

THAI LẠC CHỖ Ở VẾT MỔ CŨ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Trương Quang Vinh, Hoàng Thanh Tuấn
 Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

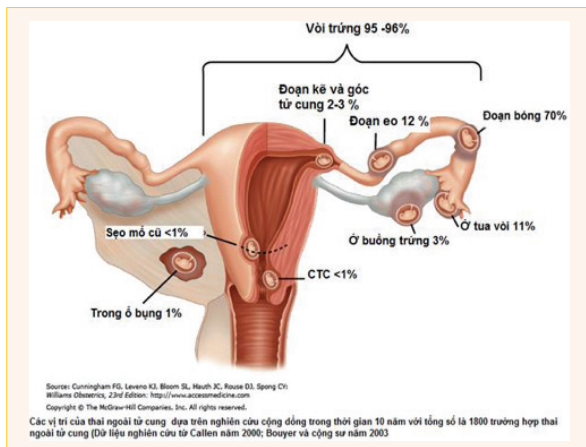
Mang thai ở sẹo mổ cũ (CSP) là một trong những hình thái thai ngoài tử cung hiếm gặp. Với sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai trên toàn thế giới, ngày càng có nhiều trường hợp được chẩn đoán và báo cáo. Siêu âm màu và dòng chảy Doppler qua đường âm đạo cho một chẩn đoán chính xác cao với rất ít dương tính giả. Sự chậm trễ trong chẩn đoán và / hoặc điều trị có thể dẫn đến vỡ tử cung, xuất huyết nặng, cắt bỏ tử cung và bệnh tật mẹ nghiêm trọng. Chẩn đoán sớm có thể cung cấp các lựa chọn điều trị để tránh vỡ tử cung, xuất huyết, do đó giữ được tử cung và khả năng sinh sản trong tương lai. Kế hoạch quản lý nên được thiết kế theo từng trường hợp, chấm dứt thai kỳ là điều trị được lựa chọn trong ba tháng đầu, ngay sau khi chẩn đoán. Điều trị chờ đợi có tiên lượng kém vì nguy cơ vỡ. Chảy máu nghiêm trọng sau một thủ thuật nạo phá thai, giả sẩy thai, hoặc thai lưu trên một phụ nữ có sẹo mổ cũ nên cảnh giác một CSP.

Abstract

Caesarean scar pregnancy (CSP) is one of the rarest forms of ectopic pregnancy. With increasing incidence of caesarean section worldwide, more and more cases are diagnosed and reported. Transvaginal ultrasound and colour flow Doppler provides a high diagnostic accuracy with very few false positives [1][5]. A delay in diagnosis and/or treatment can lead to uterine rupture, major haemorrhage, hysterectomy and serious maternal morbidity. Early diagnosis can offer treatment options of avoiding uterine rupture and haemorrhage, thus preserving the uterus and future fertility. Management plan should be individually tailored, termination of pregnancy is the treatment of choice in the first trimester soon after the diagnosis. Expectant treatment has a poor prognosis because of risk of rupture. Serious bleeding after an otherwise uncomplicated dilatation and evacuation procedure for a missed or therapeutic, pseudo abortion in a woman with a previous CS should raise alarm for a CSP.

1. Tổng quan

Sự làm tổ của thai trong vết sẹo của lần mổ lấy thai trước là hình thức hiếm gặp của thai lạc chỗ. Diễn tiến tự nhiên của bệnh khó tiên lượng, có thể vỡ vết mổ cũ ở tử cung và chảy máu ngay cả trong quý I nếu thai vẫn tiếp tục phát triển, cần phải cắt bỏ tử cung[6].



Nội mạc tử cung và cơ tử cung có thể bị nứt khi thai làm tổ bất thường. Việc làm tổ của thai trên một vết sẹo mổ lấy thai là khác với một thai trong tử cung bị rau cài răng lược (accreta). Khi có thai trên sẹo mổ lấy thai, túi thai hoàn toàn được bao quanh bởi cơ tử cung và mô xơ của sẹo, và tách ra khỏi buồng tử cung. Cơ chế giải thích là có đường hầm nhỏ trong vết sẹo mổ cũ. Khi thai làm tổ trong vách cơ tử cung có thể qua 1 đường hầm nhỏ có trước do những chấn thương như nạo, mổ lấy thai, bóc u xơ tử cung, tạo hình...

Chúng tôi trình bày 4 trường hợp được chẩn đoán và xử trí bằng cắt tử cung qua đường bụng, nong nạo, tiêm thuốc diệt phôi, điều trị bảo tồn.

2. Báo cáo trường hợp:

Trường hợp 1:

Bệnh nhân Đỗ Thị D. para 2002, 2 lần mổ lấy thai, kinh cuối cùng 1/8/2014. Test HCG dương tính, Sáng 7/10/2014 đau bụng nhiều ra máu âm đạo đỏ tươi +máu cục lượng nhiều, người mệt mỏi vào Bệnh viện Đại học y dược Huế tại cấp cứu đa khoa.

Chẩn đoán sảy thai bằng huyết, choáng, tiên lượng bệnh nặng.

Xử trí: truyền dịch, oxytocin 5 UI x 02 ống tiêm bắp, alsoben 200ug x 03 viên đặt trực tràng. Giải thích cho gia đình, chuyển phòng mổ hồi sức + nong gấp tổ chức sảy, túi thai và phần nhau thai nằm ở đoạn eo cổ tử cung, gấp được khoảng 30g tổ chức rau thai còn tươi, nạo lại buồng tử cung. Máu tươi vẫn còn ra từ lỗ trong cổ tử cung thành dòng, nghi thai làm tổ ở vết mổ cũ chảy máu. Tiến hành đặt sonde Foley buồng tử cung, bơm 30ml chèn ép quan sát 20 phút không thấy máu ra thêm. Sau 3 giờ khám lại, Mạch 103 l/ph, Huyết áp 85/50 mmHg. Bụng mềm. Âm đạo đang ra máu tươi và máu cục, ấn tử cung ra nhiều máu cục + sonde Foley. Công thức máu: BC 22,87 HC 2,31 Hb 68 TC 204, rối loạn đông máu nội ngoại sinh. Chẩn đoán: Thai lạc chỗ ở vị trí vết mổ cũ lấy thai/ chảy máu nhiều, choáng. Tiên lượng bệnh nặng, không thể bảo tồn tử cung, giải thích cho sản phụ và gia đình chuyển mổ cấp cứu cắt tử cung toàn phần.

Trường hợp 2:

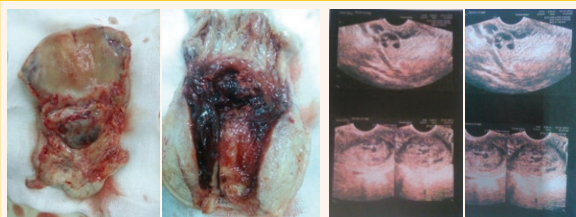
Bệnh nhân Trương Thị Th. 27 tuổi, para 1001, lần đầu mổ lấy thai, kinh cuối cùng 08/09/2014. Siêu âm thai 8 tuần không thấy tim thai. xét nghiệm β hCG ngày 14/11: 443,6mIU/mL

Chẩn đoán vào viện: thai 8 tuần lưu/ vết mổ cũ.

Xử trí: Tổng thai nội khoa: misoprostol 200 μ g đặt vào túi cùng sau âm đạo 2 liều 8h 8/11 và 9h 15'9/11. Đến 17h 9/11 Bệnh nhân tỉnh, cảm giác mệt, HA 70/40 mmHg, ra máu âm đạo đỏ tươi lượng vừa. đặt mỏ vịt máu cục và máu tươi âm đạo rất nhiều khoảng 300g, dùng pince gấp máu cục, đo buồng tử cung 9cm. Gấp tổ chức nhau thai + máu cục trong buồng tử cung. Nằm đầu thấp, thở oxy, ủ ấm, truyền dịch tích cực (ringer lactate 1000ml+ glucose 5% 1000ml + 10đv oxytocin). Sau 5 phút bệnh nhân cảm giác khỏe, đau tức bụng dưới. Từ ngày 10/11 đến 24/11 điều trị kháng sinh, co bóp tử cung.

Xét nghiệm mô bệnh học (9/11): Tổ chức nhau thai kèm chảy máu

Siêu âm kiểm tra 15/11: Đoạn eo-ống cổ tử cung có cấu trúc hỗn hợp, gồm phần dịch trống âm ở trung tâm và phần có hồi âm ở ngoại vi tạo thành cấu trúc dạng vòng 33x30mm, chưa thấy rõ tín hiệu mạch



Hình 2

Hình 3

máu trên siêu âm Doppler. Trong lòng ống cổ tử cung xung quanh cấu trúc này có lớp dịch giảm âm bề dày 11mm. Chẩn đoán: theo dõi thai lạc chỗ ở vết mổ cũ, ngừng phát triển, đã nạo.

H.2. Thai ở sẹo mổ cũ, cắt tử cung toàn phần (trường hợp 1)

H.3. Thai ở sẹo mổ cũ, siêu âm qua đường âm đạo (trường hợp 2)

Trường hợp 3.

Nguyễn Thị Thúy H. 34t Xuân Phú TP Huế

Vào viện: 17h45 28.01.2015

Lý do vào viện: Trẻ kinh đi siêu âm phát hiện thai lạc chỗ ở vết mổ cũ

Tiền sử sản khoa: 2 lần mổ lấy thai, para 2012.

Siêu âm (28.01.2015): Tại VMC có túi thai 29.21mm. Phôi thai+, CRL: 2,7mm. Tim thai(+), định vị ở VMC. Cơ TC phía trước đoạn dưới 2mm. Kết luận: thai 6 tuần đang phát triển tại VMC.

XN β hCG (26.01. 2015): 30.609mIU/mL, 29.01.2015: 41.153mIU/mL

Chẩn đoán vào viện: thai lần 4. Para 2012. 6 tuần định vị VMC.

Xử trí: Tiêm MTX vào túi phôi qua hướng dẫn siêu âm.

Định vị khối thai, chọc kim qua đường bụng vào túi phôi, hút ra 2,9ml dịch ối, bơm lại túi phôi 2,9 ml MTX #50mg, tiêm bắp 50mg MTX. Trong và sau thủ thuật bệnh tình táo, M:82, HA: 110/70mmHg. Kháng sinh Vitabactam 2g trong 6 ngày.

Theo dõi sau thủ thuật:

Siêu âm qua âm đạo (03.02.2015): lòng tử cung có hình ảnh túi thai 23,5mm. Phôi thai(+), Tim thai(âm tính). KL: túi thai 6 tuần ngừng tiến triển

XN β hCG (02.02. 2015): 47480mIU/mL.

Trường Hợp 4

PHAN THỊ H Năm sinh: 1984 Địa chỉ: Phú Hải, Phú Vang

Vào viện: 13h30, ngày 04.03.2015

Lý do vào viện: thai 7 tuần ra máu âm đạo

Bệnh sử: para: 1001, tiền sử MLT năm 2012, trẻ kinh 3 tuần, ra máu âm đạo, đi khám bệnh phát hiện thai 7 tuần ngừng tiến triển.

Siêu âm đường bụng: (04.03 2015): 1 túi thai 6 tuần trong lòng tử cung, không thấy phôi. Siêu âm TVS: niêm mạc tử cung dày không đồng đều, lòng TC có nhiều dịch tăng âm, VMC thành trước đoạn eo có túi thai 13mm, có túi noãn hoàng, không thấy tim thai. Kết luận thai làm tổ ở VMC

Kết quả xét nghiệm (04.03.2015) β hCG: 15.399 mU/mL, progesterone: 7,5ng/mL.

Chẩn đoán: Thai 6 tuần ngừng tiến triển / VMC

05.03.2015. 20h30 ra máu đỏ tươi và máu cục, cổ TC hờ, có tổ chức như rau nằm ở lỗ ngoài cổ tử cung. Xử trí: Chuyển dịch, oxytocin, gắp rau thai tại cổ TC.

3. Bàn luận:

Thai vết mổ cũ là một trong những hình thái của thai ngoài tử cung. Chẩn đoán dựa vào siêu âm qua đường âm đạo và doppler. Cần lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp để tránh vỡ tử cung, xuất huyết nặng, bảo tồn được tử cung và khả năng sinh sản trong tương lai.

Mục tiêu điều trị là làm thai ngừng phát triển trước khi vỡ, loại bỏ các túi thai.

- Điều trị chờ đợi có tiên lượng kém vì nguy cơ vỡ khối thai, gây vỡ tử cung đòi hỏi phải mổ bụng hở và cắt bỏ tử cung[7].

- Điều trị bảo tồn:

+Dùng MTX đường toàn thân là một điều trị chuẩn cho thai ngoài tử cung [4][10].

+Tiêm thuốc diệt phôi:Có nhiều báo cáo tiêm tại chỗ thành công các loại thuốc MTX, potassium chloride, glucose ưu trương,và trichosanthin kết tinh[2]. Dưới hướng dẫn siêu âm có thể tiêm MTX vào túi thai qua đường bụng hoặc qua âm đạo[8].

+Điều trị nội khoa phối hợp: có nhiều cách như: Tiêm 8mEq/ml KCl sau đó tiêm vào túi phôi 60mg MTX, hoặc tiêm vào túi phôi 3ml glucose 50%, kèm theo uống 5 ngày; mỗi ngày 3 lần mỗi lần 2,5mg MTX...

+Đánh giá sau điều trị: Ravhon và cs. (1997)[1] cho rằng do nhau thai được cấy chủ yếu vào mô xơ, do đó sự hấp thụ của túi thai rất chậm. Cần 9 tuần để hCG huyết thanh âm tính và 3 tháng sau hình ảnh trên siêu âm hoàn toàn biến mất và giải phẫu tử cung mới trở lại bình thường.

Nên tránh mang thai ít nhất là từ 12 - 24 tháng. Khi mang thai lần tiếp theo nên mổ lấy thai chủ động ngay khi phôi của thai nhi trưởng thành

- Nạo buồng tử cung:Túi thai trong CSP không thật sự nằm trong buồng tử cung, và các gai rau nằm trong sẹo mổ đoạn dưới tử cung. Vì vậy, không chỉ không gắp được

gai rau mà còn có khả năng phá vỡ vết sẹo tử cung làm chảy máu nặng cần phải mổ cấp cứu ngay.Vì thế người ta không khuyến khích nạo mù buồng tử cung để điều trị CSP[6].Một số tác giả cho nạo dưới hướng dẫn siêu âm trong trường hợp lựa chọn khi mang thai # 7 tuần và độ dày của cơ tử cung phía trước đoạn dưới là 3,5 mm[2]. Mặc dù vậy, do không nhìn thấy trực tiếp khi nạo dễ tạo nên khối máu tụ tại chỗ và cần phải theo dõi lâu dài β -hCG.

Ngược lại, khi có tình trạng xuất huyết nghiêm trọng sau một nong nạo thai lưu, giả sẩy thai hoặc phá thai trị liệu trên bệnh nhân có vết mổ cũ nên cảnh giác là CSP.

- Nạo buồng tử cung qua nội soi buồng: Thủ thuật này cần phải gây mê toàn thân, kỹ năng và phương tiện y tế tốt[3]. Quan sát trực tiếp CSP và cầm máu tỉ mỉ các mạch máu tại chỗ rau bám rất quan trọng để ngăn ngừa chảy máu nặng khi làm thủ thuật. Tuy nhiên khó xử trí khi đang chảy máu nặng hoặc có các dấu hiệu sinh tồn không ổn định không.

- Lấy khối thai qua mổ nội soi:Lee và cs là người đầu tiên thực hiện cắt CSP nội soi thành công[3]. Chỉ được mổ nội soi sau khi đã siêu âm qua âm đạo (TVS) khẳng định chẩn đoán.

- Mổ hở:Cần xem xét ở những phụ nữ không đáp ứng với điều trị nội khoa và / hoặc phẫu thuật bảo tồn, đến bệnh viện quá muộn hoặc khi thiết bị và bác sỹ chuyên môn phẫu thuật nội soi không có sẵn.

- Cắt tử cung: Là phương pháp chính khi các phương thức điều trị khác bị thất bại.

4. Kết luận:

Kỹ thuật hiện đại cho phép chẩn đoán chính xác mang thai trong sẹo mổ cũ,cần điều trị bảo tồn sớm theo từng trường hợp. Khi có tình trạng xuất huyết nghiêm trọng sau một nong nạo thai lưu hoặc phá thai trị liệu trên bệnh nhân có vết mổ cũ nên cảnh giác là CSP. Cần sử dụng các biện pháp cầm máu hỗ trợ khác trong điều trị bảo tồn các CSP để ngăn chặn và kiểm soát chảy máu nhiều, như tiêm tại chỗ vasopressin, đặt thông tiểu Foley chèn trong tử cung (30-90 ml, trong 12-24 giờ)[9].

Tài liệu tham khảo

1. R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider and A.Herman(2004), Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication, Human Reproduction Update, Vol.10, No.6 pp.
2. A Ash, A Smith, D Maxwell , Guy's and St Thomas'(2006), Caesarean scar pregnancy. NHS Foundation Trust, London, UK Correspondence: Dr A Ash, Consultants' Office, Women's Health, 10th Floor, North Wing, St Thomas' Hospital, Lambeth Palace Road, London SE1 7EH, UK.
3. Chin-Jung Wang, Leung-ToYuen, An-Shine Chao, Chyi-Long Lee, Chih-Feng Yen, Yung-Kuei Soong (2005), Caesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. BJOG, Vol. 112, pp. 839-840
4. Christopher Sexton and Nicholas Sharp (2002), Cervical pregnancy successfully treated with a sequential combination of methotrexate and mifepristone. Aust N Z J Obstet Gynaecol : 42: 1: 95
5. Y. JÁRVELÁ, P. SLADKEVICIUS, S. KELLY, K. OJHA, S. CAMPBELL and G. NARGUND (2002), Ultrasound obstet gynecol, 19: 632-633
6. M. Nonaka, H. Toyoki, A. Imai (2006), Cesarean section scar pregnancy

may be the cause of serious hemorrhage after first-trimester abortion by dilatation and curettage .. Department of Obstetrics and Gynecology, Gifu University School of Medicine, Yanagido, Gifu, Japan.

7. R. HAIMOV-KOCHMAN, Y. SCIACKY-TAMIR, N. YANAI and S. YAGEL(2002), Conservative management of two ectopic pregnancies implanted in previous uterine Scars. Ultrasound obstet gynecol, 19: 616-617
8. Yuh-Ming Hwu,a,bChin-Yuan Hsu, Hsiu-Yu Yang (2005), Conservative treatment of caesarean scar pregnancy with transvaginal needle aspiration of the embryo. BJOG, Vol. 112, pp. 841-842
9. Jesse Chuang, Kok-Min Seow, Wei-Chi Cheng, Yieh-Loong Tsai, Jiann-Loung Hwang (2003), Conservative treatment of ectopic pregnancy in a caesarean section scar. BJOG, Vol. 110, pp. 869-870.
10. PO MULAM,KEITH WING KITLO AND TZEKIN LAU(200), Unsuccessful medical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy with systemic methotrexate: a report of two cases. Acta Obstet Gynecol Scand , 83: 108-116.