



Bác sĩ Chuyên khoa I Hà Nhật Anh

Bệnh viện Mỹ Đức

Trong tự nhiên, sự thụ tinh sẽ diễn ra ở ống dẫn trứng, sau đó, phôi thai được vận chuyển vào buồng tử cung và làm tổ tại đây. Khoảng 2% các trường hợp, phôi thai làm tổ bên ngoài buồng tử cung, gây nên thai ngoài tử cung. Thai ngoài tử cung có nhiều vị trí, chiếm tỉ lệ lớn là thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng, ổ bụng, cổ tử cung hoặc bám ở sẹo mổ cũ cơ tử cung.

Yếu tố nguy cơ của thai ngoài tử cung bao gồm: tiền căn can thiệp phẫu thuật trên ống dẫn trứng, bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu, bất thường cấu trúc ống dẫn trứng, đang đặt dụng cụ tử cung.... Xuất huyết tử cung bất thường và đau hạ vị là 2 triệu chứng thường gặp, nhưng thai ngoài tử cung có thể không có triệu chứng.

Siêu âm đầu dò ngã âm đạo góp phần khẳng định chẩn đoán. Khoảng 40% các trường hợp, siêu âm không thể xác định được chính xác vị trí khối thai. Một vài trường hợp là thai sớm trong tử cung, các trường hợp còn lại là thai ngoài tử cung.

Vì thai ngoài tử cung không ở vòi trứng có tần suất xảy ra thấp nên hiện vẫn chưa có điều trị tiêu chuẩn cho các trường hợp này. Báo cáo loạt ca này trình bày

QUẢN LÝ CÁC TRƯỜNG HỢP THAI NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG Ở ỐNG DẪN TRỨNG

Management of non-tubal ectopic pregnancies at a large tertiary hospital

Hunt SP, Talmor A, Vollenhoven B

Reprod Biomed Online 2016; 33: 79-84

các kinh nghiệm điều trị của một trung tâm.

NGHIÊN CỨU

Các tác giả mô tả 60 ca thai ngoài tử cung không ở ống dẫn trứng trong suốt 9 năm:

- Vị trí làm tổ thường gặp là đoạn kẽ tử cung (57%). Các vị trí khác bao gồm: ở sẹo mổ lấy thai cũ (23%), cổ tử cung (15%) và ở vị trí giữa cổ tử cung liên quan đến sẹo mổ lấy thai cũ (5%).
- Các triệu chứng thường gặp là đau vùng chậu và xuất huyết âm đạo.
- Khoảng 1/3 các trường hợp phải mổ cấp cứu do xuất huyết nội. Hầu hết là thai ngoài tử cung ở đoạn kẽ.
- Khoảng 2/3 các trường hợp được điều trị nội bằng phác đồ methotrexate đơn liều hoặc đa liều; tỉ lệ thất bại, phải phẫu thuật là 13%.
- Thời gian nằm viện trung bình và theo dõi dài hơn ở nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa.
- Có 10 phụ nữ được điều trị nội, sau đó mang thai bình thường.

Nhóm tác giả kết luận: thai ngoài tử cung không ở ống dẫn trứng tuy hiếm gặp, nhưng đa phần có thể điều trị nội khoa. Thai ngoài tử cung ở đoạn kẽ

thấp hơn ở nhóm HSIL và tương tự với nhóm LSIL.

Ngoài ra, nghiên cứu còn đưa ra 4 khoảng thời gian theo dõi: 0,5-3,5 năm, 3,5-6,5 năm, 6,5-10,5 năm và 10,5-15,5 năm. Kết quả có một số thông tin đáng chú ý như sau:

- Tỷ suất (số ca mới mắc) ung thư CTC sau AGC cao trong thời gian đầu theo dõi (khoảng 329/100.000 người/năm) và giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên, tỉ suất vẫn cao hơn sau HSIL đến 6 năm và sau LSIL đến 10 năm.
- So với phụ nữ có kết quả TBH bình thường thì sự hiện diện của AGC cho thấy nguy cơ gia tăng ung thư CTC cho đến 15,5 năm (incidence rate ratio [IRR] giảm dần 24,1-4,8); đồng thời nguy cơ này luôn cao hơn ung thư sau HSIL trong khoảng thời gian 0,5-6,5 năm theo dõi.
- Tỷ suất ung thư biểu mô tuyến sau AGC luôn cao hơn sau HSIL và LSIL trong suốt 15,5 năm, còn ung thư biểu mô lát thì ngược lại.
- Tỷ suất ung thư biểu mô tuyến sau AGC luôn cao hơn tỉ suất ung thư biểu mô lát sau HSIL lên tới 10 năm.
- AGC ở phụ nữ nhóm tuổi 30-39 có tỉ suất ung thư CTC (gồm cả biểu mô lát và biểu mô tuyến) cao

nhất. Trong khi nguy cơ ung thư CTC sau HSIL thường gặp ở lứa tuổi cao hơn.

Qua các kết quả trên, chúng ta thấy rõ cần phải đẩy mạnh việc quản lý bệnh nhân sau AGC. Tuy nhiên, nghiên cứu còn cho chúng ta thấy tình hình quản lý AGC trong thực tế như thế nào. Cụ thể, chỉ có 53,8% được theo dõi và đánh giá mô học trong vòng 6 tháng, dù cao hơn sau LSIL (43,2%, $P < 0,001$) nhưng thấp hơn nhiều so với sau HSIL (85,9%, $P < 0,001$). Trong khi đó, tỉ lệ ung thư CTC ở những phụ nữ được đánh giá mô học sau AGC (2,8%) và sau HSIL (3,2%, $P = 0,10$) là tương đương nhau, dù cao hơn sau LSIL (0,4%, $P < 0,001$); đồng thời tỉ lệ này sẽ tiếp tục cao hơn sau HSIL đến 6,5 năm và sau LSIL đến 10,5 năm.

Mặc dù nghiên cứu vẫn còn một số mặt hạn chế, nhưng thông qua đó, chúng ta thấy được nguy cơ ung thư sau AGC cao; đồng thời thấy rõ tầm quan trọng của việc theo dõi quản lý chặt chẽ các trường hợp AGC để đạt được kết quả tốt như quản lý HSIL. Trước mắt, cần đánh giá tích cực hơn cho trường hợp AGC. Về lâu dài, việc nghiên cứu để tối ưu hóa quản lý AGC là hết sức cần thiết.

thường đòi hỏi phải phẫu thuật.

QUAN ĐIỂM

Các trường hợp thai ngoài tử cung được chẩn đoán dựa vào các triệu chứng kinh điển, trong khi một số được phát hiện qua định lượng nồng độ hormone (beta-hCG, progesterone), siêu âm, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.

Lựa chọn phương pháp điều trị thường dựa vào: vị trí, tuổi thai, kích thước khối thai ngoài tử cung, nguyện vọng và sự hợp tác của bệnh nhân. Việc định lượng nhanh nồng độ hormone và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh có độ phân giải cao cho phép xác định thai ngoài tử cung giai đoạn sớm, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp để giảm tỉ lệ tử vong và

bảo tồn khả năng sinh sản cho lần mang thai tiếp sau.

Trong trường hợp cấp cứu, phẫu thuật là lựa chọn duy nhất. Các vị trí thai ngoài tử cung hiếm gặp như là: thai ở cổ tử cung, đoạn kẽ, buồng trứng là một thách thức. Trong các trường hợp này, phẫu thuật có thể kết hợp với thuyên tắc mạch máu nuôi khối thai. Trong những trường hợp không cấp cứu, có thể phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa. Điều trị nội khoa cho tỉ lệ thành công cao, đặc biệt các trường hợp beta-hCG thấp và kích thước khối thai nhỏ.

Báo cáo loạt ca này cho thấy điều trị nội khoa với methotrexate đa liều có thể thành công. Các tiêu chuẩn để điều trị nội khoa phải được thỏa mãn, bao gồm: huyết động ổn định và định lượng được hormone trong trường hợp điều trị bảo tồn.