

Hội nghị Sản Phụ khoa
Việt - Pháp - Châu Á - Thái Bình Dương
Lần thứ 17
TP. HCM, ngày 18 & 19/5/2017



YANN LENGLET

Bác sĩ

Trưởng khoa Phụ Sản – Bệnh viện Trung tâm Vichy – Pháp

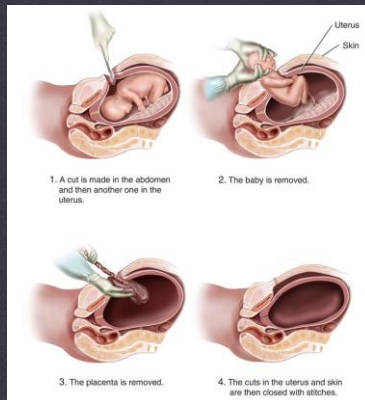


CNGOF 2017 VIETNAM

DR LENGLET YANN
PRATICIEN HOSPITALIER
CHEF DE SERVICE
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
CENTRE HOSPITALIER DE VICHY

Xung đột lợi ích

Không



PROJET

SẺO MỖ Ở TỬ CUNG

BIẾN CHỨNG VÀ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ

DATE 05/2017

CLIENT CNGOF

ĐỊNH NGHĨA

- Tử cung có sẹo mổ do sản khoa hay phụ khoa
 - **Tiền căn mổ lấy thai +++**
 - Bóc nhân xơ tử cung
 - Điều trị dính lòng tử cung
 - Tiền sử hút thai (bỏ thai theo ý muốn, chấm dứt thai kỳ)

ĐỊNH NGHĨA (2)

- Sẹo mổ trên cơ tử cung đặt ra các vấn đề sau đây:
 - Tiên lượng cho lần sinh tiếp theo
 - **Biến chứng đặc biệt** / thai nghén
 - Vô sinh
- Cơ tử cung có 2, 3 sẹo mổ... và còn hơn thế nữa!

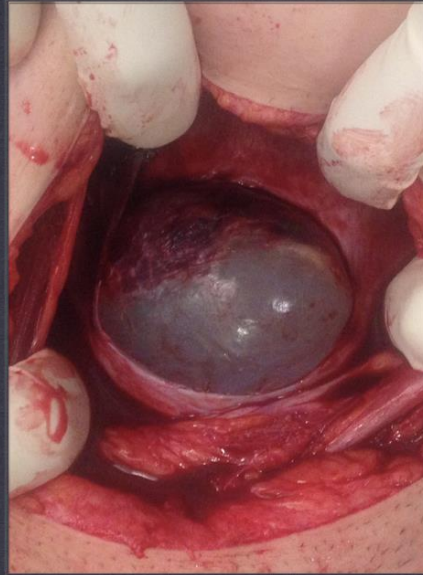
Sẹo mổ Sản khoa

- Thường gặp nhất
- **Mổ ngang đoạn dưới tử cung**
- + hiếm khi ở vùng cổ, thậm chí ở đoạn thân

Nguy cơ Sản khoa

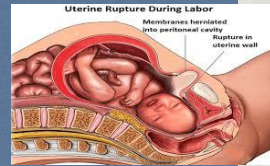
- Chúng ta sẽ đề cập 3 vấn đề :
 - **Vỡ tử cung**
 - **Bất thường sự xâm nhập của bánh nhau**
(nhau tiền đạo, Nhau cài răng lược Acreta
→Percreta)
 - **Thai nằm ở sẹo mổ lấy thai**

VỠ TỬ CUNG



Ca lâm sàng Vỡ TC lúc 32 tuần

VỠ TỬ CUNG



- * Vỡ không hoàn toàn: cơ tử cung bị rách, túi ối còn nguyên
- * **Vỡ hoàn toàn:** là giai đoạn cuối cùng với túi ối bị vỡ và thai nhi lọt vào khoang bụng
- * Sẹo mổ dọc thân tử cung, bóc nhân xơ, và tiền căn vỡ tử cung: nguy cơ càng cao
- * **Lâm sàng** : Đau +++, ra huyết âm đạo, giảm nhịp tim thai, tử cung dạng « đồng hồ cát »
- * **Vỡ tử cung** : 0,1 - 0,5% sẹo mổ tử cung, và 0,2 - 0,8% cho sinh ngã dưới trên cơ địa có sẹo mổ tử cung

VỠ TỬ CUNG (2)

- Tỷ lệ tử vong mẹ : <1%
- Tỷ lệ tử vong chu sinh : 3 - 6%
- Tỷ lệ bệnh lý não sơ sinh : 6 - 15 %
- Trong trường hợp sẹo mổ tử cung, **không khuyến cáo** :
 - Kiểm soát tử cung sau sinh ngã dưới
 - Sử dụng máy đo cơn gò tử cung
 - Siêu âm đánh giá đoạn dưới

VỠ TỬ CUNG (3)

SIÊU ÂM



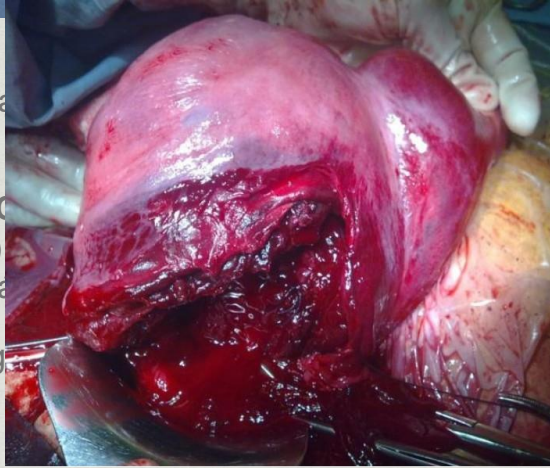
Nứt
Mất sự liên tục của viền
tăng âm giữa bàng quang
và nước ối

Vỡ tử cung
Thai vô ối và dịch ối trong
ổ bụng, thai có thể ngoài
tử cung

VỠ TỬ CUNG (4)

XỬ TRÍ

- **NÚT** = rốn
chung
 - **VỠ TỬ CUNG** (màu đỏ)
đường rốn
 - Không
- qui tắc
MLT
vào

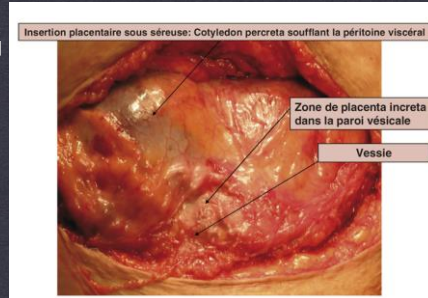


http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/classifications/cesarienne-classifications.html

BẤT THƯỜNG SỰ XÂM NHẬP CỦA BÁNH NHAU

NHAU TIỀN ĐẠO

NHAU CÀI RĂNG LỰC

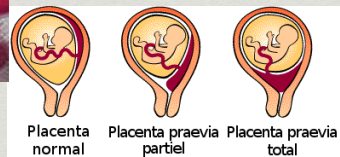


BẤT THƯỜNG SỰ XÂM NHẬP CỦA BÁNH NHAU

- **NHAU TIỀN ĐẠO TRUNG TÂM** = Mổ lấy thai
ng có dấu hiệu cấp



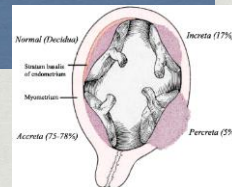
ng tâm mặt trước :
chảy máu ++



BẤT THƯỜNG SỰ XÂM NHẬP CỦA BÁNH NHAU (2) Tổng quát

- **ACRETA / INCRETA / PERCRETA**

- Chẩn đoán khó
- Nghi đến khi có nhau tiền đạo trên sẹo mổ tử cung
- Tỷ lệ mới mắc : 1/2520 (năm 1997) đến 1/1000 (năm 2004)
- Cần siêu âm xác định trong hầu hết các trường hợp chuẩn bị sinh, +/- dùng MRI cho những ca còn nghi ngờ (bánh nhau mặt sau)
- Đôi khi lúc sinh mới phát hiện
- Chuyển bệnh nhân vào trung tâm có khả năng đặt đường truyền và thuyên tắc động mạch tử cung



BẤT THƯỜNG SỰ XÂM NHẬP CỦA BÁNH NHAU (3)

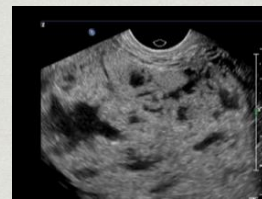
Sinh mổ	Nguy cơ nhau cài răng lược có nhau tiền đạo
1	3 %
2	11 %
3	40 %
4	61 %
5	67 %

Silver RM et al. Obstet Gyneco 2006

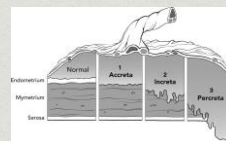
BẤT THƯỜNG SỰ XÂM NHẬP CỦA BÁNH NHAU (4) Hình ảnh



Nhau tiền đạo



Nhau cài răng lược



Siêu âm chẩn đoán có độ nhạy, độ đặc hiệu cao

BẤT THƯỜNG SỰ XÂM NHẬP CỦA BÁNH NHAU (5) Xử trí

- Đây là cách **xử trí gồm NHIỀU LĨNH VỰC** : Chẩn đoán trước sinh (Siêu âm), Hình ảnh học Xquang (MRI), Sản khoa (Phẫu thuật), Gây mê (Hồi sức), Hình ảnh học can thiệp (Thuyên tắc)
- Nâng cao thể trạng của mẹ khi ở trong bệnh viện
- **Chiến lược** :
 - Chẩn đoán chính xác
 - Tối ưu hóa trước phẫu thuật (xử trí tình trạng thiếu máu, đội ngũ y tế đầy đủ, corticoide nếu có nguy cơ < 34 tuần)
 - Mở lấy thai chương trình
 - Thảo luận với cặp vợ chồng (nguy cơ truyền máu, nguy cơ cắt tử cung, nguy cơ tử vong mẹ)

BẤT THƯỜNG SỰ XÂM NHẬP CỦA BÁNH NHAU (6) Xử trí

2 Thái độ điều trị

Điều trị tận gốc

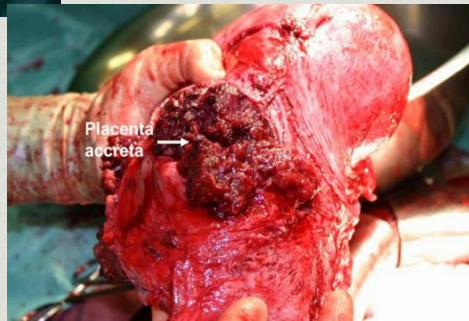
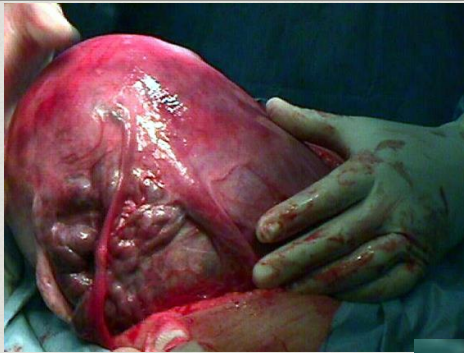
Mở lấy thai – Cắt tử cung
Nguy cơ xuất huyết ++
Vô sinh
Kỹ thuật khó với nguy cơ tổn thương tạng

Điều trị bảo tồn

Mở lấy thai – Thuyên tắc
Để bánh nhau tại chỗ
Kẹp dây rốn
Thuyên tắc tức thì
Nguy cơ xuất huyết được kiểm soát
Nguy cơ nhiễm trùng +
Bảo tồn khả năng sinh sản
Theo dõi từ 6 - 12 tháng bằng siêu âm

BẤT THƯỜNG SỰ XÂM NHẬP CỦA BÁNH NHAU (6) Xử trí

- Mổ lấy thai chương trình tối đa 37 tuần, biết rằng chúng ta vẫn có nguy cơ mổ lấy thai cấp cứu vì tình trạng ra huyết
- **Đề bánh nhau tại chỗ** : số nhau 1 phần có nguy cơ xuất huyết nhiều.
- Thái độ xử trí xuất huyết do số nhau với hồi sức, dùng Nalador co tử cung, Exacyl cầm máu, truyền máu - Kỹ thuật cột mạch máu, chèn ép tử cung (B-Lynch)



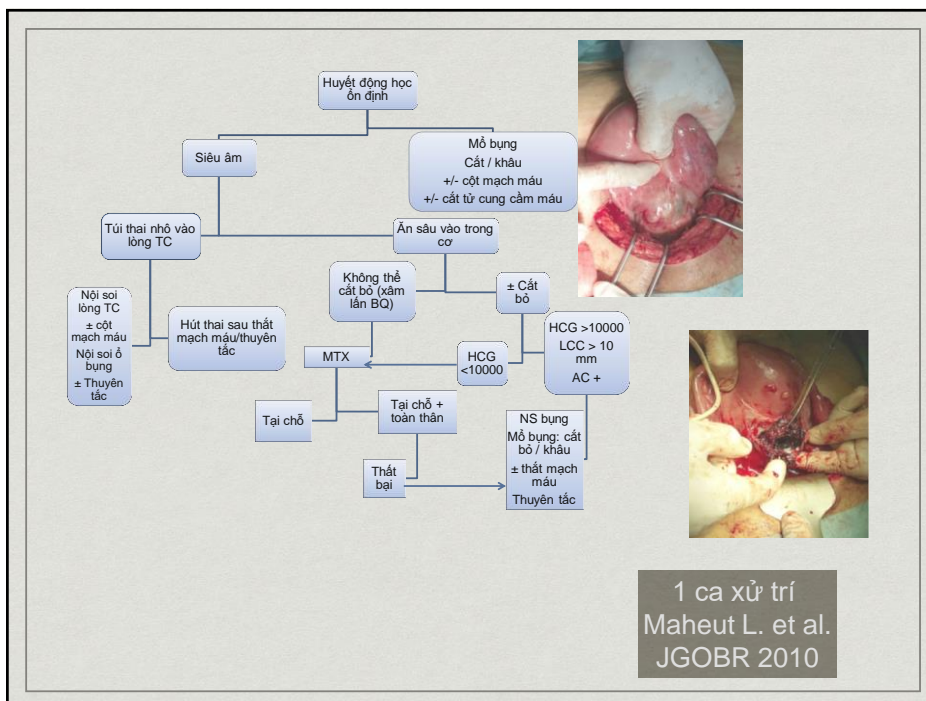
Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai (2)

- **Điều trị : Bảo tồn**

- Hoặc **Thuốc** Méthotrexate tại chỗ hoặc tiêm bắp (1 mg/m²) với tỷ lệ thành công 70 - 80%. Theo dõi kiểm tra nhiều tuần ++

- Hoặc **Phẫu thuật** :

- Hút thai dưới siêu âm (nguy cơ xuất huyết +)
- Cắt bỏ bằng nội soi buồng tử cung
- Mở bụng hở hoặc nội soi ổ bụng để cắt bỏ / khâu



KẾT LUẬN



CÁCH TỐT NHẤT ĐỂ GIẢI QUYẾT BIẾN CHỨNG
CỦA TỬ CUNG CÓ SẼO MỎ LÀ PHÒNG NGỪA

NÊN GIẢM TỶ LỆ MỎ LẤY THAI



CẢM ƠN SỰ QUAN TÂM LẮNG NGHE CỦA QUÝ VỊ

THAM KHẢO

CNGOF - RPC UTÉRUS CICATRICIEL

AGOC - PLACENTA ACCRETA-
COMMITTEE OPINION 2012 / 2015

PRISE EN CHARGE DES PLACENTAS
ACCRETAS - EXPÉRIENCE DE
LARIBOISIÈRE - 2013

JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION

