

## THAI BÁM SỢ MỖ CŨ MLT VÀ NHỮNG THÁCH THỨC LÂM SÀNG

TRÌNH BÀY: BS. TRƯƠNG ĐIỂM PHƯỢNG

### NỘI DUNG TRÌNH BÀY

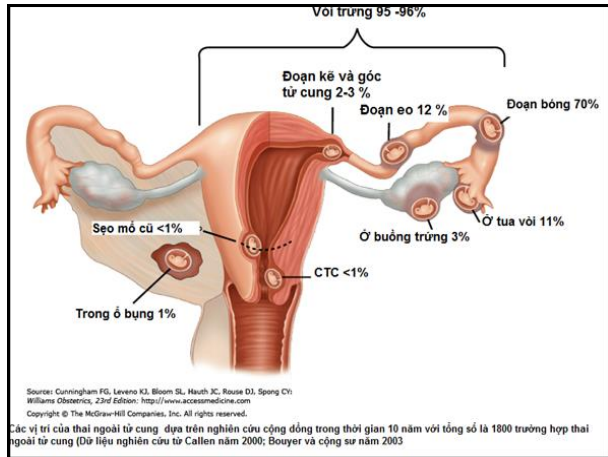
- 1 Đại cương
- 2 Chẩn đoán
- 3 Xử trí
- 4 Kết luận

#### I- ĐẠI CƯƠNG

- Dịch tễ
  - Trước đây rất hiếm. Hiện đang có xu hướng tăng nhanh. 1/8000 đến 1/2216 thai kỳ. (Jurkovic D, 2003; Seow KM 2004)
  - Biểu chứng: băng huyết, vỡ TC, phải cắt TC.. **đe dọa tính mạng sản phụ.**
  - **Thách thức lâm sàng:**
    - Điều trị: hủy thai, duy trì khả năng sinh sản của BN.
    - Chưa có phương pháp điều trị điều trị chuẩn

#### I-ĐẠI CƯƠNG

- Thai bám ở sẹo MLT là một dạng thai ngoài tử cung do thai **làm tổ trong vết sẹo** mổ trên cơ tử cung.
- Gia tăng do
  - Tỷ lệ mổ lấy thai tăng
  - Sự phát triển của siêu âm

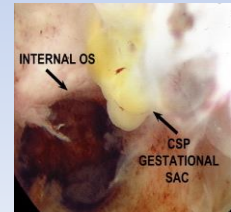


## Sinh bệnh học

\* **Cơ chế:** phôi xâm lấn vào cơ tử cung tại khiếm khuyết ở VMC trên cơ tử cung.

\* **Yếu tố nguy cơ:**

- Số lần MLT
- Chỉ định những lần MLT trước
- Tiền căn thủ thuật trên buồng tử cung



Hình ảnh thai bám VMC qua nội soi buồng tử cung.

## Diễn tiến tự nhiên

\* **Diễn tiến tự nhiên:**

- Vial & cs: 2 hình thái phát triển của thai bám VMC (Vial Y 2000)

. **Loại 1:** phôi bám ở VMC, phát triển về eo/buồng tử cung. Có thể phát triển đến đủ ngày, thường đi kèm nguy cơ vỡ TC.

. **Loại 2:** phôi bám sâu vào VMC, phát triển về phía bàng quang và ổ bụng. Nguy cơ vỡ TC sớm hơn.

→ **Cần phát hiện sớm ở tam cá nguyệt đầu.**

## CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng (Rotas MA, 2006)
  - Không triệu chứng 37%
  - Triệu chứng không điển hình: dọa sẩy, sẩy thai tiến triển hay TNTC
    - Trễ kinh
    - Đau bụng nhẹ + xuất huyết âm đạo: 39%
    - Chỉ đau bụng: 9%
  - Phát hiện trễ: có dấu hiệu vỡ tử cung và xuất huyết nặng đe dọa đến tính mạng (Maymon R, 2004; Seow KM, 2001; Valley MT, 1998)

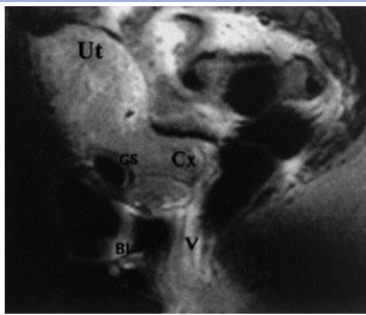
### CHẨN ĐOÁN

#### \* Chẩn đoán: chủ yếu dựa vào siêu âm (SA)

- Rotas và cs 2006 SA ẨĐ độ nhạy 84.6% (khoảng tin cậy 95% là 0.763- 0.905).
- **Tiêu chuẩn chẩn đoán TNTC bám ở VMC trên siêu âm: (Seow KM, 2011; Vial Y 2000)**
  - Buồng TC rỗng, không tiếp xúc túi thai
  - Ống CTC rỗng, không tiếp xúc túi thai
  - Mất liên tục thành trước TC trên hình ảnh cắt dọc TC khi hướng tia siêu âm qua túi ối
  - Hiện diện túi thai ± tim thai/cực thai ở phần trước eo TC
  - Không có/thiếu tổ chức cơ TC giữa bàng quang và túi

### CHẨN ĐOÁN

- MRI:
  - Không khuyến cáo thường quy, dùng để hỗ trợ cho siêu âm (Godin P-A, 1997; Maymon R, 2004)
  - Sử dụng trong trường hợp SA ngả âm đạo và Doppler màu không đủ để xác định chẩn đoán

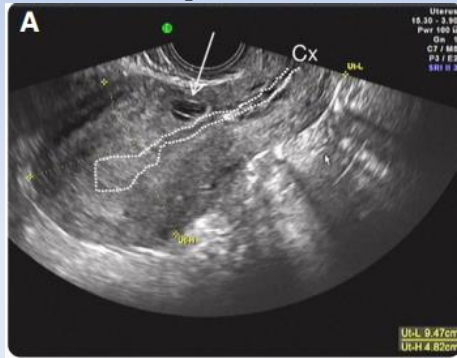


**Figure 4.** Magnetic resonance image shows implantation of a gestational sac in a caesarean section scar. Reprinted from Shufaro Y and Nadjari M. Implantation of a gestational sac in a caesarean section scar. *Fertil Steril* 2001;75:1217 with permission from American Society for Reproductive Medicine.  
Bl, bladder; Cx, cervix; Gs, gestation sac; Ut, uterus; V, vagina.

### Chẩn đoán phân biệt

- Thai ở đoạn eo - CTC (Paalman và McElin)
- Thai đang sẩy xuống đoạn eo: Jurkovic mô tả thêm một dấu hiệu gọi là "sliding organ sign" âm tính để phân biệt thai bám VMC (Fylstra DL, 2002; Jens, 2005; Koji, 2004)
- Hình ảnh nhân Choriocarcinoma: thường có tăng sinh mạch máu nhiều trong u

Kênh CTC rộng - Buồng TC rộng, không tiếp xúc túi thai



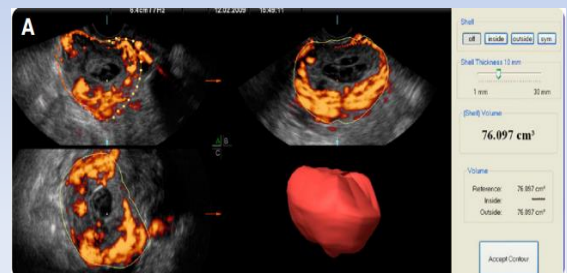
Túi thai nằm chìm trong VMC, lớp CTC giữa túi thai và BQ rất mỏng 1-3 mm



Tăng sinh mạch máu quanh túi thai

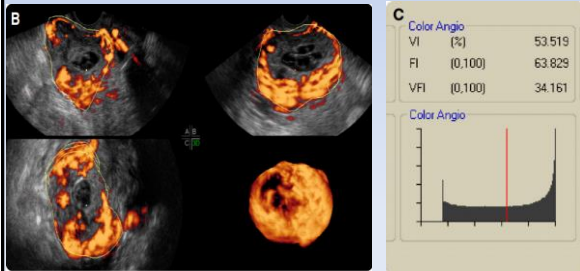


Xác định thể tích túi thai



Evaluation used 3-dimensional (3D) transvaginal ultrasound with Virtual Organ Computer-aided Analysis (VOCAL) software (General Electric Medical Systems, Milwaukee, WI).

## Xác định chỉ số tăng sinh mạch máu



Evaluation used 3-dimensional (3D) transvaginal ultrasound with Virtual Organ Computer-aided Analysis (VOCAL) software (General Electric Medical Systems, Milwaukee, WI).

## Điều trị

- Chưa có phương pháp điều trị ưu việt nào cho thai bám sẹo MLT.
- Chấm dứt thai kỳ sớm ngay khi có CĐ. Điều trị theo dõi có tỷ lệ biến chứng cao.
- Mục tiêu điều trị
  - Loại bỏ túi thai và
  - Cố gắng duy trì khả năng sinh sản của BN

## Điều trị

- Timor-Tritsch 2012:
  - 31 phương pháp điều trị 751 trường hợp thai bám sẹo MLT
  - Biến chứng 331 ca (44,1%), 40 ca phải PT, 36 ca cắt TC, 21 ca tắc ĐMTC.
  - Không có phương pháp điều trị tối ưu

### Primary treatment in 645 cases

1. Hysteroscopic excision
2. Hysterotomy with transabdominal sonographic guidance
3. Hysterotomy and mifepristone
4. Hysterotomy and vasopressin
5. Laparotomy and excision
6. Laparotomy with elective transabdominal hysterectomy
7. Laparotomy with hysterectomy
8. Transabdominal sonographic guided local intragastric methotrexate injection
9. Transabdominal sonographic guided local intragastric KCl injection
10. Transabdominal sonographic guided local intragastric and intramuscular methotrexate
11. Transvaginal sonographic guided local intragastric methotrexate injection
12. Transvaginal sonographic guided local intragastric KCl injection
13. Transvaginal sonographic guided local intragastric and intramuscular methotrexate
14. Local intragastric injection of vasopressin
15. Uterine artery embolization alone
16. Uterine artery embolization and intramuscular methotrexate
17. Uterine artery embolization and intragastric methotrexate
18. D&C alone
19. D&C and intramuscular etoposide
20. D&C and Shirokar cervical suture
21. D&C and uterine artery embolization
22. D&C and intramuscular methotrexate
23. Laparoscopic excision
24. Laparotomy and hysterectomy
25. Methotrexate intramuscular injection alone
26. Methotrexate intramuscular and hysterectomy
27. Expectant management
28. Trophoblastin
29. Transrectal ultrasound guided aspiration
30. Hysterotomy by vaginal approach
31. Multiple combined treatments
D&C: dilation and curettage; KCl: kalium chloride potassium chloride;
Timor-Tritsch. Early placental avulsion and common vasa previa: pregnancy a review. Am J Obstet Gynecol 2012.

## CÁC CHỌN LỰA ĐIỀU TRỊ

- Nội khoa:
  - MTX toàn thân và/hoặc dùng tại chỗ
  - KCL vào túi thai
- Hút thai bằng kim
- Nội soi buồng tử cung.
- Tắc động mạch tử cung.
- Hút nạo.
- Phẫu thuật nội soi: xẻ khối thai – cắt TC
- Phẫu thuật mở bụng: xẻ khối thai – cắt TC

## NONG NẠO

- Khó hiệu quả và nguy hiểm vì đa số gai nhau bám chặt vào cơ tử cung ở đoạn dưới.
- Tổn thương tử cung hoặc bàng quang, băng huyết nặng không khống chế được do nạo, phải cắt tử cung toàn phần cấp cứu (Arslan M, 2005; Ash A, 2007; Rotas MA, 2006; Seow KM, 2004).

## Bóng chèn

- Trường hợp chảy máu vừa phải, cần bảo tồn tử cung sử dụng bóng chèn.
- Đưa một sonde foley vào buồng tử cung và bơm 50 – 70 ml nước muối sinh lý, có tác dụng cầm máu rất tốt, có thể lưu sonde trong vòng 72 giờ (Haimov-Kochman R, 2002; Hwu YM, 2005; Koji Matsuo, 2004)

## TẮC MẠCH TỬ CUNG

- Hạn chế chảy máu và bảo tồn khả năng sinh sản cho BN.
- Kết hợp với các phương pháp khác nhằm mục đích hạn chế chảy máu (Ghezzi F, 2002; Zhuang Y, 2009)

## TẮC MẠCH TỬ CUNG

### RESEARCH

www.AJOG.org

#### GENERAL GYNECOLOGY

### Bilateral uterine artery chemoembolization with methotrexate for cesarean scar pregnancy

Licong Shen, MD; Aixiang Tan, MD; Huili Zhu, MD; Chun Guo, MD; Dong Liu, MD; Wei Huang, MD, PhD

**OBJECTIVE:** The objective of the study was to assess the efficacy of uterine arteries embolization (UAE) for the treatment of cesarean scar pregnancies (CSP).

**STUDY DESIGN:** Forty-six women with CSP were identified between March 2008 and March 2010. All of the patients underwent UAE combined with local methotrexate.

**RESULTS:** Forty-five patients were successfully treated. One patient had an emergency hysterectomy after 20 days because of massive vaginal hemorrhage. The mean time until normalization of serum  $\beta$ -human chorionic gonadotrophin was 37.7 days, and the mean time until CSP

mass disappearance was 33.3 days. The mean hospitalization time was 10.5 days. The complications were mainly fever and pain, which were alleviated with symptomatic treatment. All 45 patients had recovered their normal menstruation at follow-up.

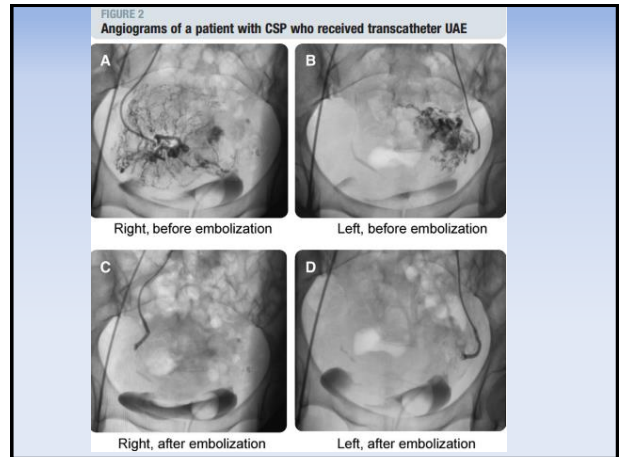
**CONCLUSION:** Bilateral uterine artery chemoembolization with methotrexate appears to be a safe and effective treatment for CSP and causes less morbidity than current approaches.

**Key words:** cesarean scar pregnancy, methotrexate, uterine artery chemoembolization

Site this article as: Shen L, Tan A, Zhu H, et al. Bilateral uterine artery chemoembolization with methotrexate for cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012;207:386.e1-6.

## TẮC MẠCH TC

- **Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả tắc mạch TC + MTX tại chỗ điều trị thai bám sẹo MTL
- **Thiết kế NC:** báo cáo loạt ca 46 BN thai bám sẹo mổ cũ được tắc mạch phổi hợp với MTX tại chỗ
- **Kết quả:** thành công 45 TH, 1 BN phải cắt TC cấp cứu sau 20 ngày điều trị vì ra huyết nhiều
- **KL:** Tắc mạch TC + MTX an toàn và hiệu quả



## MTX TẠI CHỖ VÀ TOÀN THÂN Timor-Tritsch (AJOG 2012)

### RESEARCH

www.AJOG.org

### OBSTETRICS

### The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy

Ilan E. Timor-Tritsch, MD; Ana Montegudo, MD; Rosalba Santos, RDMS; Tanya Tsymbal, RDMS; Grace Pineda, RDMS; Alan A. Arslan, MD

**OBJECTIVE:** The diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy (CSP) is challenging. The objective of this study was to evaluate the diagnostic method, treatments, and long-term follow-up of CSP.

**STUDY DESIGN:** This is a retrospective case series of 26 patients between 6-14 postmenstrual weeks suspected to have CSP who were referred for diagnosis and treatment. The diagnosis was confirmed with transvaginal ultrasound. In 19 of the 26 patients the gestational sac was injected with 50 mg of methotrexate: 25 mg into the area of the embryo/fetus and 25 mg into the placental area; and an additional 25 mg was administered intramuscularly. Serial serum human chorionic gonadotropin determinations were obtained. Gestational sac volumes and vascularization were assessed by 3-dimensional ultrasound and used to monitor resolution of the injected site and outcome.

**RESULTS:** The 19 treated pregnancies were followed for 24-177 days. No complications were observed. After the treatment, typically, there was an initial increase in the human chorionic gonadotropin serum concentrations as well as in the volume of the gestational sac and their vascularization. After a variable time period mentioned elsewhere the values decreased, as expected.

**CONCLUSION:** Combined intramuscular and intragastric methotrexate injection treatment was successful in treating these CSP.

**Key words:** accreta, cesarean section, cesarean section scar pregnancy, ectopic pregnancy, methotrexate, minimally invasive procedure, placenta, pregnancy, punctures, ultrasound

Cite this article as: Timor-Tritsch IE, Montegudo A, Santos R, et al. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012;207:44.e1-13.

## MTX TẠI CHỖ VÀ TOÀN THÂN Timor-Tritsch (AJOG 2012)

- **Mục tiêu:** chẩn đoán và điều trị thai bám sẹo MTL
- **Thiết kế NC:** báo cáo loạt ca 26 bệnh nhân có thai bám sẹo MLT từ 6-14 tuần ĐĐ bằng Siêu âm Doppler. 19/26 BN được tiêm 25mg MTX: vào túi thai, mô xung quanh túi thai và tiêm bắp. Theo dõi và đánh giá bằng: nồng độ bHCG, thể tích túi thai và chỉ số tăng sinh mạch máu



### MTX TẠI CHỖ VÀ TOÀN THÂN Timor-Tritsch (AJOG 2012)

- Dưới hướng dẫn của siêu âm đầu dò âm đạo, tiêm
  - Liều 1: **Methotrexate 25mg/1ml** dung dịch tiêm từ từ vào **túi thai/phôi thai**.
  - Liều 2: **Methotrexate 25mg/1ml** dung dịch tiêm vào **vùng xung quanh túi thai**.
- Sau 60-90 phút, siêu âm bụng kiểm tra để xác định tim thai đã ngừng hẳn và không có xuất huyết tại vị trí đâm kim.
  - Liều 3: **Methotrexate 25mg/1ml** dung dịch **tiêm bắp**.

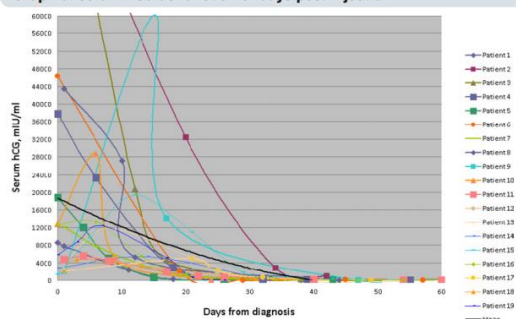
### MTX TẠI CHỖ VÀ TOÀN THÂN Timor-Tritsch (AJOG 2012)

- βhCG** mỗi tuần/3 tuần liên tiếp → mỗi 2 tháng đến khi βhCG âm tính.
- Siêu âm: **thể tích túi thai** và **tăng sinh mạch máu** mỗi tuần/3 tuần → mỗi 2 tháng đến khi: kích thước túi thai gần như không còn quan sát được và chỉ số tưới máu giảm (thường  $\leq 3\%$ ).
- Cẩn quan hệ tình dục đến khi khối TNTC bám ở VMC bị tiêu hoàn toàn.

### Timor-Tritsch (AJOG 2012)

Patient	GA, wks	Pretreatment			Days to resolution			Treatment	Observations
		hCG, mIU/mL	Sac volume, mL	VI, %	hCG	Sac volume	VI		
1	7 2/7	46,300	14.1	7.3	88	133	133	L+S MTX	
2	10 3/7	101,000	119.9	25.5	63	150	150	L+S MTX	
3	6 1/7	37,200	10.6	34.6	63	125	125	L+S MTX	
5	7 0/7	2640	6.6	24.5	68	57	57	L+S MTX	
6	8 1/7	100,010	44.9	27.5	64	177	177	L+S MTX	
7	7 3/7	7600	8.3	37.1	95	140	140	L+S MTX	
8	8 2/7	2950	21.1	6.4	63	93	93	L+S MTX	
11	7 0/7	43,341	11.4	12.2	35	44	44	L+S MTX	
12	6 1/7	13,076	3.6	23.1	98	133	133	L+S MTX	
13	6 6/7	1976	28.7	24.1	89	110	110	L+S MTX	
14	6 2/7	8518	2.9	4.5	60	60	60	L+S MTX	
16	8 0/7	2717	14.3	9.3	24	76	72	L+S MTX	
17	6 2/7	5469	4.1	7.9	33	109	109	L+S MTX	
18	6 2/7	4673	17.0	43.0	63	22	63	L+S MTX	
19	6 4/7	2870	1.3	4.7	61	62	48	L+S MTX	
20	6 1/7	1340	2.1	6.1	63	63	63	L+S MTX	
21	7 2/7	2100	3.1	16.4	41	41	41	L+S MTX	
22	7 6/7	12,657	1.7	15.2	54	61	61	L+S MTX	
25	5 6/7	8550	3.2	3.9	26	26	26	L+S MTX	Clots from cavity aspirated on d 26

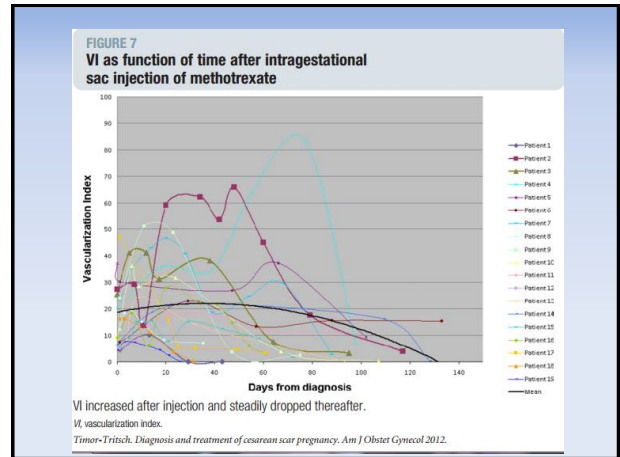
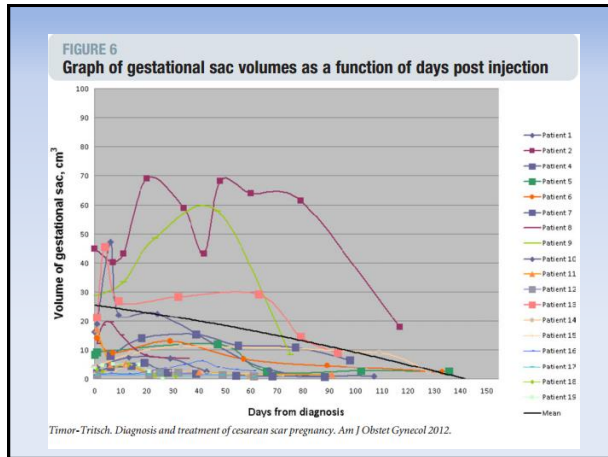
FIGURE 5  
Graph of serum hCG as function of days post injection



After initial increase most levels dropped to undetectable levels by day 40-60.  
hCG, human chorionic gonadotropin.

Timor-Tritsch. Diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012.





**MTX TẠI CHỖ VÀ TOÀN THÂN**  
Timor-Tritsch (AJOG 2012)

Patient	GA, wks	Pretreatment		Days to resolution				Treatment	Observations
		hCG, mIU/mL	Sac volume, mL	VI, %	hCG	Sac volume	VI		
4	9 1/7	Unavailable	59.9	39.7	—	—	—	Declined	Bled at 15 wk, TAH
9	7 6/7	55	53.6	71	—	—	—	UA embolization	A-V malformation; TAH (Table 2)
10	6 0/7	59	2.6	7.8	39	39	39	Bleed: balloon catheter	Resolved
15	14 0/7	Unavailable	35.0	48.5	—	—	—	Declined	Rupture at 18 wk, TAH
23	6 0/7	6081	3.1	4.1	58	65	65	No FHR	Resolved
24	6 4/7	8868	4.0	4.0	42	42	42	No FHR	Resolved
26	Unavailable	0	—	65.0	—	—	—	Embolization	A-V malformation

A-V, arteriovenous; FHR, fetal heart rate; GA, gestational age; hCG, human chorionic gonadotropin; L, local; MTX, methotrexate; S, systemic; TAH, total abdominal hysterectomy; UA, uterine artery; VI, vascularization index.

Timor-Tritsch. Diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012.

**MTX TẠI CHỖ VÀ TOÀN THÂN**  
Timor-Tritsch (AJOG 2012)

- **Kết quả:** thời gian theo dõi 24-177 ngày. Không ghi nhận biến chứng. Trong thời gian đầu có ghi nhận tăng nồng độ hCG, thể tích túi thai và chỉ số tăng sinh mạch máu. Sau 1 thời gian theo dõi các giá trị trên giảm như mong đợi.
- **Kết luận:** tiêm MTX vào cơ (TB) phổi hợp với vào túi thai điều trị thành công thai bám sẹo MLT

## BIẾN CHỨNG

TABLE 4

First-line treatment choices for cesarean scar pregnancy with the most and the least complication rates

Treatment alone or in combination	Cases, n	Complications, n	%
MTX alone	87	54	62.1
D&C <sup>a</sup>	305	189	61.9
UA embolization <sup>a</sup>	64	30	46.9
Hysteroscopy <sup>a</sup>	119	22	18.4
Local intragestational injection of MTX/KCL (TAS or TVS guidance) <sup>a</sup>	81	8	9.6

D&C, dilation and curettage; KCL, kalium chloride; MTX, methotrexate; TAS, transabdominal; TVS, transvaginal; UA, uterine artery.

<sup>a</sup> Alone or in any combination.

Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012.

## Biến chứng theo tuổi thai

TABLE 5

Clinical outcome of patients with CSP as a function of gestational age at first treatment

Outcome <sup>a</sup>	Gestational age, wks				
	5-6	7	8	9	10-15
No complications	51	35	14	4	4
Complications	12	16	26	6	16

CSP, cesarean section scar pregnancy.

<sup>a</sup> Number of cases.

Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012.

## So sánh các phương pháp điều trị

	Nội khoa	Hút nạo - Phẫu thuật
Ưu điểm	<ul style="list-style-type: none"> <li>Đơn giản</li> <li>Ít chảy máu</li> <li>Cho 1 cơ hội bảo tồn tử cung cho BN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Giải quyết triệt để.</li> </ul>
Nhược điểm	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thời gian theo dõi lâu</li> <li>βhCG và túi thai trên 3-6 tháng mới tiêu đi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chảy máu nhiều phải truyền máu.</li> <li>Khả năng bảo tồn tử cung thấp</li> </ul>

## KẾT LUẬN

1. Cần **chẩn đoán sớm** thai bám sẹo mổ cũ.
2. Điều trị có thể **phối hợp** MTX toàn thân (TB) và tại chỗ (túi thai)
3. Tiêm MTX tại chỗ **thực hiện đơn giản** dưới hướng dẫn siêu âm qua ngã âm đạo
4. Diễn tiến tự nhiên của βHCG, thể tích túi thai và VI **có thể tăng** nhưng **sau đó giảm** dần theo thời gian
5. Điều trị tối ưu cho thai bám sẹo mổ cũ vẫn còn là một **thách thức**

## NHỮNG THÁCH THỨC LÂM SÀNG

- Số lượng BN ngày 1 tăng
- Thời gian theo dõi theo phác đồ Timor-Tritsch **dài ngày**.
- BN vẫn có thể **chảy máu đột ngột lượng nhiều** dù bHCG đã giảm đáng kể hay bằng 0
- 2 trường hợp thai 14-15 tuần bám VMC.
- 4 trường hợp xâm lấn bàng quang + vách chậu