

- Severe Pneumonia in Children| Volume:8|Issue: 12|Page No: 1873-1876.
4. Daren L. Kneell (2010), Zinc deficiency increases organ damage and mortality in a murine model of polymicrobial sepsis.
5. Gibson RS et al(1998). Assessment of dietary zinc in a population. The American Journal of Clinical Nutrition. 68: p. 430S - 434S.

6. Trần Trí Bình (2013) "Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và thiếu kẽm ở trẻ viêm phổi từ 1-24 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II,
7. Hector R (2007), Genome-level expression profiles in pediatric septic shock indicate a role for altered zinc homeostasis in poor outcome Physiological Genomics Published, Vol. 30 no. 2, 146-155

## NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀO ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Trịnh Tú Tâm\*, Nguyễn Hữu Thắng\*,  
Nguyễn Quốc Dũng\*, Nguyễn Xuân Hiền\*\*

### TÓM TẮT

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) gặp nhiều ở phụ nữ tuổi hoạt động sinh dục, tuy nhiên LNMTTC ở đường tiêu hóa, đặc biệt ở đại tràng chiếm tỷ lệ không cao, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp hình ảnh còn gặp nhiều khó khăn trong chẩn đoán. Đa số các trường hợp không được chẩn đoán chính xác trước mổ mà thường nhầm lẫn với bệnh lý u đại-trực tràng. Nhân trường hợp lâm sàng của chúng tôi với một bệnh nhân nữ 47 tuổi, có tiền sử mổ cắt bán phần tử cung kèm theo các triệu chứng về rối loạn tiêu hóa, kết quả giải phẫu bệnh lý là LNMTTC trong cơ đại tràng, chúng tôi rút kinh nghiệm trong việc chẩn đoán là cần nghĩ tới bệnh lý LNMTTC để khai thác tiền sử, tính chất các triệu chứng và trong một số trường hợp cần phối hợp thêm xét nghiệm CA-125, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm đầu dò âm đạo, cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính đa dãy để có thể giúp chẩn đoán sớm đặc biệt các trường hợp khối u nhỏ và đối tượng bệnh nhân có thể điều trị bằng nội tiết, tránh được cuộc mổ không cần thiết.

**Từ khóa:** Lạc nội mạc tử cung vào đường tiêu hóa, chẩn đoán và điều trị.

### SUMMARY

#### RESEARCH FOR INTESTINAL ENDOMETRIOSIS DIAGNOSIS AND TREATMENT

Endometriosis occurs more frequently in women at the age group of sexual activity; however, the proportion of intestinal endometriosis, especially in colon, is not high and there are lots of difficulties in the diagnosis of clinical and subclinical symptoms and radiology methods. Majority of cases which are not diagnosed exactly before surgery are often confused with colorectal tumors. In a clinical case of our female

patient, 47 years old, who had a history of partial hysterectomy surgery together with the symptoms of digestive disorders, with results in pathological anatomy is endometriosis of the muscular colon wall, the lesson we have drawn in the diagnosis is that we need to think about endometriosis in order to find out the history, the nature of symptoms. And in some cases, we should cooperate with CA-125 test as well as the radiology methods like transvaginal ultrasonography, magnetic resonance imaging and multidetector computerized tomography which can help early diagnosis, particularly with small tumor cases and the patients who can be treated with endocrine therapy to avoid unnecessary surgery.

**Keywords:** Intestinal endometriosis, diagnosis and treatment.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) được định nghĩa là sự hiện diện của mô nội mạc tử cung lạc chỗ bên ngoài lớp niêm mạc lòng tử cung. LNMTTC là một bệnh lý khá phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tuy nhiên LNMTTC sâu và đặc biệt là LNMTTC ở ruột là khá hiếm gặp, tỷ lệ chính xác của lạc nội mạc tử cung ở ruột trong dân số chung là không rõ, mặc dù người ta ước tính rằng nó chiếm từ 3,8% đến 37% phụ nữ mắc LNMTTC tùy theo các nghiên cứu [1]. Tần số cao nhất của lạc nội mạc tử cung ở ruột đứng đầu là trực tràng, tiếp đến là đại tràng sigma, sau đó đến hồi tràng, ruột thừa và manh tràng [2, 3]. Chẩn đoán chỉ được xác định sau mổ, điều này thực sự là một thách thức đối với các nhà lâm sàng và cận lâm sàng. Chúng tôi xin trình bày một trường hợp bệnh nhân LNMTTC ở cơ đại tràng Sigma với các chẩn đoán trước mổ trên lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính (CLVT) đều hướng tới u đại tràng sigma.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Bệnh nhân nữ, 47 tuổi; vào viện ngày 08 tháng 6 năm 2015.

\*Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Tú Tâm

Email: tutambvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2016

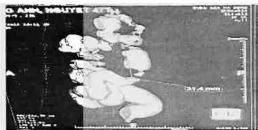
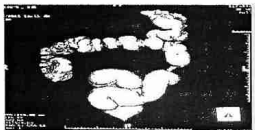
Ngày phản biện khoa học: 15/12/2016

Ngày duyệt bài: 29/12/2016

**2.2. Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu ca bệnh

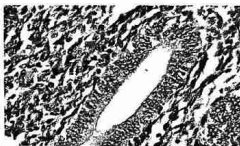
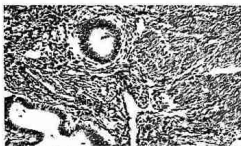
- Tiền sử: cắt tử cung bán phần do u xơ năm 2013
- Khám lúc vào viện: thể trạng trung bình, không có biểu hiện thiếu máu, bụng mềm, không nôn, không sốt.
- Các kết quả xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu, chất chỉ điểm ung thư (AFP, CA 19-9) trong giới hạn bình thường.

- Siêu âm ổ bụng: polyp túi mật, nang thận trái.
- Nội soi đại tràng (BV Đại học Y Hà Nội) và cắt lớp vi tính 128 dãy (Bệnh viện 16A – Hà Đông) thấy: chít hẹp lòng đoạn cuối đại tràng xuống và đầu đại tràng Sigma chưa phân biệt được u hay viêm.

**Hình 1: Ảnh axial sau tiêm thuốc cản quang****Hình 2: Ảnh 3D khung đại tràng**

- Sinh thiết qua nội soi đại tràng: tổn thương dạng polyp tăng sản (29/5/2015 - BV Đại học Y Hà Nội)
- Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 09 tháng 6 năm 2015 tại Bệnh viện Hữu Nghị với chẩn đoán trước mổ: chít hẹp đại tràng Sigma do u/ cắt bán phần tử cung; Chẩn đoán sau mổ: u đại tràng trái/ cắt bán phần tử cung.

- Phương pháp phẫu thuật: cắt đoạn đại tràng trái, nạo vét hạch, nối tận – tận đại tràng góc lách và đại tràng sigma
- Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật:
  - + Bệnh phẩm hạch: Tổ chức xơ mỡ lạnh tinh
  - + Bệnh phẩm đại tràng: lạc nội mạc tử cung trong lớp cơ đại tràng.

**Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh lạc nội mạc tử cung trong cơ đại tràng**

- Sau mổ bệnh nhân không có biến chứng gì, ra viện sau 9 ngày điều trị.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

LNMTC gặp nhiều ở phụ nữ tuổi hoạt động sinh dục. Theo Schirin hay gặp sau dậy thì 15 năm hay 5 năm sau lần có thai cuối cùng. Trong y văn cho thấy LNMTC gặp ở 30-40 tuổi. Trong nghiên cứu Hội LNMTC cho thấy LNMTC gặp ở hơn 50% ở phụ nữ 20-40 tuổi. LNMTC ở cổ gái trẻ hiếm gặp, thường thấy ở trẻ có dị dạng sinh

dục (bất thường eo tử cung, tử cung đôi). Cơ chế bệnh sinh còn chưa thống nhất, với nhiều giả thuyết khác nhau, nhiều tác giả cho rằng, hay gặp LNMTC ở phụ nữ có tiền sử phẫu thuật phụ khoa và sản khoa (nạo, cắt tử cung, bảo tồn buồng trứng, mổ lấy thai, cắt khâu tầng sinh môn...). LNMTC ở ruột là thể không thường gặp

trong chiếm từ 3,8% đến 37% phụ nữ mắc LNMTCT tùy theo các nghiên cứu [1].

Khó có thể xác định một tổn thương LNMTCT ở ruột có góp phần vào triệu chứng đau bụng và vùng chậu hay không? Nói chung, các tổn thương LNMTCT nhỏ ở dưới lớp thanh mạc không gây ra triệu chứng. Các tổn thương lớn xâm nhập vào lớp cơ ruột gây ra một loạt các triệu chứng bao gồm đại tiện khó, táo bón, tiêu chảy, đầy hơi, đau khi đại tiện, thông qua chất nhầy trong phân và trực tràng chảy máu theo chu kỳ [3]. Hiện vẫn chưa rõ làm thế nào LNMTCT ở ruột gây ra các triệu chứng đường ruột. Rõ ràng, các ổ LNMTCT lớn có thể chứa xơ hóa sâu rộng và làm dày thành ruột, dẫn đến hẹp lòng ruột và cản trở lưu thông. Ngoài ra, các tổn thương LNMTCT ở ruột xâm nhập và phá vỡ các đám rối thần kinh ruột, tổn thương tế bào kẽ Cajal, giảm mật độ của các sợi thần kinh giao cảm ruột và do đó, gây ra một sự thay đổi sinh lý trong ruột [3].

Đánh giá các triệu chứng và khám lâm sàng là không đủ để chẩn đoán xác định LNMTCT ở ruột. Do đó, kỹ thuật siêu âm hoặc kỹ thuật hình ảnh được yêu cầu để chẩn đoán xác định trước khi phẫu thuật. Mặc dù không có tiêu chuẩn vàng được chấp nhận rộng rãi để chẩn đoán LNMTCT ở ruột, tuy nhiên, chụp cộng hưởng từ (CHT) là một trong những kỹ thuật thường được sử dụng nhất. Một nghiên cứu gồm 195 bệnh nhân nghi ngờ LNMTCT chứng minh rằng CHT có độ nhạy 88%, độ đặc hiệu là 98%, giá trị dự đoán dương tính 95%, giá trị dự đoán âm tính 95%, và độ chính xác 95% trong chẩn đoán LNMTCT ở ruột [6]. Những phát hiện này sau đó đã được xác nhận bởi một số cuộc điều tra khác [4, 5, 7]. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, việc chẩn đoán LNMTCT ở ruột của CHT có thể khó khăn vì các ổ với thành phần xuất huyết nhỏ có cường độ tín hiệu rất gần với các cấu trúc xung quanh. Do đó, việc bơm gel siêu âm trong âm đạo và trực tràng trong CHT đã được đề xuất để tạo điều kiện cho việc xác định các tổn thương đường ruột.

Chụp CHT đường ruột với mục đích làm căng đại - trực tràng bằng cách sử dụng 250-300ml gel siêu âm pha loãng với dung dịch nước muối; Dùng sonde Foley 20-Fr bơm ngược dòng qua thực hậu môn. Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng siêu âm qua đường âm đạo có thể không chẩn đoán chính xác chỉ có sự hiện diện của lạc nội mạc tử cung trực tràng âm đạo nhưng nó cũng có thể ước tính chiều sâu của sự xâm nhập của các nốt ở thành ruột [1]. Tuy

nhien, chúng ta biết rằng sự chính xác trong chẩn đoán siêu âm phụ thuộc vào kinh nghiệm của người làm. Ngược lại, đưa nước vào trực tràng trong siêu âm qua đường âm đạo có thể tạo thuận lợi cho không chỉ xác định các tổn thương LNMTCT ở ruột nhưng cũng đánh giá các đặc điểm của các nốt sần (kích thước, số lượng, độ sâu xâm nhập vào thành ruột, mức độ hẹp của lòng ruột [1] bên cạnh đó, việc làm sạch đại trực tràng là cần thiết trước khi bơm nước tương phân vào trực tràng.

Cắt lớp vi tính đa dãy gần đây đã được đề xuất cho việc chẩn đoán lạc nội mạc tử ruột. Sau khi thực tháo sạch đại tràng bệnh nhân được đưa khoảng 2000ml nước vào đại tràng. Trong kỹ thuật CLVT đại tràng, để hạn chế như động của ruột có thể sử dụng tiêm tĩnh mạch hyoscine butylbromide. Được áp dụng với máy từ 16 dãy trở lên, chụp hai thì động mạch và tĩnh mạch của có tiêm thuốc cản quang iod. CLVT đa dãy cho phép đánh giá hình ảnh LNMTCT và những đặc điểm của tổn thương, đặc biệt độ sâu của sự xâm nhập của nội mạc tử cung trong thành ruột. Khi lớp cơ bị thâm nhập, CLVT đại tràng cho phép quan sát lớp của thành ruột dày, sự xâm nhập các lớp của thành ruột được chẩn đoán khi các nốt tổ chức xâm nhập vào lớp dưới niêm mạc ruột. Một thể mạnh của CLVT đa dãy là nó cho phép phát hiện các tổn thương LNMTCT ở manh tràng và đoạn hồi tràng thấp mà có thể không chẩn đoán được bằng các phương pháp khác.

Siêu âm qua đường trực tràng đã được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán LNMTCT ở ruột [7]. Kỹ thuật này cho phép ước tính của độ sâu chính xác của sự xâm nhập của LNMTCT trong thành ruột (đặc biệt, sự xâm nhập của các các lớp), đường kính tối đa các tổn thương và khoảng cách của các tổn thương từ hậu môn [1]. Trong vài năm qua, siêu âm qua đường trực tràng đã được thay thế phần lớn bằng siêu âm qua đường âm đạo. Ngoài ra, các thiết bị để thực hiện siêu âm qua thường không sẵn có để bác sĩ phụ khoa, các bác sĩ lâm sàng.

Nội soi đại tràng có hạn chế trong việc chẩn đoán LNMTCT ở ruột vì tổn thương xâm nhập thành ruột từ thanh mạc về phía niêm mạc do đó chỉ có các nốt sần lớn xâm nhập vào niêm mạc và/hoặc gây hẹp nghiêm trọng của lòng ruột mới có thể được chẩn đoán qua nội soi [1]. Trường hợp của chúng tôi, qua kết quả giải phẫu bệnh lý thấy hình ảnh LNMTCT nằm hoàn toàn trong lớp cơ do đó khi sinh thiết qua nội soi, đầu kim không tới vị trí tổn thương nên kết quả giải phẫu

bệnh trước mổ không chính xác. Trong đa số các trường hợp, nội soi đại tràng có thể được sử dụng để loại trừ bệnh ung thư đại tràng.

Một số xét nghiệm như CA 125, placenta protein 14, các xét nghiệm này không đặc hiệu.

Soi ổ bụng: là xét nghiệm duy nhất khẳng định chẩn đoán, tiền lượng, điều trị. Ngày nay nội soi được chỉ định rộng rãi để chẩn đoán và điều trị LNMTC, tuy nhiên, chỉ có ưu thế trong chẩn đoán LNMTC thể nông.

Về điều trị, liệu pháp nội tiết tố không áp dụng cho tất cả phụ nữ có LNMTC ở ruột. Bệnh nhân có u gây hẹp đường ruột và những người muốn thụ thai không phải là đối tượng tốt cho điều trị nội tiết lâu dài, ức chế sự rụng trứng. Các kỹ thuật hình ảnh như, X quang, siêu âm, CLVT, CHT cho phép ước lượng chính xác về sự hiện diện, số lượng và chiều sâu của sự xâm nhập của các thương tổn LNMTC ở ruột; Liệu pháp nội tiết tố có thể được chỉ định cho phụ nữ với ước tính hẹp dưới 60% lòng ruột. Trường hợp bệnh nhân chúng tôi đã trình bày có triệu chứng về rối loạn tiêu hóa, chủ yếu là táo bón và trên hình ảnh CLVT thấy tổn thương gây hẹp khiét lòng ruột trên đoạn dài ~31mm, trên nội soi đại tràng vị trí tổn thương hẹp khiết không đưa ống soi qua được (>60% lòng ruột), như vậy, mặc dù không được chẩn đoán chính xác về bản chất của khối trước mổ tuy nhiên chỉ định phẫu thuật cắt đại tràng là chính xác và cần thiết. Theo một số tác giả, các tổn thương nhỏ chỉ có ở thành mạc ruột thường không gây triệu chứng, do đó không được cắt bỏ. Tuy nhiên, với các tổn thương lớn, việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật được dựa một phần vào các đặc điểm của tổn thương đường ruột như số lượng, kích thước của nốt, độ sâu xâm nhập vào thành ruột và tỷ lệ phần trăm giữa chu vi đường ruột xâm nhập ở LNMTC. Một số nghiên cứu đã cho thấy rằng, ở phụ nữ LNMTC ở đại trực tràng, triệu chứng đau, các triệu chứng đường ruột và chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật [1, 7].

#### IV. KẾT LUẬN

Các triệu chứng của LNMTC ở ruột không rõ ràng, chẩn đoán khó khăn, tuy nhiên cần được nghĩ tới trong những trường hợp có tiền sử phẫu thuật tử cung, phần phụ, phần nản về các triệu chứng đường ruột... Việc khai thác tiền sử, tính quy luật xuất hiện các triệu chứng. Siêu âm qua đường âm đạo là kỹ thuật đầu tiên cho bệnh

nhân nghĩ ngờ vì nó cho phép để xác định chính xác sự hiện diện của bệnh. Kỹ thuật hình ảnh bổ sung (như CHT và CLVT đường ruột) có ích trong xác định mức độ tổn thương LNMTC ở ruột [6].

Chiến lược điều trị của LNMTC ở ruột phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, mức độ của bệnh về lâm sàng và hình ảnh, bệnh nhân còn nhu cầu sinh con và khả năng dung nạp liệu pháp hormon. Điều trị nội tiết có thể áp dụng cho phụ nữ bị hẹp của lòng ruột <60%, người muốn tránh phẫu thuật và không muốn sinh con tiếp [1]. Tuy nhiên, liệu pháp nội tiết tố có thể không ngăn chặn sự tiến triển của LNMTC ở ruột [1] do đó, bệnh nhân được điều trị lâu dài nên được theo dõi định kỳ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Simone Ferrero, Giovanni Camerini, Umberto Leone Roberti Maggiore, Pier L. Venturini, Ennio Biscaldi, and Valentino Remorgida.** Bowel endometriosis: Recent insights and unsolved problems. *World J Gastrointest Surg.* 2011 Mar 27; 3(3): 31-38.
2. **Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC.** Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62:461-470.
3. **Remorgida V, Ragni N, Ferrero S, Anserini P, Torelli P, Fulcheri E.** The involvement of the interstitial Cajal cells and the enteric nervous system in bowel endometriosis. *Hum Reprod.* 2005;20:264-271.
4. **Abrao MS, Gonçalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R.** Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod.* 2007;22:3092-3097.
5. **Bazot M, Lafont C, Rouzier R, Rouseau G, Thomassin-Naggara I, Daraï E.** Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril.* 2009;92:1825-1833.
6. **Bazot M, Daraï E, Hourani R, Thomassin I, Cortez A, Uzan S, Buy JN.** Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology.* 2004;232:379-389.
7. **Chapron C, Vieira M, Chopin N, Balleysguier C, Barakat H, Dumontier I, Rouseau G, Fauconnier A, Foulot H, Dousset B.** Accuracy of rectal endoscopic ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of rectal involvement for patients presenting with deeply infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;24:175-179.