

PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG VÀ NỘI SOI Ổ BỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ THAI LÀM TỔ SẸO MỔ CŨ

BS. Nguyễn Thiện Phương¹, BS. Nguyễn Hoàng Long²

¹Đại học Y Dược Huế, ²The Chinese University of Hong Kong

TỔNG QUAN THAI LÀM TỔ SẸO MỔ CŨ

Thai làm tổ sẹo mổ cũ (CSP – Cesarean Scar Pregnancy) là một dạng thai lạc chỗ do thai làm tổ tại vị trí vết mổ trên cơ tử cung. Cơ chế bệnh sinh của CSP vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn. Tuy nhiên, giả thuyết được chấp nhận nhiều nhất liên quan đến sự làm tổ của phôi tại vị trí khiếm khuyết ở vết mổ cũ trên cơ tử cung. Do tính chất xơ của mô sẹo, sự làm tổ ở vị trí bị thiếu lớp cơ dẫn đến nguy cơ nứt vết mổ, nhau bám chặt và xuất huyết khi túi thai phát triển^[1].

Do tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng cao, các biến chứng liên quan đến sẹo mổ cũ ngày càng được quan tâm. CSP chiếm tỷ lệ 1 trên khoảng 2.000 thai phụ có sẹo mổ cũ, đồng thời chiếm 6,1% trong tất cả các trường hợp mang thai lạc chỗ ở phụ nữ có ít nhất một lần mổ lấy thai^[2]. Bên cạnh sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai, các yếu tố khác như cải thiện chất lượng chẩn đoán hình ảnh và tăng nhận thức về bệnh lý của nhân viên y tế đã góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh mới mắc.

Siêu âm qua ngả âm đạo kết hợp phổ Doppler màu là phương pháp tối ưu trong chẩn đoán CSP. Năm 2020, Hiệp hội Y khoa Bà mẹ – Thai nhi (SMFM – The Society for Maternal – Fetal Medicine) đã đưa ra 6 tiêu chuẩn chẩn đoán CSP dựa trên siêu âm^[1]:

1. Lòng tử cung trống, kênh cổ tử cung trống.

2. Nhau thai và/hoặc túi thai nằm trong vùng sẹo mổ lấy thai.

3. Thai ≤ 8 tuần túi thai có hình tam giác lấp đầy hóc của vết sẹo, trên ≥ 8 tuần túi thai có dạng hình tròn hoặc bầu dục.

4. Lớp cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang mỏng (1 – 3 mm) hoặc không có.

5. Tăng sinh mạch máu tại vị trí sẹo mổ cũ.

6. Sự hiện diện của phôi, phần thai và/hoặc túi noãn hoàng với có hoặc không có hoạt động tim thai.

Sự làm tổ của CSP được chia thành hai nhóm, nhóm I (endogenic type) và nhóm II (exogenic type). Endogenic là tình trạng phôi bám vào sẹo mổ cũ (on the scar) và phát triển về phía eo/buồng tử cung. Chẩn đoán CSP exogenic khi túi thai cắm sâu vào khuyết sẹo mổ cũ (in the niche), phát triển về phía bàng quang và ổ bụng, tiến triển gây nguy cơ vỡ tử cung trong 3 tháng đầu.

Gần đây, Yanli Ban và cộng sự đã đưa ra một hệ thống phân loại CSP mới liên quan đến thực hành lâm sàng dựa trên độ dày cơ tử cung phía trước (Anterior Myometrium Thickness – AMT) và đường kính túi thai^[3].

Loại I: AMT > 3 mm bất kể kích thước của túi thai.

Loại IIa: $1 \leq \text{AMT} \leq 3$ mm và đường kính

trung bình túi hoặc khối thai ≤ 30 mm.

Loại IIb: $1 \leq \text{AMT} \leq 3$ mm và đường kính trung bình của túi thai hoặc khối > 30 mm.

Loại IIIa: $\text{AMT} \leq 1$ mm và đường kính trung bình của túi hoặc khối thai ≥ 50 mm.

Loại IIIb: $\text{AMT} \leq 1$ mm và đường kính trung bình của túi thai hoặc khối > 50 mm.

Mặc dù có nhiều lựa chọn xử trí CSP, nhưng phương pháp tối ưu vẫn chưa được xác định. Quyết định điều trị CSP dựa trên mục tiêu chính là bảo toàn sức khỏe mẹ, sau đó là bảo tồn khả năng sinh sản nếu có thể. Các phương pháp đã được mô tả bao gồm phẫu thuật nội soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng, phẫu thuật mở ổ bụng, phẫu thuật qua ngả âm đạo, nạo hút buồng tử cung, thuyên tắc động mạch tử cung (Uterine Artery Embolization – UAE), methotrexate (tiêm tại chỗ và sử dụng toàn thân), tiêm trực tiếp kali clorua, sử dụng bóng chèn và kết hợp nhiều phương pháp. Trong đó, nạo hút đơn thuần không kết hợp thêm phương thức hỗ trợ khác có thể dẫn đến tỷ lệ biến chứng cao, bao gồm xuất huyết và thủng tử cung, do kỹ thuật này không thể tiếp cận và loại bỏ hoàn toàn nguyên bào nuôi bên ngoài khoang nội mạc và vị trí mô sẹo co bóp kém sau nạo hút. Ngoài tỷ lệ biến chứng cao, 52% trường hợp nạo hút đơn thuần cần phải điều trị bổ sung sau đó^[4]. Do đó, SMFM đề xuất phẫu thuật cắt bỏ (tiếp cận qua ngả âm đạo hoặc nội soi) hoặc hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm là các xử trí phẫu thuật đối với CSP và không nên nạo hút đơn thuần (Mức độ khuyến cáo 2C)^[1].

PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ THAI LÀM TỔ SỢI MỔ CŨ

Phẫu thuật nội soi buồng tử cung

Phẫu thuật nội soi buồng giúp đánh giá trực tiếp các tổn thương trong buồng tử

cung. Các bước cơ bản trong điều trị CSP bằng nội soi buồng tử cung bao gồm: (1) Xác định vị trí của mô thai. (2) Hút thai (trường hợp nội soi buồng kết hợp với phương pháp hút chân không) hoặc dùng vòng cắt nội soi tách túi thai và mô nhau ra khỏi cơ tử cung. Nếu thấy vị trí thai bám tăng sinh mạch máu nhiều có thể dùng điện cực bóng lăn đốt cầm máu trước khi nạo hút. (3) Kiểm tra và loại bỏ phần thai còn sót lại qua nội soi buồng. (4) Cầm máu bằng điện cực bóng lăn^[5,6].

Hầu hết CSP loại I (endogenic type) hoặc CSP loại II (exogenic type) với tuổi thai < 8 tuần và độ dày cơ tử cung còn lại > 3 mm có thể được điều trị thành công với nội soi buồng tử cung đơn thuần. Trái ngược với nong và nạo mù, nội soi buồng tử cung cho thấy hình ảnh trực tiếp giúp đảm bảo loại bỏ hoàn toàn gai nhau, đặc biệt trong các trường hợp gai nhau bám sâu vào khuyết sẹo mổ cũ. Ngoài ra, sử dụng vòng cắt nội soi quét nhẹ nhàng lớp màng rụng đáy khỏi nội mạc tử cung có thể giúp loại bỏ hoàn toàn các gai nhau mà không gây xuất huyết ồ ạt^[6].

Ying Pan và cộng sự thực hiện nội soi buồng tử cung kết hợp với nạo hút chân không trên các trường hợp CSP có cơ tử cung còn lại ≥ 3 mm và nội soi buồng kết hợp với nội soi ổ bụng ở trường hợp cơ tử cung còn lại < 3 mm cho kết quả thời gian phẫu thuật trung bình là $34,8 \pm 16,5$ phút (khoảng 20 – 120 phút), lượng máu mất trung bình là $35,3 \pm 24,4$ mL (khoảng 5 – 100 mL) và thời gian nằm viện trung bình là $5,0 \pm 3,01$ ngày (khoảng 1 – 19 ngày). β -hCG giảm 18% tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật và trở về giá trị bình thường sau 1 tháng^[5].

Quan sát hồi cứu trên 112 trường hợp CSP so sánh giữa nhóm nội soi buồng kết hợp với nạo hút dưới hướng dẫn siêu âm và nhóm phẫu thuật nội soi buồng kết hợp nội soi ổ bụng sửa chữa khuyết sẹo, có sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê về độ dày cơ tử cung còn lại giữa hai nhóm ($\chi^2=37,113$, $p<0,001$). Ở nhóm nội soi buồng tử cung hầu hết bệnh nhân có cơ tử cung còn lại ≥ 3 mm. Nghiên cứu báo cáo sự khác biệt đáng kể giữa thời gian phẫu thuật ($p<0,001$), lượng máu mất trong mổ ($p<0,001$) và thời gian nằm viện ($p<0,001$) giữa hai nhóm. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nội soi ổ bụng là 108,00 phút, dài hơn đáng kể so với nhóm nội soi buồng (25,00 phút). Lượng máu mất trung bình ở nhóm nội soi ổ bụng là 305,75 mL so với nhóm nội soi buồng tử cung là 22,64 mL^[7].

Theo một phân tích tổng quan các nghiên cứu sử dụng nội soi buồng tử cung là phương pháp điều trị chính của CSP, nội soi buồng tử cung có thể thực hiện đơn thuần hoặc kết hợp Thuyên tắc động mạch tử cung (Uterine Artery Embolization – UAE) hay Siêu âm hội tụ cường độ cao (High – Intensity Focused Ultrasound – HIFU) trước phẫu thuật. Tỷ lệ thành công là 91%, tỷ lệ máu mất > 500 mL là 1,66% và 2 trong số 725 bệnh nhân phải cắt tử cung chiếm 0,28%. Ngoài ra thời gian phẫu thuật trung bình là 26,41 phút, lượng máu mất trung bình 46,62 mL, số ngày nằm viện trung bình 6,19 ngày, thời gian β -hCG giảm xuống âm tính trung bình là 25,54 ngày và tỷ lệ tái phát CSP được mô tả là 2,1% (5/238 trường hợp)^[8]. Báo cáo tổng quan của Timor – Tritsch và Monteagudo trên 751 trường hợp CSP với 31 phương pháp điều trị khác nhau, tỷ lệ biến chứng cao nhất được quan sát thấy khi tiêm bắp methotrexate đơn độc (54/87 trường hợp; 62,1%) và nạo hút đơn thuần hoặc kết hợp với các phương thức khác (189/305 trường hợp; 61,9%). Trong khi đó, tỷ lệ biến chứng thấp nhất được báo cáo với nội soi buồng tử cung đơn thuần hoặc kết hợp các phương thức khác (22/119 trường hợp; 18,4%)^[9].

Theo Yanli Ban và cộng sự, phẫu thuật nội

soi buồng tử cung kết hợp hút chân không được chỉ định cho CSP phân loại IIa báo cáo tỷ lệ thành công lên đến 97,7% (166/170 trường hợp) với 100% trường hợp có lượng máu mất dưới 300 mL và thời gian nằm viện trung bình 4 ngày^[3].

Phẫu thuật nội soi ổ bụng

Phẫu thuật nội soi ổ bụng không chỉ điều trị CSP mà còn cho phép sửa chữa sẹo mổ cũ, đặc biệt ở các trường hợp CSP nhóm exogenic. Các bước điều trị CSP bằng nội soi ổ bụng bao gồm (1) Bộc lộ và bóc tách phúc mạc bàng quang – tử cung; (2) Quan sát thấy đoạn dưới tử cung căng phồng và túi thai nằm tại vị trí sẹo mổ cũ; (3) Xẻ ngang đoạn dưới tử cung; (4) Lấy thai và nhau qua túi lấy bệnh phẩm nội soi; (5) Cắt lọc vết mổ theo hình nêm bằng kéo mà không cần đốt điện; (6) Khâu đoạn dưới tử cung và đóng phúc mạc bàng quang – tử cung. Trong trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng kết hợp với nạo hút, túi thai được lấy qua nạo hút trước khi xẻ ngang đoạn dưới tử cung^[7,10].

Nội soi ổ bụng lấy khối thai được chỉ định cho CSP phân loại IIIa theo Yanli Ban và cộng sự với tỷ lệ thành công là 96,6%. Ngoài ra, các trường hợp CSP phân loại IIIb với bề dày lớp cơ < 1 mm và đường kính khối thai > 50 mm, lấy khối thai qua nội soi ổ bụng được chỉ định sau khi thuyên tắc động mạch tử cung hoặc mổ hở lấy khối thai cho tỷ lệ thành công 94,4%^[3]. Trong tổng quan hệ thống của Birch Petersen và cộng sự tổng hợp 2.037 trường hợp CSP. Các phương pháp điều trị được chia thành 14 nhóm. Điều trị thành công được định nghĩa khi phương thức điều trị đầu tay có hiệu quả trong việc giải quyết CSP. Các biến chứng chính bao gồm cắt tử cung, lượng máu mất ước tính > 1.000 mL hoặc cần truyền máu. Các phương pháp có tỷ lệ thành công cao nhất gồm cắt bỏ CSP qua ngã âm đạo (n=118; 99,2% thành công,

0,9% biến chứng), nội soi ổ bụng (n=69; 97,1% thành công, 0% biến chứng). Tỷ lệ thành công thấp nhất bao gồm điều trị theo dõi (41,5% thành công, 53,7% biến chứng), tiếp theo là nạo (n=243; 48,1% thành công, 21% biến chứng)^[4].

Phẫu thuật nội soi ổ bụng kết hợp nội soi buồng tử cung

Trong trường hợp kết hợp nội soi buồng tử cung và nội soi ổ bụng, các bước được thực hiện tương tự phẫu thuật nội soi ổ bụng đơn thuần. Tuy nhiên, vòng cắt nội soi được sử dụng để tách túi thai và mô nhau ra khỏi thành tử cung. Sau đó, đưa đèn nội soi buồng vào vị trí khuyết sẹo để xác định ranh giới và cho phép cắt lọc toàn bộ sẹo mổ cũ bằng dụng cụ nội soi ổ bụng^[11]. Tỷ lệ thành công khi kết hợp hai phương pháp phẫu thuật là 100% và 95% ở các trường hợp CSP loại I và loại II tương ứng, cao hơn nhiều so với nạo buồng tử cung (tỷ lệ thành công là 27% ở các trường hợp CSP loại II)^[12].

Nghiên cứu của Xiaolei Zhang và cộng sự, ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi buồng phối hợp nội soi ổ bụng sửa chữa khuyết sẹo, đa số bệnh nhân có độ dày cơ tử cung còn lại dưới 3 mm (38/40 trường hợp). Như vậy, câu hỏi đưa ra là những trường hợp CSP nào cần được can thiệp nội soi ổ bụng để sửa chữa khuyết sẹo mổ cũ? Phân tích hồi quy đa biến cho thấy số ngày vô kinh, đường kính túi thai, độ dày cơ tử cung còn lại là những yếu tố nguy cơ độc lập và liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Bệnh nhân CSP có số ngày vô kinh > 52,50 ngày, đường kính túi thai > 3,25 cm và cơ tử cung còn lại < 2,05 mm có thể cần thiết sửa chữa khuyết sẹo bằng nội soi ổ bụng^[7]. Áp dụng phương pháp nội soi buồng tử cung lấy khối thai kết hợp nội soi ổ bụng trong trường hợp độ dày cơ tử cung còn lại từ 1 đến 3 mm và đường kính khối thai \geq 30 mm (phân loại

IIb theo Yanli Ban và cộng sự) được báo cáo có tỷ lệ thành công đến 100%^[3]. L.B. Liu và cộng sự nghiên cứu hiệu quả nội soi ổ bụng kết hợp nội soi buồng tử cung trong điều trị CSP. Lượng máu mất trung bình, thời gian phẫu thuật trung bình và thời gian nằm viện trung bình lần lượt là $100,2 \pm 32,7$ mL, $60 \pm 48,6$ phút và $5 \pm 1,2$ ngày. Thời gian trung bình nồng độ β -hCG về giá trị bình thường là $25 \pm 5,2$ ngày (khoảng 20 – 35 ngày)^[11].

KẾT LUẬN

Theo một số nghiên cứu, kết hợp phẫu thuật nội soi buồng tử cung và nội soi ổ bụng trong điều trị CSP là phương pháp cho tỷ lệ thành công cao nhất với ít biến chứng nhất, đồng thời cho phép sửa chữa khuyết sẹo. Hệ thống phân loại mới thai làm tổ sẹo mổ cũ dựa trên bề dày cơ tử cung phía trước và đường kính khối thai giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra các chiến lược can thiệp tối ưu với tỷ lệ thành công cao, ít xâm lấn và tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller R, Timor – Tritsch IE, Gyamfi – Bannerman C, Society for Maternal – Fetal Medicine (SMFM). Society for Maternal – Fetal Medicine (SMFM) consult series# 49: cesarean scar pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology. 2020 May 1;222(5):B2 – 14.
2. Morente, L.S.; León, A.I.G.; Reina, M.P.E.; Herrero, J.R.A.; Mesa, E.G.; López, J.S.J. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy—Case Series: Treatment Decision Algorithm and Success with Medical Treatment. *Medicina*. 2021, 57, 362.
3. Ban Y, Shen J, Wang X, Zhang T, Lu X, Qu W, et al. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy Clinical Classification System With Recommended Surgical Strategy. *Obstet Gynecol*. 2023 May;141(5):927 – 36.
4. Birch Petersen K, Hoffmann E, Ribbjerg Larsen C, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril*. 2016 Apr 1;105(4):958 – 67.
5. Pan Y, Liu MB. The value of hysteroscopic management of cesarean scar pregnancy: a report of 44 cases. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2017 Apr 1;56(2):139 – 42.
6. Chueh HY, Pai AHY, Su YY, Hsu CC, Chang FY, Yen CF. Hysteroscopic removal, with or without laparoscopic assistance, of first – trimester cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril*. 2022 Mar;117(3):643 – 5.
7. Zhang X, Pang Y, Ma Y, Liu X, Cheng L, Ban Y, et al. A comparison between laparoscopy and hysteroscopy approach in treatment of cesarean scar pregnancy. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Oct 23;99(43):e22845.
8. Diakosavvas M, Kathopoulos N, Angelou K, Chatzipapas I, Zacharakis D, Kyriotis K, et al. Hysteroscopic treatment of Cesarean Scar Pregnancy: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022 Mar 1;270:42 – 9.
9. Timor – Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2012 Jul 1;207(1):14 – 29.
10. Fu P, Zhou T, Cui P, Wang W, Wang S, Liu R. Selection of Laparoscopy or Laparotomy for Treating Cesarean Scar Pregnancy: A Retrospective Study. *Int J Gen Med*. 2022 Sep 13;15:7229 – 40.
11. Liu LB, Sun HT, Liu SF, Shi RX. Laparoscopy combined with hysteroscopy for cesarean scar pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2020 Dec 15;47(6):911 – 4.
12. Shen F, Lv H, Wang L, Zhao R, Tong M, Lee AC, Guo F, Chen Q. A Comparison of Treatment Options for Type 1 and Type 2 Cesarean Scar Pregnancy: A Retrospective Case Series Study. *Frontiers in Medicine*. 2021 Jun 15;8:71035.