

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 46

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 46

TÀNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

- 06 < Tăng huyết áp thai kỳ Hồ Cao Cường, Bùi Quang Trung
- 13 < Hướng dẫn cập nhật tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ Nguyễn Thị Thủy
- 16 < Tiên đoán sớm tiền sản giật Trần Thế Hùng
- 19 < Vai trò của DNA thai tự do trong tầm soát tiền sản giật Nguyễn Vũ Khánh, Nguyễn Vạn Thông
- 22 < Bổ sung canxi trong dự phòng tiền sản giật Bùi Quang Trung
- 26 < Ảnh hưởng của béo phì lên nguy cơ khởi phát tiền sản giật Nguyễn Đình Hiến, Vương Quốc Thịnh, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 28 < Quản lý thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm: Cập nhật từ khuyến cáo Trần Thụy Hương Quỳnh, Đỗ Đăng Trường, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 31 < Tiên lượng kết cục xấu ở thai phụ bị tiền sản giật: Áp dụng mô hình fullPIERS Nguyễn Thế Hải, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 35 < Nguy cơ tiền sản giật ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn Nguyễn Khánh Linh
- 39 < Kỹ thuật cắt ngang – phương pháp mới để đo Doppler động mạch tử cung trong tam cá nguyệt I Nguyễn Đình Vũ, Giang Hoà Văn
- 44 < Siêu âm chẩn đoán lạc nội mạc tử cung sâu Lê Tiểu My
- 48 < Giá trị của IOTA models trong khảo sát khối u phần phụ Phạm Thị Phương Anh
- 53 < Điều trị sa tạng chậu bằng vòng nâng âm đạo (Pessary): Cái nhìn mới cho vấn đề cũ Văn Huỳnh Thúy Xuân
- 57 < Corticosteroids trước sinh Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 60 < Ngừa thai ở tuổi quanh mãn kinh Lê Long Hồ
- 64 < Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng – Vai trò của bổ sung testosterone qua da Hồ Mạnh Tường
- 66 < Đứt gãy DNA tinh trùng và vô sinh nam Hồ Sỹ Hùng
- 71 < Vai trò của vitamin D đối với sức khỏe sinh sản Hà Nhật Anh
- 74 < Các em bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên tròn 20 tuổi Hồ Mạnh Tường
- 76 < Nhiễm trùng sơ sinh sớm: Cập nhật mới Nguyễn Khôi
- 83 < Tầm lãng phí trong y tế Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

- 87 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng theo dõi sinh ngã âm đạo ở thai phụ từng mổ lấy thai
- 88 < Khâu cổ tử cung đối với các trường hợp đơn thai có kênh cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non: một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của các RCTs
- 89 < Đánh giá hiệu quả của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật ở nhóm thai phụ tăng huyết áp mạn tính
- 90 < So sánh tác dụng của Hydralazine và Nifedipine điều trị tăng huyết áp cấp trong thai kỳ
- 91 < Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mới nhất về vai trò của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật
- 92 < Tầm soát tiền sản giật trong tam cá nguyệt I nhằm phát hiện tiền sản giật sớm và muộn sử dụng các đặc điểm thai phụ, dấu ấn sinh hóa và thể tích bánh nhau

- 94 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 75 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 47: “UNG THƯ PHỤ KHOA”
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 9/2018.
Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Chuyên đề tập 48: “DỰ PHÒNG SINH NON”
Tập 48 sẽ xuất bản vào tháng 12/2018.
Hạn gửi bài cho tập 48 là 20/08/2018.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500 - 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc. **Để gửi bài duyệt đăng**, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn). **Để gửi trang quảng cáo**, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Vàng 2018



MERCK



Hội viên liên kết Bạc 2018



Abbott

BESINS HEALTHCARE



Science For A Better Life

GIÁ TRỊ CỦA IOTA MODELS TRONG KHẢO SÁT KHỐI U PHẦN PHỤ

Phạm Thị Phương Anh

Bệnh viện Mỹ Đức



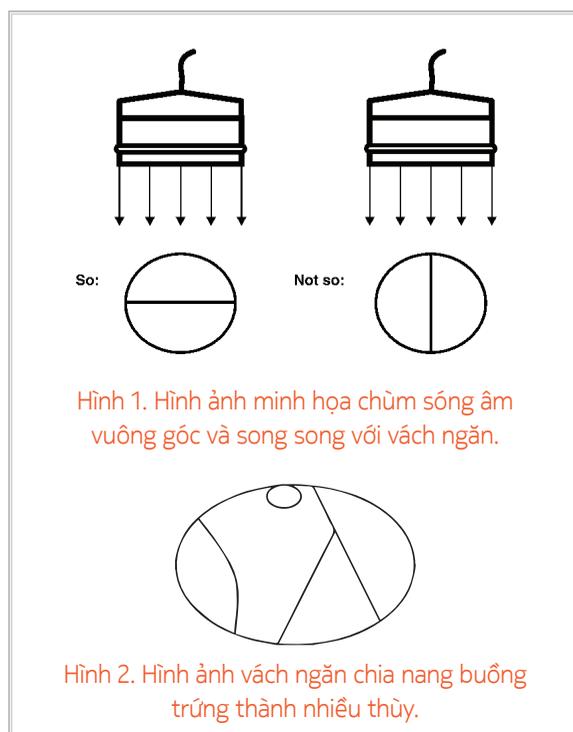
Nhóm nghiên cứu u buồng trứng quốc tế – The International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) được thành lập năm 1999 bởi Dirk Timmerman, Lil Valentin và Tom Bourne. Mục đích của tổ chức là nhằm phát triển các thuật ngữ chuẩn và nghiên cứu sâu hơn về các khối u phần phụ trên siêu âm. Năm 2000, IOTA đã công bố đồng thuận về cách trình bày thuật ngữ, định nghĩa và cách đo đạc để mô tả các khối u phần phụ trên siêu âm. Hiện nay trên thế giới, các đồng thuận này được áp dụng rộng rãi. IOTA đã và đang triển khai các nghiên cứu về những khía cạnh của siêu âm phụ khoa tại nhiều trung tâm trên thế giới dưới sự điều phối của đại học KU Leuven tại Bỉ. Tiên đoán nguy cơ ác tính của các khối u phần phụ trước phẫu thuật là mục tiêu quan trọng trong các nghiên cứu của IOTA. Chính vì thế mà tổ chức này đã công bố các mô hình tính toán nguy cơ ác tính của u buồng trứng.

Mô hình đầu tiên được công bố là mô hình hồi quy logistic (IOTA Logistic Regression models LR1 and LR2) đánh giá nguy cơ ác tính của u buồng trứng dựa vào chỉ số trung bình của 12 biến số và 6 biến số (Timmerman và cs, 2005). Ngoài ra, IOTA còn đưa ra 10 quy luật đơn giản (IOTA SIMPLE RULES), bao gồm 5 đặc điểm gợi ý lành tính và 5 đặc điểm gợi ý ác tính (Timmerman và cs, 2008). Đến năm 2014, IOTA công bố mô hình ADNEX đánh giá nguy cơ ung thư buồng trứng với nhiều ưu điểm hơn so với các mô hình trước đó và được áp dụng rộng rãi hiện nay. Các tham số dùng trong mô hình và quy luật đơn giản dựa trên các thuật ngữ và

định nghĩa khi mô tả khối u buồng trứng trên siêu âm đã được IOTA công bố ở tạp chí *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* (Timmerman và cs, 2000).

CÁC THUẬT NGỮ KHI MÔ TẢ KHỐI U BUỒNG TRỨNG TRÊN SIÊU ÂM THEO IOTA

– **Vách ngăn (septum) (hình 1, 2):** Vách ngăn được định nghĩa là dải mô xuất phát từ bờ này đến bờ kia của nang, chia nang thành nhiều thùy. Trong trường hợp nang có nhiều vách ngăn thì ta sẽ chọn đo vị trí rộng nhất của vách ngăn dày nhất. Nếu mặt



Hình 1. Hình ảnh minh họa chùm sóng âm vuông góc và song song với vách ngăn.

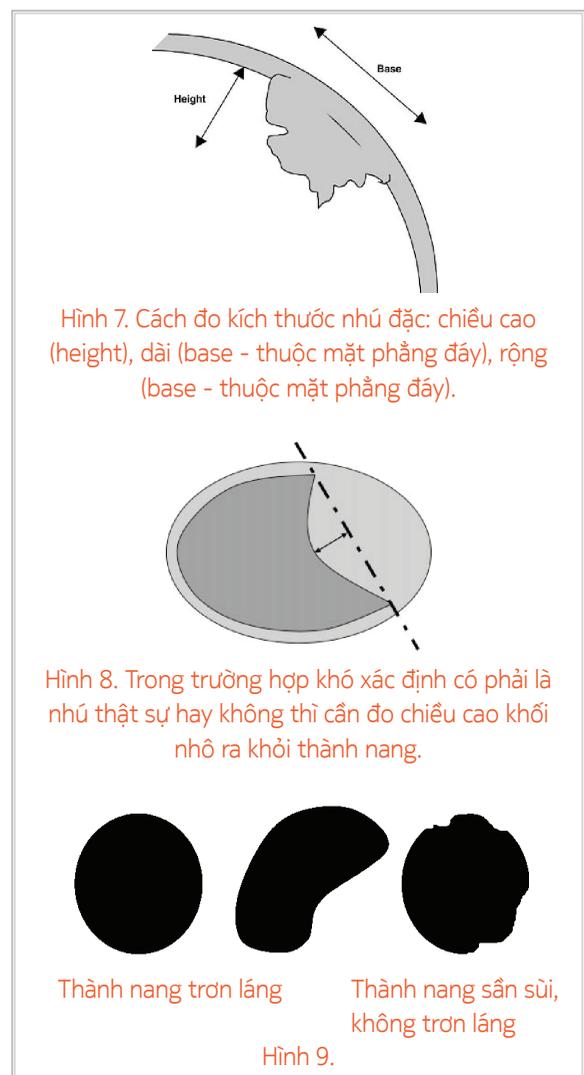
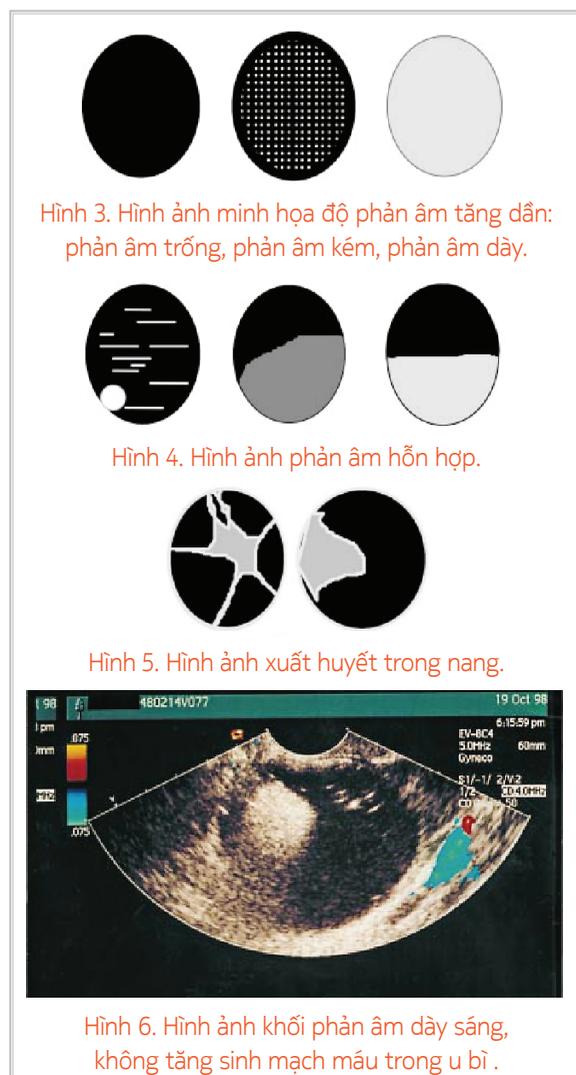
Hình 2. Hình ảnh vách ngăn chia nang buồng trứng thành nhiều thùy.

cắt mà chùm sóng siêu âm song song với vách ngăn, ta sẽ không quan sát rõ vách ngăn, nên chọn mặt cắt chùm sóng vuông góc với vách ngăn sẽ thu được hình ảnh chính xác nhất. Vách ngăn không hoàn toàn (incomplete septum) (như trong hình ảnh ứ dịch tai vòi) là khi dải mô xuất phát từ bờ này và không chạm đến bờ kia của nang.

– **Thành phần đặc (solid) (hình 3, 4, 5, 6):** Thành phần đặc có phản âm cao trên siêu âm, là do sự hiện diện của mô (ví dụ như mô cơ tử cung, mô đệm buồng trứng, nội mạc tử cung...). Cục máu rất dễ nhầm lẫn với thành phần đặc. Trong trường hợp này, để phân biệt, ta dùng đầu dò ấn nhẹ vào cấu trúc cần khảo sát và quan sát chuyển động bên trong, kết hợp với siêu âm Doppler màu. Nếu có dòng chảy của mạch máu, chứng tỏ đây là mô đặc, trong trường hợp không có tín hiệu Doppler thì không xác định

được điều gì. Khi vẫn còn nghi ngờ giữa cục máu đông và thành phần đặc thì sang thương sẽ được phân loại như thành phần đặc. Riêng khối mô có echo dày dạng “white ball” như trong u bì không được xem là thành phần đặc.

– **Nhú đặc (solid papillary projection) (hình 7, 8, 9):** Nhú được định nghĩa là thành phần đặc nhô từ thành nang với độ cao ≥ 3 mm. Khối có phản âm dày và không tăng sinh mạch máu gặp trong trường hợp u bì không được xem là nhú đặc. Kích thước lớn nhất của nhú đặc được đo bởi 3 đường kính nằm trong 2 mặt phẳng vuông góc (height, base, base). Số lượng nhú và hình ảnh tưới máu trong khối nhú đặc, bề mặt nhú trơn láng hay sần sùi (như hình ảnh bông cải) cũng cần được ghi nhận. Căn mô tả thành trong của nang trơn láng (smooth) hay sần sùi (irregular). Khi có nhú tức là thành trong của nang



sần sùi. Chỉ cần thành trong hoặc mặt ngoài khối u sần sùi thì mô tả hình dạng chung của nang là sần sùi.

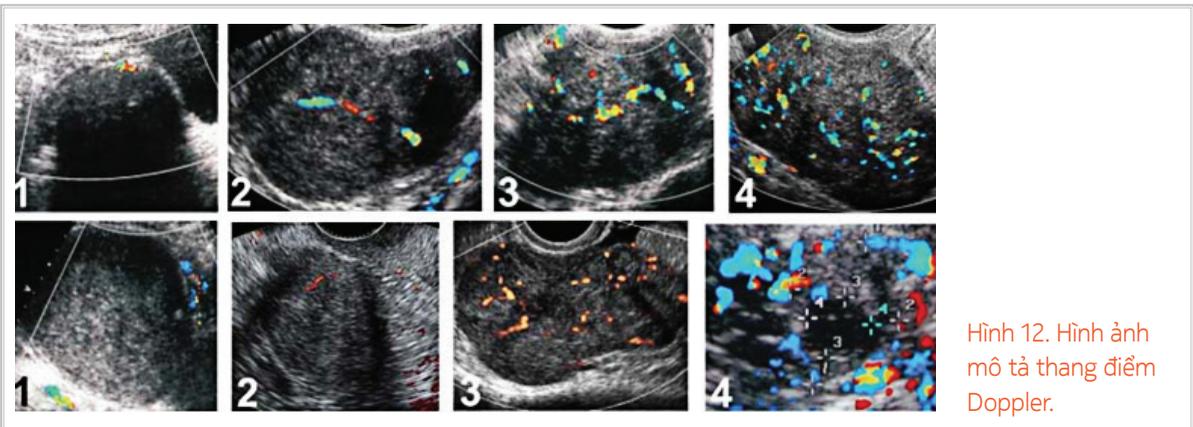
– **Bóng lưng (acoustic shadows) (hình 10):** Là hình ảnh được tạo nên bởi sự mất sóng âm khi chùm sóng xuyên qua một cấu trúc hấp thụ sóng.

– **Dịch (ascites) (hình 11):** Sự hiện diện của dịch tại túi cùng Douglas cần được ghi nhận. Đo bề dày lớp dịch trong mặt phẳng dọc giữa và chọn đường kính trước sau lớn nhất.

Khảo sát Doppler (hình 12)

Cần khảo sát Doppler toàn bộ khối u, đặc biệt

khảo sát sự tưới máu ở thành nang cũng như sự tưới máu đi vào vách, nhú. Đánh giá thang điểm như sau: thang điểm 1 nếu hoàn toàn không thấy tưới máu tại tổn thương. Thang điểm 2 nếu quan sát thấy sự tưới máu tối thiểu đi vào tổn thương. Thang điểm 3 nếu có sự tưới máu mức độ trung bình vào tổn thương. Cuối cùng, thang điểm 4 là có sự tăng tưới máu tại tổn thương. Khi khảo sát tưới máu các nhú, cần chú ý đến yếu tố kỹ thuật để hạn chế sai sót, chẳng hạn như PRF (pulse repetition frequency) phải đạt 0,3 - 0,6 kHz.



PHÂN LOẠI NANG BUỒNG TRỨNG (6 LOẠI)

Bảng 1. Phân loại nang buồng trứng.

Loại nang	Hình ảnh minh họa
<p>Nang một thùy Nang đơn giản, không có vách, không có thành phần đặc, không có nhú. Trong trường hợp nang có vách ngăn không hoàn toàn và không có vách ngăn thực sự thì đây vẫn được xem là nang một thùy.</p>	<p>incomplete septum: e.g. in hydrosalpinx</p>
<p>Nang một thùy đặc Là nang một thùy có thành phần đặc bên trong hoặc có ít nhất một cấu trúc nhú. Nếu bên trong thành phần đặc có các nang nhỏ thì đây vẫn được xem là nang một thùy đặc.</p>	

Bảng 1. Phân loại nang buồng trứng (tiếp theo).

Loại nang	Hình ảnh minh họa
<p>Nang đa thùy 3 Là nang có ít nhất một vách ngăn và không có thành phần đặc, không có nhú bên trong.</p>	
<p>Nang đa thùy đặc 4 Là nang đa thùy có thành phần đặc bên trong hoặc có ít nhất một cấu trúc nhú.</p>	
<p>U đặc 5 Là nang có thành phần đặc bên trong chiếm ≥ 80%, có thể có nhú nhỏ ra từ các nang nhỏ bên trong u đặc.</p>	
<p>Không phân loại được 6 Bởi vì khả năng quan sát kém do dấu hiệu bóng lũng mạnh gặp trong trường hợp canxi hóa như trong một vài loại u bì.</p>	

MƯỜI QUY LUẬT ĐƠN GIẢN GỢI Ý TÍNH CHẤT U BUỒNG TRỨNG

Mười quy luật đơn giản IOTA bao gồm 5 đặc điểm gợi ý lành tính và 5 đặc điểm gợi ý ác tính. Các tham số dùng trong mô hình và quy luật đơn giản dựa trên các thuật ngữ và định nghĩa khi mô tả khối u buồng trứng trên siêu âm đã được IOTA công bố trên tạp chí *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* (Timmerman và cs, 2000). (Bảng 2)

- Quy tắc 1: nếu có ≥ 1 phân loại M được áp dụng và không có mặt phân loại B nào thì xếp vào u ác tính.
- Quy tắc 2: nếu có ≥ 1 phân loại B được áp dụng và không có mặt phân loại M nào, xếp vào u lành tính.
- Quy tắc 3: nếu cả 2 phân loại M và B đều có mặt thì không thể xếp loại u là lành hay ác tính.

Nhằm xác định độ chính xác của các quy luật này khi ứng dụng vào lâm sàng, một nghiên cứu đa trung tâm được thực hiện trên 1.066 bệnh nhân với 1.233 khối u buồng trứng, do Timmerman D và cộng sự thực hiện. Kết quả nghiên cứu được công bố trên *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2008. Cơ mẫu gồm 903 u lành (73%) và 330 u ác tính (27%),

trong đó, có 167 bệnh nhân có u buồng trứng cả 2 bên. Tuy nhiên, 10 quy luật đơn giản của IOTA chỉ có thể áp dụng cho 76% các khối u với độ nhạy lên đến 93% và độ đặc hiệu là 90%, tỷ số khả dĩ dương (positive likelihood ratio (LR+)) là 9,45 và tỷ số khả dĩ âm (negative likelihood ratio (LR-)) là 0,08.

Bảng 2. Bảng phân loại khối u lành hay ác tính trên siêu âm (IOTA simple rules).

Benign (B- rules)	Malignant (M-rules)
Nang một thùy	U đặc, thành u không trơn láng
Có sự hiện diện của phần đặc mà đường kính lớn nhất của phần đặc < 0,7 cm	Có dịch băng
Có sự hiện diện của bóng lũng	Có ít nhất 4 cấu trúc nhú
U đa thùy trơn láng với đường kính lớn nhất < 10 cm	U đặc đa thùy với đường kính lớn nhất > 10 cm
Không có tăng sinh mạch máu	Có tăng sinh mạch máu

MÔ HÌNH ADNEX "ASSESSMENT OF DIFFERENT NEOPLASIA IN THE ADNEXA"

Năm 2014, IOTA công bố mô hình ADNEX đánh giá nguy cơ ung thư buồng trứng (Van Calster và cs, 2014). Mô hình được xây dựng dựa trên dữ liệu siêu âm của 5.909 phụ nữ tại 24 trung tâm thuộc 10 quốc gia (Ý, Bỉ, Thụy Sĩ, Cộng hòa Czech, Ba Lan, Pháp, Vương quốc Anh, Trung Quốc, Tây Ban Nha và Canada) từ năm 1999 đến năm 2012. Có 9 yếu tố được sử dụng để tiên đoán một khối u phần phụ là: lành tính, giáp biên ác, ung thư giai đoạn I, ung thư giai đoạn II - IV hoặc ung thư di căn. Trong 9 yếu tố tiên đoán gồm có 3 yếu tố lâm sàng (tuổi, chỉ số Ca125, có phải trung tâm ung bướu hay không) và 6 yếu tố thuộc về mô tả khối u trên siêu âm (đường kính lớn nhất của khối u, kích thước lớn nhất của thành phần đặc, có nhiều hơn 10 thùy hay không, số lượng nhú, có sự hiện diện của bóng lưng hay không, và có dịch ổ bụng hay không). Kết cục chính là so sánh với phân loại trên mô học và các giai đoạn đánh giá trong phẫu thuật khối u. Kết quả cho thấy diện tích dưới đường cong ROC (AUC) để phân biệt giữa tính chất lành hay ác tính của khối u là 0,94 (0,93

- 0,95). Lần lượt AUC để phân biệt giữa lành tính và giáp biên ác là 0,85, 0,92 giữa lành tính và ung thư giai đoạn I, 0,99 giữa lành tính và ung thư giai đoạn II - IV và 0,95 giữa lành tính và ung thư di căn thứ phát. Riêng AUC để phân biệt giữa các nhóm ác tính dao động trong khoảng 0,71 và 0,95, như AUC là 0,75 trong phân biệt u giáp biên ác và ung thư giai đoạn I, 0,82 trong phân biệt ung thư giai đoạn II - IV và ung thư di căn thứ phát. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy mô hình ADNEX có giá trị dự đoán chính xác cao trong phân biệt tính chất lành ác của khối u, thậm chí có thể dự đoán các giai đoạn của ung thư chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Arney L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, Paladini D, Van Calster B, Vergote I, Van Huffel S, Valentin L (2008). Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer", *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*; Vol.31, No.6:681-90.
2. Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ferrazzi E, Arney L, Konstantinovic ML, Van Calster B, Collins WP, Vergote I, Van Huffel S, Valentin L (2005). Logistic regression model to distinguish between the benign and malignant adnexal mass before surgery: a multicenter study by the International Ovarian Tumor Analysis Group. *J Clinical Oncology*; Vol.23, 8794-801.
3. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I; International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group (2000). 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*; 16(5):500-5.
4. Van Calster B, Van Hoorde K, Valentin L, Testa AC, Fischerova D, Van Holsbeke C, Savelli L, Franchi D, Epstein E, Kaijser J, Van Belle V, Czekierdowski A, Guerriero S, Fruscio R, Lanzani C, Scala F, Bourne T, Timmerman D (2014). Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *The BMJ*; 349:g5920.



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG LẦN VII

Vinpearl Cần Thơ, thứ Bảy ngày 08/09/2018

Đăng ký ngay  0933.456.650 / hosrem@hosrem.vn