



## LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀO CƠ THÀNH BỤNG SAU MỔ LẤY THAI VÀ U TIỂU KHUNG ĐƯỢC PHÁT HIỆN TẠI TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH AMTIC

Lê Hùng\*, Trần Tuấn Lưu\*, Vũ Long\*\*

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Tìm hiểu đặc điểm hình ảnh chung của 7 trường hợp lạc nội mạc tử cung (LNMTC).

**Đối tượng:** 6 bệnh nhân (BN) có vết mổ thành bụng sau phẫu thuật lấy thai, 1 BN mổ u nang buồng trứng được phát hiện ở trung tâm AMTIC - Hà Nội năm 2010.

**Phương pháp và kết quả:** Hình siêu âm là khối ít âm, có thể có dịch và có hình mạch bên trong. Trên cộng hưởng từ (CHT) khối tăng tín hiệu trên T1W, T2W, FATSAT và lấy thuốc đối quang. Giải phẫu bệnh xác định tổn thương.

**Kết luận:** BN trong tuổi sinh nở có tiền sử mổ lấy thai đau vết mổ nên nghĩ đến LNMTC. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính nhất là CHT cho chẩn đoán dễ dàng. Phẫu thuật là phương pháp hiệu quả nhất.

### SUMMARY

**Aim:** Study the common characteristic imaging after caesarian operation of 7 cases affected with endometriosis.

**Material:** 6 patients at 26-41 y.o. have had caesarian operation, 1 ovarian cyst remove coming for pain at the abdominal scar relating to mensus.

**Method and result:** USG found a hypoechoic mass in the abdominal wall, on CT scanner the mass is hypodense comparing to the soft tissue. On MRI the mass is hypersignal on the sequences T1W, T2W and Fatsat which taking contrast agent. The anatopathology had confirmed the diagnosis.

**Conclusion:** Patient in fecondation time with history of cesarian operation suffered pain at the scar must be thinking about secondary endometriosis. UGS, CT scanner and MRI can easy investigated. The surgical ablation is the most effective methode.

### GIỚI THIỆU

7 BN nữ độ tuổi từ 26-41 đã có mổ lấy thai trước đó, 1 sau mổ u nang buồng trứng. BN đến khám vì đau ở dưới vết mổ thành bụng có liên quan tới chu kì kinh nguyệt. Khám lâm sàng thấy khối dưới sẹo mổ, một vài BN có thể tự sờ thấy. Siêu âm thấy khối giảm âm không đồng nhất trong thành bụng bên trái dưới sẹo mổ, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) thấy khối giảm tỉ trọng so với cơ, chụp CHT thấy khối tăng tín hiệu trên T1W-T2W-FAT SAT và ngấm thuốc đối quang từ. Chẩn đoán giải phẫu bệnh xác nhận là lạc nội mạc tử cung.

**Kết luận:** Trong trường hợp BN nữ trong độ tuổi sinh sản có sưng đau dưới sẹo mổ lấy thai hay phẫu thuật phần phụ cần nghĩ đến LNMTC trong thành bụng. Hình ảnh trên siêu âm, CLVT và đặc biệt là cộng hưởng từ cho kết quả chẩn đoán đúng. Phẫu thuật lấy bỏ hoàn toàn khối LNMTC là phương pháp điều trị hiệu quả nhất.

### MỞ ĐẦU

LNMTC là sự hiện diện của biểu mô tuyến và mô đệm nội mạc tử cung ở vị trí ngoài buồng tử cung [7, 8, 5]. LNMTC ước tính xảy ra ở 10% tổng số phụ nữ và hầu như chỉ xuất hiện ở độ tuổi sinh sản. LNMTC thường gặp nhất ở vùng chậu, ngoài ra xuất hiện ở

\*Khoa Chẩn đoán hình ảnh, BV Thanh Nhàn

\*\*Trung tâm CDHA AMTIC, 11 Phan Chu Trinh Hà Nội

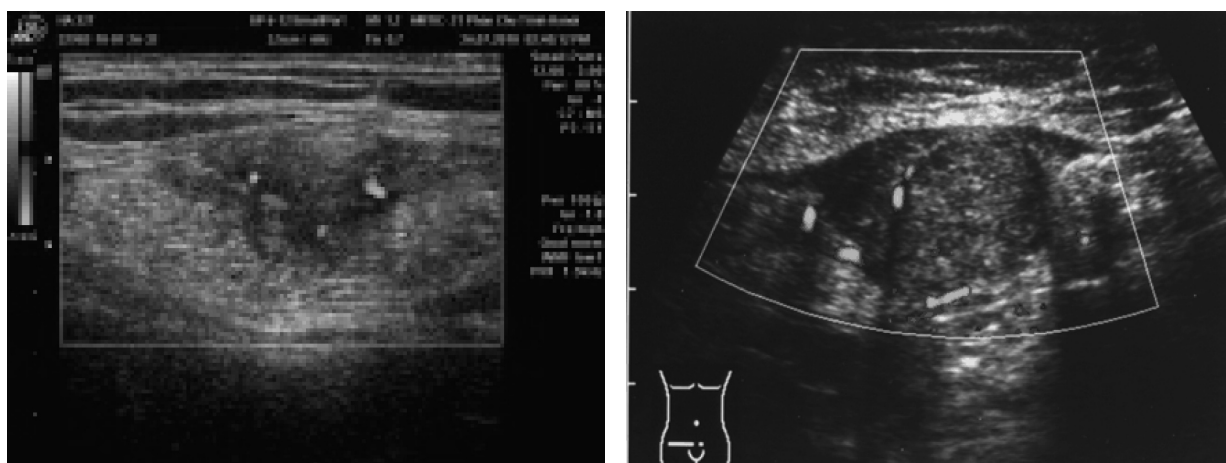
ruột, lách, thận, cơ hoành, phổi và thành bụng [10]. LNMTCT dưới vết mổ thành bụng là một vị trí hiếm gặp và triệu chứng lâm sàng đa dạng nên có thể bỏ sót tổn thương hoặc chẩn đoán nhầm với các bệnh lý ngoại khoa khác.

Theo tác giả Klamash trong giai đoạn từ 1997-2002 ở Bệnh viện Đại học Adulla, Jordan có 14 trường hợp LNMTCT ở vết mổ thành bụng sau phẫu thuật lấy thai, tỉ lệ mắc 0,2% [6]. Các báo cáo khác đưa ra tỉ lệ mắc trong khoảng 0,03-0,4% [3, 9].

### CA LÂM SÀNG

Các BN nữ độ tuổi từ 26-41 đã có mổ lấy thai trước đó khoảng thời gian từ 1-5 năm. BN đến khám vì sưng đau ở vết mổ thành bụng có liên quan tới chu kì kinh nguyệt.

Siêu âm ổ bụng thấy khối trong thành bụng vùng bên trái của vết mổ, ranh giới thường không rõ với cơ thành bụng và lớp mỡ dưới da, kích thước khối khoảng 15-45mm. Cấu trúc các khối giảm âm không đồng nhất và tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler (hình 1).

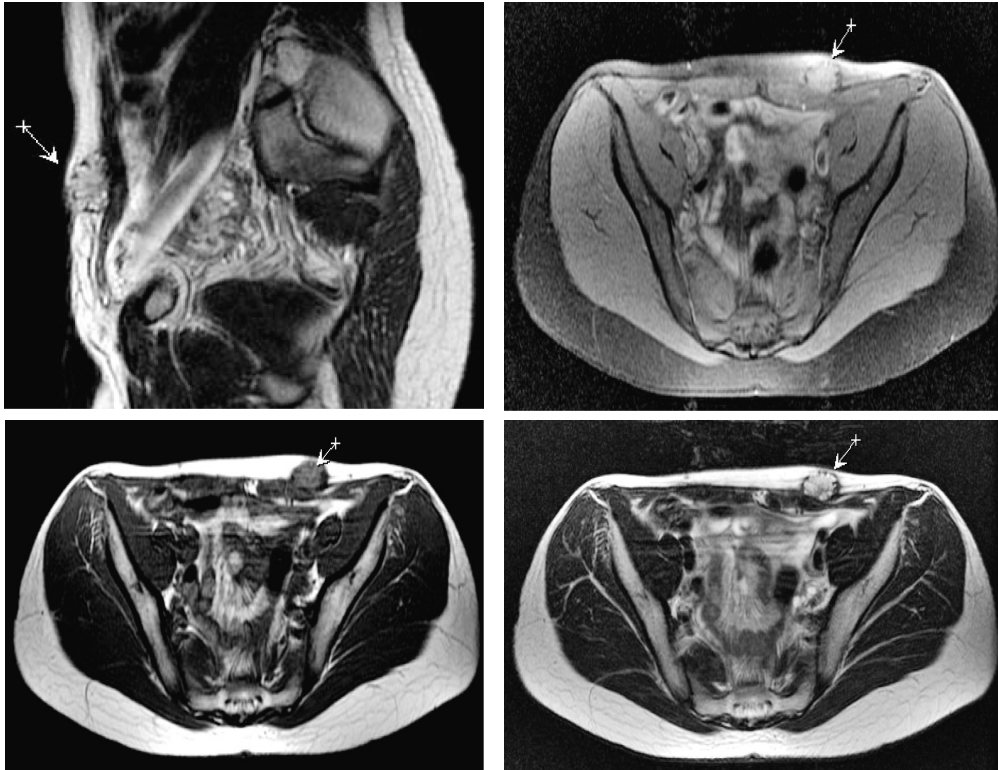


**Hình 1.** Các khối giảm âm không đồng nhất trong thành bụng - tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler, bên trái của vết mổ lấy thai. Kích thước khoảng 15-45mm

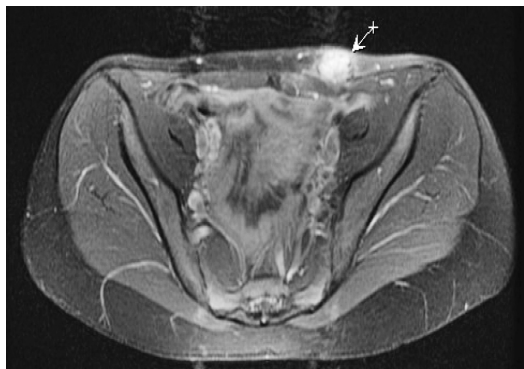
**Chụp CLVT** trước tiêm thuốc đối quang cho thấy khối giảm tỉ trọng ít so với cơ thành bụng, ranh giới khối không rõ, nhất là với lớp mỡ dưới da. Khối ngấm thuốc sau tiêm cản quang tĩnh mạch.



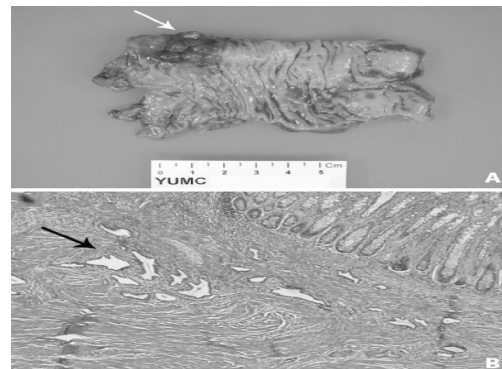
Chụp cộng hưởng từ với các chuỗi xung khác nhau, khối tăng tín hiệu trên T1W, T2W và T1W FAT SAT (hình 2). Khối ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm (hình 3).



Hình 2. Khối tăng tín hiệu trên T1W, T2W và T1W FAT SAT



Hình 3. Khối giảm thuốc mạnh sau tiêm đối quang từ



Hình 4. GPB đại và vi thể



Hình 5. BN N.T.N.30 tuổi. Khối giảm âm không đồng nhất trong cơ thành bụng sau mổ u nang buồng trứng, đau theo chu kì kinh. Hình rỗng âm của máu loãng và tăng âm của máu cục

**BÀN LUẬN**

Đây là các trường hợp LNMTC ở vết mổ thành bụng sau phẫu thuật lấy thai và mổ phụ khoa mà trung tâm AMTIC phát hiện được sau khi đối chiếu với kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh. Theo các tài liệu y văn trong và ngoài nước, chúng tôi thấy các BN của chúng tôi có độ tuổi phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Theo tác giả Horton (năm 2008) thì độ tuổi trung bình là 31,4 [4]. Thời gian từ khi phẫu thuật đến lúc xuất hiện triệu chứng từ 1-5 năm, theo Horton (2008) thời gian trung bình là 3,6 năm [4] và theo Gunes (2005) là 5,72 năm [2].

**Triệu chứng:**

Tất cả các trường hợp có đau theo chu kì kinh nguyệt, 3 trường hợp có sờ thấy u thành bụng. Theo tác giả Blanco (2003) hồi cứu 12 trường hợp LNMTC ở thành bụng sau phẫu thuật lấy thai trong vòng 7 năm thì triệu chứng gồm: khối u thành bụng (n-12), đau bụng theo chu kì kinh (n-5) và đau không theo chu kì (n-7) [1]. Như vậy, triệu chứng lâm sàng chính của LNMTC ở vết mổ thành bụng sau phẫu thuật lấy thai là thấy khối u thành bụng kèm đau.

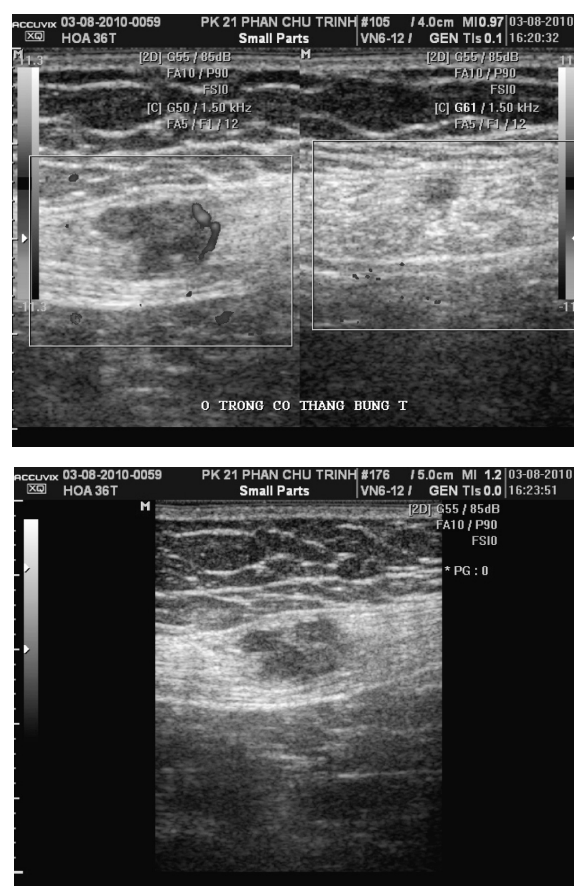
**Hình ảnh:** Trên siêu âm là khối giảm âm không đồng nhất, tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler, phù hợp với hình ảnh điển hình của LNMTC (theo y văn). Giá trị của chụp CLVT còn hạn chế do tỉ trọng của khối khó phân biệt với cơ thành bụng và ranh giới của khối khó xác định. Chụp cộng hưởng từ đánh giá tốt nhất về cấu trúc tín hiệu của khối, ranh giới và mức độ xâm nhập của LNMTC vào cơ thành bụng hay mô dưới da.

LNMTC ở vết mổ thành bụng sau phẫu thuật lấy thai không phải là bệnh lý quá hiếm gặp (tỉ lệ mắc là khoảng 2% các trường hợp phẫu thuật lấy thai) nhưng chưa thấy báo cáo trong nước đề cập đến bệnh lý này, có thể do bỏ sót tổn thương hoặc nhầm lẫn với các bệnh lý ngoại khoa khác và chưa được quan tâm.

Theo Blanco (2003) hồi cứu trên 12 trường hợp LNMTC ở vết mổ thành bụng sau phẫu thuật lấy thai thì chẩn đoán đúng (n=4), thoát vị vết mổ (n=4), u thành bụng (n=2) và thoát vị bẹn (n=2) [1].

Trường hợp mổ u buồng trứng có LNMTC ở thành bụng, chúng tôi nghĩ có thể đó là nang LNMTC buồng trứng hơn là do nguyên nhân khác như do đường máu, biến đổi tế bào, di trú... trong y văn cũng đã nêu 1 số trường hợp như vậy. Trên chẩn đoán hình ảnh, hình

LNMTC sau mổ cũng tương tự như hình LNMTC không có tiền sử mổ. Trường hợp minh họa: N.T.H 36 tuổi, thường xuyên đau bụng nhiều khi có kinh. Khối dưới lớp cơ thành bụng, ngoài phúc mạc, có mạch máu của LNMTC. Điều trị phẫu thuật.



**Hình 6.** BN P.T. N 36 tuổi. LNM thành bụng sau mổ u buồng trứng

Phẫu thuật cắt u là phương pháp điều trị được lựa chọn nhằm làm giảm tỉ lệ tái phát. Theo Horton (2008) thì tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật tận gốc là 4,3% [4].

**KẾT LUẬN**

LNMTC ở vết mổ thành bụng nên được nghĩ đến ở một phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, có sưng đau ở vết mổ lấy thai qua đường bụng hoặc trước đó có phẫu thuật sản khoa hay phụ khoa. Hình ảnh của siêu âm và đặc biệt là MRI cho thấy chẩn đoán đúng.

Phẫu thuật tận gốc là một lựa chọn tối ưu nhằm giảm tỉ lệ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blanco, R. G., Parithivel, V. S., Shah, A. K., Gumbs, M. A., Schein, M. & Gerst, P. H. (2003). "Abdominal wall endometriomas". *Am J Surg*, 185(6), 596-598.

2. Gunes, M., Kayikcioglu, F., Ozturkoglu, E. & Haberal, A. (2005). "Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures". *J Obstet Gynaecol Res*, 31(5), 471-475.

3. Goel P, Sood SS, Dalal A, Romilla (2005). "Cesarean scar endometriosis: Report of two case".

4. Horton, J. D., Dezee, K. J., Ahnfeldt, E. P. & Wagner, M. (2008). "Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases". *Am J Surg*, 196(2), 207-212.

5. Jonathan S. Berek MD, M. (2007). *Berek & Novak's Gynecology, 14th Edition*. In T. M. D'Hooghe (Ed.), *Endometriosis* Copyright©2007 Lippincott Williams & Wilkins.

6. Khammash, M. R., Omari, A. K., Gasaimh, G. R. & Bani-Hani, K. E. (2003). "Abdominal wall endometriosis". "An overlooked diagnosis". *Saudi Med J*, 24(5), 523-525.

7. Kinkel K, Frei KA, Balleyguier C, Chapron C (2006). "Diagnosis of endometriosis with imaging".

8. Olive DL, Schwartz LB (1993). "Endometriosis". *N Engl J Med* 328: 1759-1769.