



THAI NGOÀI TỬ CUNG Ở SEO MỔ LẤY THAI: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

TS. Tạ Thị Thanh Thủy

Bệnh viện Hùng Vương

MỞ ĐẦU

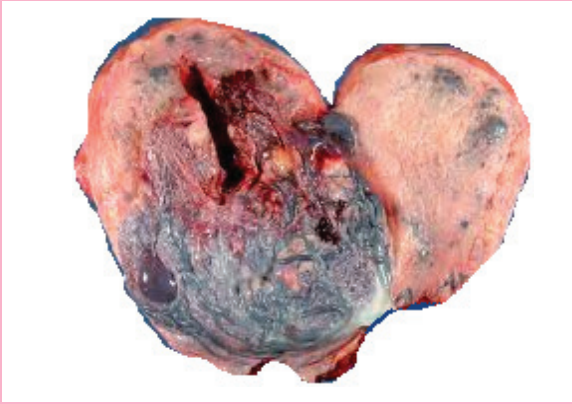
Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai hay còn gọi là thai bám vết mổ cũ (VMC) là một dạng hiếm gặp của thai lạc chỗ, do thai làm tổ tại mô xơ sẹo của vết mổ lấy thai cũ, với ca đầu tiên được mô tả bởi Larsen và Solomon vào năm 1978 (Larsen JV và cs., 1978). Chẩn đoán chỉ được đặt ra sau khi bệnh nhân này bị cắt tử cung do nỗ lực cầm máu thất bại. Tiếp đó, rải rác các trường hợp vỡ tử cung sớm (Abraham RJ và cs., 2012) hay nhau cài răng lược sớm lần lượt được báo cáo (Sinha và cs., 2012) khiến cho tình trạng thai bám VMC ngày càng được chú ý nhiều hơn. Từ năm 1990 đến năm 1999, chỉ có khoảng 19 bài báo dưới dạng mô tả từng trường hợp; kết thúc năm 2012 đã xuất hiện hơn 110 bài báo lớn với các nghiên cứu tổng quan có giá trị. Hầu hết các tác giả đều ghi nhận sự xuất hiện ngày càng nhiều của thai bám VMC, do

đó đòi hỏi cần có một phương tiện chẩn đoán sớm và chính xác (Bignardi và cs., 2010; Olga Vikhareva Osser, 2011; Anis Fadhlouli và cs., 2012).

Ở những trường hợp thai bám VMC, tế bào nuôi xâm lấn cơ tử cung như những trường hợp nhau cài răng lược, đặc biệt, các tế bào nuôi xâm lấn sớm trong 3 tháng đầu thai kỳ nên có nguy cơ cao gây băng huyết, vỡ tử cung, thậm chí đe dọa mạng sống người phụ nữ (Rotas, 2006).

DỊCH TỄ HỌC

Theo Rotas (2006) và Ash (2007), độ xuất hiện của thai bám VMC chiếm khoảng 1/2.000 ca mang thai, tương tự theo Jurcovic (2003) là 1/1.800 và Seow (2004) là 1/2.216. Tuy nhiên, xuất độ có khuynh hướng ngày càng tăng nhanh. Từ năm 1978 đến năm



2001, chỉ có 18 ca được báo cáo (Fylstra, 2002; Seow, 2004), nhưng đến thời kỳ từ năm 2002 đến giữa năm 2004, Maymon (2004) đã ghi nhận được 66 ca. Trong số những trường hợp thai ngoài tử cung thì thai bám VMC chiếm tỉ lệ <1%. Phụ nữ đã có tiền căn mổ lấy thai có khả năng bị thai bám VMC với tần suất khoảng 5% (4,1-6,2%) (Seow, 2004).

Nguyên nhân gây thai bám VMC vẫn chưa rõ. Giả thuyết được nhiều người ủng hộ nhất là do trứng thụ tinh đóng vào cơ tử cung qua khe hở của sẹo mổ lấy thai hay sẹo phẫu thuật trên cơ tử cung (Cheng, 2003), hoặc các tổn thương cơ tử cung sau khi bóc nhau bằng tay (Fylstra, 2002), do nong nạo hoặc lạc nội mạc trong cơ tử cung (Scaletta, 1994). Theo khảo sát của Krishna, sau mổ lấy thai, 60% sẹo có khe hở tạo điều kiện cho thai bám vào (Krishna, 2008).

Các yếu tố nguy cơ của thai bám VMC bao gồm các tiền căn: nong nạo trước đó, nhau bám bất thường (nhau tiền đạo, nhau cài vào cơ tử cung) (Hemminki, 1996; Salomon, 2003; Maymon, 2011), bóc nhau bằng tay, thai ngoài tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm và các phẫu thuật liên quan đến cơ tử cung như mổ lấy thai, bóc nhân xơ, may tái tạo tử cung, soi buồng tử cung (Seow, 2004)... Jurkovic (2003) cho rằng bệnh nhân có tiền căn mổ lấy thai từ 2 lần trở lên cũng là yếu tố nguy cơ của thai bám VMC. Ngoài ra, còn một số yếu tố nguy cơ khác của thai bám VMC như nạo phá thai trước đó (Shinagawa, 1969), mổ sinh ngôi mông dễ bị thai bám

VMC hơn ngôi đầu (Vial, 2000; Maymon, 2011)...

CHẨN ĐOÁN

Thời điểm phát hiện thai bám VMC thay đổi từ 5 tuần đến 16 tuần tuổi thai tùy trường hợp, khoảng cách từ lần mổ sinh trước đến khi có thai bám VMC thay đổi từ 6 tháng đến 12 năm (Seow, 2004).

Do chẩn đoán lâm sàng của thai bám VMC trong giai đoạn sớm thường rất khó khăn nên đôi khi chẩn đoán chậm trễ đến khi vỡ tử cung hay bệnh nhân bị xuất huyết ồ ạt nguy hiểm tính mạng (Seow, 2000; Weimin và Wenqing, 2002; Yang và Jeng, 2003; Maymon và cs., 2004; Seow, 2004).

Chẩn đoán cần dựa trên tiền sử mổ lấy thai và những biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân. Biểu hiện lâm sàng có thể là xuất huyết âm đạo bất thường (từ rất ít đến rất nhiều, đe dọa mạng sống) hoặc đau bụng.

Yếu tố chẩn đoán quyết định là siêu âm trắng đen 2 chiều và Doppler (Marchiole và cs., 2004).

Hình ảnh siêu âm trắng đen: siêu âm qua ngã âm đạo:

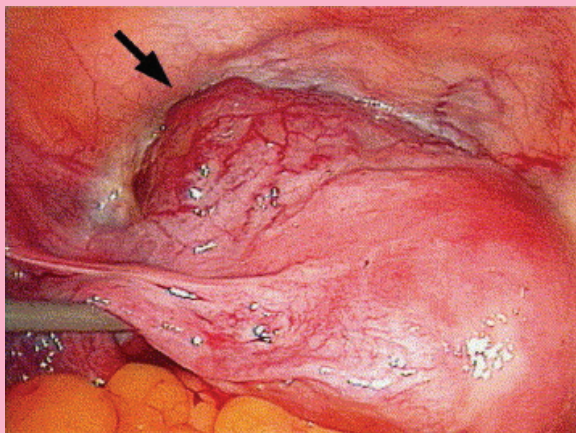
- Đoạn dưới tử cung phình lớn hơn và có hiện diện của khối phản âm hỗn hợp hoặc đôi khi thấy rõ hình ảnh túi thai bám vào. Phần cơ tử cung ở đoạn dưới rất mỏng dường như sắp nứt hoặc vỡ vào bàng quang (Weimin và Wenqing, 2002).
- Tiêu chuẩn chẩn đoán thường gặp:
 - Buồng tử cung trống.
 - Kênh cổ tử cung trống.
 - Túi thai nằm ở thành trước đoạn eo tử cung, trong khe hở của sẹo cũ (Godin và cs., 1997; Seow và cs., 2000; Fylstra, 2002; Seow và cs., 2004) tạo nên hình ảnh đứt đoạn của cơ tử cung thành trước trên mặt cắt dọc giữa (Vial và cs., 2000). Hình ảnh này giúp chẩn đoán phân biệt giữa thai

bám VMC với thai đoạn eo hoặc thai cổ tử cung.

- Siêu âm Doppler thấy có dòng chảy quanh lớp tế bào nuôi (nhau thai tương lai). Dòng chảy có kháng lực thấp và vận tốc cao (vận tốc đỉnh có thể đạt >20 cm/s, S/D khoảng 3 và RI khoảng 0,5). Dấu hiệu này giúp chẩn đoán phân biệt giữa một thai bám VMC sống với một thai trong tử cung đã chết (Jurkovic và cs., 2003).

Thông thường, chúng ta nên dùng đầu dò âm đạo để xác định túi thai và sự tương quan giữa túi thai với sẹo mổ cũ. Sau đó, nên dùng đầu dò bụng với bàng quang đầy nước tiểu sẽ giúp có cái nhìn “toàn cảnh” về thai bám VMC trong mối tương quan với bàng quang và có thể đo được khoảng cách giữa túi thai với bàng quang (Ravhon và cs., 1997). Với đà phát triển của siêu âm 3-4D, người ta sử dụng siêu âm 3-4 chiều kết hợp với siêu âm 3D power Doppler giúp cho việc chẩn đoán chính xác và rõ ràng hơn. Tuy nhiên trong phạm vi bài này, chúng ta sẽ không đi sâu vào siêu âm 3-4D.

Lưu ý: dấu hiệu “trượt” (sliding organ sign) mà chúng ta thường nghe nói đến nhằm thể hiện túi thai không trượt ra khỏi vị trí của nó so với mức giới hạn của cổ trong tử cung bằng cách dùng lực ấn nhẹ đầu dò âm đạo kết hợp với ấn đáy tử cung. Động tác này không cần thiết và đôi khi nguy hiểm vì có thể tạo một áp lực lên túi thai (hoặc khối tụ máu) làm cho nó bị vỡ ra.



Một số tác giả đề nghị dùng MRI để chẩn đoán (Godin và cs., 1997; Valley và cs., 1998; Shufaro và Nadjari, 2001). MRI cho chẩn đoán rất dễ dàng, tuy nhiên, không nên sử dụng MRI làm công cụ chẩn đoán thường qui trong khi chỉ cần siêu âm ngả âm đạo (có hoặc không kết hợp Doppler) cũng đủ cho những chẩn đoán đáng tin cậy (Nawroth và cs., 2001).

Một số tác giả dùng soi bàng quang để chẩn đoán khả năng xâm nhập bàng quang của thai bám VMC với hình ảnh “cá hồi đỏ” (Roberts và cs., 1998; Valley và cs., 1998).

Điều quan trọng nhất là phải chẩn đoán chính xác thai bám VMC để tránh những trường hợp chẩn đoán lầm với thai trong tử cung, đưa đến việc hút nạo thai gây biến chứng xuất huyết trầm trọng đe dọa tính mạng bệnh nhân.

ĐIỀU TRỊ

Vial (2000) đưa ra 2 loại thai bám VMC khác nhau và hướng điều trị cũng sẽ khác nhau: (1) túi thai nằm ở vị trí VMC nhưng có khuynh hướng phát triển về phía kênh cổ tử cung hay thậm chí vào lòng tử cung và (2) túi thai hoàn toàn nằm sâu trong khe hở của sẹo mổ cũ và có khuynh hướng phát triển gây vỡ/nứt vết mổ đưa đến xuất huyết trong 3 tháng đầu.

Ở nhóm thứ nhất, thai kỳ có thể tiếp tục diễn tiến đến một thai kỳ sinh sống đủ tháng nhưng sản phụ có nguy cơ nhau cài răng lược, xuất huyết ồ ạt đe dọa mạng sống và có thể cắt tử cung (Herman và cs., 1995). Trong những trường hợp như vậy, người thầy thuốc cần phân tích rõ cho bệnh nhân trước khi quyết định tiếp tục thai kỳ hay không.

Ở nhóm thứ hai, bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết đe dọa mạng sống vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Cơ hội để thai kỳ tiếp tục đến đủ tháng rất kém. Vì vậy đối với nhóm

này, điều trị ngay khi có chẩn đoán xác định là điều quan trọng cần thiết.

Cho đến nay, vẫn chưa có trung tâm nào có kinh nghiệm nhiều trong điều trị thai bám VMC. Các báo cáo đưa ra vẫn là những kinh nghiệm đơn lẻ vì số ca không nhiều lắm, vì vậy vẫn chưa có phương pháp điều trị nào được thống nhất (Haimov-Kochman và cs., 2002; Jurkovic và cs., 2003).

Hai phương pháp chính được nói đến là điều trị ngoại khoa và nội khoa, tất cả đều nhằm mục đích loại trừ khối thai ra khỏi chỗ bám sao cho an toàn và vẫn giữ được khả năng sinh sản của bệnh nhân.

Điều trị nội khoa

Trong trường hợp chẩn đoán sớm và huyết động học của bệnh nhân ổn định, phương pháp điều trị nội khoa thường được ưa chuộng. Điều trị nội khoa bao gồm methotrexate (MTX) đường toàn thân (Ravhon và cs., 1997; Shufaro và Nadjari, 2001; Lam và Lo, 2002; Maymon và cs., 2004; Seow và cs., 2004; Shih, 2004), hoặc tại chỗ (Seow và cs., 2004), hoặc kết hợp (Nawroth và cs., 2001; Maymon và cs., 2004; Seow và cs., 2004). Thai bám VMC được bao bọc bởi mô sẹo xơ hơn là mô cơ tử cung nên không được tưới máu như bình thường, vì vậy, nếu chích đường toàn thân thì khả năng hấp thu thuốc từ hệ thống vào túi thai bị trì hoãn, trong khi MTX đường tại chỗ lại có ưu thế hơn rất nhiều (Fylstra, 2002). Thêm vào đó, khi chích tại chỗ, dịch trong túi thai nên được hút ra trước khi thuốc được bơm vào sẽ giúp tăng khả năng hấp thụ thuốc vào túi thai và tăng tỉ lệ thành công.

Một số tác giả khác sử dụng potassium chloride (KCl) tiêm trực tiếp vào lòng ngực phôi thai kết hợp MTX tiêm vào túi thai và mô cơ xung quanh (Godin và cs., 1997). Trong trường hợp hiếm có thai trong tử cung kết hợp thai bám VMC thì dùng KCl đơn thuần tại chỗ có thể giúp giữ được thai bình thường trong tử cung (Salomon và cs., 2003). Một phương pháp khác được

đề nghị bởi Roberts (1998), người đã điều trị thành công thai bám VMC bằng cách chích đường cao phân tử vào túi thai, sau đó là tiêm MTX đường toàn thân.

Nên lưu ý rằng hiện tượng vỡ/nứt VMC có thể xảy ra sau khi tiêm MTX (Jurkovic và cs., 2003). Vì vậy, nhiều tác giả đề nghị kết hợp điều trị nội khoa kết hợp với thuyên tắc động mạch tử cung hoặc tiêm thuốc co mạch qua cổ tử cung, kết hợp với đặt catheter số 18 chèn ép nhằm tránh biến chứng trên (Chuang và cs., 2003).

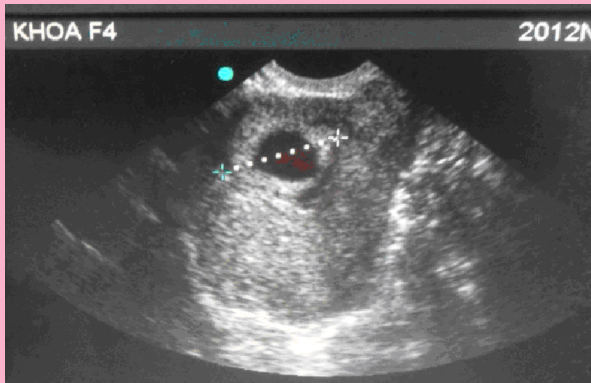
Các phương pháp khác được đề nghị:

- Nội soi buồng tử cung quan sát kết hợp soi ổ bụng hút khối thai (Lee và cs., 1999).
- Chọc hút túi thai rất nhỏ (Ravhon và cs., 1997; Jurkovic và cs., 2003).
- Hút túi thai qua cổ tử cung dưới hướng dẫn của siêu âm (Maymon và cs., 2004).
- Nạo hút túi thai, có thể theo sau đó là xuất huyết âm đạo lượng lớn (Jurkovic và cs., 2003), vì vậy, phương pháp này không được khuyến khích là lựa chọn đầu tay (Shih, 2004) vì có nguy cơ thủng thành tử cung hoặc vỡ/nứt sẹo mổ cũ.

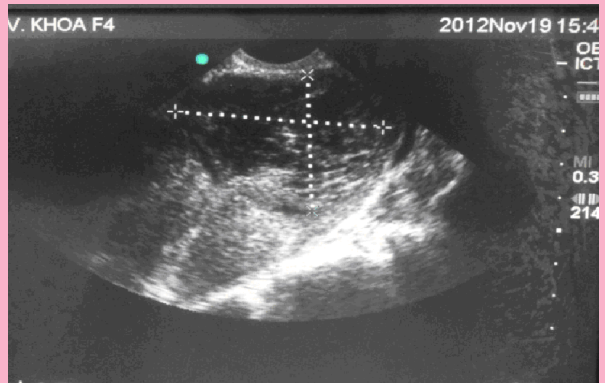
Điều trị ngoại khoa

Điều trị ngoại khoa được đề nghị bởi một số tác giả ngay cả những trường hợp bệnh nhân không có chảy máu (Rempen, 1997; Vial và cs., 2000; Seow và cs., 2000; Fylstra, 2002; Fylstra và cs., 2002; Shannon, 2003; Shih, 2004). Phẫu thuật mở bụng lấy hết khối thai và may phục hồi cơ tử cung, bảo tồn được khả năng sinh sản của bệnh nhân. Các tác giả tin tưởng rằng khi may phục hồi tái tạo sẹo mổ lấy thai cũ sẽ giúp giảm nguy cơ tái phát thai ở sẹo mổ lấy thai. Tuy nhiên, phương pháp này gây mất máu nhiều và có nguy cơ gây dính và có thể là nguyên nhân gây vô sinh về sau (Vial và cs., 2000). Nhằm giảm thiểu những nhược điểm nêu trên, một số tác giả đề nghị phẫu thuật kết hợp với thuyên tắc động mạch tử cung hai bên (Yang và Jeng, 2003).

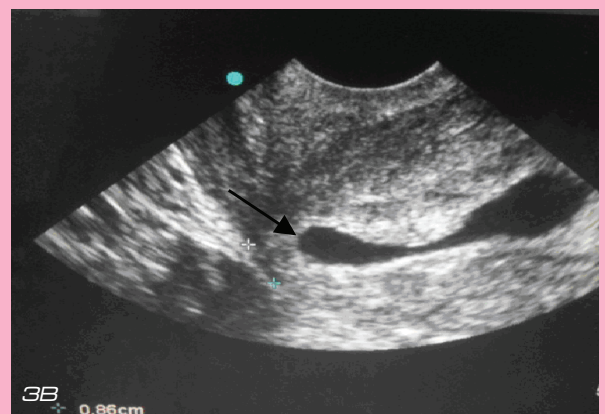
Hình ảnh siêu âm



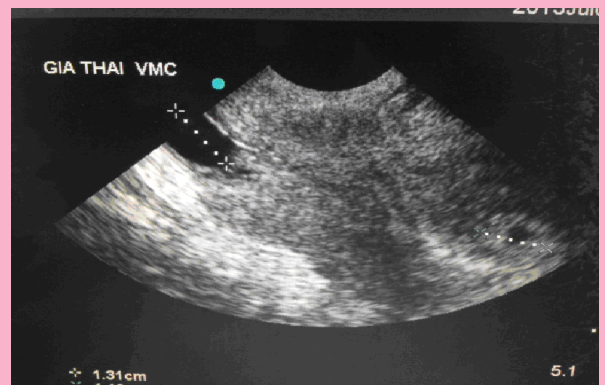
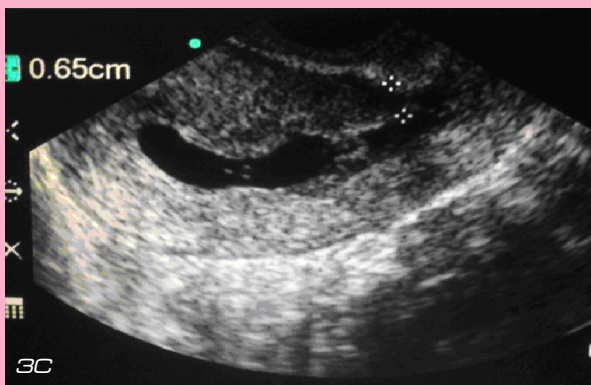
Hình 1. Thai nằm ở sẹo mỡ lấy thai



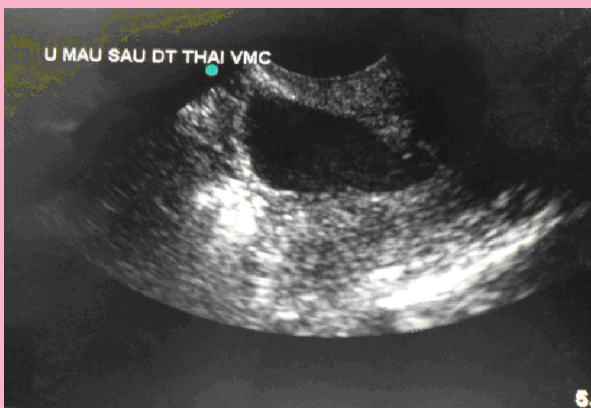
Hình 2. Khối máu tụ do thai ở sẹo mỡ lấy thai



Hình 3. (A, B, C). Thai có nhau bám ở sẹo mỡ lấy thai



Hình 4. Hình ảnh giả thai bám VMC



Hình 5. Biến chứng xa: ú máu sau điều trị thai bám VMC 1 năm

Nhìn chung, chưa có phương pháp điều trị nào là tối ưu và sự chọn lựa điều trị còn tùy thuộc vào từng bệnh nhân khác nhau với những đặc điểm khác nhau:

- Tuổi thai.
- Sự hiện diện của tim thai.
- Nhu cầu sinh sản sau này.

ĐÁNH GIÁ SAU ĐIỀU TRỊ

Do nhau thai bám chủ yếu vào mô sẹo xơ nên khả năng tái hấp thu của túi thai rất kém. Các tác giả ghi nhận thời gian để β -hCG giảm hoàn toàn vào khoảng 9 tuần, và thời gian túi thai biến mất qua siêu âm ngã âm đạo vào khoảng 3 tháng (thay đổi từ 21 ngày đến 188 ngày) (Donnez và cs., 1997; Seow và cs., 2004).

Phác đồ theo dõi được đề nghị bởi đa số các tác giả là theo dõi hàng tuần với β -hCG và hàng tháng với siêu âm theo dõi khối thai.

Đa số trường hợp không phải can thiệp gì thêm sau điều trị MTX. Một số trường hợp khối máu tụ quá to phải dẫn lưu qua ngã âm đạo.

TIỀN LƯỢNG

Thai bám VMC được điều trị và theo dõi tốt có thể mang thai lần sau bình thường.

Tuy nhiên, thai phụ có thai lần sau cần siêu âm sớm để phát hiện thai bám VMC tái phát (nếu có). Trong trường hợp có thai trong tử cung bình thường thì bệnh nhân cũng nên được theo dõi chẩn đoán cẩn thận để phòng nhau cài răng lược ở sẹo mổ lấy thai.

Thai bám VMC có tỉ lệ tái phát 5-11% (Ben Nagi và cs., 2007; Maymon và cs., 2011). Bệnh nhân được khuyên không có thai sau điều trị thai bám VMC 12-24 tháng. Khi thai đủ tháng, mổ chủ động được khuyến khích để giảm thiểu vỡ tử cung do sẹo mổ lấy thai không còn tính

đàn hồi như bình thường (Seow KM, 2004).

KẾT LUẬN

Thai bám VMC là một dạng bệnh lý mới của thai ngoài tử cung với tỉ lệ ngày càng tăng theo số ca mổ sinh. Việc chẩn đoán và xử trí không phù hợp có thể dẫn đến biến chứng nặng nề cho bệnh nhân, thậm chí đe dọa tính mạng.

Siêu âm thận trọng thai trong giai đoạn sớm ở bệnh nhân có vết mổ lấy thai cũ giúp phát hiện sớm thai bám VMC. Can thiệp hút lòng tử cung hay phá thai nội khoa không nên được chọn lựa đầu tay để điều trị thai bám VMC. Trong bối cảnh Việt Nam hiện tại, chích MTX (tại chỗ hoặc toàn thân) giúp bảo tồn tử cung thành công cao ở bệnh nhân thai bám VMC với nguy cơ tai biến thấp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abraham RJ & Weston MJ (2012). Expectant management of a caesarean scar pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 32:695-696.
2. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, Jazbek J, Sawyer E, Jurkovic D (2007). Reproductive outcome of women with a previous history of cesarean scar ectopic pregnancy. *Hum Reprod*; 22:2012-2015.
3. Bignardi T and Condous G (2010). Transrectal ultrasound-guided surgical evacuation of Cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 35:481-485.
4. Fylstra DL (2002). Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv*; 57,537-543.
5. Marchiole P, Gorlero F, de Caro G, Podesta M and Valenzano M (2004). Intramural pregnancy embedded in a previous Cesarean section scar treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 23,307-309.
6. Maymon et al. (2011). Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy *Ultrasound Med*; 30:1179-1184.
7. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL and Hwang JL (2004). A Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 23,247-253.
8. Shih JC (2004). Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler ultrasound. *Obstet Gynecol*; 23,306-307.
9. Shufaro Y and Nadjari M (2001). Implantation of a gestational sac in a cesarean section scar. *Fertil Steril*; 75,1217.
10. Sinha P & Mishra M (2012). Caesarean scar pregnancy: A precursor of placenta percreta/accreta. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 32:621-623.