

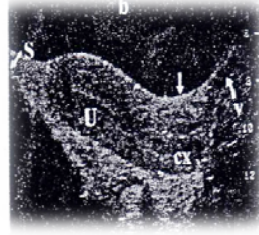
# SIÊU ÂM ÂM ĐẠO

## CỔ TỬ CUNG - TỬ CUNG

*Bs. Hà Tố Nguyên*  
*Khoa CĐHA - Bv Từ Dũ*



GPH vùng chấu



Tử cung

Mạch máu vòng cung



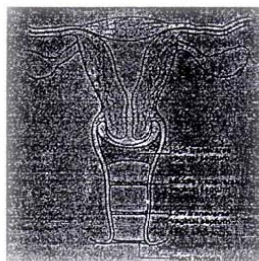
Siêu âm âm đạo

- Âm đạo bình thường có thể khám trực tiếp bằng mỏ vịt.
- Trong một số trường hợp không thể khám mỏ vịt được như trẻ gái chưa quan hệ tình dục, dị tật màng trinh, màng ngăn âm đạo...
- Bình thường, âm đạo được nhìn rõ trên SA ngã bụng nhưng trong một số trường hợp khó, SA ngã âm đạo sẽ giúp chẩn đoán tốt hơn.

**Phôi thai học của âm đạo**

- Cơ quan sinh dục nữ phát triển từ cặp ống Mullerian: phần gần tạo thành vòi trứng, phần xa hòa nhập lại và tạo thành TC, cổ TC và AD.
- Khi sự phát triển bị dừng lại hoặc sự hòa nhập không thành công => các bất thường ở ống sinh dục và hay kèm theo bất thường ở đường niệu.
- Xảy ra ở ngày thứ 55 đến 68 của đời sống bào thai.

Dị dạng âm đạo



## **Vertical Fusion Defects - Màng ngăn ngang âm đạo(transverse vaginal septum)**

- Có thể xảy ra ở bất cứ điểm nào trên âm đạo, tạo thành màng ngăn ngang âm đạo.  
⇒ gây ứ máu kinh ở âm đạo (Hematocolpos) hay âm đạo và tử cung (hematometocolpos) và đau bụng khi hành kinh.
- Trên siêu âm, âm đạo căng to ứ dịch có thể làm che lấp tử cung. Phải nghĩ đến chẩn đoán vì rất dễ nhầm với u nang buồng trứng.

## **Màng trinh không thủng (Imperforate Hymen )**

- Màng trinh: màng niêm mạc mỏng nằm ở lỗ ngoài âm đạo.
- Bệnh nhân là trẻ gái tuổi dậy thì không có kinh, đau vùng chậu, đau lưng, bụng chướng, khối u sờ được ở vùng chậu và tắc nghẽn đường niệu.
- Các dấu hiệu trên siêu âm: khối echo trống hay echo kém hình oval hay quả lê ở sau bàng quang, tử cung bị đẩy ra trước.

## **Lateral Fusion Defects - Tắc nghẽn bán phần AD(Obstructed hemivagina)**

- Bệnh nhân thường không có triệu chứng vì kinh nguyệt vẫn bình thường ở bên không tắc nghẽn.
- Do đó khiếm khuyết này chỉ được chẩn đoán khi cắt TS M để sanh ngã âm đạo.
- Trong đa số các trường hợp, ống âm đạo một bên thường lớn hơn bên kia do đó bệnh nhân vẫn có thể sinh hoạt tình dục được.

## **Teo âm đạo ( Vaginal Atresia)**

- Bệnh nhân thường đến bệnh viện vì vô kinh nguyên phát có hoặc không có biến chứng kèm theo.
- Hội chứng Mayer – Rokitansky gồm teo âm đạo, tử cung dạng hai sừng, vòi trứng, buồng trứng và dây chằng bình thường.
- Siêu âm giúp xác định vị trí tắc nghẽn và mức độ bất thường ở tử cung âm đạo

## **Bệnh lý lành tính ở âm đạo**

- Gartner 's duct cyst: một hoặc nhiều nang nằm dọc theo thành trước bên âm đạo. Kích thước thay đổi từ 1,5cm -19cm.
- Bướu đặc: u cơ trơn là tổn thương hay gặp nhất và tần suất cao nhất ở lứa tuổi 40. Polyp ở âm đạo rất hiếm gặp và được phát hiện dễ hơn bằng khám mỏ vịt.

## **Bệnh lý ác tính**

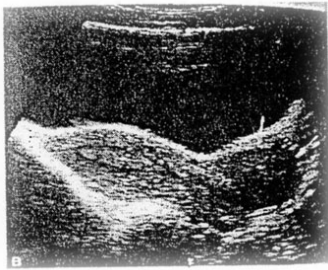
- Ung thư âm đạo: siêu âm ít được dùng để chẩn đoán, siêu âm chỉ giúp đánh giá giai đoạn. Trên siêu âm cho hình ảnh một khối echo kém nằm trong âm đạo hay một khối xâm lấn ra xung quanh hoặc thành âm đạo dày hơn.
- Rhabdomyosarcoma: có thể xuất phát từ tử cung hay âm đạo, thường ở bé 6 -18 tháng tuổi có xuất huyết âm đạo hay một khối dạng Polyp nhô ra ở âm đạo. Trên siêu âm là một khối echo dày đồng nhất chiếm hết lòng âm đạo.

## SIÊU ÂM CỔ TỬ CUNG - Giải phẫu học

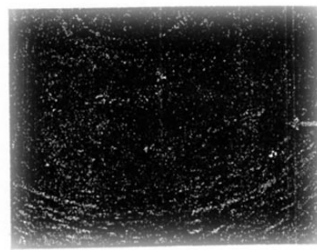
- Đánh giá cổ tử cung thường khó hơn đáy tử cung vì những hình ảnh giả do cổ tử cung tiếp xúc gần với đầu dò siêu âm.
- Khi khảo sát cổ tử cung, cần phải thấy lỗ trong lẫn lỗ ngoài trên một mặt cắt.
- Hình ảnh cổ tử cung không thay đổi cho đến giai đoạn gần rụng trứng.
- Ở giai đoạn đầu, thành trước và thành sau nằm sát nhau tạo thành một đường echo dày.
- Ở giai đoạn gần rụng trứng, kênh CTC giảm độ echo dày do sự tích tụ của lớp dịch nhầy ở kênh. Lớp dịch này có thể đạt đến 5mm ở thời điểm rụng trứng và biến mất ở ngày thứ hai sau rụng trứng.

### Các bệnh lành tính ở CTC

- Polyp CTC: thường dạng echo dày và nằm trong lòng kênh CTC, tuy nhiên một vài trường hợp echo kém và nằm trong thành cơ của CTC do đó rất khó nhìn thấy.
- U xơ ở CTC: hiếm gặp, chiếm 8% UXTC.
- Nang Naboth ở CTC: rất thường gặp nang Naboth được hình thành khi miệng ống tuyến CTC bị lớp biểu mô lát tầng sinh che lấp. kích thước có thể đạt đến 3cm.



Nhân xơ CTC



NABOTH CTC

### SA bệnh nhân với Pap'smear (+)

- SA nghi ngờ tăng sinh ở CTC khi lớp nhầy ở CTC dày, không đều.
- ĐN rất thấp: 30,8% và ĐĐH: 59% không phát hiện sớm nhưng giúp đánh giá giai đoạn và thái độ xử trí cho bệnh nhân.
- Degenhardt báo cáo 35 trường hợp siêu âm nghi ngờ và 21 trường hợp siêu âm bình thường.

KQMH:	CIN 1-3	K x.lần	(+) giả
35	24	6	5
21	10	1	10

## **Siêu âm bệnh nhân ung thư CTC**

- SA ngã âm đạo và ngã trực tràng giúp đánh giá vị trí, kích thước và mức độ lan rộng của các khối u ở vùng chậu.
- Khối tổn thương thường có dạng echo kém không đồng dạng echo dày, thường là ở giai đoạn sớm.
- Để đánh giá sự lan rộng ra chu cung trước mổ, CT và MRI thích hợp hơn vì có thể phát hiện các hạch chậu và hạch cạnh động mạch.
- Doppler: RI và PI thấp hơn bình thường nhưng thể tích đỉnh tâm thu thì không đổi

## **Ứ DỊCH LÒNG TC**



## **SA NỘI MẠC TỬ CUNG**

- NMTC thay đổi theo CKKN. Ở pha trước rụng trứng, mô đệm sẽ tăng sinh do tác động của Est. Sau khi rụng trứng, Progesterone sẽ ức chế sự tăng trưởng đồng thời kích thích quá trình chế tiết. Sự thay đổi này có thể nhận thấy trên SA.
- NMTC bị ảnh hưởng bởi thuốc như thuốc ngừa thai uống, HRT, Danazol và Tamoxifen.
- Không thể kết luận là NMTC bình thường nếu không biết tuổi, tình trạng kinh nguyệt và thuốc đang dùng.

## **NMTC BÌNH THƯỜNG**

- Pha hành kinh: 2-4mm
  - Pha tăng sinh: 4 -10mm
- (1/2 chu kỳ đầu) Echo kém
- Pha chế tiết: <16mm
- (1/2 chu kỳ sau) Echo dày

## **ĐÃ MÃN KINH**

- **KHÔNG DỪNG NỘI TIẾT:**

	<i>Không XH</i>	<i>Có XH</i>
+ <4mm	bình thường	Teo
+ 5-8mm	SA lại 6 tuần sau	TD/S. thiết
+ >8mm	S.thiết	S. thiết

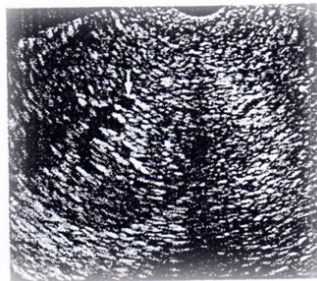
- **CÓ DỪNG NỘI TIẾT:**

+ < 8mm	bình thường	TD/S. thiết
+ > 8mm	S. thiết	S. thiết

### **Ảnh hưởng của thuốc**

- Thuốc ngừa thai uống: NMTC teo.
- HRT: Est kết hợp Pro nên NMTC dạng teo
- Danazol: do ức chế sự tăng sinh nên nội mạc thường dạng teo.
- Tamoxifen: làm tăng sinh nội mạc và một số trường hợp có polyp đi kèm.
- Clomiphen citrate: có tác dụng đối kháng Est trên NMTC do đó làm chậm sự tăng trưởng trong pha trước rụng trứng và chậm sự trưởng thành trong pha hoàng thể, ảnh hưởng đến sự làm tổ

### **NMTC – TAMOXIFEN**

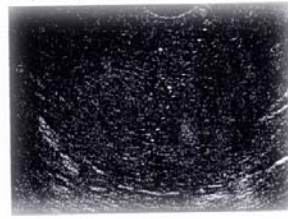


### **Bệnh lý lành tính - Tăng sản NMTC**

- Thường gây xuất huyết bất thường nhưng có khi được phát hiện tình cờ trên SA hay nạo buồng TC.
- Tăng sản NMTC thường do cường Est nội sinh hoặc dùng Est ngoại sinh không đối kháng.
- Có 3 dạng trên mô học: dạng nang, dạng tuyến và không điển hình.
- Trên siêu âm cả 3 dạng đều cho hình ảnh nội mạc dày và echo dày.



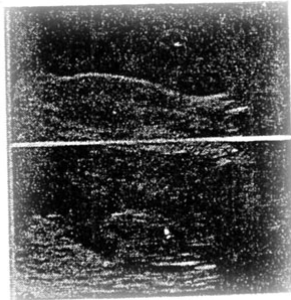
**NMTC DÀY**



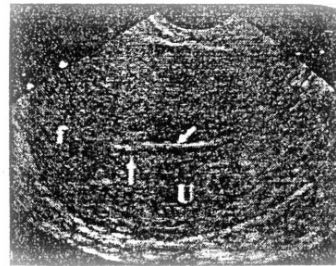
**NỘI MẠC TỬ CUNG DÀY**

### **Polyp nội mạc**

- Thường xuất hiện ở độ tuổi 35-50, gây rong kinh hay xuất huyết giữa kỳ kinh.
- Trên SA: khối echo dày có giới hạn rõ nằm giữa lòng TC. Chẩn đoán chắc chắn khi thấy hình ảnh nội mạc bao quanh Polyp và cuống nằm giữa Polyp và nội mạc.
- Polyp không thay đổi theo CKKN và quan sát rõ hơn ở pha đầu vì nội mạc mỏng và dạng echo kém.
- Nhân xơ dưới niêm mạc thường echo kém và đáy của khối u rộng hơn polyp.
- Tần suất hóa K của Polyp <1% nhưng thái độ xử trí tốt nhất là nên cắt bỏ.



**POLYP TC**



**NMTC GIỮA CHU KỲ**

### **Teo nội mạc (Endometrial Atrophy)**

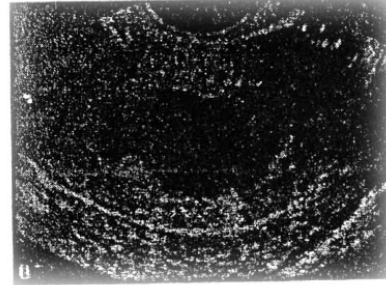
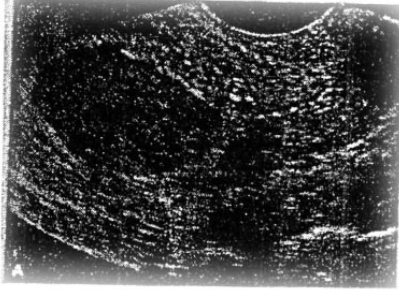
- Nội mạc TC teo ở người mãn kinh, phụ nữ dùng thuốc ngừa thai uống, hội chứng suy buồng trứng sớm.
- Đây là nguyên nhân thường gặp nhất ở các phụ nữ xuất huyết hậu mãn kinh.
- Trên siêu âm, nội mạc <5 mm.
  - Do đó, nếu nội mạc <5mm, không cần thiết phải nạo lòng TC để chẩn đoán.

### **Bệnh lý ác tính**

- Ung thư nội mạc là K xâm lấn thường gặp nhất ở đường sinh dục nữ và hiếm gặp ở phụ nữ <40 tuổi (#3%).
- Trên SA, không thể phân biệt với các trường hợp tăng sản nếu ung thư chưa tiến triển xâm lấn vào cơ tử cung.

- Khi chưa có TCLS, SA ngã âm đạo là phương pháp dễ được chấp nhận nhất để tầm soát ung thư nội mạc. Khi SA có bất thường, bệnh nhân sẽ được chẩn đoán xác định bằng nạo lòng TC.

## K NMTC

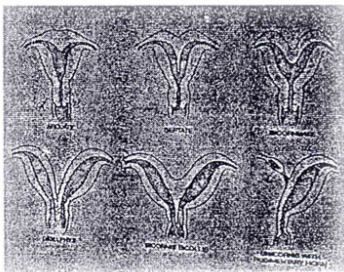


## SIÊU ÂM CƠ TỬ CUNG - Bất thường trong phát triển

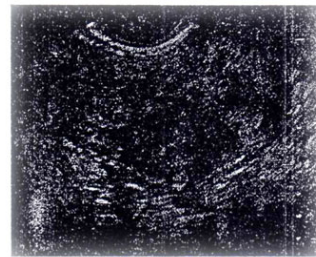
- Nếu phần dưới của cặp ống Mullerian không phát triển có thể gây tật không có TC và phần trên AD, gây vô kinh nguyên phát và vô sinh.
- Đa số các bất thường trong phát triển là do khiếm khuyết ở giai đoạn hòa nhập hay vô sản một phần của cặp ống Mullerian.
- Phần lớn các bất thường bẩm sinh của TC là do tiếp xúc với Diethylstilbestrol hoặc các hormones nội sinh đi kèm với bất thường NST.

## Khiếm khuyết do hòa nhập của cặp ống Mullerian

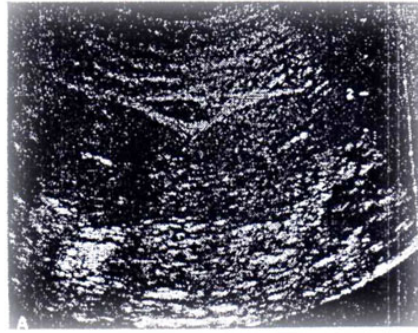
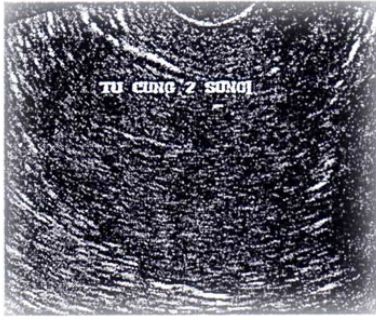
- Bình thường TC và AD hình thành do sự hòa nhập của phần xa cặp ống Mullerian và thoái hóa phần thành chung.
- Có 4 dạng bất thường : TC hình cung, TC có vách, TC hai sừng một CTC, TC hai sừng hai CTC và TC đôi.
- SA quan sát rõ nhất ở pha hoàng thể vì NMTC dạng echo dày.



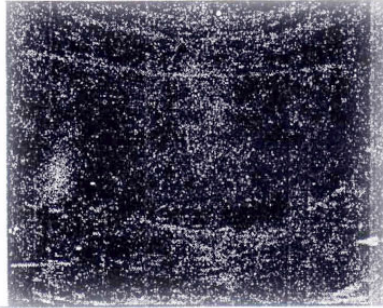
**PHÂN LOẠI DỊ DẠNG TC**



**TC CÓ VÁCH NGĂN**



**TỬ CUNG 2 SỪNG**

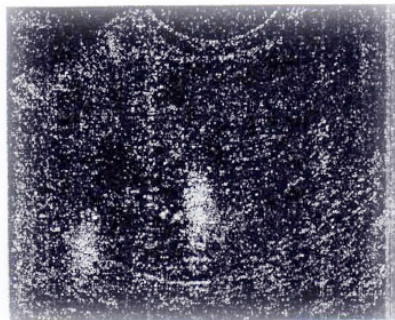


**TỬ CUNG ĐÔI**

### **Bệnh lý lành tính – Adenomyosis**

- Rất phổ biến, đặc biệt là phụ nữ tiền và quanh mãn kinh.
- Thường gây rối loạn kinh nguyệt hoặc xuất huyết TC bất thường.
- Chẩn đoán trên SA rất khó vì không có hình ảnh nào chuyên biệt và thường kèm theo u xơ.
- Nghi ngờ đến chẩn đoán khi TC to và thành sau dày hơn thành trước. Cơ TC cấu trúc không đồng nhất với những vùng tăng hoặc giảm mật độ echo.
- MRI thích hợp hơn trong những trường hợp không phát hiện trên SA.

### **ADENOMYOSIS**



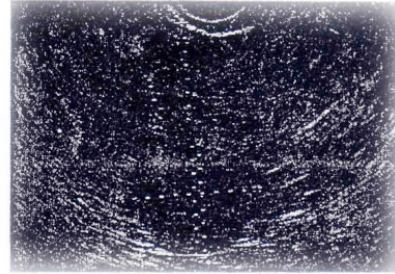
### **Bệnh lý lành tính – Leiomyoma**



- Là khối u lành tính xuất phát từ cơ TC, cấu trúc chủ yếu là cơ trơn và một ít mô liên kết, còn gọi là u xơ.
- Kích thước thay đổi có thể nhỏ như hạt gạo cho đến rất lớn, vị trí có thể dưới niêm, trong cơ hay dưới thanh mạc.
- U xơ trong cơ nằm trong thành TC và được một lớp mô liên kết bao bọc.
- U xơ dưới thanh mạc thường nhô ra khỏi bề mặt TC, có thể rất lớn và có cuống.
- U xơ dưới niêm nhỏ vào lòng TC và được NMTC che phủ một phần.



**NXTC**



**NHÂN XƠ TỬ CUNG**

### **Bệnh lý ác tính – Leiomyosarcoma**

- Tần suất thấp, chiếm khoảng 1,3% các bệnh lý ác tính ở TC. <1% các bệnh nhân UXTC có Leiomyosarcoma trên mô học.
- Trên siêu âm khối echo kém bờ không đều, có thể có vùng xuất huyết, rất khó phân biệt với UXTC