

HIỆU QUẢ CỦA HÚT DỊCH Ứ ĐỘNG BUỒNG TỬ CUNG SỚM Ở BỆNH NHÂN CHUYỂN PHÔI TRỮ CÓ KHUYẾT TẠI VẾT MỔ LẤY THAI CŨ

Hoàng Thị Diễm Tuyết
Bệnh viện Hùng Vương, Tp. Hồ Chí Minh

DOI 10.46755/vjog.2019.4.581

Từ khóa: Khuyết tại vị trí có vết mổ lấy thai cũ, hút dịch buồng tử cung.

Keywords: C section scar deficiency, intrauterine fluid aspiration.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) được thực hiện đầu tiên tại Việt nam vào năm 1998. Cho đến nay, Việt nam đã có 26 trung tâm hỗ trợ sinh sản trong cả nước với hơn 2000 trẻ ra đời hàng năm từ chương trình TTTON. Đa số các trường hợp TTTON chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai. Khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ gây khó khăn cho lần mang thai sau đặc biệt những trường hợp phải chuyển phôi trữ đông vì tình trạng ứ dịch buồng tử cung đồng thời nội mạc tử cung kém phát triển.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ thai lâm sàng và tỉ lệ hủy chu kỳ chuẩn bị nội mạc tử cung ở bệnh nhân có khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ có chuyển phôi trữ đông.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo loạt ca, trong thời gian từ 01/2016 đến 01/2019, 36 trường hợp có khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ chuẩn bị chuyển phôi đông tại bệnh viện Hùng vương thỏa tiêu chí nhận mẫu.

Kết quả: 36 trường hợp tham gia nghiên cứu với tuổi trung bình 37±2 tuổi, 30,5% sống tại thành phố Hồ Chí Minh. 15/36 (41,7%) có tiền căn mổ lấy thai trước đó ở các bệnh viện ngoài thành phố Hồ Chí Minh, 33/36 (91,7%) có tiền căn mổ lấy thai vì thai thụ tinh trong ống nghiệm. Tất cả 36 trường hợp đều được hút dịch sớm từ ngày thứ 7 của chuẩn bị nội mạc tử cung, có 22/36 (61,1%) hút dịch lần thứ hai vào ngày 14 của chuẩn bị nội mạc tử cung và 5/36 (13,9%) hút dịch lần 3 vào ngày 21 của chuẩn bị nội mạc tử cung. Trong 36 trường hợp tham gia nghiên cứu, có 05 trường hợp không thỏa tiêu chí chuyển phôi nên hủy chu kỳ, với tỉ lệ hủy chu kỳ là 5/36 (13,8%) thấp hơn nhiều so với can thiệp trước đây chỉ dùng kháng sinh và kháng viêm (40%). Tỉ lệ có thai đạt 16/31 (51,6%) và tỉ lệ thai lâm sàng đạt 14/31 (45,2%) tương đương tỉ lệ thai và thai lâm sàng chung của chuyển phôi trữ tại khoa Hiếm muộn bệnh viện Hùng vương.

Kết luận: Hút dịch buồng tử cung sớm trong chuẩn bị nội mạc tử cung

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Hoàng Thị Diễm Tuyết,
email: tranghmk08@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 03/05/2019
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
20/05/2019
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 20/05/2019

ở bệnh nhân chuyển phôi đông có khuyết tại vị trí có vết mổ lấy thai cũ giúp giảm tỉ lệ hủy chu kỳ và tăng tỉ lệ có thai và thai lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này nhưng cũng cần nghiên cứu mạnh hơn trong tương lai.

Từ khóa: Khuyết tại vị trí có vết mổ lấy thai cũ, hút dịch buồng tử cung.

Abstract

EARLY FLUID ASPIRATION AMONG C SECTION SCAR DEFICIENCY REDUCES CANCELLATION RATE AND INCREASES THE CLINICAL PREGNANCY RATE AMONG PATIENTS UNDERGOING FROZEN EMBRYO TRANSFER

Background: IVF (In vitro fertility) has been set up in Vietnam since 1998. There are 26 centers of IVF with more than 2000 babies per year in Vietnam until now. Almost all IVF pregnancies have been terminated by Cesarean sections (C section) in Vietnam. Deficient C section scars might have a negative effect on frozen embryo transfer cycles cause of both endometrium development and the fluid inside the uterus cavity.

Objectives: Determines whether early fluid aspiration among C section scar deficiency reduces cancellation rate and increases the clinical pregnancy rate among patients undergoing frozen embryo transfer.

Methodology: Case series report. 36 cases with C section scar impair followed endometrium preparation before frozen embryo transfer at Hung vuong hospital, from January 2016 to January 2019.

Results: The average age of participants is 37 ± 2 years. 30,5% patients are living in Ho Chi Minh city. 15/36 (41,7%) participants have had C section before going through IVF. 15/36 (41,7%) patients have C section from the other provinces. All 36 cases were aspirated early from the 7th day of endometrial preparation, 22/36 (61.1%) were second-hand suction on day 14 of uterine endometriosis and 5/36 (13.9%) were aspirated the third time on the 21st day of endometrial preparation. In 36 cases participating in the study, there were 05 cases that did not meet the criteria of embryo transfer, so the cycle was canceled, with the rate of cancellation of 5/36 (13.8%) which was much lower than that of the previous cycles using Antibiotics and anti-inflammatory (40%). The pregnancy rate is 16/31 (51.6%) and the clinical pregnancy rate is 14/31 (45.2%), which is equivalent to the general pregnancy and clinical pregnancy rate of embryo transfer at Infertility department of Hung vuong Hospital.

Conclusion: Early intrauterine fluid aspiration during endometrial preparation in frozen embryo transfer patients with C section scar failure reduced the cancellation rate and increased pregnancy and clinical pregnancy rate but more researchs were needed in the future for having a conclusion.

Keywords: C section scar deficiency, intrauterine fluid aspiration

1. Đặt vấn đề

Việt Nam hiện nay không chỉ đối diện với mức sinh thấp là 1,86 mà còn có tỉ lệ hiếm muộn trong dân số ở tuổi sinh sản là 7,7%. Điều trị hiếm muộn bằng thụ tinh trong ống nghiệm ở Việt nam được thực hiện vào năm 1997 tại bệnh viện Từ Dũ, đã đánh dấu một bước tiến mới của lãnh vực sản phụ

khoa Việt nam. Thụ tinh trong ống nghiệm (TTON) đã giúp cho nhiều cặp vợ chồng hiếm muộn thực hiện được thiên chức làm cha, làm mẹ góp phần mang lại hạnh phúc cho rất nhiều gia đình đồng thời giảm đáng kể tỉ lệ ly hôn trong xã hội [1]. Hơn 20 năm triển khai kỹ thuật TTON tại Việt nam, đến nay TTON đã gặt hái nhiều thành quả, từ việc cải thiện

một cách đáng kể tỉ lệ thành công đến thực hiện hầu hết các kỹ thuật tiên tiến trên thế giới. Theo báo cáo Bộ y tế, Việt nam hiện đã có 25 trung tâm hỗ trợ sinh sản trong cả nước bao gồm cả hệ thống công lập và tư nhân. Tại Việt nam đa phần TTON được kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai. Do đó, số lượng bệnh nhân quay lại trung tâm hỗ trợ sinh sản để mang thai lần hai với vết mổ lấy thai cũ khá thường xuyên.

Khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ (VMC) hiện nay vẫn chưa rõ cơ chế với nhiều giả thuyết khác nhau như: kỹ thuật may phục hồi cơ tử cung không chuẩn mực, không lấy đầy đủ các lớp của cơ tử cung, cơ chế ảnh hưởng quá trình lành sẹo của vết mổ, cơ chế dính vết mổ vào thành bụng gây nên tình trạng giảm tưới máu nuôi cơ tử cung trong quá trình lành sẹo [6].

Các trường hợp khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ đều dẫn đến tình trạng ứ dịch buồng tử cung và ảnh hưởng trực tiếp lên sự phát triển niêm mạc tử cung thuận lợi cho phôi làm tổ. Do đó, các trường hợp khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ cần chuẩn bị nội mạc để chuyển phôi trữ thường rất khó khăn vì phải đối diện với tình trạng niêm mạc tử cung kém phát triển và ứ dịch buồng tử cung từ đó góp phần làm tăng tỉ lệ hủy chu kỳ và giảm tỉ lệ có thai sau chuyển phôi [5].

Các can thiệp để xử lý tình trạng khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ hiện nay cũng còn nhiều bàn luận do hiệu quả các phương pháp điều trị chưa thật sự tỏ ra hiệu quả tuyệt đối. Thông thường khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ được can thiệp bằng phẫu thuật tạo hình lại vết mổ bằng việc mổ bụng hở hay phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên tỉ lệ vết mổ lành tốt và không còn hở sau phẫu thuật chỉ đạt được 50-70% [2,3]. Một số quan điểm khác trong điều trị chuẩn bị nội mạc ở bệnh nhân có khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ là sử dụng estrogen ngoại sinh chuẩn bị nội mạc tử cung cho đến khi đạt tiêu chuẩn chuyển phôi kết hợp sử dụng kháng sinh và kháng viêm. Tuy nhiên, phương cách này có tỉ lệ hủy chu kỳ rất cao gây nên việc tăng chi phí điều trị đồng thời tăng áp lực tâm lý cho người bệnh.

Vì vậy câu hỏi nghiên cứu được đặt ra: Hút dịch buồng tử cung sớm kết hợp chuẩn bị nội mạc tử cung bằng estrogen ngoại sinh có mang lại hiệu quả trong chuyển phôi trữ ở bệnh nhân có khuyết tại vị trí vết mổ cũ không?

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu tổng quát: Đánh giá hiệu quả hút dịch buồng tử cung sớm kết hợp chuẩn bị nội mạc tử cung bằng estrogen ngoại sinh trong chuyển phôi trữ ở bệnh nhân có khuyết tại vị trí vết mổ cũ.

Mục tiêu chuyên biệt

1. Xác định tỉ lệ thai lâm sàng
2. Xác định tỉ lệ hủy chu kỳ chuẩn bị nội mạc tử cung

2. Đối tượng- phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo loạt ca

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân chuẩn bị chuyển phôi trữ có khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ tại bệnh viện Hùng Vương thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân thực hiện TTON với chuyển phôi trữ đông. Đã từng mổ lấy thai trước đó. Được chẩn đoán khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ bằng siêu âm đầu dò âm đạo bởi hai bác sĩ siêu âm độc lập. Đồng ý tham gia nghiên cứu. Có địa chỉ liên lạc cụ thể và đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thay đổi phương cách điều trị, bị tác dụng phụ trầm trọng của thuốc, không đủ thông tin trong quá trình phân tích.

Thu thập dữ liệu: Các biến số được ghi nhận: tuổi bệnh nhân, nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn, nơi thực hiện mổ lấy thai trước đây, thời điểm thực hiện hút buồng tử cung trong quá trình chuẩn bị nội mạc, thời gian chuẩn bị nội mạc tử cung bằng estrogen ngoại sinh, tác dụng phụ, đặc điểm NMTC khi quyết định chuyển phôi như độ dày, việc phân lớp NMTC, thời gian chuyển phôi, số phôi chuyển, kết quả có thai, diễn tiến thai sinh hóa hay thai lâm sàng, số trường hợp hủy chu kỳ, lý do hủy chu kỳ.

Quá trình nghiên cứu: Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được chẩn đoán khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ bằng siêu âm đầu dò âm đạo bởi 2 bác sĩ độc kết quả độc lập.

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được chuẩn bị nội mạc tử cung bằng estrogen ngoại sinh (Progynova 2 mg) bắt đầu từ ngày 2 của chu kỳ kinh nguyệt. Bệnh nhân được hướng dẫn dùng thuốc đều đặn mỗi ngày với liều tối



Hình 1. Hình khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ qua siêu âm [3]

đa 8mg tùy theo đáp ứng nội mạc tử cung với thuốc. Nội mạc tử cung được gọi là đạt tiêu chuẩn chuyển phôi trừ là khi độ dày NMTC đo trên siêu âm đầu dò âm đạo đạt trên 8mm (đo ngoài-ngoài), có phân lớp hình ảnh chiếc lá và không có ứ dịch buồng tử cung [3]. Nhằm giảm thiểu các sai số trong đo đạc và chuyển phôi nên tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được một bác sĩ lâm sàng theo dõi nội mạc tử cung và thực hiện chuyển phôi cho bệnh nhân. Thời gian chuẩn bị nội mạc tử cung trung bình ở nhóm nghiên cứu này là 20 ± 2 ngày. Tất cả các bệnh nhân sau chuyển phôi trừ đều sử dụng chung phác đồ hỗ trợ hoàng thể sau chuyển phôi bằng progesterone bơm âm đạo (Crinon 8%: 02 ống/ ngày)

Trong quá trình theo dõi niêm mạc tử cung (NMTC), chúng tôi chủ động dùng catheter bơm tinh trùng vào buồng tử cung để hút dịch sớm vào ngày 7 của quá trình chuẩn bị NMTC, sau đó tùy trường hợp có ứ dịch hay không sẽ quyết định hút dịch hay không vào các ngày 14 và 21 của quá trình chuẩn bị NMTC.



Hình 2. Catheter bơm tinh trùng vào buồng tử cung dùng để hút dịch sớm buồng tử cung

Phương pháp thống kê: Các biến số, dữ liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2010 và xử lý phân tích thống kê bằng phần mềm STATA13.0. Các biến số định tính được ước tính bằng n (%), và các biến số định lượng bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD)

3. Kết quả

Trong thời gian từ 01/2016 đến 01/2019, chúng tôi tiến hành thu thập được 36 trường hợp khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ chuẩn bị chuyển phôi đông tại bệnh viện Hùng Vương thỏa tiêu chí nhận mẫu.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm	Tần số N=36	%
Tuổi trung bình	37 \pm 2	
Nơi cư trú		
Tại Tp.HCM	11	30,5
Ngoài Tp.HCM	25	69,5
Nghề nghiệp		
Công nhân viên	15	41,7
Nội trợ	8	22,2
Buôn bán	6	16,7
Khác	7	19,4
Trình độ học vấn		
Tốt nghiệp PTCS	6	16,7
Tốt nghiệp PTTH	18	49,9
Cao đẳng, ĐH, sau ĐH	12	33,4
Thực hiện mổ lấy thai trước đây		
Tại Tp.HCM	15	41,7
Tại các tỉnh	21	58,3
Tiền căn MLT sau TTTON		
Có	33	91,7
Không	03	8,3

Bảng 2. Đặc điểm hút dịch sớm buồng tử cung trong thời gian chuẩn bị nội mạc tử cung để chuyển phôi trừ

Đặc điểm	Tần số N=36	%
Hút dịch lần 1 vào ngày thứ 7 của chuẩn bị NMTC	36	100
Hút dịch lần 2 vào ngày thứ 14 của chuẩn bị NMTC	22	61,1
Hút dịch lần 3	5	13,9
Hủy chu kỳ	5	13,9

Bảng 3. Kết quả điều trị

		Tần số	Tỉ lệ
Có thai	Thai sinh hoá	16/31	51,6
	Thai lâm sàng	14/31	45,2
Không có thai		15/31	48,4

Như vậy chúng tôi thực hiện chuyển phôi trừ cho 31 trường hợp trên tổng số 36 trường hợp nghiên cứu. Tỉ lệ có thai đạt 16/31 (51,6%). Có 5 (13,9%) trường hợp phải hủy chu kỳ do không đủ điều kiện chuyển phôi trừ, trong đó 3 trường hợp (60%) do ứ dịch quá nhiều trong buồng tử cung và 02 trường hợp (40%) niêm mạc tử cung không phát triển đủ điều kiện chuyển phôi trừ: hoặc nội mạc tử cung quá mỏng hoặc không phân lớp dù đã dùng thuốc đến 21 ngày. Trong 16 trường hợp có thai vào 14 ngày sau chuyển phôi với kết quả beta hCG (+),

có 2/16 (12,5%) bị thai sinh hóa và 14/16 trường hợp diễn tiến thai lâm sàng.

3. Bàn luận

Việc chẩn đoán khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai tương đối dễ dàng qua siêu âm đầu dò âm đạo. Hầu hết các tác giả siêu âm đều đồng thuận chẩn đoán khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai khi bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai và siêu âm vùng vết mổ thấy cơ tử cung khuyết hình chữ V với đáy chữ V xoay vào cơ tử cung và miệng chữ V xoay vào buồng tử cung [5]. Việc chẩn đoán này trở nên dễ dàng hơn khi vết khuyết có tụ dịch, khi đó chữ V sẽ hiện rõ nét với hình ảnh echo trống [4]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng dùng siêu âm đầu dò âm đạo để chẩn đoán xác định khuyết tại vị trí vết mổ cũ. Tuy nhiên, chúng tôi chỉ xác định chẩn đoán khi có 2 kết quả siêu âm với 2 bác sĩ siêu âm độc lập đều kết luận khuyết tại vị trí vết mổ.

Hút dịch sớm buồng tử cung trong quá trình chuẩn bị nội mạc tử cung với estrogen ngoại sinh cho đạt điều kiện chuyển phôi trữ giúp giảm đáng kể việc hủy chu kỳ. Thật vậy, trước đây chúng tôi xử lý các trường hợp hở vết mổ cũ có ứ dịch buồng tử cung bằng kháng sinh, kháng viêm thì tỉ lệ hủy chu kỳ lên đến 40-50%.

Hút dịch buồng tử cung sớm và chuẩn bị NMTC đến khi đạt tiêu chuẩn chuyển phôi đó là: (i) Độ dày NMTC trên siêu âm đạt trên 8mm; (ii) NMTC có phân lớp hình ảnh chiếc lá và (iii) Không ứ dịch buồng tử cung [1,2]. Khi đó bác sĩ sẽ quyết định ngày chuyển phôi. Phôi được rã đông vào ngày chuyển phôi. Đa số phôi chuyển là phôi ngày 3 (28/31 trường hợp) và số ít phôi ngày 5 (3/31). Việc chuyển phôi cũng được 1 bác sĩ chuyển cho 31 trường hợp nhằm giảm bớt các yếu tố gây nhiễu do thủ thuật. Tỉ lệ có thai cũng tương đương với tỉ lệ có thai chung ở nhóm chuyển phôi trữ tại khoa hiếm muộn bệnh viện Hùng Vương là 45-52%. Ngoài ra tỉ lệ thai lâm sàng cũng

đáng khích lệ, đó là 14/31(45,2%) cũng tương đương với nhóm chuyển phôi trữ không khuyết tại vị trí vết mổ cũ tại bệnh viện Hùng vương.

Trong các trường hợp hủy chu kỳ, 05 trường hợp đều rơi vào nhóm có số lần hút dịch nhiều nhất (3 lần). Trong 05 trường hợp hút dịch 3 lần, chúng tôi ghi nhận có 03 trường hợp dịch tái lập và tồn đọng trong buồng tử cung khá nhanh và nhiều, ngay cả đến ngày thứ 21 của thời gian dùng estrogen ngoại sinh chuẩn bị nội mạc tử cung. Ngoài ra, có 02 trong 05 trường hợp hủy chu kỳ vì nội mạc tử cung phát triển rất kém bên cạnh việc hút dịch buồng tử cung nhiều lần cả về độ dày và sự phân lớp nội mạc tử cung để bác sĩ ra quyết định chuyển phôi.

Tất cả các trường hợp chuyển phôi đều được hỗ trợ hoàng thể cùng phác đồ hỗ trợ hoàng thể hiện đang sử dụng trên thế giới [2]. Tỉ lệ thai sinh hóa trong nghiên cứu này; 2/16(12,6%) cũng không cao hơn tỉ lệ thai sinh hóa chung của khoa Hiếm muộn bệnh viện Hùng vương.

Nghiên cứu được thực hiện với phương pháp nghiên cứu báo cáo loạt ca nên mức độ tin cậy không cao đồng thời không có nhóm tương đồng để so sánh mà phải dùng các số liệu chung của khoa để so sánh nên tính thuyết phục của nghiên cứu chưa cao. Song kết quả nghiên cứu cũng đưa ra thêm một hướng mới trong can thiệp bệnh nhân có khuyết tại vị trí vết mổ lấy thai cũ cần chuyển phôi đông lạnh, tuy nhiên cần có thêm nhiều nghiên cứu với thiết kế đủ mạnh hơn trong tương lai.

4. Kết luận

Nghiên cứu tuy còn những mặt hạn chế song kết quả nghiên cứu cho thấy việc can thiệp bằng hút dịch buồng tử cung sớm trong giai đoạn chuẩn bị nội mạc tử cung góp phần giảm đáng kể tỉ lệ hủy chu kỳ điều trị và cải thiện đáng kể tỉ lệ có thai và thai lâm sàng.

Tài liệu tham khảo

1. Cổ Phí Thị Ý Nhi, Võ Minh Tuấn (2014). "Khảo sát đặc điểm tử cung ở những trường hợp chuyển phôi- Thu tinh trong ống nghiệm" Tập san y học thành phố Hồ Chí Minh 18, nhà xuất bản y học, pp. 28-33
2. Casper R.F, Yanushpolsy E.H (2016)" Optimal endometrial preparation for frozen embryo transfer cycles: Window implantation and progesterone support" Fertility and Sterility, 105 (4), 867-872
3. Florio P, Filippeschi M, Mancini I et al. Hysteroscopy treatment of the cesarean- induced isthmocele in restoring infertility. Curr Opin Obstet Gynol, 2012;24:180-6
4. Marotta MI, Donnez J, Squifflet J et al. Laparoscopy repair of post

- cesarean section uterine scar defects diagnosed in nonpregnant women. J Minim Invasive Gynecol. 2013;20: 386-91
5. Roberge S. Et al (2016) "Impact of uterine closure on residual myometrial thickness after cesarean section randomized control trial. Am J Obstet Gynecol, 2016; 214: 502-506
6. Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. J Minim Invasive gynecol, 2013; 20: 562-72
7. Van der Voet LF, Vervoot A, Veersema S, et al. Minimally invasive therapy for gynecological symptoms related to a niche in the cesarean scar: a systematic review. BJOC. 2014; 121: 145-56