

CÁC TIỀN BỘ CỦA SIÊU ÂM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG SẢN PHỤ KHOA

- 04 Tiếp cận siêu âm hình thái học thai nhi ở tam cá nguyệt thứ nhất  
BS. Võ Tá Sơn
- 12 Siêu âm tầm soát dị tật quý I thai kỳ  
BS. Huỳnh Chính, BS. Nguyễn Việt Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 19 Siêu âm bất thường thai trước 11 tuần  
BS. Nguyễn Hải Đăng, BS. Võ Tá Sơn
- 27 Thai chậm tăng trưởng trong tử cung: những quan điểm và đồng thuận mới  
BS. CKI Lâm Thị Ngọc Ánh, BS. CKI Nguyễn Anh Duy, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 35 Cơ chế điều hòa mạch máu và siêu âm doppler ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung  
BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 40 Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán bất thường não thai nhi  
BS. Nguyễn Thị Thu Trang, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 49 Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán Alpha Thalassemia  
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 52 Chẩn đoán trước sinh tật cằm nhỏ  
BS. Tôn Thanh Tâm, BS. Võ Tá Sơn
- 57 Dấu hiệu “đường xếp chồng” (superimposed line sign – SLS) – một dấu hiệu siêu âm mới giúp chẩn đoán sớm chèn vòm khẩu cái ở thai  
BS. CKI Lê Phước Hóa
- 59 Lựa chọn mô hình sàng lọc hội chứng Down trong giai đoạn chuyển giao NIPT  
BS. Nguyễn Hoàng Long, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 65 Vai trò của siêu âm trong chuyển dạ  
BS. Nguyễn Thị Tuyết Hà, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 70 Giá trị của siêu âm nhũ 3D tự động ABVS so với siêu âm nhũ 2D trong phát hiện bất thường tuyến vú tại Bệnh viện Phụ nữ TP Đà Nẵng  
ThS. BS. Bùi Thị Như Quỳnh, ThS. BS. Võ Xuân Phúc, ThS. BS. Nguyễn Thị Thùy Trang
- 74 Siêu âm khảo sát khuyết sọ mở lấy thai theo đồng thuận Dephi 2019  
BS. CKI Lê Tiểu My
- 78 Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán u xơ tử cung và bệnh tuyến cơ tử cung  
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 84 Cập nhật một số cơ chế bệnh sinh tiền sản giật  
TS. BS. Trương Thị Linh Giang
- 89 U xơ cơ tử cung và thai kỳ  
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 92 Cập nhật bệnh lý cổ tử cung liên quan đến chức năng sinh sản  
Hồ Ngọc Lan Nhi, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 96 Sử dụng thuốc lá điện tử và sức khỏe sinh sản  
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 100 Đáp án ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai  
Nhóm bác sĩ bệnh viện Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

Journal Club

- 103 Tiếp cận xử trí thai chết lưu (Đồng thuận của Hội Sản Phụ khoa Mỹ)
- 106 Ối vỡ trước chuyển dạ (Khuyến cáo thực hành của Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ)
- 108 Cập nhật Cytomegalovirus và thai kỳ từ Hướng dẫn của ISUOG 2020

Mời viết bài Y học sinh sản



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



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021  
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”  
Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021

Hội viên liên kết  
Bạch kim năm 2020



Hội viên liên kết  
Vàng năm 2020



# SIÊU ÂM KHẢO SÁT KHUYẾT SỢ MỔ LẤY THAI THEO ĐỒNG THUẬN DELPHI 2019

BS. CKI Lê Tiểu My

Bệnh viện Mỹ Đức

Khi tỷ lệ mổ lấy thai có khuynh hướng tăng dần trên toàn thế giới, người ta bắt đầu lo ngại về những ảnh hưởng dài hạn đến sức khỏe sinh sản sau mổ lấy thai. Những biến chứng sau mổ được đề cập nhiều nhất hiện nay bao gồm nhiễm trùng, tăng nguy cơ xuất huyết và biến chứng cho những thai kỳ sau như nhau bám bất thường, thai bám sẹo mổ lấy thai và vỡ tử cung. Ngoài ra, một trong những ảnh hưởng dài hạn của mổ lấy thai là khuyết sẹo mổ – Cesarean section scar defect hay niche. Kết quả các nghiên cứu đã công bố gần đây cho thấy khuyết sẹo mổ lấy thai có thể là nguyên nhân của xuất huyết tử cung bất thường, rối loạn kinh nguyệt, thậm chí có thể là hiếm muộn thứ phát<sup>[1,4]</sup>.

## ĐỊNH NGHĨA

Khuyết sẹo mổ lấy thai được định nghĩa là vùng phản âm trống ở thành trước đoạn dưới tử cung, nằm giữa nếp gấp bàng quang tử cung và lỗ trong cổ tử cung, có thể đo được trên 3 chiều<sup>[5]</sup>. Theo đồng thuận mới nhất năm 2019, 83% chuyên gia đồng thuận định nghĩa khuyết sẹo mổ lấy thai là “chỗ lõm vị trí mổ lấy thai có chiều sâu ít nhất 2 mm”. Có 3 phân nhóm: (i) khuyết đơn giản; (ii) khuyết đơn giản có 1 nhánh; (iii) khuyết phức tạp (có hơn 1 nhánh).

Nếp gấp bàng quang – âm đạo là nếp hình tam giác giữa bàng quang, âm đạo và cổ tử cung, được tạo ra khi đặt đầu dò ngay vị trí vòm trước âm đạo. (Hình 1)

Cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu đánh giá sự phát triển của khuyết sẹo mổ lấy thai và

**Bảng 1. Tóm tắt đồng thuận Delphi về đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai<sup>[6]</sup>.**

### Tóm tắt các đồng thuận sau ba vòng Delphi

Các cách đánh giá:

- Không đo nội mạc tử cung, đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai chỉ cần khảo sát cơ tử cung.
- Điều chỉnh mặt cắt dọc giữa tùy theo yếu tố cần khảo sát (chiều dài, rộng hoặc lớp cơ) trong trường hợp khuyết có nhánh (ví dụ: RMT mỏng nhất bao gồm cả nhánh có thể khảo sát được trên mặt cắt đứng dọc khi khuyết chính có chiều dài, chiều sâu lớn nhất và RMT mỏng nhất).
- Mặt cắt ngang chỉ dùng để đo chiều rộng, không đo chiều sâu hoặc RMT.

Các phương pháp tổng quát:

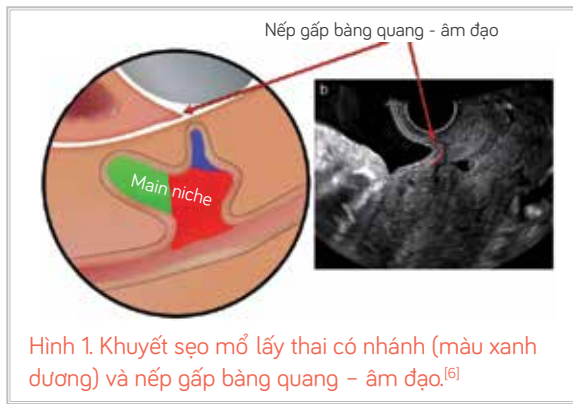
- Phương pháp khảo sát khuyết sẹo mổ lấy thai tốt nhất là cắt mặt cắt dọc giữa, thấy rõ kênh cổ tử cung, sau đó di chuyển đầu dò (âm đạo) sang hai bên.
- Phương pháp tốt nhất để khảo sát khuyết sẹo mổ lấy thai trên mặt cắt ngang là bắt đầu từ mặt cắt dọc, sau đó giữ ngay vị trí thấy rõ khuyết nhất và xoay ngang.
- Đánh giá nhánh tốt nhất là trên mặt cắt ngang, khảo sát kỹ đoạn dưới tử cung, từ kênh cổ tử cung đến thân tử cung.
- Khi đo các chiều của khuyết sẹo mổ lấy thai, chỉ cần quan sát rõ đoạn dưới tử cung, ở tất cả các vị thế của tử cung.
- Vị trí đặt đầu dò (vòm trước hoặc sau của âm đạo) ảnh hưởng đến mặt cắt đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai.

Giá trị của các kỹ thuật hỗ trợ:

- Ấn đầu dò để có thể cắt được mặt cắt khảo sát rõ nhất.
- Doppler không thuộc các tiêu chuẩn đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai, tuy nhiên có thể hữu ích trong chẩn đoán phân biệt khuyết sẹo và khối máu tụ, adenomyosis, adenomyoma, mô sợi.

Siêu âm sử dụng chất tương phản gel/nước muối:

- Siêu âm sử dụng chất tương phản có thể hữu ích khi đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai.



Hình 1. Khuyết sẹo mổ lấy thai có nhánh (màu xanh dương) và nếp gấp bàng quang - âm đạo.<sup>[6]</sup>

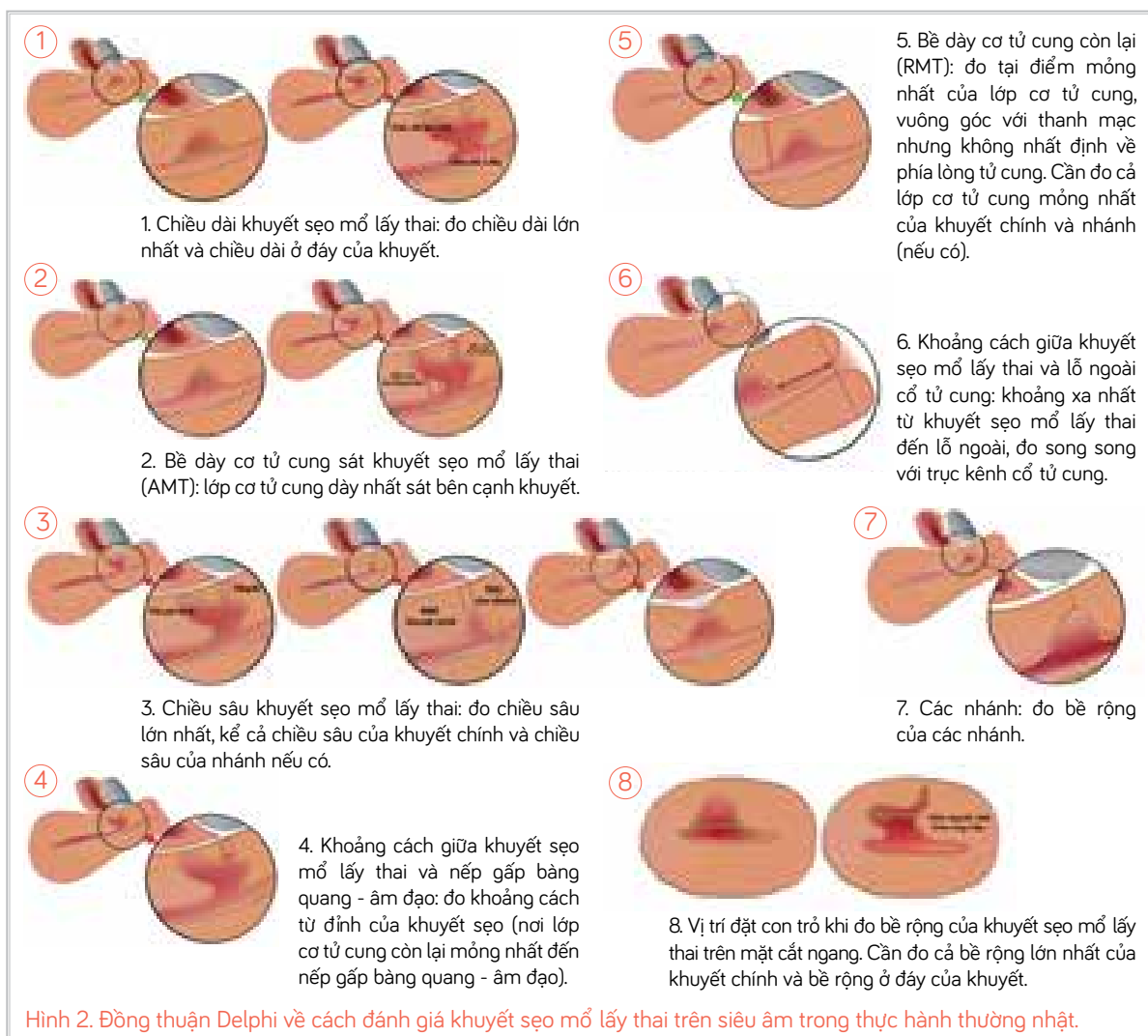
các triệu chứng liên quan nhưng vẫn chưa có hướng dẫn chuẩn hóa cách mô tả, đo đạc cụ thể. Để khảo sát khuyết sẹo mổ lấy thai trên siêu âm có thể sử dụng siêu âm ngả âm đạo 2D, 3D, có thể có bơm nước hoặc gel làm chất tương phản, cộng hưởng từ (MRI) và soi buồng tử cung. (Bảng 1)

## KHẢO SÁT KHUYẾT SẸO MỔ LẤY THAI TRÊN SIÊU ÂM 2 CHIỀU

Đồng thuận Delphi về cách đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai trên siêu âm trong thực hành thường nhật.<sup>[6]</sup> (Hình 2 – 6)

Khuyến cáo đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai<sup>[6]</sup>:

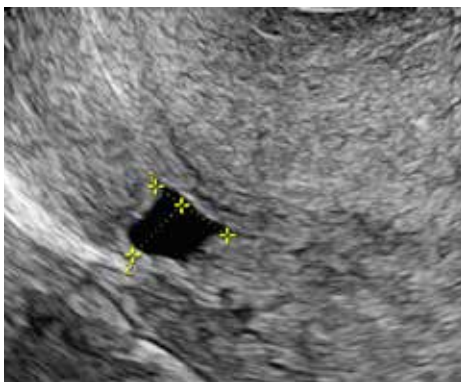
- Đo bề dài, rộng, sâu ở mặt cắt cho kích thước lớn nhất.
- Cần đánh giá bề dày cơ tử cung ngay vị trí sẹo mổ lấy thai.
- Chỉ số cần đánh giá bao gồm: bề dài, rộng, sâu của khuyết sẹo mổ lấy thai; lớp cơ tử cung mỏng nhất ngay vị trí khuyết sẹo mổ lấy thai, cơ tử cung sát khuyết sẹo mổ lấy thai, khoảng cách giữa khuyết sẹo mổ lấy thai và nếp gấp bàng quang – âm đạo; hoặc từ khuyết sẹo đến lỗ ngoài cổ tử cung.



Hình 2. Đồng thuận Delphi về cách đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai trên siêu âm trong thực hành thường nhật.

- Đo chiều dài, bề sâu của khuyết sẹo và cơ tử cung vị trí sẹo mổ nên đo trên mặt cắt dọc giữa.
- Nếu có thể quan sát thấy nhánh của khuyết

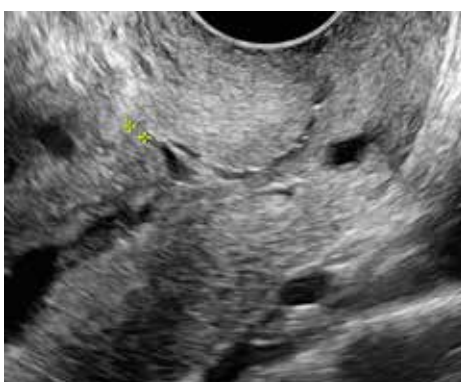
sẹo mổ lấy thai cần đo luôn nhánh; khi đó đánh giá độ sâu và bề dày cơ tử cung cần chia ra của khuyết chính và của nhánh.



Hình 3. Chiều dài và chiều sâu của khuyết sẹo mổ lấy thai trên siêu âm 2D.



Hình 4.  
A - Chiều dài và sâu của khuyết sẹo mổ lấy thai trên siêu âm bơm nước;  
B - Khuyết sẹo mổ lấy thai trên siêu âm 2D.



Hình 5. Bề dày lớp cơ tử cung còn lại vị trí khuyết sẹo mổ lấy thai (RMT).



Hình 6. Các nhánh của khuyết sẹo mổ lấy thai trên dạng khuyết phức tạp.

Nguồn hình 3 – hình 7: Bệnh viện Mỹ Đức.

## TÓM TẮT Y VĂN CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN SIÊU ÂM KHUYẾT SỌ MỔ LẤY THAI<sup>[6]</sup>

Bảng 2. Tóm tắt y văn về các vấn đề liên quan siêu âm khuyết sọ mổ lấy thai.<sup>[6]</sup>

Vấn đề nghiên cứu	Nghiên cứu (năm)	Thiết kế	Kết quả
Thời điểm lý tưởng để khảo sát khuyết sọ mổ lấy thai	Chưa có		
Phương pháp khảo sát tốt nhất (siêu âm ngả âm đạo hoặc có chất tương phản)	Allison (2010) <sup>[7]</sup>	Tổng hợp y văn	Siêu âm bơm nước ngả âm đạo có ích, đặt biệt khi cần đánh giá nội mạc tử cung và tổn thương đi kèm.
	Baranov (2016) <sup>[8]</sup>	Nghiên cứu đoàn hệ	Khuyết sọ mổ lấy thai có tỷ lệ 46,6% (2 người khảo sát) khi siêu âm ngả âm đạo; 69,1% trên siêu âm bơm nước.
	Vikhareva Osser (2009) <sup>[9]</sup>	Nghiên cứu đoàn hệ	53 trường hợp thấy khuyết sọ mổ lấy thai qua siêu âm bơm nước; 42 trường hợp thấy khuyết sọ mổ lấy thai qua siêu âm ngả âm đạo.
	Tower (2013) <sup>[4]</sup>	Tổng hợp y văn	Siêu âm bơm nước có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn trong chẩn đoán khuyết sọ mổ lấy thai. Khuyến nghị siêu âm bơm nước khi nghi ngờ khuyết sọ mổ lấy thai qua siêu âm ngả âm đạo, trừ khi có chống chỉ định.
	Bij de Vaate (2011) <sup>[2]</sup>	Nghiên cứu đoàn hệ mô tả tiến cứu	Tỷ lệ khuyết sọ mổ lấy thai trên siêu âm ngả âm đạo 24%; tỷ lệ khuyết sọ mổ lấy thai trên siêu âm bơm gel 56%.
	Van der Voet (2014) <sup>[5]</sup>	Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu	Tỷ lệ khuyết sọ mổ lấy thai trên siêu âm ngả âm đạo 49,6%; tỷ lệ khuyết sọ mổ lấy thai trên siêu âm bơm gel 64,5%.
Phương pháp khảo sát tốt nhất (siêu âm 3D hoặc 2D ngả âm đạo)	Bij de Vaate (2015) <sup>[10]</sup>	Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu	Có thể sử dụng siêu âm 3D để đo khuyết sọ mổ lấy thai (kích thước và RMT) trên mặt cắt dọc giữa.
	Giral (2015) <sup>[11]</sup>	Nghiên cứu hồi cứu	Tỷ lệ khuyết sọ mổ lấy thai trên siêu âm 3D ngả âm đạo 50%; tỷ lệ khuyết sọ mổ lấy thai trên siêu âm bơm nước 86%.
Các số đo khuyết sọ mổ lấy thai	Naji (2012) <sup>[5]</sup>	Tổng hợp y văn	Cần đo các chiều: dài, rộng, sâu và lớp cơ tử cung còn lại (RMT) của khuyết sọ mổ lấy thai trên cả mặt cắt dọc và mặt cắt ngang.
	Tower (2013) <sup>[4]</sup>	Tổng hợp y văn	Lớp cơ tử cung còn lại (RMT) đo từ đỉnh của khuyết đến bờ ngoài cơ tử cung.
Thời điểm đánh giá sọ tốt nhất trong chu kỳ kinh	Fabres (2003) <sup>[12]</sup>	Nghiên cứu hồi cứu	Thời điểm tốt nhất để khảo sát khuyết sọ mổ lấy thai là trong giai đoạn hành kinh, thường là vài ngày đầu chu kỳ kinh.
Đánh giá áp lực từ đầu dò âm đạo	Chưa có		
Đánh giá vai trò của Doppler	Chưa có		
Đánh giá khoảng cách từ nếp gấp bàng quang âm đạo đến lỗ trong cổ tử cung	Chưa có		

### CÁC VẤN ĐỀ CÒN HẠN CHẾ TRONG ĐÁNH GIÁ KHUYẾT SỌ MỔ LẤY THAI

Dù đồng thuận về đánh giá khuyết sọ đã đạt được, tuy nhiên nhiều vấn đề còn bỏ ngỏ, chẳng hạn mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và hình thái sọ; các vấn đề liên quan trong quá trình điều trị hiếm muộn; tiên đoán kết cục

thai kỳ của những thai kỳ tiếp theo; dự đoán khả năng thành công khi điều trị.

Thời điểm đánh giá khuyết sọ sau khi mổ lấy thai hiện vẫn chưa xác định. Ngoài ra, ngưỡng cắt các thông số trong khảo sát khuyết sọ mổ lấy thai để xác định khuyết sọ trên lâm sàng cũng cần được nghiên cứu thêm.

Mời xem tiếp  
ở trang 95

Các triệu chứng tắc nghẽn do bất sản cổ tử cung làm giảm chất lượng cuộc sống và dẫn đến giảm hiệu suất trong công việc, sinh hoạt và học tập. Tình trạng bế kinh gây thống kinh, lâu dần máu kinh ứ đọng trong tử cung gây nhiễm trùng và cần phải giải quyết bằng phẫu thuật. Vì vậy, việc xác định, chẩn đoán các dị tật này vô cùng quan trọng.

Để phục hồi chức năng sinh sản cũng như chức năng tình dục khi có bất thường cổ tử cung do nguyên nhân từ ống Muller cần thiết phải có các phương pháp tiếp cận phẫu thuật phù hợp, đặc biệt các phương pháp bảo tồn. Điều trị trường hợp bệnh nhân có âm đạo bình thường nhưng bất sản cổ tử cung đòi hỏi nhiều bước. Quá trình phục hồi giải phẫu còn phức tạp hơn nếu bệnh nhân không có cả âm đạo và cổ tử cung. Dù đã có nhiều kỹ thuật tạo hình âm đạo và cổ tử cung được mô tả trong y văn, sự thành thạo của phẫu thuật viên và lựa chọn kỹ thuật chính xác vẫn còn là vấn đề nan giải, đặc biệt trong trường hợp cần thông nối âm đạo – cổ tử cung.

## KẾT LUẬN

Cổ tử cung rất quan trọng đối với chức năng sinh sản của người phụ nữ. Trong các bệnh lý cổ

tử cung làm ảnh hưởng đến vấn đề có thai và sinh sản, có trường hợp có thể dự phòng được như ung thư cổ tử cung và điều trị được như cổ tử cung bất toàn. Tuy nhiên có những trường hợp rất khó khăn như không có âm đạo, cổ tử cung, cần phải phẫu thuật bởi phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm. Do đó, cần phải tầm soát ung thư cổ tử cung cũng như khám phụ khoa định kỳ để có những xử trí kịp thời và không để lại hậu quả lâu dài.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung. Hà Nội, 2019.
2. Clark NV, Einarsson JI. Laparoscopic abdominal cerclage: a highly effective option for refractory cervical insufficiency. *Fertil Steril* 2020;113:717-22.
3. Donnez J. An update on uterine cervix pathologies related to infertility. *Fertil Steril*. 2020 Apr;113(4):683-684.
4. Donnez J. Unexpected results from randomized clinical trial. Or are they? *Fertil Steril* 2019;11:803-4.
5. Lee SI, Atri M. 2018 FIGO Staging System for Uterine Cervical Cancer: Enter Cross-sectional Imaging. *Radiology*. 2019 Jul;292(1):15-24.
6. Mikos T, Gordts S, Grimbizis GF. Current knowledge about the management of the congenital cervical malformations. A literature review. *Fertil Steril* 2020; 113:723-32.
7. Nezhat C, Roman RA, Rambhatla A, Nezhat F. Reproductive and oncologic outcomes after fertility-sparing surgery for early-stage cervical cancer: a systematic review. *Fertil Steril* 2020;113:685-703.
8. Nguyễn Mai An và cộng sự. "Khâu cổ tử cung ngả bụng trong dự phòng sinh non: tổng quan và thực hành". Số đặc biệt của Tạp chí Phụ Sản "Sân Phụ Khoa từ bằng chứng đến thực hành - 10". 2020; 46-55.
9. Tsevat DG, Wiesenfeld HC, Parks C, Peipert JF. Sexually transmitted diseases and infertility. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jan;216(1):1-9.

Tiếp theo  
trang 77

SIÊU ÂM KHẢO SÁT KHUYẾT SẸO MỔ LẤY THAI THEO ĐỒNG THUẬN DELPHI 2019

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Najj O, Wynants L, Smith A, Abdallah Y, Saso S, Stalder C, Van Huffel S, GhaemMaghami S, Van Calster B, Timmerman D, Bourne T. Does the presence of a Caesarean section scar affect implantation site and early pregnancy outcome in women attending an early pregnancy assessment unit? *Hum Reprod* 2013; 28: 1489-1496.
2. Bij de Vaate AJ, Brolmann HA, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne JA. Ultrasound evaluation of the Caesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37: 93-99.
3. Van der Voet LF, Bij de Vaate AM, Veersema S, Brolmann HA, Huirne JA. Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar: a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding. *BJOG* 2014; 121: 236-244.
4. Tower AM, Frishman GN. Caesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. *J Minim Invasive Gynecol* 2013; 20: 562-572.
5. Najj O, Abdallah Y, Bij De Vaate A, J. Smith A, Pexsters A, Stalder C, McIndoe A., GhaemMaghami S, Leess C., Brolmann H., Huirne A., Timmerman D and Bourne T. Standardized approach for imaging and measuring Caesarean section scars using ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012; 39: 252-259
6. Jordans PM, De Leeuw RA, Stegwee SI., Amso NN, Barri-Soldevila PN, T. Van Den Bosch, Bourne T, Brolmann AM, Donnez O, Dueholm M., Hehenkamp WJ, Jastrow N, Jurkovic D, Mashlach R, Najj O, Streuli I, Timmerman D, Van Der Voet LF and Huirne JA. Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 53: 107-115
7. Allison SJ, Horrow MM, Lev-Toaff AS. Pearls and pitfalls in sonohysterography. *Ultrasound Clinics* 2010; 5: 195-207.
8. Baranov A, Gunnarsson G, Salvesen KA, Isberg PE, Vikhareva O. Assessment of Caesarean hysterotomy scar in non-pregnant women: reliability of transvaginal sonography with and without contrast enhancement. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 499-505.
9. Vikhareva Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L. High prevalence of defects in Caesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34: 90-97.
10. Bij de Vaate MAJ, Linskens IH, van der Voet LF, Twisk JW, Brolmann HA, Huirne JA. Reproducibility of three-dimensional ultrasound for the measurement of a niche in a caesarean scar and assessment of its shape. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015; 188: 39-44.
11. Giral E, Capmas P, Levallant JM, Berman A, Fernandez H. Interest of saline contrast sonohysterography for the diagnosis of caesarean scar defects. *Gynecol Obstet Fertil* 2015; 43: 693-698.
12. Fabres C, Aviles G, De La Jara C, Escalona J, Munoz JF, Mackenna A, Fernandez C, Zegers-Hochschild F, Fernandez E. The Caesarean delivery scar pouch. *J Ultrasound Med* 2003; 22: 695-700.