

BẤT THƯỜNG TỬ CUNG TRONG SẴY THAI LIÊN TIẾP

Hê Thanh Nhã Yến

Bệnh viện Mỹ Đức



Sẩy thai liên tiếp theo định nghĩa của Hội Y học sinh sản Mỹ (ASRM, 2012) là khi có ít nhất hai lần sẩy thai lâm sàng. Đây là một bệnh lý cần được tiếp cận một cách toàn diện để tìm nguyên nhân và có hướng chuẩn bị chăm sóc thai kỳ tốt hơn.

Trong các nguyên nhân của sẩy thai liên tiếp, nhóm bất thường cấu trúc tử cung đóng vai trò quan trọng. Thực tế, thách thức lớn trong tiếp cận những trường hợp sẩy thai liên tiếp có kèm bất thường tử cung là phương pháp chẩn đoán và điều trị thường xâm lấn, chi phí cao; trong khi đó, việc khẳng định nguyên nhân sẩy thai chỉ do bất thường tử cung hay do nguyên nhân nào khác là bài toán khó.

Bài viết này cung cấp số liệu tổng thể về phân loại và mức độ ảnh hưởng của các bất thường cấu trúc tử cung ở phụ nữ sẩy thai liên tiếp cũng như cập nhật một số hướng xử trí trong thực hành lâm sàng được báo cáo trong các nghiên cứu gần đây.

DỊCH TỄ

Bất thường cấu trúc tử cung bẩm sinh hiện diện ở 13-17% phụ nữ sẩy thai liên tiếp, trong khi tỉ lệ này ở dân số chung chỉ khoảng 4-7%^[1]. Các bất thường khác, có thể gọi là mắc phải, như polyp, u xơ tử cung hoặc dính buồng tử cung trong thực tế rất khó xác định. Nếu tính gộp chung cả hai nhóm bất thường này thì tỉ lệ dao động từ 11-23% trong nhóm phụ nữ sẩy thai liên tiếp^[2].

BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC TỬ CUNG BẨM SINH

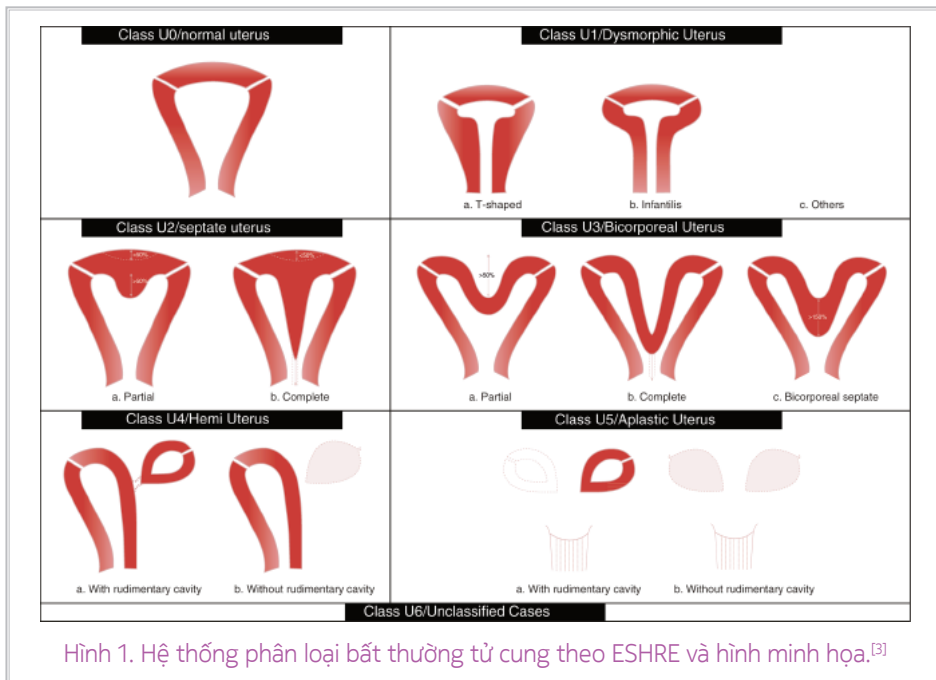
Bất thường cấu trúc tử cung bẩm sinh theo phân loại mới nhất của Hội Sinh sản và Phôi học người châu Âu (ESHRE, 2013) được chia thành 6 nhóm theo **bảng 1** và **hình 1**.

Hệ thống phân loại này được xây dựng dựa trên sự đồng thuận của nhiều chuyên gia hàng đầu về lĩnh vực với những đặc trưng cơ bản như sau:

- Phân loại dựa trên giải phẫu học (không dựa trên mô phôi học),
- Các bất thường chia làm nhóm chính (cấu trúc thuộc tử cung có chung nguồn gốc phôi thai) và dưới nhóm (mức độ, vị trí bất thường của cấu trúc)
- Bất thường cổ tử cung và âm đạo được xếp riêng.

Trong một nghiên cứu cắt ngang lớn thực hiện trên 1.020 phụ nữ sẩy thai liên tiếp, Carolyn và cộng sự tiến hành siêu âm bơm nước buồng tử cung 3 chiều (3D SHG) cho 875 bệnh nhân. Những trường hợp có bất thường sẽ được phẫu thuật nội soi chẩn đoán. Các tác giả ghi nhận 169 trường hợp bất thường cấu trúc tử cung. Tử cung có vách ngăn chiếm đa số trong nhóm bất thường bẩm sinh và u xơ tử cung chiếm đa số trong nhóm mắc phải^[4].

Bên cạnh SHG, một số phương tiện khác cũng được sử dụng để chẩn đoán vách ngăn tử cung như chụp cân quang buồng tử cung - vòi trứng (HSG), siêu âm ngả âm đạo (TUV), chụp cộng hưởng từ



Hình 1. Hệ thống phân loại bất thường tử cung theo ESHRE và hình minh họa.^[3]

Bảng 1. Phân nhóm bất thường cấu trúc tử cung bẩm sinh theo phân loại mới nhất của Hội Sinh sản và Phôi học người châu Âu.

Bất thường tử cung			
Nhóm chính	Dưới nhóm	Nhóm kèm theo	
U0	Tử cung bình thường	C0	Cổ tử cung bình thường
U1	Tử cung biến dạng <ul style="list-style-type: none"> • Dạng chữ T • Nhi hóa • Khác 	C1	Cổ tử cung có vách ngăn
		C2	2 cổ tử cung bình thường
U2	Tử cung có vách ngăn <ul style="list-style-type: none"> • Một phần • Hoàn toàn 	C3	Bất sản cổ tử cung một bên
		C4	Bất sản cổ tử cung
U3	Tử cung hai sừng <ul style="list-style-type: none"> • Một phần • Hoàn toàn • 2 sừng có vách ngăn 	V0	Âm đạo bình thường
		V1	Âm đạo có vách ngăn kéo dài, không tắc nghẽn
U4	Tử cung một phần (hemi-uterus) <ul style="list-style-type: none"> • Kèm khoang thô sơ (thông nối hoặc không có sừng) • Không kèm khoang thô sơ (có sừng không có khoang bên trong/ không sừng) 	V2	Âm đạo có vách ngăn kéo dài, tắc nghẽn
		V3	Âm đạo có vách ngăn ngang và / hoặc màng trinh không thủng
U5	Bất sản <ul style="list-style-type: none"> • Kèm khoang thô sơ (sừng một bên hay 2 bên) • Không kèm khoang thô sơ (di tích tử cung 1 bên hay 2 bên/bất sản) 	V4	Bất sản âm đạo
U6	Bất thường không phân loại		
	U	C	V

(MRI). Artur và cộng sự nghiên cứu so sánh độ chính xác của SHG và HSG đã ghi nhận độ chính xác của hai phương pháp này là không khác biệt, tuy nhiên SHG có ưu thế hơn trong việc giúp phân biệt giữa vách ngăn tử cung với tử cung hai sừng. Theo các tác giả, SHG là biện pháp ít xâm lấn, ít lợi về mặt hiệu quả và chi phí cao trong chẩn đoán bất thường cấu trúc tử cung, đặc biệt là tử cung có vách ngăn^[5]. Độ chính xác của MRI trong chẩn đoán tử cung có vách ngăn vẫn chưa thống nhất. Có tác giả ghi nhận MRI có độ chính xác đến 100%, tác giả khác chỉ báo cáo 50%. Nhìn chung, kết hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp tăng độ chính xác cho chẩn đoán và đến nay nội soi chẩn đoán vẫn là tiêu chuẩn vàng.

Có 79% thai kỳ ở phụ nữ có vách ngăn tử cung sẽ kết thúc bằng sẩy thai^[6]. Nghiên cứu hồi cứu 128 bệnh nhân vô sinh nguyên phát và sẩy thai liên tiếp được chẩn đoán có vách ngăn tử cung và được nội soi cắt vách ngăn. Kết cục ghi nhận có 78 phụ nữ có thai (60,9%) và 70 trẻ sinh sống. Phân tích riêng trong nhóm sẩy thai liên tiếp, tỉ lệ sẩy thai liên tiếp giảm có ý nghĩa thống kê^[7]. ASRM khuyến cáo phẫu thuật nội soi cắt vách ngăn tử cung ở phụ nữ sẩy thai liên tiếp và hiện chưa có phương pháp phẫu thuật nào chỉ định cho trường hợp tử cung đôi hoặc một sừng^[8].

Bất thường cấu trúc tử cung mắc phải

Bất thường cấu trúc tử cung mắc phải bao gồm u xơ tử cung, polyp và dính buồng tử cung. Polyp và dính buồng tử cung có thể được chẩn đoán bằng SHG, HSG và nội soi buồng tử cung điều trị. U xơ tử cung là nguyên nhân bất thường cấu trúc tử cung mắc phải thường gặp nhất ở phụ nữ sẩy thai liên tiếp. Phân loại u xơ tử cung theo Hội Sản Phụ khoa Thế giới (FIGO) dựa trên vị trí và tương quan so với cấu trúc tử cung, cụ thể theo **bảng 2**. Theo tổng quan hệ thống năm 2016 của Russo và cộng sự, tỷ lệ u xơ có cuống trong buồng tử cung và dưới niêm mạc tử cung trong nhóm phụ nữ có tiền sử ≥ 2 lần sẩy thai là 4,08%, và tỷ lệ này cao nhất trong nhóm từng sẩy thai ≥ 3 lần (5,91%)^[9]. U xơ tử cung cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ chiều dài kênh cổ tử cung ngắn khi siêu âm ngã âm đạo ở

thai 17-23 tuần (OR 2,29, KTC 95%: 1,40-3,74)^[10].

Trong thực tế, các phương pháp điều trị một bệnh lý phụ khoa phổ biến như u xơ tử cung khá đa dạng và phong phú từ điều trị nội khoa đến phẫu thuật vi xâm lấn, xâm lấn. Tuy nhiên, hiện tại vẫn chưa có nhiều dữ liệu về hiệu quả điều trị u xơ tử cung trong việc cải thiện kết cục thai kỳ ở phụ nữ có tiền sử sẩy thai liên tiếp. Tổng quan hệ thống của thư viện Cochrane năm 2012 ghi nhận không có sự khác biệt về tỷ lệ sẩy thai giữa các phụ nữ có những loại u xơ tử cung khác nhau và phẫu thuật cắt u xơ tử cung không giảm tỷ lệ sẩy thai so với nhóm không phẫu thuật. Khi đánh giá về tác động giảm tỷ lệ sẩy thai giữa hai kiểu phẫu thuật cắt u xơ tử cung (phẫu thuật hở so với phẫu thuật nội soi) cho thấy cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Vấn đề đặt ra là tổng quan này chỉ dựa trên 3 nghiên cứu so sánh với cỡ mẫu nhỏ^[12]. Nhiều nghiên cứu gần đây đánh giá cao phẫu thuật vi xâm lấn bóc u xơ tử cung, có thể kèm theo hướng dẫn của robot. Vi phẫu thuật có hiệu quả cao, ảnh hưởng tốt lên tâm lý bệnh nhân và thời gian hồi phục nhanh, vì vậy được khuyến cáo nhắc lựa chọn trong xử trí các bất thường tử cung mắc phải (polyp, u xơ tử cung,...)^[13].

Một phương pháp khác điều trị u xơ tử cung ít xâm lấn cũng được nghiên cứu khá rộng rãi hiện nay là thuyên tắc động mạch tử cung (UAE: Uterine Artery Embolization). Tổng quan của thư viện Cochrane năm 2014 cho thấy trong nhiều trường hợp thuyên tắc động mạch tử cung kém ưu thế hơn so với phẫu thuật bóc u xơ tử cung về hiệu quả cải thiện tỷ lệ mang thai và sinh sống (lần lượt với OR 0,29; KTC 95%: 0,10-0,85 và OR 0,26; KTC 95%: 0,08-0,84)^[14].

KẾT LUẬN

Bất thường cấu trúc tử cung bẩm sinh và mắc phải là nhóm bệnh lý thường gặp ở phụ nữ sẩy thai liên tiếp. Sử dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như SHG, HSG và MRI giúp định hướng chẩn đoán loại bất thường, sau đó cần nội soi buồng tử cung - ổ bụng để chẩn đoán và điều trị. Phẫu thuật nội soi cắt vách ngăn được khuyến cáo cho phụ nữ có vách ngăn tử cung nhằm giảm thiểu sẩy thai. Điều trị phẫu thuật u xơ tử cung cho phụ nữ tiền sử

sảy thai liên tiếp là chỉ định còn tranh cãi, cần được cân nhắc trong từng trường hợp cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saravelos SH, Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. Hum Reprod Update. 2008 May 22;14(5):415-29.
2. Cogendez E, Post-abortion hysteroscopy: a method for early diagnosis of congenital and acquired intrauterine causes of abortions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 May;156(1):101-4.
3. Grimbizis GF, TheESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. Hum Reprod. 2013 Aug 1;28(8):2032-44.
4. Jaslow CR, Effect of prior birth and miscarriage frequency on the prevalence of acquired and congenital uterine anomalies in women with recurrent miscarriage: a cross-sectional study. Fertil Steril. 2013 Jun;99(7):1916-1922. e1.
5. Ludwin A, Diagnostic accuracy of sonohysterography, hysterosalpingography and diagnostic hysteroscopy in diagnosis of arcuate, septate and bicornuate uterus: Tools used in uterine anomaly diagnosis. J Obstet

6. Gynaecol Res. 2011 Mar;37(3):178-86.
7. Homer HA, The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. Fertil Steril. 2000;73(1):1-14.
8. Bendifallah S, Metroplasty for AFS Class V and VI Septate Uterus in Patients With Infertility or Miscarriage: Reproductive Outcomes Study. J Minim Invasive Gynecol. 2013 Mar;20(2):178-84.
9. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2012 Nov;98(5):1103-11.
10. Russo M, Prevalence of Uterine Myomas Among Women with 2 or More Recurrent Pregnancy Losses: A Systematic Review. J Minim Invasive Gynecol. 2016 Jul;23(5):702-6.
11. Blitz MJ, Uterine fibroids at routine second-trimester ultrasound survey and risk of sonographic cervix. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Jan 14;1-7.
12. Munro MG, FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynecol Obstet. 2011 Apr;113(1):3-13.
13. Metwally M, Surgical treatment of fibroids for subfertility. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2017 Aug 16]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003857.pub3>
14. Bailey AP, Minimally Invasive Surgical Options for Congenital and Acquired Uterine Factors Associated with Recurrent Pregnancy Loss. Womens Health. 2015 Mar;11(2):161-7.
15. Gupta JK, Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2017 Aug 14]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858>.

Bảng 2. Hệ thống phân loại u xơ tử cung theo FIGO [11].

Bất thường tử cung	
Dưới niêm mạc tử cung	0 Có cuống, trong buồng tử cung
	1 < 50% trong cơ tử cung
	2 50% trong cơ tử cung
Trong cơ tử cung	3 Tiếp xúc với niêm mạc tử cung, 100% trong cơ tử cung
	4 Trong cơ tử cung
	5 Dưới thanh mạc, 50% trong cơ tử cung
Dưới thanh mạc	6 Dưới thanh mạc, < 50% trong cơ tử cung
	7 Dưới thanh mạc tử cung, có cuống
	8 Loại khác (ở cổ tử cung, cơ quan khác)

Loại số 2 và số 5 được tách biệt nhau bởi dấu gạch ngang. Loại số 2 liên quan với lớp nội mạc tử cung, còn loại số 5 liên quan với thanh mạc.

Lần lượt là loại u xơ tử cung nằm dưới niêm mạc hoặc 2-5 dưới phúc mạc, kèm tiêu chuẩn <1/2 đường kính u xơ nằm trong lớp niêm mạc hoặc nằm trong khoang phúc mạc.

