

GIÁ TRỊ CỦA BỀ DÀY NỘI MẠC TỬ CUNG QUA SIÊU ÂM NGÃ ÂM ĐẠO TRONG TIÊN ĐOÁN BỆNH LÝ NỘI MẠC TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ RA HUYẾT HẬU MÃN KINH

Đỗ Ngọc Xuân Trang*, Nguyễn Duy Tài*

TÓM TẮT

Mở đầu: Xuất huyết tử cung hậu mãn kinh là một chỉ định bắt buộc của nạo sinh thiết từng phần, nhằm xác định nguyên nhân gây xuất huyết. Tuy nhiên những bất lợi của nạo sinh thiết đòi hỏi cần phải phát triển một phương pháp không xâm lấn khác. Trong những năm gần đây, siêu âm ngã âm đạo đã cải thiện đáng kể độ chính xác của việc khảo sát hình thái nội mạc tử cung. Nhiều nghiên cứu nhận thấy thông số bề dày nội mạc tử cung qua siêu âm có ích trong tiên đoán những bất thường của nội mạc tử cung.

Phương pháp nghiên cứu: Một thử nghiệm chẩn đoán với 292 phụ nữ xuất huyết tử cung hậu mãn kinh được thực hiện nhằm khảo sát mô học NMTC và xác định điểm cắt đoạn bề dày NMTC có độ nhạy thích hợp nhất để loại trừ bệnh lý NMTC.

Kết quả: 74,66% trường hợp nội mạc tử cung bình thường, không cần nạo sinh thiết, 12,67% trường hợp nội mạc tử cung có tổn thương lành tính (viêm nội mạc tử cung, tăng sinh điển hình, polyp) và 12,67% trường hợp ác tính (tăng sinh không điển hình và ung thư nội mạc tử cung). Nội mạc tử cung bệnh lý có bề dày nội mạc trung bình là $10,7 \pm 5,0$ mm (2-22mm), còn NMTC bình thường có bề dày nội mạc trung bình $4,0 \pm 1,7$ mm (2-9mm). Sự khác biệt này có ý nghĩa về phương diện thống kê với $p=0,0000$. Ở điểm cắt đoạn bề dày nội mạc tử cung 5mm (bề dày nội mạc tử cung ≥ 5 mm được xem là có bệnh), siêu âm có thể phát hiện 67 trường hợp NMTC bệnh lý với độ nhạy 91%, độ đặc hiệu 64%, giá trị tiên đoán dương 46% và giá trị tiên đoán âm 95%. Tuy nhiên, nghiên cứu có một trường hợp ung thư NMTC bị bỏ sót với bất kỳ điểm cắt đoạn bề dày NMTC nào được sử dụng.

Kết luận: Bề dày nội mạc tử cung qua siêu âm ngã âm đạo có giá trị giới hạn trong tiên đoán bệnh lý nội mạc tử cung. Vì thế, việc nạo sinh thiết từng phần vẫn được khuyến cáo cho tất cả các đối tượng ra huyết hậu mãn kinh.

Từ khóa: Siêu âm ngã âm đạo, xuất huyết tử cung hậu mãn kinh, nội mạc tử cung, nội mạc tử cung bệnh lý, nội mạc tử cung bình thường, bề dày nội mạc tử cung.

ABSTRACT

THE VALUE OF ENDOMETRIAL THICKNESS BY TRANSVAGINAL SONOGRAPHY FOR PREDICTING PATHOLOGICAL ENDOMETRIUM IN WOMEN WITH POSTMENOPAUSAL UTERINE BLEEDING

Do Ngoc Xuan Trang, Nguyen Duy T ài

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol.14 - Supplement of No 1-2010: 303 - 310

Introduction: Uterine bleeding is an absolute indication of the fractional curettage for identifying the causes. However, the disadvantages of the curettage implicate the necessity of developing other non-invasive method. In recent years, transvaginal sonography has greatly improved the accuracy of evaluating endometrial morphology. Studies have shown the usefulness of measuring endometrial thickness using transvaginal sonography in predicting endometrial abnormalities.

* Bộ môn Sản - Đại học Y Dược Tp. HCM

Địa chỉ liên hệ: GS.TS.BS. Nguyễn Duy Tài

ĐT: 090385643

Email: duytamv2002@yahoo.com

Methods: A diagnostic test with 292 women with postmenopausal bleeding was made in order to investigate the endometrial histopathology and to determine the most sensitive cut-off value of endometrial thickness for the exclusion of endometrial lesions.

Results: 74.66% normal endometrium, do not require the curettage, 12.67% benign lesions (endometritis, hyperplasia without atypia, endometrial polyps) and 12.67% malignant endometrium (hyperplasia atypia and cancer). An abnormal endometrium had a mean endometrial thickness of 10.7 ± 5.0 mm (2-22 mm), and a normal endometrium had an endometrial thickness of 4.0 ± 1.7 mm (2-9 mm). This difference has a statistical signification with p -value=0.0000. At a cut-off limit of 5mm for endometrial thickness (endometrium \geq 5mm indicating pathologic features), sonography can detect 67 cases of endometrial abnormalities with the sensitivity for detecting a histologically abnormal endometrium 91%, the specificity 64%, the positive predictive value 46% and the negative predictive value 95%. However, one endometrial cancer was missed when any cut-off limit was used.

Conclusions: The endometrial thickness by transvaginal sonography has a limited validity in predicting pathological endometrium. So, we recommend that all of the women with postmenopausal vaginal bleeding should be partially curettaged

Keywords: Transvaginal sonography, postmenopausal bleeding, endometrium, pathological endometrium, normal endometrium, endometrial thickness.

MỞ ĐẦU

Xuất huyết tử cung hậu mãn kinh là tình trạng ra huyết âm đạo trở lại sau 12 tháng vô kinh liên tiếp(1). Trong những trường hợp này, nạo sinh thiết từng phần luôn là lựa chọn hàng đầu để chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết(11). Tuy nhiên, nạo sinh thiết lại là một phương pháp xâm lấn, gây đau(10), chi phí thủ thuật cao và không phải không có nguy cơ như thủng tử cung, nhiễm trùng và chảy máu(12). Đặc biệt, ở các phụ nữ đã mãn kinh, cổ tử cung thường bị teo hẹp và cứng chắc, gây khó khăn cho việc nong- nạo buồng tử cung, cũng như tăng nguy cơ tai biến do thủ thuật cho người bệnh(2). Tiếp đó, các bệnh lý nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường, thiếu máu cơ tim hay đi kèm ở người cao tuổi có thể trở nặng thêm do thủ thuật hoặc cản trở việc thực hiện thủ thuật.

Nhiều phương pháp sinh thiết nội mạc tử cung khác lần lượt được ra đời nhằm thay thế nạo sinh thiết từng phần, trong đó sinh thiết qua nội soi buồng tử cung được tin tưởng với độ nhạy cao 96,5% và độ đặc hiệu 93,6%(8), nhưng dù sao, đây cũng là một phương pháp xâm lấn và đặc biệt chi phí thủ thuật lại quá cao so với thu nhập bình quân của một người dân ở các nước đang phát triển. Ngoài ra, một

điều quan trọng mà các bác sĩ phụ khoa nhận ra rằng giải phẫu bệnh của các trường hợp xuất huyết hậu mãn kinh hầu hết là bình thường hay lành tính với 60-80% teo nội mạc tử cung (NMTC), 2-12% polyp lành tính NMTC, 5-10% tăng sinh NMTC, <10% ung thư tuyến NMTC(7). Điều này có nghĩa là gần 80% trường hợp nạo sinh thiết từng phần là không thực sự cần thiết.

Từ năm 1987, siêu âm ngã âm đạo với đầu dò tần số cao cho phép khảo sát rõ hình ảnh tử cung, đặc biệt nội mạc tử cung đã mở ra cho các nhà lâm sàng nhiều bước nghiên cứu mới. Người ta nhận thấy việc khảo sát bề dày nội mạc tử cung (BDNMTC) có thể giúp tiên đoán được bệnh lý nội mạc tử cung ở phụ nữ đã mãn kinh(4,5,14,17). Thực vậy, giải phẫu bệnh của những trường hợp xuất huyết hậu mãn kinh có BDNMTC mỏng thường là bình thường hay teo NMTC, còn của những trường hợp BDNMTC dày thường tồn tại bệnh lý NMTC, có thể lành tính như polyp NMTC, tăng sinh NMTC nhưng cũng có thể ác tính như ung thư NMTC. Dựa vào sự khác biệt đáng kể BDNMTC của một nội mạc bình thường với một nội mạc bệnh lý, nhiều tác giả đề nghị nạo sinh thiết từng phần chỉ nên thực hiện khi BDNMTC \geq 5 mm hoặc khi xuất huyết

âm đạo tái phát nhiều lần. Tuy nhiên, khuyến cáo này vẫn chưa có sự đồng thuận chung ở nhiều nước vì tần suất ung thư NMTC không giống nhau ở các quốc gia.

Hiện nay, tại bệnh viện Hùng Vương, chúng tôi chưa có một nghiên cứu nào đánh giá vai trò của BDNMTC trong chẩn đoán bệnh lý NMTC. Do đó, phác đồ nạo sinh thiết từng phần luôn được đặt ra cho tất cả các trường hợp xuất huyết tử cung hậu mãn kinh, dù NMTC dày hay mỏng. Tuy nhiên, nếu thực sự có thể sử dụng BDNMTC để phân biệt nội mạc tử cung bình thường hay bệnh lý trước khi nạo sinh thiết thì gần 70% các trường hợp xuất huyết hậu mãn kinh tránh được thủ thuật này(10,11,15). Chính vì những lý do trên mà chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu “Khảo sát giá trị của bề dày nội mạc tử cung qua siêu âm ngã âm đạo trong tiên đoán bệnh lý NMTC ở phụ nữ ra huyết hậu mãn kinh”

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát

Xác định giá trị của bề dày nội mạc tử cung qua siêu âm ngã âm đạo trong tiên đoán bệnh lý NMTC ở phụ nữ ra huyết hậu mãn kinh.

Mục tiêu chuyên biệt

- Xác định tỷ lệ các bệnh lý NMTC thường gặp ở phụ nữ xuất huyết hậu mãn kinh
- Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của BDNMTC để tiên đoán bệnh lý NMTC ở từng điểm cắt đoạn BDNMTC. Từ đó chọn điểm cắt đoạn BDNMTC có độ nhạy thích hợp nhất.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế

Thử nghiệm chẩn đoán

Thời gian và thời điểm nghiên cứu:

Tại khoa Nội tiết bệnh viện Hùng Vương từ 01/06/2006 đến 30/06/2008

Quần thể nghiên cứu:

phụ nữ mãn kinh bị xuất huyết m ạo ến khám tại bệnh viện Hng Vương

Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ mãn kinh ≥ 12 tháng bị xuất huyết tử cung nhập vào khoa Nội tiết của bệnh viện Hùng Vương.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Xuất huyết tử cung sau mãn kinh liên tiếp ≥ 12 tháng, không sử dụng nội tiết tố hoặc Tamoxifen trong 6 tháng gần nhất, có siêu âm ngã âm đạo khảo sát NMTC (độ phản âm, bờ NMTC, BDNMTC), có nạo sinh thiết từng phần trong vòng 24 giờ sau siêu âm và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chọn loại trừ

Không đồng ý tham gia nghiên cứu, mắc bệnh lý nội khoa nặng không thể tham gia nghiên cứu hoặc không thỏa một trong các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ khi phân tích số liệu: thiếu các dữ kiện cơ bản trong hồ sơ nghiên cứu, nạo sinh thiết không thực hiện được hoặc không cho kết quả đạt yêu cầu.

Cỡ mẫu

Được tính để thực hiện mục tiêu khảo sát tính giá trị của BDNMTC để tiên đoán bệnh lý NMTC

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

$z = 1,96$ ở độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$)

$d = 0,05$

$p =$ độ nhạy ở các điểm cắt đoạn BDNMTC khác nhau trong nghiên cứu của Conoscenti và cộng sự năm 1995(4) (Bảng 1)

Bảng 1: Tính cỡ mẫu ở từng điểm cắt đoạn BDNMTC

Điểm cắt đoạn BDNMTC	Độ nhạy (%)	Cỡ mẫu
3mm	100	-
4mm	95,2	71
5mm	83,9	208
6mm	79	255
7mm	77,4	269

Vậy cỡ mẫu cho nghiên cứu được tính ở điểm cắt đoạn BDNMTC 7mm (cộng với tỷ lệ mất dấu cho phép 8%) là $269 + 8\% \times 269 \approx 291$ bệnh nhân

Chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này trên 308 đối tượng xuất huyết hậu mãn kinh, nhưng chỉ có 292 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào phân tích.

Quy trình nghiên cứu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh sử, khám phụ khoa, siêu âm ngã âm đạo có khảo sát NMTC: độ phản âm NMTC, bờ NMTC, đo BDNMTC (đo khoảng cách lớn nhất từ ranh giới cơ-NMTC bên này đến ranh giới cơ-NMTC bên đối diện, trừ cho khoảng ứ dịch nếu có), làm xét nghiệm máu trước nạo sinh thiết, nạo sinh thiết từng phần, giải phẫu bệnh mô học NMTC chia làm hai nhóm: NMTC bình thường (teo NMTC) và NMTC bệnh lý (viêm NMTC, các loại tăng sinh NMTC, polyp NMTC, ung thư NMTC). Thuật ngữ bệnh lý tiền ung thư-ung thư NMTC bao gồm 3 dạng mô học sau: tăng sinh NMTC đơn giản không điển hình, tăng sinh phức tạp không điển hình và ung thư NMTC. Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh, các bệnh nhân sẽ được tiếp tục theo dõi và điều trị bệnh theo từng phác đồ bệnh cụ thể của khoa Nội tiết.

Xử lý số liệu

Tất cả các thông tin của bệnh nhân được thu thập trong phiếu thu thập số liệu. Sau đó được nhập và phân tích bằng phần mềm Stata 10.0. Bảng 2x2 được sử dụng để xác định tính giá trị của test nhanh (độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm), vẽ đường cong ROC để xem độ mạnh của chẩn đoán phù hợp.

Vấn đề y đức

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu vì nghiên cứu thực hiện theo phác đồ điều trị bệnh của bệnh viện Hùng Vương. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu sẽ phục vụ cho hướng điều trị xuất huyết hậu mãn kinh về sau.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 292 trường hợp, nghiên cứu rút ra một số đặc điểm sau: tuổi trung bình của nghiên cứu $59,4 \pm 9,3$ tuổi (42-82 tuổi), tuổi mãn kinh trung bình $50,2 \pm 4,1$ tuổi (39-62 tuổi), thời gian mãn kinh 5 năm (2-13 năm), 53% đến khám sớm trong 4 ngày đầu bị xuất huyết âm đạo, số sanh thường gặp 4 lần (2-6 lần), cao huyết áp 54%, đái tháo đường 29%, thiếu máu 21%. Nạo sinh thiết từng phần tất cả các đối tượng này thu nhận được 74,66% các trường hợp NMTC bình thường (teo NMTC). Bệnh lý tiền ung thư-ung thư NMTC chiếm 37 trường hợp với tỷ lệ 12,67% (Bảng 2)

Bảng 2: Mô học NMTC của 292 phụ nữ ra huyết hậu mãn kinh

Mô học NMTC	Số trường hợp	%
Nội mạc tử cung bình thường	218	74,66
Nội mạc tử cung bệnh lý	74	25,34
Bệnh lý lành tính		
Viêm NMTC	13	4,45
Polyp NMTC	4	1,37
Tăng sinh đơn giản điển hình	16	5,48
Tăng sinh phức tạp điển hình	4	1,37
Bệnh lý tiền ung thư-ung thư NMTC		
Tăng sinh đơn giản không điển hình	1	0,34
Tăng sinh phức tạp không điển hình	11	3,77
Ung thư NMTC	25	8,56

Siêu âm ngã âm đạo các đối tượng nghiên cứu cũng ghi nhận một số đặc điểm chung sau: đường kính trước sau của tử cung trung bình $41,9 \pm 10,9$ mm (19-81 mm), BDNMTC trung bình $5,7 \pm 4,1$ mm (2-22 mm), 61,3% NMTC có độ phản âm đồng nhất, 98,6% bờ NMTC đều đặn, chỉ 1,4% bờ NMTC có hình răng cưa, nham nhở, 17,1% trường hợp có u xơ tử cung, 0,3% trường hợp có u bì buồng trứng.

Khi đo BDNMTC, chúng tôi ghi nhận NMTC bình thường trung bình dày $4,0 \pm 1,7\text{mm}$, mỏng hơn nhiều so với NMTC bệnh lý $10,7 \pm 5,0\text{mm}$ và sự khác biệt này có ý nghĩa về phương diện thống kê với $p=0,0000$ (Bảng 3).

Bảng 3: Tương quan giữa mô học và bề dày nội mạc tử cung qua siêu âm ngã âm đạo

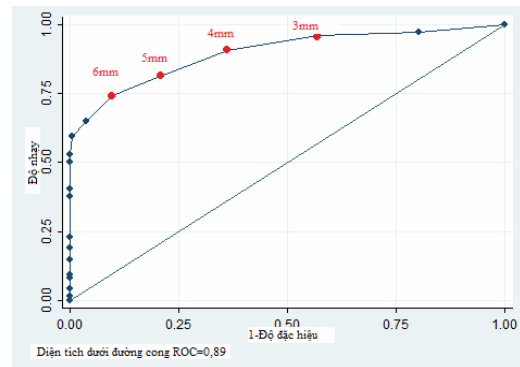
Mô học	N	Bề dày nội mạc tử cung (mm) ($p=0,0000$)			
		Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn	KTC 95%
NMTC bình thường	218	4,0	1,7	0,1	3,8-4,3
NMTC bất thường	74	10,7	5,0	0,5	9,5-11,8

Phân tích tính giá trị của BDNMTC trong tiên đoán NMTC bệnh lý ở các phụ nữ ra huyết hậu mãn kinh ở nhiều điểm cắt đoạn BDNMTC khác nhau, chúng tôi nhận thấy điểm cắt đoạn BDNMTC 5 mm là phù hợp nhất với độ nhạy, độ đặc hiệu khá cao 91% và 63%. Giá trị tiên đoán dương và âm tương ứng là 46% và 95%. Với ngưỡng giá trị này, chúng tôi bỏ sót 7 trường hợp bệnh lý NMTC: 5 trường hợp viêm NMTC, 1 trường hợp tăng sinh đơn giản điển hình và 1 trường hợp ung thư NMTC (Bảng 4)

Bảng 4: Tính giá trị của BDNMTC để tiên đoán NMTC bệnh lý

Điểm cắt đoạn ĐDNMTC	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	GTTĐ (+) %	GTTĐ (-) %	Bệnh lý bị sót (TH)	Tiền ung thư bị sót
$\geq 4\text{mm}$	95	43	36	96	3	1
$\geq 5\text{mm}$	91	63	46	95	7	1
$\geq 6\text{mm}$	81	79	57	92	14	1
$\geq 7\text{mm}$	74	90	72	91	19	4
$\geq 8\text{mm}$	65	96	85	89	26	6
$\geq 9\text{mm}$	59	99	97	87	30	8

Đường cong ROC thể hiện độ nhạy và tỷ lệ dương tính giả (1- độ đặc hiệu) thay đổi với các ngưỡng chẩn đoán khác nhau và diện tích dưới đường cong ROC: $0,89 \pm 0,02$ (0,84-0,94) là khá tốt, cho thấy độ mạnh của test tiên đoán (Hình 1)



Hình 1 Phân bố đường cong ROC về độ nhạy và dương giả của test tiên đoán NMTC bệnh lý

BÀN LUẬN

Bàn luận về tỷ lệ các bệnh lý NMTC ở phụ nữ ra huyết hậu mãn kinh

Xuất huyết tử cung hậu mãn kinh là một chỉ định của nạo sinh thiết từng phần tại bệnh viện Hùng Vương. Do đó, 292 đối tượng được tuyển chọn trong nghiên cứu này đều đã được nạo sinh thiết và có kết quả đạt yêu cầu. Chúng tôi ghi nhận 74,66% trường hợp xuất huyết có mô học NMTC hoàn toàn bình thường (Bảng 2). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Karlsson (70%)(14), Sadoon (76%)(18) và nhưng hơi cao hơn kết quả của Ferrazzi (64%)(6), Grigoriou (64,8%)(11) và Giusa-Chiferi (65%)(9). Vì tỷ lệ NMTC không bệnh lý chiếm gần bằng 3/4 dân số nghiên cứu nên chúng tôi nghĩ rằng việc nạo sinh thiết một cách hệ thống tất cả các trường hợp xuất huyết hậu mãn kinh chưa phải là một phương pháp lựa chọn tối ưu nhất, và vấn đề mà chúng tôi đặt ra cho nghiên cứu là 218/292 phụ nữ này có thật sự cần thiết phải chịu đựng một thủ thuật nặng nề như vậy hay không? Và hơn thế nữa trong 74 trường hợp bệnh lý nội mạc tử cung được phát hiện qua sinh thiết thì tổn thương lành tính nội mạc tử cung cũng chiếm gần một nửa các trường hợp này (50%) (Bảng 2).

Bàn luận về tính giá trị của BDNMTC trong tiên đoán NMTC bệnh lý ở phụ nữ ra huyết hậu mãn kinh

Trong y văn, BDNMTC trong độ tuổi sinh đẻ, ở giai đoạn phát triển, từ 4-8mm, còn ở giai đoạn chế tiết, từ 7-11 mm. Nhưng khi bước qua tuổi mãn kinh, NMTC teo dần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BDNMTC của nhóm mô học bình thường (teo NMTC) trung bình là $4,0 \pm 1,7\text{mm}$ (2 - 9 mm), tương tự với kết quả của Haller và cộng sự năm 1996 là $4 \pm 1,8\text{mm}$ (13). So với nhóm NMTC bình thường thì nhóm mô học NMTC bệnh lý có BDNMTC trung bình dày gấp đôi, $10,7 \pm 5,0\text{mm}$ (2-22 mm) ($p=0,0000$) (Bảng 3). Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy khoảng dao động BDNMTC ở nhóm này rất rộng, giá trị thấp nhất là 2 mm và cao nhất là 22 mm. Và mô học tương ứng của hai trường hợp này đều là ung thư tuyến NMTC! Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Dörum và cộng sự năm 1993(5), BDNMTC của ung thư NMTC dao động từ 2-33mm, nghĩa là ung thư NMTC rơi vào hai trường hợp BDNMTC = 2mm và 33mm.

Phân tích sự phân bố bệnh lý NMTC ở mỗi điểm cắt đoạn BDNMTC (Bảng 4) cho thấy dù chúng tôi chọn điểm cắt đoạn nào làm giá trị ngưỡng để phát hiện bệnh lý NMTC thì nghiên cứu của chúng tôi cũng bỏ sót 1 trường hợp ung thư NMTC (BDNMTC = 2 mm). Với điểm cắt đoạn BDNMTC 4mm, độ nhạy của siêu âm khá cao 96%, nhưng tỉ lệ âm giả cũng rất cao 67%, khó chấp nhận được (Bảng 4).

Nếu chọn điểm cắt đoạn BDNMTC 5mm, độ đặc hiệu tăng lên 63%, độ nhạy ở mức 91%, có thể chấp nhận được nhưng ngoài 1 trường hợp ung thư NMTC có BDNMTC bằng 2 thì nghiên cứu ghi nhận thêm 6 trường hợp bệnh lý NMTC bị bỏ sót nữa, trong đó gồm 5 trường hợp viêm NMTC và 1 trường hợp tăng sinh NMTC đơn giản điển hình. Thực sự viêm NMTC là một tổn thương hoàn toàn lành tính, không bắt buộc phải nạo sinh thiết và đáp ứng rất tốt với kháng

sinh điều trị nên việc bỏ sót tổn thương này không gây hậu quả nghiêm trọng. Trong khi đó, mặc dù tăng sinh NMTC đơn giản điển hình được các nhà giải phẫu bệnh lý xếp vào nhóm NMTC lành tính, nhưng thực sự có từ 1%-3% trường hợp này sẽ tiến triển thành ung thư NMTC trong vòng 10 năm(16). Do đó việc bỏ sót tổn thương tổn NMTC này cũng khó được chấp nhận. So sánh với các nghiên cứu trong y văn (Bảng 5), độ nhạy của siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi (96%) tương tự trong nghiên cứu của Karlsson năm 1995(15) trên 105 phụ nữ ra huyết hậu mãn kinh (97%), hay nghiên cứu của Cacciatore năm 1994(3) trên 45 phụ nữ ra huyết hậu mãn kinh (95,7%), thấp hơn độ nhạy chẩn đoán trong nghiên cứu của Granberg năm 1991(10) (100%). Ngoài ra, độ đặc hiệu của test trong nghiên cứu Granberg rất cao 96%, cao hơn của chúng tôi (64%) (Bảng 4) và của Karlsson (81%)(15). Điểm quan trọng nữa mà chúng tôi nhận thấy là với điểm cắt đoạn 5mm này, nghiên cứu của Granberg có thể tiên đoán hầu hết các trường hợp có bệnh lý NMTC cần nạo sinh thiết mà không bỏ sót bất kỳ trường hợp ung thư NMTC nào. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi và Karlsson lại vẫn bỏ sót 1 trường hợp ung thư NMTC với BDNMTC = 2mm.

Nâng điểm cắt đoạn BDNMTC lên 6 mm thì độ nhạy chỉ còn 81% và 14 trường hợp bệnh lý NMTC có BDNMTC < 5mm, trong đó có 1 trường hợp ung thư NMTC, 1 trường hợp tăng sinh phức tạp không điển hình (60% tiến triển thành ung thư NMTC trong vòng 10 năm) và 2 trường hợp tăng sinh đơn giản điển hình và 10 trường hợp viêm NMTC. Một test chẩn đoán mà bỏ sót 14/74 (19%) các trường hợp NMTC bệnh lý thì khó mà chấp nhận được.

Giả sử chúng tôi hạ ngưỡng chẩn đoán xuống thấp hơn 3mm hoặc 2mm, chấp nhận tỷ lệ dương giả cao như đã nói ở trên thì chúng tôi cũng không thể loại bỏ được trường hợp ung thư NMTC với BDNMTC = 2mm. Tương tự trong nghiên cứu của Sadoon năm 2007(18), tác

giả này cũng đã cố gắng hạ ngưỡng chẩn đoán của BDNMTC từ 5mm xuống 3mm, chấp nhận tỷ lệ dương giả rất cao nhưng tác giả cũng không thể nào loại trừ được 2 trường hợp ung thư NMTC. Do đó, việc hạ thấp ngưỡng chẩn đoán không có ý nghĩa.

Thực sự, BDNMTC qua siêu âm ngã âm đạo có giá trị trong chẩn đoán bệnh lý NMTC ở nhiều nghiên cứu trong y văn và trong nghiên cứu của chúng tôi. Nếu chọn điểm cắt đoạn 5mm làm giá trị ngưỡng chọn bệnh nạo sinh thiết thì chúng tôi có thể giảm được 50% các trường hợp nạo sinh thiết, tương tự trong nghiên cứu của Granberg và cộng sự là 70%(10). Thêm vào đó, diện tích dưới đường cong ROC (Hình 1) khá cao $0,89 \pm 0,02$ càng cho thấy độ mạnh của test chẩn đoán này là phù hợp. Nếu không có trường hợp ung thư NMTC với BDNMTC = 2 mm thì việc sử dụng ngưỡng cắt đoạn BDNMTC 5mm để sàng lọc những trường hợp NMTC bệnh lý cần nạo sinh thiết từng phần hoàn toàn hợp lý với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 91%, 64%, 46% và 95%.

Tuy nhiên trở lại với thực tế, test chẩn đoán này thực sự không đem lại cho các bác sĩ phụ khoa cũng như bệnh nhân sự an tâm vì nguy cơ bỏ sót ung thư NMTC đến 4% tổng số trường hợp ung thư NMTC được phát hiện qua nạo sinh thiết từng phần.

Do đó, chúng tôi vẫn khuyến cáo nên nạo sinh thiết từng phần cho tất cả các trường hợp xuất huyết hậu mãn kinh. Việc siêu âm ngã âm đạo khảo sát tử cung và hai phần phụ trước khi nạo sinh thiết vẫn cần thiết. Một là thông số BDNMTC giúp chúng ta tiên đoán trước nạo sinh thiết NMTC đó có khả năng bệnh lý không. Hai là phát hiện những trường hợp u xơ tử cung to (17,1%) hoặc u buồng trứng (0,3%) đi kèm, để từ đó có hướng điều trị và tiên lượng bệnh tốt hơn.

KẾT LUẬN

Siêu âm ngã âm đạo khảo sát tử cung và

hai phần phụ trước nạo sinh thiết là cần thiết.. Tuy nhiên thông số BDNMTC chỉ có một giá trị nhất định trong tiên đoán NMTC bệnh lý. Do đó, các phụ nữ xuất huyết tử cung hậu mãn kinh vẫn được khuyến cáo nên được nạo sinh thiết từng phần, dù NMTC là bao nhiêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn phụ sản Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. (2006). Mãn kinh. Sách Sản phụ khoa, 2: 689-697.
2. Brölmann H, Dijkhuizen F & B, M. (2004). The clinical importance of the microcurettag. *Reviews in Gynaecological Practice*, 4: 58-64.
3. Cacciatore B, Tamsay T, Lehtovirta P & Ylöstalo P. (1994). Transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 73: 413-416.
4. Conoscenti G, Meir YJ, Fischer-Tamaro L, Maieron A, Natale R, D'Ottavio G, et al. (1995). Endometrial assessment by transvaginal sonography and histological findings after D & C in women with postmenopausal bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 6: 108-115.
5. Dörum A, Kristensen B, Lanebrekke A, T, S. & O, S. (1993). Evaluation of endometrial thickness measured by endovaginal ultrasound in women with post-menopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 72: 116-119.
6. Ferrazzi E, Torri V, Zannoni E, Filiberto S & D, D. (1996). Sonographic endometrial thickness: a useful test to predict atrophy in patients with postmenopausal bleeding, An Italian multicenter study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 7: 315-321.
7. Fortier KJ. (1986). Postmenopausal bleeding and endometrim. *Clin Obstet Gynecol*, 29: 440-450.
8. Garuti G, Sambruni I, Cellani F, Garzia D, Alleva P & M, L. (1999). Hysteroscopy and transvaginal ultrasonography in postmenopausal women with uterine bleeding. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 65: 25-33.
9. Giusa-Chiferi MG, Gonçalves WJ, Baracat EC, Cavalcanti de Albuquerque L, Bortoletto CCR & G, R. d. L. (1996). Transvaginal ultrasound, uterine biopsy and hysteroscopy for postmenopausal bleeding. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 55: 39-44.
10. Granberg S, Wikland M, Karlsson B & L-G, F. (1991). Endometrial thickness as measured by endovaginal ultrasonography for identifying endometrial abnormality. *Am J Obstet Gynecol*, 164: 47-52.
11. Grigoriou O, Kalovidouros A, Papadias C, Antoniou G, Antonaki V & L, G. (1996). Transvaginal sonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding. *Maturitas*, 23: 9-14.
12. Grimes D. (1982). Diagnostic dilatation and curettage: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol*, 142: 1-6.
13. Haller H, Matejčić N, Rukavina B, Krašević M, Rupčić S & Mozetić. (1996). Transvaginal sonography and hysteroscopy in women with postmenopausal bleeding. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 54: 155-159.
14. Karlsson B, Granberg S & Ridell B and Wikland M. (1994). Endometrial thickness as measured by transvaginal sonography: interobserver variation. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 4: 320-325.

15. Karlsson B, Granberg S, Wikland M, Ylöstalo P, Torvid K, Marsal K, et al. (1995). Transvaginal ultrasound of the endometrium in women with postmenopausal bleeding - A Nordic multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*, 172: 1488-1494.
16. Kurman RJ, Kaminski PF & HJ, N. (1985). The behavior of endometrial hyperplasia. A longterm study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer* 56: 403-412.
17. Malinova M & B, P. (1995). Transvaginal sonography and endometrial thickness in patients with postmenopausal uterine bleeding. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 58: 161-165.
18. Sadoon S, Salman G, Smith G, Henson C & McCullough. (2007). Ultrasonographic endometrial thickness for diagnosing endometrial pathology in postmenopausal bleeding. *J.Obstet Gynecol*, 27(4): 406-408.

