

# Nhau cài răng lược: chiến lược phẫu thuật ?

GS Henri-Jean Philippe-Hội Sản Phụ Khoa Không Biên Giới  
Trường Đại Học Nantes-CNGOF

## Định nghĩa

Lớp gai nhau bám trực tiếp vào lớp cơ tử cung.

- Toàn bộ hay một phần bánh nhau phía mặt mẹ
- Bám sâu nhiều hoặc ít vào lớp cơ tử cung

## Dàn bài

- Định nghĩa
- Yếu tố nguy cơ
- Chẩn đoán
- Điều trị bảo tồn
- Điều trị không bảo tồn
- Kết luận

## Định nghĩa

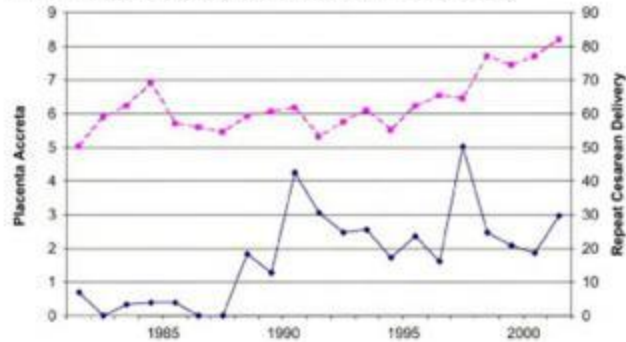
Increta

Percreta

Cài răng lược

## Tỷ lệ mới mắc gia tăng

- Tỷ lệ mới mắc tăng gấp 10 lần những thập niên gần đây (1/500 đến 1/2500)



Wu S et al. Am J Obstet Gynecol 2005

## Yếu tố nguy cơ

- Hai yếu tố nguy cơ chính

- Nhau tiền đạo
- Tiền căn MLT

Prior cesarean sections (No.)	Patients with placenta previa (N = 286)	Placenta previa/accreta (N = 29)	%
0	238	12	5
1	25	6	24
2	15	7	47
3	5	2	40
4	3	2	67

Clark SL et al. Am J Obstet Gynecol 1985c

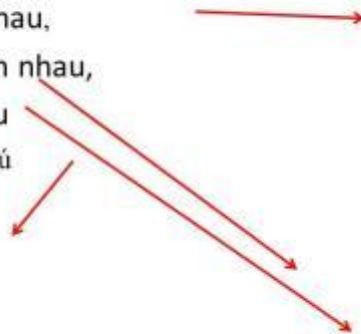
## Yếu tố nguy cơ => khảo xác trước sinh

- Siêu âm: 3 dấu hiệu (độ nhạy 77% - độ đặc hiệu 96%)

Accreta:

- Mất ranh giới sau nhau,
- hồ huyết trong bánh nhau,
- Tăng sinh mạch máu

Percreta: thấy có chồi nhú



IRM độ nhạy 88% - độ đặc hiệu 100%

Warshak CRL et al. Obstet Gynecol 2006

## Xử Trí

### 2 điểm chính

- Nhau Accreta

Bóc nhau => tạo một lỗ trong cơ tử cung

- Nhau Percreta

Bóc nhau => làm tổn thương các cơ quan lân cận

### 2 phương thức điều trị

1. Điều trị **bảo tồn**
2. Điều trị **không bảo tồn = Cắt tử cung**

## 2. Rạch qua thành bụng

## Điều trị bảo tồn Để bánh nhau tại chỗ

### • Cách thức :

1. Gây mê toàn thân
2. Rạch da đường giữa qua trên rốn
3. Thám sát vùng chậu ⇔ Nhau cài răng lược xâm lấn ?
4. Rạch ở vị trí thân tử cung cách xa bánh nhau (siêu âm trước phẫu thuật)
5. Lấy thai ra
6. Sổ nhau tích cực, không đung vào bánh nhau trong trường hợp nhau không bong tự nhiên => để bánh nhau lại
7. Chụp X quang tử cung
8. Điều trị bổ sung : thuyên tắc mạch, sonde, methotrexate
9. Theo dõi trong nhiều tháng với nguy cơ chảy máu thứ phát nhưng **giảm 30% đối với cắt tử cung**

## 3. Thám sát vùng chậu

#### **4. Cắt bỏ tử cung**

**- Xác định vị trí thai và bánh nhau**

**- Rạch ở vùng đáy**

#### **5. Lấy thai ra**

## 6. Bánh nhau :

- Sổ nhau tích cực
- Thắt các cuống mạch

## 7. Chụp X quang tử cung

## 8. Điều trị bổ sung?

- **Méthotrexate :**
  - Ưu điểm : teo bánh nhau
  - Hiệu quả ?
  - Nhược điểm : hématopoièse
- **Thuyên tắc mạch :**
  - Ưu điểm : không có sự phân bố mạch của tử cung
  - Hiệu quả : trong chảy máu trong sổ nhau tích cực
  - Nhược điểm : kinh nghiệm và phương tiện kỹ thuật
- **Bóng chèn trong động mạch :**
  - Ưu điểm : giảm chảy máu trong lúc mổ, thuyên tắc mạch II
  - Hiệu quả : trong chảy máu trong sổ nhau tích cực
  - Nhược điểm : kinh nghiệm và phương tiện kỹ thuật
- **Thủ thuật bổ sung**

*Cher Heng Tan AJR 2007*

## 9. Theo dõi

- **Nhập viện**
  - 15 ngày đến 3 tuần
  - Theo dõi lâm sàng và siêu âm
  - Theo dõi sinh hóa
- **Theo dõi ngoại viện**
  - Lâm sàng và siêu âm mỗi tuần
  - Huyết đồ,  $\beta$ -hCG, CRP,
  - Phết âm đạo
  - ⇒ Lấy nhau ra từ từ
- **Nguy cơ tái phát > 30%**

## Sau điều trị bảo tồn

- **Méta-analyse de Charlotte N. Steins Bisschop Arch Gynecol Obstet (2011)**  
10 hồi cứu và 50 quan sát

	Cắt tử cung II	Tử vong	Chảy máu II	Thai
• Điều trị bảo tồn	55/287(19%)	1/295(0.3%)	5/49(10%)	24/36(67%)
• Thuyên tắc mạch	8/45 (18%)		<b>5/13(38%)</b>	<b>5/33(15%)</b>
• Méthotrexate	1/16 (6%)		1/5 (20%)	1/2 (50%)
• Phẫu thuật	<b>24/77 (31%)</b>	2/55 (4%)	6/34(18%)	19/26 (73%)

Tổng kết,	
•Cắt tử cung thứ phát	: 6-31%
•Tử vong mẹ	: 0,3-4%
•Chảy máu thứ phát	: 10-38%
•Có thai sau đó	: 15-73%

## Có thai sau đó

- Có thai sau điều trị bảo tồn
  - Nguy cơ tái phát nhau cài răng lược tăng: > 30%
  - Mục tiêu của điều trị bảo tồn = có thai

*Kayem G et al. Fertil Steril 2002*

- 3 thai kỳ trong 50 sản phụ (30 trường hợp không cắt tử cung)
- 1 sảy thai tự nhiên
- 1 diễn tiến thai bình thường không biến chứng
- 1 diễn tiến thai bình thường với tái phát nhau cài răng lược

*Bretelle Fet al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006*

## Nguy cơ của điều trị bảo tồn

- **Biến chứng 11%**
  - Viêm nội mạc tử cung, hoại tử
  - Shock nhiễm trùng
  - Chảy máu thứ phát
  - Cắt tử cung **10-30%**
  - Dính tử cung

*Alanis M et al. Fertil Steril 2006*

*Chiang YC et al. Tai J Obstet Gynecol 2006*

## Xử trí không bảo tồn « cắt bỏ »

- Trong trường hợp không có nhau percreta
- Bóc nhau hoàn toàn hoặc một phần
- Suture du défaut
- +/- Thủ thuật bổ sung :
  - Thất các mạch máu
  - Thất tử cung (B-Lynch, Cho, HJP, Lyon )
  - Cắt tử cung cầm máu khi cần thiết

## Kỹ thuật thắt tử cung *B-LYNCH*

## Kỹ thuật thắt tử cung *Kỹ thuật của HAYMAN*

Không mở buồng tử cung

Hayman RG Obstet Gynecol. 2002.

## Kỹ thuật của JH CHO

Khâu chần phía trước và phía sau

Cho JH Obstet Gynecol 2000

## Kỹ thuật thắt tử cung



Plicature des faces de  
l'utérus  
=> Globe utérin

Philippe HJ

## Kỹ thuật thắt tử cung



Điều trị bảo tồn hay không  
bảo tồn ?

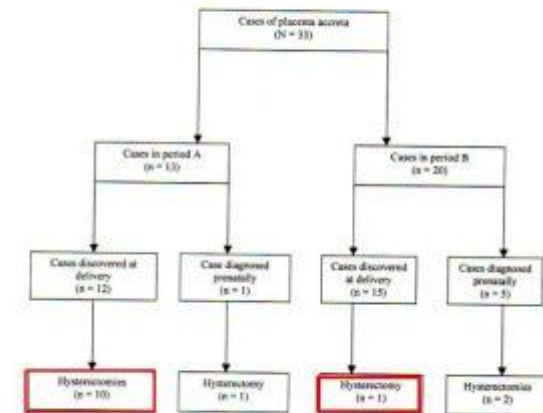
## Kỹ thuật của PEREIRA

*Obstetric Gynecol 2005*

- Khâu tử cung không cắt xuyên dọc từ dưới lên và dọc theo nhánh lên của động mạch tử cung

## So sánh tiền sử

- Port-Royal  
–2 giai đoạn  
• 01/ 1993- 06 /1997  
• 07 /1997- 12/ 2000



*Kayem G et al. Am J Obstet Gynecol 2004*

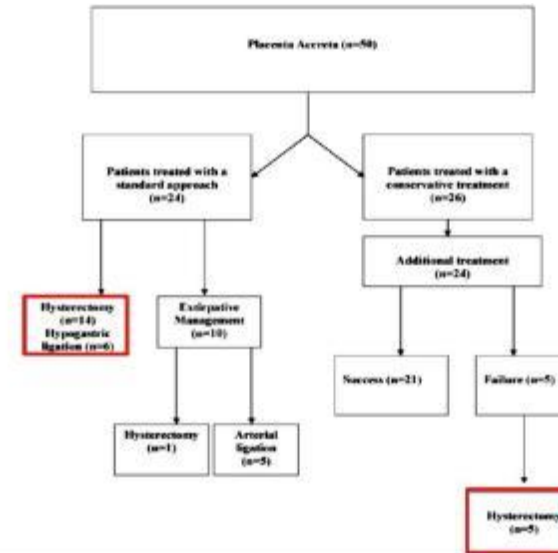


## So sánh tiền sử

	Period A (n = 13)	Period B (n = 20)	P
Hysterectomy	11 (84.6)	3 (15.0)	< .001
Transfusion patients	12 (92.3)	16 (80.0)	.63
Red blood cells (mL)	3,230 ± 2,170	1,560 ± 1,646	< .01
Fresh frozen plasma (mL)	2,238 ± 1,415	330 ± 836	< .001
Disseminated intravascular coagulation	5 (38.5)	1 (5.0)	.02
Transfer to intensive care unit	7 (53.8)	6 (30.0)	.27
Duration of stay in intensive care unit (d)	2.42 ± 2.6	2.16 ± 0.75	.57
Postpartum sepsis	0	3 (15.0)	.26

Data are reported as mean ± standard deviation or n (%).

Kayem G et al. Am J Obstet Gynecol 2004



Bretelle F et al. Eur J Obstet Gynecol 2008

## Khuyến cáo

### Nghiên cứu tiền cứu ở vùng Ouest 2001-2007

	Groupe A (conservateur) n=22	Groupe B (non conservateur) n=16	P
<b>Hémorragies</b>	7 (31.8%)	11 (68.8%)	p=0.024
•af embolie en per opératoire	0	10	
•<48 heures	3	1	
•à distance	4	0	
<b>Transfusions</b>	9 (40.9%)	12 (75%)	p=0.037
•célules globulaires	3.4 ± 4.8	7.7 ± 9.6	p=0.077
•PFC	1.6 ± 2.5	4.1 ± 4.5	p=0.035
<b>Civd</b>	8 (36.4%)	7 (43.8%)	p=NS
<b>Transfert en soins intensifs</b>	12 (54.5%)	7 (43.8%)	p=NS
<b>Complications per/post opératoires*</b>			
-infectieuses*	12 (54.5%)	5 (31.3%)	p=NS
•cystites	6	5	
•endométrites	7	0	
•cécitites	1	0	
•échole suppuré	1	0	
-hémostatiques (post opératoires)	2 (9.1%)	3 (18.8%)	
•hémostase post opératoire	1	0	
•hémostase active	0	2	
•hémostase passive	0	1	
•sèze de choc	1	0	
-chirurgicales	2 (9.1%)	5 (31.3%)	
•vésicales	1	4	
•digestives	1	1	
-Réponses chirurgicales	7 (31.8%)	3 (18.8%)	
<b>Saignements (ml)</b>			
•per opératoires	1030 ± 873	2537 ± 1629	p=0.001
•totaux	1491 ± 1301	3525 ± 2678	p=0.003

- Ưu thế của điều trị bảo tồn với xử trí cắt bỏ
  - Giảm cắt tử cung
  - Giảm truyền máu
  - Và, có thể có thai lại
- Nhưng,...
  - Xử trí nặng nề (MSO, rạch ở thân tử cung) trong chẩn đoán quá tay

## Đề xuất

- **Trong trường hợp phát hiện trước sinh (yếu tố nguy cơ)**
  - **Nhau Percreta hoặc nhau cài răng lược lan tỏa**  
=> Có một lựa chọn : **phương pháp bảo tồn**
  - **Nhau cài răng lược nghi ngờ hoặc ít quan trọng**  
=> Chuẩn bị như trong trường hợp nhau Percreta (phẫu thuật, hồi sức, thuyên tắc mạch), sổ nhau tích cực => nhau bong tự nhiên, nhau bong một phần => Exérèse-khâu +/- thủ thuật bổ sung
- **Trong trường hợp phát hiện ngẫu nhiên**
  - **Sau sanh ngã âm đạo**, nghi ngờ nhau cài răng lược ⇔ sổ nhau khó khăn và chảy máu sau sổ nhau tích cực  
=> Cầm máu cấp cứu : thuyên tắc mạch, hoặc phẫu thuật
  - **Trong khi MLT** => xin xem phía trên

## Kết luận

- **Hai điều bắt buộc :**
  - Siêu âm để phát hiện nhau cài răng lược khi có yếu tố nguy cơ : Nhau tiền đạo + tử cung có VMC
  - Nghi ngờ nhau cài răng lược => Xử trí an toàn : phẫu thuật viên có kinh nghiệm, phải có sẵn phòng thuyên tắc mạch và đơn vị chăm sóc đầy đủ phương tiện.
- **Ba tình huống :**
  - Nhau percreta => điều trị bảo tồn
  - Nhau cài răng lược lan tỏa => có thể cắt tử cung
  - Nhau cài răng lược giới hạn hoặc nghi ngờ => sổ nhau tích cực và theo dõi +/- phẫu thuật