



THAI LẠC CHỖ Ở CỔ TỬ CUNG

TS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

GIỚI THIỆU

Thai lạc chỗ ở cổ tử cung là một dạng hiếm gặp của thai lạc chỗ, chiếm khoảng dưới 1% của thai lạc chỗ và 1/9.000 ca sinh (Bouyer và cs., 2002). Thai lạc chỗ ở cổ tử cung khi thai làm tổ tại niêm mạc kênh cổ tử cung. Thai lạc chỗ ở cổ tử cung gia tăng kèm với kỹ thuật hỗ trợ sinh sản: chiếm khoảng 0,1% trường hợp thai sau thụ tinh ống nghiệm và khoảng 3,7% những trường hợp thai lạc chỗ sau thụ tinh ống nghiệm (Karande và cs., 1991).

Nguyên nhân thai lạc chỗ ở cổ tử cung chưa rõ. Tuy nhiên, về mặt bệnh học cho thấy có liên quan đến phẫu thuật ở cổ tử cung hoặc ở tử cung trước đó. Tiền căn nạo hút thai hoặc mổ lấy thai có nguy cơ cao gây thai lạc chỗ ở cổ tử cung. Một giả thuyết khác là sự di chuyển nhanh chóng của trứng đã thụ tinh vào trong ống tuyế

cổ tử cung trước khi nó có khả năng làm tổ hoặc vì nội mạc tử cung không tiếp nhận (Vela và Tulandi, 2007).

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Triệu chứng phổ biến nhất của thai lạc chỗ ở cổ tử cung là xuất huyết âm đạo, mà thường là lượng nhiều và không đau. Đau bụng dưới hoặc co thắt xảy ra trong ít hơn một phần ba số bệnh nhân, đau mà không chảy máu rất hiếm. Điều quan trọng là cần nghĩ về khả năng mang thai cổ tử cung ở những bệnh nhân này vì chẩn đoán sớm là rất quan trọng để tránh các biến chứng và giúp điều trị thành công.

ĐÁNH GIÁ

Khám mổ vịt, lỗ ngoài cổ tử cung có thể mở, để lộ màng thai hoặc mô thai, cổ tử cung có màu xanh hoặc tím.

Đôi khi quan sát thấy tổn thương dạng nang ở cổ tử cung do sự xâm lấn của tế bào nuôi vào mô đệm cổ tử cung.

Lý tưởng nhất, nếu nghi ngờ thai lạc chỗ ở cổ tử cung, không nên khám bằng tay cho đến khi kiểm tra bằng hình ảnh để loại trừ chẩn đoán. Nếu có thăm khám bằng tay, không nên cho tay vào lỗ trong cổ tử cung vì có khả năng xuất huyết. Khi thăm khám bằng tay nhận thấy cổ tử cung mềm và to mất cân xứng so với thân tử cung, đây là dấu hiệu tử cung có hình đồng hồ cát. Nếu là thai trong tử cung thì thân tử cung lớn hẳn so với cổ tử cung, mặc dù cổ tử cung có mềm và sung huyết nhẹ.

CHẨN ĐOÁN

Với một người phụ nữ có xét nghiệm thử thai dương tính, chẩn đoán lâm sàng của thai lạc chỗ ở cổ tử cung dựa trên những phát hiện trên siêu âm qua âm đạo. Một chẩn đoán chính xác là rất quan trọng để tránh những can thiệp có thể dẫn đến xuất huyết trầm trọng dẫn đến phải cắt bỏ tử cung.

Tiêu chí siêu âm chẩn đoán thai lạc chỗ ở cổ tử cung bao gồm (Kung và cs., 2004; Maymon và cs., 2004):

- Túi thai hoặc nhau thai trong cổ tử cung.
- Dải nội mạc tử cung bình thường.
- Hình đồng hồ cát (số tám) hình tử cung với kênh cổ tử cung phình to.

Dấu hiệu bổ sung bao gồm hình ảnh phôi thai hoặc thai nhi ở trong cổ tử cung và túi thai nằm dưới lỗ trong cổ tử cung hoặc động mạch tử cung. Giá trị siêu âm chẩn đoán thai lạc chỗ ở cổ tử cung là chính xác trong 87,5% các trường hợp.

Chẩn đoán phân biệt

Sẩy thai không trọn, thai ra đến gần cổ tử cung.

Đặc điểm phân biệt bao gồm:

- Hoạt động của tim thai thường gấp trong thai lạc chỗ ở cổ tử cung với một phôi thai sống, nhưng không có tim thai trong sẩy thai không trọn.
- Túi thai của thai cổ tử cung có bờ viền đều, trong khi một túi sẩy thai không trọn thường có bờ không đều và có thể thay đổi hình dạng trong quá trình siêu âm.
- Lỗ cổ tử cung thường được đóng trong thai lạc chỗ ở cổ tử cung, nhưng mở trong sẩy thai không trọn.

Chụp cộng hưởng từ có thể hữu ích trong trường hợp bất thường hoặc phức tạp khi chẩn đoán không chắc chắn.

Rubin xác định tiêu chí mô học cho thai lạc chỗ ở cổ tử cung, nhưng để có chẩn đoán mô học là không thực tế lâm sàng vì nó đòi hỏi cắt bỏ tử cung. Tiêu chí Rubin bao gồm: mô nhau gắn vào cổ tử cung, tuyến cổ tử cung đối diện với vị trí bám của bánh nhau, nhau nằm thấp dưới động mạch tử cung hoặc dưới nếp gấp phúc mạc trước và sau tử cung và không có yếu tố của thai nhi trong thân tử cung.



Hình 1. Túi thai ở cổ tử cung



Hình 2. Cổ tử cung chứa túi thai phình to, tử cung có hình đồng hồ cát

Thuật ngữ sẩy thai cổ tử cung đã được sử dụng để mô tả một tình trạng thai trong tử cung bị sẩy, mô thai bị mắc kẹt trong kênh cổ tử cung vì sức đề kháng từ cổ ngoài tử cung. Một thai trong tử cung trong quá trình sẩy thai có thể giống một thai lạc chỗ ở cổ tử cung nếu sản phẩm thụ thai không qua lỗ ngoài cổ tử cung. Chẩn đoán này là có khả năng nếu siêu âm cho thấy một vài sản phẩm thụ thai / cục máu đông trong buồng tử cung, buồng tử cung lớn so với cổ tử cung, lỗ trong cổ tử cung mở hoặc có hình ảnh túi thai dẹt bên trong có hoặc không chứa một phôi thai chết. Ngoài ra, sẩy thai cổ tử cung không cho thấy bất kỳ dấu hiệu nào của tế bào nuôi xâm lấn vào chất nền cổ tử cung hoặc hoạt động tim thai.

Thai lạc chỗ ở cổ tử cung: có sự hiện diện của lưu lượng máu quanh tế bào nuôi ở cổ trong cổ tử cung qua siêu âm Doppler màu hoặc hoạt động của tim thai, không thấy dấu hiệu túi thai trượt, không có chuyển động của túi thai lạc chỗ ở cổ tử cung khi dùng đầu dò âm đạo ấn nhẹ nhàng lên cổ tử cung.

Nếu chẩn đoán không chắc chắn, siêu âm lại vào ngày hôm sau để xem túi đã di chuyển (gọi ý sẩy thai cổ tử cung) hoặc thực hiện chụp cộng hưởng từ có thể giúp làm rõ chẩn đoán.

Chẩn đoán phân biệt khác bao gồm *thai bám ở sẹo mổ lấy thai* hoặc *sẹo trên cơ tử cung* nên được xem xét nếu túi thai nằm trong phần dưới mặt trước tử cung, ngay vị trí sẹo mổ trên tử cung, buồng tử cung và kênh cổ tử cung thì trống.

ĐIỀU TRỊ

Đối với trường hợp thai lạc chỗ ở cổ tử cung với huyết động ổn định: sử dụng đa liều methotrexate (MTX) điều trị bằng tiêm trong buồng ối và/hoặc tiêm kali clorua (KCL) tại chỗ trong phôi thai (ví dụ tiêm trong tim thai khoảng 5 mEq KCL) khi có hoạt động của tim thai nhị (Yao và Tulandi, 2000). Phương pháp điều trị này loại bỏ thai lạc chỗ và cho phép bảo tồn tử cung ít nhất 80% các

trường hợp. Chẩn đoán và điều trị sớm trong thai kỳ là rất quan trọng vì hầu hết các trường hợp xuất huyết nặng nề và cần thiết phải cắt bỏ tử cung xảy ra trong cuối tam cá nguyệt thứ nhất và đầu tam cá nguyệt thứ hai.

Điều trị nội khoa

Tiêu chí để lựa chọn bệnh nhân điều trị nội khoa với thai lạc chỗ ở ống dẫn trứng: tình trạng huyết động học ổn định, có thể theo dõi sau điều trị, nồng độ beta-hCG ≤ 5.000 mIU/mL, không có hoạt động tim thai. Kích thước khối thai $<3-4\text{cm}$ cũng thường được chọn là tiêu chí điều trị nội khoa, tuy nhiên đó không phải là yếu tố xác định dự báo điều trị thành công.

Ngoài ra, không có tiêu chí lựa chọn thích hợp cho điều trị nội khoa của thai lạc chỗ ở cổ tử cung, trừ khi bảo đảm rằng các bệnh nhân có huyết động ổn định. Một lý do cho sự khác biệt này là kinh nghiệm với thai lạc chỗ ở cổ tử cung là quá ít để cho phép bắt kỳ kết luận chắc chắn về các tiêu chí tối ưu cho điều trị nội khoa. Ví dụ, sự hiện diện hoạt động của tim thai (hiện diện trong 60% thai với thai lạc chỗ ở cổ tử cung, trái ngược với 10% thai lạc chỗ ở ống dẫn trứng) là một yếu tố tiên lượng kém cho điều trị nội khoa thành công của thai lạc chỗ ở ống dẫn trứng, nhưng liệu điều này cũng đúng đối với thai lạc chỗ ở cổ tử cung còn chưa được biết đến? Một yếu tố khác là khi xem xét rủi ro và lợi ích của điều trị nội khoa so với điều trị phẫu thuật, có khả năng bị biến chứng cao hơn từ điều trị nội khoa trong thai lạc chỗ ở cổ tử cung so với thai lạc chỗ ở ống dẫn trứng. Khi điều trị phẫu thuật, có nguy cơ đáng kể của xuất huyết với thai lạc chỗ ở cổ tử cung.

Kinh nghiệm với việc sử dụng MTX cho điều trị thai lạc chỗ ở cổ tử cung còn bị hạn chế do số lượng còn ít, chỉ có trong các báo cáo nhỏ. Những phương pháp điều trị nội khoa khác nhau đã được sử dụng (MTX đơn hoặc đa liều hệ thống, tiêm MTX/KCL tại chỗ trong túi thai hoặc kết hợp các phương pháp điều trị này) có hiệu quả trong 80% đến 90% các trường hợp. Không có các biến chứng khác hơn so với tác dụng phụ thông thường của

điều trị MTX (Doubilet và cs., 2004; Mesogitis và cs., 2005; Kirk và cs., 2006; Jeng và cs., 2007).

Tiêm bắp đa liều MTX đơn thuần thường là đủ để điều trị thai lạc chỗ ở cổ tử cung rất sớm khi chưa có hoạt động của tim thai.

Ngược lại, đối với những thai kỳ tiến triển hơn, có hoạt động của tim thai thì cần điều trị kết hợp với cả MTX đa liều tiêm bắp và tiêm KCL trong buồng ối và/hoặc trong thai để hủy thai và như thế tạo điều kiện thuận lợi cho việc hấp thu mô thai, có thể mất một vài tháng. Thủ thuật hủy thai nên được thực hiện trong phòng mổ và điều kiện vô trùng. Dùng kim 20-22 gauge đâm xuyên qua túi thai đến ngực thai qua hướng dẫn của siêu âm đầu dò âm đạo. Khi đầu kim vào mô phôi thai, 1-5ml KCL 20% được tiêm cho đến khi ngưng hoạt động của tim (Doubilet và cs., 2004).

Trong trường hợp xuất huyết âm đạo nhiều, thuyên tắc mạch có thể là giải pháp nhằm kiểm soát. Nếu không thành công, nong, nạo và hút thai là bước tiếp theo.

Cắt bỏ tử cung là giải pháp cuối cùng.

Điều trị ngoại khoa

Theo kinh điển, thai lạc chỗ ở cổ tử cung được nong, nạo và hút thai; nếu vẫn không kiểm soát được chảy máu thì sẽ cắt tử cung toàn phần. Tuy nhiên, việc cắt bỏ tử cung là phẫu thuật lớn, ảnh hưởng đến tương lai sản khoa của bệnh nhân.



Nong nạo là thủ thuật nhằm bảo tồn tử cung. Biến chứng chính là xuất huyết nghiêm trọng. Để giảm lượng máu mất, có thể áp dụng các phương pháp bổ sung như thắt động mạch cổ tử cung, khâu vòng cổ tử cung theo phương pháp Shirodkar, thuyên tắc động mạch tử cung hoặc tiêm vasopressin trong cổ tử cung. Tiêm 20-30ml dung dịch vasopressin (0,5 IU/ml) bằng kim 21 dài 1,5 inch, tiêm sâu vào mô dệm vòng quanh cổ tử cung.

Nếu vẫn còn xuất huyết sau nong nạo, có thể đặt bóng chèn với ống thông Foley 26, bơm khoảng 95ml nước cất hoặc nước muối sinh lý vô trùng để làm phồng bóng và chèn ép các mạch máu vùng cổ trong tử cung trong 24 giờ đến 48 giờ. Các biện pháp bổ sung có thể được sử dụng ở những phụ nữ tiếp tục bị chảy máu, bao gồm: khâu cầm máu tại chỗ ở cổ tử cung, thuyên tắc mạch, thắt động mạch tử cung hai bên, thắt động mạch hạ vị hai bên.

Cắt bỏ tử cung hoàn toàn là một lựa chọn cho những phụ nữ đã đẻ con hoặc có kèm bệnh lý tử cung và không muốn chấp nhận nguy cơ xuất huyết, nguy cơ có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật bảo tồn hay điều trị nội khoa.

Thuyên tắc động mạch tử cung

Thuyên tắc động mạch tử cung trước khi hút thai lạc chỗ ở cổ tử cung có thể được xem là một phương pháp hiệu quả để ngăn ngừa xuất huyết. Trong một loạt ca, phương pháp này đã thành công trong việc tránh cắt bỏ tử cung hoặc bụng trong 16/16 trường hợp. Tổng hợp nghiên cứu tài liệu cho thấy 71% của 41 trường hợp điều trị mà không chuẩn bị trước mổ như vậy dẫn đến xuất huyết ở 4%, 7 trường hợp đã kết thúc bằng cắt tử cung và 5 trường hợp được điều trị bằng thắt hạ vị hai bên hoặc thắt động mạch tử cung. Thuyên tắc động mạch tử cung cũng có thể được thực hiện để kiểm soát xuất huyết xảy ra sau phẫu thuật hoặc kết hợp với điều trị nội khoa.

Gelfoam được dùng để tắc nghẽn tạm thời (2-6 tuần) của các mạch máu nuôi dưỡng chính, và cho phép phát

triển tuần hoàn bàng hệ. Hệ thống tuần hoàn bàng hệ bắt đầu phát triển trong vòng vài giờ của thủ thuật, vì vậy điều trị ngoại khoa nên được thực hiện ngay sau khi thuyên tắc để đạt được các lợi ích tối ưu sau thủ thuật. Khoảng thời gian tối ưu giữa thuyên tắc động mạch tử cung và điều trị ngoại khoa từ khoảng vài giờ đến 24 giờ đã được khuyến cáo.

Không có báo cáo về tác dụng thiếu máu cục bộ trên tử cung sau thủ thuật, tuy nhiên, trào ngược vật liệu tắc mạch đến các cơ quan được cung cấp máu của động mạch hạ vị có thể gây ra đau cách hồi của bụng dưới và mông, mà thường thoáng qua.

Mặc dù thuyên tắc động mạch tử cung là một kỹ thuật đầy hứa hẹn để giảm biến chứng ở phụ nữ mang thai lạc chỗ ở cổ tử cung, nhưng cần nghiên cứu hơn nữa trước khi kỹ thuật này được khuyến cáo thường qui.

KẾT QUẢ THAI KỲ LẦN SAU

Một đánh giá gồm 37 thai kỳ từ hai tháng đến vài năm sau khi mang thai lạc chỗ ở cổ tử cung được báo cáo như sau: 21 phụ nữ sinh đủ tháng (bao gồm một cặp song sinh ở tuần 38), 4 trường hợp sinh non (25, 28, 32 và 36 tuần của thai kỳ), 3 trường hợp bị sẩy thai ở 8-9 tuần tuổi thai, 2 trường hợp phá thai, 2 trường hợp đã có thai lạc chỗ ở ống dẫn trứng, 1 trường hợp bị thai lạc chỗ ở cổ tử cung lặp lại sau IVF, 3 trường hợp đã có khâu vòng cổ tử cung theo phương pháp McDonald vì nghi ngờ hở eo tử cung.

TÓM TẮT VÀ ĐỀ NGHỊ

Việc điều trị hiệu quả nhất của thai lạc chỗ ở cổ tử cung vẫn còn chưa rõ ràng. Các báo cáo về chủ đề này bị giới hạn với số trường hợp báo cáo còn khá ít.

Các phương pháp điều trị được đề nghị dưới đây dựa vào kinh nghiệm của một số tác giả:

- Điều trị nội khoa được lựa chọn hơn so với điều trị ngoại khoa. Dùng MTX đa liều, đường tiêm bắp toàn thân. Nếu thai có hoạt động tim thai, nên tiêm KCL vào buồng ối hoặc phôi thai.
- Trong những bệnh nhân huyết động không ổn định hoặc chọn điều trị ngoại khoa, nên tiến hành thuyên tắc động mạch tử cung tiếp theo là nong và hút nạo. Nếu thuyên tắc động mạch tử cung trước phẫu thuật không thực hiện, việc thắt nhánh xuống của động mạch tử cung trước khi nong, nạo và sử dụng bóng chèn bằng một ống thông Foley giúp kiểm soát lượng máu mất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bouyer J, Coste J, Fernandez H et al. (2002). Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1,800 cases. Hum Reprod; 17:3224.
- Doublet PM, Benson CB, Frates MC, Ginsburg E (2004). Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies. J Ultrasound Med; 23:359.
- Jeng CJ, Ko ML, Shen J (2007). Transvaginal ultrasound-guided treatment of cervical pregnancy. Obstet Gynecol; 109:1076.
- Karande VC, Flood JT, Heard N et al. (1991). Analysis of ectopic pregnancies resulting from in-vitro fertilization and embryo transfer. Hum Reprod; 6:446.
- Kirk E, Condous G, Haider Z et al. (2006). The conservative management of cervical ectopic pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol; 27:430.
- Kung FT, Lin H, Hsu TY et al. (2004). Differential diagnosis of suspected cervical pregnancy and conservative treatment with the combination of laparoscopy-assisted uterine artery ligation and hysteroscopic endocervical resection. Fertil Steril; 81:1642.
- Maymon R, Halperin R, Mendlovic S et al. (2004). Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. Hum Reprod Update; 10:515.
- Mesogitis S, Pilalis A, Daskalakis G et al. (2005). Management of early viable cervical pregnancy. BJOG; 112:409.
- Vela G, Tulandi T (2007). Cervical pregnancy: the importance of early diagnosis and treatment. J Minim Invasive Gynecol; 14:481.
- Yao M, Tulandi T (2000). Practical and current management of tubal and non-tubal ectopic pregnancies. Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility; 23:89.
- Zakaria MA, Abdallah ME, Shavell VI et al. (2011). Conservative management of cervical ectopic pregnancy: utility of uterine artery embolization. Fertil Steril; 95:872.