

GIÁ TRỊ CỦA CÁC DẤU HIỆU TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ NHAU CÀI RĂNG LƯỢC

Nguyễn Việt Hùng¹, Huỳnh Quang Huy²

¹Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Từ Dũ

²Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định giá trị của các dấu hiệu trên cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý nhau cài răng lược (đối chiếu với kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh).

Đối tượng và phương pháp: Tất cả thai phụ nghi ngờ NCRL trên siêu âm được chụp CHT và chấm dứt thai kì bằng phương pháp mổ lấy thai tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 01/2017 đến tháng 6/2022 có đầy đủ hồ sơ bệnh án và lưu lại phim chụp. Trong số mẫu này phải có kết quả phẫu thuật hoặc kết quả giải phẫu bệnh nếu cắt tử cung. Đối chiếu kết quả CHT với kết quả phẫu thuật hoặc kết quả giải phẫu bệnh để xác định giá trị của các dấu hiệu trên CHT trong chẩn đoán NCRL.

Kết quả: Các dấu hiệu - đặc điểm trên CHT là có giá trị cao trong phát hiện bệnh lý NCRL, gồm: Mất đường tín hiệu thấp sau nhau trên T2W: trong 92% trường hợp có dấu hiệu này thì NCRL chiếm 97,5%, Sn 94%, Sp 50%. Nhau tiền đạo: trong 88% trường hợp có nhau tiền đạo thì có 95,9% NCRL, Sn 84,3%, Sp 25%. Gián đoạn khu trú lớp cơ tử cung: trong 77% trường hợp có dấu hiệu này thì 100% có NCRL, Sn 80,7%, Sp 100%. Dải băng đen trong bánh nhau trên hình T2W: trong 73,6% trường hợp có dấu băng đen thì 100% có NCRL, Sn 77,1%, Sp 100%.

Kết luận: Các dấu hiệu chẩn đoán NCRL trên CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Do vậy, CHT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ tốt cho siêu âm trong những trường hợp hạn chế khảo sát bánh nhau hoặc có tình trạng bánh nhau xâm lấn đến các cơ quan lân cận ở vùng chậu.

Từ khóa: Cộng hưởng từ, siêu âm, nhau cài răng lược, phẫu thuật, giải phẫu bệnh.

ABSTRACT

VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS IN THE PRENATAL DIAGNOSIS OF PLACENTA ACCRETA

Nguyen Viet Hung¹, Huynh Quang Huy²

Ngày nhận bài:

01/01/2023

Chấp thuận đăng:

04/02/2023

Tác giả liên hệ:

Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

SĐT: 0982108108

Purpose: Todetermine the value of magnetic resonance imaging (MRI) findings in the prenatal diagnosis of placenta accreta (in comparisonwith surgical and pathologicdiagnosis).

Methods: All gravid women suspected placenta accreta on ultrasound underwent MRI and cesarean delivery from 01/2017 to 06/2022 at Tu Du Hospital. All cases have medical records andimages at radiology department. MRI findings were compared with surgical and pathologic diagnosis.

Giá trị của các dấu hiệu trên cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý...

Results: MRI findings have high value in the prenatal diagnosis of placenta accreta include loss of T2 hypointense interface (in 92% of patients with this finding, there was 97,5% placenta accreta, Sn 94%, Sp 50%), placenta previa (in 88% of the patients with this finding, there was 95,9% placenta accreta, Sn 84,3%, Sp 25%), focal interruption in myometrial wall (in 77% of patients with this finding, there was 100% placenta accreta, Sn 80,7%, Sp 100%) and intraplacental T2 - dark bands (in 73,6% of patients with this finding, there was 100% placenta accreta, Sn 77,1%, Sp 100%)

Conclusion: MRI findings in the prenatal diagnosis of placenta accreta have high sensitivity and specificity. Therefore, MRI is useful method to support ultrasound in cases difficulty to evaluate placenta on ultrasound or invasive placenta with extrauterine spread.

Keywords: Magnetic resonance imaging, ultrasound, placenta accreta, surgery, pathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau cài răng lược (NCRL) là một bệnh lý phức tạp trong chuyên ngành sản khoa, gây nhiều hậu quả nghiêm trọng cho sản phụ và thai nhi [1, 2]. Tỷ lệ nhau cài răng lược gia tăng đáng kể trong bốn thập kỷ qua. Tại Mỹ, các nghiên cứu quan sát được thực hiện từ những thập niên 1970 và 1980 cho thấy tỷ lệ nhau cài răng lược là 1/2.510 và 1/4.017, đến giai đoạn 1982 - 2022 đã tăng lên đến 1/533 [3]. Theo thống kê tại bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ nhau cài răng lược năm 1997 là 1/7.000 đến năm 2011 là 1/1.100 [4]. Việc chẩn đoán sớm giúp các nhà lâm sàng có kế hoạch quản lý thai kỳ chặt chẽ, hội chẩn liên chuyên khoa và lập kế hoạch phẫu thuật nhằm giảm thiểu các biến chứng, tối ưu hóa chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Siêu âm đã được chứng minh là phương tiện hình ảnh đáng tin cậy để đánh giá nhau cài răng lược trong phần lớn các trường hợp [5]. Tuy nhiên khi bánh nhau bám phần lớn ở mặt sau hoặc mặt bên gây hạn chế khảo sát trên siêu âm hay trong trường hợp bánh nhau xuyên qua thành mạc tử cung xâm lấn đến các cơ quan lân cận thì cộng hưởng từ (CHT) được chỉ định để hỗ trợ chẩn đoán [5, 6]. Đây là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn an toàn cho sản phụ và thai nhi cùng với trường hợp khảo sát rộng, có thể thực hiện các mặt cắt theo nhiều hướng khác nhau, cung cấp thông tin chi tiết về các cấu trúc giải phẫu với hình ảnh có độ phân giải cao giúp chẩn đoán xác định, đánh giá vị trí cũng như mức độ xâm lấn của bánh nhau vào cơ tử cung và các cơ quan lân cận, đó là những đặc điểm rất quan trọng ảnh hưởng đến kế hoạch điều trị và tiên lượng cuộc phẫu thuật.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định giá trị của các dấu hiệu trên cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý nhau cài răng lược (đối chiếu với kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ nghi ngờ NCRL trên siêu âm được chụp CHT và chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 01/2017 đến tháng 6/2022 có đầy đủ hồ sơ bệnh án và lưu lại phim chụp. Trong số mẫu này phải có kết quả phẫu thuật hoặc kết quả giải phẫu bệnh nếu cắt tử cung.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án có kết quả siêu âm nhưng không có kết quả cộng hưởng từ hoặc không lưu lại phim chụp. Không có kết quả giải phẫu bệnh hoặc kết quả phẫu thuật trong điều trị bảo tồn. Hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu có thể khai thác được thỏa các tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ các hồ sơ bệnh án những trường hợp nghi ngờ NCRL trên siêu âm được chụp CHT và mổ lấy thai ở bệnh viện Từ Dũ từ tháng 01/2017 đến tháng 6/2022.

Các bước thu thập số liệu: Bước 1: Thu thập danh sách thai phụ được chụp CHT về NCRL tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Từ Dũ. Bước 2: Tra cứu hồ sơ bệnh án tại Kho lưu trữ hồ sơ, phòng Kế hoạch tổng hợp theo danh sách, ghi nhận các thông tin trong bệnh án của thai phụ vào bảng thu thập số liệu. Bước 3: Tìm kiếm dữ liệu hình ảnh lưu tại phòng CHT. Bước 4: Người nghiên cứu đọc, ghi nhận các đặc điểm của NCRL. Bước 5: Đối chiếu

Giá trị của các dấu hiệu trên cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý...

với kết quả CHT của các bác sĩ có kinh nghiệm.
Bước 6: Đối chiếu kết quả CHT với kết quả phẫu thuật hoặc kết quả giải phẫu bệnh.

Phương tiện và kỹ thuật khảo sát:

Máy CHT Siemens Magnetom Espree 1,5 Tesla

tại Bệnh viện Từ Dũ.

Chuẩn bị bệnh nhân và giải thích cho bệnh nhân qui trình chụp.

Sử dụng các chuỗi xung T2 HASTE, T2FS,

T1W, DW, ADC, TrueFISP.

Bảng 1: Qui trình chụp và các chuỗi xung

Chuỗi xung	TR/TE	FOV (cm)	Ma trận	Bề dày lát cắt (mm)	Khoảng cách giữa 2 lát cắt (mm)
Coronal T2 HASTE	1000/85	40	320	5	0.1 - 0.5
Sagittal T2 HASTE	1000/82	33	320	6	0 - 0.1
Axial T2 HASTE	1000/83	33	256	4	0
Sagittal T2FS	1000/81	36	320	6	0.1
Axial T2FS	1000/85	32	320	5	0
Axial T1W in - phase	160/4.8	32	256	4	0
Axial T1W out - of - phase	123/2.4	32	256	4	0
DW/ADC	6200/96	38	192	5	0.1
Sagittal TrueFISP	3.6/1.8	40	320	6	0.1
Axial TrueFISP	3.9/2.0	33	320	4	0

Đánh giá các biến số CHT: Nhau tiền đạo; Dải băng đen trong bánh nhau; Tín hiệu bánh nhau không đồng nhất; Xoang mạch máu trong bánh nhau; Bánh nhau chỗ dày nhất > 50 mm; Mép bánh nhau tròn; Cơ tử cung mỏng; Mất đường tín hiệu thấp sau nhau trên hình T2W; Gián đoạn khu trú lớp cơ tử cung; Lồi bờ tử cung; Dấu lều bàng quang; Xâm lấn bàng quang; Khối lồi khu trú.

Kết quả MLT: dựa trên tường trình phẫu thuật.

Kết quả GPB: dựa trên kết quả GPB.

Số liệu sau khi được thu thập đầy đủ qua bảng thu thập số liệu sẽ được nhập, lưu trữ và quản lý bằng phần mềm Epidata 2.0.

Xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê STATA 15.0.

III. KẾT QUẢ

Khi thực hiện nghiên cứu tại bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2022, chúng tôi thu thập được 87 hồ sơ bệnh án của các thai phụ nghi ngờ NCRL trên siêu âm thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu để đưa vào nghiên cứu. Trong đó, có 83 trường hợp NCRL và 4 trường hợp không có NCRL qua kết quả MLT và GPB.

Bảng 1: Mối liên quan giữa đặc điểm bánh nhau trên CHT với chẩn đoán NCRL qua MLT và GPB

Vị trí nhau bám	Có NCRL (n = 83) n (%)	Không NCRL (n = 4) n (%)	OR	KTC 95%	P*
Mặt trước	52 (98,1)	1 (1,9)	1**		
Mặt sau	23 (95,8)	1 (4,2)	0,44	0,03-7,4	0,570
Mặt bên	8 (80)	2 (20)	0,08	0-0,9	0,045

(*) Hồi quy logistic đơn biến. Các giá trị p < 0,05 được in đậm. (**) Kiểm định chính xác Fisher.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí nhau trên CHT với chẩn đoán NCRL qua MLT và

Giá trị của các dấu hiệu trên cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý...

GPB ($p = 0,037$), cụ thể nhau bám mặt trước có nguy cơ NCRL tăng 12,5 lần so với nhau bám mặt bên ($OR = 0,08$, KTC 95% 0 - 0,9) với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

Bảng 2: Giá trị của các dấu hiệu chẩn đoán bệnh lý NCRL trên CHT

Các dấu hiệu trên CHT	Có NCRL n = 83	Không NCRL n = 4	Độ nhạy KTC 95%	Độ đặc hiệu KTC 95%
1 - Nhau tiền đạo				
Có	70	3	84,3	25
Không	13	1	(74,7 - 91,4)	(0,63 - 80,6)
2 - Mất đường tín hiệu thấp sau nhau trên hình T2W				
Có	78	2	94	50
Không	5	2	(86,5 - 98)	(6,8 - 93,2)
3 - Xoang mạch máu trong bánh nhau				
Có	44	0	53	100
Không	39	4	(41,7 - 64,1)	(39,8 - 100)
4 - Lòi bờ tử cung				
Có	25	0	30,1	100
Không	58	4	(20,5 - 41,2)	(39,8 - 100)
5 - Xâm lấn bàng quang				
Có	11	0	13,3	100
Không	72	4	(6,8 - 22,5)	(39,8 - 100)
6 - Cơ tử cung mỏng				
Có	45	3	54,2	25
Không	38	1	(42,9 - 65,2)	(0,63 - 80,6)
7 - Dải băng đen trong bánh nhau				
Có	64	0	77,1	100
Không	19	4	(66,6 - 85,6)	(39,8 - 100)
8 - Tín hiệu bánh nhau không đồng nhất				
Có	54	3	65,1	25
Không	29	1	(53,8 - 75,2)	(0,63 - 80,6)
9 - Giảm đoạn khu trú lớp cơ tử cung				
Có	67	0	80,7	100
Không	16	4	(70,6 - 88,6)	(39,8 - 100)

Giá trị của các dấu hiệu trên cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý...

Các dấu hiệu trên CHT	Có NCRL n = 83	Không NCRL n = 4	Độ nhạy KTC 95%	Độ đặc hiệu KTC 95%
10 - Mép bánh nhau tròn				
Có	37	1	44,6	75
Không	46	3	(33,7 - 55,9)	(19,4 - 99,4)
11 - Bánh nhau chỗ dày nhất > 50 mm				
Có	23	1	27,7	75
Không	60	3	(18,5 - 38,6)	(19,4 - 99,4)
12 - Khối lõi khu trú				
Có	10	0	12	100
Không	73	4	(5,9 - 21)	(39,8 - 100)
13 - Dấu lều bàng quang				
Có	9	0	10,8	100
Không	74	4	(5,1 - 19,6)	(39,8 - 100)

Kết quả giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu trên hình ảnh CHT: Về dấu hiệu nhau tiền đạo: $Sn = 70/83 = 84,3\%$; $Sp = 1/4 = 25\%$. Về dấu hiệu mất đường tín hiệu thấp sau nhau trên hình T2W: $Sn = 78/83 = 94\%$; $Sp = 2/4 = 50\%$. Về dấu hiệu xoang mạch máu trong bánh nhau: $Sn = 44/83 = 53\%$; $Sp = 4/4 = 100\%$. Về dấu hiệu lõi bờ tử cung: $Sn = 25/83 = 30,1\%$; $Sp = 4/4 = 100\%$. Về dấu hiệu xâm lấn bàng quang: $Sn = 11/83 = 13,3\%$; $Sp = 4/4 = 100\%$. Về dấu hiệu bề dày cơ tử cung mỏng: $Sn = 45/83 = 54,2\%$; $Sp = 1/4 = 25\%$. Về dấu hiệu dải băng đen trong bánh nhau trên hình T2W: $Sn = 64/83 = 77,1\%$; $Sp = 4/4 = 100\%$. Về dấu hiệu tín hiệu bánh nhau không đồng nhất: $Sn = 54/83 = 65,1\%$; $Sp = 1/4 = 25\%$. Về dấu hiệu gián đoạn khu trú lớp cơ tử cung: $Sn = 67/83 = 80,7\%$; $Sp = 4/4 = 100\%$. Về dấu mép bánh nhau tròn: $Sn = 37/83 = 44,6\%$; $Sp = 3/4 = 75\%$. Về dấu hiệu bánh nhau chỗ dày nhất > 50 mm: $Sn = 23/83 = 27,7\%$; $Sp = 3/4 = 75\%$. Về dấu hiệu khối lõi khu trú: $Sn = 10/83 = 12\%$; $Sp = 4/4 = 100\%$. Về dấu hiệu dấu lều bàng quang: $Sn = 9/83 = 10,8\%$; $Sp = 4/4 = 100\%$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Dải băng đen trong bánh nhau trên hình T2W

Trong y văn, dấu hiệu dải băng đen trong bánh nhau trên hình T2W có độ nhạy khá tương đương nhau giữa các nghiên cứu nhưng độ đặc hiệu có sự khác biệt nhiều, điều này có thể giải thích là do tiêu chuẩn chọn mẫu khác nhau trong các nghiên cứu. Cụ thể, trong nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Barzilay, các thai phụ đều được siêu âm sàng lọc nên tỉ lệ thai phụ không có NCRL trong mẫu nghiên cứu rất thấp, 4,6% trong nghiên cứu của chúng tôi (4/87 trường hợp) và 17,9% trong nghiên cứu của tác giả Barzilay (5/28 trường hợp), do đó độ nhạy và đặc hiệu của dấu hiệu này trong 2 cứu khá tương đồng nhau, lần lượt là 77,1% và 100% trong nghiên cứu của chúng tôi so với 65% và 100% theo tác giả

Barzilay [7]. Bên cạnh đó, sự khác biệt về tỉ lệ các loại NCRL trong mẫu nghiên cứu cũng ảnh hưởng đến kết quả; vấn đề này đã được đề cập trong nghiên cứu của tác giả Lim và cộng sự, ông nhận thấy có mối liên quan giữa thể tích dải băng đen và mức độ xâm lấn của bánh nhau [8].

4.2. Tín hiệu bánh nhau không đồng nhất

Dấu hiệu này trong nghiên cứu của tác giả Barzilay có độ nhạy 70%, tương đồng với kết quả của chúng tôi, tuy nhiên độ đặc hiệu lên đến 80% [7]. Theo tác giả Familiari thì độ nhạy và độ đặc hiệu thay đổi trong khoảng 75% - 81,8% và 65,9% - 71,1% tùy vào mức độ xâm lấn của bánh nhau [9]. Trong nghiên cứu của Alamo và cộng sự, dấu hiệu này có độ đặc hiệu không cao, chỉ khoảng 26% - 28,9% tùy vào kinh nghiệm của người đọc [10].

Sự khác biệt tương đối lớn về độ đặc hiệu giữa các nghiên cứu có thể được giải thích là do sau 30 tuần tuổi thai, mật độ bánh nhau trở nên không đồng nhất vì sự hiện diện của các hồ huyết và vôi hóa nên khi đánh giá dấu hiệu này sẽ phụ thuộc nhiều vào tính chủ quan của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

4.3. Lồi bờ tử cung

Dấu hiệu lồi bờ tử cung trong dân số nghiên cứu của chúng tôi có 25/87 trường hợp, chiếm tỉ lệ 28,7%, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 30,1% và 100%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Barzilay với độ nhạy 30% và độ đặc hiệu 80% [7]. Nghiên cứu của tác giả Bourgioti và cộng sự vào năm 2018 cũng cho kết quả tương tự với độ nhạy 52,6% và độ đặc hiệu 100% [11]. Như vậy, qua các nghiên cứu cho thấy độ nhạy của dấu hiệu này tương đối thấp tuy nhiên độ đặc hiệu khá cao bởi lẽ nguyên nhân của dấu hiệu này được cho là do gai nhau xâm nhập sâu vào cơ tử cung làm mất đi cấu trúc bình thường của lớp cơ tử cung bên dưới bánh nhau.

4.4. Mất đường tín hiệu thấp sau nhau trên hình T2W

Trong 87 trường hợp nghiên cứu thì có đến 80 trường hợp có dấu hiệu mất đường tín hiệu thấp sau nhau trên hình T2W chiếm tỉ lệ cao nhất trong 13 dấu hiệu với 91,9%. Độ nhạy và độ đặc hiệu của dấu hiệu này trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 94% và 50%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bourgioti với độ nhạy là 97,4% và độ đặc hiệu 36,4% [12]. Đây là một trong những dấu hiệu có thể khảo sát trên cả siêu âm và cộng hưởng từ; trong nghiên cứu của tác giả Barzilay và cộng sự thì siêu âm đánh giá dấu hiệu này có phần ưu thế với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 87% và 80% so với 78% và 40% của CHT [7].

4.5. Cơ tử cung mỏng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu cơ tử cung mỏng được ghi nhận khi bề dày lớp cơ tử cung tại vị trí nhau bám ≤ 1 mm với 48/87 trường hợp chiếm tỉ lệ 55,2%, độ nhạy 54,2% và độ đặc hiệu 25%. Trong khi đó, theo nghiên cứu của tác giả Bourgioti thì dấu hiệu trên có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 9,1% [11], kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Chen với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 6,5% [13]. Như vậy, độ đặc hiệu của dấu hiệu cơ tử cung mỏng trong cả 3 nghiên cứu đều thấp

và khá tương đồng, trong khi độ nhạy trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Bourgioti và Chen, điều này có thể là do sự khác biệt về tuổi thai ở thời điểm chụp CHT.

4.6. Gián đoạn khu trú lớp cơ tử cung

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, có 67/87 trường hợp ghi nhận được dấu hiệu gián đoạn khu trú lớp cơ tử cung, chiếm tỉ lệ 77%, độ nhạy 80,7% và độ đặc hiệu 100%. Dấu hiệu này trong nghiên cứu của tác giả Bourgioti cũng có độ đặc hiệu 100%, tuy nhiên độ nhạy thấp hơn chỉ 55,3% [11]. Trong các nghiên cứu khác, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 92% và 75,6% theo tác giả D'Antonio [14]; 74% và 40% theo tác giả Barzilay [7]. Sự khác biệt tương đối lớn về độ nhạy và độ đặc hiệu của dấu hiệu gián đoạn khu trú lớp cơ tử cung giữa các nghiên cứu bởi lẽ đây là một dấu hiệu rất phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

4.7. Xoang mạch máu trong bánh nhau

Đây là một dấu hiệu kinh điển trong chẩn đoán bệnh lý NCRL trên siêu âm và theo nghiên cứu của tác giả D'Antonio, dấu hiệu này có độ nhạy 77,4% và độ đặc hiệu 95% [15]. Ngoài ra, dấu hiệu này cũng có thể được ghi nhận trên hình ảnh CHT, trong nghiên cứu của chúng tôi có 44/87 thai phụ có dấu hiệu xoang mạch máu trong bánh nhau chiếm tỉ lệ 50,6%, độ nhạy 53% và độ đặc hiệu 100%. Với siêu âm, chúng ta có thể thực hiện các mặt cắt liên tiếp nhau bằng cách di chuyển đầu dò chậm rãi giúp khảo sát toàn bộ cấu trúc bánh nhau trong khi hình ảnh CHT bị ảnh hưởng bởi bề dày lát cắt nên có thể bỏ sót các xoang mạch máu hình dạng không đều và kích thước nhỏ. Nghiên cứu của tác giả Barzilay cũng cho thấy rằng độ nhạy của dấu hiệu này trên siêu âm là 100% cao hơn hẳn so với CHT (61%) [7].

4.8. Bánh nhau dày

Cho đến nay trong y văn có rất ít nghiên cứu đo bề dày bánh nhau trên hình ảnh CHT. Nghiên cứu của tác giả Chen và cộng sự (2020) xác định bề dày bánh nhau vùng sẹo MLT $> 3,8$ cm trên CHT là một yếu tố nguy cơ độc lập của xuất huyết ồ ạt trong mổ ở những thai phụ có NTĐ và cài răng lược [16]. Nghiên cứu của tác giả Lu và cộng sự vào năm 2022 cho thấy dấu hiệu bánh nhau dày (> 4 cm) trên CHT có độ đặc hiệu cao để tiên đoán bệnh lý NCRL (87,2%) trong khi độ nhạy chỉ đạt 35% [17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu bánh nhau dày

(> 5 cm) được ghi nhận ở 24/87 thai phụ chiếm tỉ lệ 27,6%, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 27,7% và 75%. Mặc dù tiêu chuẩn bánh nhau dày trong nghiên cứu của chúng tôi (> 5 cm) cao hơn nghiên cứu của tác giả Lu (> 4 cm) nhưng nhìn chung kết quả của cả 2 nghiên cứu khá tương đồng.

4.9. Mép bánh nhau tròn

Tương tự với hình ảnh bánh nhau dày thì các nghiên cứu về dấu hiệu mép bánh nhau tròn cũng còn khá ít. Trong nghiên cứu của tác giả Skupski (2021), mép bánh nhau tròn được xem như một dấu hiệu mới trong chẩn đoán bệnh lý NCRL bên cạnh các dấu hiệu kinh điển với độ nhạy 46% và độ đặc hiệu 15% [18]. Độ nhạy và độ đặc hiệu của dấu hiệu này theo tác giả Bourgioti là 78,9% và 63,6% [11]; trong khi theo tác giả Barzilay là 87% và 40% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu mép bánh nhau tròn có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 44,8% và 75%.

4.10. Dấu lều bàng quang

Theo y văn, dấu lều bàng quang rất đặc hiệu cho NCRL thể xuyên cơ và độ nhạy phụ thuộc tỉ lệ NCRL thể này trong dân số nghiên cứu. Khi xem xét tỉ lệ NCRL thể xuyên cơ trong nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Bour nhận thấy tỉ lệ này tương đồng trong cả 2 mẫu nghiên cứu với 75,9% trong nghiên cứu của chúng tôi (63/83 trường hợp) và 63% trong nghiên cứu của tác giả Bour (10/16 trường hợp), điều này lý giải cho sự phù hợp kết quả của 2 nghiên cứu. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Alamo cho thấy độ nhạy của dấu lều bàng quang khá cao 78,6% và độ đặc hiệu chỉ 65,3% ở nhóm bác sĩ ít kinh nghiệm (< 3 năm) [10], điều này có thể lý giải là do trong giai đoạn cuối thai kỳ, tử cung chiếm phần lớn ổ bụng làm giảm khoảng giữa tử cung và mặt đáy bàng quang gây khó khăn cho việc đánh giá dấu hiệu này trên CHT.

4.11. Xâm lấn bàng quang

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi hiện diện 1 trong 2 dấu hiệu trên sẽ được đánh giá có xâm lấn bàng quang trên CHT; kết quả cho thấy 10/83 thai phụ trong nhóm NCRL có dấu hiệu này đạt độ nhạy 12,1%. Trong nghiên cứu của tác giả Barzilay [7], dấu hiệu xâm lấn bàng quang chỉ được ghi nhận khi có hình ảnh mô nhau lồi vào lòng bàng quang trên CHT, bên cạnh đó do cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ (28 trường hợp, trong đó có 23 trường hợp NCRL)

nên độ nhạy của dấu hiệu này là 0% thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi và độ đặc hiệu trong cả 2 nghiên cứu đều là 100%. Trong nghiên cứu của tác giả Bourgioti [11], ông thực hiện nghiên cứu riêng lẻ từng dấu hiệu gợi ý tình trạng bánh nhau xâm lấn bàng quang, cụ thể dấu hiệu thành bàng quang mất liên tục có độ nhạy 27,3% và độ đặc hiệu 100% và dấu hiệu hình ảnh mô nhau lồi vào lòng bàng quang có độ nhạy 0% và độ đặc hiệu 100%, kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Barzilay.

4.12. Khối lồi khu trú

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Bourgioti có độ nhạy 7,9% và độ đặc hiệu 100% [11]. Điều này có thể được giải thích là do trong cả 2 nghiên cứu NCRL thể xuyên cơ đều chiếm ưu thế và có tỉ lệ tương đương nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi là 75,9% với 63/83 trường hợp còn trong nghiên cứu của Bourgioti là 68,4% với 26/38 trường hợp. Trong 2 nghiên cứu của Chen và Barzilay thì độ đặc hiệu đều là 100% và độ nhạy lần lượt là 2,2% và 35%. Độ nhạy của dấu hiệu này trong các nghiên cứu trên có sự thay đổi phụ thuộc vào tỉ lệ NCRL thể xuyên cơ trong mẫu nghiên cứu nhưng nhìn chung đều không cao, trong khi đó độ đặc hiệu đều là 100%.

V. KẾT LUẬN

Các dấu hiệu - đặc điểm trên CHT là có giá trị cao trong phát hiện bệnh lý NCRL, gồm: Mất đường tín hiệu thấp sau nhau trên T2W; Nhau tiền đạo; Dải băng đen trong bánh nhau trên hình T2W; Gián đoạn khu trú lớp cơ tử cung.

Như vậy, sự hiện diện các đặc điểm hình ảnh kể trên với độ nhạy cao giúp tránh bỏ sót những trường hợp NCRL trên CHT. Và đây cũng là phương pháp chẩn đoán hình ảnh cần được cân nhắc hỗ trợ cho siêu âm trong những trường hợp hạn chế khảo sát bánh nhau hoặc có tình trạng bánh nhau xâm lấn đến các cơ quan lân cận ở vùng chậu, từ đó giúp các bác sĩ sản khoa lập kế hoạch quản lý thai kỳ và chuẩn bị đầy đủ cho cuộc phẫu thuật nhằm cải thiện tiên lượng cho mẹ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baughman WC, Corteville JE, Shah RR. Placenta accreta: spectrum of US and MR imaging findings. Radiographics. 2008;28(7):1905-1916.

Giá trị của các dấu hiệu trên cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý...

2. Shamshirsaz AA, Fox KA, Salmanian B, et al. Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(2): 218.e1-9.
3. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty - year analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1458-1461.
4. Lê Thị Thu Hà. Kết cục thai kỳ nhau cài răng lược tại Bệnh viện Từ Dũ. Báo cáo tại: Hội nghị Sản phụ khoa Việt - Pháp - Châu Á Thái Bình Dương lần thứ 12, 10-11/05/2012, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.
5. Budorick NE, Figueroa R, Vizcarra M, et al. Another look at ultrasound and magnetic resonance imaging for diagnosis of placenta accreta. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017;30(20):2422-2427.
6. Mar WA, Berggruen S, Atueyi U et al. Ultrasound imaging of placenta accreta with MR correlation. *Ultrasound Q*. 2015;31(1):23-33.
7. Barzilay E, Brandt B, Gilboa Y, et al. Comparative analysis of ultrasound and MRI in the diagnosis of placenta accreta spectrum. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(21):4056-4059.
8. Lim PS, Greenberg M, Edelson MI, et al. Utility of ultrasound and MRI in prenatal diagnosis of placenta accreta: a pilot study. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;197(6):1506-1513.
9. Familiari A, Liberati M, Lim P, et al. Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging in detecting the severity of abnormal invasive placenta: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(5):507-520.
10. Alamo L, Anaye A, Rey J, et al. Detection of suspected placental invasion by MRI: do the results depend on observer' experience? *Eur J Radiol*. 2013;82(2):51-57.
11. Bourgioti C, Zafeiropoulou K, Fotopoulos S, et al. MRI Features Predictive of Invasive Placenta With Extrauterine Spread in High-Risk Gravid Patients: A Prospective Evaluation. *AJR Am J Roentgenol*. 2018;211(3):701-711.
12. Bourgioti C, Zafeiropoulou K, Fotopoulos S, et al. MRI prognosticators for adverse maternal and neonatal clinical outcome in patients at high risk for placenta accreta spectrum (PAS) disorders. *J Magn Reson Imaging*. 2019;50(2):602-618.
13. Chen X, Shan R, Zhao L, et al. Invasive placenta previa: Placental bulge with distorted uterine outline and uterine serosal hypervascularity at 1.5T MRI – useful features for differentiating placenta percreta from placenta accreta. *Eur Radiol*. 2018;28:708-717.
14. D'Antonio F, Iacovella C, Palacios-Jaraquemada J, et al. Prenatal identification of invasive placentation using magnetic resonance imaging: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014;44(1):8-16.
15. D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: Systematic review and meta - analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;42(5):509-517.
16. Chen D, Xu J, Ye P, et al. Risk scoring system with MRI for intraoperative massive hemorrhage in placenta previa and accreta. *J Magn Reson Imaging*. 2020;51(3):947-958.
17. Lu T, Wang Y, Guo A, et al. Correlation of placental thickness and PAS disorders: findings from MRI. *Abdom Radiol (NY)*. 2022;47(3):1150-1156.
18. Skupski DW, Duzyj CM, Scholl J et al. Evaluation of classic and novel ultrasound signs of placenta accreta spectrum. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;59:465-473.