



BÁO CÁO CA BỆNH: ĐIỀU TRỊ CHỌC HÚT VÀ TIÊM XƠ NANG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG BẰNG CÒN TUYẾT ĐỐI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Case report: Ultrasound-guided aspiration and ethanol sclerotherapy: a treatment option for ovarian endometriomas

Lê Thanh Dũng, Thân Văn Sỹ*, Lê Quý Thiện**, Đào Xuân Hải**

SUMMARY

To evaluate the preliminary results of ultrasound-guided aspiration and ethanol sclerotherapy for the treatment of ovarian endometrioma.

Case presentation: A 38-year-old female patient presented with chronic abdominal pain and was diagnosed with an ovarian endometrioma cyst without suspected malignancy. She underwent ultrasound-guided aspiration and ethanol sclerotherapy.

Results: One month post-treatment, the patient showed significant improvement in both clinical symptoms and imaging findings.

Conclusion: Ultrasound-guided aspiration and ethanol sclerotherapy represent a viable treatment option for ovarian endometriomas, particularly in patients at high surgical risk or those who prefer non-surgical approaches.

Keywords: ovarian endometrioma, ultrasound-guided aspiration, ethanol sclerotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) là trường hợp khi có một tổ chức tuyến đệm hay tổ chức giống niêm mạc tử cung ở ngoài buồng tử cung. LNMTTC khu trú ở các vị trí khác nhau giải thích cho sự đa dạng của triệu chứng. Tuy nhiên, dù ở vị trí nào tổ chức LNMTTC cũng có sự dày lên, xuất huyết trong chu kì kinh nguyệt do sự điều hòa của hormone sinh dục nữ (progesterone, estrogen) [1].

Nang LNMTTC ở buồng trứng là thương tổn hay gặp nhất của LNMTTC, khi tổ chức nội mạc tử cung phát triển ngay tại buồng trứng, gây phá hủy tổ chức lành tính buồng trứng. Tỷ lệ lạc nội mạc tử cung vào buồng trứng chiếm 17-44% tổng số bệnh nhân lạc nội mạc tử cung [2]. Nang thường nhỏ, vỏ mỏng, dính vào các tổ chức xung quanh, đôi khi là một nang hay nhiều nang với kích thước

thay đổi, bên trong chứa nhiều dịch màu socola. Có thể gặp cả 2 bên buồng trứng, nhưng không đối xứng, tỷ lệ bên trái gặp là 44% và bên phải là 21,3% [3].

Ngày nay phẫu thuật là phương pháp chủ yếu được áp dụng để điều trị nang LNMTTC ở buồng trứng khi thất bại với phương pháp nội khoa. Mục đích điều trị nhằm giảm đau, điều trị hiếm muộn, hoặc khi đau đi kèm khối dính tiểu khung [4], mặc dù nguy cơ chuyển thành ác tính chỉ là 0,3-0,8%. Phẫu thuật nội soi bóc nang là lựa chọn phẫu thuật phổ biến nhất, với sự tái phát tỷ lệ khoảng 15-30% sau 2-5 năm theo dõi và tỷ lệ cao bị suy giảm khả năng sinh sản [5]. Điều này phải được xem xét cẩn thận khi lên kế hoạch phẫu thuật cho bệnh nhân không có triệu chứng nào khác ngoài vô sinh hoặc khi bệnh nhân đã có dự trữ buồng trứng nhỏ.

* Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

** Trường Đại học Y Hà Nội

Hiệp hội sinh sản và phôi thai châu Âu (ESHRE) khuyến cáo thực hiện bóc nang LNMTC khi đường kính lớn hơn 3 cm. Hướng dẫn điều trị của Pháp không ủng hộ việc lấy bỏ nang thường quy. Kích thước của nang LNMTC không cần can thiệp tức thì có khuynh hướng tăng lên, đặc biệt nếu kèm theo hiếm muộn [4].

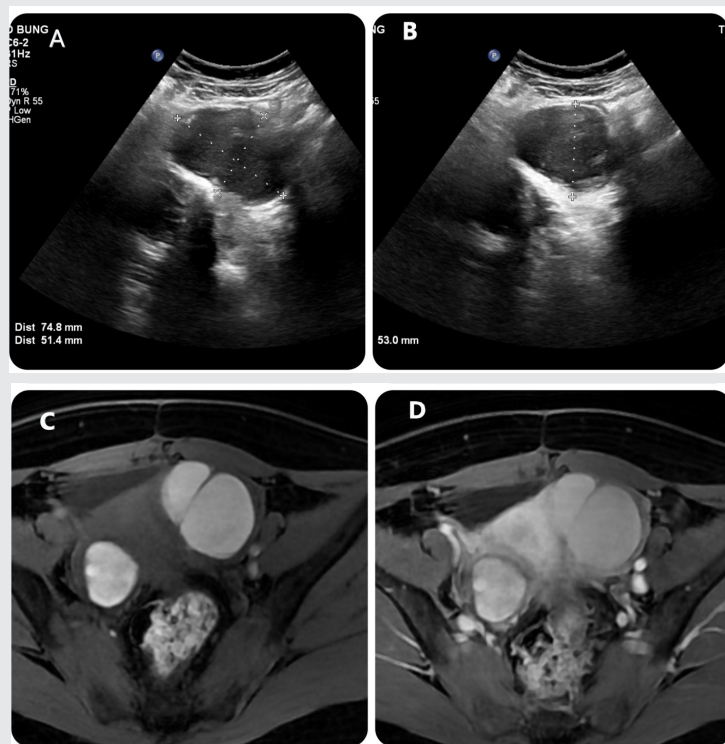
Do vậy, các phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu đang nổi lên là các phương pháp hữu ích để tránh các biến chứng phẫu thuật và giảm tổn thương đến buồng trứng[6]. Chọc hút và tiêm xơ dưới hướng dẫn của siêu âm đã được chứng minh là hiệu quả và tiết kiệm chi phí đối với các u nang lành tính ở các cơ quan khác nhau như tuyến giáp, tuyến cận giáp, gan, thận và lách. Do đó, một số tác giả đang bắt đầu sử dụng quy trình này trong điều trị u nang buồng trứng có nguy cơ ác tính thấp, bao gồm lạc nội mạc tử cung với tỷ lệ báo cáo tái phát trong khoảng 0% và 56% [7]. Tetracycline, methotrexate và ethanol là những chất phổ biến nhất được sử dụng để tiêm xơ [8]. Điều quan trọng là tiêm xơ làm giảm đau vùng chậu mà không ảnh hưởng đến sinh sản và xảy thai, số lượng trứng dự trữ, chất lượng phôi hoặc nồng

độ nội tiết tố khi so sánh với phụ nữ vô sinh không có u nang buồng trứng.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, PARA 2002, một con 18 tuổi và một con 4 tuổi sinh mổ, đau bụng vùng hạ vị trên 1 năm, đau thành từng đợt, mỗi đợt kéo dài 9-10 ngày khi hành kinh và kéo dài sau sạch kinh vài ngày, VAS 7 điểm, kinh nguyệt bệnh nhân đều. Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ tiểu khung có tiêm thuốc và siêu âm.

Hình ảnh siêu âm cho thấy cấu trúc trống âm thành mỏng vị trí buồng trứng hai bên, dịch trong nang giảm âm dạng nang xuất huyết, kích thước bên phải và bên trái lần lượt là 30x32 và 54x80mm. Không có nodule hay tổ chức tăng sinh mạch bên trong (Hình 1.A –B). Hình ảnh chụp CHT cho thấy nằm ngay sát buồng trứng hai bên có các cấu trúc dạng nang hỗn hợp tín hiệu gồm chủ yếu là phần tăng tín hiệu trên T1W, giảm tín hiệu trên T2W, có ranh giới rõ, thành ngấm thuốc sau tiêm, kích thước bên phải 35x32x55mm, bên trái 54x48x81mm (Hình 1 C-D).



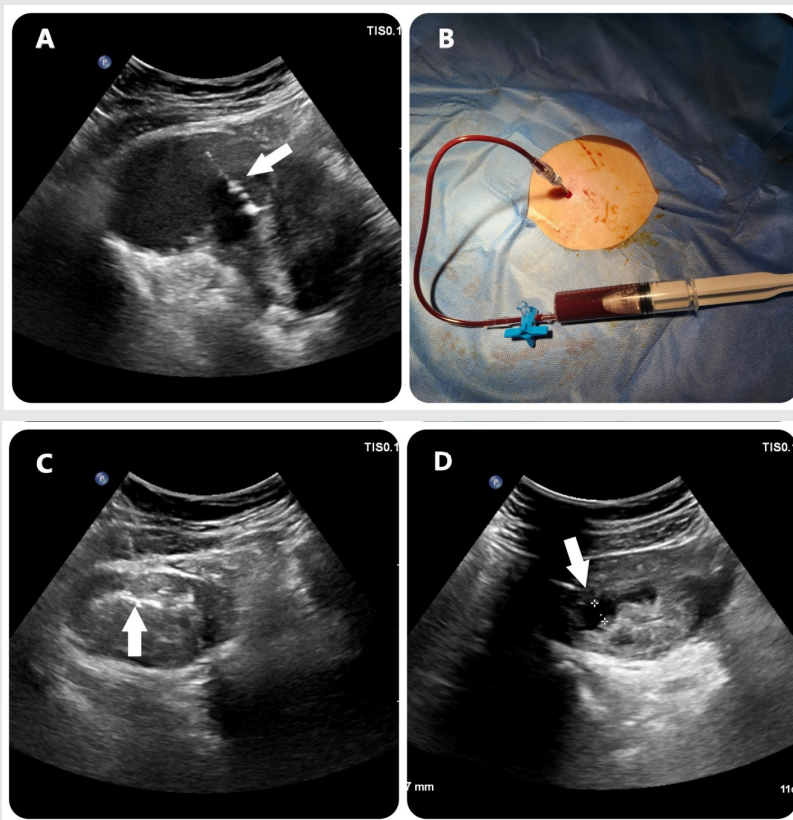
Hình 1. Hình ảnh siêu âm đường bụng và cộng hưởng từ tiểu khung của bệnh nhân trước can thiệp. Hình A-B: Hình ảnh siêu âm 2D cho thấy vị trí buồng trứng có cấu trúc dạng nang thành mỏng, dịch trong nang giảm âm dạng nang xuất huyết, không thấy nodule bên trong. Hình C-D: Hình ảnh T1 fatsat- Axial cộng hưởng từ tiểu khung trước và sau tiêm thuốc cho thấy cấu trúc dạng nang vị trí buồng trứng hai bên, bên trái kích thước lớn hơn bên phải, dịch bên trong tăng tín hiệu tương đối đồng nhất trên xung T1 fatsat và không thấy tổ chức ngấm thuốc thành nang.

Bệnh nhân được làm xét nghiệm máu và có chỉ số CA 125 là 194 IU/ml, CA 19-9 là 70.19 IU/ml. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng hai bên. Bệnh nhân đã được giải thích về tình trạng bệnh và đồng ý được điều trị bằng phương pháp tiêm xơ nang lạc nội mạc tử cung bên trái bằng cồn tuyệt đối.

Quy trình thực hiện:

Thành bụng được sát trùng bằng dung dịch povidone và chúng tôi sử dụng kim 16G để thực hiện thủ thuật. Dưới sự hướng dẫn trực tiếp của siêu âm, kim được nhắm vào trung tâm của nang (Hình 2.A) và dịch lạc nội mạc tử cung được hút ra có màu nâu đỏ (màu

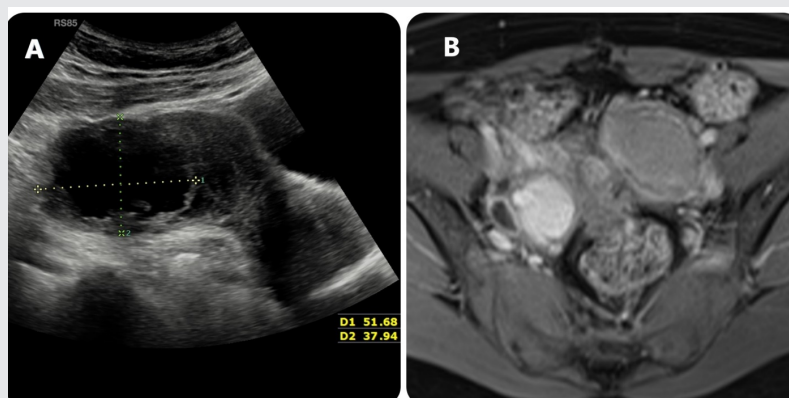
socola) (Hình 2.B). Tiếp theo, chúng tôi thực hiện vài lần rửa bằng nước muối trong nang cho đến khi hút ra dịch trong trước khi bơm cồn tuyệt đối. Thể tích cồn tuyệt đối bơm vào bằng 2/3 thể tích hút từ lạc nội mạc tử cung và luôn nhỏ hơn 100 mL. Giữ cồn tuyệt đối trong nang trong 20 phút, sau đó được lấy ra hoàn toàn, siêu âm kiểm tra thấy hết hoàn toàn dịch trong nang, thành nang bắt đầu có phản ứng xơ hóa (Hình 2.C). Chúng tôi lấy mẫu chất lỏng gửi kiểm tra tế bào học để xác nhận không có các tế bào không điển hình. Chúng tôi đã siêu âm kiểm tra lại sau 1 ngày thực hiện thủ thuật (Hình 2.D) và hẹn bệnh nhân tái khám sau 1 tháng điều trị.



Hình 2. Hình ảnh quá trình tiêm xơ nang lạc nội mạc buồng trứng bên trái của bệnh nhân. A: Hình ảnh siêu âm cho thấy đầu kim nằm trong nang (mũi tên). B: Hình ảnh dịch hút trong nang màu socola. C: Hình ảnh siêu âm kiểm tra sau khi hút cồn tuyệt đối ra khỏi nang cho thấy thành nang bắt đầu có phản ứng xơ hóa (mũi tên). D: Hình ảnh siêu âm kiểm tra sớm sau điều trị 1 ngày cho thấy thành nang đã xơ hóa và có ít dịch trong nang đồng nhất.

Sau một tháng điều trị, bệnh nhân hết hoàn toàn đau bụng vùng hạ vị, VAS 0 điểm, kinh nguyệt đều và không đau bụng dữ dội khi có hành kinh như trước khi can thiệp điều trị. Bệnh nhân được chỉ định siêu âm và chụp cộng hưởng

từ có tiêm thuốc kiểm tra. Hình ảnh siêu âm và cộng hưởng từ có tiêm thuốc cho thấy nang lạc nội mạc tử cung đã xơ hóa thành, dịch trong nang tương đối đồng nhất, kích thước nang giảm 50% so với kích thước nang ban đầu (Hình 3).



Hình 3. Hình ảnh siêu âm (A) và cộng hưởng từ (B) kiểm tra sau 1 tháng (Axial T1 sau tiêm thuốc). (B), cho thấy thành nang đã xơ hóa, kích thước nang đã giảm 50%, dịch trong nang tương đối đồng nhất.

III. BÀN LUẬN

Trong các triệu chứng cơ năng của lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng thì đau là dấu hiệu hay gặp nhất, đau vùng tiểu khung có tính chất chu kì, mức độ đau liên quan đến mức độ xâm nhập của tổn thương lạc nội mạc tử cung. Đau bụng thứ phát, muộn (ngày thứ 2,3 của kỳ kinh), đau bụng kinh ngày càng rõ và nặng lên. Đau bụng kinh nguyên phát ở các trẻ gái là dấu hiệu gợi ý lạc nội mạc tử cung sau này. Một số trường hợp bệnh nhân thấy đau khi quan hệ tình dục. Ngoài ra, bệnh nhân có thể có rối loạn kinh nguyệt như rong kinh, rong huyết, kinh nguyệt không đều. Tự sờ thấy khối to lên vùng hạ vị. Phụ nữ đi khám vô sinh, có hay không kết hợp với một trong các triệu chứng trên cần phải nghĩ đến LNMTTC. Tuy nhiên, nhờ có nội soi ổ bụng cho phép phát hiện nang LNMTTC buồng trứng không triệu chứng. Các triệu chứng thực thể thương không điển hình với nang LNMTTC buồng trứng kích thước nhỏ, thường được phát hiện qua thăm khám phụ khoa định kì, hay do điều trị các bệnh phụ khoa khác, điều trị vô sinh hoặc phát hiện qua siêu âm phụ khoa. Kết hợp thăm âm đạo và khám ngoài có thể sờ thấy khối u cạnh tử cung với các tính chất di động hạn chế do bị dính với các tổ chức xung quanh, bề mặt nhẵn, mật độ cứng, ấn đau. Về cận lâm sàng, siêu âm có giá trị đánh giá các khối u buồng trứng, tỷ lệ chẩn đoán chính xác đến 54-97,6%[9]. Việc kết hợp 3 phương pháp siêu

âm: đường bụng, đầu dò âm đạo, siêu âm Doppler để xác định bản chất của khối u là cần thiết. Hình ảnh đặc trưng là khối giảm âm lan tỏa. Tuy nhiên, vẫn có một số đặc điểm khác như trống âm, tăng âm, khối đặc, những đặc điểm vôi hóa nổi bật trên thành khối nang. Cộng hưởng từ là một trong hai phương pháp cho phép đánh giá tổng quan vùng chậu với độ đặc hiệu và độ nhạy cao. Giúp phát hiện LNMTTC sâu, thể LNMTTC và đánh giá đầy đủ về vị trí và mức độ tổn thương LNMTTC. Dùng để đánh giá trước phẫu thuật như mức độ xâm lấn, cơ quan bị xâm lấn (ruột, bàng quang) và giúp phân biệt với các u khác. Giải phẫu bệnh: hình ảnh đại thể là chất dịch màu đậm đặc như dịch socola. Hình ảnh vi thể cho thấy các tuyến và mô đệm NMTC hiện diện lạc chỗ, kèm với hiện tượng viêm và xơ hóa. Theo tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân của Amparo Garcí'a-Tejedor và cs, bệnh nhân phải có độ tuổi > 18 tuổi và siêu âm cho hình ảnh của lạc nội mạc tử cung buồng trứng đó là hình ảnh giảm âm đồng nhất, lan tỏa bên trong nang theo tổ chức International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) [11]. Đường kính nang từ 40 đến 100 mm, đã tồn tại trên 6 tháng, chất chỉ điểm ung thư CA125 <200 IU/ml và CA19.9 <35 IU/ml, không nghi ngờ lạc nội mạc tử cung vị trí khác. Theo tiêu chuẩn lựa chọn của Toshimitsu Koike và cs, bệnh nhân phải đạt được các tiêu chí như đường kính của khối u nang <70 mm, u nang không có vách hoặc có một hoặc hai

vách ngăn mỏng và không có nụ sùi, chất chỉ điểm ung thư CA125 <100 IU/ml, bệnh nhân có tuổi <45 tuổi. Hiện nay, có 2 phương pháp chính để tiếp cận nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng là chọc qua đường bụng và qua âm đạo. Đâm xuyên qua đường bụng có ưu điểm là thao tác đơn giản, điều chỉnh hướng đầu kim linh hoạt, tỷ lệ nhiễm trùng thấp. Tiếp cận qua đường bụng sẽ phù hợp với những trường hợp nang lớn và nằm phía trước. Trong trường hợp nang nằm sâu, không có đường tiếp cận an toàn qua đường bụng, có thể sử dụng qua đường âm đạo. Khi tiếp cận qua đường âm đạo, một số vấn đề như hướng chọc kim sẽ bị hạn chế, quá trình chuẩn bị tương đối phức tạp, dễ nhiễm trùng, không phù hợp với các bệnh nhân chưa quan hệ tình dục, tuy nhiên tiếp cận qua đường âm đạo sẽ giảm nguy cơ thoát chất gây xơ ra ngoài khoang phúc mạc, đem lại sự thoải mái cho người bệnh sau thủ thuật. Loại kim chọc và kích cỡ kim chọc phụ thuộc vào kích thước và vị trí của nang, sử dụng kim chọc hút dịch và tiêm xơ trực tiếp vào nang sẽ thuận lợi hơn so với dùng dẫn lưu trong những trường hợp thành bụng hoặc thành âm đạo dày, tuy nhiên việc sử dụng kim đầu thẳng để bơm chất gây xơ trực tiếp cũng cần phải cẩn trọng và kiểm soát vị trí của kim trong quá trình tiến hành bơm chất gây xơ. Ở trường hợp bệnh nhân này chúng tôi sử dụng kim 16G, đầu thẳng, có van một chiều và được gắn với dây nối để thuận tiện và giảm nguy cơ trong khi làm thủ thuật. Chụp kiểm tra nang dưới dưới màng tạng sáng nên được sử dụng để chắc chắn rằng nang có dò ra ngoài tiểu khung hay thông với cơ quan khác hay không trước khi tiến hành tiêm xơ. Chúng tôi sử dụng Ethanol là chất gây xơ vì đây là một chất khử có khả năng hòa tan trong nước, có tác dụng làm biến dạng protein trong tế bào và hòa tan lipid của tế bào mầm[2]. Chúng tôi đã chọn ethanol mà không chọn các tác nhân gây xơ khác bởi vì kết quả tốt của nó trong điều trị nang thận và gan đơn thuần [12], [13]. Ảnh hưởng của ethanol tác động vào mô buồng trứng khỏe mạnh đã được đánh giá bởi Kukura đã cho thấy sự bảo tồn chức năng buồng trứng và mô buồng trứng sau khi điều trị bằng ethanol trên u nang buồng trứng[14]. Báo cáo về các biến chứng trong các nghiên cứu đã công bố, đau bụng là (1,8%,

15,3%), sốt sau can thiệp trong một nghiên cứu (5,5%), ngộ độc rượu là (3,8%), áp xe (2%) và trong đó có hai nghiên cứu không có biến chứng được ghi nhận [2], [15]–[17]. Có ý kiến cho rằng có thể xảy ra tình trạng căng quá mức và dẫn đến rò rỉ ethanol vào tiểu khung, đó là lý do tại sao không được tiêm ethanol 100% thể tích nang được hút ra. Có sự khác biệt lớn về tỷ lệ phần trăm lượng ethanol được tiêm vào nang trong các nghiên cứu, và nó nằm trong khoảng từ 50% đến 80% thể tích dịch hút, thể tích ethanol được tiêm vào tối đa là 100 mL [15]–[17]. Ở bệnh nhân này, chúng tôi bơm vào nang 60ml ethanol (2/3 thể tích nang được hút ra). Theo Marta Castellarnau Visus và cs, theo dõi 1 tháng sau khi tiêm xơ cho đường kính nang còn lại > 3 cm trong 38,6% trường hợp. Tuy nhiên, tỷ lệ nang có kích thước này giảm dần theo thời gian, còn 20,4% ở tháng thứ 3, 12% ở tháng thứ 6, 11,1% ở tháng thứ 12 và 5% ở tháng thứ 24. Nhóm nghiên cứu cho rằng ethanol có thể có tác dụng khử nước kéo dài (trong 1–3 tháng), nhưng cần nghiên cứu thêm để làm rõ điều này. Trong một nghiên cứu gần đây Chang et al và cs cũng mô tả sự giảm kích thước nang đạt đỉnh 6 tháng sau khi điều trị gây xơ hóa bằng ethanol. Đường kính nang lúc 6 tháng sau khi tiêm xơ bằng ethanol dường như là một yếu tố dự báo đường kính nang lúc 12 và 24 tháng. Do đó, nhóm nghiên cứu khuyên rằng nên bắt đầu theo dõi 6 tháng sau khi điều trị xơ hóa, do đó loại bỏ nhu cầu siêu âm sau 1 và 3 tháng.

Việc theo dõi ở siêu âm nên được thực hiện bởi bác sĩ được đào tạo về liệu pháp tiêm xơ, bởi vì nang xơ hóa thường xuất hiện dưới dạng nang thành dày loang lổ, với bề mặt xếp chồng lên nhau và dịch trong nang tương đối đồng nhất trong thời gian theo dõi sớm bằng siêu âm. Do đó, việc nhận ra những hình ảnh này là bình thường sẽ ngăn ngừa được sự lo lắng cho cả bác sĩ và bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Amparo Garcí'a-Tejedor và cộng sự năm 2015 cho kết quả tỷ lệ tái phát sau tiêm xơ là 12% [2]. Thời gian theo dõi trung bình là 17 (SD±9,9) tháng. Về mối liên quan giữa kết quả điều trị và thời gian lưu ethanol trong nang, năm 2022, Gun Ha Kim và cs đã tổng hợp và phân tích các báo cáo nghiên cứu về tái phát, mức độ giảm đau, mang thai, thành công của kỹ thuật và

biến chứng, so sánh ở hai nhóm bệnh nhân được tiến hành tiêm xơ với thời gian ≤ 10 phút và > 10 phút cho thấy thời gian giữ ethanol trong nang > 10 phút có tỷ lệ tái phát gộp thấp hơn so với thời gian ≤ 10 phút (OR, 0.2; $p = 0.015$) [18]. Theo nghiên cứu của Toshimitsu Koike và cộng sự năm 2002 và nghiên cứu của Jeffrey D Fisch và cộng sự năm 2004 cho thấy tiêm xơ nang lạc nội mạc tử cung không ảnh hưởng đến số lần mang thai, mang thai đủ tháng, phá thai, số lượng nang noãn, nồng độ các hormon khi so sánh với nhóm phụ nữ hiếm muộn không có nang lạc nội mạc buồng trứng [1], [8]. Kết quả cũng chỉ ra rằng, hiệu quả của phương pháp hỗ trợ sinh sản sẽ được cải thiện hơn nếu được thực hiện ngay sau tiêm xơ nang lạc nội mạc buồng trứng. Trái lại, Okagaki và cộng

sự năm 1999 đã ghi nhận tình trạng dính sau khi tiêm xơ nang lạc nội mạc bằng cồn tuyệt đối, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản trong tương lai, tuy nhiên nghiên cứu ở nhóm nhỏ bệnh nhân và không có bằng chứng trên nội soi trước đó [19]. Các tác động của cồn đối với khả năng sinh sản vẫn đang được đánh giá.

IV. KẾT LUẬN

Ca lâm sàng sau chọc hút và tiêm xơ nang lạc nội mạc tử cung qua khám lại thấy giảm thể tích nang và không còn triệu chứng đau như trước khi điều trị vì vậy có thể là một lựa chọn cho các bệnh nhân có nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, đặc biệt là các bệnh nhân có nguy cơ cao của phẫu thuật hoặc không muốn phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Koike, H. Minakami, M. Motoyama, S. Ogawa, H. Fujiwara, and I. Sato, "Reproductive performance after ultrasound-guided transvaginal ethanol sclerotherapy for ovarian endometriotic cysts," *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 105, no. 1, p. 39, Oct. 2002, doi: 10.1016/s0301-2115(02)00144-6.
2. "Ethanol sclerotherapy of ovarian endometrioma: a safe and effective minimal invasive procedure. Preliminary results - PubMed." Accessed: Feb. 26, 2023. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25739052/>
3. I. F. Devick, B. S. Leise, P. M. McCue, S. Rao, and D. A. Hendrickson, "Ovarian histopathology, pre- and post-operative endocrinological analysis and behavior alterations in 27 mares undergoing bilateral standing laparoscopic ovariectomy," *Can. Vet. J.*, vol. 61, no. 2, pp. 181–186, Feb. 2020, Accessed: Feb. 26, 2023. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973214/>
4. B. Cm *et al.*, "ESHRE guideline: endometriosis," *Hum. Reprod. Open*, vol. 2022, no. 2, Feb. 2022, doi: 10.1093/hropen/hoac009.
5. F. Raffi, M. Metwally, and S. Amer, "The Impact of Excision of Ovarian Endometrioma on Ovarian Reserve: A Systematic Review and Meta-Analysis," *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, vol. 97, no. 9, pp. 3146–3154, Sep. 2012, doi: 10.1210/jc.2012-1558.
6. A. Ikuta *et al.*, "Management of transvaginal ultrasound-guided absolute ethanol sclerotherapy for ovarian endometriotic cysts," *J. Med. Ultrason.* 2001, vol. 33, no. 2, pp. 99–103, Jun. 2006, doi: 10.1007/s10396-005-0079-2.
7. J. Noma and N. Yoshida, "Efficacy of ethanol sclerotherapy for ovarian endometriomas," *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 72, no. 1, pp. 35–39, Jan. 2001, doi: 10.1016/S0020-7292(00)00307-6.
8. "Sclerotherapy with 5% tetracycline is a simple alternative to potentially complex surgical treatment of ovarian endometriomas before in vitro fertilization - ScienceDirect." Accessed: Feb. 26, 2023. [Online]. Available

9. C. Giorlandino, C. Taramanni, L. Muzii, E. Santillo, C. Nanni, and A. Vizzone, "Ultrasound-guided aspiration of ovarian endometriotic cysts," *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 43, no. 1, pp. 41–44, Oct. 1993, doi: 10.1016/0020-7292(93)90272-X.
10. "Ultrasound pattern and diagnostic accuracy of primary ovarian endometrioma and its recurrence: a pictorial essay | Sasaran | Medical Ultrasonography." Accessed: Feb. 26, 2023. [Online]. Available: <https://www.medultrason.ro/medultrason/index.php/medultrason/article/view/2331/1586>
11. D. Timmerman *et al.*, "Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group," *Ultrasound Obstet. Gynecol. Off. J. Int. Soc. Ultrasound Obstet. Gynecol.*, vol. 16, no. 5, pp. 500–505, Oct. 2000, doi: 10.1046/j.1469-0705.2000.00287.x.
12. "Percutaneous Aspiration and Alcohol Sclerotherapy for Sympto... : Annals of Surgery." Accessed: Feb. 26, 2023. [Online]. Available: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/1989/08000/Percutaneous_Aspiration_and_Alcohol_Sclerotherapy.12.aspx
13. B. Kars, E. E. Buyukbayrak, A. Y. K. Karsidag, M. Pirimoglu, O. Unal, and C. Turan, "Comparison of success rates of 'transvaginal aspiration and tetracycline sclerotherapy' versus 'only aspiration' in the management of non-neoplastic ovarian cysts," *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, vol. 38, no. 1, pp. 65–69, 2012, doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01627.x.
14. V. Kukura, I. Krivak-Bolanca, K. Sentija, and S. Katalenić-Simon, "Alcohol sclerosing ovarian cystic lesions, 20 years experience," *Coll. Antropol.*, vol. 34, no. 1, pp. 37–40, Mar. 2010.
15. S. Y. Lee, M.-L. Kim, S. J. Seong, J. W. Bae, and Y. J. Cho, "Recurrence of Ovarian Endometrioma in Adolescents after Conservative, Laparoscopic Cyst Enucleation," *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, vol. 30, no. 2, pp. 228–233, Apr. 2017, doi: 10.1016/j.jpog.2015.11.001.
16. A. Aflatoonian, E. Rahmani, and M. Rahsepar, "Assessing the efficacy of aspiration and ethanol injection in recurrent endometrioma before IVF cycle: A randomized clinical trial," *Iran. J. Reprod. Med.*, vol. 11, no. 3, pp. 179–184, Mar. 2013.
17. V. Kukura, T. Canić, Z. Duić, M. Podgajski, and I. Drinković, "[Transvaginal sclerosing therapy of cystic ovarian lesions with alcohol]," *Ultraschall Med. Stuttg. Ger. 1980*, vol. 25, no. 5, pp. 363–366, Sep. 2004, doi: 10.1055/s-2004-812956.
18. G. H. Kim, P. H. Kim, J. H. Shin, I. C. Nam, H. H. Chu, and H.-K. Ko, "Ultrasound-guided sclerotherapy for the treatment of ovarian endometrioma: an updated systematic review and meta-analysis," *Eur. Radiol.*, vol. 32, no. 3, pp. 1726–1737, Mar. 2022, doi: 10.1007/s00330-021-08270-5.
19. Okagaki R, Osuga Y, Momoeda M, Tsutsumi O, Taketani Y. Laparoscopic findings after ultrasound-guided transvaginal ethanol sclerotherapy for ovarian endometrial cyst. *Hum Reprod.* 1999 Jan;14(1):270. doi: 10.1093/humrep/14.1.270. PMID: 10374135

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp chọc hút và tiêm xơ nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng bằng cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm.

Phương pháp nghiên cứu: báo cáo ca lâm sàng và hồi cứu y văn.

Ca lâm sàng: bệnh nhân nữ, 38 tuổi, đau bụng mạn tính được chẩn đoán xác định là nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng, các xét nghiệm đều cho thấy không có bằng chứng của ung thư. Bệnh nhân đã được điều trị bằng phương pháp chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm và tiêm xơ bằng cồn tuyệt đối.

Kết quả: Sau điều trị một tháng, bệnh nhân đã cải thiện đáng kể cả về triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

Kết luận: Ca lâm sàng sau chọc hút và tiêm xơ nang lạc nội mạc tử cung qua khám lại thấy giảm thể tích nang và không còn triệu chứng đau như trước khi điều trị vì vậy có thể là một lựa chọn cho các bệnh nhân có nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, đặc biệt là các bệnh nhân có nguy cơ cao của phẫu thuật hoặc không muốn phẫu thuật.

Từ khóa: nang lạc nội mạc tử cung, buồng trứng, tiêm xơ qua da

Người liên hệ: Lê Quý Thiện. Email: thien07021997@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/06/2024. Ngày nhận phản biện: 09/07/2024 Ngày chấp nhận đăng: 25/07/2024