



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á **22**  
THÁI BÌNH DƯƠNG



# TS. BS. LÊ THỊ ANH ĐÀO

*Trưởng khoa Phụ ngoại - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội*  
*Giảng viên Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Hà Nội*



XỬ TRÍ CHỮA TRÊN SỢ MỎ LẤY THAI  
BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM METHOTREXATE  
PHỐI HỢP HÚT THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào, Vũ Trường Giang, Nguyễn Mạnh Trí



*“Cesarean scar pregnancy is a complication in which an embryo implants in the fibrous scar tissues from a prior cesarean delivery”*  
*SMFM 2020*

*Although the pathogenesis of CSP is incompletely understood, the mechanism has been postulated to involve blastocyst implantation within a microscopic dehiscence tract in the scar from a prior cesarean delivery*

- Tỷ lệ: tỷ lệ từ 1/2656 đến 1/1800 quần thể thai thông thường.
- Bệnh viện PSHN con số chữa trên SMLT báo cáo hàng năm:
- Trong 5 năm 2016-2021 số ca 500-600 ca/năm

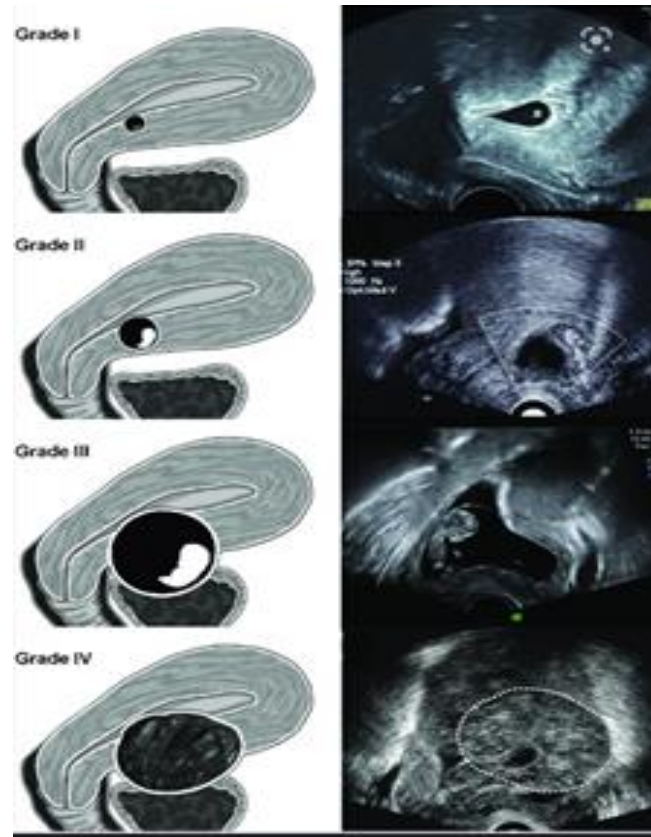
# CHẨN ĐOÁN CHỮA TRÊN SMLT

*The average gestational age at diagnosis was  $7.5 \pm 2.5$  weeks*

- *Tiêu chuẩn chẩn đoán theo RCOG 2016*

Siêu âm đầu dò AD+ Doppler màu

1. Buồng TC trống
2. Túi ối hoặc khối rau bám tại vị trí SMLT cũ
3. Lớp cơ giữa túi ối và bàng quang mỏng hoặc biến mất
4. Doppler cho thấy tuần hoàn rau hiện rõ
5. Buồng ống cổ TC trống



- *Tiêu chuẩn theo SMFM 2020*

1. an empty uterine cavity and endocervix
2. placenta, gestational sac, or both embedded in the hysterotomy scar
3. a triangular (at 8 weeks of gestation and earlier) or rounded or oval (after 8 weeks of gestation) gestational sac that fills the scar “niche” (the shallow area representing a healed hysterotomy site)
4. a thin (1–3 mm) or absent myometrial layer between the gestational sac and bladder
5. a prominent or rich vascular pattern at or in the area of a cesarean scar
6. an embryonic or fetal pole, yolk sac, or both with or without fetal cardiac activity

JC Shih



# XỬ TRÍ CHỮA TRÊN SMLT

- Nếu chẩn đoán sớm: xử trí dễ dàng
- Nếu đến muộn: khó khăn, tranh cãi
- Xu hướng điều trị: tránh các phẫu thuật xâm lấn nặng nề, bảo tồn chức năng sinh sản



## Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies

Kathrine Birch Petersen, M.D.,<sup>a</sup> Elise Hoffmann, M.D.,<sup>b</sup> Christian Rifbjerg Larsen, M.D., Ph.D.,<sup>c</sup> and Henriette Svarre Nielsen, M.D., D.M.Sc.<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Fertility Clinic 4071, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Copenhagen; <sup>b</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, Copenhagen University Hospital, Roskilde Sygehus, Roskilde; and <sup>c</sup> Centre for Minimal Invasive and Robotic Surgery Research, Departments of Gynecology, General Surgery, and Urology, Copenhagen University Hospital, Herlev Hospital, Herlev, Denmark

FERTILITY AND STERILITY® VOL. 105, NO. 4, APRIL 2016 0015-0282/\$36.00  
COPYRIGHT ©2016 AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE,  
PUBLISHED BY ELSEVIER INC.  
HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/J.FERTNSTERT.2015.12.130

## Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM)

Russell Miller MD, Ilan E. Timor-Tritsch MD, Cynthia Gvamfi-Bannerman MD

- Against expectant management of cesarean scar pregnancy (GRADE 1B)
- Suggest operative resection (with transvaginal or laparoscopic approaches when possible) or **ultrasound-guided vacuum aspiration be considered for surgical management** of cesarean scar pregnancy and that sharp curettage alone be avoided (GRADE 2C)
- Suggest intragestational methotrexate for medical treatment of cesarean scar pregnancy, with or without other treatment modalities (GRADE 2C); we recommend that systemic methotrexate alone not be used to treat cesarean scar pregnancy (GRADE 1C)
- Recommend that women with a cesarean scar pregnancy be advised of the risks of another pregnancy and counseled regarding effective contraceptive methods, including long-acting reversible contraception and permanent contraception (GRADE 1C).

- *Cắt bỏ khối chứa qua đường âm đạo*
- *Nội soi can thiệp*
- *Nút DM tử cung phối hợp với nong nạo và soi BTC*
- *Nút động mạch phối hợp với nong nạo*
- *Soi buồng tử cung*

# THỰC HÀNH TẠI VIỆT NAM

## • BÁO CÁO CỦA TỪ DỮ-2019

- Gynecol Minim Invasive. There were 234 cases in 2012, 629 in 2013, 875 in 2014, and 963 in 20Therapy ( Q3)
- TuDu Hospital in Ho Chi Minh City, Vietnam, the prevalence of CSP has increased substantially over the past several years<sup>15</sup>. The rate of CSPs over ectopic pregnancy was 963/5453 (17.6%); CSPs over live births was 693/52,651
- The success rate from this study (90.7%)
- method may be a new and effective management choice for first-trimester CSPs.
- This research applies to manage Cesarean scar ectopic pregnancies **under 8 weeks' gestational age** and type I of CSPs only

## NGUYỄN QUẢNG BẮC (NĂM 2020 - PSTW)

- Để phòng biến chứng chảy máu, tất cả các ca chữa trên SMLT **từ 9-10 tuần**, có tim thai và tăng sinh mạch máu nhiều đều được phẫu thuật. Tất cả các trường hợp này đều được mổ mở ( 2 chuyển NS-sang mổ mở).

## PHỤ SẢN HÀ NỘI (NĂM 2020)

- 174 trường hợp < 10 tuần
- Các trường hợp **≥ 9 tuần** đều mổ mở chủ động hoặc chuyên hút – mổ cấp cứu.
- **≥ 8 tuần- 9 tuần: ¼ hút- mổ cấp cứu**

# ĐIỀU TRỊ CHỮA TRÊN SMLT 8- 10 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM METHOTREXATE PHỐI HỢP HÚT THAI I

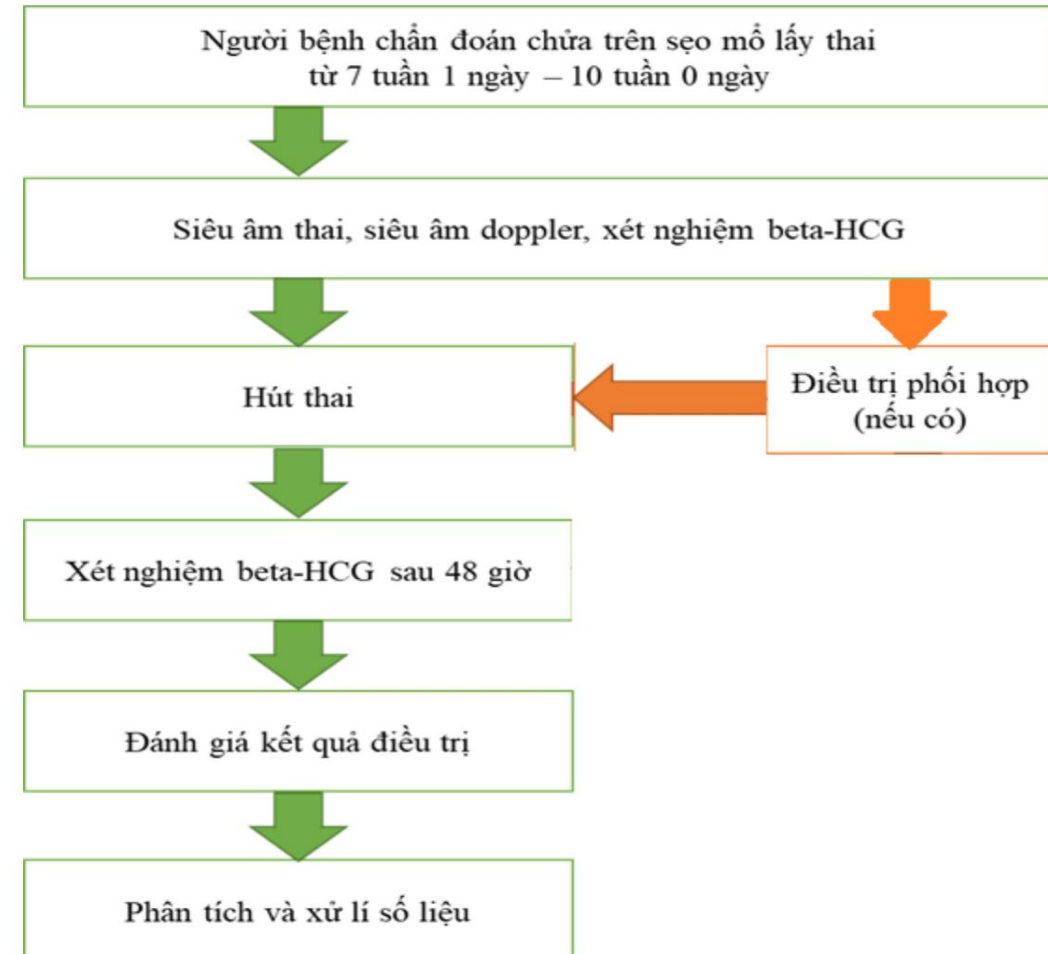
**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

## Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi thai từ **8 tuần- 10 tuần**
- Tiêu chuẩn chẩn đoán của **RCOG 2014**.
- Độ dày cơ tử cung tại vị trí túi ối **> 2 mm** (đo tại chỗ mỏng nhất).
- Toàn trạng ổn định, không băng huyết âm đạo.

## Tiêu chuẩn loại trừ:

- Khối chữa quá lệch về 1 phía của vết mổ tại eo tử cung
- Lớp cơ tử cung tại vị trí vết mổ quá mỏng  $\leq 2\text{mm}$ .





**Cỡ mẫu:** 39 bệnh nhân chữa trên SMLT 8-10 tuần

- 29 bệnh nhân hút ngay dưới SA
- 10 bệnh nhân được điều trị MTX tiêm túi ối và toàn thân đa liều sau đó mới hút
  - Tuổi thai 9,10 tuần
  - Độ II hoặc III (phân loại theo Shih)
  - BhCG > 100.000 UI/l và tăng sinh mạch máu nhiều

### Tiêu chuẩn thành công

- Không phải chuyển sang mổ mở do chảy máu nhiều hoặc thủng tử cung.
- Không phải truyền máu

# ĐẶC ĐIỂM 10 BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ MTX ĐA LIỀU VÀ DIỆT PHÔI

Đặc điểm		BN2	BN 26	BN28	BN 29	BN 30	BN 35	BN 36	BN 37	BN 38	BN39
Tuổi Thai (tuần)		10	9	10	9	10	9	8	10	8	9
Shih		II	III	II	II	II	II	III	I	II	III
βhCG vào viện (mUI/ml)		93094	167237	91974	176263	170432	167213	260201	152000	202635	70886
βhCG sau điều trị nội (mUI/ml)		1430	20287	8549	25080	30000	19000	49898	9731	18892	12099
Tăng sinh mạch	Trước hút	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Vào viện	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+
Kích thước túi thai	Trước hút	39	28	40	29	30	31	26	36	27	35
	Vào viện	40	33	50	32	32	33	27.5	34	30	30
Thành công		-	+	-	+	+	+	+	+	+	-

Đặc điểm	Hút đơn thuần (n=29)	Nội khoa + Hút thai (n=10)	p
Tuổi thai khi vào viện			
8 tuần (n = 23)	21 (72,4%)	2 (20%)	
9 tuần (n = 12)	8 (27,6%)	4 (40%)	0,263
10 tuần (n = 4)	0 (0%)	4 (40%)	
Nồng độ bHCG trước khi hút thai			
< 100.000 IU/L (n = 35)	26 (89,7%)	10 (100%)	0,415
> 100.000 IU/L (n = 4)	3 (10,3%)	0 (0%)	
Phân loại Shih			
Grade 1 (n = 12)	11 (37,9%)	1 (10%)	
Grade 2 (n = 22)	16 (55,1%)	6 (60%)	0,091
Grade 3 (n = 5)	2 (7%)	3 (30%)	
Tăng sinh mạch máu khi vào viện			
Nhiều (n = 31)	23 (79,3%)	8 (80%)	0,296
Ít (n = 8)	6 (19,7%)	2 (20%)	

## ĐẶC ĐIỂM CỦA 2 NHÓM SAU MTX - TRƯỚC KHI HÚT THAI

Sau khi được điều trị tiêm MTX tại túi phôi và toàn thân, các đặc điểm về nồng độ  $\beta$ hCG, độ phân loại Shih, mức độ tăng sinh mạch của 2 nhóm tương đương nhau  $p > 0,05$ .

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Kết quả điều trị	Điều trị nội khoa		Tổng
	Có	Không	
Thành công	7 (70,0%)	27 (93,1%)	34 (87,2%)
Không thành công	3 (30,0%)	2 (6,9%)	5 (12,8%)
Tổng	10 (100,0%)	29 (100,0%)	39 (100%)

- Tỷ lệ hút thai thành công của nghiên cứu là **87,2%**: nhóm hút thai đơn thuần chiếm **93,1%**, nhóm được điều trị MTX trước hút thai chiếm **70%**.
- Trong đó phương pháp cầm máu trong và sau thủ thuật: chủ yếu là chèn bóng Foley với 22 bệnh nhân chiếm **56%**.
- 12 bệnh nhân chỉ cần dùng thuốc tăng co.
- 1 bệnh nhân chảy máu ngay khi hút và 4 bệnh nhân chảy máu ngay sau hút phải chuyển mổ mở để cầm máu chiếm tỉ lệ **12,8 %**.



# KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thành công chung **87,1%**.
- Nhóm hút thai đơn thuần ( shih I II,  $\beta$ hCG < 100.000, tăng sinh mạch ít) thành công: **93,1%**.
- Điều trị nội khoa phối hợp với hút cho  
Thai chửa SMLT tuổi thai 9, 10 tuần  
Độ Shih II và III  
 $\beta$  hCG > 100.000  
→ Tỷ lệ thành công **70%**.

*Tăng sinh mạch máu nhiều và Shih III vẫn là thách thức lớn với phương thức hút*

# Xin trân trọng cảm ơn !



*Thank you!*



**VFAP**



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á  
THÁI BÌNH DƯƠNG

LẦN THỨ  
**22**