

Thai bám sẹo mổ lấy thai, dưỡng thai thành công đến 35 tuần: báo cáo trường hợp và tổng quan y văn

Hồ Quang Nhật^{1,2*}, Trần Ngọc Hải¹, Vương Đình Bảo Anh¹, Nguyễn Đình Vinh¹, Nguyễn Phúc Nhơn¹, Nguyễn Vũ Quốc Huy²

¹ Bệnh viện Từ Dũ, thành phố Hồ Chí Minh

² Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

doi: 10.46755/vjog.2022.5.1776

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Hồ Quang Nhật, email: drnhattudu@gmail.com

Nhận bài (received): 22/10/2024 - Chấp nhận đăng (accepted): 25/12/2024

Tóm tắt

Thai bám sẹo mổ lấy thai (TBSMLT) là một dạng thai ngoài tử cung hiếm gặp, khi túi thai bám vào vùng sẹo mổ của lần mổ lấy thai trước. Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng làm gia tăng các trường hợp TBSMLT, có thể gây ra bệnh tật và tử vong nghiêm trọng cho sản phụ và thai nhi. Khuyến cáo thông thường nhất đối với TBSMLT là chấm dứt thai kỳ trong quý I thai kỳ, ngay khi phát hiện TBSMLT. Có một số ít báo cáo về trường hợp TBSMLT sinh con thành công. Chúng tôi trình bày một trường hợp TBSMLT được dưỡng thai thành công, mổ lấy thai chương trình ở tuần thứ 35 của thai kỳ, nhau cài răng lược percreta, phẫu thuật bảo tồn tử cung thành công. Báo cáo này cho thấy có thể dưỡng thai thành công ở một số trường hợp TBSMLT, nhưng cần cá thể hóa điều trị dựa trên các đặc điểm lâm sàng, siêu âm cũng như cần có thêm nhiều nghiên cứu để có thể đưa ra các khuyến cáo tối ưu cho những trường hợp TBSMLT mong muốn dưỡng thai.

Từ khóa: thai bám sẹo mổ lấy thai, thai ngoài tử cung, phôi nhau cài răng lược.

Cesarean scar pregnancy, successful pregnancy maintenance until 35th weeks: a case report and literature review

Ho Quang Nhat^{1,2*}, Tran Ngoc Hai¹, Vuong Dinh Bao Anh¹, Nguyen Dinh Vinh¹, Nguyen Phuc Nhon¹, Nguyen Vu Quoc Huy²

¹ Tu Du Hospital, Ho Chi Minh city

² University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Cesarean scar pregnancy (CSP) represents a rare form of ectopic pregnancy, characterized by the implantation of the gestational sac within the scar tissue from a prior cesarean section. The incidence of CSP has been increasing concomitantly with the rising rates of cesarean deliveries. This condition poses a significant risk of morbidity and mortality for the mother. Consequently, the standard recommendation is to terminate the pregnancy during the first trimester upon diagnosis of CSP. However, there are limited reports documenting successful full-term deliveries in CSP cases. In this paper, we present a case of CSP in which the pregnancy was successfully maintained, culminating in a scheduled cesarean delivery at 35 weeks of gestation, placenta percreta, successful uterin conservative surgical management. This case underscores the potential for successful pregnancy continuation in select CSEP cases. It highlights the necessity for individualized treatment plans based on clinical characteristics and ultrasound findings. Furthermore, it emphasizes the need for additional research to develop optimal management strategies for patients with CSP who wish to maintain their pregnancies.

Keywords: Cesarean scar pregnancy, Ectopic pregnancy, Placenta accreta spectrum.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai bám sẹo mổ lấy thai (TBSMLT) là túi thai bám vào vùng sẹo mổ của lần mổ lấy thai trước [1]. Tỷ lệ mắc TBSMLT từ 1/2.216 đến 1/1.800 ca mang thai [2]. Trường hợp đầu tiên được báo cáo bởi Larsen và Solomon năm 1978. Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng làm gia tăng các trường hợp TBSMLT và các biến chứng liên quan [3]. Khoảng một phần ba bệnh nhân mắc TBSMLT không có triệu chứng nên nhiều bệnh nhân TBSMLT không được

phát hiện sớm dẫn đến phát triển thành NCRL và các bệnh lý khác trong thai kỳ [4].

Siêu âm là phương pháp chính để chẩn đoán TBSMLT nhưng khó để chẩn đoán chính xác và kịp thời TBSMLT [5]. Kỹ thuật và độ phân giải máy siêu âm ngày càng phát triển, đặc biệt là siêu âm đầu dò âm đạo giúp phát hiện TBSMLT giai đoạn sớm [6]. Thời điểm tốt nhất để chẩn đoán TBSMLT là thai dưới 9 tuần [1], [4]. Khi thai phát triển, cực trên của túi thai sẽ phát triển về phía đáy tử

cung nên việc xác định TBSMLT trở nên phức tạp và khó khăn hơn [1].

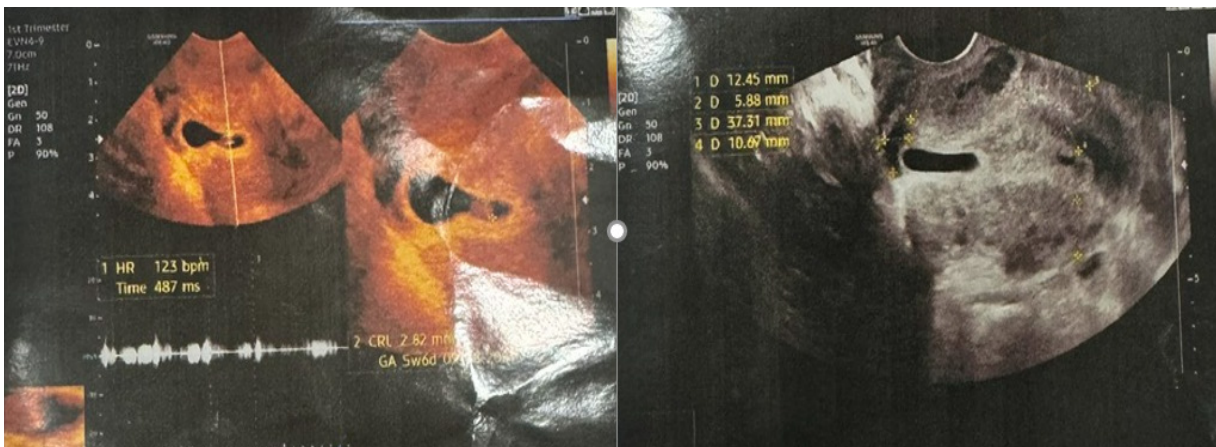
TBSMLT gây ra các biến chứng đe dọa tính mạng mẹ bao gồm chảy máu nghiêm trọng, vỡ tử cung, nhau cài răng lược (NCRL) và cắt bỏ tử cung, tử vong mẹ [1], [2]. Vì vậy, khuyến cáo thông thường nhất là chấm dứt thai kỳ (CDTK) trong tam cá nguyệt đầu tiên [7], [8].

Bệnh nhân sẽ được tư vấn CDTK khi TBSMLT được xác định [5]. Tuy nhiên, đối với một số bệnh nhân khó khăn khi đưa ra quyết định CDTK, họ mong muốn được dưỡng thai thì chúng ta có thể dưỡng thai tiếp tục cho bệnh nhân không? Báo cáo ca bệnh này trình bày tình huống lâm sàng của TBSMLT, những thách thức trong

giữ thai, chiến lược xử trí và kết quả thai kỳ.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân 39 tuổi, PARA 1102, hai lần mổ lấy thai năm 2011 và 2023. Chu kỳ kinh đều 30 ngày, kinh cuối ngày 06/11/2023. Bệnh nhân trễ kinh, thử que 2 vạch, đến khám ở phòng khám chuyên khoa. Siêu âm (Hình 1) qua đường âm đạo (Máy siêu âm Samsung HS40). Kết quả siêu âm cho thấy thai bám sẹo mổ lấy thai khoảng 6 tuần, phân loại dấu bắt chéo loại 1 (cross-over sign - COS-1). Bác sĩ tư vấn các nguy cơ của TBSMLT, hướng dẫn bệnh nhân đến bệnh viện chuyên khoa để thăm khám và chấm dứt thai kỳ.



Hình 1. Thai bám sẹo mổ lấy thai 6 tuần, phân loại dấu bắt chéo loại 1 (COS-1)

(Tử cung tư thế trung gian, đường kính trước sau 37,3 mm, buồng tử cung trống, nội mạc tử cung dày 10,6 mm, hình ảnh khuyết sẹo mổ lấy thai kích thước 12,5 x 5,9 mm, một túi thai nằm tại phần eo thành trước tử cung ngay vị trí sẹo mổ lấy thai, không lấp đầy hốc sẹo, trong túi thai có một phôi thai sống kích thước 2,8 mm, tim thai 123 lần/phút (Hình 1). Buồng trứng bên phải bình thường, buồng trứng bên trái có nang đơn thùy kích thước 25 mm.

Túi cùng Douglas không có dịch. Hình ảnh siêu âm Doppler màu có tăng sinh mạch máu quanh túi thai)

Bệnh nhân vào bệnh viện chuyên khoa khám. Khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân không đau bụng, không ra huyết âm đạo, bụng mềm ấn không đau. Cổ tử cung trơn láng, đóng, không có máu hay huyết trắng, tử cung mềm to tương ứng với thai 8 - 9 tuần. Siêu âm qua ngã âm đạo (Máy siêu âm Samsung WS80A). Kết luận của siêu âm: Thai bám sẹo mổ lấy thai sống khoảng 8 - 9 tuần, phân loại dấu bắt chéo loại 1 (COS-1), bề dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang dày 1,8 mm (Hình 2). Bác sĩ tư vấn các nguy cơ của TBSMLT khi thai phát triển như chảy máu ồ ạt, sẩy thai, sinh non, thai chết lưu, vỡ tử cung, nhau cài răng lược xâm lấn bàng quang, vách chậu nguy hiểm tính mạng mẹ. Bệnh nhân được tư vấn chấm dứt thai kỳ. Tuy nhiên, bệnh nhân và gia đình vẫn mong muốn dưỡng thai và tiếp tục theo dõi thai kỳ dù cơ hội mong manh, chấp nhận nguy cơ đe dọa tính mạng. Sau khi xem xét các dấu hiệu và hình ảnh túi thai trên siêu âm, chúng tôi đã thảo luận và cho bệnh nhân ký vào phiếu đồng thuận dưỡng thai đồng thời khuyến cáo bệnh nhân nên ở gần bệnh viện chuyên khoa lớn để có

thể theo dõi, xử trí kịp thời nếu có biến cố xảy ra. Siêu âm kiểm tra một tuần sau đó thấy một thai sống 9 - 10 tuần, TBSMLT, lòng tử cung có hình ảnh túi thai bám thấp tại vị trí vết mổ lấy thai, bờ đều, bên trong có túi noãn hoàng, có phôi thai sống CDPT 21 mm, tim thai (+). Cực dưới túi thai nằm ngay khuyết sẹo MLT, tăng sinh mạch máu ở cơ tử cung vùng khuyết sẹo, bề dày cơ tử cung vùng khuyết sẹo khoảng 1,5 mm, có hình ảnh nhau nằm ở vùng khuyết sẹo. Nhau bám mặt sau bên trái, nhau thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung. Tại thời điểm này, một lần nữa bệnh nhân vẫn mong muốn dưỡng thai dù đã được tư vấn đầy đủ các nguy cơ có thể xảy ra. Bệnh nhân mong muốn được làm xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn (NIPT).

Kết quả xét nghiệm NIPT chưa ghi nhận bất thường, đo độ mờ da gáy lúc thai 11 - 12 tuần trong giới hạn bình thường. Lúc thai 12 tuần, bệnh nhân được chẩn đoán xoắn ruột hoại tử, được xử trí mổ cấp cứu cắt bỏ 1 đoạn ruột. Quá trình hậu phẫu ổn, mẹ và thai không bị ảnh hưởng gì.



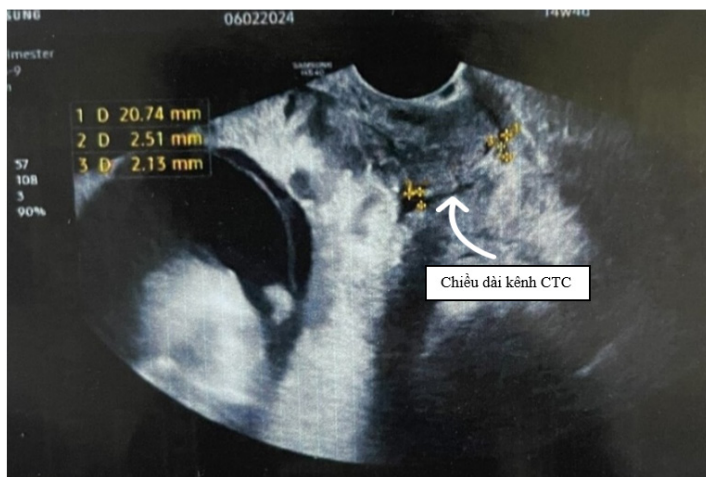
Hình 2. Siêu âm thai 10 tuần, tăng sinh mạch máu tại vị trí TBSMLT

(Tử cung tư thế trung gian, buồng tử cung trống, kênh cổ tử cung trống nội mạc tử cung dày 15 mm. Vùng sẹo MLT có một túi thai bờ không đều KT 43x44x48mm, bên trong có một phôi thai sống, có tim thai, chiều dài đầu mông 15mm. Có > 2/3 túi thai nằm trên đường nội mạc về phía trước tử cung, còn cắt đường nội mạc tử cung. Bề dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang dày 1,8 mm. Chúng tôi không ghi nhận dấu hiệu trượt túi thai và có dòng chảy trên Doppler quanh túi thai. Túi cùng Douglas không có dịch)

Lúc thai 15 - 16 tuần, siêu âm (Hình 3) thấy chiều dài kênh cổ tử cung ngắn 21 mm, nhau tiền đạo, nghi ngờ có phôi nhau cài răng lược. Bệnh nhân không đau bụng, không gò tử cung. Khám cổ tử cung đóng, âm đạo không huyết. Chúng tôi tư vấn nguy cơ sinh non và các phương pháp dự phòng, sản phụ mong muốn được đặt vòng nâng cổ tử cung dự phòng sinh non. Sau khi xem

xét kỹ các yếu tố nguy cơ, bệnh nhân được chỉ định đặt vòng nâng Arabin ASQ70/21/32 (con rạ, đơn thai, CTC đóng) đồng thời sử dụng thuốc nội tiết progesterone 400 mg/ngày đặt âm đạo.

Siêu âm hình thái thai ở tuần thứ 22, cấu trúc thai nhi không phát hiện bất thường.



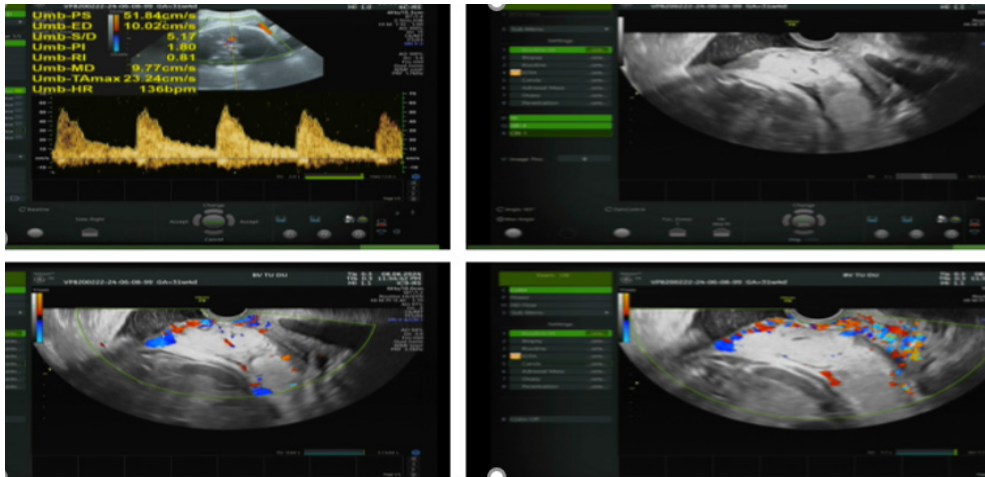
Hình 3. Chiều dài kênh cổ tử cung ngắn 21 mm, hình ảnh bánh nhau lúc 15 - 16 tuần.

Nhau mặt sau, mép dưới bánh nhau tràn qua lỗ trong cổ tử cung lan ra mặt trước, hình ảnh bánh nhau không đồng nhất, có nhiều xoang mạch máu đa hình dạng trong bánh nhau (dấu Lacunae).

Có hình ảnh giàu mạch máu ở đoạn dưới, vị trí tiếp xúc với thành bàng quang.

Quá trình thai kỳ diễn ra thuận lợi cho đến tuổi thai 31 tuần 4 ngày, xuất hiện cơn gò tử cung 2 - 3 cơn/10 phút, ra máu âm đạo lượng ít, cổ tử cung mở 1 cm, âm đạo còn vòng nâng cổ tử cung. Siêu âm cho thấy nhau CRL thể percreta (Hình 4). Bệnh nhân có chỉ định nhập viện theo dõi, sử dụng thuốc nội tiết dưỡng thai và sử dụng

liệu pháp trưởng thành phổi thai nhi. Chuẩn bị sẵn sàng mổ cấp cứu nếu bệnh nhân chảy máu nhiều hay đi vào chuyển dạ. Tuy nhiên, bệnh nhân được ghi nhận không ra máu tươi thêm và biểu đồ tim thai không ghi nhận cơn co tử cung. Bệnh nhân được xuất viện sau 3 ngày nằm viện và tiếp tục theo dõi thai kỳ.

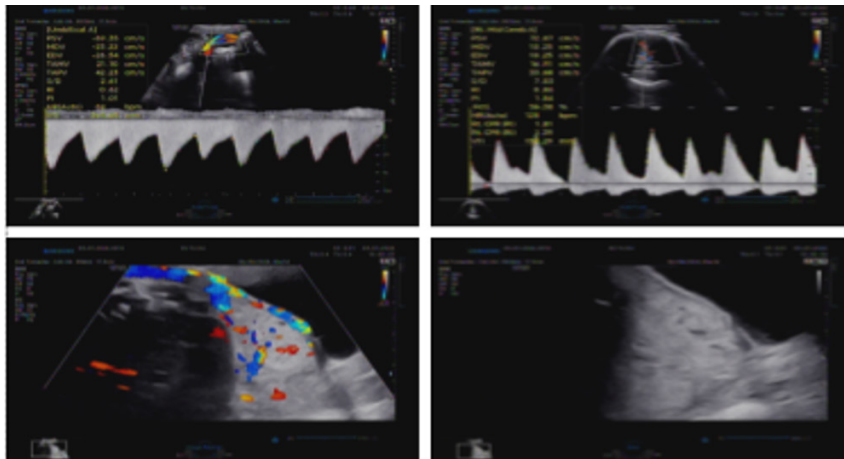


Hình 4. Siêu âm lúc thai 31 tuần 4 ngày, nhau tiền đạo, NCRL percreta.

(Có 03 xoang mạch máu đa hình dạng trong bánh nhau, mất đường echo kém ranh giới giữa bánh nhau và tử cung, mất cơ tử cung vùng vết mổ. Các xoang mạch máu trong bánh nhau có hiện tượng bắt màu trung bình, tăng sinh mạch máu trung bình mật phân cách nhau - tử cung, có thể có xâm lấn bàng quang, không xâm lấn vách chậu - cổ tử cung)

Lúc thai 34 tuần 6 ngày, bệnh nhân được nhập Bệnh viện Từ Dũ để chuẩn bị mổ lấy thai chương trình. Tại thời điểm nhập viện: Tim thai 140 l/p, không có cơn

co tử cung, CTC đóng, âm đạo không huyết- còn vòng nâng CTC. Siêu âm kết luận nhau tiền đạo có NCRL thể Percreta (Hình 5).



Hình 5. Siêu âm lúc thai 35 tuần, nhau tiền đạo, NCRL percreta.

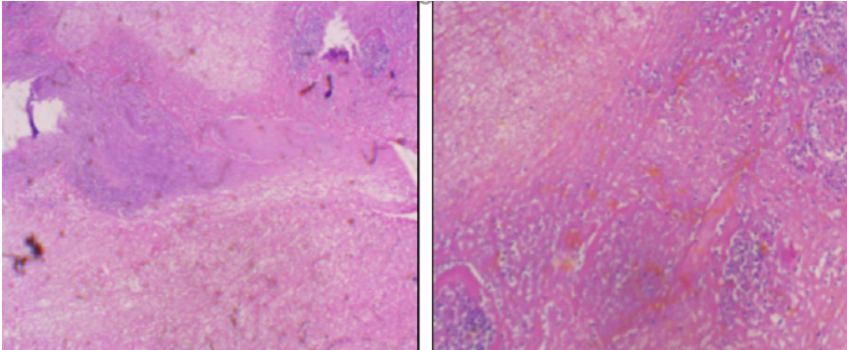
(Nhau mặt sau bên phải nhóm 3, bờ dưới bánh nhau tràn qua lỗ trong CTC, có hình ảnh bánh nhau phồng lên, có > 3 xoang mạch máu đa hình dạng trong bánh nhau, mất đường echo kém ranh giới giữa bánh nhau và tử cung, mất cơ tử cung vùng vết mổ. Tăng sinh mạch máu nhiều mật phân cách nhau - tử cung, có xâm lấn bàng quang, không xâm lấn vách chậu - cổ tử cung)

Tiền lượng đây là một trường hợp đặc biệt khó. Bệnh viện đã chuẩn bị ekip mổ gồm phẫu thuật viên, bác sĩ sơ sinh và ekip gây mê - hồi sức tốt nhất. Để tránh tổn thương bàng quang - niệu quản, chúng tôi tiến hành đặt sonde JJ trước mổ. Vào bụng theo đường mổ cũ dọc giữa dưới rốn, vòng qua rốn khoảng 5 cm. Vào bụng cực kỳ cẩn thận vì bệnh nhân này mới mổ cắt ruột hoại tử lúc thai 12 tuần. Khi vào bụng, chúng tôi quan sát thấy đoạn thân và đoạn dưới tử cung dính chặt vào thành bụng. Tiến hành gỡ dính cẩn thận tránh chảy máu. Đoạn dưới

tử cung phồng to, mất cơ vùng sẹo mổ cũ- chỉ còn màng ối. Quan sát thấy nhau bám mặt sau bên phải- tràn qua lỗ trong cổ tử cung ra trước, nhau cài răng lược độ 3a, xâm lấn đến thanh mạc tử cung, mạch máu tăng sinh nhiều. Chúng tôi tiếp tục gỡ dính và đẩy bàng quang xuống đến cổ tử cung hết sức cẩn thận tránh chảy máu - tổn thương bàng quang và không làm vỡ ối. Sau khi đẩy được bàng quang xuống, chúng tôi rạch ngang đoạn dưới tử cung phía trên mép bánh nhau. Bắt ra 01 bé 2.900 gram, apgar 1 phút 5 điểm, 5 phút 6 điểm. Để tránh chảy máu nhiều,

chúng tôi lấy tử cung ra khỏi ổ bụng, garo tử cung bằng ống foley số 08. Thắt động mạch tử cung hai bên để hạn chế máu tới tử cung. Tiến hành bóc nhau bằng tay, chúng tôi thấy nhau cài răng lược bên phải- không có mặt phân cách nhau và cơ tử cung. Cắt một phần nhau kèm cơ tử cung gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. Sau khi cắt lọc mô cơ tử cung có nhau cài răng lược, kiểm tra không còn sót nhau, tiến hành may hai góc tử cung, may diện nhau

bám, tháo dây garo kiểm tra chảy máu đồng thời may mũi B-Lynch ngang. Sau khi kiểm tra không còn điểm chảy máu, chúng tôi tiến hành đóng cơ tử cung và triệt sản. Máu mất tổng cộng 600 ml và không tổn thương các cơ quan khác. Giải phẫu bệnh cho kết quả phù hợp nhau cài răng lược tử cung percreta (Hình 6). Hậu phẫu không có gì bất thường, mẹ và bé được xuất viện sau mổ 06 ngày.



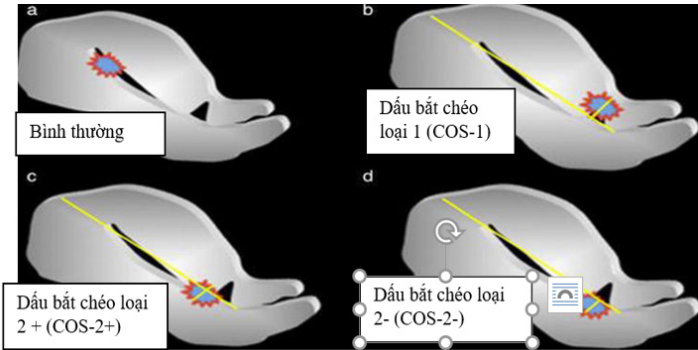
Hình 6. Kết quả mô bệnh học: rau cài răng lược.
(Lông nhau bình thường, xâm nhập toàn bộ vách cơ tử cung qua khỏi thanh mạc gây xuất huyết, tế bào nuôi bình thường)

3. BÀN LUẬN VÀ TỔNG QUAN Y VẤN

Thai ở sẹo mổ lấy thai là một thách thức đối với bác sĩ lâm sàng, không chỉ trong chẩn đoán mà còn trong điều trị. Timor-Tritsch đã đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán TBSMLT như sau [9]: (1) Không có túi thai trong buồng tử cung hoặc ống cổ tử cung; (2) nhau thai và/hoặc túi thai nằm tại vết sẹo mổ tử cung (ở đoạn dưới tử cung); (3) lớp cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang mỏng (từ 1 - 3 mm) hoặc mất; (4) siêu âm vào đầu thai kỳ thấy túi thai hình tam giác nằm trong hốc sẹo MLT; (5) sự hiện diện của phôi thai và/hoặc túi noãn hoàng có hoặc không có tim thai; (6) siêu âm Doppler màu tăng sinh mạch máu xung quanh túi thai và (7) xét nghiệm máu hCG dương tính. Phần lớn các tiêu chí trên đều có ở bệnh nhân của chúng tôi, chúng tôi siêu âm

thấy rõ túi thai và hoạt động tim thai nên chúng tôi không xét nghiệm hCG trong máu. Tại thời điểm thai 6 tuần, chúng tôi ghi nhận thai nằm trên SMLT với một phần bánh nhau nằm trong hốc SMLT, vẫn còn nhìn thấy hốc SMLT.

Hai chẩn đoán phân biệt chính cần được xem xét trong quá trình siêu âm bệnh nhân TBSMLT là thai ở cổ tử cung (thường xảy ra ở những bệnh nhân không có sẹo MLT, đặc trưng bởi các triệu chứng lâm sàng điển hình) và sẩy thai tự nhiên đang tiến triển. Bệnh nhân của chúng tôi siêu âm vào các thời điểm 6 tuần, 8 tuần đều không thấy dấu hiệu trượt túi thai, kênh CTC trống. Lâm sàng thấy cổ tử cung đóng, không có chảy máu âm đạo, phù hợp với chẩn đoán TBSMLT.



Hình 7. Phân loại dấu hiệu bắt chéo Cross-over sign (COS) trên siêu âm

COS-1 là túi thai nằm tại vết sẹo mổ lấy thai và ít nhất hai phần ba đường kính trước sau túi thai nằm trên đường nội mạc tử cung; và COS-2 là túi thai nằm ở vết sẹo mổ lấy thai và nhỏ hơn hai phần ba đường kính trước sau túi thai nằm trên đường nội mạc tử cung. Nhóm COS 2 có thể được chia thành hai loại theo sự có (COS-2+) hoặc không có (COS-2-) sự giao nhau giữa đường kính trước sau và đường nội mạc tử cung

Hình ảnh siêu âm quý I thai kỳ, từ tuần thứ 6 đến tuần thứ 8 của thai kỳ rất quan trọng để dự đoán sự tiến triển của TBSMLT. Dấu hiệu bất chéo (COS) (Hình 7) cũng rất hữu ích cho tiên lượng sự tiến triển của nó [10], [11]. TBSMLT với COS-2- có tiên lượng tốt hơn và không có đầy đủ các tiêu chí siêu âm TBSMLT. Theo phân loại này, túi thai trong trường hợp của chúng tôi được xác định là COS-1, túi thai nằm trên SMLT.

Sự tương quan giữa phân loại COS và phổ NCRL đã được G. Cali và cộng sự nghiên cứu vào năm 2017 [11] và 2018 [10]. 12 trường hợp được phân loại là COS-1 và 56 trường hợp được phân loại là COS-2. NCRL nghiêm trọng chỉ có ở nhóm COS-1: 10 trường hợp NCRL percreta (83,3%) và 2 trường hợp NCRL increta (16,7%). Các trường hợp trong nhóm COS-2 có 24 trường hợp NCRL percreta (42,9%), 11 trường hợp NCRL increta (19,6%) và 21 trường hợp NCRL accreta (37,5%). Riêng COS-2+ có 19 trường hợp NCRL percreta, 9 trường hợp NCRL increta và 11 trường hợp nhau cài răng lược accreta; trong khi COS-2- có 5 trường hợp NCRL percreta, 2 trường hợp NCRL increta và 10 trường hợp NCRL accreta. TBSMLT nhóm COS-2+ có tuổi thai thấp hơn đáng kể khi sinh so với COS-2- trong khi nhóm COS-1 có tuổi thai khi sinh thấp nhất, sinh theo chỉ định y khoa nhiều nhất ở tuổi thai < 34 tuần. Lượng máu mất ước tính cao hơn đáng kể ở nhóm COS-1 so với nhóm COS-2 [10].

G. Cali và cộng sự nghiên cứu mối quan hệ giữa các rối loạn phổ NCRL và 3 dấu hiệu siêu âm khác nhau: COS, thai bám “Trên vết sẹo” so với “Trong hốc” và túi thai nằm bên dưới hoặc trên đường giữa tử cung. Rối loạn phổ NCRL được phân loại là không có NCRL, NCRL creta, NCRL increta và NCRL percreta, theo thứ tự tăng dần về mức độ nghiêm trọng. Về COS, 7,7% các trường hợp COS-1 so với 92,3% các trường hợp COS-2 trong tam cá nguyệt đầu tiên sẽ phát triển thành NCRL accreta trong tam cá nguyệt thứ ba ($P < 0,01$). Ngược lại, 79,6% các trường hợp COS-1 được phát hiện trong tam cá nguyệt đầu tiên so với 20,4% các trường hợp COS-2 phát triển thành NCRL percreta trong tam cá nguyệt thứ ba, ($P < 0,01$). Phân tích vị trí thai bám “Trên vết sẹo” so với “Trong hốc” cho thấy 23,1% thai bám “Trong hốc” là NCRL accreta trên siêu âm tam cá nguyệt thứ ba, so với 76,9% “Trên vết sẹo” ($P < 0,001$). Mặt khác, 94,4% thai bám “Trong hốc”, so với 5,6% thai bám “Trên vết sẹo” phát triển thành NCRL percreta ($P < 0,01$). Túi thai nằm dưới đường giữa xuất hiện ở 100% NCRL percreta, ở 87,5% bệnh nhân NCRL increta và ở 17,9% bệnh nhân NCRL accreta [12].

Hệ thống phân loại do Kaelin Agten và cộng sự đề xuất dựa trên mối quan hệ giữa túi thai và vết sẹo mổ lấy thai trước đó: Thai bám “trên vết sẹo” có nghĩa là nhau thai được cấy ghép một phần hoặc toàn bộ lên trên vết sẹo đã lành tốt (độ dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang ≥ 3 mm). Ngược lại, thai bám “trong hốc” có nghĩa là nhau thai bám vào vết sẹo cũ (cơ tử cung đo

được ≤ 2 mm). Các nghiên cứu đã kết luận rằng chẩn đoán COS-1 trong tam cá nguyệt đầu tiên, thai làm tổ trong hốc và túi thai nằm dưới đường nội mạc tử cung có độ chính xác dự đoán cao nhau cài răng lược thể nặng nhất. Cả ba dấu hiệu siêu âm đều có liên quan độc lập với các kết quả phẫu thuật bất lợi [12]. Trường hợp TBSMLT của chúng tôi là COS-1, thai bám trên vết sẹo MLT, một phần bánh nhau bám vào hốc SMLT, bề dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang 1,8 mm phát hiện vào tuần thứ 8 tuổi thai, vì vậy đã phát triển thành NCRL percreta. Chúng tôi đã có sự chuẩn bị tốt với kíp gây mê hồi sức và Bác sĩ phẫu thuật nhiều kinh nghiệm phẫu thuật NCRL để phẫu thuật cho bệnh nhân nên đã bảo tồn được tử cung với lượng máu mất khoảng 600 ml.

TBSMLT còn được chia thành các loại khác nhau theo vị trí của túi thai và độ dày tối thiểu của cơ tử cung. TBSMLT loại I nằm một phần trong vết sẹo và có độ dày cơ tử cung > 3 mm. TBSMLT loại II được đặc trưng là nằm một phần trong vùng sẹo và có độ dày cơ tử cung ≤ 3 mm. TBSMLT được coi là loại III khi nằm hoàn toàn trong khu vực sẹo và có độ dày cơ tử cung ≤ 3 mm. Nghiên cứu của Yang và cộng sự có 2 trường hợp TBSMLT loại I đã sinh con sống, trong đó một trường hợp nhau cài răng lược accreta và trường hợp còn lại nhau cài răng lược increta (mất máu lần lượt là 500 mL và 800 mL). Trong nhóm TBSMLT loại II, có 1 trường hợp thai chết lưu ở tuần thứ 20 với nhau cài răng lược increta, trong khi 6 trường hợp còn lại đã sinh con sống (1 trường hợp nhau thai bình thường, 2 trường hợp nhau cài răng lược increta và 3 trường hợp nhau cài răng lược percreta). Trường hợp TBSMLT loại III đã sinh con sống và là trường hợp duy nhất phải cắt bỏ tử cung sau khi chảy máu ồ ạt do nhau cài răng lược percreta (3500 mL) [13].

Đồng thuận Delphi 2022 đã đề xuất phân độ TBSMLT và xử trí TBSMLT [14]. Thời điểm đánh giá tốt nhất là siêu âm lúc thai 6 - 7 tuần, tuy nhiên phân độ này vẫn có giá trị cho đến lúc thai 12 tuần. Người ta chia TBSMLT làm ba độ. Độ 1 là phần lớn túi thai vượt qua đường nội mạc. Độ 2 là phần lớn túi thai nằm trong cơ tử cung và không vượt qua đường nội mạc tử cung cũng không vượt qua đường thanh mạc tử cung. Độ 3 là khi túi thai vượt qua đường thanh mạc hoặc cơ đoạn dưới mỏng hơn 1mm. Tùy vào phân độ TBSMLT trên siêu âm sẽ có thái độ xử trí phù hợp. Với độ 1, Bác sĩ có thể nạo gấp thai hoặc dưỡng thai nếu thai phụ mong muốn dưỡng thai và chấp nhận nguy cơ NCRL với khả năng dưỡng thai sống đủ tháng 75%. Với độ 2, xử trí nạo gấp thai dưới hướng dẫn siêu âm, đặt bóng chèn cầm máu. Với độ 3, xử trí bằng cách phẫu thuật nội soi lấy khối thai hoặc tiêm methotrexate. Trường hợp của chúng tôi, theo siêu âm thời điểm 6 tuần là độ 1, bệnh nhân mong muốn dưỡng thai chấp nhận nguy cơ NCRL. Chúng tôi tiếp tục dưỡng thai và kết cục NCRL khi thai phát triển là phù hợp với đồng thuận Delphi.

Một đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp gần

đây, bao gồm bốn mươi bốn nghiên cứu (3598 phụ nữ bị TBSMLT), 17,6% TBSMLT tái phát và 82,6% phụ nữ có thai trong tử cung. 70,6% ca có thai lại sau khi điều trị TBSMLT. Có thai sau điều trị TBSMLT bằng phương pháp phẫu thuật so với không phẫu thuật lần lượt ở 74,4% và 68,7%. Phụ nữ có TBSMLT trước đó có nguy cơ cao bị sẩy thai, sinh non và phôi nhau cài răng lược. Tỷ lệ tái phát TBSMLT ở nhóm xử trí bằng phẫu thuật so với không phẫu thuật lần lượt là 21% và 15,2%. Sẩy thai, sinh non và các rối loạn phôi nhau cài răng lược 16,2%, 8,9% và 2,7%. Các tác giả kết luận rằng cần có thêm các nghiên cứu về xử trí TBSMLT để đánh giá kết quả sinh sản sau đó ở những phụ nữ đã từng bị TBSMLT [15]. Hội Y học bà mẹ và thai nhi Hoa Kỳ đã khuyến cáo nên tư vấn cho những bệnh nhân từng bị TBSMLT về những rủi ro có thể xảy ra của lần mang thai tiếp theo và tư vấn cho họ về biện pháp tránh thai, có thể tránh thai vĩnh viễn [5].

Mặt khác, một số bệnh nhân mắc TBSMLT không đồng ý chấm dứt thai kỳ. Hội y học Bà mẹ và thai nhi Hoa Kỳ khuyến cáo nên mổ lấy thai trong khoảng từ tuần thứ 34 0/7 đến 35 6/7 [5]. Bệnh nhân của chúng tôi không có triệu chứng; do đó chúng tôi quyết định mổ lấy thai khi thai ở tuần thai thứ 35 - 36.

Theo dõi thai kỳ ở TBSMLT có 57% trường hợp sinh con sống, nhưng các biến chứng có thể xảy ra trong thai kỳ bao gồm vỡ tử cung, chảy máu nhiều đe dọa tính mạng, thai chết lưu và sinh non gây biến chứng cho trẻ sơ sinh [16]. Một đánh giá hệ thống 63 nghiên cứu cho thấy 63% bệnh nhân TBSMLT chọn theo dõi thai tiếp tục bị cắt tử cung do NCRL [16]. Một trong những nghiên cứu quan trọng nhất về TBSMLT đã báo cáo bốn trong mười (40%) bệnh nhân TBSMLT đã sinh con sống bằng mổ lấy thai theo kế hoạch, nhưng ba ca (30%) đã bị cắt tử cung do NCRL [9], [6]. Bệnh nhân của chúng tôi may mắn nằm trong số 1 ca còn lại không cắt tử cung. Bệnh nhân chúng tôi có NCRL percreta nhưng chúng tôi đã cố gắng bảo tồn được tử cung cho bệnh nhân với lượng máu mất khoảng 600ml.

Một đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp, bao gồm 17 nghiên cứu về quản lý theo dõi TBSMLT được công bố sau năm 2000 (bao gồm 69 ca TBSMLT được theo dõi, 52 ca có và 17 ca không có nhịp tim phôi/thai), đã báo cáo rằng 13% bệnh nhân có hoạt động tim phôi/thai đã bị sẩy thai không biến chứng, 20 % cần can thiệp hoặc phẫu thuật, trong khi vỡ tử cung trong tam cá nguyệt đầu tiên và thứ hai của thai kỳ xảy ra ở 9,9% và cắt bỏ tử cung ở 15,2% trong tam cá nguyệt đầu tiên và thứ hai của thai kỳ. Trong số những phụ nữ TBSMLT có hoạt động tim phôi/thai, 40 (76,9%) ca tiến triển đến tam cá nguyệt thứ ba của thai kỳ, 39,2% trong số họ bị chảy máu nghiêm trọng trong tam cá nguyệt thứ ba và vỡ tử cung xảy ra ở 10,2%. 60,6% cắt bỏ tử cung trong quá trình mổ lấy thai. Không có trường hợp tử vong mẹ nào [17].

Trong những năm gần đây, người ta đã phát hiện ra rằng các đặc điểm của TBSMLT trên siêu âm có thể dự

đoán kết quả thai kỳ [5], [18]. Độ dày cơ tử cung, loại TBSMLT và dấu chéo (COS) là các dấu hiệu trên siêu âm được đề xuất là những yếu tố dự báo tiềm năng cho kết quả của TBSMLT [19].

TBSMLT nếu được chấm dứt thai kỳ sớm thì nó vẫn để lại một số hậu quả nhất định cho lần mang thai sau như sẩy thai, sinh non, TBSMLT tái phát, NCRL. Mặc dù TBSMLT gây ra rủi ro lớn cho cả mẹ và con nếu tiếp tục giữ thai, nhưng có nhiều bà mẹ chấp nhận tất cả các rủi ro quyết tâm tiếp tục dưỡng thai. Vấn đề là làm thế nào để chúng ta xác định được bệnh nhân nào thích hợp để theo dõi. Mổ lấy thai nhiều lần sẽ làm tăng rủi ro, độ dày của lớp cơ tử cung giữa túi thai - bàng quang và sự tiến triển của thai - nhau thai về phía buồng tử cung hoặc ra ngoài tử cung là những yếu tố tiên lượng quan trọng. Ở bệnh nhân của chúng tôi, lớp cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang mỏng 1,8 mm. Hơn nữa, trên siêu âm thai 6 tuần cho thấy TBSMLT độ 1 (theo phân độ Delphi 2022) và siêu âm ở tuần thai thứ 8 - 9 cho thấy thai đã phát triển về phía buồng tử cung, cho phép tiên lượng thai phát triển tốt. Nhau thai bám mặt sau và có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung nên khả năng thấp xâm lấn bàng quang và các cơ quan lân cận. Từ những yếu tố trên cho phép chúng tôi có thể theo dõi chặt chẽ thai kỳ và tiếp tục dưỡng thai cho bệnh nhân. Đã có một số biến cố nhỏ xảy ra trong thai kỳ, cổ tử cung ngắn chỉ 21 mm tại thời điểm thai 15 - 16 tuần. Sau khi xem xét các điều kiện, thai phụ đã được đặt vòng nâng cổ tử cung dự phòng sinh non. Xuất hiện cơn gò tử cung và có xuất huyết âm đạo lượng ít lúc thai 31 - 32 tuần, bệnh nhân được nhập viện theo dõi nằm nghỉ và dùng thuốc progesterone đặt âm đạo. Các triệu chứng biến mất sau 3 ngày điều trị. Phần lớn thai kỳ diễn ra thuận lợi, được chẩn đoán là nhau cài răng lược thể percreta, sau khi xem xét các điều kiện cũng như các khuyến cáo, chúng tôi chọn chấm dứt thai kỳ vào thời điểm 35 - 36 tuần tuổi thai. Vì những lý do này, chúng tôi cho rằng nên đợi thai đến tuần thứ 8-9 xem xu hướng phát triển của túi thai cũng như các dấu hiệu trên siêu âm rồi chúng ta hãy đưa ra quyết định về quá trình điều trị ở những bệnh nhân ổn định muốn giữ thai. Bệnh nhân nên được tư vấn về các biến chứng sản khoa nguy hiểm có thể xảy ra trong quá trình theo dõi. Qua trường hợp trên cùng với các trường hợp đã được báo cáo trong y văn, chúng tôi cũng đề xuất rằng các trường hợp TBSMLT, nếu chọn theo dõi thai tiếp tục, nên được theo dõi tại các bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối, có sự phối hợp của các chuyên khoa như GMHS, sơ sinh và ca mổ lấy thai được thực hiện bởi một bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm phù hợp, chuyên gia NCRL. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi cho thấy TBSMLT có NCRL thể percreta, không có triệu chứng nghiêm trọng xảy ra trong thai kỳ nên có thể đợi MLT lúc 35 - 36 tuần. Vì vậy chúng tôi đề xuất rằng ở những bệnh nhân TBSMLT có NCRL nếu không có triệu chứng có thể mổ lấy thai sau 35 tuần.

Bảng 1. Kết quả dưỡng thai TBSMLT của một số nghiên cứu

Tác giả	Phân loại TBSMLT	Không có NCRL	NCRL accre-ta	NCRL incre-ta	NCRL Per-creta	Sảy thai	Sinh <37 tuần	Sinh đủ tháng	Cắt bỏ tử cung	Lượng máu mất (Trung bình, tính bằng mL)
Yang X và cs 2022 Loại CSP (n = 9) [13]	Loại I (n = 2)	0	1	1	0	0	2	0	0	650
	Loại II (n = 6)	1	0	2	3	1	2	3	0	700
	Loại III (n = 1)	0	0	0	1	0	1	0	1	3500
Kaelin Agten A và cs 2017 "Trên vết sẹo" so với "Trong hốc" (n = 17) [18]	"Trên vết sẹo" (n = 6)	5	1	0	0	0	0	6	1	700
	"Trong hốc" (n = 11)	0	0	11	0	0	11	0	11	1200
Cali G và cs 2017, 2018 Dấu chéo COS (n = 68) [11], [10]	COS-1 (n = 12)	0	0	2	10	Chưa ghi nhận	11 (<34 tuần)	1 (≥34 tuần)	12	833,3 ± 101,0
	COS-2+ (n = 39)	0	11	9	19	Chưa ghi nhận	7 (<34 tuần)	32 (≥34 tuần)	39	750,0 ± 123,4
	COS-2- (n = 17)	0	10	2	5	Chưa ghi nhận	0 (<34 tuần)	17 (≥34 tuần)	17	700,4 ± 153,1
Fu L và cs 2022 Độ dày cơ tử cung (n = 21) [20]	≤ 3 mm (n = 10)	2	0	3	5	0	6	4	1	Chưa ghi nhận
	> 3 mm (n = 11)	5	4	2	0	0	2	9	0	Chưa ghi nhận
Trường hợp của chúng tôi	- Trên sẹo MLT - Cos-1 - Phân loại 1 theo Delphi 2022 - Độ dày cơ tử cung 1,8 mm lúc thai 8 tuần và 1,5 mm lúc thai 9 - 10 tuần	0	0	0	1	0	MLT 35 tuần 1 ngày	0	0	600 ml

TBSMLT loại I là túi thai nằm một phần trong vết sẹo và có độ dày cơ tử cung > 3 mm.

TBSMLT loại II là túi thai nằm một phần trong vùng sẹo và có độ dày cơ tử cung ≤ 3 mm

TBSMLT loại III là túi thai nằm hoàn toàn trong khu vực sẹo và có độ dày cơ tử cung ≤ 3 mm" [13].

Hiện nay, vẫn chưa có khuyến cáo dưỡng thai tiếp tục ở những trường hợp thai bám sẹo MLT. Cần có nhiều dữ liệu hơn ở các trường hợp TBSMLT bệnh nhân và gia đình có nguyện vọng dưỡng thai để cung cấp thêm các bằng chứng khoa học cho vấn đề còn nan giải này.

4. KẾT LUẬN

Chẩn đoán sớm TBSMLT là rất quan trọng, chọn phương pháp điều trị phù hợp có thể ngăn ngừa các biến

chứng đe dọa tính mạng mẹ và giúp bảo tồn được chức năng sinh sản nếu chọn chấm dứt thai kỳ. Những bệnh nhân mong muốn dưỡng thai có nguy cơ gặp các biến cố

bất lợi nghiêm trọng trong thai kỳ. Do đó, chúng ta cần đánh giá kỹ các triệu chứng lâm sàng cũng như các dấu hiệu trên siêu âm để tiên đoán khả năng tiến triển của thai kỳ đồng thời bắt buộc phải theo dõi chặt chẽ nhóm bệnh nhân này, bệnh nhân ở gần cơ sở có thể cấp cứu và phẫu thuật NCRL. Các dấu hiệu gợi ý giúp tiên lượng dưỡng thai thành công như thai bám trên SMLT, không nằm trong hốc SMLT, phân loại TBSMLT loại 1 theo đồng thuận Delphi, nhau bám mặt sau có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung. Bề dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang < 3 mm, phân loại COS-1 trên siêu âm trong tam cá nguyệt thứ nhất tiên lượng khả năng cao phát triển thành NCRL thể nặng khi thai lớn. Theo dõi và MLT tại các trung tâm chuyên sâu có các chuyên gia mổ NCRL giúp bệnh nhân có thể bảo tồn tử cung, hạn chế mất máu, hạn chế tổn thương các cơ quan lân cận cũng như an toàn cho mẹ và con. Cần có thêm các nghiên cứu để đưa ra kết luận chắc chắn nhằm xác định các yếu tố có thể giúp bệnh nhân TBSMLT dưỡng thai và bảo tồn được tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

- Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, D'Antonio F, Kaelin Agten A. Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2019;46(4):797-811.
- Ban Y, Shen J, Wang X, Zhang T, Lu X, Qu W, et al. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy Clinical Classification System With Recommended Surgical Strategy. *Obstetrics & Gynecology*. 2023;141(5):927-36.
- Silva B, Viana Pinto P, Costa MA. Cesarean Scar Pregnancy: A systematic review on expectant management. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2023;288:36-43.
- Lin R, DiCenzo N, Rosen T. Cesarean scar ectopic pregnancy: nuances in diagnosis and treatment. *Fertility and Sterility*. 2023;120(3, Part 2):563-72.
- Miller R, Timor-Tritsch IE, Gyamfi-Bannerman C, Medicine Sfm-F. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) consult series# 49: cesarean scar pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2020;222(5):B2-B14.
- Hà Tố Nguyên. Thai bám sẹo mổ lấy thai và nhau cài răng lược: vấn đề chẩn đoán. *Tạp chí Phụ sản*. 2017;15(3):12 – 5.
- Zosmer N, Fuller J, Shaikh H, Johns J, Ross J. Natural history of early first-trimester pregnancies implanted in Cesarean scars. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2015;46(3):367-75.
- Birch Petersen K, Hoffmann E, Riffbjerg Larsen C, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertility and Sterility*. 2016;105(4):958-67.
- Timor-Tritsch IE, Khatib N, Monteagudo A, Ramos J, Berg R, Kovács S. Cesarean scar pregnancies: experience of 60 cases. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 2015;34(4):601-10.
- Cali G, Forlani F, Minneci G, Foti F, Di Liberto S, Familiari A, et al. First-trimester prediction of surgical outcome in abnormally invasive placenta using the cross-over sign. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2018;51(2):184-8.
- Cali G, Forlani F, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Minneci G, D'Antonio F. Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017;50(1):100-4.
- Cali G, Timor-Tritsch I, Forlani F, Palacios-Jaraquemada J, Monteagudo A, Agten AK, et al. Value of first-trimester ultrasound in prediction of third-trimester sonographic stage of placenta accreta spectrum disorder and surgical outcome. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2020;55(4):450-9.
- Yang X, Zheng W, Zhang H, Wei X, Yan J, Yang H. Expectant management of cesarean scar pregnancy in 13 patients. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2022;35(25):8066-71.
- Jordans IPM, Verberkt C, De Leeuw RA, Bilardo CM, Van Den Bosch T, Bourne T, et al. Definition and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;59(4):437-49.
- Morlando M, Buca D, Timor-Tritsch I, Cali G, Palacios-Jaraquemada J, Monteagudo A, et al. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2020;99(10):1278-89.
- Maheux-Lacroix S, Li F, Bujold E, Nesbitt-Hawes E, Deans R, Abbott J. Cesarean scar pregnancies: a systematic review of treatment options. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2017;24(6):915-25.
- Cali G, Timor-Tritsch I, Palacios-Jaraquemada J, Monteagudo A, Buca D, Forlani F, et al. Outcome of Cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2018;51(2):169-75.
- Kaelin Agten A, Cali G, Monteagudo A, Oviedo J, Ramos J, Timor-Tritsch I. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted "on the scar" versus "in the niche". *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;216(5):510.e1-e6.
- Jayaram P, Okunoye G, Al Ibrahim AA, Ghani R, Kalache K. Expectant management of caesarean scar ectopic pregnancy: a systematic review. *Journal of perinatal medicine*. 2018;46(4):365-72.
- Fu L, Luo Y, Huang J. Cesarean scar pregnancy with expectant management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2022;48(7):1683-90.