



QUAN ĐIỂM MỚI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NHAU CÀI RĂNG LƯỢC

TS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

ĐẠI CƯƠNG

Tỉ lệ nhau cài răng lược (NCRL) thay đổi 1/540-1/70.000, trung bình khoảng 1/7.000 trường hợp sinh (Williams Obstetrics, 1996).

Theo Wu, Kocherginsky và Hibbard (2005) tỉ lệ NCRL tại Hoa Kỳ thay đổi từ 1/2.510 đến 1/533 trong 10 năm từ năm 1980 đến năm 1990.

Tại Việt Nam, tỉ lệ NCRL tăng dần qua các năm.

Theo thống kê của Bệnh viện Từ Dũ 1977-2011, tỉ lệ NCRL tăng từ 1/7.000 lên 1/1.100.

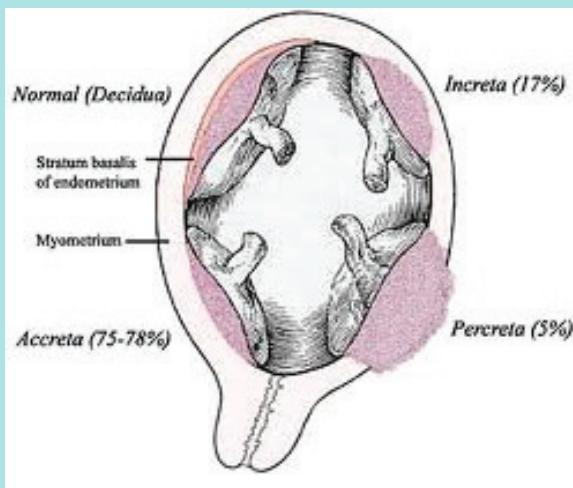
Tỉ lệ NCRL gia tăng trong những thập niên gần đây cùng với tăng tỉ lệ mổ lấy thai.

Có 3 dạng NCRL:

- Placenta accrete: là gai nhau bám trực tiếp với cơ tử cung.
- Placenta increta: là gai nhau xâm lấn bám sâu ở giữa lớp cơ tử cung.
- Placenta percreta: là gai nhau xâm lấn ra khỏi thanh mạc tử cung có thể gây vỡ tử cung tự phát gây nên bệnh cảnh xuất huyết nội, nguy hiểm đến tính mạng của mẹ và thai nhi, có thể xâm lấn các cơ quan lân cận, thường gặp là xâm lấn bàng quang (Hình 1).

Yếu tố nguy cơ

- Nhau tiền đạo, đặc biệt là nhau tiền đạo mặt trước.
- Tiền căn phẫu thuật trên tử cung như bóc nhau xơ tử cung, mổ lấy thai (MLT), mổ chỉnh hình tử cung.
- Tiền căn hút nạo lòng tử cung.



Hình 1

- Đa sản: số lần sinh ≥4 lần.
- Tuổi sản phụ >35 tuổi.
- Khiếm khuyết nội mạc tử cung (hội chứng Asherman).

Tiền căn mổ lấy thai với nhau tiền đạo mặt trước hoặc mặt sau, nhau sẽ bám vào vết mổ cũ (VMC) là yếu tố nguy cơ lớn nhất của NCRL.

Trên những sản phụ nhau tiền đạo, nguy cơ NCRL tăng dần theo số lần MLT (Update, Feb 2012):

- Không có sẹo mổ: 1-5%
- 1 lần MLT: 11-25%
- 2 lần MLT: 35-47%
- 3 lần MLT: 40%
- ≥4 lần MLT: 50-67%

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán sớm trước sinh để có kế hoạch can thiệp kịp thời và thích hợp nhằm giảm thiểu nguy cơ cho mẹ và con.

Siêu âm với các dấu hiệu (Hình 2, 3, 4)

- Xoang mạch máu bờ không đều trong bánh nhau.
- Gián đoạn hoặc mất ranh giới khoảng echo kém giữa bánh nhau và lớp cơ tử cung.
- Cơ tử cung <1mm hoặc không có.
- Gián đoạn thanh mạc mặt sau bằng quang.
- Dòng chảy xoáy trên Doppler màu.

Giá trị siêu âm trong chẩn đoán nhau cài răng lược

Trong nghiên cứu gộp gồm 6 nghiên cứu, 433 thai phụ được chẩn đoán nhau tiền đạo, 32 được chẩn đoán NCRL:

- Độ nhạy: 78% (25/32)
- Độ đặc hiệu: 99% (397/401)
- Giá trị tiên đoán dương: 86%
- Giá trị tiên đoán âm: 98%

Theo RCOG Green-top Guideline No.27 (2011): giá trị các loại siêu âm trong chẩn đoán NCRL khác nhau như bảng 1.

Chẩn đoán bằng MRI (Hình 5, 6, 7)

Hiệu quả khi dấu hiệu trên siêu âm mơ hồ hoặc nghi ngờ NCRL mặt sau.

MRI không thể thay thế siêu âm trong chẩn đoán nhau tiền đạo nhưng có giá trị trong chẩn đoán NCRL / nhau tiền đạo.

Giá trị MRI trong chẩn đoán nhau cài răng lược (Bảng 2)

Nghiên cứu gộp trên 60 thai phụ được chẩn đoán NCRL:

- Độ nhạy: 90%
- Độ đặc hiệu: 100%
- Giá trị tiên đoán dương: 100%
- Giá trị tiên đoán âm: 80%

CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ TRƯỚC SINH

Tất cả các sản phụ có nguy cơ đặc biệt là nhau tiền đạo có VMC trên tử cung nên được tầm soát NCRL bằng siêu âm.

Xem xét nhập viện cho đến lúc sinh các trường hợp xuất huyết âm đạo nhiều hoặc xuất huyết âm đạo tái phát.

Bảng 1

	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)
Siêu âm đen trắng	95	76	82
Siêu âm Doppler màu	92	68	76
Siêu âm Doppler năng lượng 3 chiều	100	85	88

Các trường hợp NCRL nên được theo dõi và xử trí ở các trung tâm lớn có thể cung cấp đầy đủ máu, đầy đủ phương tiện, trình độ và nhân lực.

RCOG (2012) khuyến cáo chấm dứt thai kỳ lúc thai
36-37 tuần.

Lập kế hoạch chấm dứt thai kỳ: thời điểm, phương tiện, nhân lực; và cả kế hoạch dự phòng cho các trường hợp phải mổ cấp cứu vì ra huyết âm đạo nhiều.

CHUẨN BI TRƯỚC MỔ

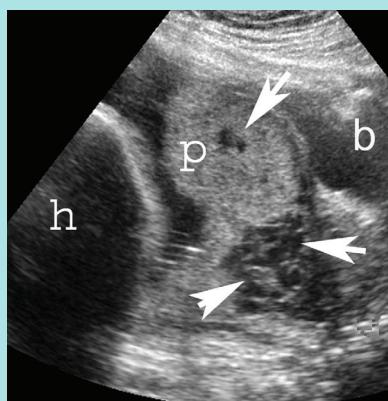
Tư vấn cho sản phụ và gia đình về nguy cơ xuất huyết âm đạo trước sinh, sinh non tháng, khả năng truyền máu khối lượng lớn, mổ lấy thai, cắt tử cung và thậm chí tử vong.

THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ

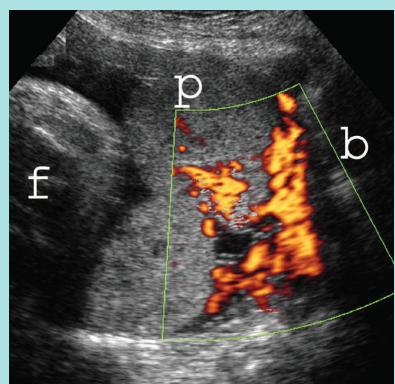
- (1) Bác sĩ sản khoa: 2 bác sĩ sản khoa, trong đó có một chuyên gia sản khoa có kinh nghiệm phẫu thuật nhau tiền đạo, NCRL.
- (2) Chẩn đoán hình ảnh: thảo luận lại với chuyên gia chẩn đoán hình ảnh để xác định vị trí nhau bám, vị trí nhau cài, sự xâm lấn bàng quang và quyết định đường rạch trên tử cung để tránh tổn thương bánh nhau.
- (3) Niệu khoa: thảo luận việc xem xét soi bàng quang và đặt stent niệu quản (nếu NCRL xâm lấn bàng quang).
- (4) Gây mê hồi sức: hội chẩn với bác sĩ gây mê hồi sức về việc quyết định số lượng máu cần truyền và có dùng truyền máu hoàn hồi hay không.
- (5) Huyết học: thông báo ngày giờ thực hiện phẫu thuật và dụng cụ cần thiết.
- (6) ICU: thông báo ngày giờ thực hiện phẫu thuật.
- (7) Sơ sinh: thông báo ngày giờ thực hiện phẫu thuật.



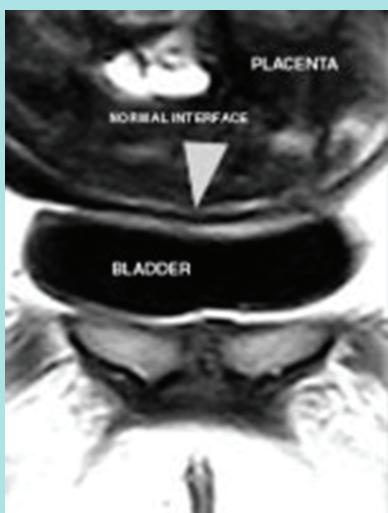
Hình 2. Nhau tiền đạo không cài răng lược



Hình 3. NCRL: xoang mạch máu bờ không đều trong nhau.



Hình 4. NCRL: dòng chảy xoáy trên Doppler màu



Hình 5. Nhau bình thường



Hình 6. NCRL: xâm lấn cơ tử cung



Hình 7. NCRL: xâm lấn bằng quang

- (8) Phẫu thuật viên mạch máu, ung thư phụ khoa: ngày giờ phẫu thuật để hỗ trợ khi cần thiết.
- (9) Sản phụ: tư vấn cho sản phụ và gia đình về chẩn đoán, cần thiết phải phẫu thuật, khả năng mất máu khối lượng lớn, truyền máu và khả năng cắt tử cung. Điều trị bảo tồn nên được xem xét với mục đích bảo tồn chức năng sinh sản. Sản phụ và gia đình nên được tư vấn cẩn thận về nguy cơ của điều trị bảo tồn: xuất huyết và nhiễm trùng có thể dẫn đến cắt tử cung và thậm chí tử vong. Thảo luận về việc thuyên tắc mạch dự phòng.

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Khuyến cáo xử trí cho NCRL là cắt tử cung chừa lại bánh nhau vì bóc nhau gây ra mất máu nhiều. Tuy nhiên, đây không phải là lựa chọn đầu tiên cho những sản phụ chưa đẻ con, với những sản phụ này, điều trị bảo tồn được đặt ra với tình trạng huyết động ổn định, đông máu bình thường và sản phụ chấp nhận các nguy cơ của điều trị bảo tồn.

Nên có kế hoạch và tư vấn với sản phụ và gia đình trước mổ về nguy cơ và thời gian theo dõi lâu dài.

Không hiệu quả trong điều trị bảo tồn ở các trường hợp xuất huyết âm đạo.

Đường rạch trên tử cung để bắt con tránh xa vị trí nhau bám, khâu phục hồi cơ tử cung chừa lại bánh nhau.

Cox và cộng sự gợi ý 2 phương cách bảo tồn trong NCRL:

1. Để lại bánh nhau tại chỗ. Bánh nhau được hấp thụ dần. Một số tác giả đề nghị sử dụng methotrexate (MTX) nhằm ngừng phát triển bánh nhau. Nếu bánh nhau không giảm kích thước, cắt hoàn toàn tử cung sau 4 tuần để tránh biến chứng DIC. Không nên nạo hút buồng tử cung để lấy mô nhau vì nguy cơ xuất huyết ồ ạt.
2. Cắt khu trú và may phục hồi cơ tử cung.

Các bước tiến hành phẫu thuật bảo tồn

- Gây mê toàn thân.
- Rạch da đường giữa qua rốn.
- Thám sát vùng chậu, xác định xem có tăng sinh mạch máu bất thường trong NCRL xâm lấn.
- Rạch ở vị trí thân tử cung cách xa bánh nhau (dựa vào siêu âm trước phẫu thuật).
- Lấy thai ra.
- Sổ nhau tích cực, không đụng vào bánh nhau trong trường hợp nhau không bong tự nhiên để bánh nhau lại.
- Khâu cơ tử cung.

Điều trị bổ sung

Thuyên tắc động mạch hạ vị, thắt động mạch hạ vị, MTX. Điều trị hỗ trợ với MTX còn đang bàn cãi.

Bảng 2

Tác giả	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Finberg và Williams (1992)	14/18 (78%)	15/16 (93%)
Levine và cộng sự (1997)	6/7 (86%)	11/12 (92%)
Chou và cộng sự (2000)	14/16 (87%)	61/64 (95%)
Warshak và cộng sự (2006)	25/32 (78%)	397/401(99%)
Tổng cộng	59/73 (81 %)	484/493 (98%)

Theo dõi trong nhiều tháng với nguy cơ chảy máu thứ phát nhưng giảm 30% đối với cắt tử cung.

Dùng kháng sinh dự phòng 10 ngày để giảm nguy cơ nhiễm trùng. Hai nguy cơ lớn nhất của điều trị bảo tồn là xuất huyết âm đạo và nhiễm trùng.

Theo dõi sau xuất viện

- Lâm sàng và siêu âm mỗi tuần.
- Huyết đồ, β-hCG, CRP.

Theo dõi đến khi bánh nhau tiêu biến hoàn toàn, dùng siêu âm để theo dõi sự tiêu biến này. Sự theo dõi này đòi hỏi một quá trình lâu dài. Thời gian theo dõi trung bình là 13,5 tuần (4-60 tuần).

Khả năng sinh sản sau điều trị bảo tồn có vẻ khả quan, nhưng dữ liệu chứng minh cho việc này còn giới hạn.

Biến chứng

- Viêm nội mạc tử cung, hoại tử.
- Shock nhiễm trùng.
- Chảy máu thứ phát.
- Cắt tử cung 10-30%.
- Dính buồng tử cung.

ĐIỀU TRỊ KHÔNG BẢO TỒN

Nguyên tắc là không bóc nhau để tránh chảy máu ào ạt. Đường rạch da là đường dọc giữa.

Quan sát vùng chậu để xác định các mạch máu tăng sinh bất thường và sự xâm lấn của các trường hợp percreta.

Chọn đường rạch cơ tử cung sao cho tránh vị trí nhau bám.

Tách phúc mạc đoạn dưới tử cung để tránh tổn thương bàng quang.

Không bóc nhau, khâu kín cơ tử cung lại.

Để giảm lượng máu mất có thể thắt động mạch hạ vị hoặc thuyên tắc mạch hạ vị trong lúc mổ sau khi bắt con. Lợi ích của việc thuyên tắc mạch dự phòng còn nhiều bàn cãi.

Soi bàng quang và đặt stent niệu quản dự phòng trước mổ giúp tránh tổn thương hệ niệu trong các trường hợp percreta.

Phẫu thuật cấp cứu

Một tỉ lệ nhỏ NCRL ra huyết nhiều cần mổ cấp cứu, trong trường hợp này cần nhiều sự chuẩn bị. Thông báo cho:

- Hai bác sĩ sản khoa.
- Bác sĩ gây mê hồi sức.
- Nhân viên điều phối phòng mổ để bố trí nhân lực thích hợp.
- Đơn vị hồi sức đặc biệt người lớn và sơ sinh.
- Ngân hàng máu và mời chuyên gia truyền máu huyết học tham gia vào cuộc mổ.
- Bác sĩ niệu khoa, ung thư phụ khoa và phẫu thuật viên mạch máu để sẵn sàng tham gia khi cần thiết.

CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI SAU MỔ

Sản phụ sẽ được chuyển về hồi sức.

Catheter thuyên tắc mạch nên được lấy ra để tránh huyết khối, có thể xem xét việc lưu lại catheter 1 ngày trong các trường hợp băng huyết sau sinh có thể xảy ra.

Stent niệu quản được rút ra khi có chỉ định của niệu khoa.

Những vấn đề về điều trị bổ sung

MTX

- Ưu điểm: teo bánh nhau
- Hiệu quả: còn bàn cãi.
- Nhuược điểm: xuất huyết thì hai do hoại tử mô nhau.

Thuyên tắc mạch

- Ưu điểm: không có sự phân bố mạch của tử cung.
- Hiệu quả: giảm chảy máu trong sổ nhau tích cực.
- Nhuược điểm: đòi hỏi chuyên gia nhiều kinh nghiệm và phương tiện kỹ thuật.

Bóng chèn trong động mạch

- Ưu điểm: giảm chảy máu trong lúc mổ.
- Hiệu quả: giảm chảy máu trong sổ nhau tích cực.
- Nhuược điểm: đòi hỏi kinh nghiệm và phương tiện kỹ thuật.

BIẾN CHỨNG - TIỀN LƯỢNG

Băng huyết sau sinh là biến chứng thường gặp nhất, xảy ra tại thời điểm cố gắng bóc nhau, đặc biệt, băng huyết sau sinh trầm trọng dẫn đến truyền máu khối lượng lớn, đông máu nội mạch lan tỏa, hội chứng suy hô hấp cấp, suy thận và thậm chí tử vong. NCRL đã trở thành nguyên nhân phổ biến nhất của cắt tử cung chu sản.

NCRL xâm lấn băng quang gây tiêu máu, có thể cắt băng quang hoặc thủng băng quang lúc mổ.

KẾT LUẬN

Siêu âm để phát hiện NCRL khi có yếu tố nguy cơ nhau tiền đạo trên tử cung có VMC.

Nghi ngờ NCRL nên có kế hoạch chuẩn bị: phẫu thuật viên có kinh nghiệm, phối hợp với các chuyên khoa khác như gây mê hồi sức, nhi sơ sinh, huyết học, niệu khoa để phòng thuyên tắc mạch và đơn vị chăm sóc tích cực được trang bị đầy đủ phuơng tiện.

Cần tư vấn cụ thể cho thai phụ và gia đình về những nguy cơ như: cắt tử cung, truyền máu khối lượng lớn, các biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật. Chọn lựa phuơng pháp điều trị bảo tồn hoặc không bảo tồn tùy vào từng trường hợp cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Comstock CH (2005). Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. Ultrasound Obstet Gynecol; 26:89.
2. Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, et al. (2008). Prenatal diagnosis of placenta accreta: sonography or magnetic resonance imaging? J Ultrasound Med; 27:1275.
3. Lax A, Prince MR, Mennitt KW, et al. (2007). The value of specific MRI features in the evaluation of suspected placental invasion. Magn Reson Imaging; 25:87.
4. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement (2010). NIH Consensus Development Conference: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights March 8-10, 2010.
5. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol; 107:1226.
6. Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V (2011). Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. Acta Obstet Gynecol Scand; 90:1140.
7. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, et al. (2006). Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. Obstet Gynecol; 108:573.
8. Weinstein A, Chandra P, Schiavello H, Fleischer A (2005). Conservative management of placenta previa percreta in a Jehovah's Witness. Obstet Gynecol; 105:1247.