

NHẬN XÉT THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THAI Ở SẸO MỔ LẤY THAI TRONG 3 GIAI ĐOẠN THAI KỲ

Diêm Thị Thanh Thủy, Nguyễn Duy Ánh, Nguyễn Mạnh Trí
Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

TÓM TẮT

Khoảng 60-70% các trường hợp thai ở sẹo mổ lấy thai tiến triển trở thành rau cài răng lược. Xử trí rau cài răng lược ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ cũng cực kỳ khó khăn. Báo cáo 3 trường hợp chẩn đoán chữa ở sẹo mổ lấy thai khi thai từ 6 đến 8 tuần tuổi được theo dõi và xử trí ở 3 giai đoạn của thai kỳ: trường hợp 1 thai 6 tuần điều trị nội khoa bằng methotrexate tại chỗ. Trường hợp 2 thai 14 tuần rau cài răng lược sớm tại vết mổ, điều trị bằng hủy thai + thuyên tắc động mạch tử cung + nạo gấp thai. Trường hợp 3 thai 38 tuần rau tiền đạo cài răng lược, được mổ lấy thai, cắt tử cung. Nên xử trí sớm các trường hợp thai ở sẹo mổ cũ lấy thai ngay khi chẩn đoán được. Xử trí các trường hợp RCRLS nên thuyên tắc ĐMTC trước khi lấy bỏ khối thai để bảo tồn tử cung. Xử trí RCRL khi thai đủ tháng cần phối hợp nhiều chuyên khoa: Sản khoa, Phụ khoa, Hồi sức, Huyết học, tiết niệu.

ABSTRACT

COMMENT ON THE MANAGEMENT OF CAESAREAN SCAR PREGNANCY IN 3 TRIMESTERS OF PREGNANCY

Approximately 60-70% of all caesarean scars pregnancy progression becomes placenta accreta. Management placenta accreta in any stage of pregnancy is extremely difficult. Three cases had diagnosed caesarean scar pregnancy between 6 and 8 weeks of age. They were followed and treated in three stages of pregnancy: case 1: 6th week pregnancy, medical treatment with local MTX. Case 2: 14 weeks pregnancy with early placenta accreta in the caesarean scar, treated by abolish pregnancy + uterine artery embolization + dilatation and curettage. Case 3: 38 weeks pregnancy with placenta accreta having cesarean + hysterectomy. We should manage the caesarean scar pregnancies as soon as diagnosed. The early placenta accreta management should make uterine artery embolization before removing blocks pregnant. Treatment of placenta accreta should be coordinated by multiple specialties: Obstetrics, Gynecology, Resuscitation, Hematology, and Urology.

Key word: Ceasarean scar pregnancy, early placenta accreta, placenta accreta.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Chửa ở sẹo mổ lấy thai (CSMLT) là hiện tượng túi thai làm tổ ở vị trí sẹo mổ lấy thai [1,2,3]. Là bệnh hiếm gặp chiếm tỷ lệ 1/1800 đến 1/2500 thai phụ [1,2]. Tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng do tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng nhiều [1,2,3,4]. Bệnh có 2 hình thái lâm sàng. Thứ nhất: Gai rau bám vào phần ngoài sẹo túi thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung thể này thai có thể sống được nhưng nguy cơ trở thành RCRL. Thứ 2: gai rau xâm nhập sâu vào trong sẹo túi thai phát triển về phía bàng quang và ổ bụng nguy cơ vỡ tử cung gây chảy máu ồ ạt nguy hiểm đến tính mạng người bệnh [4]. 70% các trường hợp CSMLT tiến triển trở thành rau cài răng lược sớm ở quý I và nửa đầu quý II và rau cài răng lược ở nửa sau quý II và quý III của thai kỳ [5]. Việc xử trí rau cài răng lược tại

sẹo mổ lấy thai ở bất cứ giai đoạn nào của thai kỳ cũng là vấn đề cực kỳ khó khăn, tỷ lệ tử vong là 7% [6]. Hiện nay về phương hướng xử trí còn nhiều tranh cãi đa số ý kiến cho rằng CSMLT nên được xử trí sớm ngay khi chẩn đoán được [1,3,4,5,7]. Có ý kiến cho rằng CSMLT có thể theo dõi thai đến khi thai có khả năng sống được [2]. Hơn nữa có rất ít nghiên cứu về vấn đề này. Do tính chất phức tạp của bệnh chúng tôi báo cáo nhận xét thái độ xử trí 3 ca CSMLT ở 3 giai đoạn của thai kỳ mong rằng đem đến cho quý vị bức tranh về CSMLT và rau cài răng lược tại sẹo mổ lấy thai và cùng suy nghĩ về phương hướng xử trí căn bệnh này.

Từ khóa:

Chửa ở sẹo mổ lấy thai (Ceasarean scar pregnancy)

Rau cài răng lược sớm (Early placenta accreta)

Rau cài răng lược (Placenta accreta)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 3 bệnh nhân được chẩn đoán chữa ở sẹo mổ lấy thai và được điều trị tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ

Trường hợp 1: Ngô Minh P, 35 tuổi Para: 2022. Tiền sử mổ đẻ 2 lần

Ngày 11/11/2012. Bệnh nhân đến khám để hút thai, Kết quả siêu âm đầu dò âm đạo : Buồng tử cung và ống cổ tử cung rỗng. Mặt trước vùng eo tử cung tương đương sẹo mổ có túi thai, KT 24mm, có âm vang tim thai. Cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai dày 3mm. XN βhCG: 59.397 mUI/ml

Chẩn đoán vào viện: Thai 6 tuần 3 ngày chữa ở sẹo mổ lấy thai

Ngày 13/11/2013: Hủy thai. Chọc kim dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò âm đạo tiêm 2,5ml MTX vào túi thai và 2,5ml MTX vào phía sau rau.

Ngày 25/11/2012: Âm đạo ra máu ít, Siêu âm: khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ, KT 35 x 40mm. XN βhCG: 25.503 mUI/ml

Ngày 03/12/2012: âm đạo ra máu ít, Siêu âm: khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ, KT 30 x32 mm. XN βhCG: 9730 mUI/ml.

Ngày 03/01/2012: Bệnh nhân có kinh trở lại, Siêu âm: khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ, KT 20 x18 mm. XN βhCG: 450 mUI/ml.

Ngày 03/2/2013: Bệnh nhân sạch kinh lần 2, siêu âm: Tại sẹo mổ có lớp dịch 0,5mm. XN βhCG: 2 mUI/ml.

Bệnh nhân khỏi bệnh sau 2 tháng 20 ngày
Chi phí điều trị : 4.000.000 đồng.

Trường hợp 2: Vũ Thúy L, 32 tuổi Para: 1021 Tiền sử mổ lấy thai 2008

Bệnh nhân mất kinh 2 tháng, ra máu âm đạo ít một đi khám

Ngày 12/11/2012: Kết quả siêu âm: Buồng tử cung và ống cổ tử cung rỗng. khối thai nằm ở mặt trước vùng eo tử cung, có âm vang tim thai. Chiều dài đầu mông:16mm tương đương thai 8 tuần 2 ngày. Cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai dày 2,8mm. Siêu âm doppler có rất nhiều mạch máu tăng sinh tại vị trí rau bám ở sẹo mổ.

Chẩn đoán: Thai 8 tuần chữa ở sẹo mổ lấy thai.

Bệnh nhân xin tiếp tục giữ thai.

Ngày 18/12/2012: Bệnh nhân ra máu âm đạo + đau tức hạ vị.

Kết quả siêu âm: khối thai nằm ở vùng eo tử cung thai 13 tuần 3 ngày, tim thai 156L/P. Rau bám mặt trước vùng eo tử cung lan qua lỗ trong CTC. Khó xác định được độ dày lớp cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang. phía sau rau có rất nhiều mạch máu tăng sinh lan vào thành bàng quang. XN βhCG: 64921 mUI/ml.

Chẩn đoán : Thai 13 tuần 3 ngày rau cài răng lược sớm tại sẹo mổ.

Bệnh nhân xin bỏ thai. Giải thích cho bệnh nhân và gia đình quá trình xử trí và các biến chứng có thể xảy ra.

Chỉ định: Hủy thai+ thuyên tắc động mạch tử cung 2 bên.

Ngày 19/12/2012: Hủy thai: Tiêm 2ml Kaliclorua vào ổ tim thai theo dõi tới khi mất tim thai. tiêm 50mg/2ml MTX vào phía sau rau.

Ngày 27/12/2012: Tiến hành nút động mạch tử cung 2 bên tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện đa khoa Saintpaul. XN βhCG: 37.923 mUI/ml.

Ngày 28/12/2012: Nạo gấp thai dưới siêu âm tại phòng mổ. Phần rau bám ở sẹo mổ bám chặt cổ gắng lấy gần hết rau thai. Sau nạo máu chảy khoảng 200ml. Bơm bóng chèn vào vùng eo tử cung.

Ngày 30/12/2012: Tháo bóng chèn ở eo tử cung không chảy máu.

XN βhCG: 943mUI/ml. Bệnh nhân ra viện

Ngày 3/2/2013: XN βhCG: 443 mUI/ml. Kết quả siêu âm: Vùng eo tử cung có khối âm vang hỗn hợp, KT 37 x42mm.

Ngày 8/3/2012: Bệnh nhân có kinh trở lại. XN βhCG: 12 mUI/ml. Kết quả siêu âm: Vùng eo tử cung có khối âm vang hỗn hợp, KT 30 x32mm.

Tổng viện phí cho quá trình điều trị khoảng 14.000.000 đồng.

Trường hợp 3: Đỗ Hà L, 31 tuổi Mã số bệnh án: 07051415

Para 1021. Tiền sử mổ đẻ 2007

Ngày 12/2/2012: Bệnh nhân khám thai tình cờ. Kết quả siêu âm: Thai 6 tuần 2 ngày, Chữa ở sẹo mổ lấy thai. có âm vang tim thai. Túi thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung.

Ngày 23/3/2012: Chẩn đoán: Thai 13 tuần 3 ngày chữa ở sẹo mổ lấy thai.

Ngày 02/06/2012: Chẩn đoán: Thai 22 tuần theo dõi rau cài răng lược tại sẹo mổ.

Ngày 12/08/2012: Chẩn đoán: Thai 32 tuần. rau tiền đạo cài răng lược

Bệnh nhân theo dõi thai nội trú tới 38 tuần.

Chẩn đoán: Thai 38 tuần. rau tiền đạo cài răng lược.

Chỉ định: Mổ lấy thai + cắt tử cung bán phần+ dự trữ 2000ml máu nhóm "A"

Ngày 22/09/2012: Tiến hành phẫu thuật

Nhân xét đại thể khi phẫu thuật: Đoạn dưới tử cung phẳng căng, bàng quang treo cao đến giữa thân tử cung, mạch máu tăng sinh nhiều. Rạch dọc thân tử cung lấy ra 1 bé gái 2800g, A8-9. Toàn bộ bánh rau bám ở đoạn dưới tử cung xâm lấn vào bàng quang. Tiến hành: Cắt tử cung bán phần thấp để lại 2 phần phụ. Tổn thương đáy bàng quang 3cm. Khâu phục hồi đáy bàng quang.

Tổng số máu mất 2500ml. truyền 1500 ml hồng cầu khối, 1000ml Plasma tươi..

Điều trị: Kháng sinh, truyền dịch, nâng cao thể trạng. Lưu sonde tiểu 1 tuần

Một tuần sau mổ bệnh nhân bị đái tháo nhạt chuyển điều trị nội khoa.

4/10/2012: Bệnh nhân ra viện.

Tổng số ngày điều trị: 143 ngày

Tổng số chi phí: 61 triệu.

IV. BÀN LUẬN:

- Tỷ lệ mắc bệnh: CSMLT và RCRL sớm ngày càng tăng do tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng nhiều [2].

- Nguyên nhân: Chưa được làm rõ, giả thuyết dễ được chấp nhận nhất là do khiếm khuyết của sẹo mổ lấy thai tạo khe hở vi thể cho túi thai bám vào [7]. Theo Krishna 60% sẹo mổ lấy thai có các khe hở [8].

- Chẩn đoán bệnh: Cả 3 bệnh nhân của chúng tôi đều được chẩn đoán khi thai từ 6 đến 8 tuần. Trường hợp 2 theo dõi thai tới 13,3 tuần có dấu hiệu dọa vỡ chỉ định chấm dứt thai kỳ, trường hợp 3 theo dõi thai tới khi đủ tháng.

Cho đến nay việc chẩn đoán CSMLT vẫn được cho là khó khăn [1,2,4]. Nhiều trường hợp vẫn bị bỏ sót gây ra tai biến đáng tiếc như vỡ tử cung, chảy máu nặng khi nạo hút thai, Khi thai lớn 70% trở thành rau cài răng lược [5] một xử trí sản khoa khó khăn nhất hiện nay. Việc chẩn đoán sớm rất có giá trị cho chẩn đoán và tiên lượng bệnh.

Rau cài răng lược sớm chẩn đoán ở thai giai đoạn 1 và nửa đầu giai đoạn 2 của thai kỳ[2]. Theo

Ben Nagi: Chẩn đoán rau cài răng lược sớm giúp thai phụ lựa chọn chấm dứt thai kỳ hay theo dõi thai. Chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn này có 20-40% có tai biến chảy máu nặng nhưng nguy cơ cắt tử cung thấp hơn so với thai đủ tháng[5].

- Hướng xử trí: Hiện nay chưa thống nhất phương hướng xử trí cho căn bệnh này. Đa số các tác giả cho rằng nên kết thúc thai kỳ sớm ngay khi chẩn đoán được bệnh tránh tai biến đáng tiếc cho người bệnh[1,3,4,5,8]. Có tác giả cho rằng CSMLT có thể theo dõi thai tới khi thai có thể sống được [2].

Phương pháp điều trị: CSMLT chưa có phương pháp điều trị hữu hiệu. Các phương pháp điều trị trên thế giới được tổng kết qua các báo cáo ca bệnh. Khuynh hướng hiện nay là điều trị bảo tồn nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu nhằm kết thúc thai kỳ sớm, nhờ đó tránh được phẫu thuật lớn và đảm bảo khả năng sinh sản. Nguyên tắc điều trị nhằm loại bỏ khối thai, duy trì khả năng sinh sản[7]. Có rất nhiều phương thức điều trị gồm 4 nhóm: Điều trị nội khoa, can thiệp ngoại khoa, phối hợp các phương pháp và chỉ theo dõi[7]. Theo đa số các tài liệu phương pháp điều trị nội khoa là khả thi nhất khi thai dưới 8 tuần[1,2,3,4,5]. Khi thai trên 8 tuần đặc biệt là các trường hợp chẩn đoán RCRLS nên được phối hợp nhiều phương pháp điều trị[5]. Phẫu thuật cắt tử cung nên đặt ra khi điều trị bảo tồn thất bại[9].

Trong báo cáo của chúng tôi trường hợp 1: Thai 6,2 tuần việc xử trí đơn giản hơn, bệnh nhân không bị ảnh hưởng sức khỏe nhiều, bảo tồn được khả năng sinh sản. Bệnh nhân không phải nằm viện lâu. chi phí cho điều trị thấp. Theo Stritch: tỷ lệ thành công của phương pháp này là 87,7%[2].

Trường hợp 2: Thai 13,3 tuần rau cài răng lược sớm, mục tiêu xử trí của trường hợp này là: Loại bỏ khối thai, cầm máu và duy trì khả năng sinh sản.

Ưu điểm: Bảo tồn được tử cung, Sức khỏe không bị ảnh hưởng nhiều

Nhược điểm: chi phí cho điều trị cao, chưa đánh giá được chất lượng sẹo sau điều trị.

Theo Stritch tổng hợp 42 bài báo có 39 trường hợp chẩn đoán rau cài răng lược sớm tại sẹo mổ lấy thai điều trị bằng các phương pháp: Điều trị nội khoa bằng MTX, Thuyên tắc ĐMTC sau đó nạo hút thai hoặc phẫu thuật, phẫu thuật mở bụng. Kết quả 34/39 trường hợp phải cắt tử cung[2].

Trường hợp 3: Thai 38 tuần mổ lấy thai, em bé khỏe mạnh bình thường. Thời gian phẫu thuật 2h, mất khoảng 2500ml máu + cắt tử cung hoàn toàn + tổn thương bàng quang ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và tâm sinh lý người bệnh. Chi phí lớn cho cả quá trình theo dõi thai, phẫu thuật và sau phẫu thuật.

Rau cài răng lược là biến chứng thai kỳ có tỷ lệ tử vong khoảng 7%[6]. Bệnh có biến chứng nặng nề: chảy máu, nhiễm trùng, vỡ tử cung, tổn thương tiết niệu khi phẫu thuật[10]. Theo nghiên cứu của bệnh viện Từ dũ 2012 : Trong phẫu thuật RCRL lượng máu mất TB là 1800ml, Lượng máu truyền trung bình 7 đơn vị, thời gian mổ trung bình là 140 phút, cắt tử cung 69.6%[10].

V. KẾT LUẬN:

- Chứa ở sẹo mổ lấy thai, rau cài răng lược sớm tại sẹo mổ lấy thai và rau cài răng lược tại sẹo mổ lấy thai là 1 chuỗi bệnh lý có liên quan chặt chẽ với nhau. Mức độ khó khăn phức tạp cho xử trí tăng dần theo tuổi thai .

- Nên xử trí sớm các trường hợp CSMLT ngay khi chẩn đoán được.

- Các trường hợp RCRLS ở quý I và nửa đầu quý II của thai kỳ nên truyền tắc ĐMTTC trước khi lấy bỏ khối thai để giảm thiểu chảy máu tăng khả năng bảo tồn tử cung.

- Xử trí RCRL khi thai đủ tháng nên phối hợp nhiều chuyên khoa: Hồi sức, Sản khoa, Phụ khoa, Huyết học, tiết niệu để Giảm thiểu biến chứng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21:220–227.
2. Tristch IET and Monteagudo A. Unforeseen consequences of increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accrete and cesarean scar pregnancy: a review *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 2012, 207,14 -29
3. Seow KM, Huang LW, Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2004; 23:247–253.
4. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000; 16:592–593.
5. Jara Ben Nagi và CS. First-Trimester Cesarean Scar Pregnancy Evolving Into Placenta Previa/Accreta at Term. Wednesday 21 September 2011.
6. OBrien JM, Baton IR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies. *Am J Obstetrics and Gynecology*. 1996; 175 :1632-8.
7. Phan Quyên. Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai. Sức khỏe sinh sản 2 tháng 3 năm 2012. 1-7.
8. Krishna S.,James E. S., Cesarean Section Scar Diverticulum: Appearance on Hysterosalpingography, *AJR*, 2008;190:870-874.
9. Chen et al; Placenta accreta diagnosed at 9 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 19: 620–622.
10. Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Bích Ty, Tô Hoài Thu, Đỗ Trung Hiếu. Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp – Châu Á Thái Bình Dương 2012, 10-16. 8.