

Thông báo lâm sàng:

CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TRÊN SẸO MỔ LẤY THAI ĐƯỢC XỬ TRÍ THÀNH CÔNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIẢM THIỂU THAI KẾT HỢP VỚI METHOTREXATE

Nguyễn Viết Tiến¹, Nguyễn Xuân Hợi²

¹Trường Đại học Y Hà Nội; ²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai là một trong những thể hiếm gặp của chửa ngoài tử cung. Bệnh nhân 30 tuổi có tiền sử 1 lần đẻ non con chết, một lần mổ đẻ con sống, 2 lần hút thai sau mổ đẻ. Lần này có thai 8 tuần. Siêu âm qua đầu dò thành bụng và siêu âm qua đầu dò âm đạo xác định được túi thai nằm trên vị trí sẹo mổ lấy thai. Chúng tôi hút khối thai bằng kim chọc hút noãn trong hỗ trợ sinh sản theo phương pháp giảm thiểu thai sau đó tiêm cách nhật 4 mũi methotrexat 50 mg. Bệnh nhân được theo dõi beta hCG và siêu âm. Trong thời gian nằm viện thì cách 3 ngày và sau khi ra viện thì cứ 1 tuần theo dõi beta hCG 1 lần. Sau 6 tuần thì beta hCG trở về bình thường và bệnh nhân hoàn toàn ổn định. **Kết luận:** phương pháp hút thai bằng phương pháp giảm thiểu thai kết hợp với tiêm metrotrexate đã điều trị thành công trường hợp chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai.

Từ khoá: Chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai; Chửa ngoài tử cung

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung là một bệnh cảnh cấp cứu thường gặp trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ sinh sản. Vị trí của khối chửa thường gặp ở vòi tử cung. Khối chửa có thể ở các vị trí ít gặp hơn như khối chửa ở buồng trứng, ở ống cổ tử cung, ở trong ổ bụng. Hiếm gặp hơn nữa là khối chửa nằm trên sẹo mổ lấy thai.

Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng lên thì có thai trên sẹo mổ lấy thai ngày càng được chẩn đoán nhiều hơn và báo cáo nhiều hơn. Trường hợp đầu tiên chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ đẻ cũ được báo cáo trên y văn English medicine vào năm 1978, [Larsen JV, 1978], tới năm 2001 thì có 19 trường hợp báo cáo xuất bản. [Fylstra DL, 2002]. Tỷ lệ chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai vẫn chưa được rõ vì rất ít các trường hợp xuất bản trên y văn thế giới. Theo Jurkovic thì tần suất của bệnh này là 1:1800 [Jurkovic D, 2003]. Theo nghiên cứu gần đây, thì tần suất này khoảng 1: 2226 các trường hợp có thai, chiếm 0,15 % bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai và chiếm 6,1% trong các trường hợp chửa ngoài tử

cung ở người có sẹo mổ đẻ cũ. [Seow KM, 2004]

Về chẩn đoán, siêu âm qua đầu dò âm đạo là phương tiện hàng đầu để chẩn đoán chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai trong giai đoạn sớm. Nếu chẩn đoán và xử trí không kịp thời có thể dẫn tới vỡ tử cung, chảy máu, phải cắt tử cung và để lại nhiều biến chứng cho người bệnh.

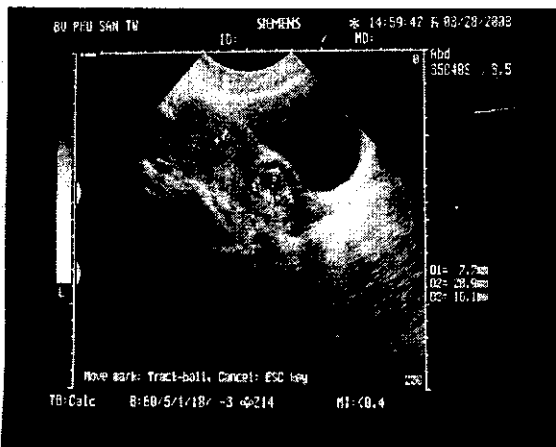
Phương pháp xử trí chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai bao gồm điều trị nội khoa bảo tồn bằng Methotrexate (MTX) giống như điều trị với chửa ngoài tử cung ở vòi trứng. hoặc tiêm trực tiếp MTX, Kali chlorua vào khối chửa dưới sự hướng dẫn của siêu âm [Godin PA, 1997] [Hamtung J, 2003]. Các phương pháp phối hợp điều trị nội khoa kết hợp với hút túi thai dưới sự hướng dẫn của siêu âm cũng đã được báo cáo. Phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở để lấy khối chửa hoặc cắt tử cung để điều trị bệnh lý này được áp dụng tuỳ theo từng điều kiện cụ thể. Chúng tôi xin giới thiệu một bệnh án chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ đẻ cũ và được xử trí thành công bằng phương pháp giảm thiểu thai, kết hợp với điều trị bằng MTX tại bệnh viện Phụ sản TW.

II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN VÀ XỬ TRÍ

1. Giới thiệu bệnh án chữa ngoài tử cung trên sau mổ lấy thai

- Họ và tên: Nguyễn Phương A, năm sinh 1978
- Địa chỉ: Vĩnh Trại, Lạng Sơn.
- Nghề nghiệp: công nhân.
- Vào bệnh viện Phụ Sản TW ngày 28/03/2008 với chẩn đoán chuyển viện từ bệnh viện đa khoa Lạng Sơn: chữa ống cổ tử cung.
- Tiền sử phụ khoa: kinh nguyệt có năm 12 tuổi, chu kỳ kinh 30 ngày, số ngày ra kinh 07 ngày. Lấy chồng năm 23 tuổi.
- Tiền sử sản khoa: PARA: 1131. năm 2001 đẻ thường con chết vì non tháng. Năm 2004 mổ đẻ 1 con sống. 3 lần hút thai trong đó có 2 lần hút thai sau mổ đẻ.
- Bệnh sử: Chậm kinh 20 ngày. Triệu chứng

Hình ảnh siêu âm qua đường bụng



dau bụng, ra máu âm đạo trong vòng một tuần trước khi vào viện.

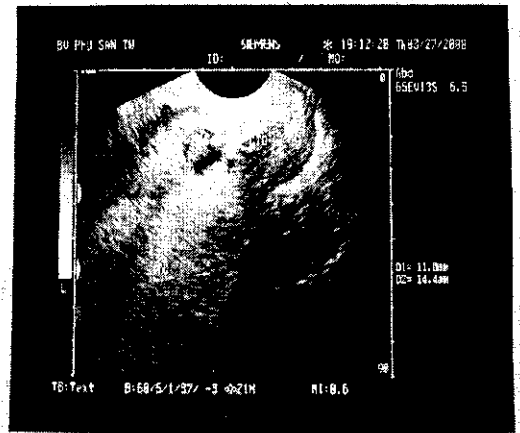
- Khám: âm đạo có máu đen, CTC đóng, tử cung to hơn bình thường.
- Siêu âm xác định: được thực hiện qua siêu âm đầu dò thành bụng và đầu dò âm đạo.
- Niêm mạc tử cung dày 22 mm túi thai không nằm ở trong buồng tử cung. Nhìn thấy ống CTC không có túi ối.

Khối chứa nằm ở thành trước eo tử cung tương ứng vị trí sẹo mổ đẻ cũ.

Kích thước túi ối 16x20mm, bên trong túi ối có âm vang thai với chiều dài là 11mm, có hoạt động của tim thai.

Giữa túi ối và thành sau bàng quang có lớp dịch dày 9 mm. Không có hình ảnh cơ tử cung giữa bàng quang và túi ối. Cùng đồ không có dịch.

Hình ảnh siêu âm qua đường âm đạo



- Xét nghiệm beta hCG: 38476 IU/l
- Chẩn đoán xác định: chữa ngoài tử cung trên sẹo mổ đẻ cũ, tuổi thai 8 tuần.
- Các xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường
- Hồng cầu: $3,93 \times 10^{12}$ /L, Hb: 120g/l, Ht: 0,34/l. TC: 211×10^9 /l.

- Bạch cầu: $8,6 \times 10^9$ /l. Nhóm máu O, Rh(+)
- Đông máu cơ bản bình thường: prothrombin : 105%, fibrinogen :7,05%
- Sinh hoá máu: Đường huyết: 5,7 mmol/l, ure: 5,4 mmol/l,
- creatinine: 78 mmol/l, SGOT: 26 IU/l, SGOT: 25 IU/l, Protid máu: 71 g/l

2. Xử trí khối chứa trên sẹo mổ cũ bằng phương pháp giảm thiểu thai

2.1. Chuẩn bị dụng cụ:

Máy siêu âm Aloka với đầu dò âm đạo

Kim chọc hút noãn dùng trong thụ tinh trong ống nghiệm

2.2. Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân đi tiểu sạch trước khi vào phòng thủ thuật và được gây mê tĩnh mạch bằng Diprivan

2.3. Địa điểm tiến hành

Tại trung tâm hỗ trợ sinh sản bệnh viện phụ sản Trung ương.

2.4. Tiến hành

phương pháp tiến hành giống như đối với giảm thiểu thai cho các trường hợp đa thai. Chúng tôi xác định lại vị trí khối chứa và tìm cách tiếp cận khối chứa bằng siêu âm đầu dò âm đạo. Sau đó dùng kim chọc hút noãn gắn vào đầu dò âm đạo và tiến hành chọc hút vào khối chứa. Trường hợp này, tuổi thai 8 tuần nên chúng tôi hút được cả phần thai và nước ối. Sau đó túi ối xếp đi và rút kim. Đặt mỏ vịt kiểm tra không thấy chảy máu.

Thủ thuật kết thúc an toàn và hiệu quả. Khối thai đã được hút ra ngoài.

3. Điều trị bổ sung bằng Methotrexate sau giảm thiểu thai và theo dõi

Tiêm bắp MTX 50 mg cách ngày xen kẽ với uống calcium folinat: 4 mũi tiêm MTX.

Kháng sinh toàn thân trong 5 ngày.

Theo dõi chảy máu: không ra máu sau giảm thiểu.

Theo dõi beta hCG.

Theo dõi công thức máu và chức năng gan thận sau khi dùng MTX.

Bệnh nhân xuất viện: sau 4 mũi MTX và sau đó theo dõi ngoại trú định lượng beta hCG.

4. Biểu đồ theo dõi nồng độ beta hCG :

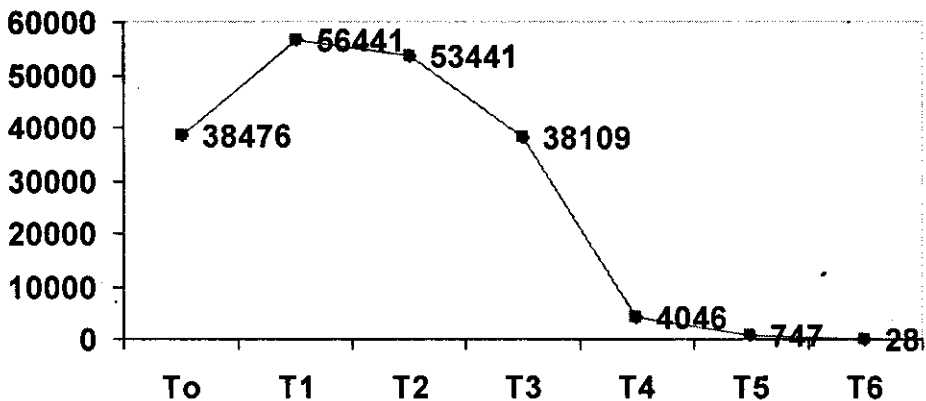
To (28/3/08) = 38.476 IU/L . T1 (31/03/08) = 56.441,3 IU/L;

T2 (04/04/08) = 53.411,5 IU/L. T3 (07/04/08) = 38.109,6 IU/L

T4 (16/04/08) = 4046, 4 IU/L. T5 (24/04/08) = 747,9 IU/L

T6 (09/05/08) = 28,5IU/L

Biểu đồ Beta hCG



III. BÀN LUẬN

1. Tuổi thai và triệu chứng

Tuổi thai là 8 tuần trong báo cáo của chúng tôi. Tuổi thai của chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai có thể phát hiện sớm từ 5 - 6 tuần [Seow KM, 2004] và muộn tới 16 tuần [Smith A,]. Triệu chứng thường gặp là ra máu âm đạo chiếm 39% các trường hợp. Khoảng gần 16 % có triệu chứng đau bụng từ mức độ nhẹ đến trung bình. Có 9% các trường hợp chỉ có đau bụng đơn thuần. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi xuất hiện cả 2 triệu chứng ra máu và đau bụng.

Có thể phát hiện tình cờ trên những bệnh nhân không có triệu chứng (37%) [Rotas MA, 2006]. Khám lâm sàng ít có ý nghĩa, tử cung có thể cương lên khi sắp có dấu hiệu vỡ.

2. Chẩn đoán xác định

Siêu âm đầu dò âm đạo là phương tiện đầu tiên để chẩn đoán chửa ngoài tử cung trên sẹo cũ với các tiêu chuẩn: Buồng tử cung không có túi ối, Nhìn rõ ống cổ tử cung không có túi ối (chẩn đoán phân biệt với chửa ống cổ tử cung), túi ối nằm ở thành trước ở eo tử cung có thể có âm vang thai hoặc có thể có tim thai, không có cơ tử cung giữa bàng quang và túi ối hoặc nếu có thì độ dày dưới 5 mm gặp 2/3 các trường hợp. Siêu âm đầu dò âm đạo cho chẩn đoán độ nhạy là 86,4% [Rotas MA, 2006]. Để giảm nguy cơ chẩn đoán sai, Maymon và cộng sự đã đề xuất phối hợp siêu âm đầu dò đường âm đạo và đường bụng với bàng quang thật căng sẽ cho hình ảnh toàn cảnh về vị trí túi ối và do chính xác khoảng cách giữa túi ối và bàng quang.

Trường hợp BN của chúng tôi được siêu âm bằng đầu dò âm đạo và đầu dò đường bụng để chẩn đoán xác định và có đầy đủ các tiêu chuẩn nêu trên. Ngoài ra giữa túi ối và thành sau bàng quang có lớp dịch có thể đó là khối máu tụ. Nhìn rõ ống cổ tử cung không có túi ối đã giúp chẩn đoán phân biệt với chửa ống CTC như tuyến dưới chuyển tới.

3 Phương pháp xử trí

Điều trị bằng MTX toàn thân, tại khối chửa đơn thuần hoặc phối hợp có thể làm ngừng thai nghén nhưng triệu chứng ra máu có thể vẫn tiếp diễn, đôi khi ra máu nhiều. Vì thành khối chửa ở sẹo mổ lấy thai mỏng nên có thể bị vỡ khối chửa. Do vậy phối hợp hút túi ối được kết hợp với MTX theo các cách.

Tiêm vào tại chỗ posstasium chlorid + Hút túi ối dưới sự hướng dẫn của siêu âm + Tiêm MTX tại chỗ + Tiêm bắp MTX [Tan G, 2005]

MTX toàn thân + Hút thai dưới siêu âm [Ravhon A, 1997].

Hút túi ối (đường âm đạo hoặc đường bụng) + Tiêm MTX tại chỗ [Seow KM, 2000].

Hút túi ối dưới sự hướng dẫn của siêu âm + MTX toàn thân [Wang W, 2002].

Chúng tôi dùng phương pháp giảm thiểu thai để lấy khối thai (qua đầu dò âm đạo và bằng kim chọc hút noãn) sau đó dùng MTX cách ngày xen kẽ với dùng acid folinic cho kết quả thành công tốt. Chúng tôi nhận thấy rằng, giảm thiểu thai ở tuổi thai 6 - 7 tuần là tốt nhất vì hút được cả phần thai và nước ối ra ngoài, thủ thuật sẽ nhanh hơn và tỷ lệ thất bại rất thấp.

Tuổi thai càng lớn thì hút phần thai sẽ khó hơn, khi đó sẽ phải kết hợp với tiêm Kali chlorua vào tim thai. Trong thời gian hãm viện 9 ngày beta hCG được theo dõi cứ 3 ngày một lần. Sau đó bệnh nhân theo dõi ngoại trú. Sau 6 tuần kể từ ngày giảm thiểu, beta hCG trở về bình thường.

IV. KẾT LUẬN

Chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai là bệnh cảnh hiếm gặp. Việc chẩn đoán thường muộn và phải mở bụng để lấy khối chửa. Ở Việt Nam chưa có báo cáo nào về chẩn đoán và xử trí chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai. Trường hợp chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai trong

báo cáo của chúng tôi đã được chẩn đoán xác định bằng siêu âm đường bụng và siêu âm đường âm đạo. Khối chứa được hút bằng kim chọc hút noãn và sau đó bệnh nhân được tiêm methotrexate. Nồng độ beta hCG trở về bình thường sau 6 tuần. Phương pháp xử trí có hiệu quả tốt và nên áp dụng cho các trường hợp chữa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hartung J & Meckies J (2003), "Management of a case of uterine scar pregnancy by transabdominal potassium chloride injection", *Ultrasound Obstet Gynecol*, 21pp. 94 - 5.
2. Fylstra DL (2002), "Etopic pregnancy within a cesarean scar: a review", *Obstet Gynecol Surv*, 57pp. 537 - 43.
3. Godin PA, Bassil S & Donnez J (1997), "An etopic pregnancy developing in a previous caesarean section scar", *Fertil Steril*, 67pp. 398 - 400.
4. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B & et al (2003), "First trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine Caesarean section scar pregnancy: issues in management",

Utrasound Obstet gynecol, (21), pp. 220 - 7.

5. Larsen JV & Solomon MH (1978), "Pregnancy in uterine scar-sacculus: an unusual cause of postabortal haemorrhage", *S Afr Med J*, 53pp. 142 - 3.
6. Ravhon A, Ben - Chetrit A & et al (1997), "Successful methotrexate treatment of a viable pregnancy within a thin uterine scar", *Br J Obstet Gynecol*, 104pp. 1216 - 17.
7. Seow KM, Huang LW & et al (2004), "Caesarean section scar pregnancy: issue in management", *Utrasound Obstet gynecol*, 23pp. 247 - 53.
8. Smith A, Maxwell D & Ash A. "Sonographic diagnosis of caesarean scar pregnancy at 16 weeks", *J Clin Ultrasound* (In press).
9. Tan G, Chong YS & Biswas A (2005), "Caesarean scar pregnancy : a diagnosis to consider carefully in patients with risk factors", *Ann Acad Med Singapore*, 34pp. 216 - 19.
10. Wang W, Long W & Yu Q (2002), "Complication of Cesarean section: Pregnancy on the cicatrix of a previous cesarean section", *Chin Med J*, 115pp. 242 - 6.

Summary

A CESAREAN SCAR PREGNANCY WAS SUCCESSFULLY MANAGED BY GESTATIONAL REDUCTION IN COMBINATION WITH METHOTREXATE INJECTIONS

Cesarean scar pregnancy is one of the rarest forms of etopic pregnancy. A 30 year old woman had a previous history of preterm delivery with dead newborn, live birth cesarean section and twice MVA after cesarean section. She got pregnant of 8 weeks of gestational age. Diagnosis of cesarean scar pregnancy was made by abdominal and vaginal ultrasound. We used a oocyte retrieval needle to aspirate the gestational sac under ultrasound guidance. Then the patient was given 4 shots of methotrexate injection of 50 mg every other day. Beta hCG was monitored every 3 days during hospital stay and weekly thereafter. Beta hCG level became normal after 6 weeks and the woman is stable. **Conclusions:** The combination between sac aspiration under ultrasound guidance and methotrexate injection supplement was successful to manage cesarean scar pregnancy.

Keywords: Cesarean scar pregnancy; Etopic pregnancy