

BÁO CÁO BA TRƯỜNG HỢP CHỮA TRỨNG BÁN PHẦN CÓ THAI SỐNG

Đình Thị Hiền Lê, Vũ Bá Quyết
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Tóm tắt

Từ 2013 đến 2014, tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương, chúng tôi khám, chẩn đoán và theo dõi dõi được 3 trường hợp thai phụ chữa trứng bán phần có thai sống với bộ nhiễm sắc thể bình thường. Trong 3 trường hợp này, có hai trường hợp thai sinh sống (thai nhi khỏe mạnh) và một trường hợp sảy thai đôi ở tuần thứ 21. Phân tích các dữ liệu về lâm sàng, siêu âm, nồng độ β hCG và diện tích bánh rau bất thường chúng tôi nhận thấy: nồng độ β hCG cao, diện tích bánh rau bất thường càng rộng có liên quan tỷ lệ thuận với nguy cơ tiền sản giật ở thai phụ và sảy thai. Do vậy, cần theo dõi quản lý thai nghén chặt chẽ để phát hiện sớm các biến chứng cho thai phụ cũng như thai nhi. Theo dõi lượng β -HCG sau sinh nhằm phát hiện và điều trị sớm các trường hợp có biến chứng ung thư nguyên bào nuôi.

Từ khóa: Chữa trứng bán phần có thai.

Abstract

REPORT PF 3 CASES PARTIAL HYDATIDIFORM MOLE WITH A FULL-TERM INFANT AND NORMAL CHROMOSOMES

From 2013 to 2014, at the National hospital of Obstetrics and Gynecology, we care, diagnosis and follow-up monitoring the 3 cases partial hydatidiform mole with a full-term infant and normal chromosomes. In these cases, there are two cases of living pregnancy (healthy fetus) and a case of twin miscarriage at the age of 21 weeks. Ultrasonic examination found an enlarged placenta with a typical honeycomb picture, placenta previa and a normal developing fetus. The placenta was composed of two parts: one was a molar pregnancy and the other was a normal placenta, both were separated by the membrane. Postmolar persistence of human chorionic gonadotropin was found one month after termination of this pregnancy.

Key words: Partial hydatidiform mole with fetus.

1. Đặt vấn đề

Chửa trứng là bệnh có tần suất khác nhau giữa các khu vực trên thế giới. Tại Bắc Mỹ, Úc, New Zealand và châu Âu, tỷ lệ chửa trứng 0,57-1,1/ 1000 phụ nữ mang thai, trong khi ở Đông Nam Á và Nhật Bản tỷ lệ này là khoảng 2,0/1000 phụ nữ mang thai [1]. Theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới, bệnh nguyên bào nuôi được chia thành 2 nhóm chính: Nhóm u nguyên bào nuôi (gồm carcinoma đệm nuôi, u nguyên bào nuôi vùng rau bám và u nguyên bào nuôi dạng biểu mô); nhóm thuộc về chửa trứng (gồm chửa trứng toàn phần và bán phần; chửa trứng xâm nhập và di căn). Ở những thai phụ vừa chữa trứng vừa có thai sinh sống là hiện tượng rất hiếm gặp và thường xuất hiện trên y văn thế giới với những báo cáo ca bệnh đơn lẻ [2][3]. Chẩn đoán mang thai song sinh với chửa trứng rất quan trọng do nguy cơ phát triển các biến chứng nghiêm trọng cho mẹ trong thời kỳ mang thai như cao huyết áp xuất hiện sớm và tiền sản giật, sự phát triển của thai nhi suy giảm nghiêm trọng do việc cản trở lưu thông tuần hoàn từ bánh rau [4][5]. Trong hầu hết các trường hợp, chấm dứt thai kỳ được khuyến cáo khi chẩn đoán

được thực hiện trong kỳ đầu mang thai [4]. Tuy nhiên, đánh giá của 77 trường hợp chửa trứng với một bào thai cùng tồn tại đã chứng minh rằng có một nguy cơ cao sảy thai tự nhiên, nhưng khoảng 40% trường hợp trẻ được sinh ra khỏe mạnh mà không làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh ung thư nguyên bào nuôi [6]. Điều này mang lại nhiều hy vọng cho những người phụ nữ bị chửa trứng và có một bào thai thường cùng tồn tại, nhất là những phụ nữ vô sinh. Hàng năm, tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương có khoảng 5 – 6 trường hợp thai trứng có kèm theo thai sống, tuy nhiên tất cả cá trường hợp đều đình chỉ thai nghén. Đây là lần đầu tiên chúng tôi tiến hành giữ 3 trường hợp có thai + thai trứng. Báo cáo này chúng tôi không chỉ gửi thông điệp về những ca bệnh hiếm gặp mà còn mong muốn được thảo luận thêm về chẩn đoán trước sinh, điều kiện để tiếp tục mang thai và theo dõi sau sinh.

2. Báo cáo ca bệnh:

- **Trường hợp 1:** Sản phụ Nguyễn Thị Th 06//10/1990. Địa chỉ: Hoài Đức – Hà Nội, làm ruộng.
+ Para 0000, khỏe mạnh, khám thai định kỳ lúc 18

tuần. Tuổi thai đã được xác định bằng ngày kinh cuối cùng. Tiền sử bản thân và gia đình bình thường.

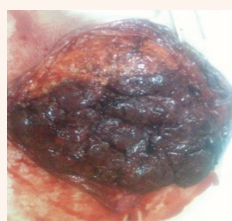
+ Kiểm tra sàng lọc trước sinh bằng định lượng β HCG và α protein thai (AFP). Kết quả β -HCG: 96672,9UI/L và AFP: 40.2624nmol/l. Khi 20 tuần tuổi thai, khám thai định kỳ thấy tử cung 19cm trên vệ, tương ứng với tuổi thai. Kết quả siêu âm cho thấy có một thai phát triển bình thường, ối bình thường. Tuy nhiên, trên hình ảnh siêu âm cho thấy có hình ảnh một phần bánh rau lỏng rở như ruột bánh mì (hình ảnh tuyết rơi nằm ở phần đáy tử cung liên tục với phần rau thai thường- hình 1). Thai phụ được chẩn đoán theo dõi thai kèm theo chữa trứng bán phần. Kết quả chọc ối 46XY. Bệnh nhân đã được giải thích các nguy cơ có thể xảy ra nếu tiếp tục theo dõi thai như thai bất thường (mà không chẩn đoán được trên siêu âm) như thai kém phát triển, nguy cơ đẻ non, tiền sản giật và các biến chứng (ung thư nguyên bào nuôi). Bệnh nhân vẫn chọn để giữ việc mang thai. Bệnh nhân được theo dõi định kỳ hai tuần/lần bao gồm khám, siêu âm và định lượng β -HCG. Trong quá trình theo dõi lượng β -HCG giảm dần 78780,97; 25097,68; 19704,63; 18682,28; 9042UI/mL. Hình ảnh siêu âm cho thấy thai nhi phát triển bình thường, phần bánh rau bất thường không tăng thêm, doppler động mạch rau (ĐMR) bình thường. Thai phụ không có dấu hiệu ra máu âm đạo, huyết áp ổn định. 38 tuần tuổi thai, bệnh nhân được mổ lấy thai với một bé trai nặng 3200g (Hình 2) vào 31/01/2013. Apgar là với số điểm 9 và 10 lúc 1 và 5 phút tương ứng.



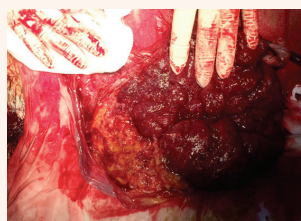
Hình 1. Hình ảnh siêu âm bánh rau 20 tuần của BN Nguyễn Thị Th



Hình 2. Bé trai sau sinh nặng 3200g của BN Nguyễn Thị Th



Hình 3. Bánh rau sau khi sinh



Hình 4. Bánh rau khi phẫu tích

+ Bánh rau gồm hai phần một phần rau thai thường, dây rốn có hai động mạch một tĩnh mạch và riêng biệt có một phần bánh rau có màu vàng nhạt có vài nang nước giống quả nho trên bề mặt (hình 3 và 4). Chẩn đoán mô bệnh học bánh rau: Chửa trứng bán phần.

+ Theo dõi sau đẻ: Lượng β -HCG 12,2 UI/L một tháng sau sinh và 3,6 UI/L hai tháng sau sinh 1,2 UI/L sau tháng thứ ba.

- Trường hợp 2: Sản phụ Nguyễn Thị Th, sinh ngày 01/10/1991, địa chỉ: Gia Bình, Bắc Ninh.

Nghề nghiệp: Nội trợ.

+ Para: 0000, khỏe mạnh, khám thai định kỳ lúc 18 tuần. Tuổi thai đã được xác định bằng ngày kinh cuối cùng. Tiền sử bản thân và gia đình bình thường.

+ Kiểm tra sàng lọc trước sinh bằng định lượng β HCG và α protein thai (AFP). Kết quả β HCG: 196372,9UI/L và AFP: 40.2624nmol/l. Khám thai định kỳ thấy tử cung 16cm trên vệ, tương ứng với tuổi thai. Kết quả siêu âm thấy có một thai phát triển bình thường, ối bình thường nhưng trên hình ảnh siêu âm cho thấy có một phần bánh rau lỏng rở như ruột bánh mì (hình ảnh tuyết rơi nằm ở phần eo tử cung liên tục với phần rau thai thường (hình 5).

+ Chẩn đoán: Theo dõi thai kèm theo chữa trứng bán phần. Kết quả chọc ối: 46XX. Thai phụ và gia đình đã được giải thích các nguy cơ có thể xảy ra nếu tiếp tục theo dõi thai như thai bất thường (không chẩn đoán được trên siêu âm) như thai kém phát triển, nguy cơ đẻ non, tiền sản giật và các biến chứng (ung thư nguyên bào nuôi). Thai phụ vẫn chọn giữ thai.

+ Thai phụ được theo dõi định bao gồm khám, siêu âm và định lượng β -HCG. Trong quá trình theo dõi lượng β -HCG giảm dần: 107801,97; 84097,68; 65032,22; 48805,34. Hình ảnh siêu âm cho thấy thai nhi phát triển bình thường, phần bánh rau bất thường không tăng thêm, doppler ĐMR bình thường. Khi tuổi thai 32 tuần, thai phụ có dấu hiệu ra máu âm đạo, huyết áp tăng nhưng không có dấu hiệu phù, protein niệu 0,3 g/l. Đã được điều trị bằng thuốc hạ áp và được mổ lấy thai lúc 34 tuần vì ối vỡ sớm, huyết áp tăng (150/100mmHg) được một bé gái nặng 2200g (ảnh 6) ngày 31/01/2014. Apgar là với số điểm 9 và 10 lúc 1 và 5 phút tương ứng.

+ Bánh rau gồm hai phần, một phần rau thai thường, dây rốn có hai động mạch một tĩnh mạch và có một phần bánh rau màu vàng nhạt có vài nang nước giống quả nho trên bề mặt (hình 7). Kết quả xét nghiệm mô bệnh học: Chửa trứng bán phần.

+ Lượng β -HCG: 42,7UI/L sau sinh tháng thứ nhất và 2,34 UI/L sau tháng thứ hai.



Hình 5. Hình ảnh siêu âm bánh rau. BN số 2.



Hình 6. Bé gái sinh sống nặng 2200g.



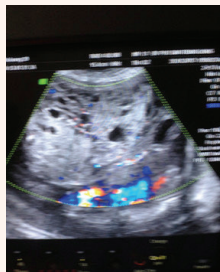
Hình 7. Bánh rau của BN số 2 khi phẫu tích

- Trường hợp 3: Sản phụ Nguyễn Thị H, sinh 26/1/1980, ở Kim Chân, Bắc Ninh, nội trợ.

+ Para 0000, khỏe mạnh, vô sinh 6 năm, thai lần này là kết quả của việc điều trị kích thích phóng noãn (menogone 75UI x 8 ống).



Hình 8. Hình ảnh siêu âm bánh rau của Sản phụ Nguyễn Thị H.



+ Theo dõi thai định kỳ được phát hiện hai túi ối lúc 6 tuần và phát hiện thai trứng với hai phôi thai bình thường lúc thai 12 tuần trên siêu âm (hình 8). Sản phụ ra máu âm đạo từ lúc thai 6 tuần. Sau khi được chẩn đoán thai trứng với hai phôi thai bình thường, thai phụ đã được giải thích các nguy cơ và biến chứng cho mẹ và thai nếu tiếp tục giữ thai, thai phụ vẫn muốn tiếp tục giữ thai.

+ Kết quả định lượng β -HCG: 303234,23 UI/L và kết quả chọc ối lúc thai 17 tuần của hai thai là 46XX và 46XY. Tuy nhiên vào lúc thai 21 tuần (ngày 19/12/2013) thai phụ bị ra máu nhiều và sẩy thai tại bệnh viện huyện nên không lấy được bánh rau để xét

NGHIỆM mô bệnh học. Một tháng sau sinh, thai phụ được tái khám và định lượng β -HCG là 5000UI/L, xét nghiệm lại sau mỗi tuần: 3400UI/L, 1250UI/L, 258UI/L, 23UI/L. β -HCG trở về bình thường 10 tuần sau sinh.

3. Bàn luận:

Theo các tài liệu y văn trên thế giới cho đến nay, khoảng 200 trường hợp mang thai sinh đôi trong đó có phần thai nhi bình thường và có kèm theo thai trứng, trong đó có 56 trường hợp kết quả thai sinh sống [2]. Trong cuối thập niên 1970, Vassilakos và CS là người đầu tiên miêu tả và giải thích hai cơ chế khác nhau của chữa trứng bán phần và chữa trứng hoàn toàn có kèm thai sống dựa trên phân tích tế bào di truyền học [3]. Chữa trứng bán phần (đơn thai) có bộ nhiễm sắc thể gồm 23 nhiễm sắc thể của người mẹ và 46 nhiễm sắc thể của người cha tạo nên bộ nhiễm sắc thể tam bội thể. Trong trường hợp này, thai nhi cũng mang bộ nhiễm sắc thể tam bội bất thường; vì vậy việc chấm dứt thai nghén là điều hiển nhiên. Chữa trứng hoàn toàn với một bào thai hay còn gọi song sinh bao gồm hai hợp tử trong đó thai thứ nhất có bộ di truyền gồm 23 nhiễm sắc thể từ mẹ và 23 nhiễm sắc thể từ bố tạo và hợp tử thứ hai có 23 cặp nhiễm sắc thể từ người bố. Trong chữa trứng bán phần, thai nhi có bộ nhiễm sắc thể hoàn toàn bình thường và có thể phát triển bình thường như các trường hợp thai nghén bình thường khác. Tuy nhiên việc tiếp tục mang thai trong trường hợp này thường mang đến nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi vì ngoài việc thai phụ có thể gặp nguy cơ biến chứng với một thai nghén thông thường còn kèm theo các nguy cơ của thai trứng kèm theo (nhiễm độc thai nghén, cường giáp, ra máu âm đạo, nguy cơ phát triển ung thư nguyên bào nuôi sau sinh) và thai nhi cũng chịu nhiều ảnh hưởng (thai kém phát triển, sẩy thai, đẻ non tháng). Vì vậy việc quản lý thai nghén trước sinh cũng như sau sinh cần được giám sát chặt chẽ nhằm tránh các biến chứng nghiêm trọng xảy ra cho thai phụ. Hầu hết các trường hợp đều được chẩn đoán vào quý đầu của thai kỳ và phần lớn các trường hợp này đều kết thúc bằng đình chỉ thai vì những biến chứng của thai phụ. Một nghiên cứu của Fishman và CS có 71% trường hợp đình chỉ thai vì các biến chứng của mẹ. Kết quả nghiên cứu của Yoneda N cho thấy biến chứng sản giật nặng ở các sản phụ này thường xảy ra ở thời điểm thai 20 tuần tuổi [7]. Một nghiên cứu của Vaisbuch và CS trong 130 trường hợp có 41% đình chỉ thai vì các biến chứng nghiêm trọng của mẹ [8]. Trái lại, trong nghiên cứu của Sebire và CS chỉ có 4% có

chỉ định đình chỉ thai vì các biến chứng của mẹ [3]. Một điểm rất đáng quan tâm là phần lớn những thai phụ này thường đẻ non, tỷ lệ đẻ non có thể đến 50-60% [4]. Ngoài các biến chứng trên, nguy cơ ung thư nguyên bào nuôi cũng được chỉ ra trong một nghiên cứu từ năm 1999-2006 của Steller MA và CS có 7 trong 14 trường hợp bị biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi trong đó có 6 trường hợp được điều trị bằng đơn trị liệu và một trường hợp bằng đa trị liệu.

Trong ba trường hợp của chúng tôi vừa trình bày, ở trường hợp thứ nhất, quá trình thai nghén diễn ra bình thường, thai phụ không có dấu hiệu ra máu bất thường trong ba tháng đầu, lượng β -HCG được xác định vào thời điểm 18 tuần là 96672,9UI/L, vùng rau bất thường chỉ chiếm $\frac{1}{4}$ diện tích bánh rau, thai nhi được sinh đủ tháng, lượng β -HCG trở về bình thường sau sinh hai tháng. Lý giải về các dấu hiệu bất thường trong thời gian mang thai không nổi trội, lượng β hCG sớm về bình thường sau sinh có thể do vùng rau thoái hóa nước và quá sản nguyên bào nuôi ít. Ở trường hợp thứ 2, do vùng rau thoái hóa nước và quá sản nguyên bào nuôi chiếm $\frac{1}{3}$ bánh rau nên lượng β hCG thời điểm 18 tuần lên đến 196372,9UI/L và có biểu hiện tiền sản giật ở tuần thứ 32, thai phụ được mổ lấy thai lúc 34 tuần vì ối vỡ sớm và huyết áp tăng. Trường hợp thứ ba, song thai kèm theo chữa trứng,

diện tích bánh rau bị chữa trứng rộng hơn 2 trường hợp trên, lượng β -HCG vào lúc 17 tuần là 303234,23 UI/L, ra máu âm đạo trong ba tháng đầu và kết thúc thai nghén bằng sẩy thai lúc thai 21 tuần. Những dữ liệu trên cho thấy: Lượng β -HCG quá cao, phần diện tích bánh rau bất thường lớn có ảnh hưởng đến yếu tố tiền lượng cho cả mẹ và thai. Trong trường hợp chữa trứng cùng tồn tại với song thai thường thì khả năng giữ thai là rất khó.

4. Kết luận:

Qua phân tích các biểu lâm sàng, hình ảnh siêu âm, nồng độ β hCG của 3 trường hợp chữa trứng bán phần có thai sống với bộ nhiễm sắc thể bình thường, chúng tôi rút ra một số nhận xét: Siêu âm có thể chẩn đoán được chữa trứng hoàn toàn với phôi thai thường trong ba tháng đầu của thai kỳ; Lượng β -HCG tăng cao giúp cho việc khẳng định chẩn đoán, tuy nhiên kết luận cuối cùng phải hoàn toàn dựa vào kết quả giải phẫu bệnh lý.

Muốn tiếp tục theo dõi thai nghén cần phải chọn ối làm nhiễm sắc đồ để khẳng định hai nhi không có bất thường nhiễm sắc thể. Cần theo dõi quản lý thai nghén chặt chẽ để phát hiện sớm các biến chứng cho thai phụ cũng như thai nhi. Theo dõi lượng β -HCG sau sinh nhằm phát hiện và điều trị sớm các trường hợp có biến chứng ung thư nguyên bào nuôi.

Tài liệu tham khảo

1. John R Lurain, John I (2010), Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. American Journal of Obstetrics & Gynecology. Vol 203, Issue 6, 531-539.
2. Moini A, Riazi K. Molar pregnancy with a coexisting fetus progressing to a viable infant. Int J Gynaecol Obstet. 2003; 82 (1):63-64.
3. Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, Et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy cotwin. Lancet. 2002; 359 (9324):2165-6.
4. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, Lage JM, Goldstein DP, Berkowitz RS. Natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus. Obstet Gynecol. 1994; 83 (1):35-42.
5. Kajal Kiran Dhingra, Parul Gupta, Vijay Saroha, Nita Khurana (2009). Partial hydatidiform mole with a full-term infant. Indian Journal of pathology and Microbiology. Volume 52, Issue 4, 590-591.
6. Fishman DA, Padilla LA, Keh P, Cohen L, Frederiksen M, Lurain JR. Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatidiform mole and normal fetus. Obstet Gynecol. 1998; 91 (4):546-50.
7. Yoneda N, Shiozaki A, Miura K, Yonezawa R, Takemura K, Yoneda S, Masuzaki H, Saito S (2013), A triploid partial mole placenta from paternal isodisomy with a diploid fetus derived from one sperm and one oocyte may have caused angiogenic imbalance leading to preeclampsia-like symptoms at 19 weeks of gestation. Placenta, Jul;34(7):631-4.
8. Vaisbuch E, Ben-Arie A, Dgani R, Perlman S, Sokolovsky N, Hagay Z. Twin pregnancy consisting of a complete hydatidiform mole and co-existent fetus: report of two cases and review of literature. Gynecol Oncol. 2005; 98 (1):19-23.