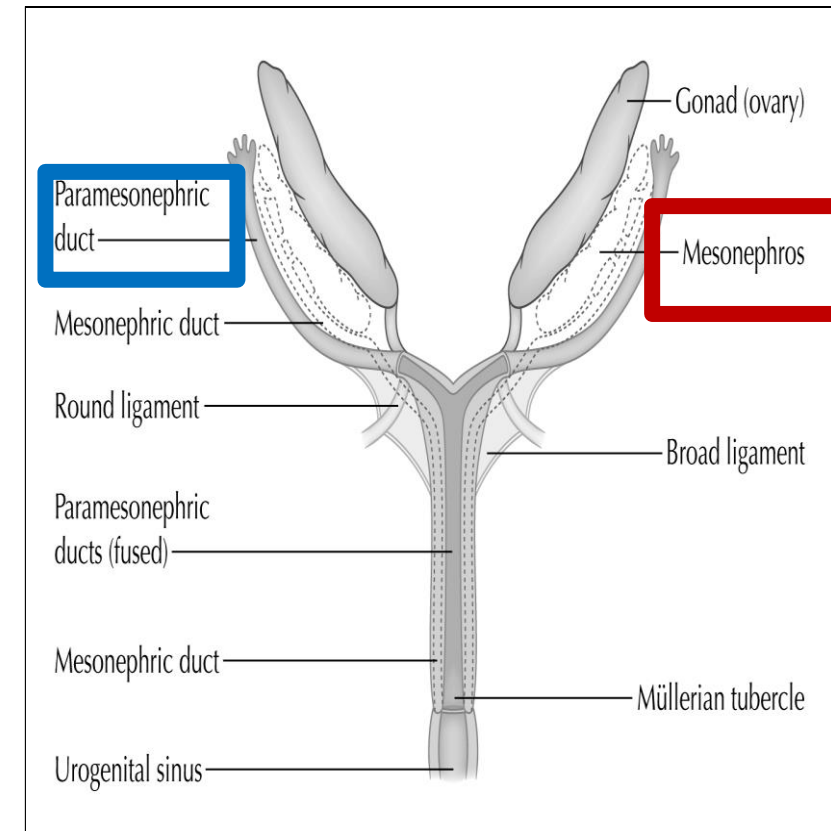
- DTBS SD nữ chiếm 0,1 - 3,0% số ca sinh sống, 6,7% liên quan ống Muller
- Bất thường ống Mullerian (Müllerian duct anomalies MDAs) trong giai đoạn bào thai → bất thường trong tương lai sản phụ khoa (vô kinh, vô sinh, sảy thai, sinh non, sót nhau, thai giới hạn tang trưởng, ngôi bất thường .....)
- Bất thường có hoặc không có tắc nghẽn (obstruction or non obstruction) liên quan ống Muller thường không được chẩn đoán sớm trước dậy thì

## Giới thiệu

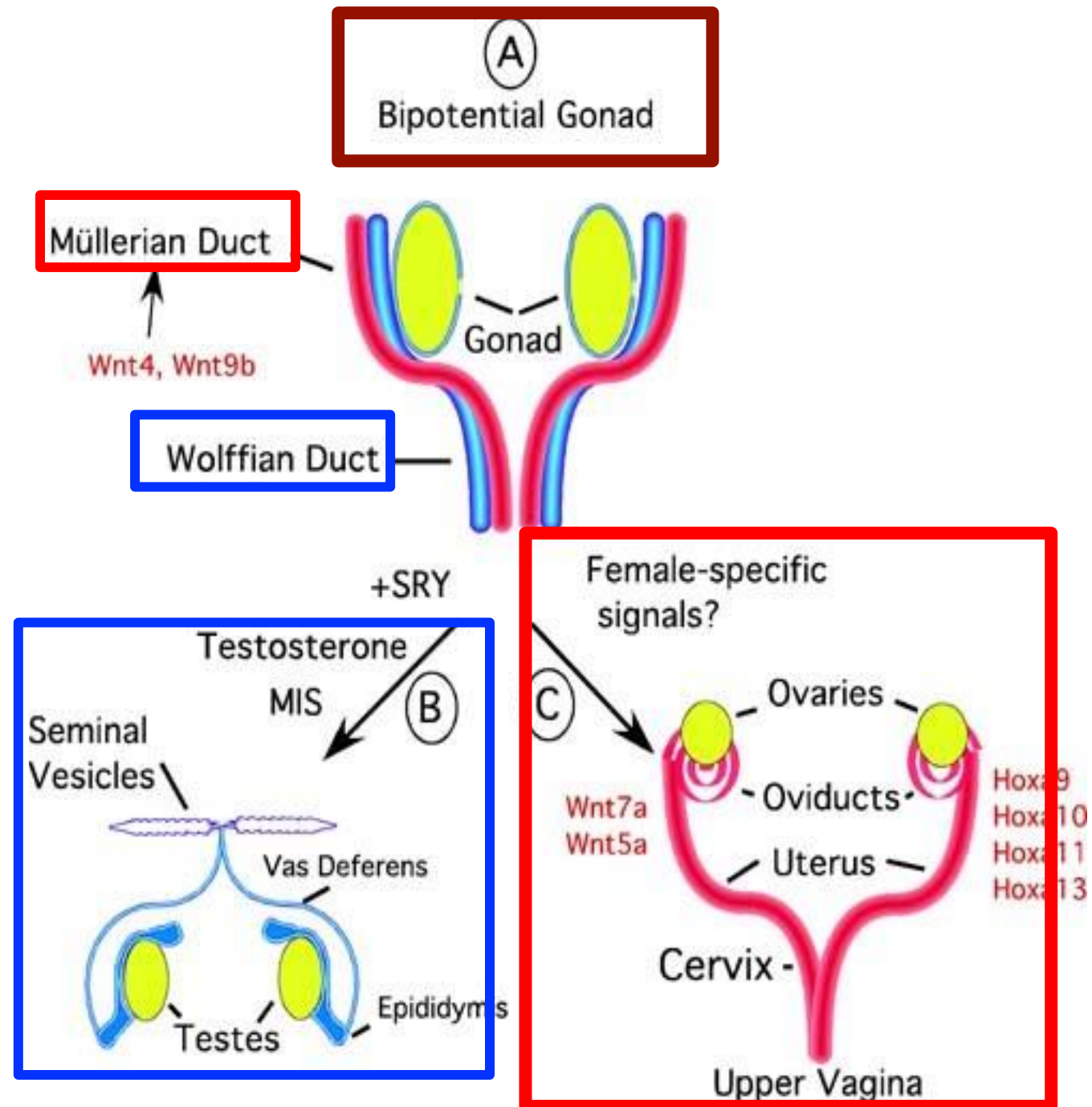


- Nguồn gốc đường SD khi chưa biệt hóa ở cả phôi nam và nữ (tuần 5-6 thai kỳ), từ:
  - Cặp ống **trung thận** (Wolffian) → đường SD nam
  - Cặp ống **cận trung thận** (Mullertian) → đường SD nữ
- **Ở phôi nữ:** 2 ống trung thận thoái triển do thiếu nội tiết từ tinh hoàn, & chỉ còn vết tích không chức năng ở mạc treo BT & gần AD
- **Ở phôi nam:** 2 ống cận trung thận thoái triển do thiếu nội tiết AMH có nguồn gốc từ TB Sertoli tinh hoàn, & điều kiện cần để ống Muller biệt hóa là phải không có hiện diện Testosterone & AMH

# Phôi thai học

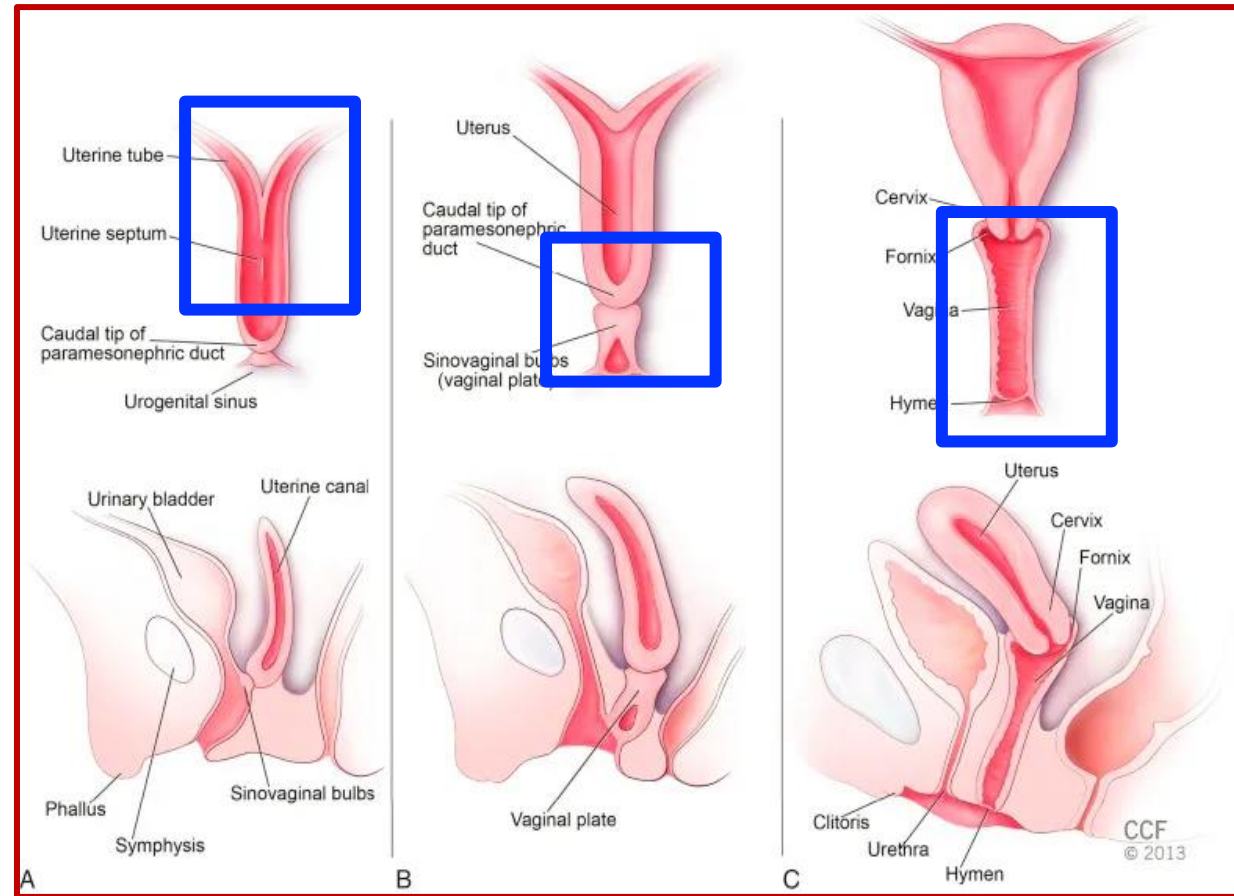


- Phát triển ống Mullerian được điều chỉnh bởi các tín hiệu khác nhau, thông qua biểu hiện gen EMX2, HOXA13, PAX2, LIM1, Wnt...
- Ống Mullerian biệt hóa thành cơ quan SD nữ, gồm:
  - Vòi trứng
  - Tử cung
  - Cổ tử cung
  - Phần trên âm đạo
- Bất kỳ gián đoạn nào quá trình này ở gđ phôi thai → DTBS đường SD
- Các ống Mullerian có nguồn gốc từ trung bì tương tự trung bì thận → mọi DTBS SD nữ **đều cần kiểm tra bất thường hệ tiết niệu**



- **Tuần 8:** đầu cuối 2 ống Mullerian gặp và hoà nhập với nhau, tạo thành TC – AD, kể đó màng đáy 2 ống Mullerian hợp nhất
- **Tuần 12:** màng đáy 2 ống Mullerian tiêu biến tạo ra TC. Tương tự TC, AD cũng có 2 nguồn gốc: 1/3 trên từ 2 ống Mullerian, 2/3 dưới nguồn gốc từ nội bì xoang niệu – dục
- **Khi mầm TC – AD phát triển về đuôi phôi,** sẽ tiếp cận vào xoang niệu dục → hình thành cấu trúc hành xoang- AD (hay là tấm AD), chính tấm AD này sẽ dài thêm và rộng hoá, hình thành 2/3 dưới AD

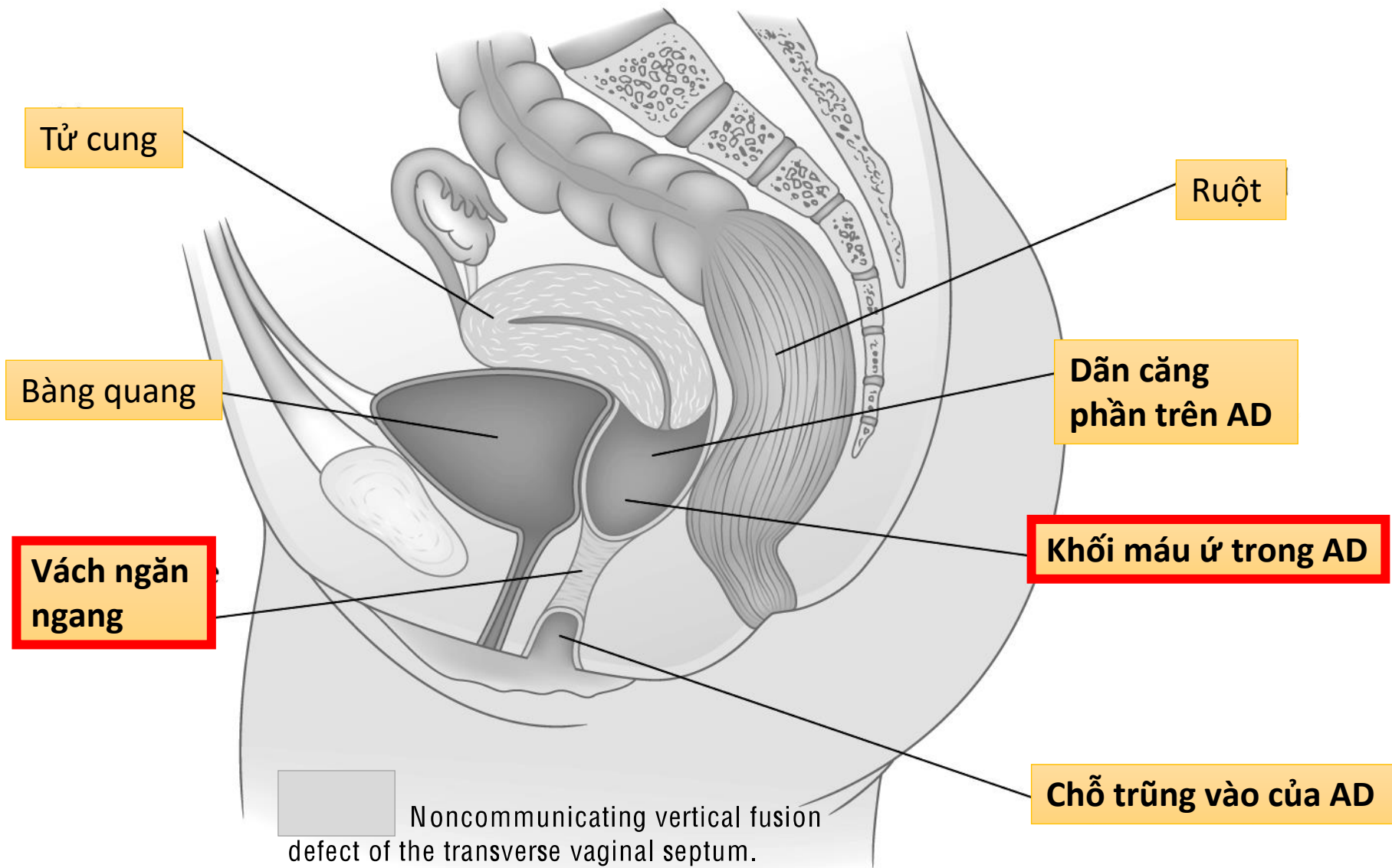
# Hình thành Tử cung - Âm đạo



Tuần 8

Tuần 12

Hoàn thiện



**Bất kỳ bất thường nào trong quá trình phát triển ống Muller → DTBS SD trong đờ bào thai (bất thường hoà nhất dọc - không thông thương, trong DTBS vách ngăn ngang AD)**

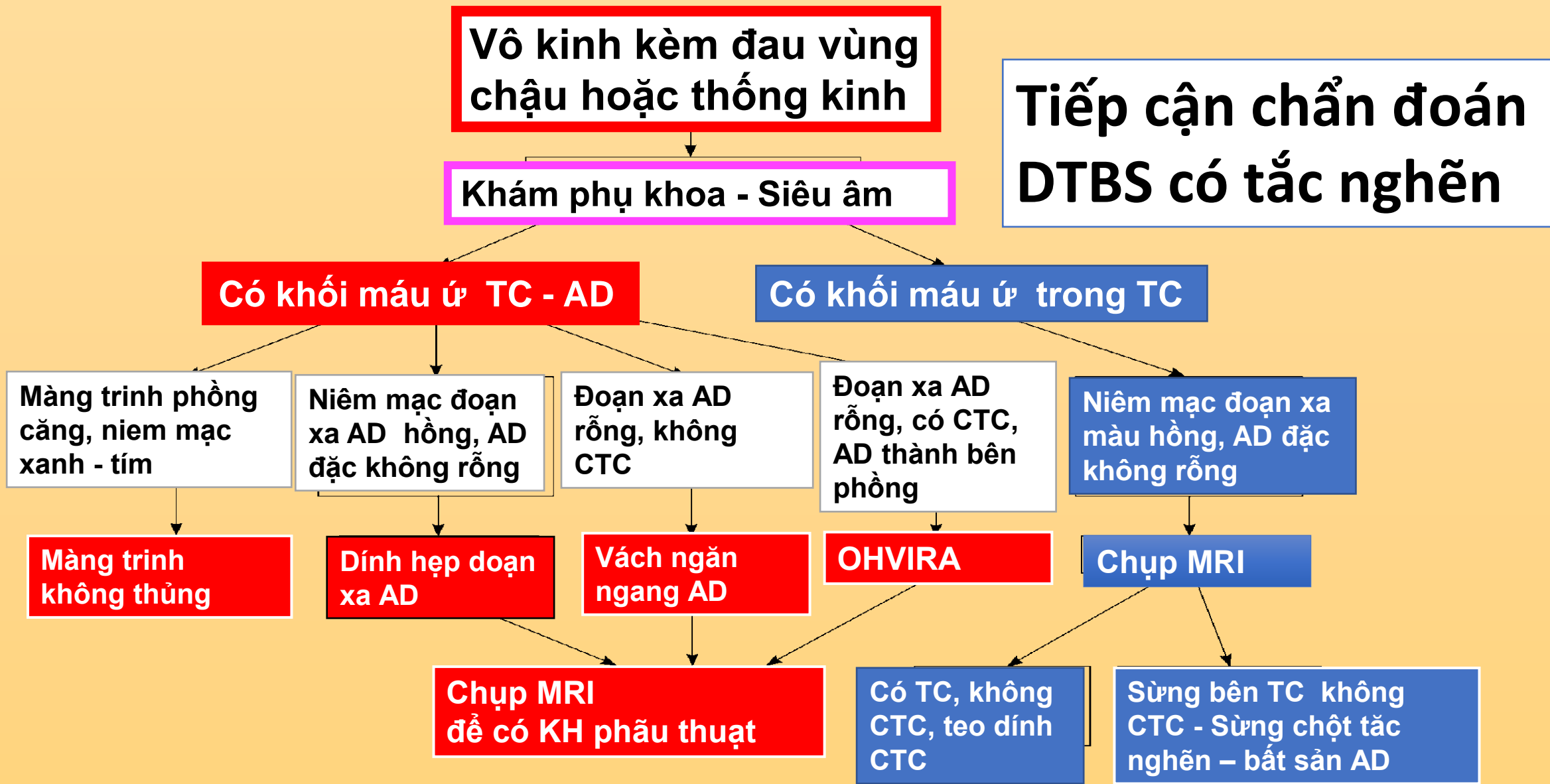


Figure 8. Diagnostic approach to a patient with an obstructed uterovaginal anomaly. Abbreviations: MRI, magnetic resonance imaging; OHVIRA, obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly.



# Lâm sàng DTBS đường SD nữ

- Bệnh sử
- Khám lâm sàng
- Hình ảnh học:
  - ✓ SA 2D, 3D (ngã bụng, AD, TTr)
  - ✓ HSG
  - ✓ MRI

Vô kinh nguyên phát

Đau vùng chậu cấp, mãn hoặc theo chu kỳ

Xuất huyết AD bất thường, tiết dịch có mùi

Thống kinh +++

Sảy thai liên tiếp

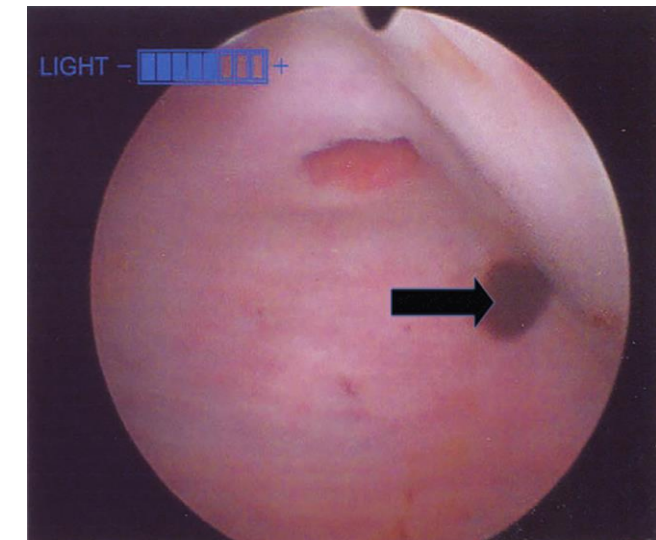
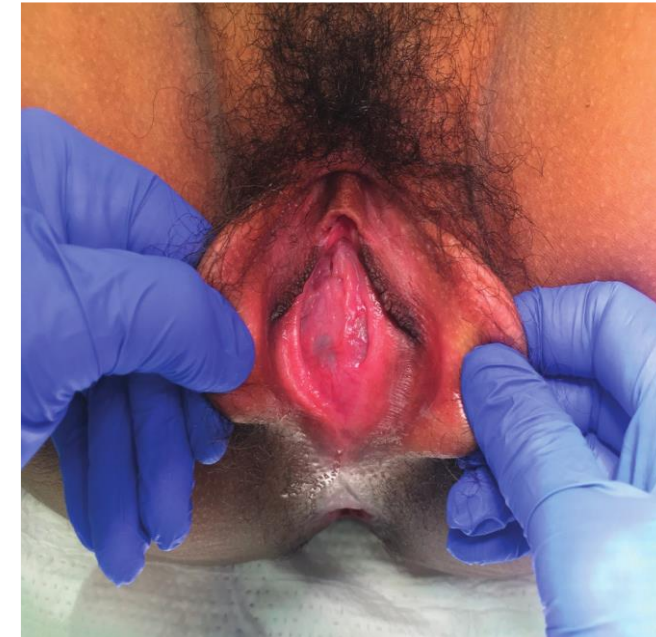
Bất toàn CTC

Sinh non

Vô sinh không rõ nguyên nhân .....

# Khám lâm sàng

- **Bắt đầu bằng đánh giá trưởng thành giới tính** (thang đo phát triển đặc tính SD thứ phát Tanner staging) → đánh giá mức độ phát triển dậy thì
- **Khám cơ quan SD ngoài** tìm bất thường: màng trinh không thủng, dính 2 môi bé, vách ngăn ngang, hẹp bít AD đoạn xa ....
- **Khám bụng – chậu** tìm khối ú máu TC, ú máu TC – AD
- ....



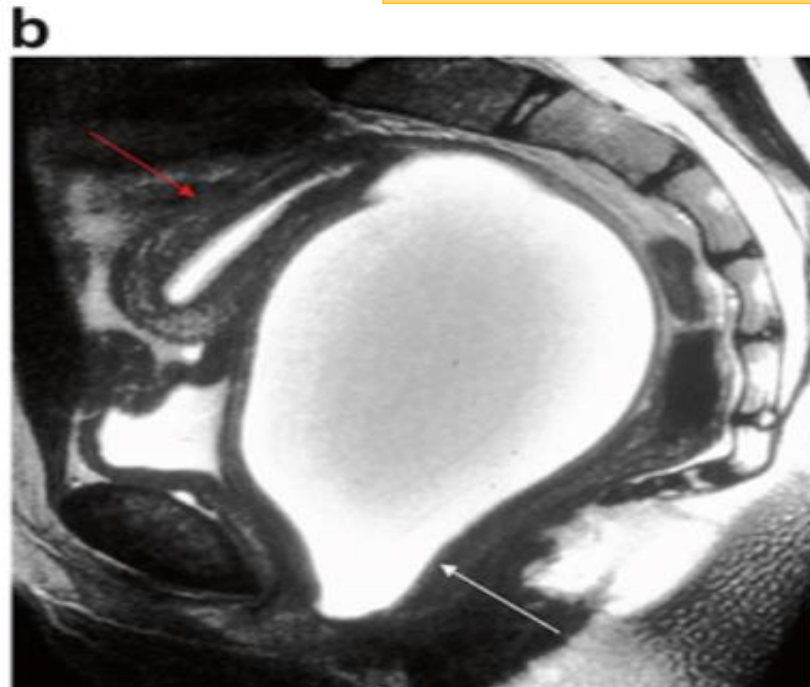
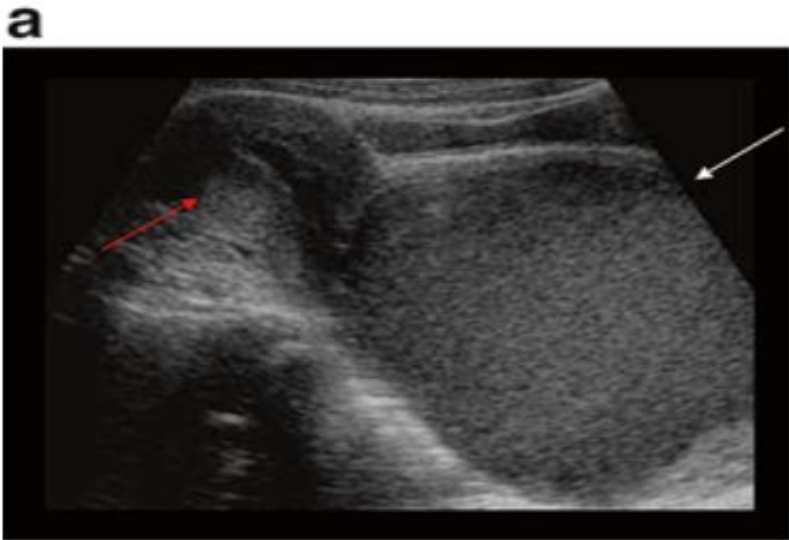
# Chẩn đoán hình ảnh

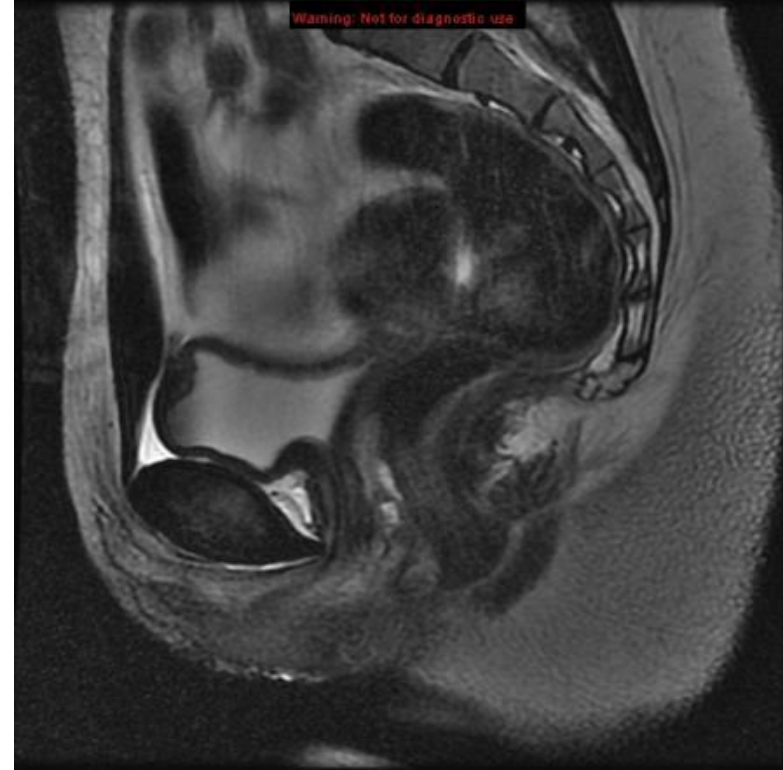
- **SA:** công cụ đầu tay chẩn đoán nếu có vô kinh & đau theo chu kỳ, hoặc đau bụng kinh
- **SA ngả bụng:** hình ảnh khối máu tụ TC – AD sau BQ

## MRI:

- Hữu ích trong các DTBS như TC 1 sừng tắc nghẽn (Obstructed uterine horn), có kèm teo hẹp AD, vách ngăn ngang ..
- MRI được khuyến cáo để xác nhận: sự hiện và vị trí TC, buồng TC, CTC, AD đoạn gần

**Bơm gel vào đoạn xa AD:** đo được độ dày vách ngăn ngang

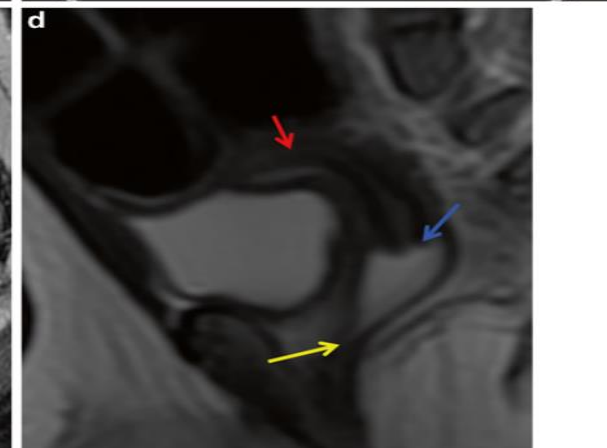
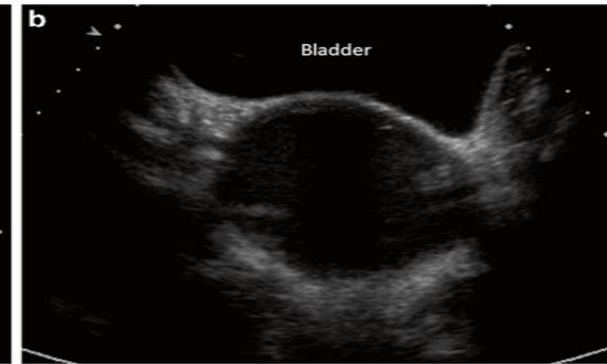
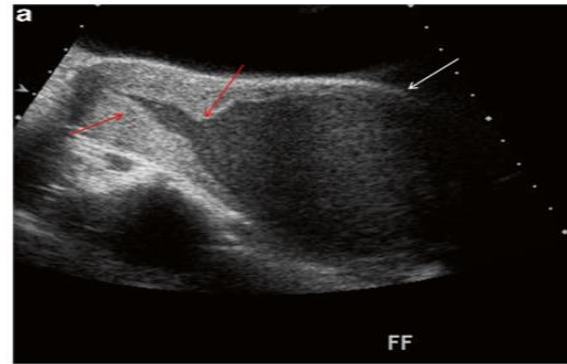




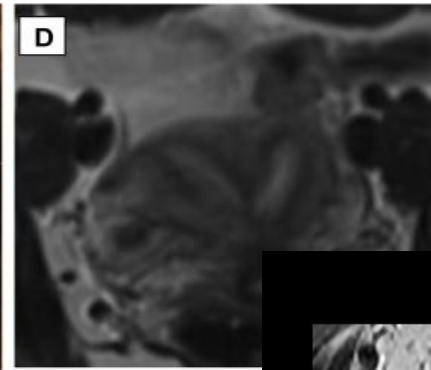
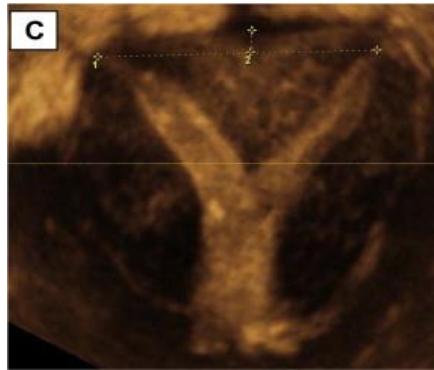
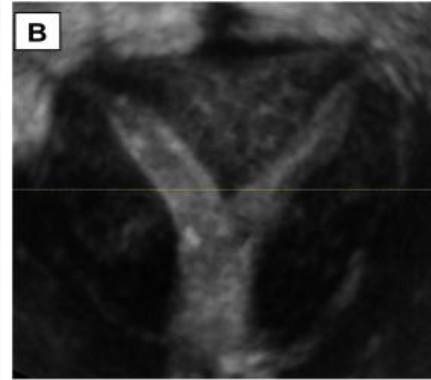
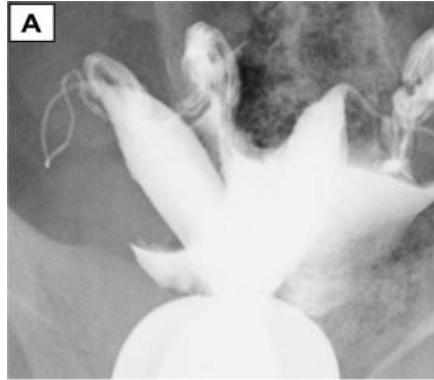
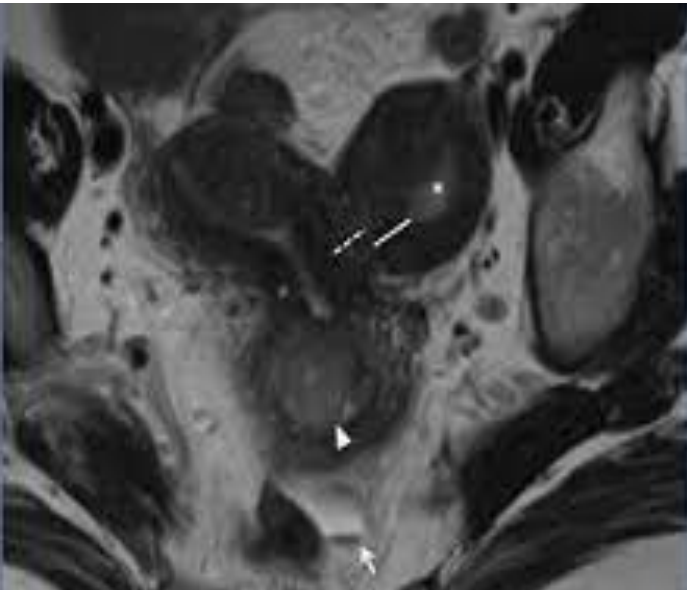
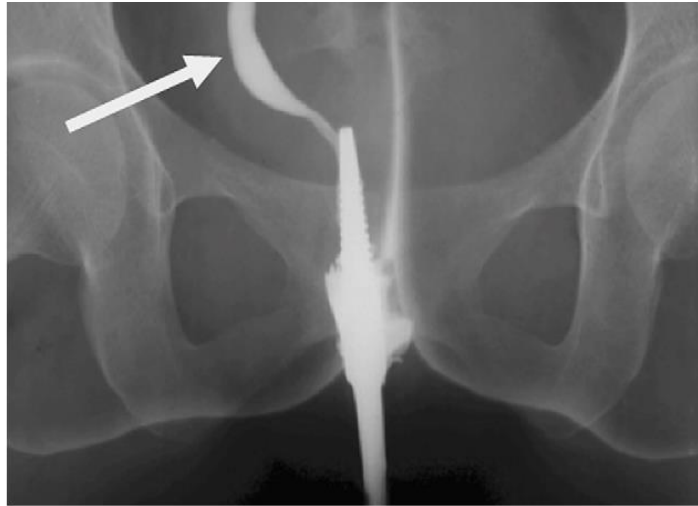
## Bất sản phần xa âm đạo (Distal vaginal agenesis)

## Bất sản TC ( Hypoplastic/ agenesis)

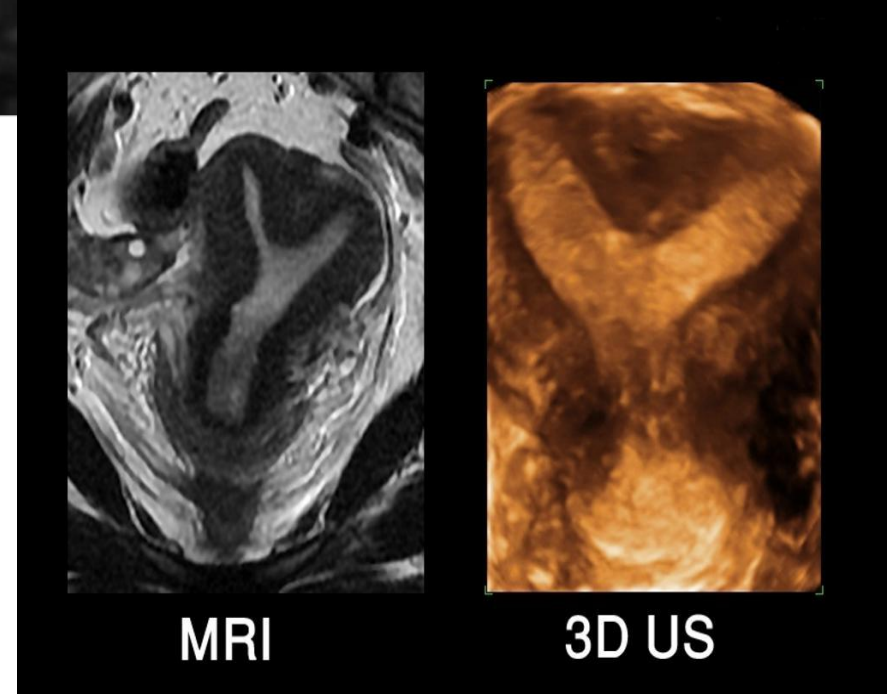
[Uterine agenesis | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org](#)



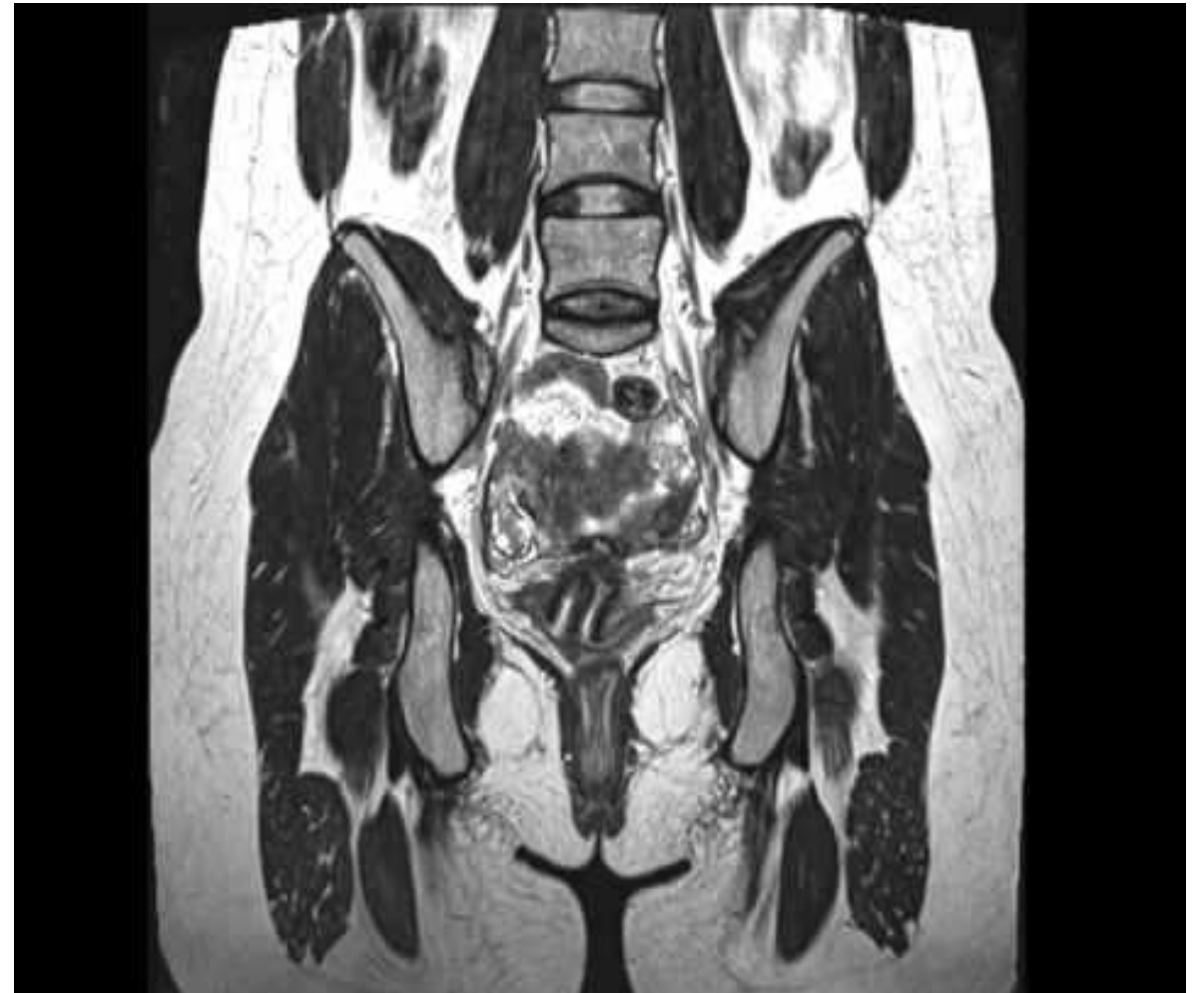
# TC một sừng (Unicornuate)



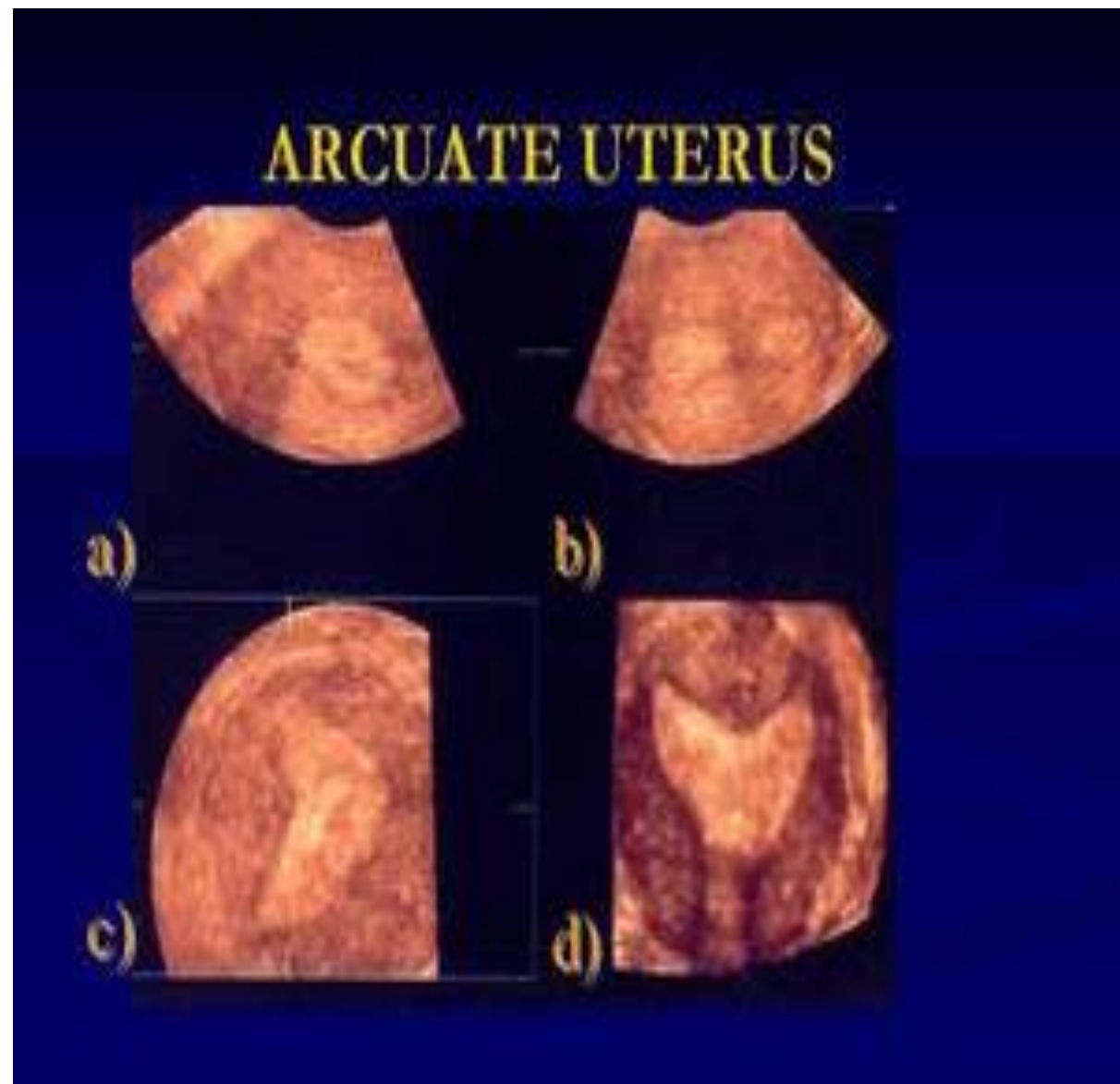
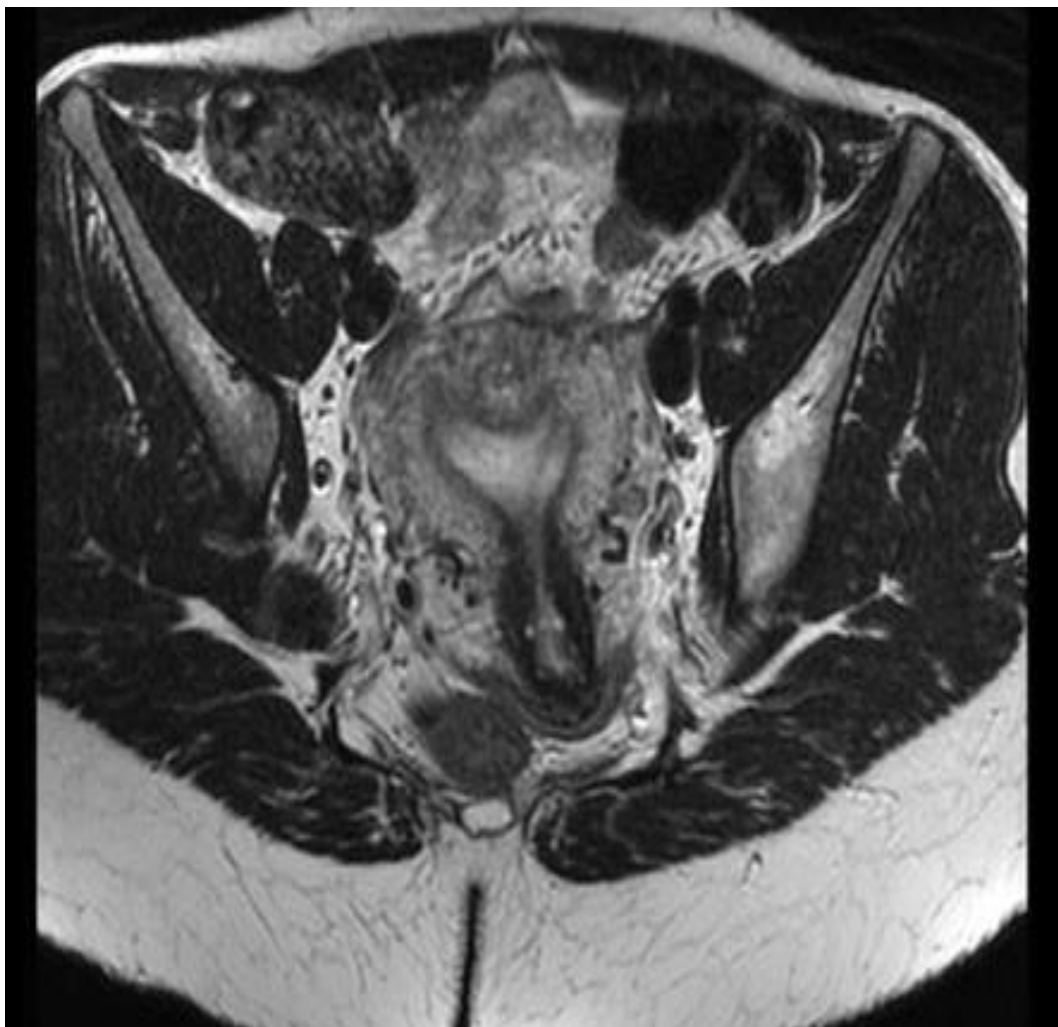
# TC có vách ngăn hoặc TC 2 sừng (Septate or bicornuate uterus)

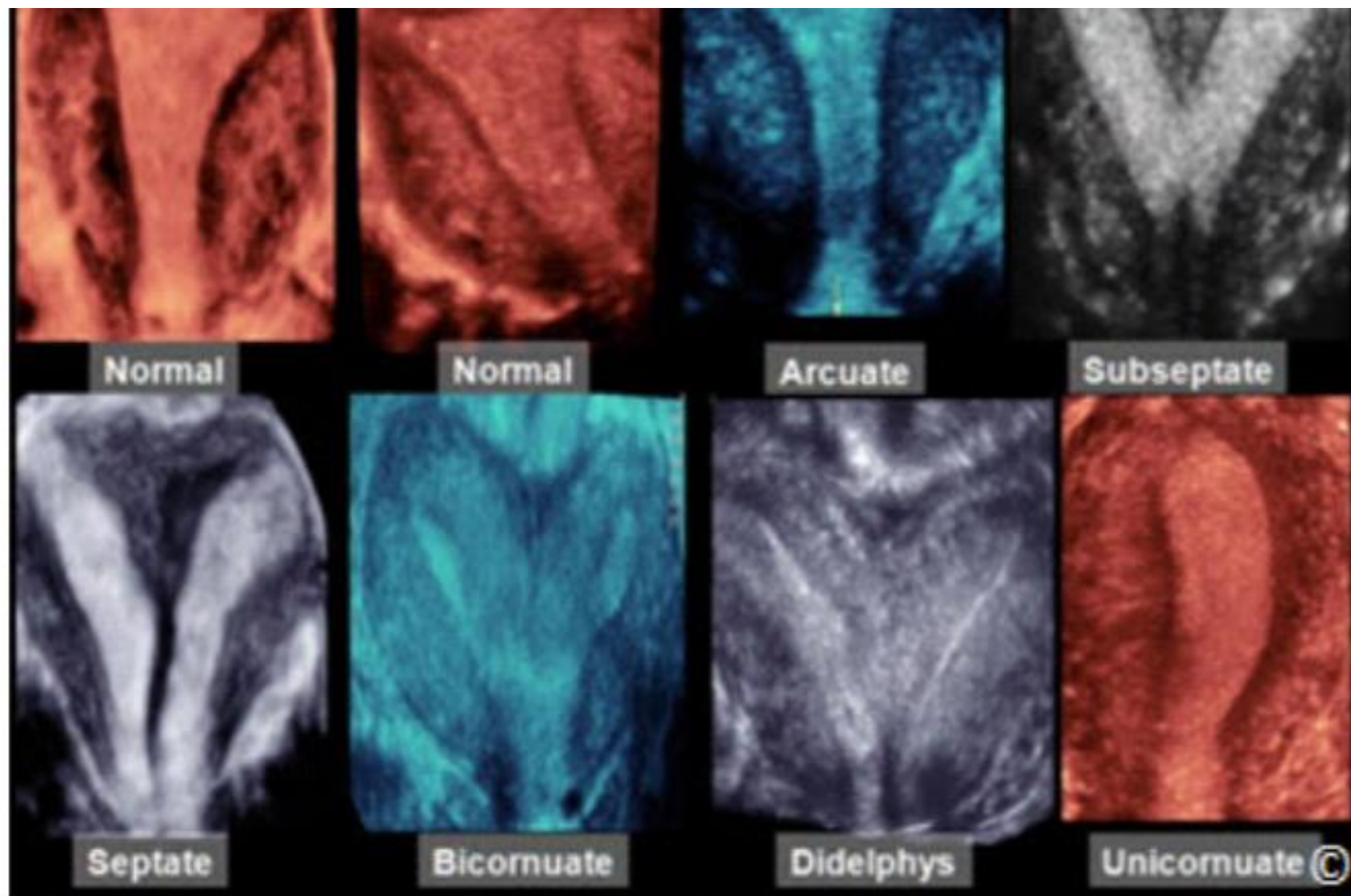


# TC đôi (Didelphys uterus)



# TC hình tim





**Figure 11.20:** Midcoronal planes of uteri obtained from 3-D ultrasound volumes in normal and abnormal uterine abnormalities. Note the clear depiction of the serosal and endometrial fundi and lower-uterine segments, which allow for differentiation of various mullerian anomalies. See **Table 11.3** for details. Modified with permission from the American Institute of Ultrasound in Medicine (18).



# Phân loại DTBS đường SD nữ

- Hơn 100 năm qua, nhiều hệ thống phân loại DTBS SD nữ khác nhau → XT khác nhau
- Các phân loại đều có ưu nhược điểm riêng:
  - Phân loại đơn giản, dễ định hướng → **bỏ sót các biến thể phức tạp**
  - Phân loại mở rộng và chi tiết hơn → **cồng kềnh, khó áp dụng**
  - Phân loại toàn diện nhất → **vẫn có DTBS phức tạp và hiếm gặp** mà các phân loại hiện có không phân loại đầy đủ được

<b>Vagina (V)</b>	0 Normal 1a Partial hymenal atresia 1b Complete hymenal atresia 2a Incomplete septate vagina <50% 2b Complete septate vagina 3 Stenosis of the introitus 4 Hypoplasia 5a Unilateral atresia 5b Complete atresia S1 Sinus urogenitalis (deep confluence) S2 Sinus urogenitalis (middle confluence) S3 Sinus urogenitalis (high confluence) C Clitoria + Other # Unknown
<b>Cervix (C)</b>	0 Normal 1 Duplex cervix 2a Unilateral atresia/aplasia 2b Bilateral atresia/aplasia + Other # Unknown
<b>Uterus (U)</b>	0 Normal 1a Arcuate 1b Septate <50% of the uterine cavity 1c Septate >50% of the uterine cavity 2 Bicornuate 3 Hypoplastic uterus 4a Unilaterally rudimentary or aplastic 4b Bilaterally rudimentary or aplastic + Other # Unknown
<b>Adnexa (A)</b>	0 Normal 1a Unilateral tubal malformation, ovaries normal 1b Bilateral tubal malformation, ovaries normal 2a Unilateral hypoplasia/gonadal streak (including tubal malformation if appropriate) 2b Bilateral hypoplasia/gonadal streak (including tubal malformation if appropriate) 3a Unilateral aplasia 3b Bilateral aplasia + Other # Unknown
<b>associated Malformation (M)</b>	0 None F Frenal system S Skeleton C Cardiac N Neurologic + Other # Unknown

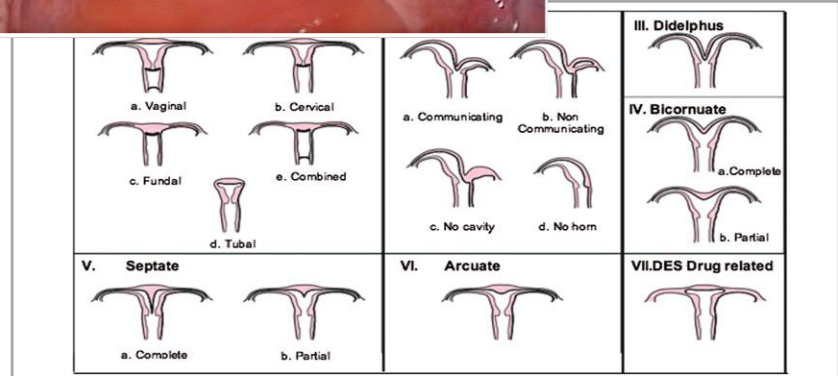
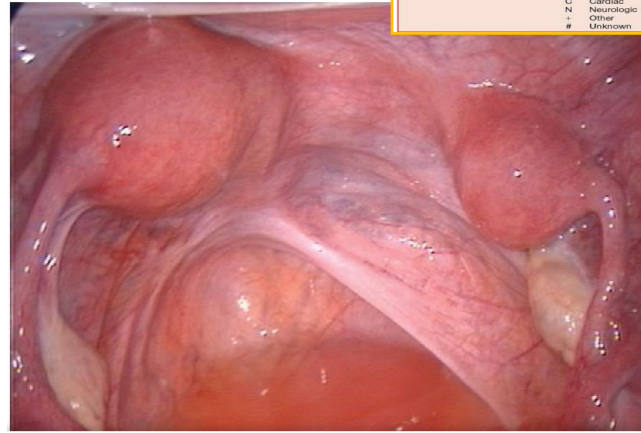
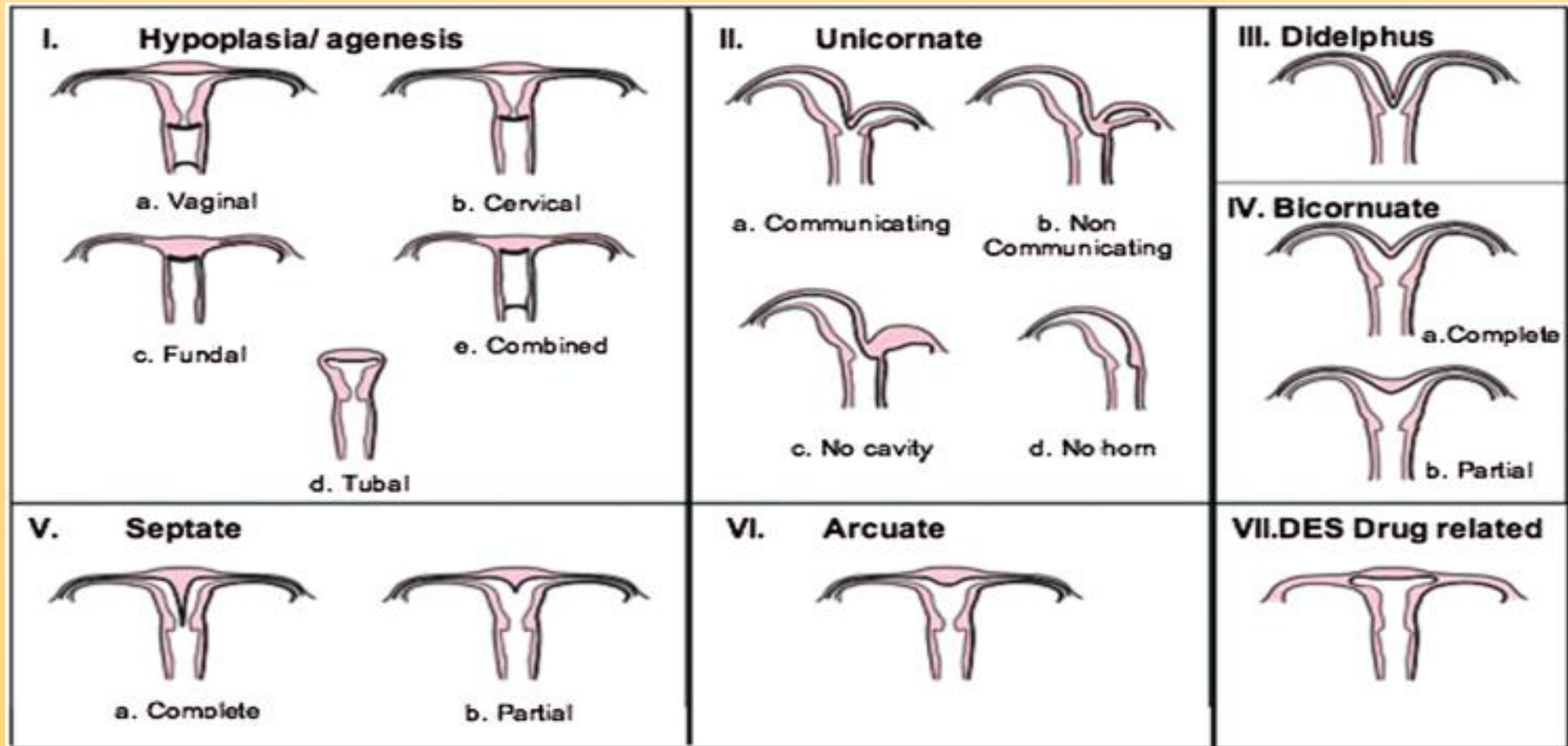


Figure 3. The classification system of Müllerian duct anomalies used by the American Fertility Society, (Reprinted from Chandler TM, Machan LS, Cooperberg PL, Harris AC, Chang SD. Müllerian duct anomalies: from diagnosis to intervention. Br J Radiol 2009;82:1034-42.)

# Phân loại DTBS liên quan ống Muller (AFS 1988)



**Figure 3.** The classification system of Müllerian duct anomalies used by the American Fertility Society. (Reprinted from Chandler TM, Machan LS, Cooperberg PL, Harris AC, Chang SD. Müllerian duct anomalies: from diagnosis to intervention. Br J Radiol 2009;82:1034–42.)

Phân loại này **không bao gồm DTBS AD – CTC**

# Phân loại DTBS liên quan ống Muller (AFS 1988)

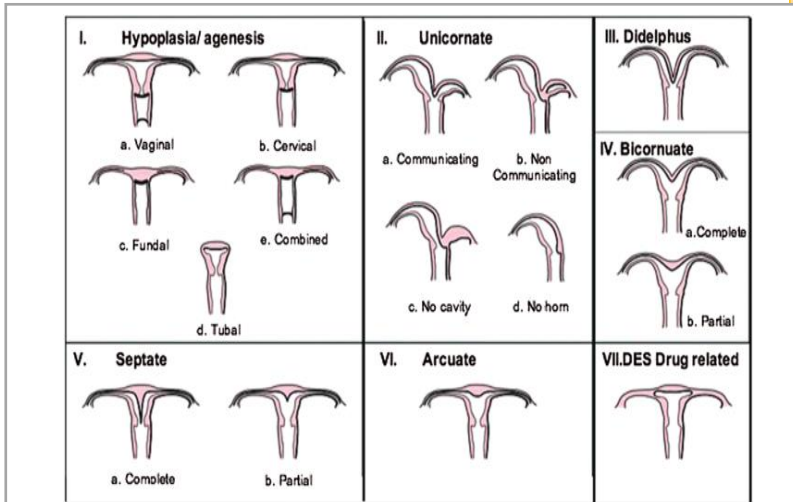


Figure 3. The classification system of Müllerian duct anomalies used by the American Fertility Society. (Reprinted from Chandler TM, Machan LS, Cooperberg PL, Harris AC, Chang SD. Müllerian duct anomalies: from diagnosis to intervention. Br J Radiol 2009;82:1034-42.)

- **Ưu điểm:** đơn giản, dễ nhận biết và cho thấy tương quan kết cục sảy thai, sinh non, vô sinh ...
  - **Nhược điểm:** tập trung chủ yếu DTBS TC, không nêu bất thường AD - CTC, thiếu tiêu chuẩn chẩn đoán rõ ràng, không khả năng phân loại các DTBS phức tạp
- **Kết quả:** các DTBS SD nữ
- không được chẩn đoán sớm
  - không được điều trị ngoại khoa đúng
  - tồn tại đau, ứ máu, nhiễm trùng...
  - sau cùng mất chức năng sinh sản

## Phân loại của Hiệp hội Y học sinh sản Hoa kỳ ASRM (1988)

- Gồm 7 nhóm cơ bản dựa trên sự phát triển ống Mullerian và liên quan của nó với khả năng sinh sản

- Phát hiện bổ sung đề cập đến AD, CTC, VT, BT & hệ thống tiết niệu phải được giải quyết riêng

Classification of müllerian duct anomalies based on the American Society for Reproductive Medicine system

Classification	Description	Subcategories
I. Hypoplasia/agenesis	Early developmental failure of the müllerian ducts	Vaginal (I-A) Cervical (I-B) Fundal (I-C) Tubal (I-D) Combined (I-E)
II. Unicornuate uterus	Arrested development of one of the 2 müllerian ducts	Rudimentary horn with: Communicating uterine cavity (II-A) <sup>a</sup> Noncommunicating uterine cavity (II-B) No uterine cavity (II-C) No rudimentary horn (II-D)
III. Uterus didelphys	Complete failure of müllerian duct fusion	—
IV. Bicornuate uterus	Incomplete or partial fusion of the müllerian ducts	Complete (IV-A) <sup>b</sup> Partial (IV-B)
V. Septate uterus	Complete or partial failure of resorption of the uterovaginal septum	Complete (V-A) Partial (V-B)
VI. Arcuate uterus	Near complete resorption of the uterovaginal septum	—
VII. DES uterus	Related to the use of DES during the late 1940s to 1971	—

# Phân loại VCUAM (2005)

**VCUAM** : **V**agina, **C**ervix, **U**terus,  
**A**dnexa, associated **M**alformations

- Sử dụng theo nguyên tắc TMN nhằm mô tả DTBS một cách cá thể hóa và chính xác nhất có thể
- Cho phép đánh giá DTBS đường SD chi tiết hơn so với các phân loại trước đó, **nhưng chi tiết quá sâu và khó nhớ**

<b>Vagina (V)</b>	0	Normal
	1a	Partial hymenal atresia
	1b	Complete hymenal atresia
	2a	Incomplete septate vagina <50%
	2b	Complete septate vagina
	3	Stenosis of the introitus
	4	Hypoplasia
	5a	Unilateral atresia
	5b	Complete atresia
	S1	Sinus urogenitalis (deep confluence)
	S2	Sinus urogenitalis (middle confluence)
	S3	Sinus urogenitalis (high confluence)
	C	Cloacae
+	Other	
#	Unknown	
<b>Cervix (C)</b>	0	Normal
	1	Duplex cervix
	2a	Unilateral atresia/aplasia
	2b	Bilateral atresia/aplasia
	+	Other
	#	Unknown
<b>Uterus (U)</b>	0	Normal
	1a	Arcuate
	1b	Septate <50% of the uterine cavity
	1c	Septate >50% of the uterine cavity
	2	Bicornate
	3	Hypoplastic uterus
	4a	Unilaterally rudimentary or aplastic
	4b	Bilaterally rudimentary or aplastic
	+	Other
#	Unknown	
<b>Adnexa (A)</b>	0	Normal
	1a	Unilateral tubal malformation, ovaries normal
	1b	Bilateral tubal malformation, ovaries normal
	2a	Unilateral hypoplasia/gonadal streak (including tubal malformation if appropriate)
	2b	Bilateral hypoplasia/gonadal streak (including tubal malformation if appropriate)
	3a	Unilateral aplasia
	3b	Bilateral aplasia
	+	Other
	#	Unknown
<b>associated Malformation (M)</b>	0	None
	R	Renal system
	S	Skeleton
	C	Cardiac
	N	Neurologic
	+	Other
	#	Unknown

# Phân loại ACIEN (2011)

2004 Acien: sử dụng phân loại phôi học - lâm sàng, và cập nhật lại 2011

Phân loại có kết hợp phôi học - cơ chế bệnh sinh DTBS, liệt kê dấu hiệu LS → giúp nhà LS định hướng chẩn đoán

Khá phức tạp, đa dạng các DTBS, nhưng khó ghi nhớ, nên khó áp dụng










Aetiopathogenic anomaly	Anatomical findings	Pathology name	Clinical symptoms
1. Unilateral genito-urinary agenesis or hypoplasia 1.1 With contralateral müllerian agenesis		Rokitansky syndrome with URA	Primary amenorrhoea
1.2 Without contralateral agenesis		Unicornuate uterus with contralateral RA	No symptoms. Reproductive Breech present
2. Uterine duplicity with a blind hemivagina (or atresia) and ipsilateral RA, showing			
2.1 Large hematocolpos, blind hemivagina		Didelphys or bicornuate uterus with blind hemivagina and ipsilateral RA	Pain, intra and postmenstrual dysmenorrhoea Pelvic tumour Postmenstrual spotting
2.2 Like Gartner's pseudocyst		Bicornuate communicating uterus, atretic blind hemivagina and ipsilateral RA, Herlyn-Werner syndrome	Pain? Cyst in anterolateral wall of vagina. Postmenstrual spotting or vaginal discharge.
2.3 Partial reabsorption of the vaginal septum		Didelphys or bicornis-bicollis uterus with a short septum or buttonhole, and URA	No symptoms. Dyspareunia. Reproductive. Breech presentation. Obstetrical complications
2.4 Complete unilateral vaginal or cervico-vaginal atresia with communicating uteri		Bicornis-unicollis uterus with an anomalous horn and ipsilateral RA	No symptoms Reproductive Breech presentation Obstetrical complications
2.5 Idem, without communicating uteri		Unicornuate uterus with contralateral unattached but cavitated rudimentary horn URA	Pain, increasing dysmenorrhoea after surgery? Symptoms as endometriosis
3. Isolated or common uterine or utero-vaginal anomalies, affecting			
A. Paramesonephric or müllerian ducts			
A.1. Agenesis or hypoplasia		Müllerian agenesis	Primary amenorrhoea Endometriosis and criptomeneorrhoea if cavitated horn
A.2. Unicornuate uterus with atretic cavitated or non-cavitated rudimentary horn, or segmentary atresia, or 'unilateral Rokitansky syndrome'		Unicornuate uterus; or bicornuate with cavitated noncommunicated uterine horn or segmentary atresia	Reproductive. Breech presentation Intra or postmenstrual dysmenorrhoeal. Endometriosis?

Fig. 1.3 Acien classification system. Acien et al. History of Female Genital Tract Hum Reprod 2011. pp 701–703

# Phân loại của ESHRE-ESGE 2012

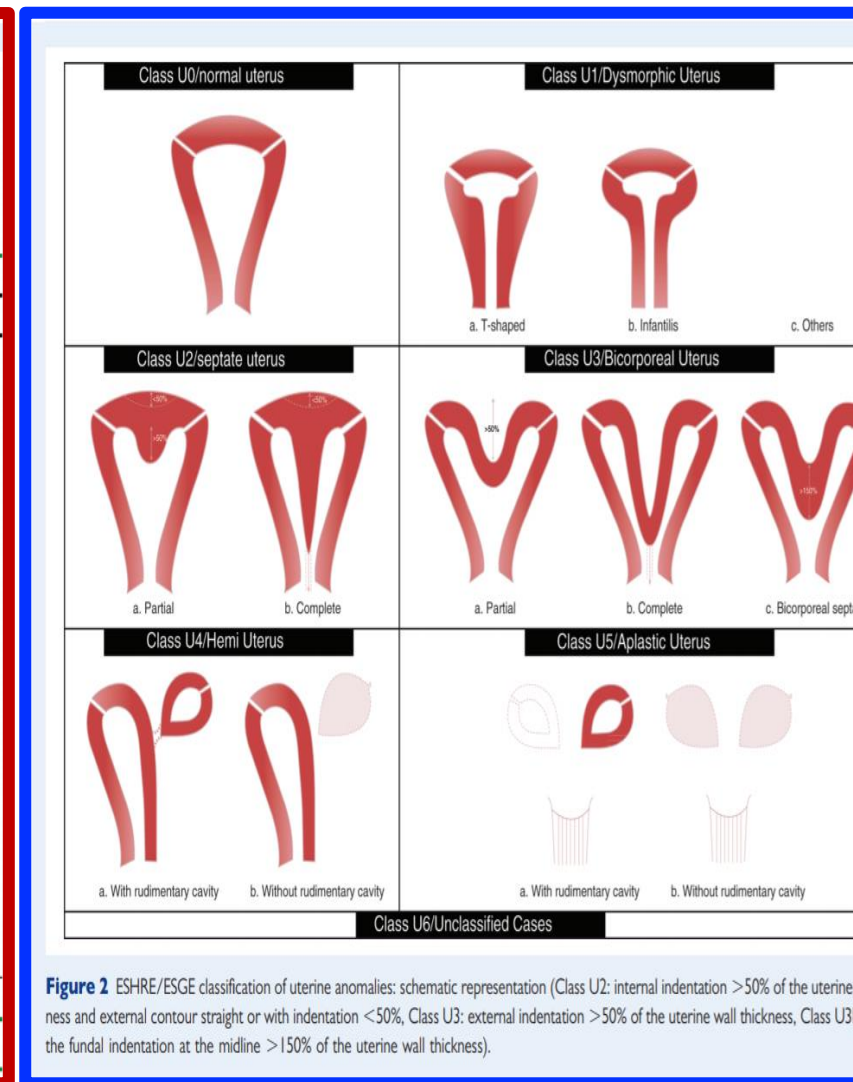
European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)

European Society for Gynecological Endoscopy (ESGE)

Phân loại đơn giản, dễ tiếp cận hơn

Nhưng nhiều DTBS không đơn thuần xuất phát từ TC, CTC, AD → thiếu liên kết trong diễn giải LS và điều trị

Uterine anomaly		Cervical/vaginal anomaly	
Main class	Sub-class	Co-existent class	
U0	Normal uterus	C0	Normal cervix
U1	Dysmorphic uterus a. T-shaped b. Infantilis c. Others	C1	Septate cervix
U2	Septate uterus a. Partial b. Complete	C2	Double 'normal' cervix
U3	Bicorporeal uterus a. Partial b. Complete c. Bicorporeal septate	C3	Unilateral cervical aplasia
U4	Hemi-uterus a. With rudimentary cavity (communicating or not horn) b. Without rudimentary cavity (horn without cavity/no horn)	C4	Cervical aplasia
U5	Aplastic a. With rudimentary cavity (bi- or unilateral horn) b. Without rudimentary cavity (bi- or unilateral uterine remnants/aplasia)	V0	Normal vagina
		V1	Longitudinal non-obstructing vaginal septum
		V2	Longitudinal obstructing vaginal septum
		V3	Transverse vaginal septum and/or imperforate hymen
		V4	Vaginal aplasia
U6	Unclassified malformations		
U		C	V



# Phân loại của ASRM (2021)

## 9 nhóm DTBS khác nhau

Mullerian agenesis **Bất sản ống Muller**

Cervical agenesis **Bất sản CTC**

Unicornuate uterus **TC 1 sừng**

Uterus didelphys **TC đôi**

Bicornuate uterus **TC 2 sừng**

Septate uterus **TC có vách ngăn**


Longitudinal vaginal septum **VN dọc AD**



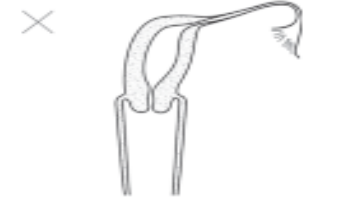


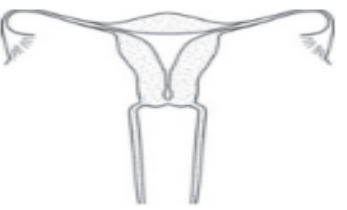
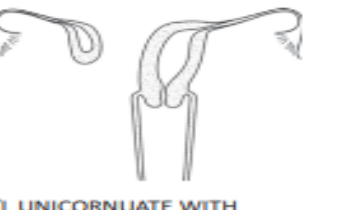





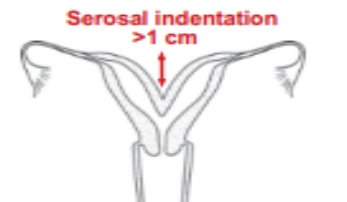

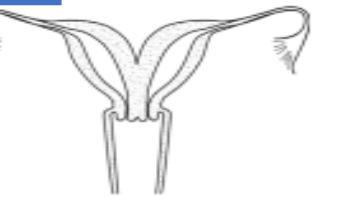
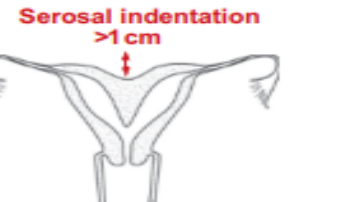
Transverse vaginal septum **VN ngang AD**

Complex anomalies **DTBS phức tạp**

**ASRM MÜLLERIAN ANOMALIES CLASSIFICATION 2021**

Scan QR code to view the ASRM MAC 2021 tool (page 1 of 2)  
©2021 American Society for Reproductive Medicine



Bất sản ống Muller		Bất sản CTC		TC 1 sừng	
					
MÜLLERIAN AGENESIS	CERVICAL AGENESIS	R/L UNICORNUATE UTERUS	R/L UNICORNUATE WITH R/L DISTAL ATROPHIC UTERINE REMNANT		
					
MÜLLERIAN AGENESIS WITH R/L ATROPHIC UTERINE REMNANT WITH FUNCTIONAL ENDOMETRIUM	DISTAL CERVICAL AGENESIS	R/L UNICORNUATE WITH R/L DISTAL UTERINE REMNANT WITH FUNCTIONAL ENDOMETRIUM	R/L UNICORNUATE WITH R/L ASSOCIATED ATROPHIC UTERINE REMNANT		
<b>TC đôi</b>					
					
UTERUS DIDEPHYS AND LONGITUDINAL SEPTUM	UTERUS DIDEPHYS AND +/- LONGITUDINAL VAGINAL SEPTUM OF VARIABLE LENGTH	UTERUS DIDEPHYS AND OBSTRUCTED R/L HEMIVAGINA	R/L UNICORNUATE WITH R/L UTERINE HORN COMMUNICATING AT LEVEL OF CERVIX		
<b>TC 2 sừng</b>					
					
BICORNUATE UTERUS	BICORNUATE UTERUS WITH R/L COMMUNICATING TRACT	UTERUS BICORNUATE BICOLLIS	COMBINED BICORNUATE SEPTATE UTERUS		

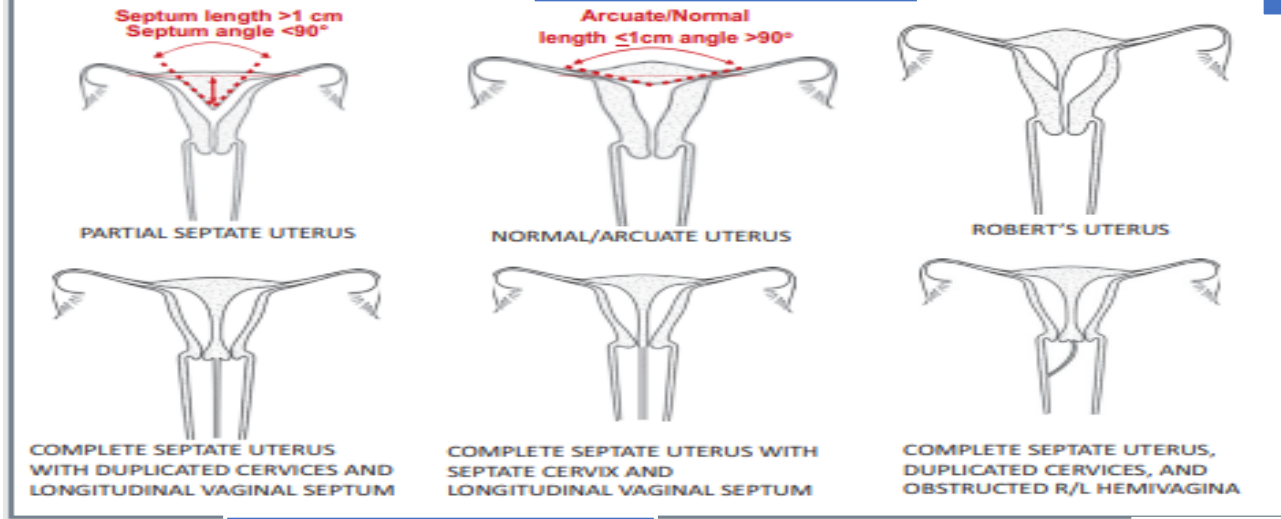


# Phân loại của ASRM (2021)

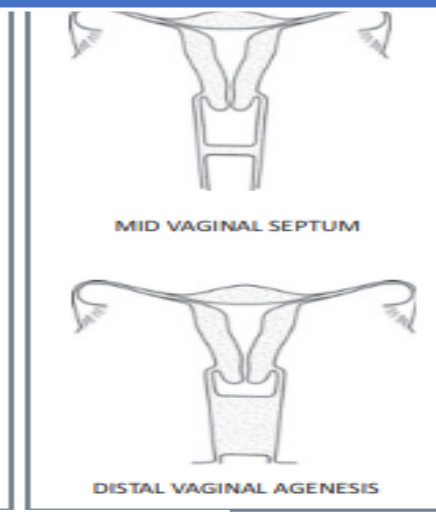
## 9 nhóm DTBS khác nhau

Mullerian agenesis	<b>Bất sản ống Muller</b>
Cervical agenesis	<b>Bất sản CTC</b>
Unicornuate uterus	<b>TC 1 sừng</b>
Uterus didelphys	<b>TC đôi</b>
Bicornuate uterus	<b>TC 2 sừng</b>
Septate uterus	<b>TC có vách ngăn</b>
Longitudinal vaginal septum	<b>VN dọc AD</b>
Transverse vaginal septum	<b>VN ngang AD</b>
Complex anomalies	<b>DTBS phức tạp</b>

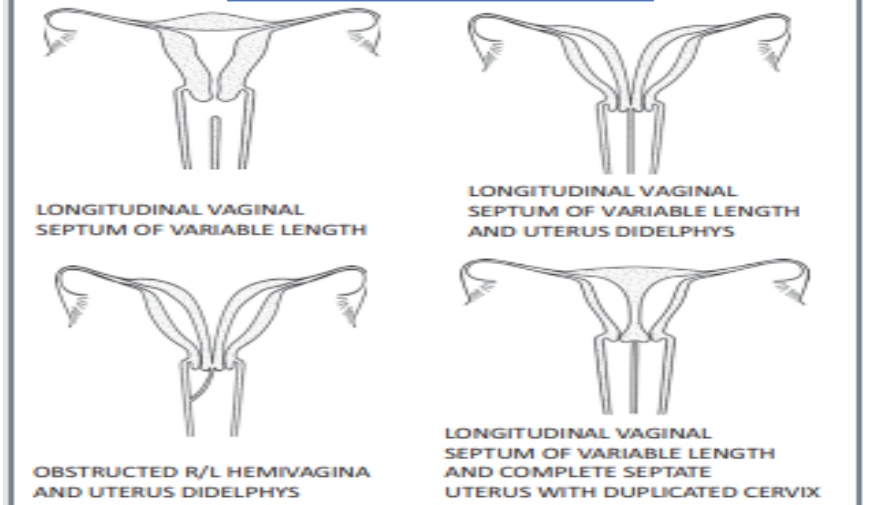
### TC có vách ngăn



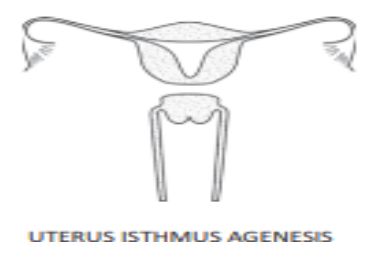
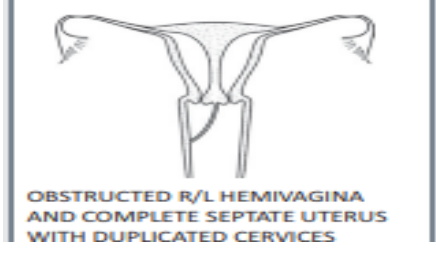
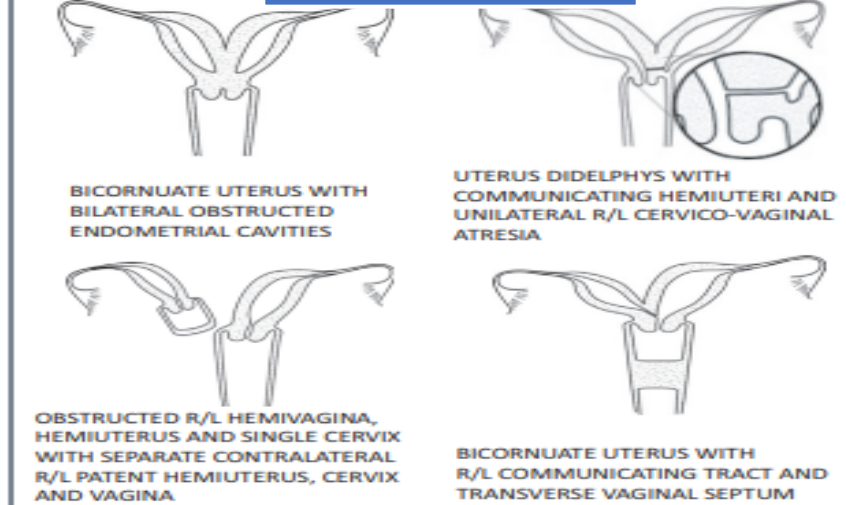
### Vách ngăn ngang AD



### Vách ngăn dọc AD



### DTBS phức tạp



Scan QR code to view the ASRM MAC 2021 tool (page 2 of 2)  
©2021 American Society for Reproductive Medicine

**TÓM TẮT DTBS  
SD LIEN QUAN  
ỔNG MULLER**

**Bất thường hình dạng TC-CTC**

**Có**

**Bất sản hoàn toàn TC**

**Có 2 BT**

**MRKH type 1,2**

**Không có 2 BT**

**Female XY**

**Thấy được 1 phần TC**

**TC 1 sừng**

**Sừng chột?**

**Không**

**Đáy thanh mạc TC phẳng**

**Bờ nội mạc lổm > 1cm**

**TC có vách ngăn**

**Bờ nội mạc lổm < 1 cm**

**TC hình cung /bình thường**

**Đáy thanh mạc TC lổm >1 cm**

**2 buồng nội mạc hợp lại**

**TC 2 sừng**

**2 buồng nội mạc không hợp lại**

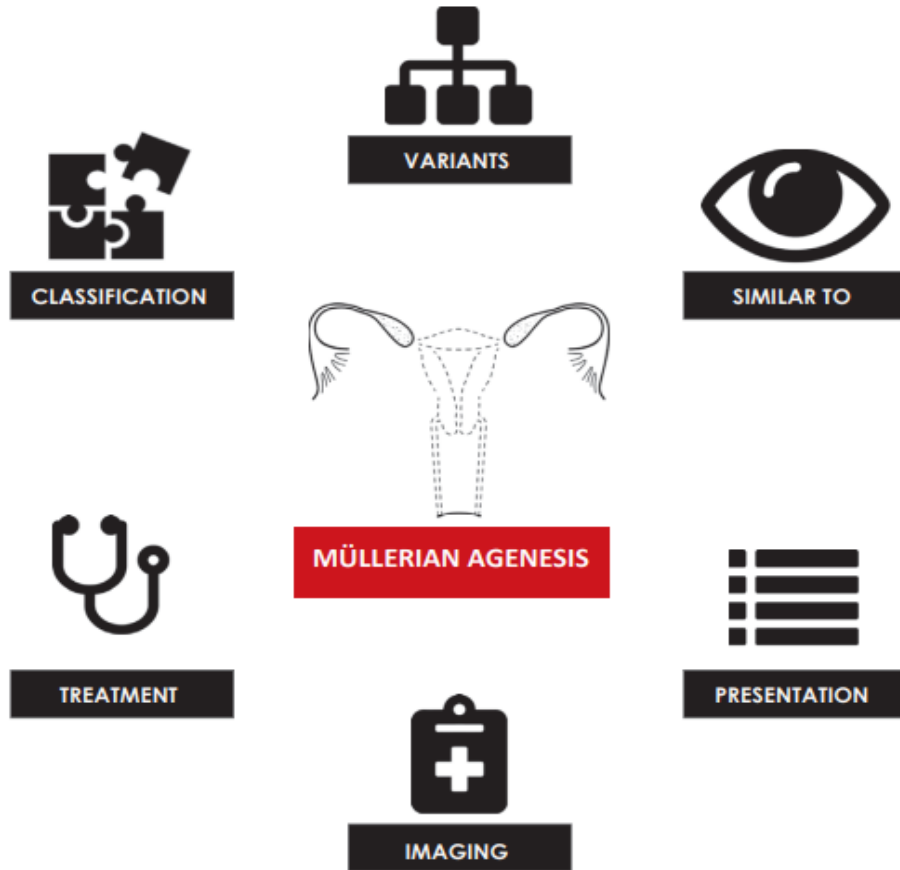
**Tử cung đôi**

**Ứ máu tắc nghẽn AD 1 bên?  
Bất sản thận cùng bên**

**Hội chứng HWW**

# Công cụ phân loại DTBS SD nữ website ASRM

## - CLASSIFICATION TABLE



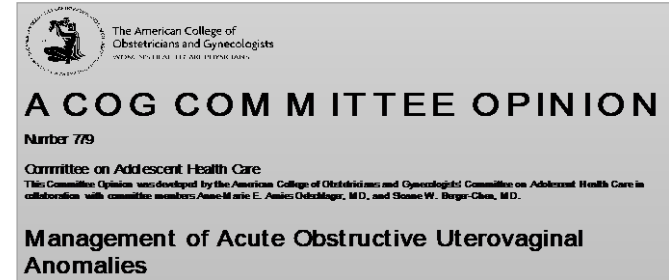
Müllerian agenesis is a congenital disorder of the female genital system that manifests itself in the absence of a uterus and cervix and variable degrees of hypoplasia of the upper vagina. Variations of this condition, in which underdeveloped unilateral or bilateral uterine remnants may be present.

# Tự vấn cho người bệnh và gia đình



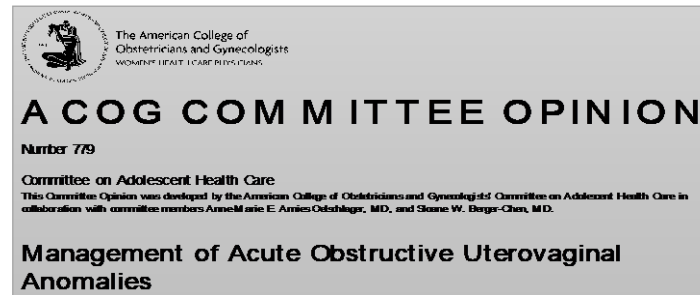
- NB và thân nhân cần được trang bị kiến thức DTBS SD nữ, được thông tin về kết cục lâu dài tốt nhất sau khi chẩn đoán chính xác loại DTBS
- Thời điểm phẫu thuật tối ưu, giải quyết tắc nghẽn bằng kỹ thuật nào
- Ổn định tâm lý, và học cách tự nong AD sau mổ
- Với DTBS hẹp dính AD đoạn xa hoặc vách ngăn ngang AD → tự nong để làm mỏng vách ngăn (nối đoạn gần và xa AD) dần dần trước mổ → giúp làm giảm khó khăn trong kỹ thuật nối đoạn gần và xa của AD lại
- Khuyến khích tự nong AD lâu dài để ngăn ngừa dính và tránh mổ lại
- .....

# Nguyên tắc chung điều trị



- DTBS tắc nghẽn AD - TC **không là cấp cứu**
- Nên được TD và quản lý bởi BS phụ khoa có đào tạo về PT DTBS SD nữ , do sự phức tạp của các bất thường này
- **Nên được can thiệp bởi PTV kinh nghiệm vì nguy cơ cao** của hẹp và biến chứng khi cắt vách ngăn ngang (transverse vaginal septum), hoặc trong hẹp dính đoạn xa AD (distal vaginal atresia), hẹp dính CTC (cervical atresia) ....
- **Trì hoãn PT** giúp dẫn mỏng vách ngăn ngang → giúp PT thuận lợi, giảm nguy tái phát hẹp dính sau PT

# Nguyên tắc chung điều trị



- Cá thể hoá **thời điểm phẫu thuật**
- **Không nên chỉ đơn thuần rạch dẫn lưu khối máu ứ**, trừ khi tạm thời bị chèn ép BQ gây tiêu khó, nhiễm trùng, đau nghiêm trọng
- **Nội tiết gây ngừng kinh** để giảm đau, trì hoãn PT, chuyển đến các TT chuyên khoa có PTV kinh nghiệm ( viên TTKH, chỉ có progestin, GnRH...)
- **BN tuổi vị thành niên, chưa trưởng thành, hoặc không thể tự nong AD** sau PT → xem xét ngừng kinh, trì hoãn PT đến khi có thể tự nong AD được, tâm lý ổn định và chủ động chia sẻ quyết định điều trị

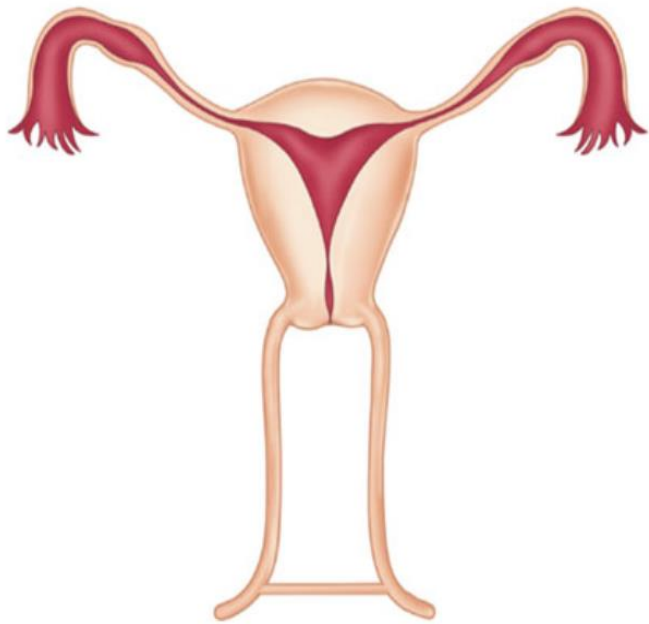
# Một số lựa chọn nội tiết gây ngừng kinh

Table 1. Options for Menstrual Suppression

Method	Regimen
Combination oral contraceptive pills*	20–30 micrograms ethinyl estradiol/progestin pill continuously (no placebo pills)
Progestin-only pills (norethindrone)	0.35 mg progestin-only pill 28-day pack 5–15 mg norethindrone orally daily
Depot medroxyprogesterone acetate	150 mg intramuscularly every 12 weeks
Gonadotropin-releasing hormone agonist-antagonist injections with add-back therapy	Depot leuprolide acetate, 11.25 mg intramuscularly, every 3 months or 3.75 mg every month with or without 5 mg norethindrone acetate daily as add-back therapy

\*Altshuler AL, Hillard PJ. Menstrual suppression for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2014;26:323–31.

# Một số DTBS đường sinh dục nữ hay gặp



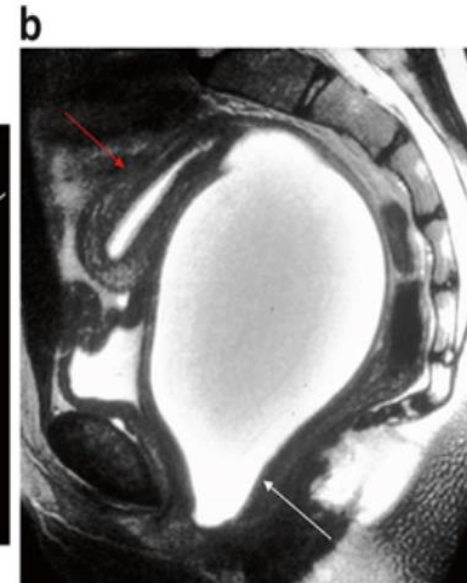
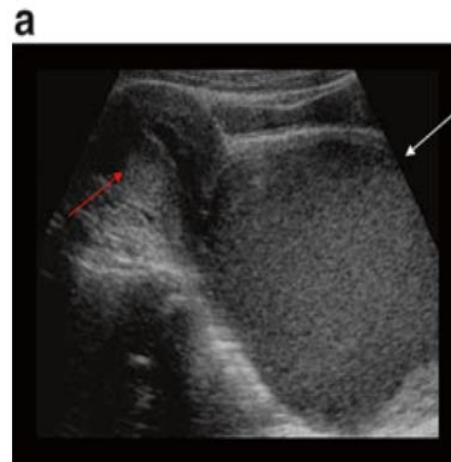
1. Màng trinh không thủng
2. Vách ngăn âm đạo ngang
3. Vách ngăn dọc của tử cung – âm đạo
4. Tử cung một sừng kèm tử cung chột
5. Hội chứng MRKH
6. Các bất thường phối hợp phức tạp khác



# Màng trinh không thủng

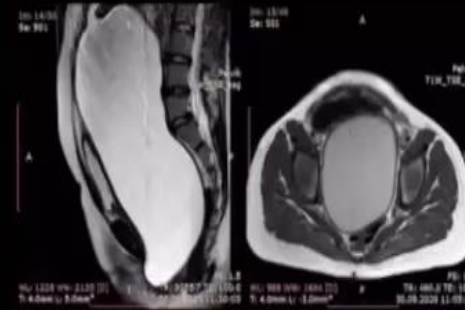
- Tần suất 1/2000
- Nguyên nhân: **thất bại giai đoạn đục thủng ống của chồi AD sau khi ống Muller sát nhập xoang niệu dục**
- Tuổi dậy thì: cơ quan SD thứ phát bình thường
- Vô kinh nguyên phát, đau bụng có chu kỳ, triệu chứng tiết niệu, tiêu hóa
- Biến chứng: lạc NMTC vùng chậu, ứ nước thận, táo bón, tắc mạch bạch huyết, ảnh hưởng tâm lý...
- Chẩn đoán: khám lâm sàng, siêu âm 2D
- Xử trí: rạch dẫn lưu máu kinh
- Tiên lượng tốt

# Màng trinh không thủng



# Màng trinh không thủng

**Imperforate hymen**



# Vách ngăn tử cung – Âm đạo

- Nguyên nhân: **thất bại giai đoạn xóa vách ngăn sau khi 2 ống Mullerian hòa nhập** → hình thành vách ngăn hoàn toàn hoặc không hoàn toàn bên trong TC
- Phân loại: vách ngăn hoàn toàn - vách ngăn 1 phần
- Kết cục xấu cho thai kỳ: sảy thai liên tiếp, sinh non, hiếm muộn....
- Chẩn đoán: Siêu âm 3D, MRI
- Điều trị: PTNS buồng tử cung cắt vách ngăn

# Vách ngăn dọc âm đạo

## Classification of Longitudinal Vaginal Septum

Loại



Partial

Complete

Vị trí



Symmetric

Asymmetric (Right)

Asymmetric (Left)

Cổ tử cung



Merged

Isolated

Mở vào âm đạo

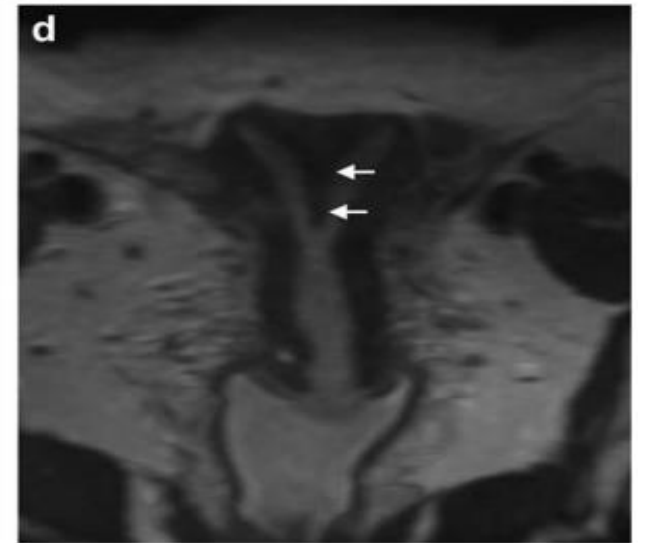
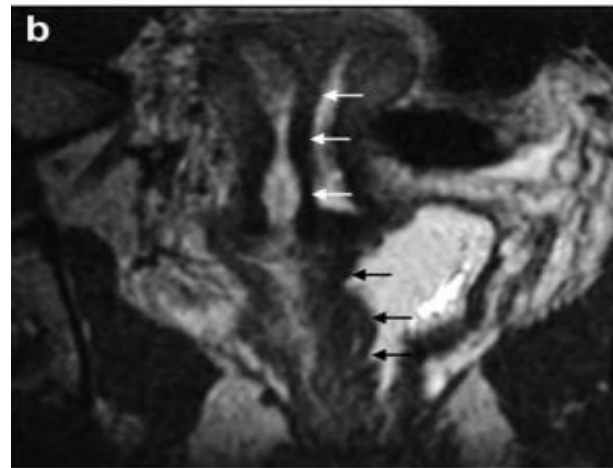
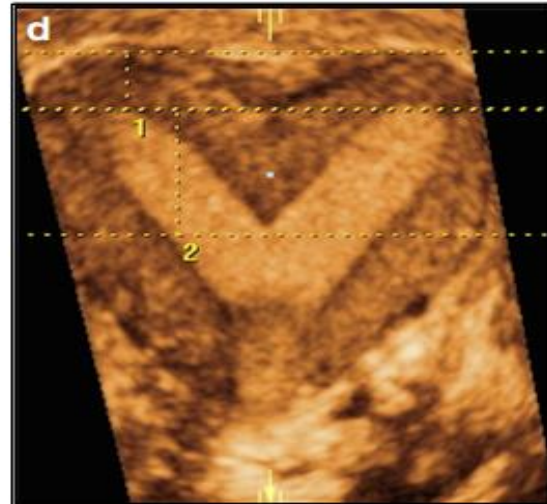
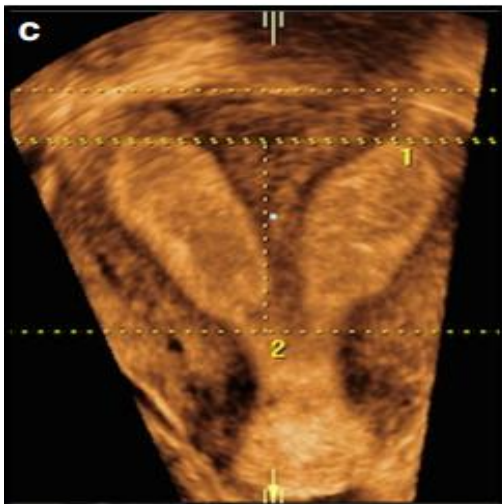
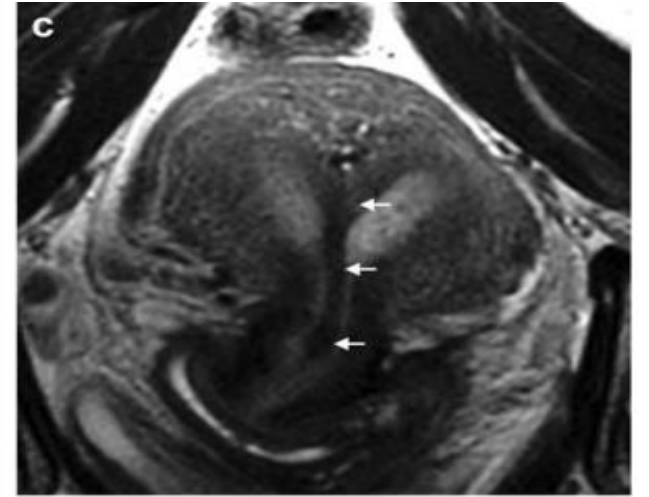
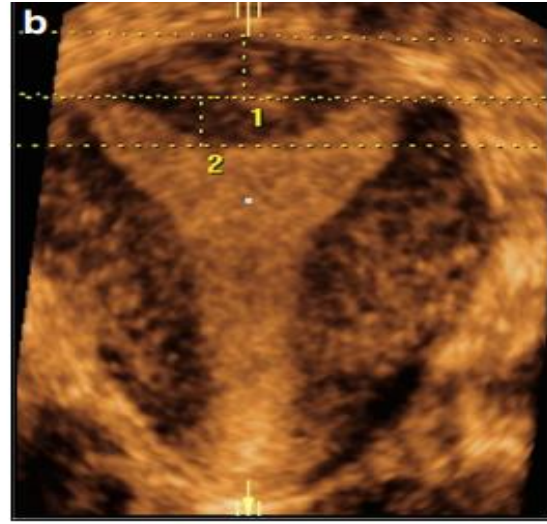
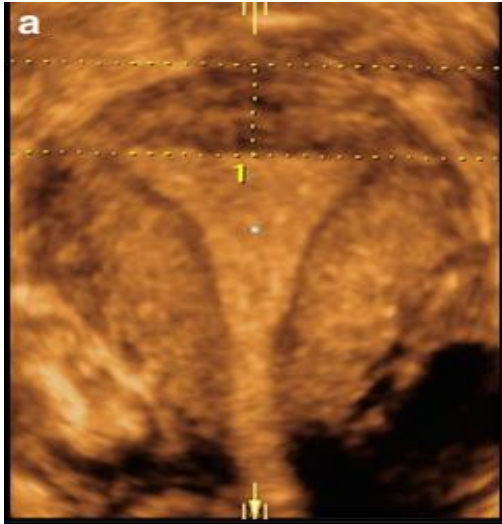


Normal

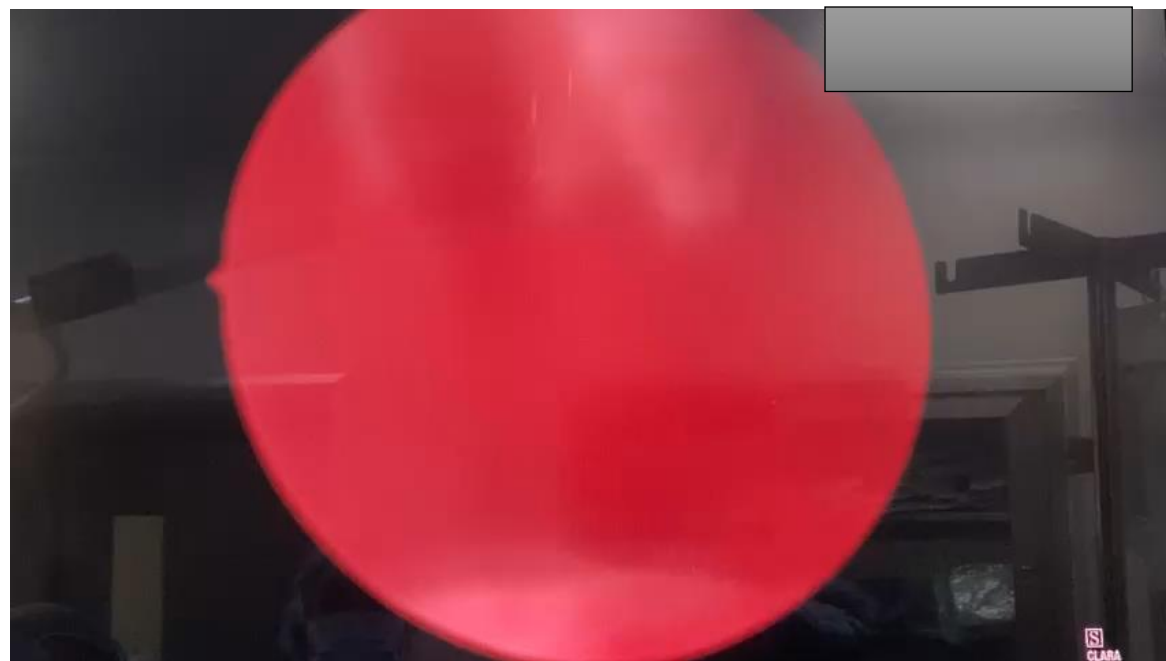
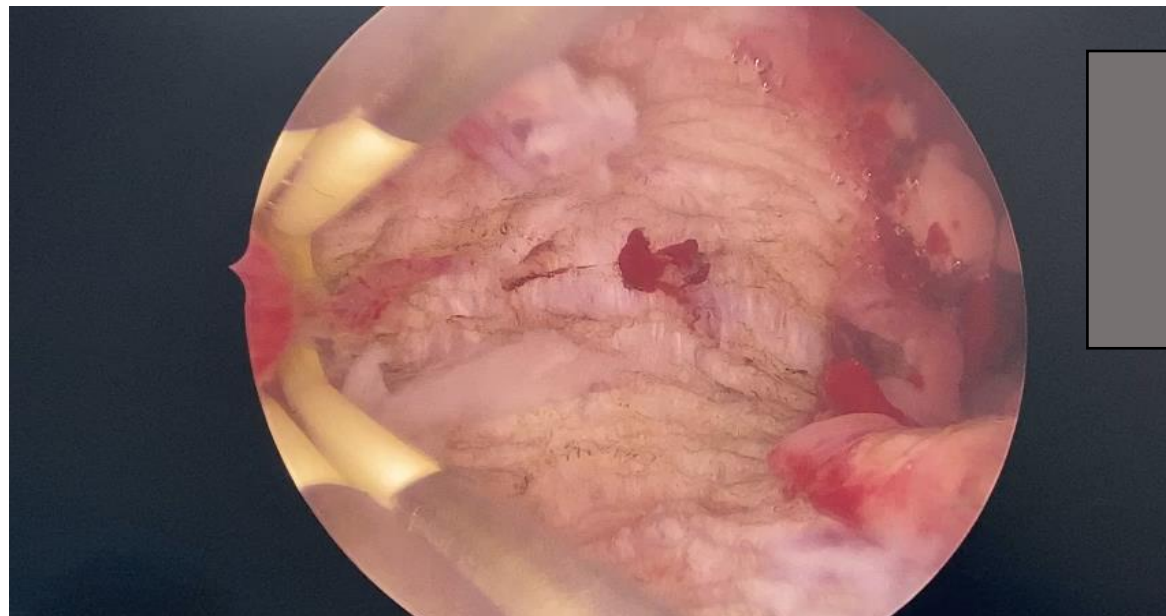
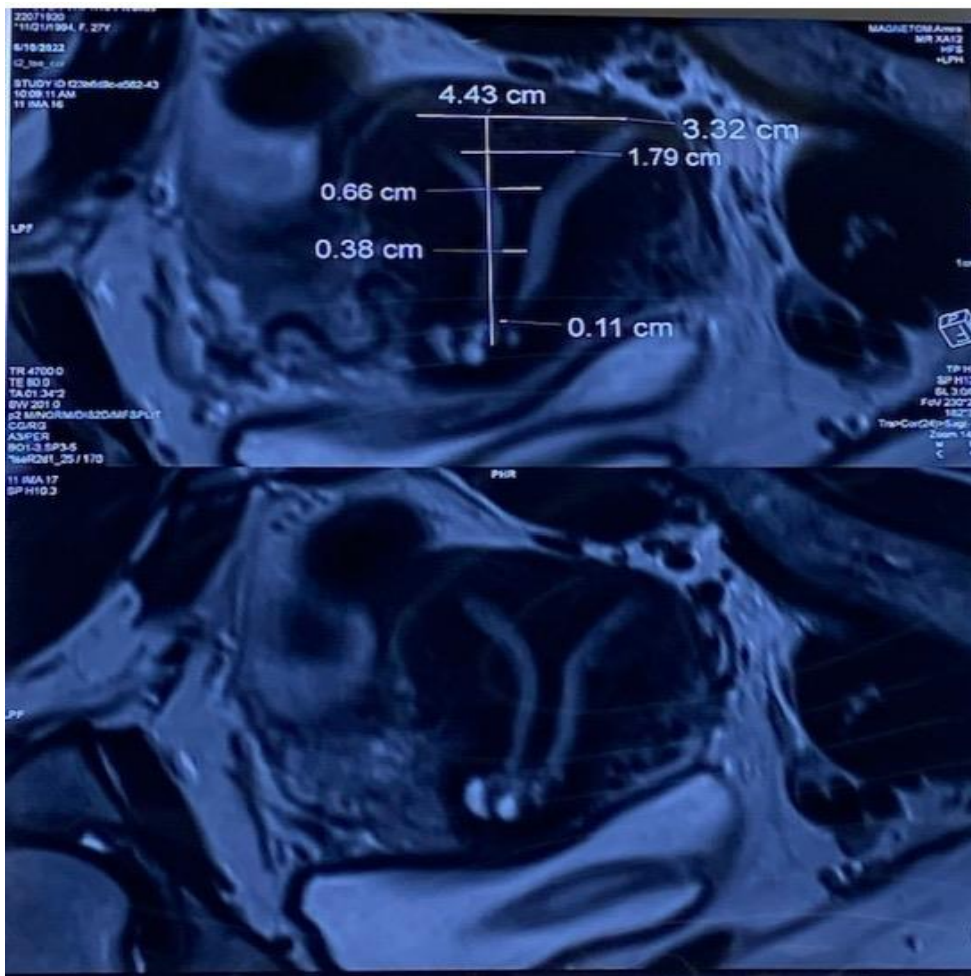
Stenosis

Hymen persistent

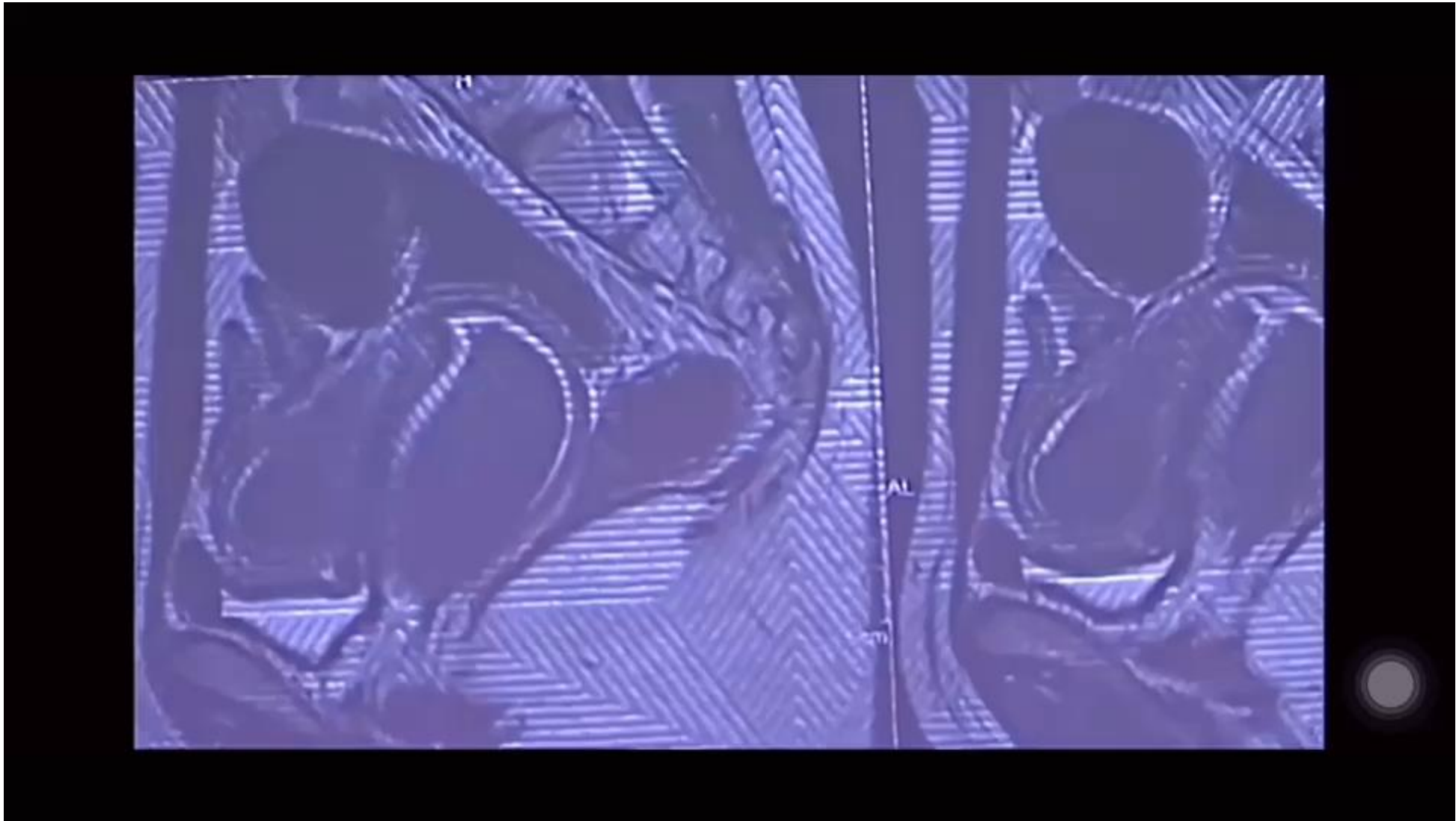
# Vách ngăn dọc âm đạo



# Vách ngăn dọc buồng TC & NS buồng TC cắt vách ngăn



**Vách ngăn ngang AD gây ứ máu AD &  
NS ổ bụng phối hợp ngả AD cắt vách - ngăn thông nối AD**

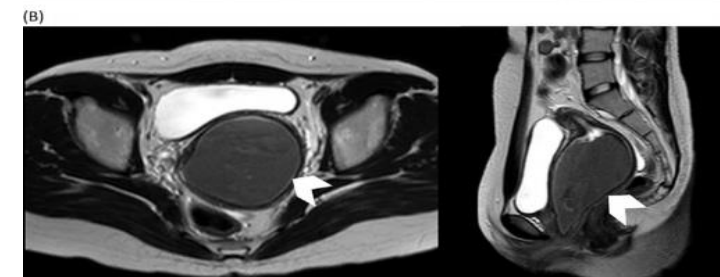
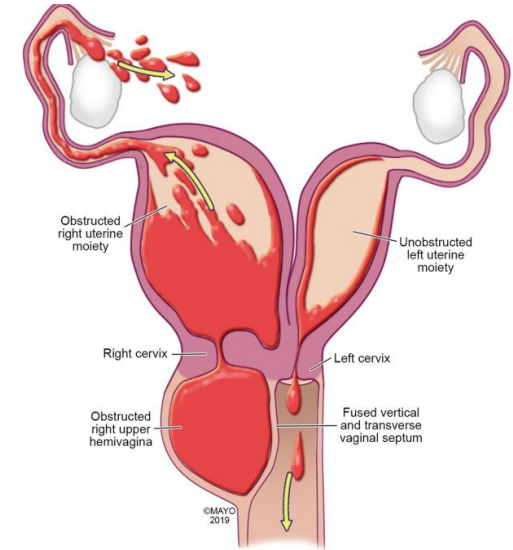
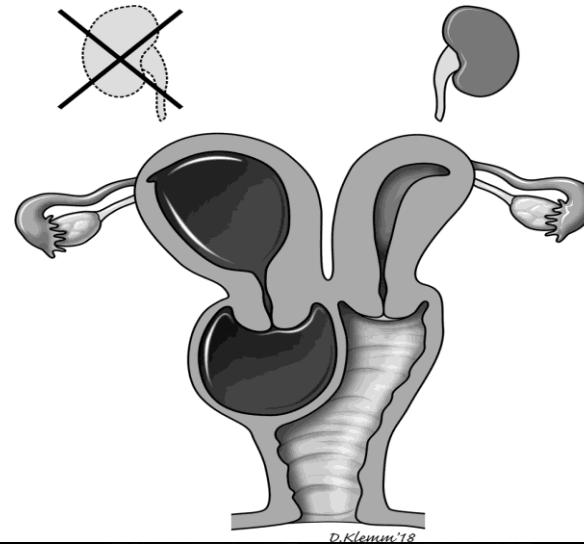




# Bất thường phức tạp khác

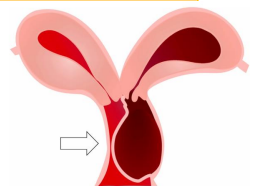
Obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis (**OHVIRA**): tắc nghẽn một bên AD kèm bất sản thận cùng bên, đi kèm:

- TC đôi (60%) → HC **HWW**
- Có vách ngăn hoàn toàn
- TC 2 sừng, 1 sừng



# TÓM TẮT

- DTBS ống Mullerian là do sự phát triển bất thường trong thời kỳ bào thai → DTBS gây ảnh hưởng nghiêm trọng chất lượng sống và tương lai sản khoa người PN
- Khám LS cùng vai trò quan trọng của chẩn đoán hình ảnh → đánh giá, phân loại chính xác DTBS → xử trí hiệu quả
- Thời điểm can thiệp ngoại khoa cần được cá thể hoá
- Nong AD lâu dài để ngăn ngừa dính hẹp tái phát cần được thực hiện và nên do chính cá nhân NB thực hiện
- Phân loại DTBS SD nữ theo ASRM 2021 → hỗ trợ nhà LS SPK chẩn đoán và lên KH xử trí tối ưu



**Cám ơn  
đã lắng nghe**

