

THAI Ở SỢO MỖ LẤY THAI

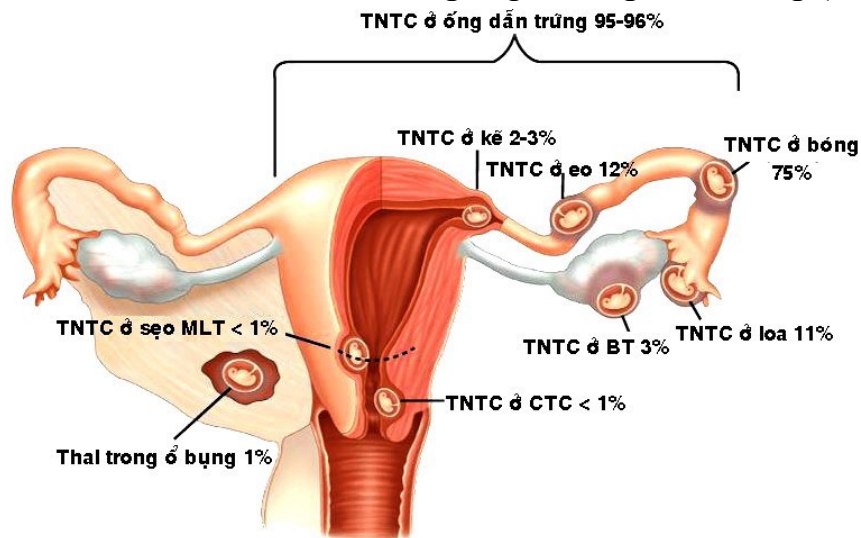
I. ĐỊNH NGHĨA

Thai ở sẹo mổ lấy thai (TOSMLT) là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ trong vết sẹo mổ trên cơ tử cung.

II. XUẤT ĐỘ

- Xuất độ: 1/1.800-1/2.500 tổng số sinh. Độ xuất hiện có khuynh hướng tăng dần.

- TOSMLT chiếm tỉ lệ < 1% các trường hợp thai ngoài tử cung (TNTC).



Hình 1. Các vị trí thai ngoài tử cung.

Nguồn Cunningham FG, Leveno KJ. Williams Obstetrics, 23 edition, 2010

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền căn mổ lấy thai
- Tiền sử nhau bám chặt
- Tiền căn phẫu thuật trên cơ tử cung: bóc u xơ cơ tử cung, may tái tạo tử cung, nhau cài răng lược được điều trị bảo tồn ở lần sinh trước
- Thai ngoài tử cung
- Thụ tinh trong ống nghiệm
- Tiền sử nạo phá thai nhiều lần

IV. CHẨN ĐOÁN

Phát hiện sớm thai ở sẹo mổ lấy thai giúp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản.

4.1. Lâm sàng

- Tam chứng cổ điển
 - + Trễ kinh
 - + Ra huyết âm đạo bất thường (33-44%)
 - + Đau bụng (25%)

Khoảng 50% người bệnh không có triệu chứng, chỉ phát hiện qua siêu âm.

Do không có triệu chứng và dấu hiệu chuyên biệt báo động nên chẩn đoán có thể chậm trễ, có thể dẫn đến hậu quả phát hiện và xử trí muộn hay thai tiến triển gây vỡ tử cung.

4.2. Cận lâm sàng

a) Siêu âm ngả âm đạo kết hợp với Doppler

- Túi thai nằm giữa bàng quang và phần trước đoạn eo tử cung, lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai không có hay rất mỏng (1-3mm).

- Với siêu âm 3D Doppler có hình ảnh mạch máu quanh túi thai, có hình ảnh mất liên tục của vách trước tử cung trên mặt cắt ngang qua túi ối.

- Buồng tử cung không có hình ảnh túi thai.

- Kênh cổ tử cung không có hình ảnh túi thai.

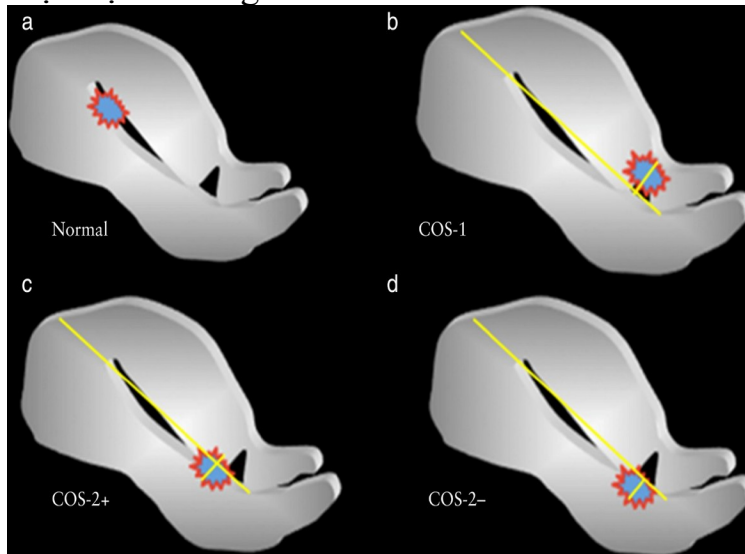
Để phân nhóm TOSMLT có một khái niệm trong hình ảnh siêu âm tam cá nguyệt đầu đó là Crossover sign (COS). Trong mặt cắt dọc giữa của siêu âm tử cung, so sánh đường thẳng nối từ lỗ trong cổ tử cung đến đáy tử cung chứa nội mạc tử cung và đường kính trước sau túi thai:

+ COS-1: túi thai xâm lấn vào sẹo mổ và mặt trước cơ tử cung, lớn hơn 2/3 đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc tử cung.

+ COS-2: túi thai xâm lấn vào sẹo mổ và mặt trước cơ tử cung, nhỏ hơn 2/3 đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc tử cung. Trong đó, lại chia ra:

- COS-2- có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc tử cung.

- COS-2+ không có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc tử cung.



Hình 2. Mô phỏng mối liên hệ giữa túi thai ngoài tử cung, sẹo mổ cũ và nội mạc tử cung mặt trước thân tử cung trong dấu hiệu COS trên siêu âm.

Chẩn đoán chính xác giúp tránh sai sót khi nhầm lẫn với thai trong tử cung dẫn đến can thiệp nạo gây xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật khẩn cấp.

b) β -hCG: dương tính (trong trường hợp âm tính cũng không thể loại trừ).

c) Siêu âm 3D và MRI (trong những trường hợp khó).

4.3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai trong tử cung
- Sảy thai và khối thai tụt xuống ngang vết mổ lấy thai (trên siêu âm màu sảy thai không có mạch máu quanh thai)
- Thai ở cổ tử cung (bảng 1)
- U nguyên bào nuôi (hiếm)

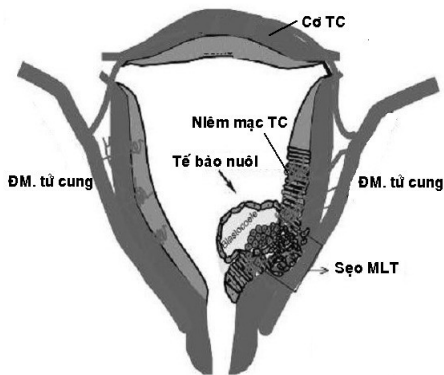
Bảng 1. Chẩn đoán thai ngoài tử cung ở cổ tử cung	
Tiêu chuẩn lâm sàng	Tiêu chuẩn siêu âm
1. Tử cung nhỏ, cổ tử cung phình to.	1. Buồng tử cung trống chỉ có túi thai giả
2. Lỗ trong cổ tử cung không nở to.	2. Nội mạc tử cung giả màng rụng dày
3. Nạo nội mạc tử cung không có mô nhau.	3. Cấu trúc thành tử cung lan tỏa
4. Lỗ ngoài cổ tử cung mở to hơn sảy thai	4. Tử cung hình đồng hồ cát
	5. Cổ tử cung phình to
	6. Có túi thai trong kênh tử cung
	7. Có mô nhau tại cổ tử cung trong
	8. Lỗ trong cổ tử cung đóng kín

V. DIỄN TIẾN

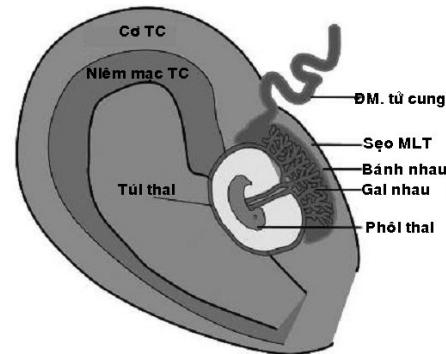
TOSMLT diễn tiến thành 2 loại:

- Loại I (COS-2): túi thai phát triển hướng vào trong eo tử cung hay buồng tử cung, có thể tiến triển đến sinh sống, nhưng có nguy cơ xuất huyết ồ ạt nơi nhau bám (hình 3).

- Loại II (COS-1): túi thai cắm sâu trong khe hở sẹo mổ lấy thai (MLT) và tiến triển gây vỡ tử cung trong 3 tháng đầu và xuất huyết ồ ạt nguy hiểm tính mạng (hình 4).



Hình 3. Thai phát triển vào buồng TC



Hình 4. Túi thai bám sâu trong sẹo MLT, gây vỡ TC sớm

VI. ĐIỀU TRỊ

Khuynh hướng hiện nay là điều trị bảo tồn nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu nhằm kết thúc thai kỳ sớm, nhờ đó tránh phải phẫu thuật lớn và bảo tồn khả năng sinh sản.

6.1. Nguyên tắc điều trị

- Ngưng hoạt động tim thai và loại bỏ túi thai.
- Bảo tồn khả năng sinh sản (nếu đủ điều kiện).
- Tùy theo mức độ khẩn cấp của diễn tiến bệnh mà có biện pháp điều trị phù hợp.

+ Nếu xuất huyết ồ ạt: cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu, có khả năng phải cắt tử cung để cầm máu.

+ Nếu tình trạng ổn định, không xuất huyết hay lượng ít: có nhiều phương pháp điều trị.

- Không được can thiệp ban đầu bằng nạo và nạo vì nguy cơ xuất huyết ồ ạt.

- Điều trị ban đầu với MTX tại chỗ kết hợp với toàn thân cho kết quả tốt hơn.

6.2. Điều trị nội khoa

6.2.1. Điều trị với Methotrexate (MTX)

a) Chỉ định: các trường hợp thai < 14 tuần, huyết động ổn định và không chống chỉ định dùng MTX.

- Thai lưu ≤ 8 tuần, β -hCG tăng: MTX 50 mg, tiêm bắp (TB).

- Thai chưa có tim thai: dưới hướng dẫn siêu âm ngả âm đạo hút trọn phôi thai, hút hết nước ối và tiêm MTX 25 mg quanh túi thai và 25 mg TB (tổng liều 50 mg/m² diện tích da).

- Thai có hoạt động tim thai: hủy thai bằng hút trọn phôi thai (thai < 9 tuần) hoặc hút mô buồng tim thai (thai > 9 tuần) hoặc tiêm MTX 25 mg (hoặc KCl) vào tim thai, phôi hợp MTX 25 mg tiêm vị trí bánh nhau. Sau 60-90 phút siêu âm kiểm tra xác định đã mất tim thai và xem có xuất huyết tại chỗ hay không, tiêm bắp 25 mg MTX (tổng liều 75 mg MTX).

b) Chống chỉ định điều trị MTX (xem phác đồ Thai ngoài tử cung).

c) Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX (xem phác đồ Thai ngoài tử cung).

d) Sau thủ thuật: cần sử dụng kháng sinh, thuốc gò tử cung, cầm máu:

- Kháng sinh: Ceftriaxone 1g 1 lọ x 2 tiêm tĩnh mạch trong 2 ngày, sau đó chuyển qua Cephalosporin thế hệ 3 phối hợp với Metronidazole 250mg 2 viên (uống) x 2 lần/ngày trong 7 ngày.

- Thuốc hỗ trợ:

- + Oxytocin 5 đơn vị (TB 2 lần/ngày đến khi xuất viện).

- + Thuốc cầm máu: acid tranexamic 500 mg 1 viên (uống) x 2 lần/ngày x 5 ngày.

- + Hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động, nên nằm nghỉ.

e) Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú

Có đầy đủ tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng ổn định, không đau bụng, hết ra huyết âm đạo
 - Kích thước khối thai < 5 cm
 - β -hCG giảm trên > 30% so với β -hCG trước thủ thuật.
 - Giảm tăng sinh mạch máu.
 - Có khả năng theo dõi và người bệnh tuân thủ theo dõi, có thể đến bệnh viện nhanh chóng khi có chảy máu
- f) Theo dõi ngoại trú cần lưu ý
- Theo dõi β -hCG và siêu âm Doppler.
- β -hCG: giảm > 15%: theo dõi mỗi tuần trong 3 tuần liên tiếp, sau đó mỗi tháng đến khi β -hCG âm tính. Nếu giảm < 15%: nhập viện tiêm MTX liều 2 (1 mg/kg).
 - Siêu âm: khối thai và tăng sinh mạch máu mỗi tuần trong 3 tuần, sau đó siêu âm mỗi tháng đến khi: kích thước túi thai không quan sát được và chỉ số tưới máu giảm.
 - + Đường kính khối thai < 5-7 cm: theo dõi đến khi không còn.
 - + Đường kính khối thai > 7 cm hoặc khối thai tăng: nhập viện phối hợp thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc nuôi khối thai hay phẫu thuật tùy từng trường hợp cụ thể.
 - + Nếu tăng sinh mạch máu nhiều: nhập viện phối hợp thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc.
- g) Tư vấn
- Không được vận động mạnh, không quan hệ tình dục, hạn chế đi lại cho đến khi khối TOSMLT bị tiêu hoàn toàn.
 - Nhập viện ngay khi có chảy máu trung bình/nhiều, β -hCG tăng, thể tích khối thai tăng hay có gia tăng tưới máu.
- h) Thận trọng trong thăm khám, chăm sóc: thăm khám nhẹ nhàng tránh làm vỡ khối thai và gây xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật cấp cứu.
- Sau điều trị MTX đa số người bệnh hồi phục hoàn toàn không cần can thiệp thêm và đa số không có tác dụng phụ.

6.2.2. Siêu âm tập trung cường độ cao (high-intensity focused ultrasound - HIFU)

6.3. Điều trị ngoại khoa

6.3.1. Nong nạo

- Chỉ định:
 - + Một số ít trường hợp β -hCG < 2.000 mUI/mL sau khi điều trị MTX, chảy máu khối thai sảy hoặc khối thai không giảm kích thước.
 - + Phân độ trên siêu âm là COS-2-
- Nong nạo không nên là điều trị đầu tiên vì có nguy cơ thủng tử cung và xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật cấp cứu cắt tử cung.
- Cần tư vấn nguy cơ thủng tử cung, tổn thương bàng quang, niệu quản phải chuyển phẫu thuật nếu cần thiết, chuẩn bị máu, dịch truyền trước thủ thuật.

- Kỹ thuật: sử dụng Karman 1 van, đặt vị trí ống hút số 6 hay số 8 phía trên vết mổ cũ, hút nhẹ nhàng (tránh hút ngay vết mổ cũ vì nguy cơ tổn thương vết mổ cũ vốn rất mỏng và nhau đã xâm lấn nhiều), hút vừa đủ mô (mục tiêu là giảm thể tích khối thai không cố gắng lấy hết toàn bộ).

- Khi có chảy máu trung bình/nhiều đặt bóng chèn bơm 20-30 mL nước muối sinh lý có hiệu quả cầm máu. Rút bóng chèn sau 12-24 giờ.

6.3.2. Đặt foley kết hợp với hút thai

- Chỉ định: TOSMLT có tuổi thai ≤ 8 tuần.

- Đặt foley để đẩy khối thai tách khỏi vết mổ:

+ Thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Ống foley sử dụng 14 hoặc 16.

+ Bơm 20-25 mL nước cất để đẩy khối thai lên và foley ép vào vết mổ.

+ Nếu foley rơi trước 6 giờ và chưa có dấu hiệu sảy: đặt lại foley lần 2 và chèn 1 tampon. Nếu foley rơi sau 6 giờ kèm dấu hiệu sảy thai: tiến hành hút thai

+ Lưu foley 24 giờ

+ Sử dụng kháng sinh ngay sau khi đặt foley.

+ Sau 24 giờ rút foley và hút thai dưới hướng dẫn siêu âm:

• Sử dụng Karman 1 van và ống hút số 6.

• Chừa một ít mô nhau ở vị trí vết mổ cũ, không cố gắng lấy hết hay hút sạch vì có nguy cơ tổn thương cơ tử cung gây chảy máu nhiều.

• Thuốc gò tử cung: Oxytocin 5 đơn vị, 2 ống tiêm bắp và Misoprostol 200 mcg x 3 viên đặt trực tràng.

- Nếu tình trạng bệnh ổn sau 48 giờ được xuất viện cho theo dõi ngoại trú

- Theo dõi ngoại trú:

+ Người bệnh được hẹn tái khám mỗi tuần trong 3 tuần đầu, sau đó mỗi tháng cho đến khi mất khối thai, β -hCG âm tính, không có tăng sinh mạch máu.

+ Dẫn dò người bệnh không làm việc nặng, không đi lại nhiều, không giao hợp.

+ Tái khám theo hẹn hoặc khi đau bụng nhiều hoặc ra huyết âm đạo nhiều (2 băng vệ sinh mỗi giờ trong 2 giờ).

- Dấu hiệu người bệnh phải nhập viện lại:

+ β -hCG tăng.

+ Kích thích khối echo hỗn hợp ở sẹo mổ lấy thai tăng.

+ Tăng sinh mạch máu nhiều.

6.3.3. Phẫu thuật

- Chỉ định: khi có 1 trong 3 yếu tố:

+ Tuổi thai ≥ 14 tuần

+ Người bệnh > 40 tuổi và không có nguyện vọng sinh sản.

+ Huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều, có thể có choáng hay không.

- Phẫu thuật thường khó khăn vì khối nhau có thể xâm lấn bàng quang. Cần tư vấn nguy cơ tổn thương bàng quang, niệu quản. Chuẩn bị máu, dịch truyền trước phẫu thuật.

- Phẫu thuật mở bụng cắt bỏ khối thai và bảo tồn nếu được, hoặc cắt tử cung hoàn toàn. Phẫu thuật phải được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

6.4. Phối hợp nhiều kỹ thuật

Tùy theo mức phức tạp đã có nhiều biện pháp điều trị phối hợp để có kết quả tốt.

6.4.1. MTX tại chỗ + toàn thân và nong nạo

Nong nạo chỉ áp dụng cho các trường hợp ổn định, β -hCG < 2.000 UI/L có chảy máu và khối thai sảy.

6.4.2. MTX tại chỗ/toàn thân + thuyên tắc động mạch tử cung

Có hiệu quả cao trong các trường hợp khối thai to có nhiều mạch máu. Đặc biệt cho các trường hợp rong huyết kéo dài sau điều trị MTX, khối thai đã giảm kích thước và β -hCG giảm về mức bình thường nhưng không hết triệu chứng rong huyết, có thể tồn tại thông nối động tĩnh mạch vùng sọ.

6.4.3. MTX trong lúc làm tắc động mạch tử cung

Phương pháp này đã được Shen L. và cộng sự báo cáo có kết quả khả quan, chỉ có 1 ca phải cắt tử cung trên tổng số 45 ca.

6.4.4. Thuyên tắc động mạch tử cung + phẫu thuật

Nhằm hạn chế chảy máu, Yang và Yeng đề xuất kết hợp thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc trước phẫu thuật để giảm tai biến và bảo tồn khả năng sinh sản.

6.4.5. Chờ đợi không can thiệp và theo dõi

Với TOSMLT là thai lưu < 8 tuần, tổng trạng ổn định, β -hCG < 1.000 mUI/mL giảm đều: chỉ cần theo dõi, không cần can thiệp, khối thai sẽ tự hủy theo thời gian vài tuần tới vài tháng.

Nếu β -hCG tăng lại hay không giảm: cần can thiệp nội khoa hay ngoại khoa tùy từng trường hợp. Nếu cần có thể cần nội soi buồng tử cung đánh giá lại sang thương.

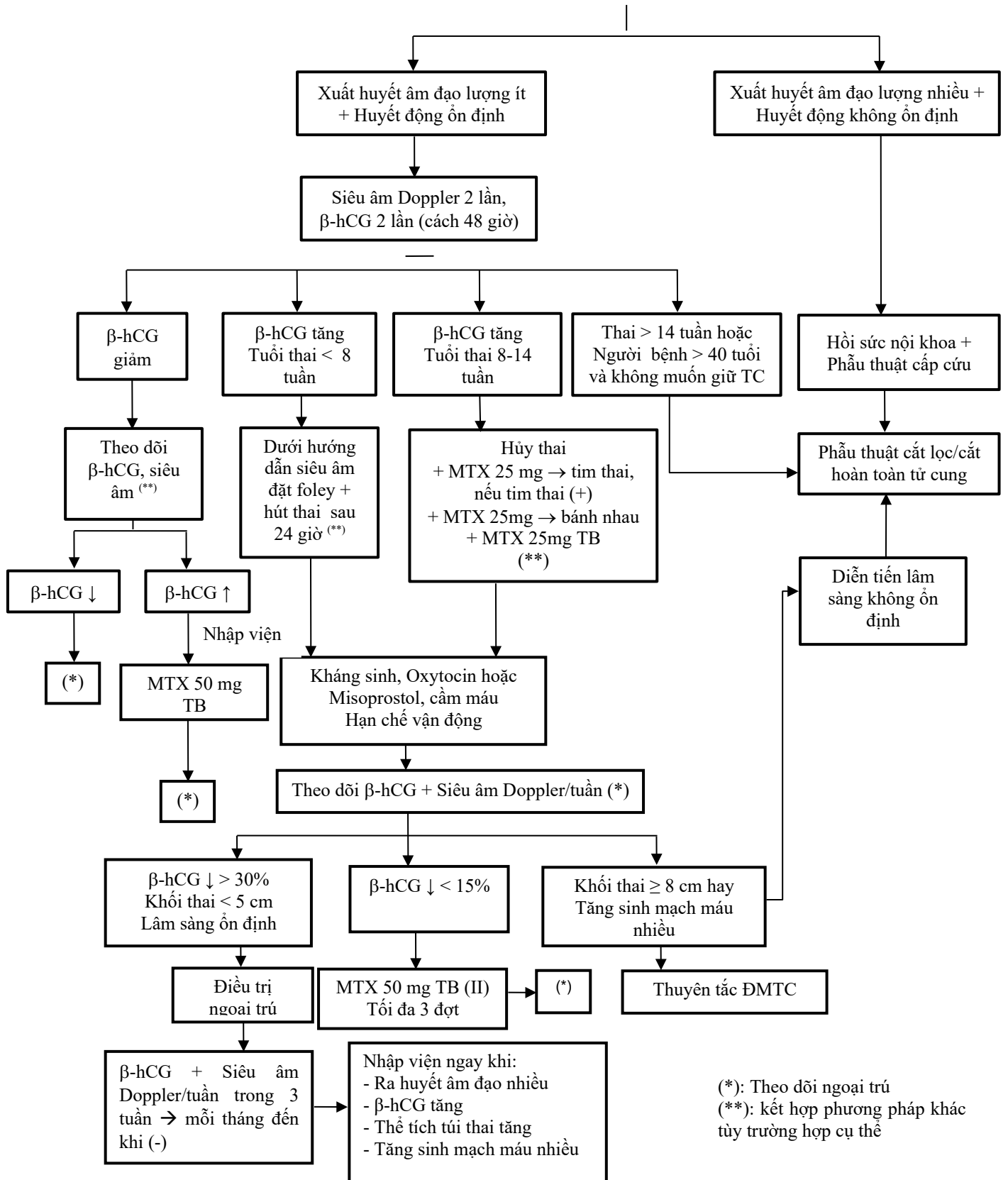
6.5. Ngừa thai sau TOSMLT và khuyến cáo thai kỳ sau

- Ngừa thai ít nhất 12 tới 24 tháng, không sử dụng dụng cụ tử cung
- Ở thai kỳ sau: mổ lấy thai chủ động khi thai đủ trưởng thành.

VII. Tai biến theo phương pháp điều trị

- MTX tiêm bắp (62,1%)
- Nong và nạo (61,9%)
- Thuyên tắc động mạch tử cung (46,9%)
- Soi buồng tử cung (18,4%)
- MTX tại chỗ/vào thai + toàn thân (9,7%)

Thai ở SMLT



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Larsen JV, Solomon MH: Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J* 53(4):142, 1978
2. Graesslin O, Dedecker F Jr., Quereux C, Gabriel R. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol* 2005; 105:869–871. <http://www.jultrasoundmed.org/search?author1=Ron+Maymon&sortspec=date&submit=Submit>
3. Maymon, et al; Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy, *J. Ultrasound Med.* 2011;30:1179-1184.
4. Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012.
5. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21:220–227.
6. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1373–1381.
7. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007; 114:253–263.
8. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23:247–253.
9. Fylstra DL, Pound-Chang T, Miller MG, Cooper A, Miller KM. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:302–304.
10. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, et al. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:44.e1-13.
11. Shih JC, Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler ultrasound. *Obstet Gynecol*, 2004, 23, 306–307.
12. Williams Obstetrics, 23ed 2010, Ch10. Ectopic Pregnancy
13. Salomon LJ, Fernandez H, Chauveaud A, Doumerc S and Frydman R, Successful management of a heterotopic caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: case report. *Hum Reprod*, 2003, 18, 189–191.
14. Howe RS. Third-trimester uterine rupture following hysteroscopic uterine perforation. *Obstet Gynecol* 1993; 81:827–829.
15. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16:592–593. http://www.jultrasoundmed.org/external-ref?access_num=11169360&link_type=MED

16. Godin PA, Bassil S and Donnez J, An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril*, 1997, 67, 398–400.
17. Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012.
18. G.Cali et al, (2017). “Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign”. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 50: 100-104.
19. Jurkovic D, Hillaby K (2003). “First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section scar”. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 21: pp 220.
20. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A (2016). “A new minimally invasive treatment for cesarean scar pregnancy and cervical pregnancy”. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Mar 12. pii: S0002-9378(16)00472-5.
21. Xiao J, Zhang S, Wang F, Wang Y, Shi Z, Zhou X, et al. Cesarean scar pregnancy: noninvasive and effective treatment with high-intensity focused ultrasound. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 356.e1–7.