

- 05 Ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai
GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự
- 08 Sẩy thai liên tiếp và các yếu tố liên quan
ThS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 12 Tổng quan về sẩy thai liên tiếp
BS. Trần Thế Hùng
- 15 Tiếp cận và đánh giá cặp vợ chồng sẩy thai tái phát
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 20 Xét nghiệm tế bào NK và xét nghiệm đông máu trong sẩy thai liên tiếp
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Đỗ Đức Dũng
- 24 Cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid trong thai kỳ
BSNT. Đinh Thế Hoàng
- 30 Cập nhật thrombophilia và sẩy thai liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 35 Yếu tố di truyền trong sẩy thai liên tiếp
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 39 Sẩy thai liên tiếp và bất thường nhiễm sắc thể
ThS. BS. Nguyễn Bá Sơn
- 42 Sự phân mảnh DNA tinh trùng và tỷ lệ sẩy thai trong hỗ trợ sinh sản
CN. Nguyễn Thị Thu Thảo,
CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ, ThS. Dương Nguyễn Duy Tuyền
- 45 Sẩy thai và nguyên nhân đến từ bố
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 49 Các đặc tính và thói quen của mẹ làm tăng nguy cơ sẩy thai
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 53 Mối liên quan giữa bệnh lý tuyến giáp và sẩy thai liên tiếp
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 57 Kết cục thai còn lại trong hội chứng “song thai biến mất”
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 61 Tiếp cận và xử trí sẩy thai do hở eo cấp tính bằng phương pháp khâu eo tử cung cấp cứu
BS. Trần Nguyễn Phương An, ThS. BS. Nguyễn Thị Thanh Tâm
- 66 Các hệ thống chẩn đoán vách ngăn tử cung và mối liên quan giữa vách ngăn tử cung với sẩy thai, hiếm muộn
BS. Phạm Thị Phương Anh
- 69 Hội chứng buồng trứng đa nang và sẩy thai
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lê Long Hồ
- 72 Hội chứng buồng trứng đa nang và sẩy thai, sẩy thai liên tiếp
BS. Võ Văn Cường, BS. Cao Thị Thúy
- 75 Giá trị siêu âm trong chẩn đoán khuyết sọ mở lấy thai và thai bám sọ mở lấy thai
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng, ThS. BS. Hồ Minh Tuấn
- 81 Cập nhật về nhiễm COVID-19 ở thai phụ và hướng tiếp cận trường hợp thai phụ nghi nhiễm COVID-19
BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân
- 85 Đa thai trong thụ tinh ống nghiệm: nên mừng hay nên lo?
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CN. Phạm Duy Tùng
- 89 Khóc dạ đề (colic)
BS. CKI. Nguyễn Khôi

Journal Club

- 93 Siêu âm sớm và dự đoán thai lưu trong 3 tháng
- 95 Sự chênh lệch kích thước thai nhi trong song thai thời điểm 11 – 13 tuần và kết cục thai kỳ
- 96 So sánh ảnh hưởng của các thuốc tránh thai đường uống lên các chỉ số lâm sàng, sinh hóa trong hội chứng buồng trứng đa nang

❧ Mọi viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 56 – Quý IV/2020
Chủ đề “Thời điểm và các biện pháp chấm dứt thai kỳ”
Vui lòng nộp bài trước 30/8/2020



Y học sinh sản tập 57 – Quý I/2021
Chủ đề “Thai lạc chỗ”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2020

CÁC HỆ THỐNG CHẨN ĐOÁN VÁCH NGĂN TỬ CUNG VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA VÁCH NGĂN TỬ CUNG VỚI SẴY THAI, HIỂM MUỘN

BS. Phạm Thị Phương Anh

Bệnh viện Mỹ Đức Phú Nhuận

Hiện tại đã có nhiều nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa vách ngăn tử cung và sảy thai. Trong khi đó, mối liên hệ của bất thường tử cung này với hiếm muộn vẫn còn chưa rõ ràng. Dựa vào các dữ liệu có sẵn, Hiệp hội Y học sinh sản Hoa Kỳ (American Society for Reproductive Medicine – ASRM) khuyến cáo rằng có thể hợp lý khi xem xét cắt bỏ vách ngăn mặc dù không có tình trạng vô sinh hoặc sảy thai trước đó^[1]. Tuy nhiên ASRM cũng nhấn mạnh rằng không có bằng chứng đủ mạnh để hỗ trợ cho khuyến cáo này. Thật vậy, các quyết định liên quan đến cách hướng dẫn thực hành luôn khó khăn khi chưa có bằng chứng đủ thuyết phục.

Một trong những vấn đề quan trọng là cho đến thời điểm hiện tại, vẫn chưa có một tiêu chuẩn chẩn đoán vách ngăn tử cung được chấp nhận toàn cầu. Trước đây, hệ thống được sử dụng rộng rãi nhất để phân loại dị dạng tử cung bao gồm cả vách ngăn tử cung, đó là của Hiệp hội sinh sản Hoa Kỳ (AFS, 1988). Hệ thống phân loại này dựa trên sự giải thích chủ quan về bất thường giải phẫu và không có bất kỳ tiêu chí nào có thể đo lường được. Đến năm 2016, ASRM đã cập nhật phân loại vách ngăn tử cung (ASRM, 2016)^[1] và chính thức công bố các tiêu chí hình thái học để phân biệt giữa tử cung bình thường và tử cung có vách ngăn, dựa trên các tiêu chí đã được chỉnh sửa của AFS 1988.

Các tiêu chí ASRM 2016 rất khác so với các khuyến nghị của Hiệp hội phôi thai học và sinh sản châu Âu/Hiệp hội nội soi phụ khoa châu Âu (ESHRE / ESGE)^[2,3]. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ESHRE/ESGE cho thấy độ dày thành tử cung là điểm chuẩn khách quan tốt nhất để có định nghĩa nghiêm ngặt về hình thái tử cung. Đến năm 2016, hiệp hội đã tái khẳng định các tiêu chí tương tự năm 2013.

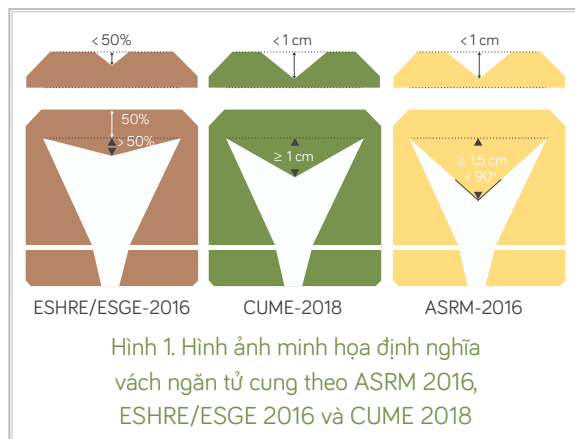
Gần đây, một phân loại khác đã được đề xuất, phương pháp phân loại dị dạng tử cung bẩm sinh theo chuyên gia (CUME, 2018)^[4]. Các tiêu chuẩn chẩn đoán được đưa ra bởi một số chuyên gia, sau đó xác định “cut-off” dựa trên độ chính xác của chẩn đoán.

Tính đến thời điểm hiện tại có 3 hệ thống định nghĩa vách ngăn tử cung được dùng phổ biến trên thế giới. Vấn đề là trong thực hành lâm sàng chúng ta nên chọn hệ thống phân loại nào? Liệu có sự khác biệt về tần suất chẩn đoán tử cung có vách ngăn theo các định nghĩa ASRM – 2016, ESHRE / ESGE – 2016 và CUME – 2018 hay không? và cần xác định xem những khác biệt này có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng như thế nào. Đồng thời cũng cần phải xem xét mối liên quan giữa chẩn đoán vách ngăn tử cung với vô sinh và/hoặc sảy thai trước đó khi sử dụng từng định nghĩa trong ba hệ thống phân loại trên.

CÁC HỆ THỐNG PHÂN LOẠI VÁCH NGĂN TỬ CUNG

Bảng 1. Các hệ thống phân loại vách ngăn tử cung.

Hệ thống phân loại	Tiêu chuẩn chẩn đoán
ASRM, 2016	Khoảng cách từ đường nối hai góc nội mạc tử cung đến vị trí cơ thấp nhất vùng đáy 1,5 cm và hai đoạn thẳng nối từ hai góc nội mạc tử cung đến điểm thấp nhất cơ tử cung vùng đáy tạo thành góc < 90° và độ sâu phần cơ tử cung vùng đáy lõm vào < 1 cm.
ESHRE/ESGE, 2016	Khoảng cách từ đường nối hai góc nội mạc tử cung đến vị trí cơ thấp nhất vùng đáy 50% bề dày cơ tử cung và độ sâu phần cơ tử cung vùng đáy lõm vào < 50% bề dày cơ tử cung (bề dày cơ đo từ đường nối hai góc nội mạc tử cung đến vuông góc với thanh mạc vùng đáy).
CUME, 2018	Khoảng cách từ đường nối hai góc nội mạc tử cung đến vị trí cơ thấp nhất vùng đáy 1 cm và độ sâu phần cơ tử cung vùng đáy lõm vào < 1 cm.



SO SÁNH SỰ KHÁC BIỆT VỀ GIÁ TRỊ GIỮA CÁC PHÂN LOẠI

Một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu công bố vào năm 2019^[5] trên Hội siêu âm sản phụ khoa thế giới (ISOUg) nhằm khảo sát sự khác biệt về tần suất chẩn đoán tử cung có vách ngăn khi áp dụng các định nghĩa khác nhau và xem xét sự khác biệt này có ảnh hưởng đến thực hành lâm sàng như thế nào. Nghiên cứu tiến hành trên 261 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, được chẩn

đoán dị dạng tử cung dựa trên siêu âm 3D.

Kết quả nghiên cứu có 32,6% (85/261) đối tượng được chẩn đoán vách ngăn tử cung dựa vào một trong ba tiêu chí của ASRM 2016, ESHRE/ESGE 2016 và CUME 2018. Tuy nhiên, chỉ có 2,7% (7/261) đối tượng có đủ cả ba tiêu chí chẩn đoán. Số ca chẩn đoán vách ngăn tử cung dựa trên tiêu chuẩn của ESHRE/ESGE 2016 nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với tiêu chuẩn ASRM 2016 (31% so với 5%, $RR = 6,7$, $p < 0,0001$) và CUME 2018 (31% so với 12%, $RR = 2,6$, $p < 0,0001$).

Đồng thời cũng có một số ca không phân loại được theo định nghĩa của ASRM 2016 (gray zone – vùng xám: không phải bình thường cũng không phải vách ngăn; chiếm 6,5%).

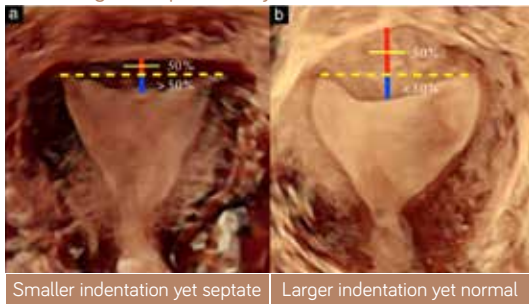
Ngoài ra không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ vách ngăn tử cung trên những phụ nữ vô sinh so với không vô sinh theo phân loại của ASRM 2016 (5% so với 4%), ESHRE/ESGE 2016 (35% so với 28%) hay CUME 2018 (11% so với 12%).

Bên cạnh đó, tỷ lệ tử cung có vách ngăn nhiều hơn có ý nghĩa thống kê với các trường hợp có tiền sử sảy thai so với không có tiền sử sảy thai theo định nghĩa của ASRM 2016 (11% so với 3%; $p = 0,04$) và CUME 2018 (22 so với 10%; $p = 0,04$). Tuy nhiên, khi áp dụng tiêu chuẩn của ESHRE/ESGE 2016 thì sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (42% so với 28%; $p = 0,8$).

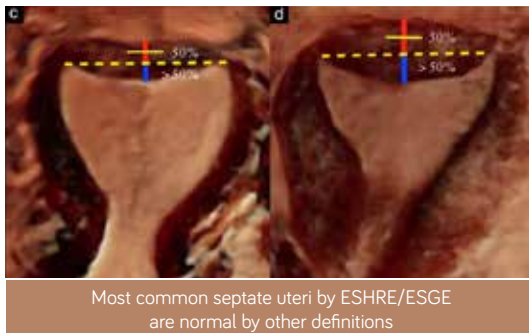
Nghiên cứu cũng nhấn mạnh chi phí điều trị phụ thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán vách ngăn tử cung. Kết quả phân tích cho thấy chi phí điều trị trong 5 năm khi sử dụng định nghĩa của ESHRE/ESGE 2016 cao hơn ASRM 2016 và CUME 2018 từ 100 – 200 tỷ USD.

Với kết quả nghiên cứu trên đã giúp khẳng định sự khác biệt về tần suất vách ngăn tử cung khi dùng các hệ thống phân loại khác nhau. Mỗi hệ thống phân loại đều có ưu và nhược điểm riêng. Phân loại theo ESHRE/ESGE 2016 sẽ có tỷ lệ chẩn đoán vách ngăn tử cung cao nhất, chẩn đoán quá tay sẽ dẫn đến việc can thiệp phẫu thuật không cần thiết, nâng cao chi phí

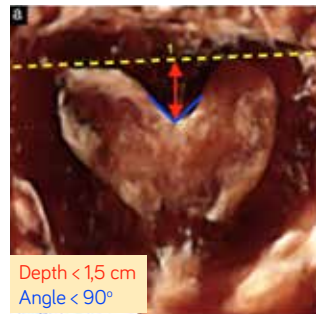
Diagnostic paradox by ESHRE/ESGE-2016



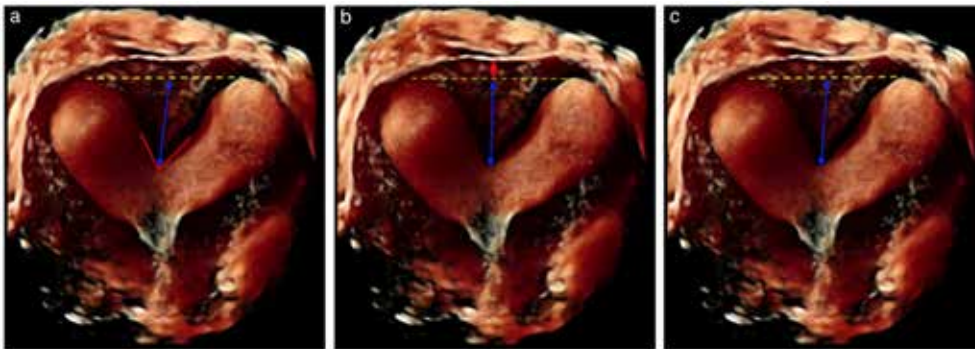
Over-overdiagnosis by ESHRE/ESGE-2016



Hình 2. Một số hình ảnh siêu âm 3D minh họa các trường hợp vách ngăn tử cung chẩn đoán quá tay “overdiagnosis” theo định nghĩa của ESHRE/ESGE 2016 nhưng là tử cung bình thường theo định nghĩa của ASRM 2016 và CUME 2018.



Hình 3. Hình ảnh siêu âm 3D minh họa “gray zone”- vùng xám: các trường hợp không thể phân loại là vách ngăn tử cung theo ASRM 2016 mặc dù đây không phải là tử cung bình thường.



Hình 4. Hình ảnh siêu âm 3D minh họa một trường hợp vách ngăn tử cung thỏa cả 3 hệ thống phân loại (a) ASRM 2016; (b) ESHRE/ESGE 2016 và (c) CUME 2018.

điều trị. Còn đối với hệ thống phân loại theo ASRM 2016 sẽ có một số trường hợp không phân loại được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ASRM. Uterine septum: a guideline. Fertil Steril 2016; 106: 530 – 540.
2. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, Li TC, Tanos V, Brolmann H, Gianaroli L, Campo R. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. Hum Reprod 2013; 28: 2032–2044.
3. Grimbizis GF, Di Spiezio Sardo A, Saravelos SH, Gordts S, Exacoustos C, Van Schoubroeck D, Bermejo C, Amso NN, Nargund G, Timmerman D, Athanasiadis A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, Li TC, Tanos V, Tarlatzis B, Farquharson R, Gianaroli L, Campo R. The Thessaloniki ESHRE/ESGE consensus on diagnosis of female genital anomalies. Hum Reprod 2016; 31: 2–7.
4. Ludwin A, Martins WP, Nastri CO, Ludwin I, Coelho Neto MA, Leitao VM, Acien M, Alcazar JL, Benacerraf B, Condous G, De Wilde RL, Emanuel MH, Gibbons W, Guerriero S, Hurd WW, Levine D, Lindheim S, Pellicer A, Petraglia F, Saridogan E. Congenital Uterine Malformation by Experts (CUME): better criteria for distinguishing between normal/arcuate and septate uterus? Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 51: 101–109.
5. A. Ludwin, I. Ludwin, M. A. Coelho Neto, C. O. Nastri, B. Bhagavath, S. R. Lindheim, W. P. Martins. Septate uterus according to ESHRE/ESGE, ASRM and CUME definitions: association with infertility and miscarriage, cost and warnings for women and healthcare systems. Ultrasound Obstet Gynecol 2019; 54: 800–814