

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỆNH TUYẾN CƠ TỬ CUNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Du¹, Nguyễn Minh Tuấn², Lê Thị Ngọc Hương¹
Đặng Văn Tốt² và Nguyễn Thị Hằng^{2,✉}

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mắc bệnh tuyến cơ tử cung được phẫu thuật cắt tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023. Đây là nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của 296 bệnh nhân có chẩn đoán xác định bệnh tuyến cơ tử cung qua giải phẫu bệnh sau cắt tử cung. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $46,6 \pm 4,7$ tuổi; đa số đã sinh từ hai con trở lên (88,1%) và có tiền sử ít nhất một lần can thiệp vào tử cung như nạo, hút thai, mổ lấy thai hoặc phẫu thuật phụ khoa. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất bao gồm đau bụng (93,6%), đặc biệt là đau bụng kinh (64,5%), và chảy máu tử cung bất thường (79,4%). Thiếu máu ghi nhận ở 66,5% bệnh nhân, chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa. Trên siêu âm qua đường âm đạo, 87,5% bệnh nhân có hình ảnh lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung, phần lớn ở dạng lan tỏa và phân bố chủ yếu tại thành sau và đáy tử cung. Kết quả mô bệnh học cho thấy hơn một phần ba số trường hợp có kèm theo u xơ cơ tử cung.

Từ khóa: Bệnh tuyến cơ tử cung, đau bụng kinh, chảy máu tử cung bất thường, u xơ cơ tử cung, cắt tử cung.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tuyến cơ tử cung (adenomyosis), hay còn gọi là lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung (LNMTCTCTC), là tình trạng có sự hiện diện của các tuyến và mô đệm tương tự niêm mạc tử cung bên trong lớp cơ tử cung, chịu sự chi phối của hormone theo chu kỳ.^{1,2} Bệnh thường gặp ở 20 - 35% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng.³ Ở giai đoạn sớm, bệnh nhân có thể không có triệu chứng rõ ràng. Khi bệnh tiến triển, các biểu hiện thường gặp bao gồm đau bụng kinh kéo dài, rối loạn kinh nguyệt,

và có thể dẫn đến vô sinh, gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ.^{1,4} Các triệu chứng này thường không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý phụ khoa khác như u xơ tử cung, khiến việc chẩn đoán lâm sàng trở nên khó khăn.⁵ Siêu âm qua đường âm đạo hiện là phương tiện hình ảnh học đầu tay để phát hiện các tổn thương, tuy nhiên, độ chính xác vẫn phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ thực hiện và diễn giải hình ảnh.⁶

Trong nhiều năm qua, bệnh tuyến cơ tử cung được quản lý bằng cả phương pháp nội khoa và phẫu thuật, việc điều trị được cá nhân hóa cao tùy thuộc vào độ tuổi, triệu chứng lâm sàng và mong muốn sinh con trong tương lai. Cho đến nay, cắt bỏ tử cung vẫn là phương

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hằng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Nguyennamhmu26@gmail.com

Ngày nhận: 04/06/2025

Ngày được chấp nhận: 04/08/2025

pháp điều trị dứt điểm duy nhất cho những bệnh nhân bị bệnh tuyến cơ tử cung đã đủ con, đặc biệt là các trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa.⁷ Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nói riêng và các cơ sở y tế khác nói chung, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá toàn diện về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý này trong nhóm bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân mắc bệnh tuyến cơ tử cung được phẫu thuật cắt tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án chẩn đoán bệnh tuyến cơ tử cung, được phẫu thuật cắt tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và có kết quả giải phẫu bệnh xác định bệnh tuyến cơ tử cung.

- Có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh lý không phải bệnh tuyến cơ tử cung.

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung vì lý do khác.

- Các trường hợp đã phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Chọn mẫu: Toàn bộ các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(\epsilon \cdot p)^2}$$

Trong đó:

+ n: cỡ mẫu tối thiểu dành cho người nghiên cứu.

+ Z: hệ số tin cậy (với mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$).

+ p: tỷ lệ bệnh tuyến cơ tử cung; theo nghiên cứu của tác giả Chunda RG (2013), tỷ lệ bệnh tuyến cơ tử cung qua mô bệnh học là 20,5%, do vậy chọn $p = 0,205$.⁸

+ ϵ : khoảng sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,25$.

Thay vào công thức trên tính được $n = 239$.

Như vậy cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu cần thu thập được là 239 đối tượng. Trên thực tế, chúng tôi đã thu thập được tổng 296 đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Thu thập và xử lý số liệu:

Hồi cứu số liệu của bệnh nhân có trong bệnh án tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo tiêu chuẩn lựa chọn và ghi chép lại vào phiếu thu thập thông tin theo mẫu nghiên cứu.

Các biến số được thu thập bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, tình trạng thiếu máu, kết quả siêu âm và giải phẫu bệnh lý.

Số liệu được làm sạch trước khi được nhập trên phần mềm Epidata 3.1 và được mã hóa, chỉ thành viên trực tiếp nghiên cứu được quyền tiếp cận số liệu. Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 25.0 với các test thống kê y học.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu sử dụng các thông tin trên hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp đến đối tượng. Mọi thông tin nghiên cứu đều được mã hóa, đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Tổng cộng có 296 bệnh nhân bệnh tuyến cơ tử cung được phẫu thuật cắt tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi với độ tuổi trung bình là $46,6 \pm 4,7$ tuổi. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đã có từ hai con trở lên (88,1%).

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử của đối tượng nghiên cứu (n = 296)

Tiền sử điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tiền sử can thiệp ngoại khoa (Thủ thuật, phẫu thuật)	Chưa từng có can thiệp	19	6,4
	Nạo, hút thai	115	38,9
	Mổ lấy thai	69	23,3
	Phẫu thuật phụ khoa	99	33,4
	Phẫu thuật ổ bụng khác	59	19,9
Tiền sử điều trị lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung	Chưa từng điều trị	71	24,0
	Đặt vòng Mirena	39	13,2
	GnRH đồng vận	145	49,0
	Thuốc giảm đau	225	76,0
	Thuốc nội tiết đường uống	219	74,0

Bệnh nhân có tiền sử nạo, hút thai chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,9%, mổ lấy thai chiếm 23,3%. Chỉ có 19 bệnh nhân chưa từng trải qua bất cứ thủ thuật hay phẫu thuật nào, chiếm tỷ lệ 6,4%. Đa số bệnh nhân đã từng điều trị nội

khoa (76%). Trong đó, phần lớn bệnh nhân được điều trị thuốc giảm đau, các thuốc nội tiết đường uống như thuốc tránh thai phối hợp, dienogest (lần lượt 76% và 74%) và gần một nửa đã điều trị GnRH đồng vận.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng (n = 296)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu tử cung bất thường	235	79,4
Rong kinh	174	58,8
Rong huyết	61	20,6
Đau bụng	277	93,6
Đau bụng kinh	191	64,5
Đau khi giao hợp	51	17,3
Đau vùng chậu mạn tính	35	11,8

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử vô sinh/sảy thai liên tiếp	139	46,9
Các triệu chứng tiết niệu và tiêu hoá	24	8,1
Khó đi tiểu	9	3,0
Khó đại tiện	15	5,1

Đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất (93,6%), trong đó đau bụng kinh thường gặp nhất (64,5%). Chảy máu tử cung bất thường đứng thứ hai (79,4%), chủ yếu là rong kinh

(58,8%). Có 46,9% bệnh nhân có tiền sử vô sinh hoặc/và sảy thai liên tiếp (46,9%). Các triệu chứng liên quan đến tiết niệu và tiêu hoá ít gặp hơn (8,1%).

Bảng 3. Mức độ thiếu máu (n = 296)

Mức độ thiếu máu theo Hemoglobin (Hb)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không thiếu máu (Hb > 120 g/L)	99	33,5
Thiếu máu nhẹ ($100 \leq \text{Hb} \leq 120$ g/L)	94	31,8
Thiếu máu vừa ($80 \leq \text{Hb} < 100$ g/L)	77	26,0
Thiếu máu nặng (Hb < 80 g/L)	26	8,7

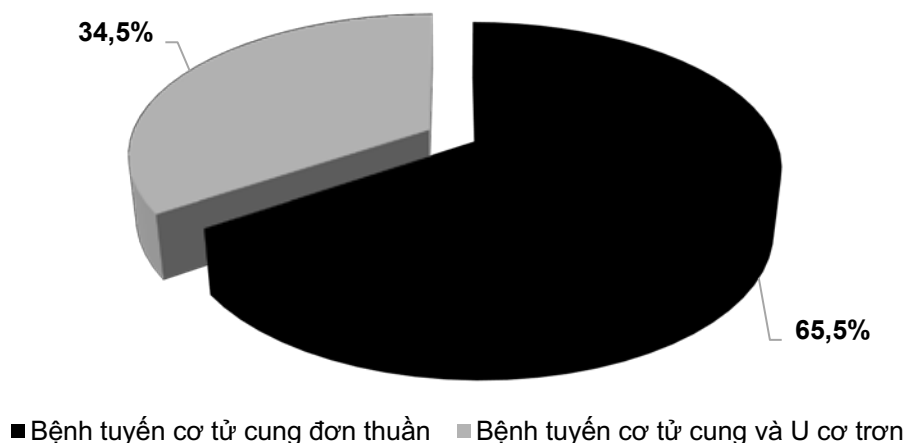
Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu, trong đó thiếu máu nhẹ 31,8%, thiếu máu vừa 26,0%. Có 26 trường hợp thiếu máu nặng, chiếm tỷ lệ 8,7%.

Bảng 4. Đặc điểm lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung trên siêu âm

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Sự hiện diện của lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung (n = 296)	Có	259	87,5
	Không	37	12,5
Vị trí lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung (n = 259)	Thành trước	96	37,1
	Thành sau	217	83,8
	Đáy	169	65,3
Phân loại lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung (n = 259)	Khu trú	39	15,1
	Lan tỏa	175	67,6
	U tuyến cơ	45	17,3

Tổn thương lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung phát hiện ở 259/296 trường hợp (87,5%), trong đó tổn thương nằm ở vị trí thành sau và

đáy là chủ yếu (tương ứng lần lượt là 83,8% và 65,3%). Phân bố lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung dạng lan tỏa thường gặp nhất (67,6%).



Biểu đồ 1. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh có 194 trường hợp bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần, chiếm tỷ lệ 65,5%, còn lại 102 trường hợp bệnh tuyến cơ tử cung kèm theo u xơ cơ tử cung, chiếm tỷ lệ 34,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chủ yếu trong độ tuổi tiền mãn kinh với tuổi trung bình là $46,6 \pm 4,7$ tuổi, phần lớn đã có đủ từ hai con trở lên. Theo Upson và Missmer (2020), tỷ lệ mắc bệnh tuyến cơ tử cung nói chung dao động từ 20% đến 35%, tăng theo tuổi và đạt đỉnh là 35% ở phụ nữ từ 40 đến 49 tuổi.³ Tuy nhiên, theo các báo cáo gần đây của Vannuccini và cộng sự (2024), Exacoustos và cộng sự (2022), tuổi mắc bệnh tuyến cơ tử cung ngày càng trẻ, tỷ lệ mắc 46% được tìm thấy ở phụ nữ từ 14 đến 24 tuổi với các triệu chứng lâm sàng ban đầu là đau bụng kinh và đau khi giao hợp.^{9,10} Bệnh tuyến cơ tử cung có thể là sự kết hợp của nhiều yếu tố nguy cơ, ngoài tuổi, tỷ lệ phụ nữ mắc bệnh cao hơn ở những người sinh nhiều con, đặc biệt có can thiệp thủ thuật, phẫu thuật vào buồng tử cung trước đó (Levgur và cộng sự, 2000; Panganamamula và cộng sự, 2004).^{1,11} Nhiều giả thuyết cho rằng bệnh lý

này xảy ra khi các tuyến nội mạc tử cung xâm lấn lớp cơ tử cung, với sự phá vỡ ranh giới nội mạc tử cung - cơ tử cung làm tăng nguy cơ lạc nội mạc tử cung vào cơ tử cung.¹¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân đều có ít nhất một lần can thiệp thủ thuật, phẫu thuật với tỷ lệ bệnh nhân đã nạo, hút thai rất cao chiếm 38,9%, mổ lấy thai với hơn 23%.

Bệnh tuyến cơ tử cung có thể từ không có triệu chứng đến các bệnh cảnh khác nhau như đau vùng chậu, chảy máu tử cung bất thường, hiếm muộn, hoặc kết hợp nhiều triệu chứng trên.² Nghiên cứu này cho thấy đa số bệnh nhân đều biểu hiện đau bụng phải dùng đến thuốc giảm đau, trong đó chủ yếu đau bụng khi hành kinh (64,5%). Ngoài ra, còn gặp các triệu chứng chảy máu tử cung bất thường, tiền sử vô sinh/sảy thai liên tiếp (lần lượt 79,4% và gần 50%). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu trước đây của Gordts và cộng sự (2018), nhóm bệnh nhân đến khám vì đau bụng kinh chiếm gần 93,4%.² Trên thực tế, khoảng 30% phụ nữ mắc bệnh không có triệu chứng (Peric và cộng sự, 2006).⁴ Cơ chế bệnh sinh hiện vẫn chưa được hiểu rõ và có rất ít thông tin về sự khác biệt mô bệnh học cũng như bệnh sinh ở những phụ nữ không triệu chứng.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có biểu hiện thiếu máu (66,5%), chủ yếu mức độ nhẹ và trung bình (theo phân loại mức độ thiếu máu dựa vào nồng độ hemoglobin của Tổ chức Y tế Thế giới). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Parazzini và cộng sự (2009), ghi nhận khoảng 52% bệnh nhân thiếu máu.⁷ Điều này có thể được giải thích do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm có triệu chứng nặng hơn và phải chỉ định cắt tử cung. Thiếu máu là một trong những yếu tố phản ánh hậu quả và mức độ của bệnh lý bệnh tuyến cơ tử cung. Việc can thiệp điều trị kịp thời giúp giảm lượng máu mất và tránh biến chứng trầm trọng do bệnh tuyến cơ tử cung gây ra.

Rất khó chẩn đoán xác định bệnh tuyến cơ tử cung nếu chỉ dựa vào lâm sàng do triệu chứng của bệnh rất đa dạng và khó phân biệt với các bệnh lý khác. Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán là đặc điểm mô học của những trường hợp phẫu thuật cắt tử cung.¹ Hiện nay, siêu âm và cộng hưởng từ (MRI) là hai kỹ thuật được sử dụng trong thực hành để chẩn đoán bệnh tuyến cơ tử cung. Mỗi phương pháp có giá trị chẩn đoán riêng, tuy nhiên siêu âm ưu thế hơn do giá thành thấp, không cần chuẩn bị bệnh nhân, không có chống chỉ định và giá trị chẩn đoán tốt. Vì vậy, tất cả bệnh nhân đều được siêu âm qua ngã âm đạo để đánh giá tổn thương. Theo đồng thuận của MUSA 2019 (Morphological Uterus Sonographic Assessment group), sự hiện diện của bệnh tuyến cơ tử cung điển hình được mô tả với các đặc điểm trên siêu âm như sau:⁶ tử cung hình cầu, dày thành tử cung không đối xứng, nhiều nang nhỏ, nhiều đảo tăng âm trong cơ tử cung, bóng hình rỗng, đường tăng âm dưới nội mạc tử cung, mạch máu xuyên tổn thương trên siêu âm Doppler, vùng nổi không đều và gián đoạn vùng nổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả siêu âm phát hiện phần

lớn bệnh nhân có tổn thương lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung (87,5%), chủ yếu nằm ở thành sau và đáy tử cung. Đa số trường hợp đều xuất hiện tổn thương lan toả với kích thước tử cung lớn hơn bình thường, đây là một trong số các yếu tố lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân. Ngoài ra, có một số ít trường hợp không ghi nhận các tổn thương lạc nội mạc trước mổ trên siêu âm, điều này có thể do một phần kinh nghiệm của bác sĩ thực hiện và diễn giải hình ảnh.

Trong nhiều trường hợp, bệnh tuyến cơ tử cung thường kèm theo u xơ cơ tử cung, điều này đôi khi rất khó phân biệt trước khi phẫu thuật, do một số đặc điểm giống nhau về cả lâm sàng lẫn chẩn đoán hình ảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 194 trường hợp bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần, chiếm tỷ lệ 65,5%; còn lại 102 trường hợp bệnh tuyến cơ tử cung kèm u xơ cơ tử cung, chiếm tỷ lệ 34,5%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Naftalin và cộng sự (2012) với 22,8%.⁵

Về việc lựa chọn các phương pháp điều trị cho bệnh tuyến cơ tử cung hiện nay vẫn chưa có một phác đồ thống nhất và cụ thể do bệnh lý này có biểu hiện lâm sàng đa dạng và đáp ứng điều trị khác nhau.¹² Xu hướng điều trị hiện đại là cá thể hóa, ưu tiên các phương pháp nội khoa hoặc can thiệp bảo tồn tử cung, đặc biệt ở những phụ nữ còn mong muốn sinh con. Tuy nhiên, đối với nhóm bệnh nhân không còn nhu cầu sinh sản, triệu chứng nặng kéo dài, tổn thương lan toả hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống, phẫu thuật cắt tử cung vẫn là phương pháp điều trị triệt để, giúp loại bỏ hoàn toàn nguồn gốc bệnh lý.¹² Ngoài ra, phẫu thuật còn đóng vai trò trong việc xác định chẩn đoán qua giải phẫu bệnh, đặc biệt trong những trường hợp triệu chứng không điển hình hoặc hình ảnh học không đặc hiệu.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được xem xét. Do thiết kế hồi cứu, dữ liệu phụ thuộc hoàn toàn vào hồ sơ bệnh án, tiềm ẩn nguy cơ thiếu sót thông tin. Ngoài ra, cộng hưởng từ (MRI) chưa được sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán hình ảnh, nên chưa đánh giá chính xác mức độ của bệnh cũng như giúp phân biệt với các bệnh lý khác. Đồng thời, đối tượng nghiên cứu chỉ tập trung vào bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, nên kết quả không phản ánh được đặc điểm bệnh ở nhóm nhẹ hơn hoặc chưa can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh tuyến cơ tử cung ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung có biểu hiện lâm sàng đa dạng. Phần lớn bệnh nhân đã sinh đủ con, có triệu chứng kéo dài như đau bụng kinh, chảy máu tử cung bất thường và thiếu máu mức độ nhẹ đến vừa, không đáp ứng với điều trị nội khoa. Trên siêu âm qua đường âm đạo, tổn thương thường có dạng lan tỏa, tập trung tại thành sau và đáy tử cung. Mô bệnh học ghi nhận tỷ lệ phối hợp với u xơ cơ tử cung tương đối cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Levgur M, Abadi MA, Tucker A. Adenomyosis: symptoms, histology, and pregnancy terminations. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(5): 688-691. doi:10.1016/s0029-7844(99)00659-6.
- Gordts S, Grimbizis G, Campo R. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. *Fertil Steril.* 2018; 109(3): 380-388. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.01.006.
- Upton K, Missmer SA. Epidemiology of Adenomyosis. *Seminars in Reproductive Medicine.* 2020; 38: 089-107. doi:10.1055/s-0040-1718920.
- Peric H, Fraser IS. The symptomatology of adenomyosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006; 20(4): 547-555. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.01.006.
- Naftalin J, Hoo W, Pateman K, Mavrellos D, Holland T, Jurkovic D. How common is adenomyosis? A prospective study of prevalence using transvaginal ultrasound in a gynaecology clinic. *Hum Reprod.* 2012; 27(12): 3432-3439. doi:10.1093/humrep/des332.
- Sonographic classification and reporting system for diagnosing adenomyosis - Van den Bosch - 2019 - Ultrasound in Obstetrics & Gynecology - Wiley Online Library. Accessed October 17, 2024. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.19096>.
- Parazzini F, Mais V, Cipriani S, Busacca M, Venturini P. Determinants of adenomyosis in women who underwent hysterectomy for benign gynecological conditions: Results from a prospective multicentric study in Italy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* 2009; 143(2): 103-106. doi:10.1016/j.ejogrb.2008.12.010.
- Chunda RG. Trans-vaginal ultrasound diagnosis of adenomyosis with histologic correlation. Published online 2013. Accessed November 25, 2024. <http://hdl.handle.net/11427/3039>.
- Vannuccini S, Meleca C, Toscano F, et al. Adenomyosis diagnosis among adolescents and young women with dysmenorrhoea and heavy menstrual bleeding. *Reproductive BioMedicine Online.* 2024; 48(5): 103768. doi:10.1016/j.rbmo.2023.103768.
- Exacoustos C, Lazzeri L, Martire FG, et al. Ultrasound Findings of Adenomyosis in Adolescents: Type and Grade of the Disease. *Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2022; 29(2): 291-299.e1. doi:10.1016/j.jmig.2021.08.023.

11. Panganamamula UR, Harmanli OH, Isik-Akbay EF, Grotegut CA, Dandolu V, Gaughan JP. Is prior uterine surgery a risk factor for adenomyosis? *Obstet Gynecol.* 2004; 104(5 Pt 1): 1034-1038. doi:10.1097/01.

AOG.0000143264.59822.73.

12. Sharara FI, Kheil MH, Feki A, et al. Current and Prospective Treatment of Adenomyosis. *Journal of Clinical Medicine.* 2021; 10(15): 3410. doi:10.3390/jcm10153410.

Summary

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ADENOMYOSIS UNDERGOING HYSTERECTOMY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with adenomyosis who underwent hysterectomy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology between January 2022 and December 2023. This retrospective study was based on the medical records of 296 patients whose diagnosis of adenomyosis was confirmed by histopathological examination after hysterectomy. The mean age was 46.6 ± 4.7 years old; the majority (88.1%) had at least two prior deliveries and a history of uterine interventions such as dilation and curettage, cesarean section, or gynecologic surgery. The most common clinical symptoms were pelvic pain (93.6%), particularly dysmenorrhea (64.5%), and abnormal uterine bleeding (79.4%). Anemia was reported in 66.5% of patients, mostly mild to moderate in severity. 87.5% of adenomyosis lesions were detected by transvaginal ultrasound, predominantly diffuselesion and primarily located in the posterior uterine wall and fundus. Histopathological results showed that more than one-third of allcases had coexisting uterine fibroids.

Keywords: Adenomyosis, dysmenorrhea, abnormal uterine bleeding, uterine fibroids, hysterectomy.