

SO SÁNH GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM ĐƯỜNG BỤNG VÀ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TRONG CHẨN ĐOÁN THAI NGOÀI TỬ CUNG

**Evaluated comparison of transvaginal and abdominal
ultrasound in diagnosis of ectopic pregnancy**

*Trương Thị Thanh Thủy**

SUMMARY

SUMMARY

Purpose: To compare the value of abdominal and transvaginal ultrasound in diagnosis of ectopic pregnancy.

Materials and methods: Cross-section and descriptive study was undertaken on 140 patients who were suspected of ectopic pregnancies, from June 2009 to June 2010. All of them were done both abdominal and transvaginal ultrasound. The value of each modality was analysed base on gold standard of histopathology.

Results: 140 cases of suspected ectopic pregnancy in which 110 were ectopic pregnancies, 10 viable intrauterine pregnancies, 19 abortions and 1 hydatidiform mole. The suggestive abdominal ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy has Sn 71%, Sp 86%, PPV 95% and NPV 44%, those of transvaginal ultrasound has Sn 92.7%, Sp 96.6%, PPV 98% and NPV 96.6%.

Conclusion: Transvaginal ultrasound has a primary role in the diagnosis of ectopic pregnancy.

*Khoa Khám dò Chức năng
Bệnh viện Trung Ương Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung (TNTC) là một bệnh lý nguy hiểm, đe dọa tính mạng BN nếu không được chẩn đoán và xử lý kịp thời. TNTC có xu hướng tăng lên trong những thập niên gần đây. Nguyên nhân được cho rằng do sự gia tăng các bệnh lý viêm nhiễm trong khung chậu, do các kĩ thuật vi phẫu mới phát triển sau này và do tình trạng dùng thuốc ngừa thai phổ biến hiện nay. Người ta quan sát hiện tượng này có ở hầu hết các nước, không khác biệt ở thành phố và nông thôn. Theo thống kê, hiện nay ước tính tỉ lệ TNTC chiếm khoảng 1,35% - 2% thai nghén so với trước đây là 0,58%, nhưng ngược lại tỉ lệ tử vong giảm một cách đáng kể. Đặc biệt quan trọng là tỉ lệ này chiếm 7-13% thai kỳ tại các phòng khám cấp cứu và 4,5% thai kỳ trong điều trị vô sinh. Trong thập niên cuối của thế kỷ XX, bệnh cảnh TNTC đã dần thay đổi. Với sự phát triển của các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là sự ra đời của siêu âm (SA) đầu dò đường âm đạo đã giúp các nhà SA có thể phát hiện các cấu trúc bất thường ở vùng chậu ngay từ khi kích thước còn rất nhỏ. SA bằng đầu dò âm đạo không những có giá trị giúp chẩn đoán sớm bảo tồn khả năng sinh sản mà còn làm giảm nguy cơ dùng những thủ thuật can thiệp như nội soi chẩn đoán,

chọc túi cùng Douglas hoặc nạo sinh thiết niêm mạc tử cung và giúp cho các nhà lâm sàng chủ động lựa chọn tốt phương pháp điều trị thích hợp ít xâm nhập. Đề tài nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm hình ảnh SA của TNTC.
2. So sánh giá trị của SA đường bụng và siêu âm đường âm đạo (SADAD) trong chẩn đoán TNTC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

140 BN lâm sàng nghi ngờ TNTC được xét nghiệm và SA tại Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian tháng 6/2009 đến 6/2010. 110 BN được chẩn đoán xác định là TNTC bằng kết quả mô bệnh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Các bước tiến hành: tìm hiểu các yếu tố nguy cơ, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng. SA đường bụng và SADAD. Dùng các mặt cắt ngang, đọc tìm các dấu hiệu TNTC trên SA.

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê Y học, phần mềm Medcalc 10.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. So sánh giá trị chẩn đoán SA đường bụng và SADAD

Giá trị SA	SA đường bụng		SADAD	
	Độ nhạy Sn	Độ đặc hiệu Sp	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Giá trị chẩn đoán	71%	86%	92,7%	96,6%
Giá trị dự báo	95%	44%	98%	96,6%
Độ chính xác	72%		92%	

3.2. Các mẫu hình ảnh đặc hiệu của SA chẩn đoán TNTC

Bảng 3.2. Giá trị hình ảnh dịch máu và khối cạnh TC

Kết quả chẩn đoán Dấu hiệu hình ảnh	TNTC (+)	TNTC (-)	Tổng
	Khối + dịch máu túi cùng (+)	89	5
Khối + dịch máu túi cùng (-)	21	25	46
Tổng	110	30	140

Sn = 89/110 = 80,9%; Độ Sp = 25/30 = 83,3%, PPV: 95,7%; NPV: 53,1%

Bảng 3.3. Giá trị dấu hiệu tách biệt buồng trứng (BT)+ β -hCG >1000mUI/ml

Dấu hiệu hình ảnh	Kết quả chẩn đoán		Tổng
	TNTC (+)	TNTC (-)	
Khối tách biệt BT β -hCG > 1000mUI/ml (+)	45	0	45
Khối tách biệt BT β -hCG > 1000mUI/ml (-)	65	30	95
Tổng	110	30	140

Sn = 40,9%, Độ Sp = 30/30 = 100%; PPV = 100%, PNV = 31,5%

Bảng 3.4. Giá trị của mẫu hình ảnh hồi âm hỗn hợp

Dấu hiệu hình ảnh	Kết quả chẩn đoán		Tổng
	TNTC (+)	TNTC (-)	
Khối hỗn hợp (+)	73	30	103
Khối hỗn hợp (-)	37	0	37
Tổng	110	30	140

GTĐĐ (+) = 71%

Bảng 3.5. Giá trị của mẫu hồi âm khối hình nhẵn không có tim, phôi thai

Mẫu hình ảnh SA	Kết quả chẩn đoán		Tổng
	TNTC (+)	TNTC (-)	
Hình nhẵn (+)	26	1	27
Hình nhẵn (-)	84	29	113
Tổng	110	30	140

Độ ĐH = 29/30 = 96,6%, GTĐĐ (+) = 26/27 = 96,2%

Bảng 3.6. Giá trị của mẫu hồi âm khối có tim thai hoặc phôi thai

Mẫu hình ảnh SA	Kết quả chẩn đoán		Tổng
	TNTC (+)	TNTC (-)	
Khối tim, phôi thai (+)	7	0	7
Khối tim, phôi thai (-)	103	30	133
Tổng	110	30	140

Sp = 30/30 = 100%; PPV = 7/7 = 100%

IV. BÀN LUẬN

4.1. So sánh giữa SA đường bụng và SADAĐ

SA rẻ tiền, an toàn, không xâm nhập, có thể thực hiện tại giường bệnh. SADAĐ có thể phát hiện chính

xác 87-93% TNTC trước mổ. Gurel cho SA đường bụng có thể thấy dưới 70% trường hợp, SADAĐ phát hiện hơn 90%. Các tác giả cho SADAĐ là một phương tiện chẩn đoán tuyệt vời để chẩn đoán thai sớm, sảy thai,

TNTC. Chúng tôi nhận thấy SADAĐ đánh giá rất chặt chẽ sự liên quan của khối với các tạng trong ổ bụng, có thể xác định được những mẫu hình ảnh có giá trị, đồng thời phát hiện sớm những khối TNTC còn rất nhỏ < 2cm do tiếp cận trực tiếp với tử cung, buồng trứng ít bị ảnh hưởng bởi các tạng khác và trong tình trạng BN cần SA ngay không chờ bàng quang đầy nước tiểu. SADAĐ tránh được kết quả âm tính giả do khối thai bị bàng quang đầy chèn ép, xoắn vặn không thể nhận thấy được bằng SA đường bụng, đồng thời cũng được BN thích lựa chọn. SADAĐ đã thay thế các kĩ thuật chẩn đoán xâm nhập như nội soi chẩn đoán, nong nạo buồng tử cung, ưu thế về hiệu quả, giá cả, không xâm nhập. Độ chính xác của SA đường bụng so với đường âm đạo là 72% so với 92% (Bảng 3.1). Giá trị của SA đường bụng cao hơn nhiều so với các tác giả nước ngoài Atri, Condous... Có lẽ do mẫu nghiên cứu của chúng tôi là những BN có thể tạng nhỏ, ít bị ảnh hưởng so với BN béo hoặc tử cung xơ hóa. SA đường bụng cung cấp thêm thông tin trường hợp TNTC thể máu tụ nằm cao, lấp giữa các quai ruột khối thai khó quan sát, BN bị viêm nhiễm vùng tiểu khung hoặc bị u xơ tử cung mà SADAĐ không thể phát hiện được. SA bụng cho nhìn tổng thể toàn bộ khung chậu, vị trí khối cạnh tử cung, lượng dịch ổ bụng khi đã có ở tầng trên. SADAĐ làm sáng tỏ ở những ca sảy thai không hoàn toàn, thai sớm... Vì vậy, kết hợp giữa SA bụng và SADAĐ là rất cần thiết. Tiền sử, bệnh sử, dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa rất quan trọng giúp SA định hướng chẩn đoán. Đặc biệt, định lượng β -hCG có thể chẩn đoán loại trừ được thai sớm và theo dõi TNTC.

4.2. Đặc điểm hình ảnh SA của TNTC

Theo Filly hình khối dịch máu ổ bụng tăng nguy cơ TNTC lên 77,8%. Lượng dịch vừa hoặc nhiều thì chỉ số nguy cơ là 100%. Hình khối cạnh tử cung và dịch máu túi cùng có giá trị chẩn đoán là 80,9% và 83,3% (Bảng 3.2), cần chẩn đoán phân biệt cục máu đông ở túi cùng với nang buồng trứng xuất huyết, u quái ở buồng trứng, các quai ruột trong tiểu khung, khối cạnh tử cung... Mẫu hình khối tách biệt buồng trứng, với mức β -hCG > 1000mUI/ml có độ đặc hiệu 100% và giá trị dự báo (+) là 100% (Bảng 3.4) phù hợp với các tác giả Trần Công Hoan, Ankum là 97%, 95% và Cacciatore là 97%, 99%, 98%, 98% nhưng Sn lại thấp hơn ở mức 40,9% do mẫu

nghiên cứu của chúng tôi hầu hết BN ở mức β -hCG < 1000mUI/ml (65 BN: 57,2%) (Bảng 3.3). Để tách biệt khối khối buồng trứng, cần ấn nhẹ đầu dò, ấn thành bụng, đồng thời đẩy các cơ quan đến vị trí gần hơn, xác định điểm đau nơi có khối TNTC. Trong nghiên cứu chúng tôi, hình vòng nhẫn 100% và 96,2% (Bảng 3.5) có 28 khối chiếm tỉ lệ 20%. Güven và cs cho nồng độ β -hCG có liên quan tới kích thước khối, khối hình nhẫn thường có huyết động ổn định. Túi thai có kích thước > 24mm sẽ tăng nguy cơ bị vỡ. Mẫu hình có tim thai, phôi thai có 7 ca chiếm tỉ lệ 6,3% với β -hCG 13.930 \pm 5891mUI/ml. Trong các nghiên cứu tỉ lệ mẫu này cũng rất thấp vì sự bất thường về vị trí và sự phân bố mạch, túi thai không phát triển bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình khối âm hỗn hợp chiếm số lượng cao nhất 73 (66,3%) trong nhóm TNTC có PPV là 72% (Bảng 3.4). Đặc trưng của mẫu này khối máu tụ làm căng vòi tử cung. Mẫu âm hỗn hợp cần phân biệt với nang buồng trứng, nang hoàng thể xuất huyết hoặc quai ruột, chẩn đoán sai hầu hết nằm trong mẫu này. Đặc biệt trường hợp chẩn đoán TNTC ở vòi tử cung 1 bên nhưng khi mổ ra ở vòi tử cung 2 bên trên BN đang điều trị vô sinh bằng phương pháp chuyển phôi vào buồng tử cung (mức β -hCG là từ 1967mUI/ml tăng đến 6925mUI/ml, cao nhất là 13.760mUI/ml trong 1 tuần). Nhận định chính xác túi TNTC đòi hỏi kĩ thuật SA tỉ mỉ ở cả hai bên và máu chốt là tách biệt được khối cạnh tử cung với buồng trứng. Nếu TNTC có mẫu hình là khối hồi âm hỗn hợp thì khó có thể có mức β -hCG tăng nhanh.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm hình ảnh SA của TNTC

Khối hồi âm hỗn hợp tách biệt khỏi buồng trứng chiếm tỉ lệ 66,3%. Khối có tim hoặc phôi thai chiếm tỉ lệ 6,3%. Khối hình nhẫn chiếm tỉ lệ 25,4%.

2. Giá trị của SA trong chẩn đoán TNTC

Mẫu hình SA là âm hỗn hợp có PPV là 72%, hình nhẫn 96,2%, có tim hoặc phôi thai 100%.

Hình khối tách biệt buồng trứng với mức β -hCG > 1000mUI/ml có Sp 100% và PPV 100%.

Giá trị của SA bụng trong chẩn đoán TNTC có Sn 71%, Sp 86%, PPV 95%, NPV 44% thấp hơn nhiều so với SADAĐ Sn 92,7%; Sp 96,6%; PPV 98% và NPV 96,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ankum WM, (2000), *Diagnosing suspected ectopic pregnancy, "hCG monitoring and transvaginal ultrasound lead the way"*, *BMJ*; 321(7271):1235-6.
2. Cacciatore B, Korhonen J, Stenman UH, Ylöstalo P, (1995), *"Transvaginal sonography and serum hCG in monitoring of presumed ectopic pregnancies selected for expectant management"*, *Ultrasound Obstet Gynecol*; 5(5):297-300.
3. Gurel S, Sarikaya B, Gurel K, Akata D, (2007), *"Role of sonography in the diagnosis of ectopic pregnancy"*, *J Clin Ultrasound.*; 35(9):509-17.
4. Guvendag Guven ES, Dilbaz S, Dilbaz B, Guven S, et al, (2006), *"Serum biochemistry correlates with the size of tubal ectopic pregnancy on sonography"*, *Ultrasound Obstet Gynecol*; 28(6):826-30.
5. Randy S Morris. *Ectopic pregnancy IVF.com*.
6. Russell SA, Filly RA, Damato N, (1993), *"Sonographic diagnosis of ectopic pregnancy with endovaginal probes: what really has changed?"*, *J Ultrasound Med*; 12(3):145-51.
7. Timothy Yang, Gowthaman Gunabushaman (2011). *"USG imaging in the Diagnosis of ectopic pregnancy"*. Medscape . up date May 26.2011.
8. Yasser Madani(2008). *"The use of USG in the diagnosis of ectopic pregnancy"*. Medscape Jmed 2008, 10(2):35.

TÓM TẮT

Mục đích: So sánh giá trị của SA đường bụng với đường âm đạo trong chẩn đoán thai ngoài tử cung.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 140 bệnh nhân nghi có thai ngoài tử cung được làm đồng thời siêu âm đường trên bụng và qua đường âm đạo, từ tháng 6/2009-6/2010 tại Bệnh viện Trung ương Huế. Giá trị của mỗi phương pháp được phân tích dựa kết quả mô bệnh học.

Kết quả: Trong số 140 BN nghi thai ngoài tử cung (TNTC), 110 BN được chẩn đoán xác định, 19 BN chẩn đoán sẩy thai, 10 BN chẩn đoán thai sớm, 1 thai trứng. Giá trị của SA đường bụng độ nhạy: 71%, độ đặc hiệu: 86%, giá trị dự đoán dương tính: 95%, giá trị dự đoán âm tính: 44%, độ chính xác: 72%. Giá trị của siêu âm đường âm đạo (SADAD) có độ nhạy: 92,7%, độ đặc hiệu: 96,6%, giá trị dự đoán dương tính: 98%, giá trị dự đoán âm tính: 96,6%, độ chính xác: 92%.

Kết luận: SADAD có vai trò quan trọng và giá trị cao trong chẩn đoán TNTC.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **ThS. Vũ Đăng Lưu**