



NGUYỄN BÁ MỸ NHI

BÁC SĨ CKII

*Phó Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ
Việt Nam*

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG
LẦN THỨ
TP. HỒ CHÍ MINH, 19 & 20/5/2016

16



HỞ KHUYẾT SỢ MỔ LẤY THAI

BS Nguyễn Bá Mỹ Nhi

Bệnh viện Từ Dũ – TP Hồ Chí Minh



Giới thiệu

- Tỷ lệ MLT tăng đáng kể tại các quốc gia đã phát triển
6,2 → 36% (TB 21,1%)
- Xuất hiện nhiều các biến chứng muộn của MLT
- Ghi nhận hốc tại sọ MLT, phát hiện qua SÂ
- Nhiều thuật ngữ nói về hốc
- Nhiều NC đã được thực hiện và công bố



Thuật ngữ

- **Hở khuyết sẹo MLT (Cesarean scar defect)**
- Hở sẹo MLT (Cesarean section uterine scar dehiscence)
- Bất toàn sẹo MLT (deficient Cesarean scar)
- Túi thừa (diverticulum)
- Túi bịt (pouch)
- Thoát vị eo TC (isthmocele)



Vấn đề hở khuyết sọ MLT

1. Tại sao có hở khuyết sọ MLT
2. Hốc tụ dịch tại sọ MLT
3. Triệu chứng
4. Vai trò chẩn đoán hình ảnh
5. Chỉ định điều trị
6. Có thể phòng ngừa hở khuyết sọ MLT



Hở khuyết sọ MLT ?

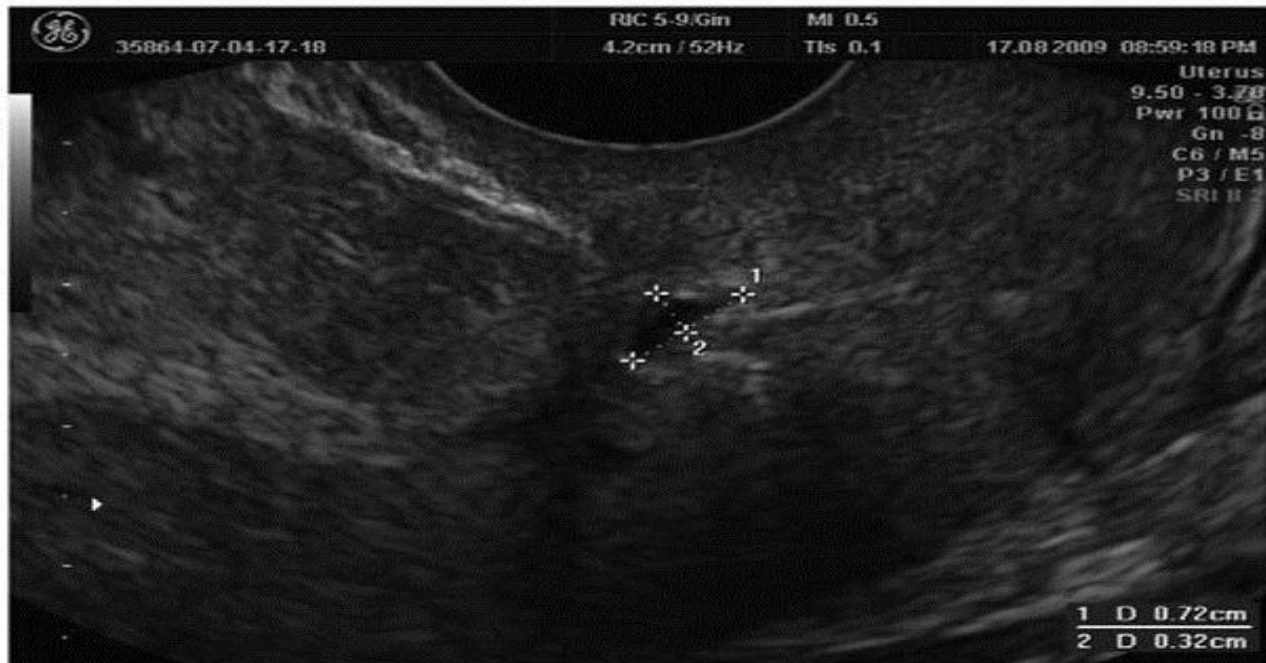
- Mất liên tục cơ TC tại vị trí sọ MLT
- Tam giác echo trống thành trước cơ TC → “Hốc” (niche)
- Biến chứng Sản khoa - Phụ khoa



Tàn suất

- Fabres C (2003), Regnard C (2004): 0.6% và 3.8%
- Ofili-Yebovi và cộng sự (2008) :
 - 99.1% sẹo TC của bệnh nhân MLT
 - 19.4% sẹo bất thường
 - 9.9% bất thường nặng (mất > 50% lớp cơ TC)
- Osser OV (2009): hốc bất kỳ nguyên nhân nào 0.6%
- Wang B (2009) : hốc do MLT 6.6% - 69%









Nguyên nhân

- Mổ ngang đoạn dưới TC (LSCS), nhau bám bất thường, xử dụng oxytocine ...
- PT trên TC trước khi có thai (cắt vách ngăn lòng TC , bóc nhân xơ TC...)
- Yếu tố nguy cơ: tiểu đường, mổ cấp cứu, đường rạch quá thấp đoạn dưới TC.....



Tại sao có hở khuyết sọ MLT?

- Kỹ thuật khâu cơ TC
- Thành lập đoạn dưới / vị trí rạch cơ TC
- Sự lành vết thương
- Yếu tố khác



Kỹ thuật khâu cơ TC

Yazicioglu (2006):

- Phân tích 2 KT khâu (98 BN) :
 - Toàn bộ bề dày, cả niêm mạc
 - Toàn bộ bề dày, chừa niêm mạc
- KQ: KT lấy luôn niêm mạc ít bị hở khuyết

→ Khâu cơ TC một lớp có thể không bảo đảm sự khép tốt 2 mép vết rạch



Đoạn dưới TC (lower segment)

Ưu điểm đoạn dưới TC :

- Giàu mô sợi → lành sẹo tốt
- Cơ TC mỏng → ít chảy máu, dễ khâu
- Ít tạo dính
- Nguy cơ vỡ TC thấp
- Có thể khâu một hay nhiều lớp



Đoạn dưới TC (lower segment)

Nhược điểm đoạn dưới TC

- Khác nhau về cơ hồi 2 bên đường rạch cơ TC
- Mép trên cơ TC dày hơn mép dưới
- Chênh lệch bề dày tăng theo số lần MLT
- Khó khăn để có đường khâu không khập khiễng



Đoạn dưới TC và vị trí sẹ

Hayakawa (2006)

→ Bất thường sẹ tăng X 2 ở TC gặp sau :

- Điểm gặp TC nằm ngang mức lỗ trong
- Đoạn dưới TC nằm dưới tác động chịu lực căng
- Căng dẫn và giảm tưới máu mô

→ *chậm lành sẹ*

→ Nguy cơ tạo hốc sẹ tăng :

- Ngôi thai xuống sâu đoạn dưới TC
- Cổ TC $\geq 5\text{cm}$
- GD hoạt động $\geq 5\text{giờ}$



Hốc (niche)





Hình thành hốc

Thurmond (2004):

1. Cơ TC quanh sẹo co bóp kém

→ tích tụ máu cũ

2. Mạch máu dưới lớp cơ dãn nở nhiều, nội mạc mỏng

→ tụ máu kinh nhanh

→ hình ảnh hốc dịch (+) / SA pha 1 sớm



Hốc ở PN có sẹo MLT

- Tần suất 24-70% (TVS) và 56 -84% (SHG)
- Yếu tố nguy cơ tạo hốc:
 - Khâu một lớp cơ TC
 - MLT nhiều lần
 - TC gấp sau
- Triệu chứng chính → xuất huyết lượng ít sau hành kinh (postmenstrual spotting)



Triệu chứng

1. Hiện diện nếp NMTC sung huyết (61%), polype nhỏ trong sọ (16%) → **xuất huyết bất thường**
2. Thẩm nhập lympho (65%), co kéo cấu trúc đoạn dưới TC (75%) → **đau vùng chậu mãn, giao hợp đau**
3. Lạc nội mạc vào cơ TC (28%) → **thống kinh**



Triệu chứng Phụ khoa

Gợi ý từ phụ khoa:

- Ra huyết ít kéo dài sau kinh (postmenstrual spotting)
- Xuất huyết AD bất thường
- Vô sinh thứ phát
- Thất bại chuyển phôi, làm tổ
- Đau vùng chậu mãn
- Thống kinh
- Giao hợp đau



Triệu chứng phụ khoa

Wang (2009) → 293 PN sau MLT, chẩn đoán hóc (+) /
SA ngả AD

- Xuất huyết lượng ít kéo dài sau kinh (64%)
- Thống kinh (53%)
- Đau vùng chậu mãn (40%)
- Giao hợp đau (18%)



Triệu chứng sản khoa

Gợi ý từ Sản khoa

- Vỡ TC
- Nhau tiền đạo
- Nhau cài răng lược
- Thai bám sẹo mổ



Hiếm muộn – hở khuyết sọ MLT

Thurmond (2004), Florio (2012):

Cơ TC quanh sọ co bóp kém → tích tụ máu cũ

- Tinh trùng không xâm nhập vào buồng TC được
- Chất nhầy cổ TC bị ảnh hưởng
- Không chuyển phôi được
- Tạo độc tố ảnh hưởng phôi



Hiếm muộn – hở khuyết sọ MLT

- Nhiều chứng cứ ủng hộ quan điểm bệnh sinh của vô sinh thứ phát trên BN có hở khuyết sọ MLT
- Nhiều KT sửa sọ / BN vô sinh
- Mục đích loại hốc và xơ viêm... lót trong hốc
- GPB: TB viêm cổ trong, mô xơ, mô hoại tử, lạc NMTC
- ...



Xuất huyết bất thường sau hành kinh (PAUB) & hốc sọ

- **Fabres (2003):**
 - 64% PN bị PAUB khi làm SA ngã AD → hốc
 - BN giai đoạn TMK, SA ngã AD có hốc → 83% có XH AD bất thường và 76% có PAUB
- **Bij de Vaate (2011):** 34% PN bị PAUB → SA (SHG) có hốc
- **NC khác :**
 - XH TC bất thường hay gặp ở BN có túi thừa
 - SA: cấu trúc tròn, echo kém, biến dạng kênh cổ TC
 - Có liên quan giữa PN có sọ MLT và PAUB



Xuất huyết bất thường sau hành kinh (PAUB) & hốc sọ

- **Wang (2009):** liên quan kích thước hốc và PAUB :
 - Độ rộng hốc → ảnh hưởng đáng kể PAUB, thống kinh, đau vùng chậu mãn
 - Hốc càng rộng → PAUB càng kéo dài
 - Độ sâu, hình dáng hốc → không là yếu tố mạnh
- **Menada Valenzano (2006):** không có mối liên quan giữa hốc, với XH TC bất thường



Table 1 Relationship between Cesarean scar defect dimensions, clinical symptoms and uterine position

	<i>Defect width</i>		<i>Defect depth</i>		<i>Residual myometrium thickness</i>	
	<i>mm (mean ± SD)</i>	P	<i>mm (mean ± SD)</i>	P	<i>mm (mean ± SD)</i>	P
Clinical symptoms						
Postmenstrual bleeding		< 0.001		0.440		0.922
Absent (<i>n</i> = 76)	5.04 ± 2.28		7.50 ± 2.28		4.78 ± 2.27	
Present (<i>n</i> = 131)	7.13 ± 3.85		7.76 ± 2.70		4.81 ± 2.21	
Dysmenorrhea		0.001		0.740		0.646
Absent (<i>n</i> = 99)	5.26 ± 2.59		7.51 ± 2.69		4.67 ± 2.18	
Present (<i>n</i> = 108)	7.36 ± 3.92		7.81 ± 2.43		4.91 ± 2.26	
Chronic pelvic pain		< 0.001		0.245		0.726
Absent (<i>n</i> = 125)	5.27 ± 2.60		7.48 ± 2.47		4.83 ± 2.31	
Present (<i>n</i> = 82)	8.08 ± 4.02		7.96 ± 2.67		4.75 ± 2.10	
Dyspareunia		0.686		0.984		0.630
Absent (<i>n</i> = 169)	6.19 ± 3.35		7.69 ± 2.55		4.79 ± 2.27	
Present (<i>n</i> = 38)	7.19 ± 4.10		7.56 ± 2.60		4.84 ± 2.06	
Uterine position		< 0.001		0.535		0.067
Anteflexed (<i>n</i> = 174)	5.94 ± 3.03		7.77 ± 2.55		4.97 ± 2.27	
Retroflexed (<i>n</i> = 33)	8.68 ± 4.84		7.10 ± 2.60		3.87 ± 1.78	



Table 2 Relationship between the measured parameters of Cesarean scar defects and the number of previous Cesarean sections (CS)

<i>Number of previous CS</i>	<i>Defect width (mm (mean ± SD))</i>	<i>Defect depth (mm (mean ± SD))</i>	<i>Residual myometrium thickness (mm (mean ± SD))</i>
One (<i>n</i> = 57)	5.05 ± 3.04	7.33 ± 2.51	4.87 ± 2.42
Two or more (<i>n</i> = 150)	6.90 ± 3.56	8.53 ± 2.50	4.79 ± 2.16
<i>P</i>	0.001	0.002	0.822



Siêu âm chẩn đoán

- **Regnard (2004):** SA SHG → có hốc, mất > 80% lớp cơ → hở sụn (dehiscence)
- Echo trống dạng tam giác hay dạng vòm
 - **Monteagudo (2001)** → hốc
 - **Gubbini (2011)** → thoát vị eo TC
- SHG
 - Hình dạng hốc không thay đổi
 - Thấy được nhiều hốc
 - Phân loại hốc dễ

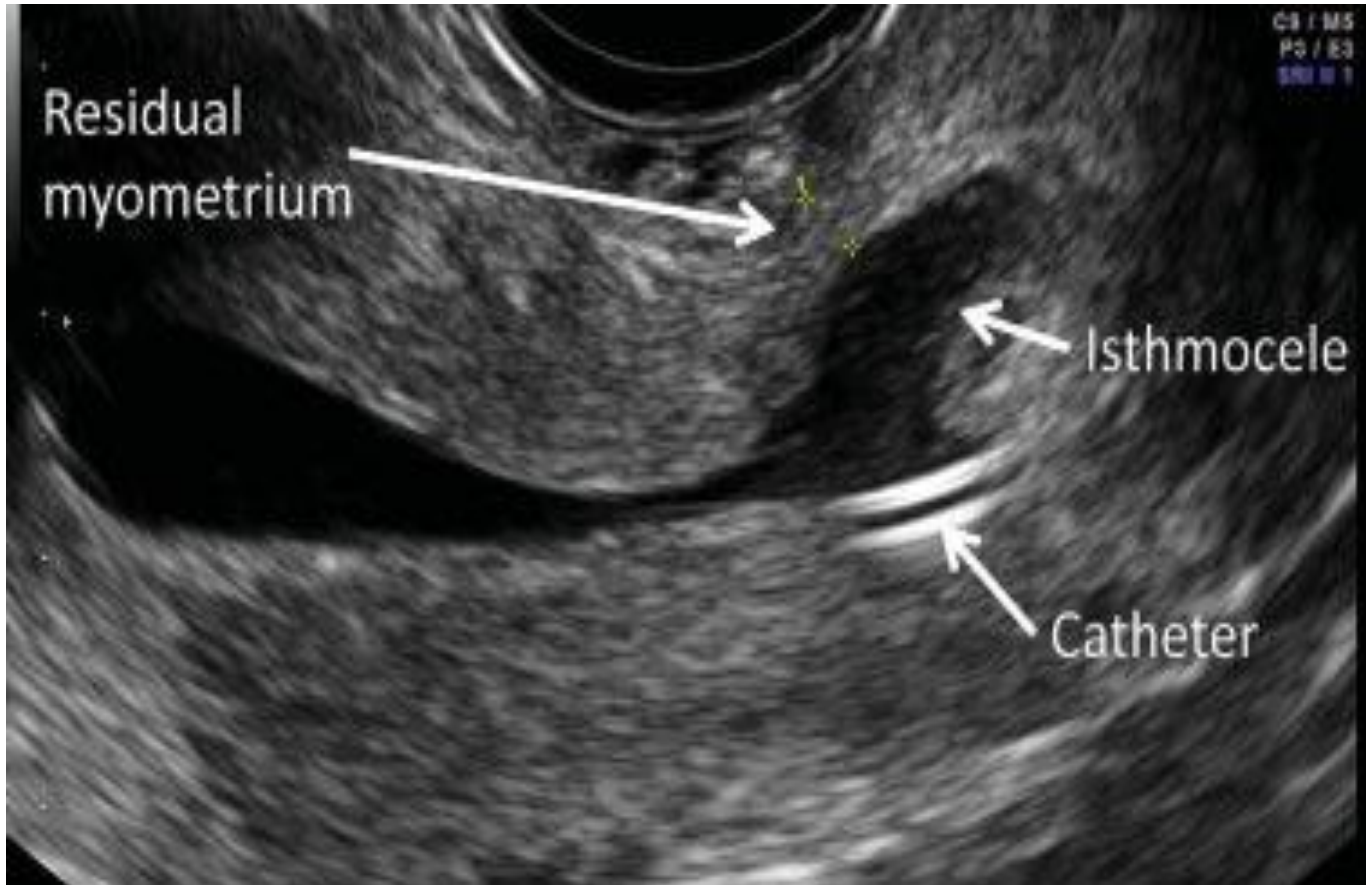


TVS



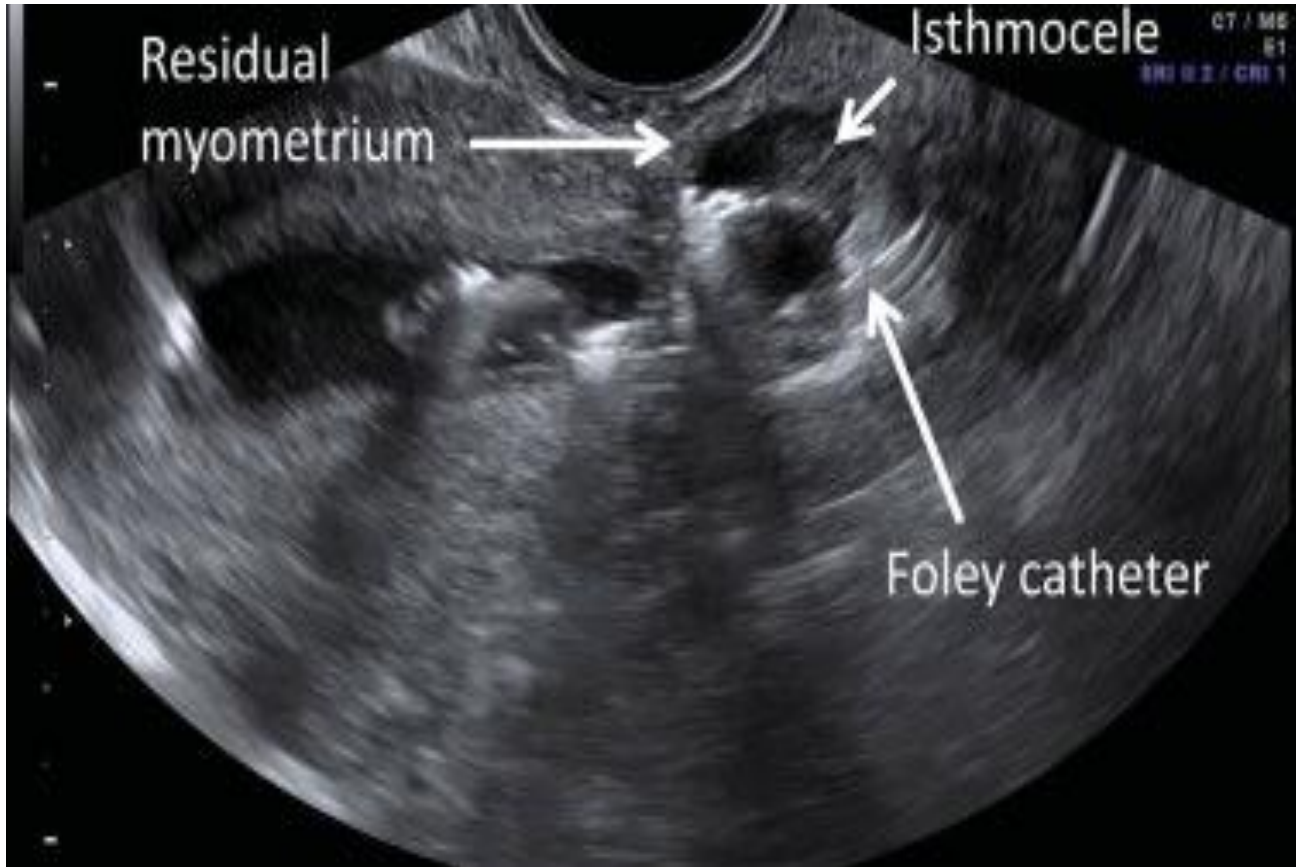


SHG





SHG





Nội soi buồng tử cung

- **NS BTC và TVS :**

- Chẩn đoán chính xác tương đương (100%)
- PPV và NPV không khác biệt

- **TVS:**

- đơn giản, không xâm lấn

- rẻ tiền

→ chọn lựa đầu tiên để sàng lọc & tìm thêm nguyên nhân khác



Nội soi buồng tử cung

- **Vai trò NS BTC:**
 - Chẩn đoán cấp cứu được
 - Định vị hốc sẹo kênh cổ TC nằm cao hay thấp
 - Hốc nằm thấp → lần trước mỗi khi chuyển dạ
 - Hốc nằm cao → lần trước mỗi chủ động

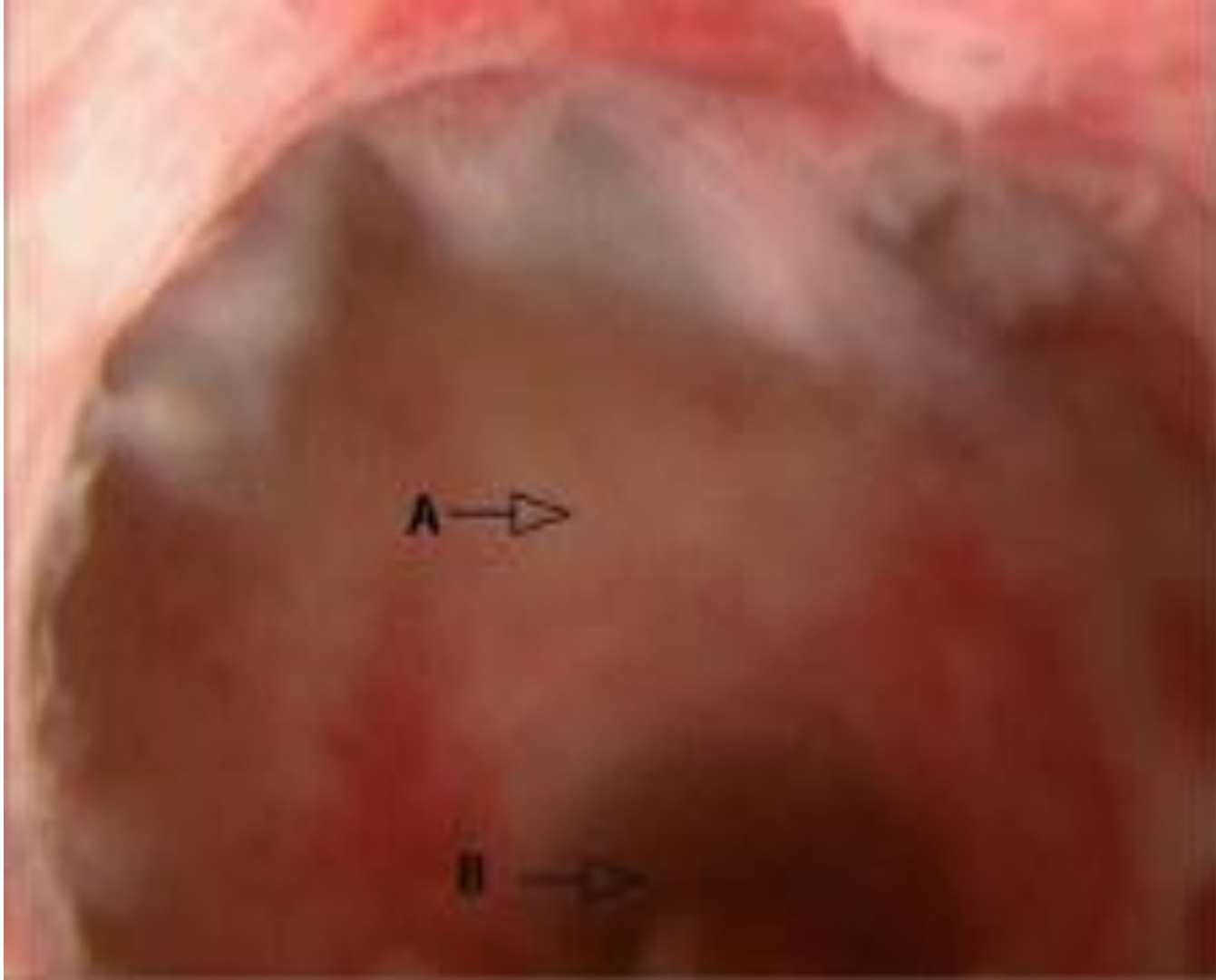


TVS



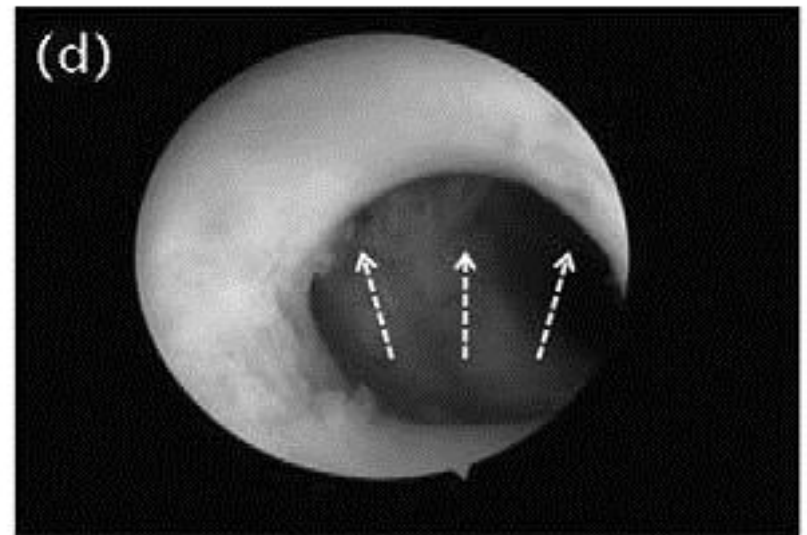
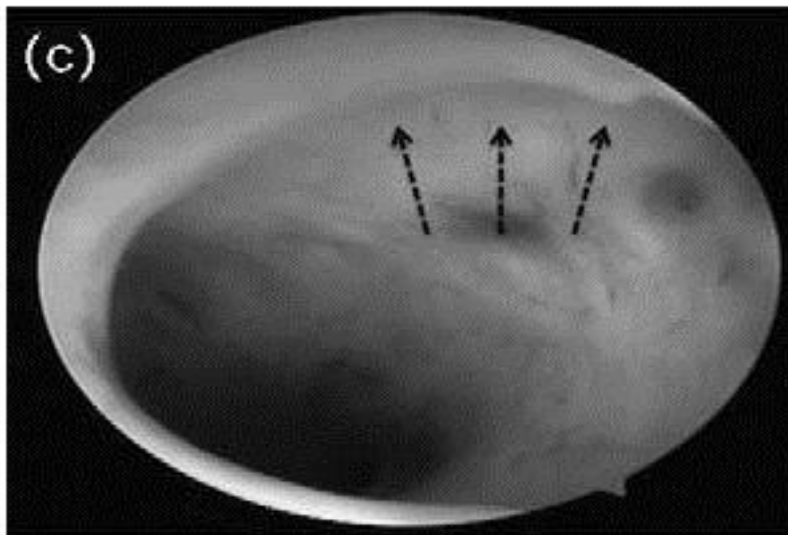
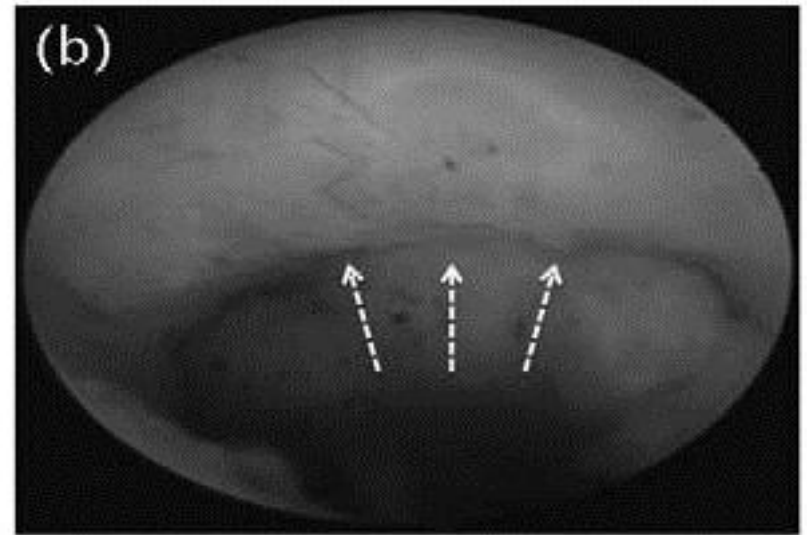
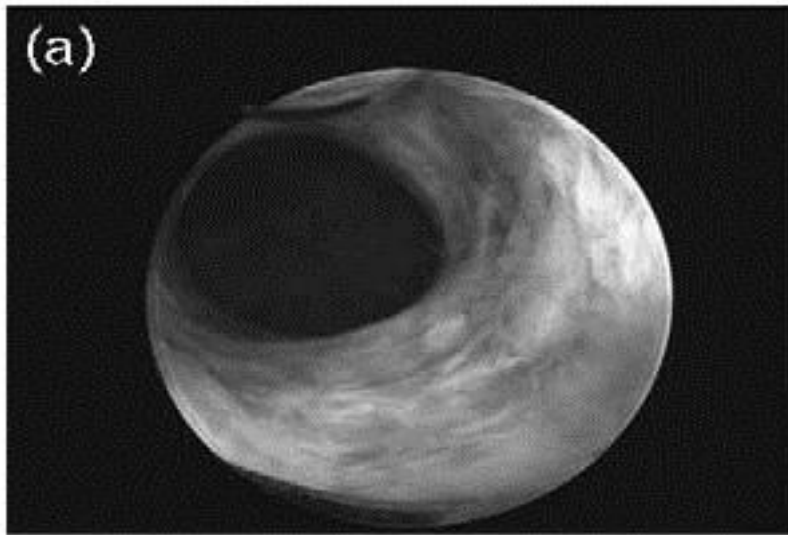


Nội soi buồng tử cung





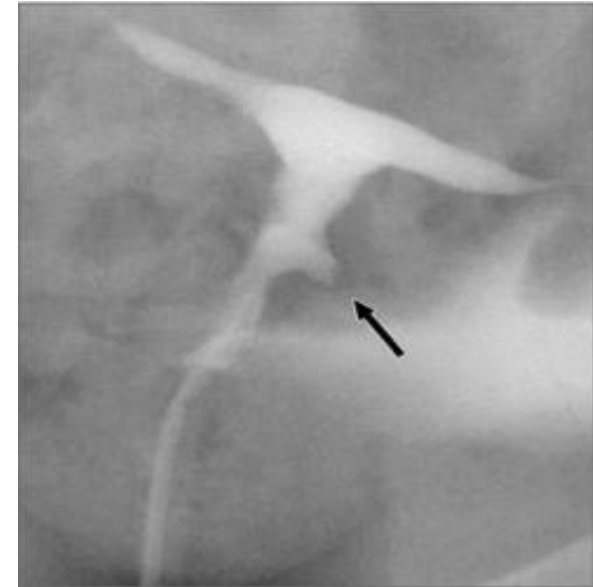
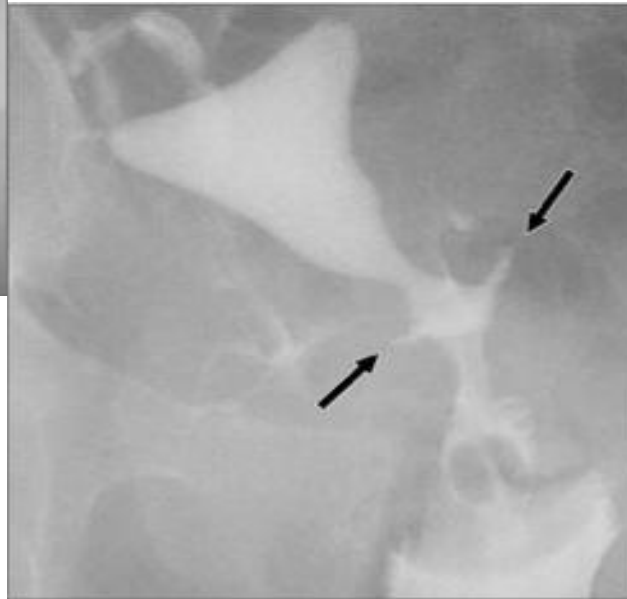
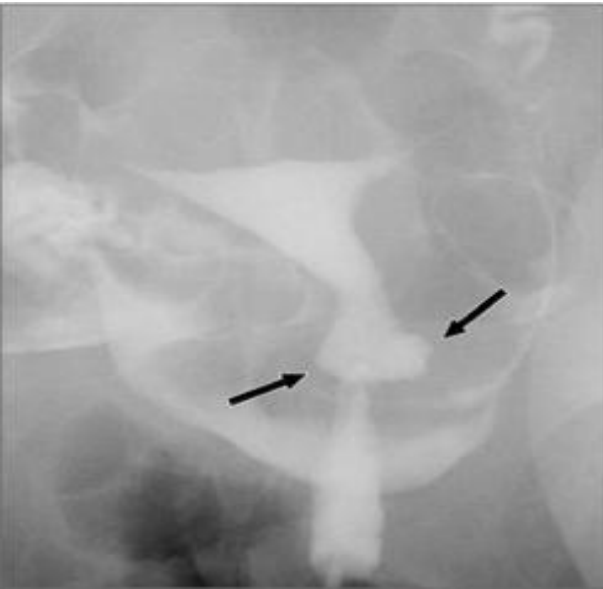
Nội soi buồng tử cung





MRI chẩn đoán

- Đánh giá lành sẹo cơ TC sau các lần MLT
- Kích thước hốc được đánh giá tốt hơn
- Phân biệt được bườu hay tụ máu, dịch
- Có thai + có hở sẹo TC → MRI chẩn đoán xác định, sau đó SA tiếp tục theo dõi tổn thương
- Hốc sẹo ở thành sau / NS bóc nhân xơ → MRI thấy rõ, SA không phát hiện được





Khó khăn chẩn đoán

- Chưa có đồng thuận:
 - Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán
 - Tiêu chuẩn đo kích thước hốc
- Không phải tất cả sẹo MLT đều phát triển tạo hốc
 - Cần tìm yếu tố nguy cơ
 - Tiên đoán sự phát triển thành hốc



Hình dạng hốc sọ

- Cắt đứng dọc TVS hoặc SHG → echo trống, tam giác
- **Osser (2009):** 83% tam giác, 2% tròn, 4% bầu dục
 - 10 % không thấy cơ TC
 - 21% BN MLT → hốc sọ có bờ khuyết:
 - 6% lồi vào lòng TC
 - 15% lồi ra ngoài (mặt ngoài lồi vào BQ hay ổ bụng),
 - 4% tụ máu
 - 4% co kéo vào trong (sọ co rút sâu vô cơ TC)



Hình dạng hốc sọ

- **Bij de Vaate (2011) → SHG:**
 - 50% bán nguyệt (semicircular)
 - 32% tam giác (triangular)
 - 10% giọt nhỏ (droplet-shape) → 7% dạng nang



Kích thước hốc

- 8 NC đánh giá kích thước hốc → mô tả độ rộng các hốc, với các định nghĩa rất khác nhau
- **Osser (2011):**
 - Phân loại hốc dựa trên TVS / dân số ngẫu nhiên có MLT
 - Ít nhất 1 hở khuyết lớn: 14%, 23% và 45% trên các BN có 1, 2, 3 lần MLT
 - Ít nhất 1 hở khuyết toàn bộ (không còn lớp cơ TC): 6%, 7%, và 18% trên các BN có 1, 2, 3 lần MLT



Kích thước hốc

- Nhiều NC → đồng thuận về giá trị ngưỡng đo hốc sẹo sau MLT 1 lần
- Hốc lớn → khi bề dày cơ TC / sau MLT 1 lần
 - ≤ 2.2 mm (TVS)
 - ≤ 2.5 mm (SHG)



Kích thước hốc

Hốc rộng → khi sự xâm lấn cơ TC

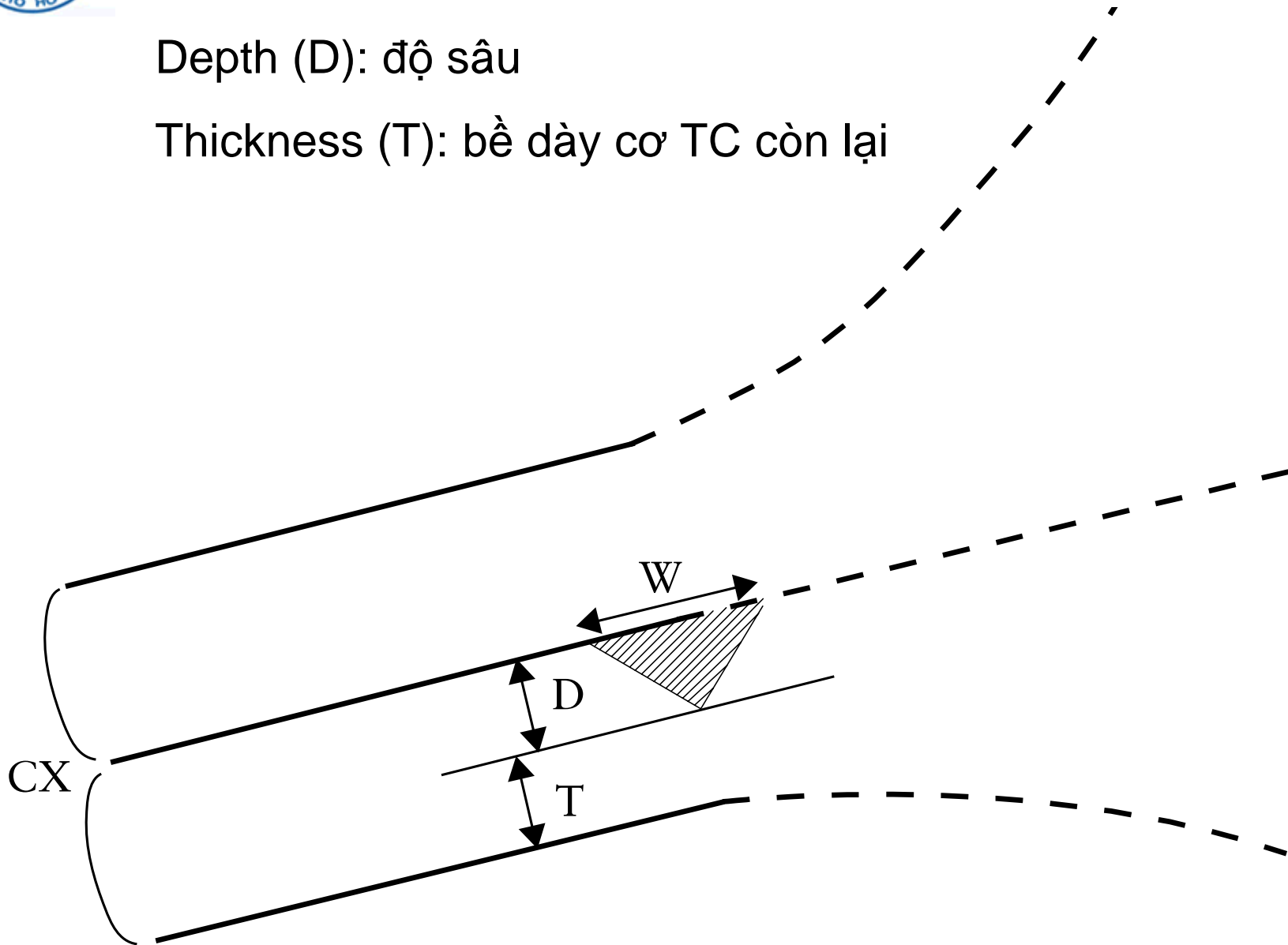
- Ít nhất 50% hoặc 80% vào cơ TC, hoặc
- Cơ TC ≤ 2.2 mm (TVS), ≤ 2.5 mm (SHG)
- Không còn thấy cơ TC → hở khuyết toàn bộ



Width (W): độ rộng

Depth (D): độ sâu

Thickness (T): bề dày cơ TC còn lại

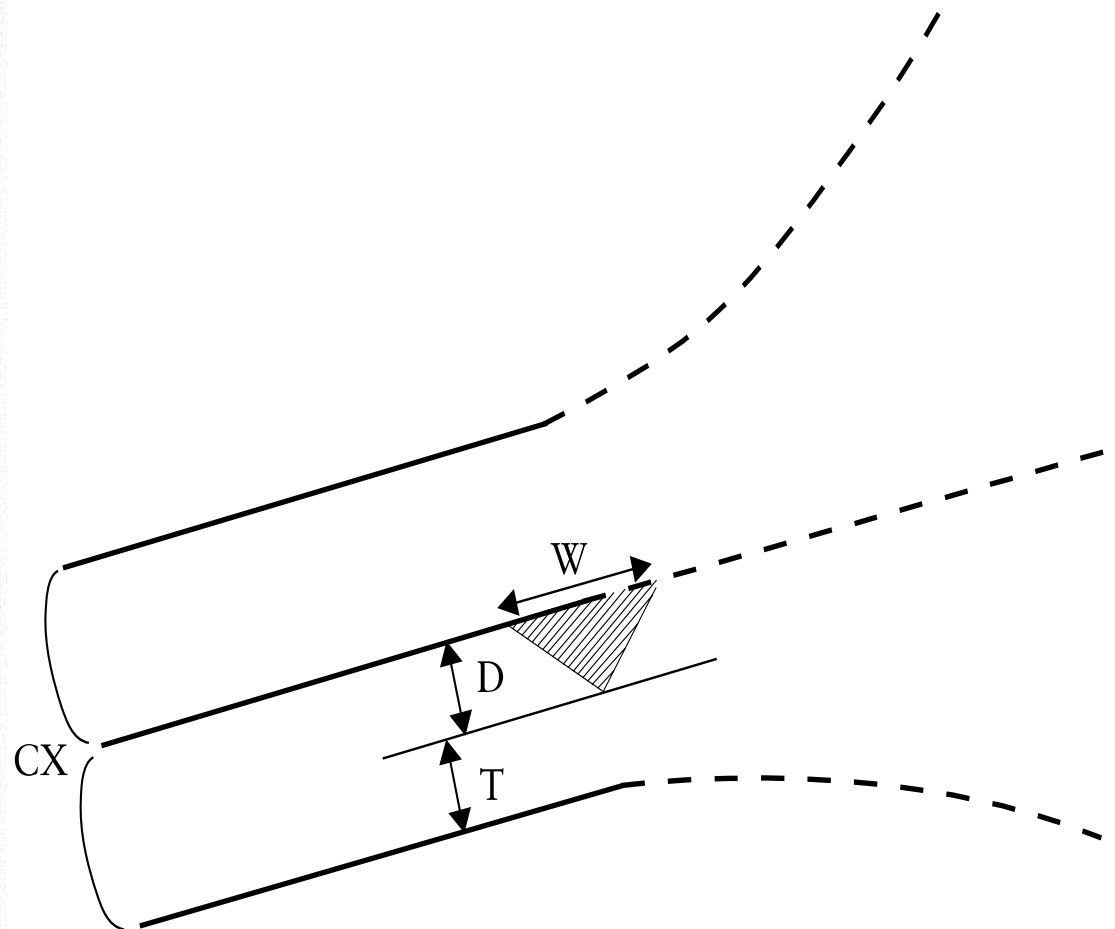




Width (W): độ rộng

Depth (D): độ sâu

Thickness (T): bề dày cơ TC còn lại





Điều trị

- Ảnh hưởng tương lai SK chưa biết rõ → cần đánh giá sọ mổ khi có bất kỳ khiếm khuyết sọ phát hiện
- Các thai kỳ trên BN có hở khuyết sọ
 - nguy cơ nứt sọ
 - nên đánh giá trước khi mang thai lại



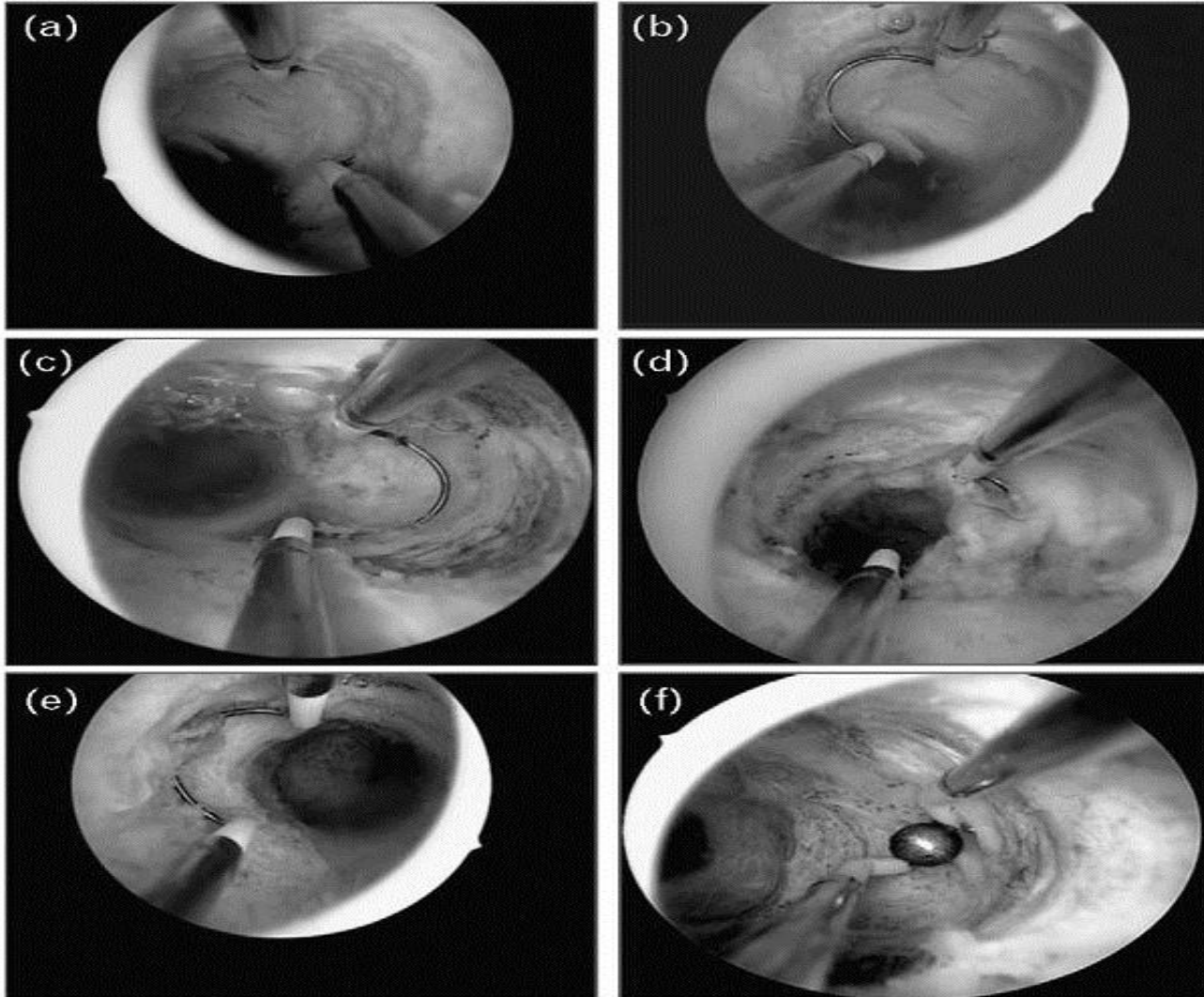
Điều trị

- Chỉ định PT phục hồi sọ khi:
 - PAUB được chẩn đoán và điều trị nội không hiệu quả
 - BN còn muốn có thai

- Không cần điều trị nếu không có triệu chứng



Nội soi buồng TC điều trị hốc sẹo





Phòng ngừa

Để giảm các biến chứng sau MLT, mà đặc biệt cho **hở khuyết sọ ổ cơ TC** → 1 số tiêu chí cần xem xét lại :

- Cạo lông phẫu trường bằng dao cạo điện
- Sát khuẩn da vùng PT bằng chlorhexidine
- KS dự phòng phổ rộng
- Lấy nhau bằng kéo cuống rốn
- **Khâu cơ TC 2 lớp**
- Khâu lớp dưới da sâu nếu lớp mỡ dày > 2cm
- Dự phòng huyết khối TM sâu



Kết luận

- Hở khuyết sọ MLT → biến chứng trong Sản Phụ khoa → ảnh hưởng chất lượng sống
- SA ngả AD ưu tiên lựa chọn khi nghi ngờ có hở khuyết sọ MLT
- Chẩn đoán và phục hồi tốt hở khuyết sọ MLT
 - cải thiện chất lượng sống, tương lai SPK
 - làm giảm tỉ lệ tử vong mẹ và sơ sinh





Chân thành ấm ỡn

