

Xử trí bảo tồn thành công trường hợp vỡ tử cung tự phát ở tuổi thai 18 tuần

Đinh Thị Hiền Lê¹, Nguyễn Thị Hồng Nhung¹, Cao Thị Thúy Hà¹, Nguyễn Hữu Công¹, Dương Việt Bắc¹

¹ Khoa Phụ sản, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, thành phố Hà Nội, Việt Nam

doi: 10.46755/vjog.2022.3.1481

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Đinh Thị Hiền Lê, email: dinhhienle2002@yahoo.com

Nhận bài (received): 20/9/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 25/9/2022

Tóm tắt

Vỡ tử cung sinh non là một biến chứng rất hiếm của thai kỳ mà hầu hết các trường hợp đều xảy ra khi có tiền sử phẫu thuật tử cung. Tỷ lệ mắc bệnh ở bà mẹ và trẻ sơ sinh là đáng kể. Thông thường, thai kỳ phải được chấm dứt để cứu cả mẹ và trẻ sơ sinh, nếu có thể.

Chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân bị vỡ tử cung trước khi chuyển dạ ở tuổi thai 18 tuần phức tạp. Phẫu thuật cấp cứu khẩn cấp với xử trí bảo tồn tử cung và tiếp tục theo dõi thai kỳ đến 32 tuần 3 ngày.

Trong một số rất hiếm trường hợp vỡ tử cung khi tuổi thai nhỏ, xử trí bảo tồn dường như là một giải pháp có thể chấp nhận được để kéo dài tuổi thai để hạn chế các biến chứng liên quan đến sinh non.

Từ khóa: vỡ tử cung, bảo tồn.

Successful conservative management of a spontaneous hemorrhagic uterine rupture at 18 weeks of gestation

Đinh Thi Hien Le¹, Nguyen Thi Hong Nhung¹, Cao Thi Thuy Ha¹, Nguyen Huu Cong¹, Duong Viet Bac¹

¹Tam Anh Hospital

Abstract

Prelabor uterine rupture is a very rare complication of pregnancy that in most cases occurs when there is a history of uterine surgery. Maternal and neonatal morbidity is significant. Most often, the pregnancy must be terminated to rescue both the mother and the newborn, if possible.

We report the case of a patient who had a pre-labor uterine rupture at 18 weeks of gestation (WG) complicated by massive hemoperitoneum. Emergency surgery with conservative management allowed the pregnancy to continue until 32+3 WG.

In very rare situations of uterine rupture at a very early term, conservative management appears to be an acceptable solution to allow the pregnancy to continue until a sufficient gestational age to limit complications related to prematurity.

Keywords: uterine rupture, conserve.

1. GIỚI THIỆU

Vỡ tử cung sinh non là một biến chứng rất hiếm của thai kỳ mà hầu hết các trường hợp đều xảy ra khi có tiền sử phẫu thuật tử cung [1]. Vỡ tử cung gây ra tỷ lệ bệnh tật đáng kể cho mẹ chủ yếu do chảy máu ổ bụng. Nó cũng liên quan đến tỷ lệ mắc và tử vong thai nhi lớn do khi bánh rau bong ra sớm. Thông thường, thai kỳ phải được chấm dứt để cứu cả mẹ và trẻ sơ sinh, nếu có thể. Chúng tôi xin báo cáo ở đây trường hợp của một bệnh nhân 29 tuổi bị vỡ tử cung tự nhiên ở tuổi thai 18 tuần đã được xử trí bảo tồn tử cung giữ thai.

2. TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân này có tiền sử hai lần chữa ngoài tử cung đã được phẫu thuật nội soi cắt bỏ vòi trứng hai bên. Một năm trước khi bắt đầu mang thai, cô ấy cũng đã được phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung: u xơ cơ tử cung ở thành sau đáy tử cung và góc tử cung bên phải có kích thước lần lượt là 4 cm và 2 cm. Bệnh nhân làm IVF, theo

dõi thai bình thường cho đến 18 tuần.

Bệnh nhân đến khoa sản BVĐK Tâm Anh cấp cứu do xuất hiện cơn đau bụng đột ngột trước đó 3 giờ. Trong phòng cấp cứu, cứng bụng lan tỏa đã được ghi nhận. Nhịp tim là 110 nhịp mỗi phút; huyết áp là 60/40 mmHg. Bệnh nhân có rối loạn ý thức và lác đác ở chân. Siêu âm khẩn cấp cho thấy tràn dịch tràn vào khoang của Morrison. Quá trình mang thai diễn ra liên tục (lượng nước ối bình thường, nhịp tim thai đều và cử động của thai nhi tích cực). Các thông số xét nghiệm khi nhập viện được cung cấp trong bảng. Bệnh nhân được gây mê toàn thân, phẫu thuật mở bụng cấp cứu. Thăm dò khoang bụng cho thấy 3100 mL máu (video trong dữ liệu bổ sung). Một vết vỡ tử cung ngang đoạn dưới được tìm thấy tương ứng với vết sẹo mổ cũ (hình). Túi ối và một phần bánh nhau (khoảng 20% bề mặt nhau thai) nhô ra bên ngoài tử cung. Nhanh chóng, chúng tôi quyết định tiến hành bảo tồn thai kỳ một cách thận trọng. Sau khi chọc hút 150 mL nước ối bằng cách chọc dò tử cung,

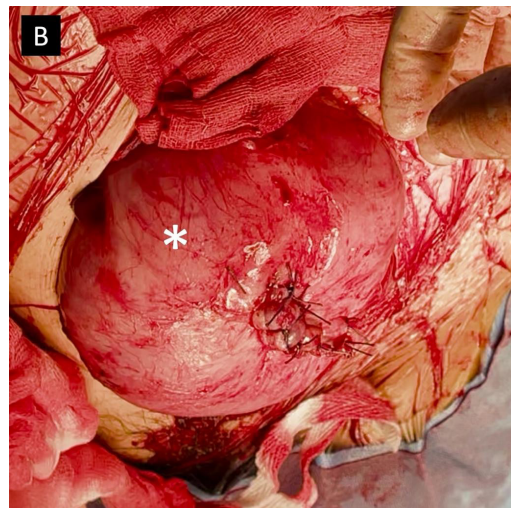
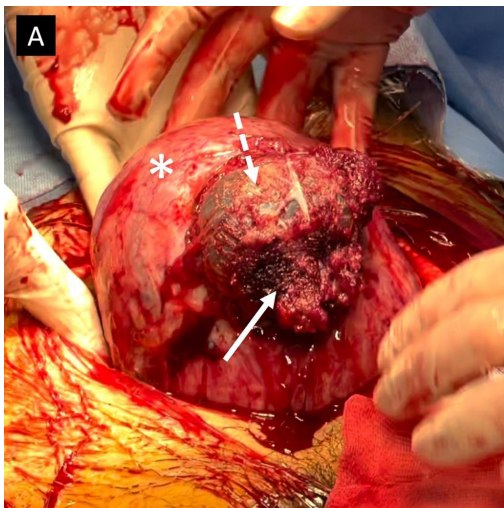
túi ối và nhau thai đã được đưa trở lại vào tử cung. Phẫu thuật khâu phục hồi tử cung với chỉ khâu Vicryl® 0 đã được thực hiện. Thai phụ được truyền 2000 mL hồng cầu và hai đơn vị huyết tương tươi đông lạnh. Sau đó, thai phụ được chăm sóc trong phòng chăm sóc đặc biệt trong một ngày và ở đơn vị sản khoa nguy cơ cao trong 100 ngày. Theo dõi siêu âm sau mổ cho thấy thai tiến triển bình thường. Có thể quan sát thấy một phần ngoại vi của nhau thai tách ra. Diễn biến hậu phẫu được đánh dấu bằng vỡ ối non (PPROM) ở tuần thai 21. Tình trạng thiếu ối đã được ghi nhận (Khoang ối lớn nhất = 24 mm). Bệnh nhân được điều trị kháng sinh dự phòng bằng amoxicillin (3g mỗi ngày) và clindamycin (1800 mg mỗi ngày) trong mười ngày. Một đợt steroid tiền sản (betamethasone 12 mg, hai lần tiêm bắp cách nhau 24 giờ) đã được tiêm ở thời điểm thai 29 tuần. Vì cơn co tử cung đau đớn và lặp đi lặp lại, sản phụ đã sinh ở 32 tuần 3 ngày bằng phương pháp mổ lấy thai (mở bụng đường giữa) cho ra một trẻ sơ sinh gái nặng 1900 g (5 phút Apgar = 8; pH tĩnh mạch rốn = 7,23) được chăm sóc tại đơn vị chăm sóc đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh (NICU). Suy hô hấp thoáng qua đã được ghi nhận, nhưng không cần sử dụng surfactant. Sự co rút khớp của chân trái do tình trạng thiếu ối kéo dài đã được ghi nhận. Trẻ sơ sinh được xuất viện từ NICU vào ngày thứ 4 mà không có biến chứng. Thời kỳ hậu sản của bà mẹ không có dấu hiệu bất thường.

3. THẢO LUẬN

Vỡ tử cung thường xảy ra nhất trong quá trình chuyển dạ. Điều trị bằng cách mổ lấy thai khẩn cấp để cấp cứu trẻ sơ sinh do nguy cơ ngạt sơ sinh và để cầm máu cho mẹ. Vỡ tử cung trước khi sinh có thể xảy ra ở nhiều thời điểm khác nhau. Phẫu thuật u xơ cơ tử cung nội soi được coi là một yếu tố nguy cơ chính gây vỡ tử cung

[2]. Trong hầu hết các trường hợp, những lần vỡ tử cung này dẫn đến thai chết lưu do nhau thai bong ra sớm và hoàn toàn. Vỡ tử cung sớm cũng gây ra tỷ lệ mắc bệnh đáng kể cho mẹ, dẫn đến 1/3 số trường hợp phải cắt tử cung khâu cầm máu [3]. Trong trường hợp được mô tả, một phần nhau bong non, và thai kỳ vẫn đang tiếp diễn tại thời điểm chẩn đoán vỡ tử cung. Do tràn máu ổ phúc mạc và sốc xuất huyết lan rộng, phẫu thuật khẩn cấp được chỉ định để kiểm soát tình trạng cầm máu. Quyết định tái hòa nhập túi ối vào tử cung và thực hiện giám sát tăng cường cho phép thai kỳ tiếp tục đủ tháng mà không có các biến chứng lớn do sinh non. Trong một số trường hợp, chẩn đoán vỡ tử cung có thể là tình cờ, trong lần siêu âm định kỳ [4, 5]. Khi chẩn đoán này được thực hiện ở thời kỳ rất sớm, thái độ mong đợi, trong trường hợp không có các triệu chứng của mẹ, có thể cho phép đạt được thời hạn chấp nhận được để cho phép trẻ sơ sinh sống sót. Gần đây, việc sửa chữa tình trạng sa tử cung lớn trong ba tháng cuối của thai kỳ đã được thực hiện thành công với miếng dán Gore-Tex® [6]. Khác với trường hợp chúng tôi mô tả, khối sa mạc dù lớn và tiến triển nhưng không phức tạp bằng vỡ tử cung. Các thủ tục như vậy cũng có thể dẫn đến các biến chứng cho mẹ và thai nhi. Trường hợp chúng tôi mô tả là phức tạp ở tuổi thai sớm bởi PPRM, có thể gây ra một số hậu quả bất lợi cho mẹ và thai nhi [7]: nhiễm trùng trong tử cung, sinh non nặng, chuối bất động của thai nhi và giảm sản phổi. Không có biến chứng lớn xen kẽ nào xảy ra. Chỉ có một lần co rút khớp được ghi nhận.

Kết luận, một trường hợp vỡ tử cung khi tuổi thai còn rất sớm, phẫu thuật khâu bảo tồn tử cung dường như là một giải pháp chấp nhận được để duy trì thai kỳ để hạn chế các biến chứng liên quan đến sinh non. Các biến chứng liên quan đến việc xử trí như vậy có thể nhiều và đòi hỏi phải theo dõi thai kỳ sát sao hơn.



Hình: Xử trí bảo tồn trường hợp vỡ tử cung tự phát do xuất huyết ở tuổi thai 18 tuần (theo quan điểm mổ)

A: túi ối (mũi tên đứt) và một phần bánh nhau (mũi tên liền) nhô ra ngoài tử cung (dấu sao);
B: Cơ tử cung sau khi được khâu lại (dấu sao) sau khi túi ối được đẩy trở lại buồng tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Zirqi I, Vangen S. Prelabour uterine rupture: characteristics and outcomes. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2020;127(13):1637-1644. doi:10.1111/1471-0528.16363
2. Gil Y, Badeghiesh A, Suarhana E, et al. Risk of uterine rupture after myomectomy by laparoscopy or laparotomy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020;49(8):101843. doi:10.1016/j.jogoh.2020.101843
3. Cecchini F, Tassi A, Londero AP, Baccarini G, Driul L, Xodo S. First Trimester Uterine Rupture: A Case Report and Literature Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):2976. doi:10.3390/ijerph17082976
4. Tong C, Gong L, Wei Y, Liu Z, Wang Y, Yuan P. Ultrasonic diagnosis of asymptomatic rupture of uterine in second trimester of pregnancy after laparoscopic surgery for interstitial pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):375. doi:10.1186/s12884-021-03845-y
5. Hamar BD, Levine D, Katz NL, Lim KH. Expectant management of uterine dehiscence in the second trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003;102(5 Pt 2):1139-1142. doi:10.1016/s0029-7844(03)00162-5
6. Belfort MA, Shamsirsaz AA, Cassady CI, et al. Repair of a large uterine dehiscence during the second trimester leading to successful prolongation of the pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(6):929-932. doi:10.1016/j.ajog.2020.07.037
7. Schmitz T, Sentilhes L, Lorthé E, et al. Preterm premature rupture of the membranes: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;236:1-6. doi:10.1016/j.ejogrb.2019.02.021