

hợp với nghiên cứu tương tự của Grover (2017), Kamran (2017) và Faria (2021)^{2,4,6}.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở bè từ bên trong có tác dụng hạ nhãn áp tốt, làm giảm đáng kể số lượng thuốc hạ nhãn áp trên mắt bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật thất bại. Biến chứng hay gặp nhất của kĩ thuật là xuất huyết tiền phòng nhưng hầu hết tự khỏi hoặc ổn định với điều trị nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grover DS, Godfrey DG, Smith O, Feuer WJ, Montes de Oca I, Fellman RL.** Gonioscopy-assisted transluminal trabeculotomy, ab interno trabeculotomy: technique report and preliminary results. *Ophthalmology*. Apr 2014;121(4):855-61. doi:10.1016/j.ophtha.2013.11.001
2. **Rahmatnejad K, Pruzan NL, Amanullah S, et al.** Surgical Outcomes of Gonioscopy-assisted Transluminal Trabeculotomy (GATT) in Patients With Open-angle Glaucoma. *J Glaucoma*. Dec 2017;26(12):1137-1143. doi:10.1097/IJG.0000000000000802
3. **Olali C, Rotchford AP, King AJ.** Outcome of repeat trabeculectomies. *Clin Exp Ophthalmol*. Sep-Oct 2011;39(7):658-64. doi:10.1111/j.1442-9071.2011.02519.x
4. **Grover DS, Godfrey DG, Smith O, Shi W, Feuer WJ, Fellman RL.** Outcomes of Gonioscopy-assisted Transluminal Trabeculotomy (GATT) in Eyes With Prior Incisional Glaucoma Surgery. *J Glaucoma*. Jan 2017;26(1):41-45. doi:10.1097/IJG.0000000000000564
5. **Sato T, Kawaji T, Hirata A, Mizoguchi T.** 360-degree suture trabeculotomy ab interno to treat open-angle glaucoma: 2-year outcomes. *Clin Ophthalmol*. 2018;12:915-923. doi:10.2147/OPHTH.S161238
6. **Faria BM, Daga FB, Reboucas-Santos V, et al.** Gonioscopy-assisted transluminal trabeculotomy (GATT) outcomes in eyes with open-angle glaucoma resistant to maximum treatment. *Arq Bras Oftalmol*. Nov-Dec 2021; 84(6):587-593. doi:10.5935/0004-2749.20210083

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ 1.5 TESLA CHẨN ĐOÁN RAU CÀI RĂNG LƯỢC TRÊN THAI PHỤ CÓ Sẹo MỔ ĐỂ CỬ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Khắc Hưng¹, Vũ Đăng Lưu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rau cài răng lược (RCRL) là một bệnh lý sản khoa gây bằng huyết trầm trọng và nguyên nhân hàng đầu dẫn đến cắt tử cung. Chẩn đoán và đánh giá độ sâu xâm lấn của bánh nhau giúp giảm thiểu biến chứng cho thai phụ. **Mục tiêu:** Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán RCRL trên sẹo mổ đẻ cũ. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu & tiền cứu 62 hồ sơ. Mẫu là các thai phụ chụp CHT về RCRL từ tháng 1/2021 – 10/2022; được mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh trong trường hợp cắt tử cung. **Kết quả:** CHT chẩn đoán đúng 55 trường hợp trong tổng số 62 trường hợp nghiên cứu với 50 trường hợp có RCRL, 5 trường hợp không có NCRL. Độ chính xác của 5 dấu hiệu CHT: gián đoạn hay mỏng khu trú lớp cơ tử cung (61.8%), lõi bờ tử cung (45.4%), dải băng tối trong nhau trên hình T2W (63.6%), tín hiệu bánh nhau không đồng nhất (69%), khối lõi khu trú & gián đoạn thành bàng quang (10.9%). Khối lõi khu trú & gián đoạn thành

bàng quang (OR: 6.833; CI 95%; 1.343 – 38. 670) là chỉ số có giá trị cao nhất trong tiền lượng xâm lấn của RCRL. **Kết luận:** CHT có giá trị cao trong chẩn đoán NCRL (90.9%) và phân loại được RCRL.

Từ khóa: CHT, RCRL, rau dính cơ, rau xâm lấn cơ, rau xuyên cơ.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN GRAVID WOMEN FOR PLACENTA ACCRETA IN PREGNANT WOMAN HAVE CESAREAN SCAR AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Introduction: Placenta accreta is an obstetric condition associated with life-threatening hemorrhage, the main cause of postpartum hysterectomy. Its diagnosis and evaluation of degree of invasiveness can help to reduce maternal mortality and morbidity. **Objectives:** Study on the value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta on cesarean scar. **Materials and methods:** retrospective & prospective describe study. Gravid women at high risk of placenta accreta (previous placental and/or uterine scarring) underwent MRI between 1/2021 and 10/2022. The MRI findings were compared with the final pathologic or operative findings as a gold standard at Hanoi obstetrics & Gynecology Hospital. **Results:** 55 of 62 patients who had MRI prenatally to evaluate for placenta accreta

¹Bệnh viện phụ sản Hà Nội

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khắc Hưng

Email: khachungbvps@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023

were accurately identified. Of those 62 patients, MRI correctly identified the presence of placenta accreta in 50 patients and the absence of placenta accreta in 5 patients. There are 5 MRI findings such as local thinning or interruption of myometrium (61.8%), uterine bulging (45.4%), presence of dark intraplacental bands on T2W imaging (63.6%), heterogenous placenta (69%), focal exophytic mass & bladder wall interruptio (10.9%). Focal exophytic mass & bladder wall interruptio (OR: 6.833; CI 95%; 1.343 – 38. 670) is the index with the highest value in the invasive prognosis of placenta accreta.

Keywords: Magnetic resonance imaging, placenta accreta vera, placenta increta, placenta percreta.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược là tình trạng bám bất thường một phần hay toàn bộ bánh rau vào cơ tử cung, khiến rau không bong hoàn toàn sau sinh hay sau mổ lấy thai, gây nhiều hậu quả trầm trọng cho cả mẹ và thai, thường gặp nhất là băng huyết sau sinh; nguyên nhân hàng đầu trong cắt tử cung cấp cứu. Tùy độ sâu xâm lấn của gai rau vào cơ tử cung phân thành 3 loại: rau dính cơ; gai nhau chỉ mối kết dính vào bề mặt cơ tử cung, rau xâm lấn cơ: gai rau xâm lấn sâu vào các lớp cơ tử cung, rau xuyên cơ là tình trạng nặng nhất khi gai rau xuyên qua toàn bộ lớp cơ ra đến thành mạc có thể xâm lấn vào các tạng lân cận (3) (4).

Chẩn đoán chính xác RCRL trước khi chấm dứt thai kỳ rất quan trọng, giúp các bác sĩ có kế hoạch quản lý và chọn phương pháp tối ưu nhất. Hiện nay, tầm soát và chẩn đoán trước sinh NCRL còn khó khăn, độ chính xác của SA và CHT vẫn còn là một vấn đề cần nghiên cứu (5,8). Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài "*Vai trò của CHT 1.5 Tesla trong chẩn đoán rau cài răng lược trên sản phụ có sẹo mổ cũ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi và tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Chọn tất cả thai phụ chụp CHT về RCRL từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có kết quả phẫu thuật và GPB sau mổ.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Kết quả được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 và được trình bày số liệu dưới dạng bảng, biểu đồ.

- Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn nếu kết quả có phân phối chuẩn, hoặc dưới dạng số trung vị

và tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn.

- Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ 1/2021 – 10/2022 có 62 trường hợp nguy cơ RCRL trên lâm sàng được chụp CHT

Bảng 1. Đặc điểm chung về dân số nghiên cứu

Nhóm tuổi	N	Tỷ lệ (%)	
20 – 29	10	18.2	18.2
30 – 39	32	58.2	81.8
≥ 40	13	23.6	
Tổng	55	100	100

Tuổi trung bình 35,49; nhóm tuổi bị RCRL nhiều nhất từ 30 - 39 tuổi (32 trường hợp, chiếm tỉ lệ 58,2%). Trong xu hướng hiện nay, thời điểm kinh tế xã hội càng phát triển thì tuổi lập gia đình và sinh con của phụ nữ càng muộn, do đó tỉ lệ mẹ lớn tuổi càng gia tăng và đây là yếu tố nguy cơ của NCRL (1,2)

Bảng 2. Đặc điểm bánh nhau của thai kỳ hiện tại

Đặc điểm LS và CLS	Số thai phụ	Số lượng	Tỷ lệ %
Loại RTĐ	RTĐ trung tâm	54	87
	RTĐ: bán trung tâm, bám thấp, bám mép	8	13
Vị trí rau	Mặt trước	43	69,4
	Mặt sau	11	17,7
	Mặt bên	8	12,9

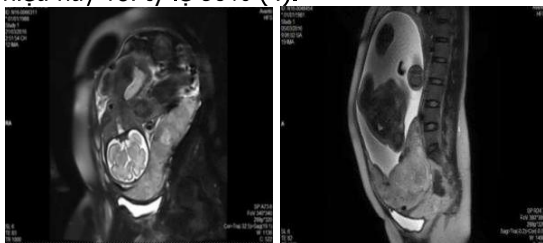
Tất cả 62 trường hợp trong nghiên cứu đều có RTĐ thường gặp nhất là rau mặt trước 69,4%. Sẹo mổ lấy thai cũng ở mặt trước, sự hiện diện của 2 yếu tố này trên cùng thai phụ thì tần suất NCRL tại vị trí này rất cao. Riêng đối với sau mặt bên và mặt sau khảo sát của SA bị giới hạn vì vị trí nhau xa đầu dò và bị che khuất bởi các phần của thai nhi. Do đó khảo sát nhau trong 2 trường hợp này cần phải kết hợp với CHT vì bánh nhau được khảo sát trên cả 3 mặt phẳng không gian, khắc phục được những nhược điểm đã kể trên của SA (3).

Bảng 3. Các dấu hiệu trên CHT của RCRL

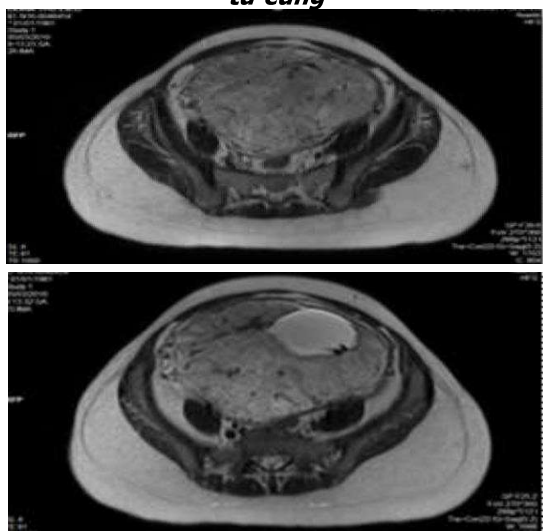
Các dấu hiệu CHT	Số thai phụ	Tỷ lệ %
(1) Gián đoạn hay mỏng khu trú lớp cơ tử cung	34	61.8
(2) Lồi bờ tử cung	25	45.4
(3) Dải băng tối trong rau trên chuỗi xung T2W	35	63.6
(4) Tín hiệu không đồng nhất trong rau	38	69

(5) Gián đoạn thành bàng quang & khối lồi khu trú	6	10,9
---	---	------

Gián đoạn hay mỏng khu trú lớp cơ tử cung, tín hiệu không đồng nhất trong rau & dải băng tối trong rau trên chuỗi xung T2W là các dấu hiệu thường gặp nhất trong 5 dấu hiệu CHT. Càng có nhiều dấu hiệu trên cùng một thai phụ thì độ chính xác trong chẩn đoán RCRL càng cao. Theo Morel và cs (7) từ Hiệp hội Quốc tế về rau thai xâm lấn bất thường (www.IS-AIP.org; trước đây là EW-AIP) với 13 bài báo đã được kiểm tra để tìm từ ngữ được sử dụng để mô tả các dấu hiệu AIP. Nhóm chuyên gia nhất trí đưa ra 5 mô tả chung cho các dấu hiệu được nhìn thấy trên chuỗi xung T1W và T2W, nhằm mục đích mô tả rõ ràng dấu hiệu hoặc dấu hiệu (gợi ý IS-AIP). Các tác giả thấy rằng dấu hiệu gián đoạn hay mỏng khu trú cơ tử cung là dấu hiệu hay gặp nhất trong các nghiên cứu tổng hợp. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy và cs trên 41 sản phụ chụp CHT có RCRL năm 2017 cũng ghi nhận dấu hiệu này với tỷ lệ 80% (4).



Hình 1: Gián đoạn mỏng cơ tử cung & lồi bờ tử cung



Hình 2: Bánh rau không đồng nhất và các dải tối trong bánh rau



Hình 3: Mô rau xâm lấn ra cơ quan lân cận. Mức độ tương hợp giữa CHT và GP, GPB trong chẩn đoán RCRL

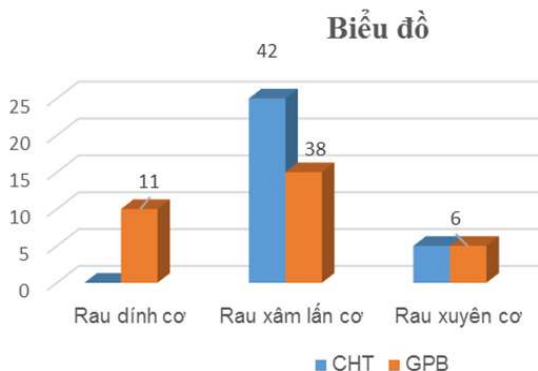
Trong nghiên cứu, CHT chẩn đoán đúng 55/62 trường hợp so với kết quả GP, GPB trong đó bao gồm 50/55 trường hợp (90.9%) có RCRL và 5/7 trường hợp (71,4%) không có RCRL. Điều này chứng tỏ CHT chẩn đoán khá chính xác trong bệnh cảnh RCRL. CHT có nhiều ưu thế trong chẩn đoán RCRL vì khảo sát được cả 3 chiều không gian của bánh nhau và mặt phân cách giữa rau-cơ tử cung. Với trường hợp khảo sát rộng CHT khảo sát được toàn thể bánh nhau, đánh giá sự biến đổi hình dạng tử cung và sự xâm lấn ra các tạng lân cận trong trường hợp nhau xuyên cơ. Ưu điểm vượt trội của CHT là việc phát hiện xuất huyết, nhồi máu trong nhau thể hiện bằng những nốt và dải tín hiệu thấp trên xung T2W gọi là dải tối hay những vùng tín hiệu cao trên xung T1W. Ngoài việc phát hiện xuất huyết, nhồi máu trong nhau CHT còn phát hiện những khối máu tụ sau nhau, dưới màng ối, dưới màng đệm hay ổ trong cổ tử cung. Dấu hiệu mạch máu trên CHT là những dòng trống tín hiệu nên dễ phát hiện hiện tượng tăng sinh mạch tại mặt phân cách giữa nhau-cơ tử cung hay giữa nhau các tạng lân cận bị nhau xâm lấn là điểm mấu chốt để tìm ra vị trí RCRL. Độ phân giải mô mềm cao của CHT giúp phân biệt rõ mô nhau và cơ tử cung. Như vậy nhờ vào những dấu hiệu đặc trưng riêng của CHT giúp nhận định mô nhau, cơ tử cung, mạch máu tăng sinh, xuất huyết nhồi máu và sự biến đổi hình dạng tử cung để chẩn đoán xác định RCRL, mức độ và diện tích vùng RCRL.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng siêu âm trong chẩn đoán RCRL có độ nhạy cao hơn (94.5%) so với CHT (90.9%) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ tuy nhiên độ đặc hiệu trong chẩn đoán của siêu âm thấp hơn so với CHT (57,2% so với 71.45).

Ưu thế nổi bật của CHT so với siêu âm là đánh giá độ sâu xâm lấn của RCRL, cụ thể là phân loại RCRL. Đặc điểm này có giá trị quan

trọng trong việc chọn phương pháp mổ cắt tử cung hay bảo tồn tử cung. Trong lô nghiên cứu gồm 62 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng có RCRL 50/55 trường hợp. Trong đó gồm 42 trường hợp rau xâm lấn cơ, 6 trường hợp nhau xuyên cơ và 2 trường hợp nhau dính cơ. So với kết quả GP, GPB 6 trường hợp rau xuyên cơ đều đúng đạt độ chính xác 100%. Trong 42 trường hợp nhau xâm lấn cơ của CHT thì thật sự chỉ đúng 38 trường hợp, 4 trường hợp là rau dính cơ. 7 trường hợp CHT chẩn đoán không có RCRL nhưng kết quả GP, GPB 2 trường hợp rau dính cơ. Tra cứu lại hình ảnh CHT chúng tôi thấy rằng 2 trường hợp nhau dính cơ mà CHT bỏ sót khả năng do mức độ dính ít nên cơ tử cung không đủ mỏng để nhận định và chưa làm thay đổi hình dạng tử cung nên không thấy được dấu hiệu lồi bờ, không có xuất huyết, nhồi máu trong nhau nên không có dấu hiệu dải băng đen. 6 trường hợp CHT đọc là xâm lấn cơ nhưng chỉ là dính cơ do người đọc lầm dấu hiệu dải băng đen trong nhau với vách rau và không thấy được chỗ cơ tử cung ở mặt sau bị gián đoạn.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng CHT trong chẩn đoán RCRL thể xuyên cơ là chính xác tuyệt đối với dấu hiệu mô rau xâm lấn cơ quan lân cận quan sát chính xác (6/6). Độ nhạy trong chẩn đoán rau dính cơ thấp 22.2% do dấu hiệu mỏng cơ tử cung khó phân định và với chiều dày mỏng đơn độc khó để khẳng định rau dính cơ. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài (8), (9).



Hình 4: Mức độ tương hợp giữa CHT & GPB trong chẩn đoán RCRL

Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng phân tích hồi quy logistic: gián đoạn thành băng quang & khối lồi khu trú (OR: 6.833; CI 95%; 1.343 – 38. 670) là chỉ số có giá trị cao nhất trong tiên lượng xâm lấn của RCRL. Nghiên cứu của tác giả Flore Anne và cs (9) trong số 82 sản

phụ có 29 sản phụ (35%) có RCRL dính cơ và xâm lấn và 53 sản phụ (65%) RCRL xuyên cơ. Liên quan đến các dấu hiệu trên CHT, tín hiệu bánh rau không đồng nhất (OR 12,89; CI 95% 3,05-89,16; p = 0,002), dải nội tối trong bánh rau (OR 12,89; CI 95% 3,05-89,16; p = 0,002) và gián đoạn thành băng quang (OR 15,89; 95% CI 4,78-73,33; p <0,001) có giá trị cao hơn trong việc đánh giá rau có tính chất xâm lấn.

IV. KẾT LUẬN

CHT có độ chính xác cao trong chẩn đoán RCRL với độ nhạy 90.9%, độ đặc hiệu 71,4%, giá trị dự báo dương tính 96,1%, độ chính xác 88.7%. CHT còn có vai trò phân loại RCRL. Với loại rau xuyên cơ là hình thức nặng nhất của RCRL thì CHT chẩn đoán đúng 100%. Rau xâm lấn cơ loại thường gặp nhất trong 3 loại RCRL, CHT chẩn đoán đúng 83.6%. Riêng loại rau dính cơ là dạng nhẹ nhất CHT không có nhiều giá trị chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hương Trà.** (2011), Nghiên cứu về rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm 2007-2011, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Ngô Thị Minh Hà, Trần Danh Cường, and Nguyễn Liên Phương** (2016). Nhận xét về chẩn đoán và xử trí rau cài răng lược tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2015. Tạp chí phụ sản, 68-72.
3. **Nguyễn Tiên Công** (2016), Giá trị chẩn đoán của siêu âm trong rau tiền đạo cài răng lược ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Thu Thủy và cs** (2017), Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rau cài răng lược, Tạp chí y học thành phố HCM, số 1, tập 21.
5. **D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A.** Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42:509-517
6. **S Collins et al.** Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 271 – 275
7. **Morel et al.** A proposal for standardized magnetic resonance imaging (MRI) descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 100: 391 -37.
8. **Sophie Riteau et al.** Accuracy of Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Placenta Accreta. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Feb; 45(2):198-206.
9. **Flore-Anne Pain et al.** Percreta score to differentiate between placenta accreta and placenta percreta with ultrasound and MR imaging. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2022; 101; 1134-114.