

# QUAN ĐIỂM MỚI VỀ PHẪU THUẬT BỎ U XƠ TỬ CUNG TRONG KHI MỔ LẤY THAI



**Tiến sĩ - Bác sĩ Lê Thị Thu Hà**  
*Bệnh viện Từ Dũ*

## MỞ ĐẦU

U xơ tử cung (UXTC) là những khối u lành tính xuất phát từ tế bào cơ tử cung. UXTC là khối u vùng chậu thường gặp nhất ở phụ nữ trên 30 tuổi. Vì sự phát triển u xơ liên quan đến nồng độ estrogen trong máu nên kích thước lớn nhất nằm trong độ tuổi sinh sản. UXTC chiếm khoảng 2-10,7% ở phụ nữ mang thai (Exacoustos và Rosati, 1993; Awoleke, 2013).

Ngày nay, UXTC thường gặp trong thai kỳ nhiều hơn trước đây vì càng nhiều phụ nữ lập gia đình và mang thai muộn hơn, vào lứa tuổi sau 30. Ngoài ra, siêu âm giúp chẩn đoán sớm những khối UXTC nhỏ (Exacoustos và Rosati, 1993).

Ngược với những quan điểm trước đây, hiện nay có nhiều nghiên cứu cho thấy bóc UXTC trong khi mổ lấy thai là một phẫu thuật an toàn, không làm tăng nguy cơ mất máu và cắt tử cung.

## ẢNH HƯỞNG CỦA U XƠ TỬ CUNG TRÊN THAI KÌ

(Katz và cs., 1989; Exacoustos và Rosati, 1993)

Tùy vào vị trí, kích thước, số lượng của u xơ mà sự ảnh hưởng lên thai kỳ khác nhau. Có thể từ không triệu chứng đến những biến chứng nghiêm trọng; ví dụ: UXTC nằm phần thấp làm tăng khả năng ngôi bất thường, mổ lấy thai và băng huyết sau sinh. UXTC có cuống có thể bị xoắn, hoại tử và xuất huyết. Những biến chứng khác như: sẩy thai, sinh non, nhau bong non, băng huyết sau sinh thường gặp nếu bánh nhau nằm kế cận hoặc tiếp xúc trực tiếp với u xơ, khả năng biến chứng có thể lên đến 71%. Với những u xơ có kích thước lớn hơn 200cm<sup>3</sup>, sẽ tăng nguy cơ nhau bong non. Vì vậy, nên siêu âm lặp lại trong suốt thai kỳ để đánh giá sự phát triển của thai, bánh nhau, ngôi thai, kích thước UXTC và những biến chứng.

Những biến chứng hiếm gặp là: đông máu nội mạch lan tỏa, thai ở cổ tử cung, lộn tử cung, xoay

tử cung, xuất huyết nội, biến dạng chi và đầu thai có thể gặp do chèn ép.

Vào chuyển dạ, UXTC là một trong những nguyên nhân gây sinh khó, gia tăng tỉ lệ mổ lấy thai vì ngôi bất thường, chuyển dạ kéo dài, u tiền đạo, nhau bong non.

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Một khi UXTC được chẩn đoán qua siêu âm, việc xử lý khối UXTC trong khi mổ lấy thai là một thách thức đối với phẫu thuật viên.

Phẫu thuật viên là người ra quyết định liệu có bóc UXTC trong khi mổ lấy thai hay không. Những báo cáo trước đây cho thấy bóc UXTC trong thai kì làm tăng nguy cơ xuất huyết và mất thai sau đó.

UXTC nằm ngay đường rạch cơ tử cung gây khó khăn cho việc bắt con hoặc khâu cơ tử cung, do đó cần phải loại bỏ khối u trong khi mổ lấy thai. Bên cạnh đó, tâm lí thai phụ mong muốn được bóc UXTC trong cuộc mổ lấy thai để tránh phải mổ lần sau và sự lo lắng khi mang khối u. Vấn đề khó khăn cho phẫu thuật viên là làm thế nào bóc UXTC an toàn, tránh phẫu thuật lại để cắt tử cung vì xuất huyết. Trong thai kì, UXTC tăng kích thước và tăng cung cấp máu nuôi; vì vậy, nguy cơ trong và sau sinh bao gồm: băng huyết, hoại tử, bế sản dịch và phải cắt tử cung.

Về sinh lí, sau khi sổ thai, sự co hồi tử cung giúp co thắt mạch máu và kiểm soát chảy máu. Sự thay đổi mạch máu kèm sự hình thành cục máu đông giương bánh nhau giúp cầm máu. Đây là những thuận lợi cho phẫu thuật bóc UXTC. Về mặt kĩ thuật, việc bóc UXTC trong bao khi mổ lấy thai sẽ thuận lợi do vỏ bao lỏng lẻo nhờ vào nội tiết thai kì. Oxytocin thúc đẩy sự co cơ tử cung và giúp cầm máu tốt hơn. Lợi ích khác nữa của bóc UXTC trong khi mổ lấy thai là giảm nguy cơ vô cảm và chi phí cho lần mổ bóc u xơ sau đó (Ortac và cs., 1999;

Ehigiegba và cs., 2001; Awoleke, 2013).

## QUAN ĐIỂM KINH ĐIỂN VỀ BÓC U XƠ TỬ CUNG TRONG KHI MỔ LẤY THAI

Theo quan điểm kinh điển, việc bóc UXTC trong khi mổ lấy thai được xem là nguy hiểm và nên tránh. Về thực hành, nhiều phẫu thuật viên đã lưỡng lự khi kết hợp phẫu thuật mổ lấy thai và bóc UXTC vì những nguy cơ như xuất huyết ồ ạt và phải cắt tử cung. Những báo cáo trước đây đều cho rằng tránh bóc UXTC trong khi mổ lấy thai, ngoại trừ u xơ nhỏ và có cuống hoặc u xơ nằm ngay trên đường rạch cơ tử cung. Vài tác giả đã báo cáo cho thấy khi bóc u xơ, sau đó bị đờ tử cung thứ phát và mất máu nghiêm trọng dẫn đến cắt tử cung. Exacoustos và Rosati (1993) đã báo cáo 3/9 trường hợp bóc UXTC trong mổ lấy thai bị xuất huyết nghiêm trọng và phải cắt tử cung. Ngoài ra, UXTC sẽ thu nhỏ lại sau thời kì hậu sản, vì vậy, các giáo trình cũ đều đề nghị nên bóc UXTC sau giai đoạn hậu sản.

## QUAN ĐIỂM MỚI VỀ BÓC U XƠ TỬ CUNG TRONG KHI MỔ LẤY THAI THÀNH CÔNG

Ngược với quan điểm kinh điển, những nghiên cứu gần đây chứng minh phẫu thuật bóc UXTC trong khi mổ lấy thai là an toàn và khả thi.

Michalas và cộng sự (1995) đã báo cáo 18 trường hợp bóc UXTC trong khi mổ lấy thai, 16/18 trường hợp thai đủ tháng; đặc biệt, có 1 trường hợp có 8 u xơ nằm đoạn dưới tử cung được bóc thành công. Burton và cộng sự (1989) báo cáo bóc UXTC trong khi mổ lấy thai có thể an toàn trong những bệnh nhân được chọn lọc cẩn thận. Nghiên cứu cho thấy chỉ có 1/13 trường hợp bị chảy máu trong khi mổ phải cắt tử cung.

Ehigiegba và cộng sự (2001) báo cáo 25 trường hợp bóc UXTC trong khi mổ lấy thai không có biến chứng nào. Trong nghiên cứu của họ, không có

trường hợp nào phải cắt tử cung.

Kwawukume (2002) báo cáo 12 trường hợp bóc UXTC trong khi mổ lấy thai và không có bất kì biến chứng nào. Thời gian mổ trung bình là 62,08 phút, 85% khối u nằm trong cơ và ở đoạn thân tử cung. Không có sự khác biệt đáng kể về tình trạng máu mất trong mổ lấy thai đơn thuần và mổ lấy thai kết hợp bóc UXTC khi kĩ thuật garo được áp dụng.

Roman và Tabsh (2004) nghiên cứu hồi cứu trong 10 năm, bao gồm 111 trường hợp bóc UXTC khi mổ lấy thai và 257 trường hợp mổ lấy thai đơn thuần, nhận thấy không có sự khác biệt về xuất huyết trong mổ, sốt hậu sản, thời gian mổ, số ngày nằm viện. Không có bệnh nhân nào phải cắt tử cung hoặc thuyên tắc mạch. Kích thước u xơ không ảnh hưởng đến kết cục.

Hai trường hợp được Omar và cộng sự (1999) báo cáo bóc khối UXTC ngay đường rạch cơ tử cung để thuận lợi cho lấy thai khi mổ, không có bất cứ biến chứng nào trong và sau mổ.

Anita và cộng sự (2007) đã báo cáo 9 trường hợp bóc UXTC trong khi mổ lấy thai và không có sự khác biệt về thời gian mổ, lượng máu mất, đau sau mổ và số ngày nằm viện. Trong đó, có 1 bệnh nhân có đa UXTC. Không có trường hợp nào phải cắt tử cung.

Park và Kim (2009) nghiên cứu so sánh 97 trường hợp bóc UXTC trong khi mổ lấy thai với 60 trường hợp có UXTC nhưng chỉ mổ lấy thai đơn thuần từ tháng 01/2000 đến tháng 12/2007, nhận thấy không

có sự khác biệt về nhu cầu truyền máu, khoảng thời gian phẫu thuật, tần suất sốt sau mổ, thời gian nằm viện giữa hai nhóm. Riêng với UXTC có kích thước lớn hơn 6cm, thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với nhóm chứng.

Hassiakos (2006) nghiên cứu so sánh 47 trường hợp bóc u xơ trong khi mổ lấy thai và 94 trường hợp mổ lấy thai không bóc u xơ, nhận thấy rằng thời gian mổ trong nhóm có bóc UXTC dài hơn 15 phút so với nhóm không bóc; không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng, nhu cầu truyền máu và thời gian nằm viện giữa hai nhóm.

Kaymak và cộng sự (2005) không thấy sự khác biệt đáng kể về thời gian phẫu thuật, nhu cầu truyền máu, thời gian nằm viện, biến chứng giữa hai nhóm có bóc u xơ và không bóc u xơ trong khi mổ lấy thai, mặc dù 60% những khối u có kích thước trên 6cm và trên 30% số khối u nằm trong cơ tử cung.

Brown và cộng sự (1999) so sánh 16 trường hợp bóc UXTC trong khi mổ lấy thai và 16 trường hợp chỉ mổ lấy thai không có u xơ nhận thấy không có sự khác biệt đáng kể về nhu cầu truyền máu, sốt sau mổ và thời gian nằm viện giữa hai nhóm.

Lovina và cộng sự (2012) báo cáo 8 trường hợp bóc UXTC to (kích thước lớn hơn 5cm) thành công trong khi mổ lấy thai, lượng máu mất từ 900mL đến 3.200mL, thời gian mổ kéo dài hơn 15 phút và thời gian nằm viện kéo dài hơn 1 ngày so với mổ lấy thai đơn thuần.

Li và cộng sự (2009) báo cáo trong nghiên cứu hồi cứu lớn gồm 1.242 sản phụ được bóc UXTC trong khi mổ lấy thai và 3 nhóm chứng gồm: 200 sản phụ được mổ lấy thai không có UXTC, 145 sản phụ có UXTC được sinh mổ và không bóc u và 51 trường hợp có UXTC được cắt tử cung trong khi mổ lấy thai, nhận thấy không có sự khác biệt về sự thay đổi hemoglobin, tần suất biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện giữa các nhóm.

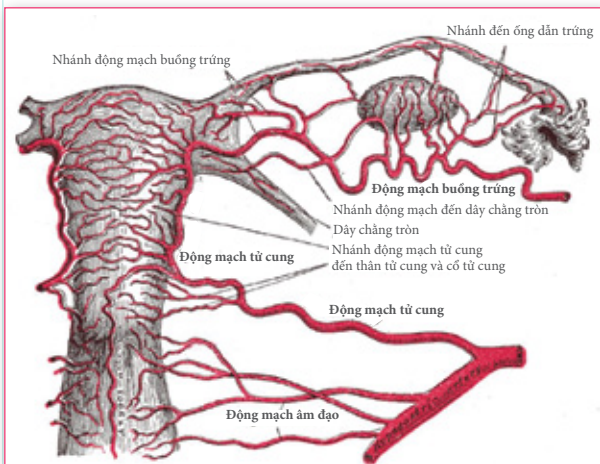


Mehmet và cộng sự (2015) nghiên cứu hồi cứu 190 trường hợp bóc UXTC trong khi mổ lấy thai, chia hai nhóm dựa vào đường kính UXTC (< 5cm và ≥ 5cm), kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng cũng như vị trí UXTC. Không có sự khác biệt đáng kể về sự thay đổi hemoglobin trước và sau mổ, thời gian nằm viện và nhu cầu truyền máu giữa hai nhóm.

### TƯƠNG LAI SẢN KHOA TRONG NHỮNG TRƯỜNG HỢP ĐƯỢC BÓC U XƠ TỬ CUNG TRONG KHI MỔ LẤY THAI

Một nghiên cứu tiến cứu bao gồm 29 trường hợp được theo dõi và ghi nhận khả năng sinh sản cũng như kết quả thai kì lần sau không bị ảnh hưởng bởi việc bóc UXTC trong khi mổ lấy thai. Trong đó, có 13 trường hợp sinh ngã âm đạo thành công và 16 trường hợp mổ lấy thai lặp lại (Adesiyun và cs., 2008).

Ehigieba và cộng sự (2011) theo dõi 25 trường hợp đã được bóc UXTC trong khi mổ lấy thai, có 3 trường hợp mang thai lại (12%); trong đó, có 2 trường hợp sinh ngã âm đạo và 1 trường hợp mổ lấy thai lặp lại. Cả hai nghiên cứu trên đều không có biến chứng nặng nề cho mẹ và con. Các tác giả kết luận rằng khả năng sinh sản trong tương lai và kết quả thai kì kế tiếp không bị ảnh hưởng bởi việc bóc UXTC



Hình 1. Sự thông nối động mạch tử cung và động mạch buồng trứng

trong khi mổ lấy thai.

### NHỮNG KỸ THUẬT GIẢM MẤT MÁU KHI BÓC U XƠ TỬ CUNG TRONG MỔ LẤY THAI

UXTC là những khối u lành tính của tử cung. Bóc u xơ là một lựa chọn điều trị quan trọng đối với những phụ nữ có mong muốn bảo tồn tử cung. Vấn đề chính của bóc u xơ là chảy máu nhiều do tăng sinh mạch máu nuôi và điều này có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân, cũng như kéo dài thời gian nằm viện. Kiến thức nhằm giảm lượng máu mất trong quá trình bóc UXTC là cần thiết cho các bác sĩ lâm sàng.

Những kỹ thuật nhằm giảm mất máu khi bóc UXTC trong khi mổ lấy thai đã được các tác giả đề cập bao gồm (Frederick và cs., 1994; Cobellis và cs., 2002a; Cobellis và cs., 2002b; Sapmaz và cs., 2003; Liu và cs., 2006; Kongnyuy và Wiysonge, 2009; Lovina và cs., 2012):

- Thất động mạch tử cung hai bên.
- Garo quanh eo tử cung.
- Dùng dao điện và bóc UXTC trong bao.
- Duy trì oxytocin trong và sau mổ.

#### Thất động mạch tử cung hai bên và garo quanh eo tử cung

Mạch máu nuôi tử cung và UXTC là từ động mạch tử cung và động mạch buồng trứng, việc thất động mạch tử cung hai bên trước khi tiến hành bóc u xơ giảm thiểu hơn 70% lượng máu cung cấp (Hình 1).

Garo quanh eo tử cung để chèn ép hai động mạch tử cung ở đáy dây chằng rộng và những mạch máu đến nuôi tử cung sau khi nâng hai ống dẫn trứng. Garo quanh eo tử cung nhằm giảm thiểu cả lượng máu từ động mạch buồng trứng. Việc phối hợp thất động mạch tử cung hai bên và garo quanh đoạn eo tử cung trong bóc UXTC giúp giảm thiểu đáng kể lượng máu mất (Hình 1).



khả năng bóc càng thấp, tổn thương cơ tử cung càng nhiều.

- Vị trí giải phẫu khối u xơ: những khối u gần những mạch máu lớn cần được lưu ý. Những UXTC nằm gần sát ống dẫn trứng khi bóc dễ dẫn đến vô sinh về sau. Những khối u nằm gần đường rạch cơ tử cung lấy thai thì được bóc an toàn.

Cần cần nhắc kỹ trong những trường hợp có nguy cơ mất máu nhiều như: nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, đa thai, rối loạn đông máu, đa nhân xơ tử cung hoặc bệnh cơ tuyến tử cung.

## KẾT LUẬN

Theo quan điểm truyền thống, không nên bóc UXTC trong khi mổ lấy thai, trừ khi u xơ có cuống nhỏ hoặc u xơ nằm tại đường rạch cơ tử cung do nguy cơ xuất huyết nghiêm trọng và phải cắt tử cung, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe bệnh nhân. Tuy nhiên, qua nhiều nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy việc bóc UXTC có thể được thực hiện an toàn, không có biến chứng nặng nề gây ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân. Bóc UXTC trong khi mổ lấy thai giúp tránh cuộc phẫu thuật bóc UXTC sau đó, giảm chi phí và đạt được mong muốn cho bệnh nhân. Những điểm cần lưu ý là: tư vấn sản phụ trước mổ, chọn lựa những bệnh nhân phù hợp, áp dụng các kỹ thuật nhằm giảm mất máu, cơ sở y tế đủ điều kiện và phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adesiyun AG, Ojabo A, Durosinlorun-Mohd A (2008). Fertility and obstetric outcome after cesarean myomectomy. *J Obstetr Gynecol*; 7:710-712.
2. Anita K, Seema M, Richa P (2007). Cesarean myomectomy. *J Obstet Gynecol India*; Vol. 57, No.2,128-130.
3. Awoleke JO (2013). Myomectomy during Caesarean Birth in Fibroid-Endemic, Low-Resource Settings. *Obstetrics and Gynecology International*; Volume 2013, Article ID 520834, 6 pages.
4. Brown D, Fletcher HM, Myrie MO, Reid M (1999). Cesarean myomectomy - a safe procedure. A retrospective case controlled study. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*; 19(2):139-141.
5. Burton CA, Grimes DA, March CM (1989). Surgical management of leiomyomata during pregnancy. *Obstet Gynecol*; 74(5):707-709.

6. Celal K, Hülya C (2011). The evaluation of myomectomies performed during cesarean section in our clinic. *Niger Med J*; 52(3):186-188.
7. Cobellis L, Pecori E, Cobellis G (2002). Hemostatic technique for myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet*; 79:261-262.
8. Cobellis LP, Florio, L Stradella et al. (2002). Electro-cautery of myomas during cesarean section - 2 case reports. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol*; 102:98-99.
9. Ehigiegba AE, Ande AB, Ojobo SI (2001). Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet*; 75(1):21-25.
10. Exacoustos C, Rosati P (1993). Ultrasonographic diagnosis of uterine leiomyomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol*; 82:97-101.
11. Frederick J, Fletcher H, Simeon D, Mullings A, Hardie M (1994). Intramyometrial vasopressin as a haemostatic agent during myomectomy. *Br J Obstet Gynaecol*; 101(5):435-437.
12. Hassiakos D, Christopoulos P, Vitoratos N, Xarchoulakou E, Vaggos G, Papadias K (2006). Myomectomy during cesarean section: a safe procedure?. *Ann N Y Acad Sci*; 1092:408-413.
13. Katz VL, Dotters DJ, Droegemeuller W (1989). Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol*; 73:593-596.
14. Kaymak O, Ustunyurt E, Okay RE, Kalyoncu S, Mollamahmutoglu L (2005). Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet*; 89(2):90-93.
15. Kongnyuy EJ, Wiysonge CS (2009). Interventions to reduce hemorrhage during myomectomy for fibroids *Cochrane Database of Systematic Reviews*; No.3. Article ID CD005355:44-47.
16. Kumar R R, Patil M, Sa S (2014). The utility of caesarean myomectomy as a safe procedure: a retrospective analysis of 21 cases with review of literature. *J Clin Diagn Res*; 8(9):OC05-08.
17. Kwawukume EY (2002). Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet*; 76:183-184.
18. Li H, Du J, Jin L, Shi Z, Liu M (2009). Myomectomy during cesarean section. *Obstetrical and Gynecological Survey*; 64(6):363-364.
19. Liu WM, Wang PH, Tang WL, Wang IT, Tzeng CR (2006). Uterine artery ligation for treatment of pregnant women with uterine leiomyomas who are undergoing cesarean section. *Fertil Steril*; 86(2):423-428.
20. Lovina SM, Vaidyanathan Gowri, Nihal Al-Riyami, Lamya Al-Kharusi (2012). Cesarean myomectomy: feasibility and safety. *Sultan Qaboos Univ Med J*; 12(2):190-196.
21. Mehmet Baki Senturk, Mehmet Sukru Budak, Yusuf Cakmak, Kasým Turan (2015). Is myomectomy safe during cesarean section in large myomas?. *Medical Science and Discovery*; Vol.2, No.5,292-296.
22. Michalás SP, Oreopoulou FV, Papageorgioujs (1995). Myomectomy during pregnancy and cesarean section. *Hum Reprod*; 10:1869-1870.
23. Omar SZ, Sivanesaratnam V and Damodaran P (1999). Large lower segment myoma-myomectomy at lower segment Caesarean section - a report of two cases. *Singapore Medical Journal*; Vol.40, No.2,109-110.
24. Ortac FM, Gungor, Sonmezer M (1999). Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet*; 67:189-190.
25. Park BJ, Kim YW (2009). Safety of cesarean myomectomy. *J Obstet Gynaecol Res*; 35(5):906-911.
26. Roman AS, Tabsh K MA (2004). Myomectomy at time of cesarean delivery: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi: 10.1186/1471-2393-4-14.
27. Sapmaz E, Celik H, Altungul A (2003). Bilateral ascending uterine artery ligation vs tourniquet use of hemostasis in cesarean myomectomy - a comparison. *J Reprod Med*; 48:950-954.