

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 57

Thai lạc chỗ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục

Y HỌC SINH SẢN TẬP 57 – QUÝ I/2021

THAI LẠC CHỖ

- 04 Thai lạc chỗ: cập nhật phân loại và chẩn đoán
Hồ Ngọc Lan Nhi, PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan
- 10 Phân biệt thai ngoài tử cung đoạn kẽ, thai góc tử cung và thai ở sừng tử cung
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng và cộng sự
- 15 Một số cơ chế phân tử liên quan đến tình trạng thai lạc chỗ tại vòi trứng
ThS. Võ Như Thanh Trúc
- 20 Vai trò của đại thực bào trong cơ chế bệnh sinh thai ngoài tử cung
ThS. BS. Trần Doãn Tú
- 23 Các chất chỉ điểm sinh học trong thai ngoài tử cung hiện tại và tương lai
ThS. BS. Trần Thị Ngọc Bích
- 30 Phân biệt các trường hợp thai làm tổ gần vị trí nối tử cung với vòi tử cung
ThS. BSNT. Lê Quang Đò, PGS. TS. Lê Hoàng
- 34 Thai đoạn kẽ
ThS. BSNT. Dương Văn Sang, GS. TS. Cao Ngọc Thành
- 38 Thai bám sẹo mổ lấy thai: các biện pháp quản lý hiện nay
BS. CKI Trần Nguyễn Phương An và cộng sự
- 44 Thai ở cổ tử cung
BSNT. Nguyễn Thị Kim Mai và cộng sự
- 49 Thai ống cổ tử cung: ca lâm sàng tổng quan chẩn đoán và điều trị
ThS. BS. Lê Nam Hùng và cộng sự
- 54 Thai lạc chỗ ở cổ tử cung và mối liên quan đến hỗ trợ sinh sản
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lý Thiện Trung
- 58 Những yếu tố tiên đoán thành công của methotrexate trong điều trị thai ngoài tử cung
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 63 Phẫu thuật nội soi trong thai bám vết mổ cũ: triển vọng và thách thức
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 67 Thai ngoài tử cung đồng thời với thai trong tử cung
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 70 Tử cung một sừng và thai ở sừng tử cung chột
BS. Nguyễn Đức Minh Quân và cộng sự
- 74 Nhân một trường hợp thai trong ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi An Giang
BS. Mai Tấn Đạt, BS. CKII Hồ Thái Phong
- 78 Thai ngoài tử cung và các yếu tố liên quan đến chuyển phôi trong hỗ trợ sinh sản
CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ và cộng sự
- 82 Thai ngoài tử cung: những vị trí hiếm gặp
BS. Vũ Quốc Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyễn
- 93 Sinh chọn lọc trước 39 tuần có đáng không?
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 96 Kích hoạt nang noãn nguyên thủy (In vitro Activation – IVA): hướng ứng dụng mới trong điều trị hỗ trợ sinh sản
ThS. Huỳnh Trọng Kha, ThS. Nguyễn Ngọc Quỳnh

101 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

104 *Journal Club*

Đáp ứng tạo kháng thể sau tiêm ngừa vắc xin ở trẻ sinh non

Khởi phát chuyển dạ bằng Foley và nguy cơ sinh non trong thai kỳ kế tiếp: kết quả của nghiên cứu nối tiếp hai thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (PROBAAT-1 và PROBAAT-2)

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021
Chủ đề “**Bệnh truyền nhiễm và thai kỳ**”
Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021
Chủ đề “**Tiền sản giật – Sản giật**”
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021

PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG THAI BÁM VẾT MỔ CŨ: TRIỂN VỌNG VÀ THÁCH THỨC

BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh¹, ThS. BS. Thân Trọng Thạch²

¹Đại học Tân Tạo, ²Đại học Y Dược TP HCM

TỔNG QUAN

Trong những năm gần đây, tỷ lệ mổ lấy thai đang ở mức cao và có chiều hướng gia tăng. Nếu như năm 2000, sinh mổ chỉ chiếm khoảng 12,1% thì đến năm 2015 con số này trên toàn cầu là 21,1%. Có những nơi như Hoa Kỳ, tỷ lệ mổ lấy thai còn lên đến 32%^[1]. Khi mổ lấy thai được thực hành một cách phổ biến, những hệ lụy ở thai kỳ sau của xu hướng này đang dần lộ rõ khi ảnh hưởng lên bệnh suất và tử suất của mẹ bao gồm nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, vỡ tử cung, băng huyết sau sinh. Bên cạnh đó, dù chiếm một tỷ lệ thấp hơn song tình trạng thai bám vết mổ cũ – một dạng thai ngoài tử cung – cũng góp phần vào gia tăng nguy cơ cho những sản phụ từng mổ sinh trước đó^[2].

Những biến chứng nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời như xuất huyết trầm trọng, vỡ tử cung và nguy cơ phải cắt tử cung, khiến thai bám vết mổ cũ trở thành một vấn đề đáng lưu tâm^[3]. Từ trường hợp đầu tiên được mô tả vào năm 1978 và mới chỉ có 19 ca được báo cáo tính đến năm 2001, tính cấp bách của vấn đề này được thể hiện khi càng về sau càng có nhiều thống kê quy mô hơn về thai bám vết mổ cũ^[2]. Hiện nay việc điều trị thai bám vết mổ cũ vẫn chưa có một khuyến cáo rõ ràng, trong đó vai trò của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu mà cụ thể là phẫu thuật nội soi đang trở thành một phương án tiềm năng^[4]. Bài viết sẽ cho chúng ta cái nhìn toàn cảnh về thai bám vết mổ cũ, các phương pháp chẩn đoán và triển vọng của phẫu thuật nội soi trong giải quyết bệnh lý này.

DỊCH TẾ VÀ SINH LÝ BỆNH THAI BÁM VẾT MỔ CŨ

Thai bám vết mổ cũ được định nghĩa là tình trạng túi thai làm tổ ngay vị trí sẹo mổ lấy thai trước đó^[5]. Vị trí này tương ứng với mặt trước tử cung và tiếp giáp trực tiếp với bàng quang. Vì là một bệnh lý hiếm gặp, không ít trường hợp không được chẩn đoán hay báo cáo, do đó, hiện nay vẫn chưa có thống kê chính xác về tần suất của thai bám vết mổ cũ. Khi tỷ lệ mổ lấy thai càng gia tăng và sự quan tâm đến biến chứng này được đẩy lên, các số liệu gần đây cho thấy tỷ lệ của bệnh lý này dao động từ 1/1.688 mọi thai kỳ và lên đến 1/53 trường hợp đã từng mổ sinh^[1]. Yếu tố nguy cơ duy nhất được xác định đến hiện tại là tiền sử mổ lấy thai^[6]. Và cũng chưa rõ rằng mổ lấy thai càng nhiều lần hay việc khâu tử cung 1 hoặc 2 lớp mới thật sự có ảnh hưởng đến tần suất này (Williams Obstetrics, 25th).

Cơ chế bệnh sinh của thai bám vết mổ cũ vẫn còn chưa được làm rõ, giả thuyết nhiều cơ sở nhất cho rằng sự xâm nhập sâu của bánh nhau vào lớp cơ bất thường sau quá trình lành sẹo mổ cũ^[1]. Các nguyên bào nuôi có thể xâm lấn lên vết mổ cũ cả về mặt đại thể lẫn vi thể. Ngoài mổ lấy thai, vết mổ cũ còn có thể là vết mổ bóc nhân xơ, nạo lòng, đốt nội mạc tử cung, bóc nhau bằng tay hay mọi thủ thuật có gây nên thương tổn lòng tử cung^[6]. Vì mô sợi tái tạo trong sẹo mổ cũ không đủ cho một quá trình làm tổ bình thường, do đó nhau bám vào vị trí này có nguy cơ gây thủng tử cung, nhau cài răng lược, chảy máu khi khối thai lớn lên và gây nên các biến

chứng nguy hiểm^[4]. Nhiều trường hợp chảy máu nghiêm trọng hay vỡ tử cung đến mức chỉ còn có thể cắt tử cung cứu mạng bệnh nhân^[7].

CHẨN ĐOÁN THAI BÁM VẾT MỔ CŨ

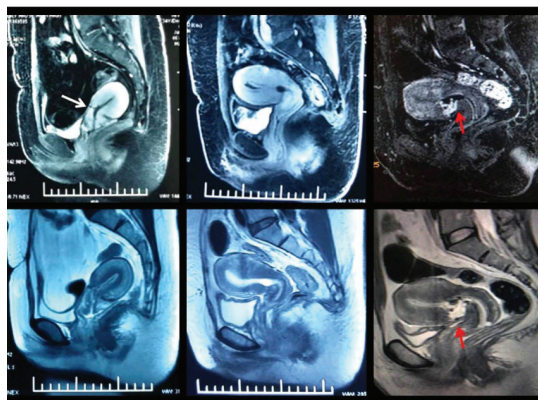
Mọi trường hợp thử thai dương tính đến khám ở tam cá nguyệt đầu mà trước đó đã từng mổ lấy thai cần xác định có thai bám vết mổ cũ không?^[6] Cần nghi ngờ chẩn đoán này khi có xuất huyết âm đạo hoặc đau bụng. Tuy nhiên có những trường hợp đến khám ở tận tam cá nguyệt hai mới phát hiện ra thai bám vết mổ cũ bởi gần 1/3 số ca không có triệu chứng và chẩn đoán hoàn toàn dựa trên hình ảnh học^[1].

Siêu âm là tiếp cận đầu tay để chẩn đoán thai bám vết mổ cũ dù tính chính xác hay thời điểm thích hợp để thực hiện vẫn còn là một ẩn số. Siêu âm qua ngã âm đạo cho hình ảnh túi thai rõ nét hơn. Bên cạnh đó, phối hợp thêm siêu âm ngã bụng với bàng quang đầy sẽ cung cấp thêm thông tin về hình ảnh không gian của túi thai cho chẩn đoán tin cậy hơn. Với hình ảnh túi thai bám vị trí thấp mặt trước cơ tử cung ở bệnh nhân có tiền căn mổ lấy thai thì càng phải cần được đánh giá kỹ^[1]. Một số tiêu chuẩn về hình ảnh cần có để chẩn đoán thai bám vết mổ cũ gồm lòng tử cung trống và cổ tử cung đóng, hình ảnh túi thai với phôi hay tim thai ở ngay sẹo mổ cũ, lớp cơ giữa túi thai và thành trước tử cung hoặc bàng quang bị mỏng hay mất và hình ảnh mạch máu phong phú quanh cấu trúc nghi ngờ túi thai. Do đó phần lớn các trường hợp chỉ cần siêu âm ngã âm đạo đã có thể chẩn đoán được bệnh lý này^[6] (Hình 1).

Tuy nhiên, thách thức của siêu âm là khả năng phân biệt với các bệnh lý có hình ảnh tương tự như thai ở cổ tử cung, sảy thai tự nhiên hay thai làm tổ ở vị trí thấp, khi đó nên chuyển bệnh nhân đến trung tâm chuyên sâu có nhiều kinh nghiệm hơn tuyến cơ sở^[4]. Siêu âm 3D hay siêu âm tăng cường tương phản cũng được cho là có thể làm tăng tính chính xác so với siêu âm thông thường. Nếu siêu âm ngã âm đạo không cho một



Hình 1. Hình ảnh túi thai ở vị trí sẹo mổ cũ qua siêu âm ngã âm đạo, nội mạc dày 3,5mm.^[1]



Hình 2. Hình ảnh MRI của trường hợp thai bám vết mổ cũ.^[9]

Mũi tên trắng: sẹo mổ mặt trước tử cung, mũi tên đỏ: túi thai có yolksac.

kết quả chắc chắn, MRI có thể là phương tiện khảo sát tiếp theo, nhất là khi việc chẩn đoán không thể trì hoãn. Ngoài hạn chế về chi phí, MRI chỉ phù hợp trên bệnh nhân đang ổn định. Lợi thế của MRI ngoài xác định vị trí của khối thai còn có thể đo lường được chuẩn xác độ xâm lấn bàng quang^[1]. Hình ảnh thì T2 được xem là lý tưởng để xác định ảnh hưởng của thai lên sẹo mổ cũ và phân biệt rõ hình ảnh lớp nguyên bào nuôi với cơ tử cung^[8] (Hình 2).

Cuối cùng, chẩn đoán xác định dựa trên mô học có lông nhau thông qua soi buồng tử cung hay nội soi ổ bụng vẫn là tiêu chuẩn vàng^[1].

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ THAI BÁM VẾT MỔ CŨ

Cho đến hiện nay, vẫn chưa có một hướng dẫn lâm sàng thống nhất chính thức về điều trị thai bám vết mổ cũ do các chứng cứ chủ yếu

có được từ các nghiên cứu có độ tin cậy thấp^[5]. Những phương án điều trị có thể kể ra như tiêm methotrexate (MTX) hay kali clorua vào túi thai, MTX toàn thân, nội soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng hay mổ bụng phẫu thuật cắt bỏ khối thai, nong nạo lòng tử cung, bóng chèn hay thuyên tắc động mạch tử cung^[1].

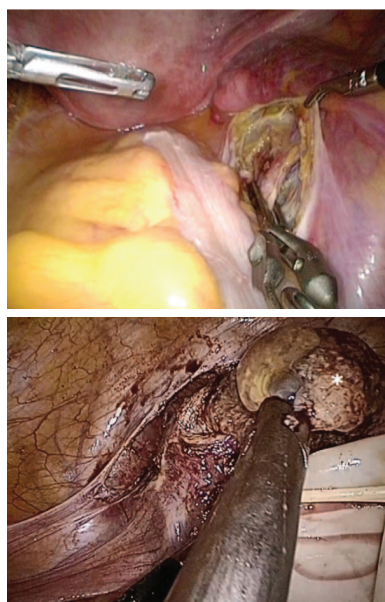
Thai bám vết mổ cũ vốn là một dạng đặc biệt của thai ngoài tử cung vì thực tế túi thai vẫn làm tổ trong khoang tử cung và không giống như các dạng thai ngoài tử cung khác, thai bám vết mổ cũ vẫn có một tỷ lệ phát triển đến giai đoạn sinh sống được. Tuy nhiên tình huống này có thể đi kèm với các biến chứng nặng nề ở tam cá nguyệt hai và ba dù không xác định chính xác tỷ lệ biến chứng này là bao nhiêu. Vì thế hiệp hội Y khoa bà mẹ và thai nhi (Maternal–Fetal Medicine – SMFM) khuyến cáo không nên điều trị theo dõi những ca đã có chẩn đoán thai bám vết mổ cũ (Mức độ khuyến cáo 1B)^[4]. Nội khoa cũng là một phương án có thể cân nhắc, nhất là đối với những bệnh nhân đang ổn định dù rằng MTX không được dán nhãn cho điều trị thai bám vết mổ cũ, nhất là việc dùng MTX toàn thân đơn độc không được khuyến cáo. Thủ thuật như nong nạo lòng thường có nguy cơ biến chứng thủng và băng huyết bởi không thể tiếp cận và lấy hoàn toàn hết nguyên bào nuôi cũng như vị trí sẹo mổ cơ hồi kém^[4].

Với mức độ khuyến cáo 2C, SMFM gợi ý rằng phẫu thuật cắt bỏ khối thai qua phẫu thuật nội soi có thể cân nhắc. Do đó, phẫu thuật nội soi – một lựa chọn điều trị triệt để và xâm lấn tối thiểu có thể có tiềm năng lớn trong điều trị thai bám vết mổ cũ^[4]. Lựa chọn này đặc biệt thích hợp khi đã xác định được tình trạng khối thai đang có xu hướng ăn sâu và lan gần đến thanh mạc tử cung^[2]. Ngoài ra, thời gian theo dõi sau phẫu thuật có thể được rút ngắn khi đã đảm bảo lấy hết sản phẩm thụ thai^[8]. Đặc biệt trong tình huống đa thai với một thai làm tổ vị trí bình thường và một thai bám vết mổ cũ thì phẫu thuật nội soi đáng được cân nhắc^[4]. Đã có một ca lâm sàng song thai với một thai bám vết mổ

cũ được Demirel và cộng sự báo cáo. Thai bám vết mổ cũ được phẫu thuật nội soi, thai bình thường còn lại tiếp tục phát triển và mổ lấy thai lúc 38 tuần mà không có biến cố nào xảy ra^[7].

Điều kiện để thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị thai bám vết mổ cũ là bệnh nhân không có rối loạn huyết động, đồng thời phải được vô cảm toàn thân và mê nội khí quản. Khi tiếp cận đến vùng chậu, bàng quang được tách và di động khỏi mặt trước tử cung. Sau đó sẹo mổ cũ chứa khối thai được cắt bỏ theo hình chêm và hoàn tất bằng việc khâu đóng tử cung lại. Để giảm thiểu mất máu sau mổ, việc thắt hai động mạch tử cung^[2] hay bơm vasopressin vào cơ tử cung có thể nên được thực hiện^[8]. Kinh nghiệm của Xu và cộng sự còn cho thấy việc tạm thời làm gián đoạn lưu thông hai động mạch chậu trong (Hình 2) có lợi trong giảm mất máu đáng kể trong khi không có biến chứng nào được ghi nhận^[10] (Hình 3).

Cần lưu ý rằng kinh nghiệm của phẫu thuật viên là quan trọng bởi việc khâu nhiều lớp tử cung nên được đặt ra dù chưa có bằng chứng phủ nhận^[1]. Hiện nay do bệnh lý này hiếm gặp nên rất khó để tiến hành các nghiên cứu có



Hình 3. Động mạch chậu trong bên phải được kẹp lại tạm thời (hình trên) và hình ảnh túi thai được bóc tách chuẩn bị cho vào bao đựng bệnh phẩm (hình dưới).^[10]

nhóm so sánh. Tổng hợp 7 báo cáo loạt ca giai đoạn năm 2006 – 2015 trên 69 ca thai bám vết mổ cũ được điều trị đầu tay bằng phẫu thuật nội soi cho thấy tỷ lệ điều trị thành công rất cao lên đến 97,1%, trong khi không có biến chứng đáng kể nào được ghi nhận^[2].

Nghiên cứu hồi cứu của Zhang và cộng sự công bố năm 2020 đã so sánh hai phương pháp điều trị ngoại khoa là nội soi buồng tử cung và nội soi ổ bụng trên 112 bệnh nhân. Kết quả cho thấy phẫu thuật nội soi tốn nhiều thời gian hơn ($108,00 \pm 39,20$ so với $25,00 \pm 13,87$ phút, $p < 0,05$), mất nhiều máu hơn ($305,75 \pm 376,84$ so với $22,64 \pm 19,25$ ml, $p < 0,05$) và thời gian nằm viện lâu hơn ($8,65 \pm 3,15$ so với $5,24 \pm 3,31$ ngày, $p < 0,05$). Tuy nhiên, khi phân tích sâu hơn người ta thấy rằng nhóm được chỉ định phẫu thuật nội soi có thời gian trễ kinh dài hơn ($59,38 \pm 13,83$ so với $49,78 \pm 8,09$ ngày, $p < 0,05$) và có đường kính túi thai to hơn đáng kể ($3,73 \pm 1,41$ so với $2,08 \pm 1,02$ cm, $p < 0,05$). Hơn nữa, hầu hết bệnh nhân ở nhóm được phẫu thuật nội soi có bề dày lớp cơ tử cung còn lại tại vị trí làm tổ < 3 mm ($p < 0,05$). Nhóm nghiên cứu còn chỉ ra rằng, độ nặng của thai bám vết mổ cũ độc lập một cách tương quan thuận với thời gian trễ kinh (OR = 1,076, $p = 0,044$), đường kính túi thai (OR = 2,240, $p = 0,002$) và tương quan nghịch bề dày cơ tử cung (OR = 0,039, $p < 0,05$). Trong khi đó nồng độ β hCG (OR = 1,000, $p = 0,302$) và sự hiện diện của tim thai (OR = 1,547, $p = 0,539$) không liên quan đến độ nặng của bệnh lý này. Nhóm nghiên cứu với những số liệu có được cho rằng phẫu thuật nội soi sẽ là lựa chọn phù hợp khi bệnh nhân trễ kinh $> 52,5$ ngày, túi thai có đường kính $> 3,25$ cm và bề dày cơ tử cung còn lại $< 2,05$ mm^[11].

So với phương án thuyên tắc động mạch tử cung, phẫu thuật nội soi điều trị thai bám vết mổ cũ cũng có những lợi điểm nhất định. Guo và cộng sự năm 2018 thông qua nghiên cứu hồi cứu trên 87 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 100% trong khi thuyên tắc động mạch tử cung chỉ thành công 80,4% số

ca. Thời gian nằm viện ngắn hơn ($7,65 \pm 2,48$ so với $12,56 \pm 3,03$ ngày, $p < 0,05$) cũng là một điểm vượt trội của phẫu thuật nội soi. Nồng độ beta-hCG một tuần sau điều trị cũng thấp hơn đáng kể ở nhóm phẫu thuật ($286,32 \pm 189,65$ so với $56,23 \pm 33,56$ mIU/ml, $p < 0,05$)^[9]. Dù các nghiên cứu còn hạn chế về thiết kế và cỡ mẫu, những kết quả hứa hẹn này cũng ủng hộ lựa chọn điều trị bằng phẫu thuật nội soi cho thai bám vết mổ cũ.

KẾT LUẬN

Thai bám vết mổ cũ hiện đang là một thách thức mới cho các nhà phụ khoa lâm sàng khi thực hành mổ lấy thai đang càng ngày phổ biến. Với vị trí làm tổ bất thường, khi khối thai phát triển sẽ có nguy cơ làm thủng, vỡ tử cung gây xuất huyết nặng, đe dọa tính mạng bệnh nhân. Do đó, những người mới có thai với tiền căn mổ lấy thai cần phải được loại trừ bệnh lý này. Siêu âm ngã âm đạo là phương tiện thích hợp cho chẩn đoán thai bám vết mổ cũ trong khi MRI có vai trò hỗ trợ trong những trường hợp chưa phân định rõ ràng. Một khi đã có chẩn đoán, việc điều trị là cần thiết. Với những bằng chứng ban đầu, phẫu thuật nội soi hoàn toàn hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân thai bám vết mổ cũ thậm chí vượt trội các phương pháp khác trong những trường hợp nặng. Do là một bệnh lý hiếm gặp, các chứng cứ hiện có dù ủng hộ phẫu thuật nội soi nhưng lại gặp hạn chế về cỡ mẫu và thiết kế nghiên cứu. Vì vậy cần nhiều hơn các nghiên cứu trong tương lai để làm sáng tỏ vai trò của phẫu thuật nội soi trong thai bám vết mổ cũ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu L et al. An updated guide to the diagnosis and management of cesarean scar pregnancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2020, 32(4): p. 255–262.
2. Petersen KB et al. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertility and Sterility*, 2016, 105(4): p. 958–967.
3. Cali G et al. Outcome of Cesarean scar pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2017.
4. Miller R et al. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series# 49: Cesarean scar pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2020.
5. Dior UP et al. Cesarean scar pregnancies: incidence and factors associated with conversion to surgery from medical management. *Journal of minimally invasive gynecology*, 2019, 26(5): p. 919–927.
6. Timor-Tritsch IE et al. Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 2019, 46(4): p. 797–811.