



TỔNG QUAN VỀ TNTC Ở ĐOẠN KẼ ODT

BS NGUYỄN CHÍ QUANG

NỘI DUNG TRÌNH BÀY

- 1- LÀM RÕ KHÁI NIỆM THAI ĐOẠN KẼ - THAI Ở GÓC - THAI Ở SỪNG
- 2- CHẨN ĐOÁN THAI ĐOẠN KẼ
- 3- PHẪU THUẬT NS TRONG ĐIỀU TRỊ THAI ĐOẠN KẼ

KHÁI NIỆM

Tại Việt Nam 3 thuật ngữ:

- thai đoạn kẽ (interstitial pregnancy)
- thai ở sừng (cornual pregnancy)
- thai ở góc (angular pregnancy)

Được sử dụng chưa thống nhất, lẫn lộn

Tại BV Từ Dũ hay dùng thuật ngữ thai ở góc. Tại BV Hùng Vương hay dùng thuật ngữ thai ở sừng để ám chỉ TNTC ở đoạn kẽ

Trên thế giới thì sao????

The screenshot shows a PubMed search result for the article "Laparoscopic management of cornual pregnancies: a report of three cases" by Tinelli A, Malvasi A, Pellegrino M, Forbrelli G, Martelli B, Tsini DA. The abstract states: "OBJECTIVE: Cornual pregnancy refers to the implantation and development of a gestation in one of the upper and lateral portions of the uterus; authors report their experience in laparoscopic therapeutic procedures on three singleton cornual pregnancies. STUDY DESIGN: Three healthy women were admitted in General Hospitals with suspect of cornual pregnancies by clinical examination, increasing of beta-hCG value and transvaginal ultrasonography. One of them had a haemoperitoneum. Surgeons performed all operative laparoscopies, by incision and enucleating of ectopic cornual mass, coagulating of its surrounding vessels and suturing of the uterine incision site. RESULTS: Patients were successfully treated only by laparoscopy, post-operative recovery period was normal in all women, with no further therapeutically intervention in the follow-up course. The alternative was uneventful at the follow-up of 2 years. CONCLUSION: In cornual pregnancies, the minimally invasive surgical treatment by salpingotomy or resection of the cornual region of the uterus and the suturing of the incision site, should be the option in women interested in future fertility. Copyright © 2010 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved."

Ultrasound guided treatment of cornual ectopic pregnancy - Mónica Freixa

http://www.ejog.org/article/S0301-2115(08)00455-7/abstract

Welcome, Dr. QUANG
My Subscribers - My Alerts - My Profile - Logout

Search This Periodical

Volume 143, Issue 2, Page 126 (April 2009)

Ultrasound guided treatment of cornual ectopic pregnancy

Marcel Morgan, M. Aziz, M. Moutaf, M. Memon, R. Atala

Received 8 July 2008 published online 31 December 2008

No abstract is available. To read the body of this article, please view the Full Text online.

Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Elizabeth II Hospital, Wexley Garden City, Hertfordshire, UK

Department of Anaesthesia, Queen Elizabeth II Hospital, Wexley Garden City, Hertfordshire, UK

Corresponding author at: 47 Coleridge Drive, Mill Hill, London, N017 2EA, United Kingdom. Tel.: +44 2083810098/799554433

PII: S0301-2115(08)00455-7
doi:10.1016/j.ejog.2008.11.054

© 2008 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

[Non-broken, angular, and ectopic pregnancy of 22 ...] [Gynecol Obstet Mex, 2008] - PubMed result - Mónica Freixa

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18799443

Search: PubMed

Display Settings: Abstract

Gynecol Obstet Mex, 2008 Jul;76(7):417-20

[Non-broken, angular, and ectopic pregnancy of 22 weeks. Case report and literature review]

[Article in Spanish]

Cruz Martínez R, García Salazar N, Mercuriales G

Unidad Médica de Alta Especialidad Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, DF. add79@hotmail.com

Abstract

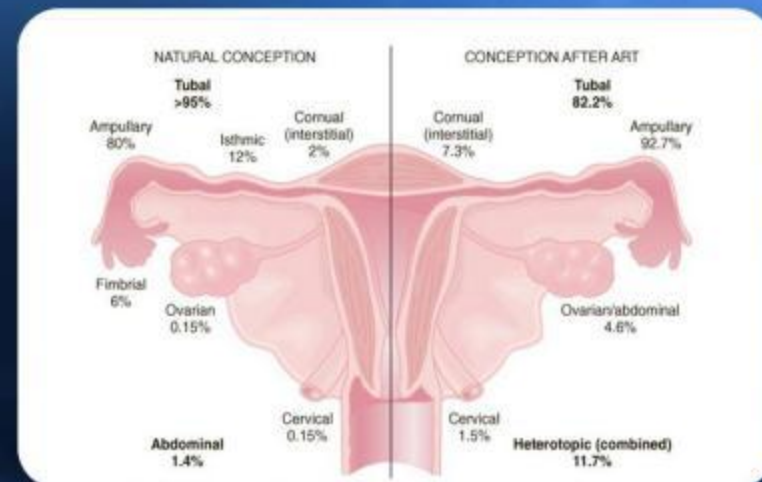
We present a clinical report of angular ectopic pregnancy at 22 weeks without uterine rupture. This is a rare and dangerous form of ectopic pregnancy that is very difficult to diagnose and can result in an intrauterine normal pregnancy following by uterine rupture with hypovolemic shock and risk of maternal death. Angular pregnancy must be differentiating for others forms of ectopic pregnancy like interstitial, cornual and intramural pregnancy to meet a correct clinical and histopathological diagnosis, to identify the signs when the uterine rupture appear imminent, and to take the best therapeutic decision according to gestational age at presentation.

PMID: 18799443 [PubMed - indexed for MEDLINE]

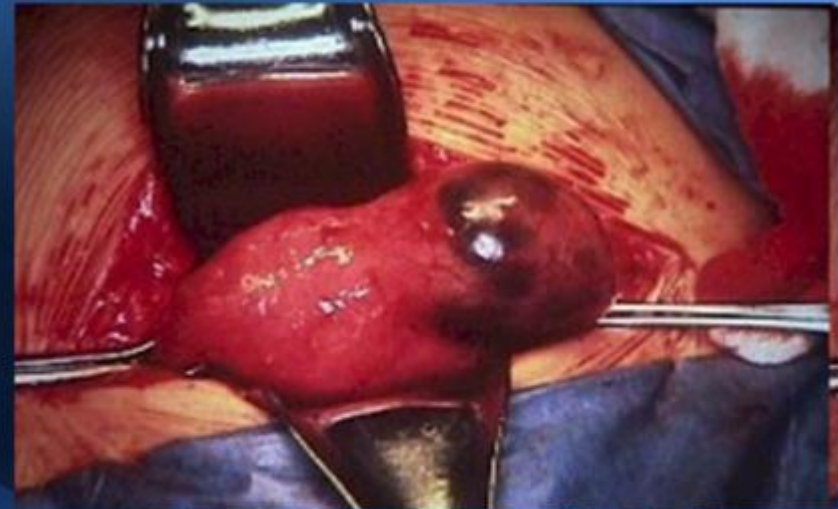
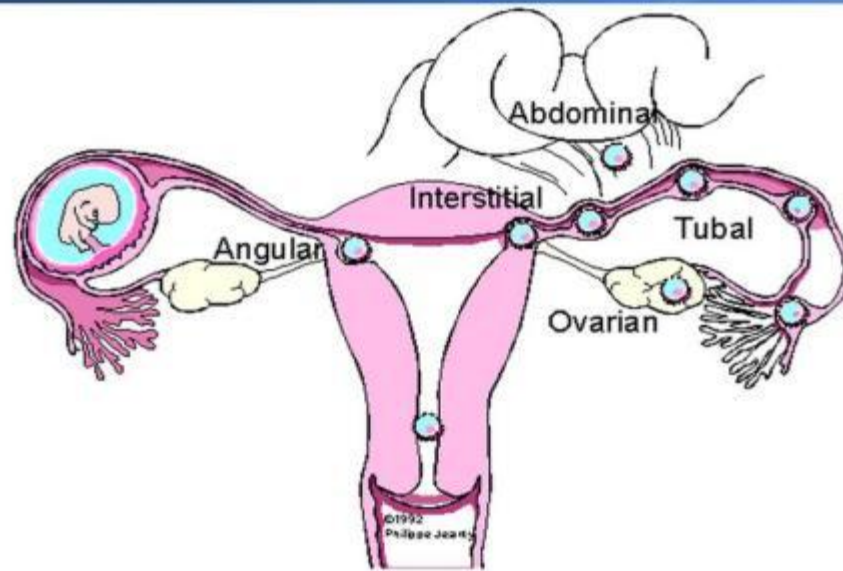
KHÁI NIỆM

- THAI ĐOẠN KÊ (interstitial pregnancy) : là thai ngoài TC đóng ở đoạn kẽ ODT
- Đoạn kẽ ODT tính từ lỗ trong của ODT chạy trong lớp cơ TC đến điểm mà ODT bắt đầu lộ ra TC
- Đoạn kẽ ODT có đường kính 7mm dài 1-2 cm

KHÁI NIỆM

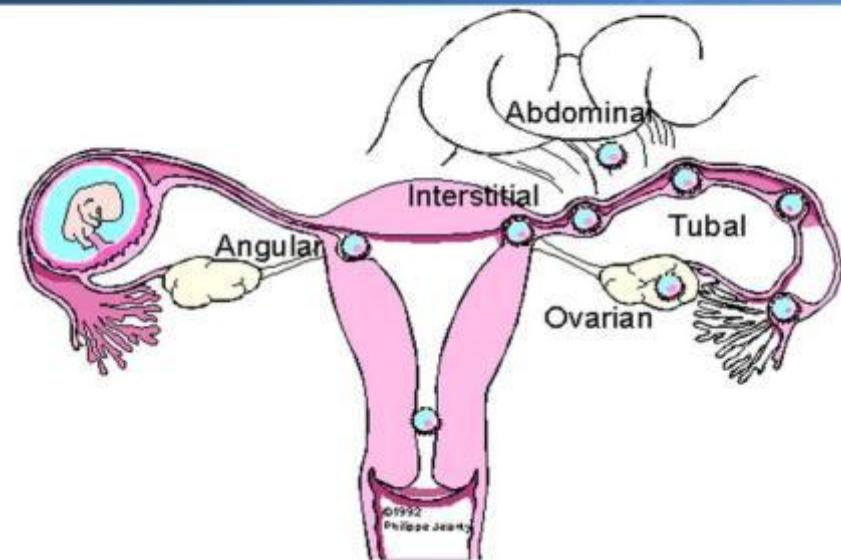


KHÁI NIỆM



KHÁI NIỆM

- **Thai ở góc** (angular pregnancy): là thai **trong tử cung** nằm lệch về 1 góc của tử cung
- Gây ra TC lớn bất đối xứng, **sảy thai 38,5%**, đau vùng chậu mạn tính, ra huyết âm đạo tái phát, sốt nhau
- **Hiếm khi vỡ tử cung**
- Các triệu chứng có thể tự mất đi và thai kỳ có thể **diễn tiến bình thường trong đa số các trường hợp**



This is accentuated by the rich vascular anastomosis of the uterine and the ovarian arteries in this region. Thus, early detection and a high index of suspicion are crucial to reducing morbidity and mortality.

From the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences (Drs Moawad, Moniz, and Taylor), Magee-Womens Hospital of the University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, and the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology (Drs Mahajan and Hurd), University Hospitals Case Medical Center and Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.

Interstitial pregnancy sometimes is mistakenly referred to as cornual pregnancy and frequently confused with angular pregnancy. A strict distinction among the 3 conditions is clinically important because their behavior, management, and outcomes are different. In contrast to interstitial pregnancy, an angular pregnancy refers to a viable intrauterine pregnancy that is implanted in the lateral angles of the uterine cavity, medial to the uterotubal junction. Angular pregnancies lead to asymmetric and symptomatic enlargement of the uterus and end in miscarriage in 38.5% of cases. Persistent pelvic pain or recurrent vagi-

Traditional treatments for interstitial ectopic pregnancy have ranged from exploratory laparotomy with cornual wedge resection to total abdominal hysterectomy.³ However, the development of high-resolution ultrasound evaluation and rapid quantitative β human chorionic gonadotropin (β -hCG) assays has fostered the detection of interstitial gestations before rupture, which, in turn, has made possible more conservative treatment options for the patient whose condition is hemodynamically stable. Conservative options include methotrexate administration (local and systemic) and minimally invasive surgi-

gular pregnancy refers to a viable intrauterine pregnancy that is implanted in 1 of the lateral angles of the uterine cavity, medial to the uterotubal junction. **Angular pregnancies lead to asymmetric and symptomatic enlargement of the uterus and end in miscarriage in 38.5% of cases. Persistent pelvic pain or recurrent vaginal bleeding during pregnancy, retention of the placenta during the third stage of labor, and rarely uterine rupture are among the potential complications of angular pregnancy, although the**

Term angular pregnancy: Successful expectant management

Júlio Augusto Gurgel Alves¹, Nádia Gurgel Alves², Carlos Augusto Alencar Júnior¹, Francisco Edson Lucena Feitosa¹ and Fabrício da Silva Costa^{3,4}

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Assis Chateaubriand School Maternity, Ceará, ²Albert Sabin Hospital, São Gerardo, ³and Faculty of Medicine, State University of Ceará, Ceará, Brazil; and ⁴Department of Perinatal Medicine, The Royal Women's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia

KHÁI NIỆM

- **Thai ở sừng** (cornual pregnancy): là **thai trong tử cung** đóng ở 1 sừng của TC 2 sừng
- Dự hậu thay đổi, phụ thuộc vào kích thước và khả năng dẫn nỡ của sừng TC nơi thai bám



Interstitial pregnancies account for only 2-4% of tubal pregnancies or approximately 1 in 2500-5000 live births.³ However, because of the factors discussed earlier and diagnostic difficulties, the mortality rate is as high as 2.5%, a rate that is 7 times greater than that of tubal pregnancies in general.^{2,4}

Interstitial pregnancy sometimes is mistakenly referred to as cornual pregnancy and frequently confused with an-

other hand, interstitial pregnancy appears lateral to the round ligament.^{2,5,6}

Cornual pregnancy refers to a pregnancy in a horn of a bicornuate uterus.

The clinical outcome of cornual pregnancy varies greatly, depending on the size and expansile nature of the affected horn.²

Traditional treatments for interstitial ectopic pregnancy have ranged from exploratory laparotomy with cornual

THAI ĐOẠN KẼ

- Thai đoạn kẽ chiếm khoảng 2-4% thai ở ống dẫn trứng, chiếm khoảng 1 phần 2500-5000 trẻ sinh sống.
- Tuy ít gặp nhưng tỉ suất tử vong cao khoảng 2.5%, và cao gấp 7 lần so với thai ở vị trí khác trên ống dẫn trứng

CHẨN ĐOÁN

- Thử thách nhất trong chẩn đoán thai đoạn kẽ là **phân biệt với thai trong tử cung ở góc.**
- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào SÂ ngã ÂĐ
- Dấu hiệu phân biệt là thai đoạn kẽ có **rất ít mô cơ tử cung** bao quanh 1 khối thai nằm rất lệch 1 bên của tử cung,
- Thai ở góc thì độ dày lớp cơ tử cung bao quanh khắp các mặt của khối thai **ít nhất là 5mm**

CHẨN ĐOÁN

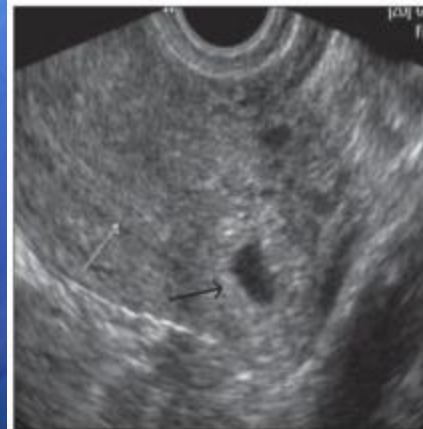
SIÊU ÂM: Tiêu chuẩn Timor-Trisch:

1. Bồng TC trống
2. Túi thai nằm cách rời ít nhất 1 cm tính từ khoang nội mạc của TC
3. Lớp cơ tử cung mỏng bao quanh khối thai <5mm

CHẨN ĐOÁN



Rastogi, et al.: Interstitial ectopic pregnancy



Figures 1: Axial 2D US scan at the level of the fundus shows an eccentrically located gestation sac (black arrow) on the left side of the uterine fundus, surrounded by a thin asymmetric myometrium separate from the endometrial cavity (white arrow) with no interstitial line sign

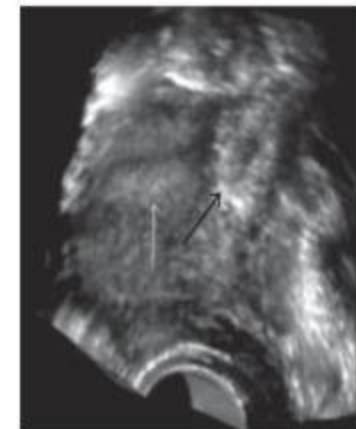


Figure 2: Coronal 3D scan shows a gestation sac (black arrow) in the left cornual region separate from the endometrial cavity (white arrow)

CHẨN ĐOÁN

- Theo Ackerman Sp 88-93% , nhưng Ss chỉ có 40%.
- Cũng theo tác giả này, ông mô tả thêm "dấu hiệu đường kẽ" là 1 đường có phản âm chạy từ nội mạc tử cung đến khu vực góc tử cung, nối tiếp với khối thai nằm ở đoạn kẽ.
- Sp 98% và Ss 80%.



CHẨN ĐOÁN

Siêu âm phân biệt:

- Thai đoạn kễ



- Thai ở góc



CHẨN ĐOÁN

ĐẠI THỂ: trong lúc phẫu thuật:

- Thai đoạn kễ: khối thai nằm ngoài dây chằng tròn
- Thai ở góc: khối thai nằm bên trong dây chằng tròn

CỘNG HƯỞNG TỬ

- Vai trò quan trọng khi siêu âm gặp khó khăn khi cần phân biệt với thai ở góc.
- Điều này lại đặc biệt cần thiết trong trường hợp túi thai đã có phôi, tim thai và bệnh nhân đang mong con.
- Việc phân biệt lúc này là vô cùng quan trọng vì 1 thai trong tử cung ở góc có thể dưỡng thai trong khi thai đoạn kễ lại cần phải chấm dứt thai kỳ

CỘNG HƯỞNG TỬ

Bourdel và cs đưa ra 3 tiêu chuẩn chẩn đoán trên cộng hưởng từ

- Túi thai nằm lệch khác thường
- Mô cơ tử cung bao quanh khối thai với độ dày <5mm
- Dấu hiệu đường kễ nổi nội mạc tử cung với khối thai
- Cần thêm nghiên cứu để xác định độ nhạy và độ chuyên của tiêu chuẩn này

ĐIỀU TRỊ

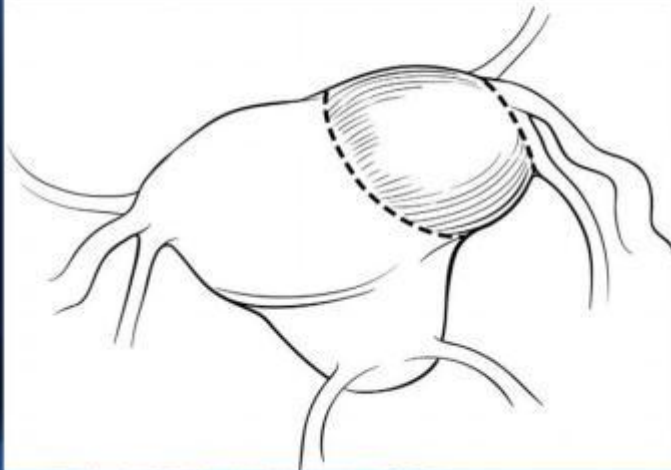
- Trước đây thường được mổ hở và tỉ lệ cắt TC cao
- Với sự phát triển siêu âm đầu dò giúp chẩn đoán sớm cho phép những điều trị bảo tồn ít xâm lấn hơn
- Sự phát triển vượt bậc của NS trong và thập niên gần đây cho phép NS dần thay thế mổ hở
- Tỉ lệ điều trị thành công được báo cáo trong y văn **85%** (164/192)

PT CẮT GÓC (cornual resection)

- Là PT mà khối thai đoạn kề cùng với mô cơ tử cung bao xung quanh sẽ được cắt đi nguyên khối.

PT CẮT GÓC (cornual resection)

FIGURE 3
Laparoscopic cornual resection

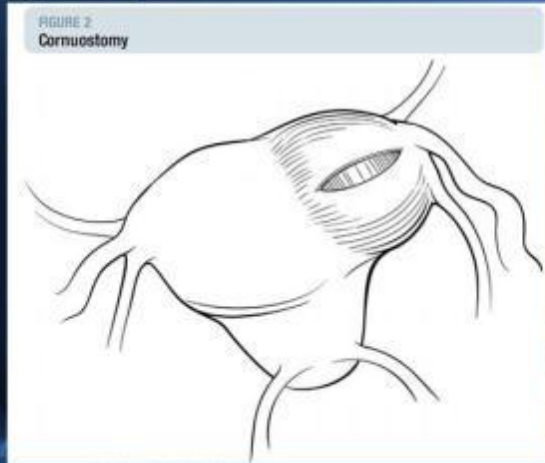


PT CẮT GÓC (cornual resection)

- Tiêm vasopressin vào mô chung quanh khối thai.
- Cắt khối thai đoạn kề cùng với mô cơ tử cung xung quanh bằng dao điện
- May phục hồi lại lớp cơ.
- Trong phẫu thuật này, dĩ nhiên ống dẫn trứng và mạc treo của nó, cũng được cắt theo.

PT XẼ GÓC (cornuostomy)

Là PT trong đó mô nhau thai được lấy ra mà không cần phải cắt bỏ mô cơ tử cung

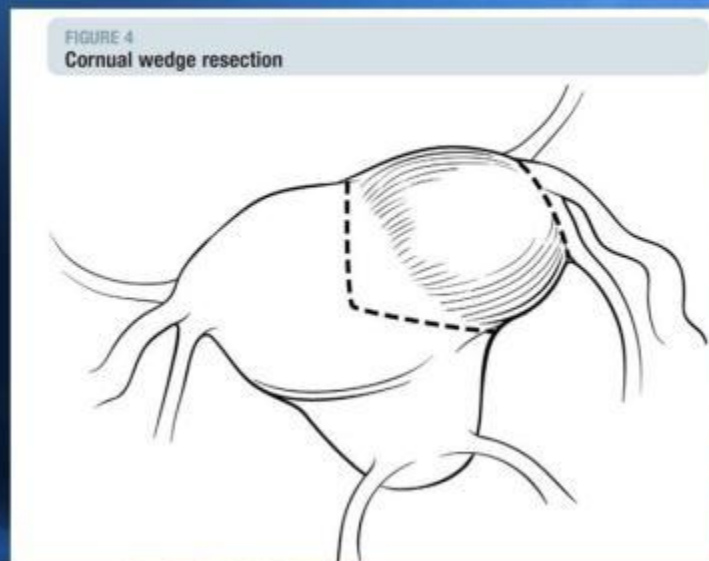


PT XẼ GÓC LẤY KHỐI THAI

Vài điểm chính trong kỹ thuật:

- Chích vasopressin vào cơ tử cung bao quanh khối thai để hạn chế chảy máu
- May mũi khâu vòng đặt ở ranh giới giữa khối thai và phần còn lại của tử cung
- Xẻ 1 đường thẳng lên trên khối thai bằng dao đốt đơn cực
- Mô nhau thai lấy ra ngoài bằng hút hoặc bóc tách bằng nước...
- Lớp đáy sẽ được đốt cầm máu
- May cơ tử cung

PHẪU THUẬT XÉN GÓC



SO SÁNH PHẪU THUẬT XẼ GÓC VÀ CẮT GÓC

	CẮT GÓC	XẼ GÓC
Ưu điểm	Không sót mô sau mổ Kiểm soát chảy máu tốt hơn	Có thể giữ ODT Ít tổn hại đến cơ TC
Nhược điểm	Không giữ ODT Lấy đi nhiều mô cơ tử cung	<u>Chảy máu nhiều hơn</u> <u>Sót mô sau mổ</u>

TÓM LẠI

- Phân biệt 3 thuật ngữ thai đoạn kẽ- thai ở góc – thai ở sừng. Trong đó thai đoạn kẽ mới thực sự là thai ngoài TC
- Chẩn đoán trước mổ còn nhiều khó khăn do ranh giới giữa thai ngoài và thai trong tử cung ở đoạn này rất mong manh
- Cần phổ biến áp dụng và đánh giá hiệu quả của các tiêu chuẩn chẩn đoán của Timor-Trisch và Ackerman

TÓM LẠI

- Điều trị: có thể áp dụng phẫu thuật nội soi thay thế dần cho mổ hở
- Bên cạnh PT cắt góc, có thể áp dụng phương pháp xẻ góc, nhằm bảo tồn chức năng sinh sản dù hiệu quả cần đánh giá thêm

**CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý
THEO DÕI CỦA QUÝ
THẦY CÔ VÀ CÁC ANH
CHỊ**