

NHAU CÀI RĂNG LỢC TRÊN NHAU TIỀN ĐẠO CÓ VẾT MỔ LẤY THAI

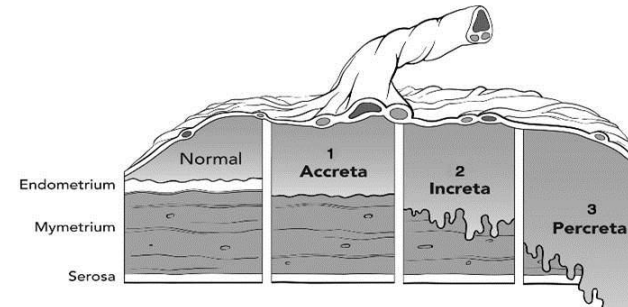


PGs. Ts. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

1

- Tại Việt nam tỷ lệ mổ sanh có xu hướng gia tăng qua từng thập kỷ, vào những năm 1980 tỷ lệ này là 12 – 15%, hiện nay tỷ lệ này khoảng 40 – 50%.
- Tại bệnh viện Hùng Vương NCRL từ 1995 – 2011, tỷ lệ mổ lấy thai tăng từ 17,1% đến 42,8%, tỷ lệ NCRL tăng từ 1/10.000 lên 1/4.762, đặc biệt trong nhóm có tiền căn mổ sanh kèm nhau tiền đạo.

3



Nhau cài răng lược

Nhau cài răng lược là sự bám bất thường hoặc xâm lấn một phần hay toàn bộ bánh nhau vào lớp cơ tử cung.

Placenta accreta: chiếm 75 -78% các trường hợp.

Placenta increta: gai nhau bám vào đến lớp cơ tử cung, chiếm khoảng 17%.

Placenta percreta: gai nhau ăn xuyên hết lớp cơ tử cung, đến thành mạc và có thể xâm lấn cơ quan lân cận (bàng quang, trực tràng...), chiếm 5 – 7 % các trường hợp.

2

Nhau cài răng lược

Thời gian	Số ca sanh	NCRL
1930 - 1950	30.000	1
1950 - 1960	19.000	1
1980	7.000	1
Hiện nay	2.500	1

(theo ACOG)

Tỷ lệ tăng gấp 10 lần sau 5 thập kỷ
Tương quan thuận với tỷ lệ mổ sanh

4

Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ nhau cài răng lược trong những trường hợp nhau tiền đạo có tiền sử mổ sanh tại bệnh viện Hùng vương trong năm 2011.
2. Tìm các yếu tố liên quan trong những trường hợp NCRL trên và đưa được quy trình xử trí.

5

Kết quả

Dân số đến sanh tại BV Hùng vương năm 2011

(n = 41.660)		
Yếu tố	Số ca	Tỷ lệ %
Sanh ÁĐ	23.812	57,16
Sanh mổ	17.848	42,84
Tiền sử mổ sanh	3.598	8,64
Nhau tiền đạo	281	0,67
NTĐ+ VMC	10	0,024

Đặc điểm dân số nghiên cứu (n = 10)

Yếu tố	Trung bình
Tuổi mẹ (năm)	31,9± 3,6
Tuổi thai nhập viện (tuần)	31,5± 2,8
Thời gian theo dõi (ngày)	41,2± 16,2
Thời gian mổ (phút)	158 ± 51,2
Máu mất (gram)	1.150 ±447,8
Truyền chế phẩm máu (ml)	810 ± 535,8
Cân nặng bé lúc mổ (gram)	3.257±387,0

7

Phương pháp nghiên cứu

Báo cáo loạt ca

Từ 1/1/2011 đến 31/12/2011, trong 41.660 trường hợp sanh và mổ sanh có:

8.164 trường hợp có tiền sử mổ sanh

281 trường hợp nhau tiền đạo.

Có 10 trường hợp nhau tiền đạo trung tâm mặt trước có tiền sử mổ sanh trước đó được chẩn đoán trước mổ nhau cài răng lược.

6

Kết quả

Phương thức mổ

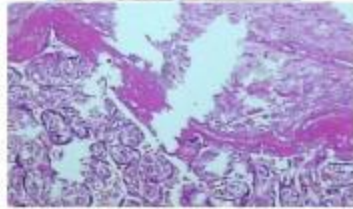
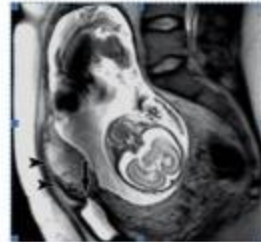
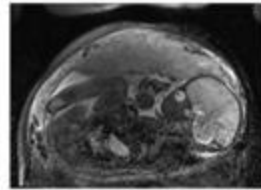
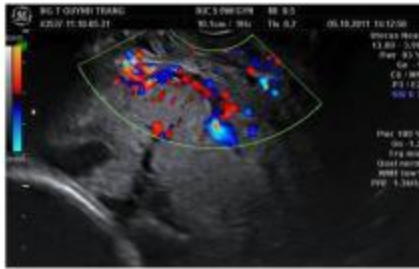
Mô chương trình	8
Mô cấp cứu	2
Xẻ đáy lấy thai+ cắt TC	5
Xẻ đáy+cắt TC+thắt hạ vị	2
Mô bảo tồn thành công	1
Mô bảo tồn thất bại	2

Liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng và giải phẫu bệnh

	NTĐ TT	Accreta	Increta	Precreta
SA 2D	10			
SÂ màu		1	3	6
MRI		1	4	5
Lúc mổ		1	2	7
GPB			5	4

SÂ: siêu âm, GPB: giải phẫu bệnh

8



Bàn luận

Dịch tễ học

- Yếu tố nguy cơ NCRL được ghi nhận qua các báo cáo ca bệnh hay loạt ca
 - Tuổi mẹ hơn 35, Tiền căn mổ sanh và số lần mổ sanh, dính lòng tử cung (Hc Ashermann), u xơ TC dưới niêm.
 - Nhau tiền đạo: không sẹo 1-5%, mổ sanh 1 lần 11-25%, mổ 2 lần 35-37%, từ 4 lần 50-67%

Maternal Serum Alpha-fetoprotein (MSAFP) trong tam cá nguyệt 2

Nghiên cứu có đối chứng: trên 44 trường hợp cắt TC ngay sau mổ sanh, với 20 NCRL và 24 do nguyên nhân khác.

- . 9/20 (45%) NCRL (placenta accreta/percreta/increta) có tăng MSAFP (4469 +/- 1851 so với 1885 +/- 1113 mL; P < .0001)
- . Truyền máu nhóm NCRL nhiều hơn nhóm chứng (7.7 +/- 4.7 versus 3.0 +/- 2.2; P < .001).

Kupferminc MJ, Tamura RK, Wigton TR, Glassenberg R, Socol ML. Placenta accreta is associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein. Obstet Gynecol. 1993 Aug;82(2):266-9.

Department of Obstetrics and Gynecology, Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois.

Giá trị của chẩn đoán hình ảnh và NCRL

	<u>Độ nhạy</u>	<u>Độ chuyên</u>	<u>Tác giả</u>
SA 2D	93 %	79%	Finberg HJ
SÂ màu	82%	97%	Chou MM
MRI	88%	100%	Warshak CR

.Chou MM, Ho ES, Lee YH (2000). Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;15:28–35.

.Finberg G, Williams J (1992). Placenta accreta : Prospective sonographic diagnosis in patients placenta previa and prior cesarean section. *J Ultrasound Med* 1992;11:333-343.

.Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, et al (2006). Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006 Sep;108(3 Pt 1):573-81.

13

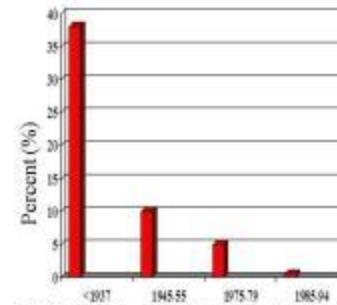
Một nghiên cứu mô tả của khoa GPB tại NH Manchester, Anh trong 25 năm trên 622 cas NCRL từ năm 1945 – 1969.

Yếu tố TC	Số cas	%	Tử vong mẹ		
			Cách sanh và điều trị	n	số chết % chết
TC dị dạng	8	1,29%	Sanh ÁĐ+ bảo tồn	53	15 28,3%
U xơ TC	18	2,9%	Sanh ÁĐ+ cắt TC trễ	48	6 12,5%
VMC	154	24,8%	Sanh ÁĐ+ Cắt TC ngay	137	9 6,6%
Nhiễm trùng TC	24	3,8%	Mổ sanh + bảo tồn	29	6 20,7%
Tiền cầu nạo	188	30,2%	Mổ sanh + cắt TC trễ	13	3 23,1%
Bóc nhau bằng tay	64	10,3%	Mổ sanh + cắt TC ngay	172	10 5,8%
Adenomyosis	5	0,08%			

Fox H. Review : Placenta accreta 1945–1969. *Obstet Gynecol*.No.7, Vol.27, p.475-480

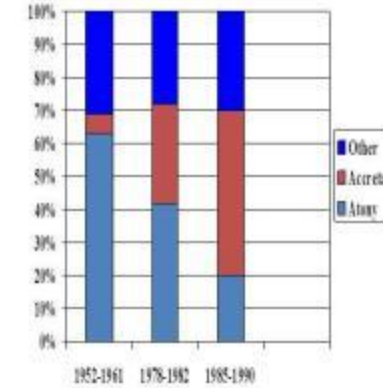
15

Tử vong mẹ do nhau cài răng lược trong thế kỷ 20



Robert K. Silverman, MD. SUNY Upstate Medical University. Department of OB/GYN. Division of Maternal-Fetal Medicine Syracuse, New York

Sự chuyển biến tỷ lệ mổ cắt tử cung cấp cứu



14

Quy trình chuẩn bị khi phát hiện nhau cài răng lược

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình: nguy cơ chảy máu, thai non tháng, đường mổ, phương cách mổ, rối loạn đông máu và thậm chí là tử vong.
- Do nguy cơ cho mẹ là sốc mất máu, cho nên chuẩn bị ít nhất là 2 đơn vị máu. Nâng tổng trạng mẹ, nếu cần có thể truyền máu.
- Phối hợp các chuyên khoa có liên quan khi xử lý (nhi, niệu, mạch máu).
- Đối với thai có nguy cơ cao do non tháng, nên dùng steroids kích thích trưởng thành phổi (24 – 34 tuần).
- Để kéo dài thai kỳ có thể dùng giảm co tử cung và theo dõi nội trú.

16

Điều trị bảo tồn

Khi chưa đủ số con, để bảo tồn tử cung có thể tiến hành một hay nhiều biện pháp sau :

- Thuyên tắc mạch hạ vị hay tử cung có chuẩn bị, bóc nhau nếu tróc.
- Chèn gạc hay bóng trong buồng tử cung kết hợp với sau bóc nhau bằng tay, sau gấp/ nạo, sau cắt bỏ chỗ nhau bám.
- May cầm máu tại chỗ, thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị.
- Theo dõi tình trạng tổng xuất nhau, nhiễm trùng, chảy máu.

17

Kết luận

- Băng huyết sau sanh hiện vẫn là mối quan tâm hàng đầu của sản khoa.
- NCRL chiếm tỷ lệ lớn trong những trường hợp BHSS trầm trọng.
- Việc chẩn đoán sớm và chọn lựa xử trí phù hợp có kế hoạch sẽ giúp giảm nguy cơ cho mẹ và con.

19

Cắt tử cung ngay sau mổ sanh

- Dự trữ sẵn ít nhất là 2 đơn vị hồng cầu đậm đặc cùng nhóm.
- Nên vào bụng qua đường rạch rốn vệ.
- Vào buồng TC lấy thai nên tránh vị trí bám của nhau.
- Không nên bóc nhau ngay.
- Có thể giảm lưu lượng máu đến TC : thắt ĐM TC, ĐM hạ vị.
- Khi cắt tử cung toàn bộ chưa phần phụ, chú ý các mối chỉ cột.

18

Cám ơn sự chú ý của Quý vị

20