



PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THAI Ở SÙNG NGUYÊN THỦY CỦA TỬ CUNG MỘT SÙNG

BS. Nguyễn Duy Linh

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

GIỚI THIỆU

Tử cung (TC) 1 sùng là một dạng bất thường bẩm sinh do sự ngưng hoặc khiếm khuyết trong quá trình phát triển của 1 ống Müllerian. Tần suất TC 1 sùng trong dân số chung vào khoảng 1/4.020 người, trong đó, khoảng 80% trường hợp có sùng nguyên thủy ở đối bên (GG, 2002). Đa số các trường hợp, sùng nguyên thủy sẽ không thông thương với khoang chính của tử cung (GG, 2002; Avi Tsafrir và cs., 2005). Thai làm tổ ở sùng nguyên thủy rất hiếm khi xảy ra, tần suất khoảng 1/76.000-1/150.000 thai kỳ (Avi Tsafrir và cs., 2005).

Nguyên nhân được cho là do sự di chuyển lạc chỗ của tinh trùng hoặc trứng đã thụ tinh xuyên qua màng phúc mạc vào sùng nguyên thủy (Avi Tsafrir và cs.,

2005). Thai kỳ trên sùng nguyên thủy không thông thương thường có nguy cơ bị vỡ vào tam cá nguyệt thứ hai (chiếm 80%), có thể dẫn đến tình trạng mất máu nhiều và gây nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân (GG, 2002; Avi Tsafrir và cs., 2005). Chính vì vậy, việc chẩn đoán và xử trí trước khi thai ở sùng nguyên thủy bị vỡ giữ một vai trò rất quan trọng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp thai ở sùng nguyên thủy không thông thương vừa được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 28 tuổi. PARA: 0000. Lập gia đình 2 năm, bị trễ kinh 11 ngày, thử thai kết quả dương tính.

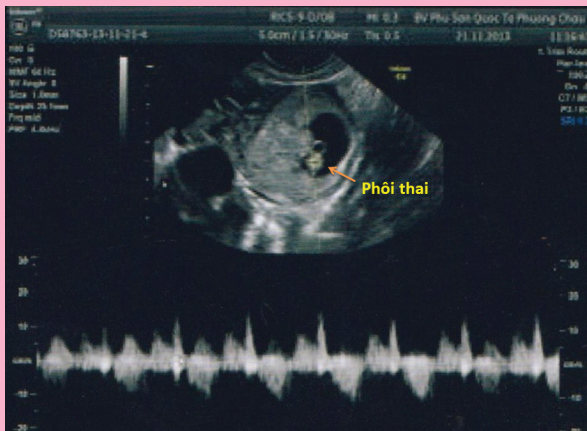
Khám lâm sàng bằng tay thấy bụng mềm, đau nhẹ hạ vị, âm đạo sạch, Douglas không căng, không đau, lắc cổ tử cung (CTC) không đau. Beta-hCG: 64.000 mIU/ml. Siêu âm: lòng TC không thấy túi thai, cạnh trái TC có một khối # 30x35mm, có phôi thai, CRL = 6mm, tim thai (+), mạch máu tăng sinh xung quanh túi thai nhiều (Hình 1, 2). Bệnh nhân không có tiền sử đau bụng khi hành kinh, bị rối loạn kinh nguyệt hay ghi nhận bất thường của TC trước đây. Bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài TC (T) và chỉ định nội soi ổ bụng chẩn đoán và điều trị. Kết quả nội soi ổ bụng phát hiện đây là trường hợp thai làm tổ tại sừng nguyên thủy (T) của TC 1 sừng, tai vòi và buồng trứng hai bên bình thường (Hình 3). Chúng tôi tiến hành tiêm oxytocin 5UI pha loãng vào cơ TC, khâu mũi túi quanh khối thai để hạn chế chảy máu, sau đó đốt, cắt vòi trứng và sừng nguyên thủy chứa khối thai (T) (Hình 4).

Phẫu thuật được tiến hành trong 45 phút, lượng máu mất khoảng 50ml. Thời gian hậu phẫu diễn ra bình thường. Bệnh nhân được xuất viện hậu phẫu ngày thứ ba.

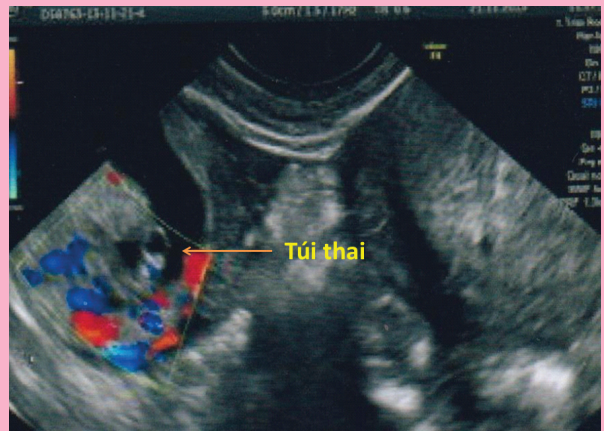
BÀN LUẬN

Theo phân loại của Hiệp hội Sinh sản Hoa Kỳ năm 1998, TC 1 sừng được phân làm 4 dạng, bao gồm (Perrotin và cs., 1999):

- Sừng nguyên thủy có khoang nội mạc thông thương với TC.
- Sừng nguyên thủy có khoang nội mạc không thông thương với TC.
- Sừng nguyên thủy không có khoang nội mạc.
- Không có sừng nguyên thủy.



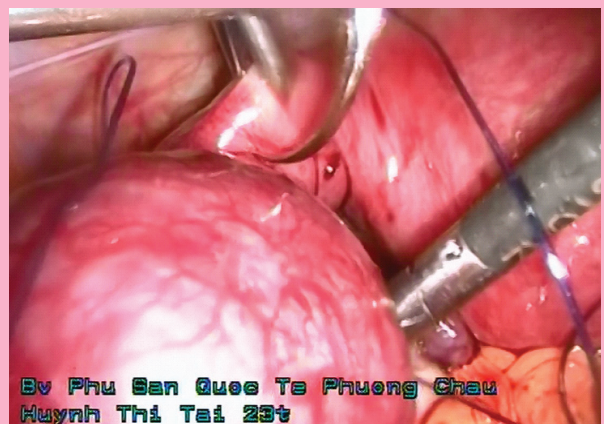
Hình 1. Hình ảnh siêu âm khối thai nằm cạnh (T) TC với phôi thai và tim thai (+)



Hình 2. Hình siêu âm mạch máu tăng sinh nhiều quanh túi thai



Hình 3. Thai làm tổ ở sừng nguyên thủy (T)



Hình 4. Khâu mũi túi quanh khối thai

Tần suất của TC 1 sừng trong dân số chung không được biết rõ do nhiều bệnh nhân không có triệu chứng. Theo các nghiên cứu gần đây, tỉ lệ TC 1 sừng trong dân số chung chiếm khoảng 0,4% (Perrotin và cs., 1999). Trong thế kỷ 20, Nahum đã tổng kết được 588 trường hợp thai làm tổ ở sừng nguyên thủy, trong đó, thường gặp nhất là dạng sừng nguyên thủy không thông thương với TC, chiếm 83-92% (GG, 2002).

Thai làm tổ ở sừng nguyên thủy là một dạng hiếm gặp của thai ngoài TC và thường gây ra những biến chứng sản khoa như: sẩy thai, thai ngoài TC, vỡ TC, sinh non và ngôi bất thường (Sarwat Ara và Baby, 2012; Lennox và cs., 2013). Chỉ có khoảng 6% thai kỳ diễn tiến đến đủ tháng, với tỉ lệ sống của thai nhi rất thấp 0-13% (GG, 2002). Phần lớn các trường hợp thai ở sừng nguyên thủy sẽ vỡ muộn hơn so với thai ngoài TC tại vị trí vòi trứng do khối thai được bao bọc bởi lớp mỏng cơ TC, thường vỡ vào khoảng tam cá nguyệt thứ hai (GG, 2002). Tỉ lệ tử vong mẹ khoảng 0,5% (Perrotin và cs., 1999; GG, 2002).

Chẩn đoán thai ở sừng nguyên thủy trước khi vỡ thường khó, tuy nhiên, vẫn có thể phát hiện được trên siêu âm, CT scanner, MRI hay nội soi ổ bụng chẩn đoán (DHAR, 2012). Trên siêu âm, thai ở sừng nguyên thủy cần phải phân biệt với thai ngoài TC ở vòi trứng, đoạn kẽ; thai trong TC trên TC 2 sừng và thai trong ổ bụng (Avi Tsafirir và cs., 2005; Lennox và cs., 2013). Tác giả Tsafirir và cộng sự đưa ra một số đặc điểm giúp chẩn đoán thai làm tổ ở sừng nguyên thủy, bao gồm: (1) hình giả TC 2 sừng không đối xứng, (2) không thấy sự liên tục của mô bao quanh túi thai và mô CTC, (3) có hình ảnh của mô cơ TC bao quanh túi thai. Hình ảnh tăng sinh mạch máu đặc trưng của nhau cài răng lược cũng giúp hỗ trợ cho chẩn đoán (Avi Tsafirir và cs., 2005). Tuy nhiên, trong đa số các trường hợp, không dễ để nhận biết được các dấu hiệu đó trên siêu âm cho đến khi khối thai bị vỡ và bệnh nhân rơi vào bệnh cảnh cấp cứu. Độ nhạy

của siêu âm trong chẩn đoán thai ở sừng nguyên thủy chỉ khoảng 26% (Sarwat Ara và Baby, 2012), tuy nhiên, siêu âm 3D lại có độ nhạy 98-100% và độ chuyên biệt 100% trong chẩn đoán các bất thường ống Müllerian (Perrotin và cs., 1999; Tood và Deutch, 2008). Trường hợp của chúng tôi, các bác sĩ siêu âm cũng ghi nhận được các đặc điểm sau: siêu âm không thấy túi thai trong lòng TC, có một khối thai nằm cạnh TC, có phôi và tim thai bên trong tương đương với thai khoảng 6 tuần 2 ngày. Bao quanh túi thai là một lớp mỏng cơ TC, tăng sinh mạch máu rất nhiều, không ghi nhận được sự liên tục của mô bao quanh khối thai với mô CTC. Khác với các trường hợp thai ngoài TC thông thường, trường hợp này khối thai nằm cách xa thân TC hơn khi so với vị trí của khối thai ngoài TC bình thường. Chính vì vậy, chúng tôi đưa ra quyết định nội soi ổ bụng để chẩn đoán và điều trị.

MRI được xem như tiêu chuẩn vàng trong việc chẩn đoán các bất thường Müllerian với độ nhạy 98-100% do dựng được nhiều mặt cắt giúp ta thấy rõ các cấu trúc bên trong và ngoài TC (Avi Tsafirir và cs., 2005; Zapardiel, 2010), đặc biệt, có thể phát hiện được các khiếm khuyết ở thận hay đi kèm theo với dị dạng TC 1 sừng (theo các tác giả, tỉ lệ dị dạng thận 1 bên chiếm 36-38%) (Tood và Deutch, 2008; Sarwat Ara và Baby, 2012). Trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân vẫn có đầy đủ 2 thận.

Điều trị thai ngoài TC có thể bao gồm nội khoa và ngoại khoa. Tuy nhiên, do thai ở sừng nguyên thủy có nguy cơ vỡ rất cao, chính vì vậy điều trị bằng phẫu thuật sẽ được lựa chọn (Sarwat Ara và Baby, 2012). Theo khuyến cáo của hầu hết các nhà sản khoa, phẫu thuật nên được tiến hành ngay khi chẩn đoán được thai ở sừng nguyên thủy, thậm chí khi khối thai chưa vỡ (Sarwat Ara và Baby, 2012; DHAR, 2012). Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi cấp cứu là phương pháp điều trị



được lựa chọn như một minh chứng cho việc gia tăng số lượng những trường hợp thai ở sừng nguyên thủy được công bố trong 2 thập kỷ gần đây. Về kỹ thuật nội soi cắt sừng nguyên thủy của TC 1 sừng thì phẫu thuật luôn luôn được bắt đầu từ loa vòi và kết thúc tận cùng tại nơi sừng nguyên thủy gắn kết với TC. Cách cắt này sẽ có ưu điểm là phẫu thuật sẽ được thực hiện một cách dễ dàng, an toàn và hạn chế được chảy máu do có thể dễ dàng đốt động mạch TC trước khi cắt ngang qua vòng mô xơ nối giữa TC 1 sừng và sừng nguyên thủy (Perrotin và cs., 1999). Trường hợp của chúng tôi cũng được tiến hành theo phương pháp này nhưng chúng tôi tiến hành khâu mũi túi quanh khối thai trước khi cắt để hạn chế chảy máu. Tuy nhiên, trong trường hợp vòi trứng bị ứ dịch hay máu căng to thì nên cắt sừng nguyên thủy trước khi cắt vòi trứng, vì như thế sẽ giúp cho phẫu thuật được dễ dàng hơn do phẫu trường không bị che phủ bởi vòi trứng căng to (Perrotin và cs., 1999).

Có một vài điểm khác cần phải lưu ý khi tiến hành cắt sừng nguyên thủy, đó là: (1) do ranh giới giữa sừng nguyên thủy và TC trong vài trường hợp không dễ để nhận ra, chính vì vậy phẫu thuật viên phải hết sức thận trọng, nội soi buồng TC có thể giúp ích cho các trường hợp này; (2) vòi trứng bên sừng nguyên thủy nên được cắt bỏ để tránh bị thai ngoài TC ở vòi

trứng trong tương lai; (3) do niệu quản cùng bên rất gần với sừng nguyên thủy và có nguy cơ cao bị tổn thương lúc cắt, chính vì vậy phải xác định rõ niệu quản trước khi cắt (Perrotin và cs., 1999; Zapardiel, 2010).

KẾT LUẬN

Thai làm tổ ở sừng nguyên thủy là một dạng hiếm gặp của thai ngoài TC. Phần lớn các trường hợp sẽ vô vào tam cá nguyệt thứ hai và có thể gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Siêu âm và MRI giữ một vị trí rất quan trọng trong việc chẩn đoán thai ở sừng nguyên thủy trước khi vỡ. Phẫu thuật được chỉ định sớm ngay khi chẩn đoán thai ở sừng nguyên thủy. Phẫu thuật nội soi ngày càng khẳng định được vị thế trong việc giải quyết các trường hợp TC có sừng nguyên thủy hay thai làm tổ ở sừng nguyên thủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Avi Tsafirir M MD, Rojansky Nathan MD, Sela Hen Yitzhak (2005). Rudimentary Horn Pregnancy First-Trimester Prerupture Sonographic Diagnosis and Confirmation by Magnetic Resonance Imaging. *J Ultrasound Med*; 219-223.
2. DHAR H (2012). Rudimentary Horn Rupture: A Case Report. *Eur J Surg Sci*; Vol.3, No.3,96-99.
3. GG N (2002). Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th-century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med*; Vol.47(2):151.
4. Lennox G, Pantazi S, Keunen J, Van Mieghem T and Allen L (2013). Rudimentary Uterine Horn. *J Obs Gynaecol Can*; 468-472.
5. Perrotin F, Bertrand J and Body G (1999). Laparoscopic surgery of unicornuate uterus with rudimentary uterine horn. *Hum Reprod*; Vol.14, No.4,931-933.
6. Sarwat Ara ST, Baby Riffat (2012). Müllerian duct abnormalities; Unicornuate uterus with or without a rudimentary horn. *Prof Med J*; 19(5):723-729.
7. Tood AZA, Deutch D (2008). The Role of 3-Dimensional Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Müllerian Duct Anomalies A Review of the Literature. *J Ultrasound Med*; 413-423.
8. Zapardiel I (2010). Laparoscopic management of a cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus: a case report. *J Med Case Rep*; 4-6.