

NHAU TIỀN ĐẠO NHAU CÀI RĂNG LỢC

BS Hà Tố Nguyên

NHAU TIỀN ĐẠO

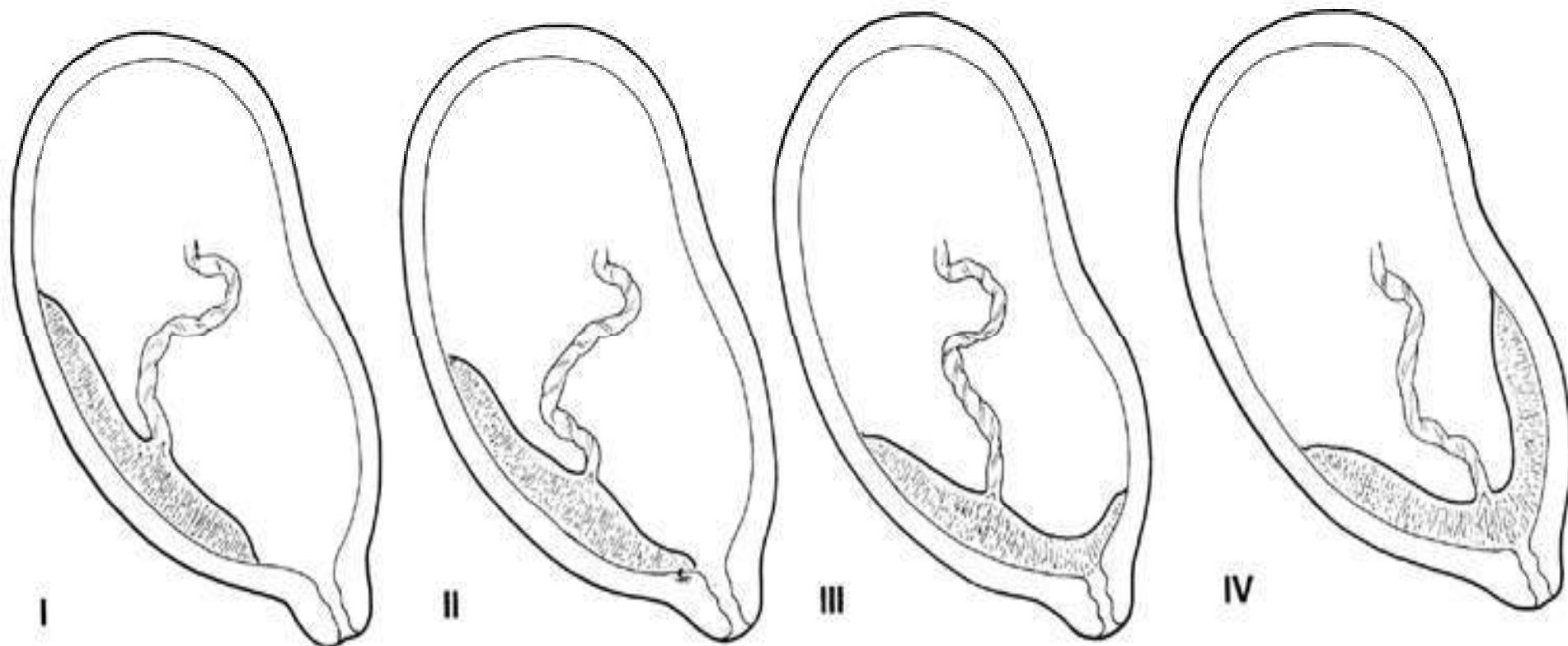
- ĐN: nhau bám một phần hay toàn bộ ở đoạn dưới TC.
- TS: 0.4-0.8% thai kỳ
- Yếu tố nguy cơ:
 - ✓ tuổi
 - ✓ số lần mang thai,
 - ✓ VMC: 1 lần ↑ 0.65%, 2 lần ↑ 1.5%, 3 lần ↑ 2.2%, ≥ 4 lần ↑ 10%
 - ✓ nghiện rượu, heroin,
 - ✓ NTĐ trước đây (tần suất tái phát: 4-8%)

SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN NGÃ BỤNG

- Năm 1966, Gottesfeld dùng siêu âm ngã bụng để xác định vị trí bánh nhau và chẩn đoán NTĐ.
- Do sự không chính xác của SA ngã bụng,
 - ✓ ước tính 90% NTĐ được chẩn đoán lúc 20 tuần sẽ biến mất lúc sanh
 - ✓ Tần suất NTĐ hoặc bám thấp: 20%

SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN NGÃ AĐ

- Năm 1988, Farine đã dùng siêu âm ngã âm đạo để chẩn đoán NTĐ
- Hiện nay SAAĐ được khuyến cáo thực hiện ở bất cứ thời điểm nào có nghi ngờ NTĐ vì chẩn đoán chính xác và không làm tăng nguy cơ xuất huyết AĐ
- Tỷ lệ NTĐ lúc thai 20 tuần 1.1%
- Nếu lúc 20 tuần, nhau che CTC $>1\text{cm}$, tiên đoán NTĐ lúc sanh với ĐN 100% và ĐĐH 88%



Copyright © 2006 by Elsevier Inc.

- | | |
|-----|---|
| I | The placenta is in the lower segment, but the lower edge does not reach the internal os |
| II | The lower edge of the low-lying placenta reaches, but does not cover, the internal os |
| III | The placenta covers the internal os asymmetrically |
| IV | The placenta covers the internal os symmetrically |

Copyright © 2006 by Elsevier Inc.



NTD

41507-09-09-29-3

RIC 5-9W/GYN

7.7cm / 51Hz

MI 0.7

TIs 0.0

BENH VIEN TU DU

29.09.2009 03:17:42 PM 17-09-10-06-1

RIC 5-9W/GYN

7.7cm / 51Hz

MI 0.7

TIs 0.0

BENH VIEN TU DU

06.10.2009 12:49:49 PM

Uterus 1
10.00 - 2.90
Pwr 100 %
Gn 1
C6 / M5
E3
CRI 3

Uterus 1
10.00 - 2.90
Pwr 100 %
Gn -4
C6 / M5
E3
CRI 3

10.00 - 2.90
Pwr 100 %
Gn 1
C6 / M5
E3
CRI 3

Pwr 100 %
Gn 2
C7 / M5
P3 / E3
SRI II 3

HƯỚNG XỬ TRÍ

Sau 35 tuần, SA khoảng cách từ lỗ trong đến bờ bánh nhau giúp tiên đoán cuộc sanh

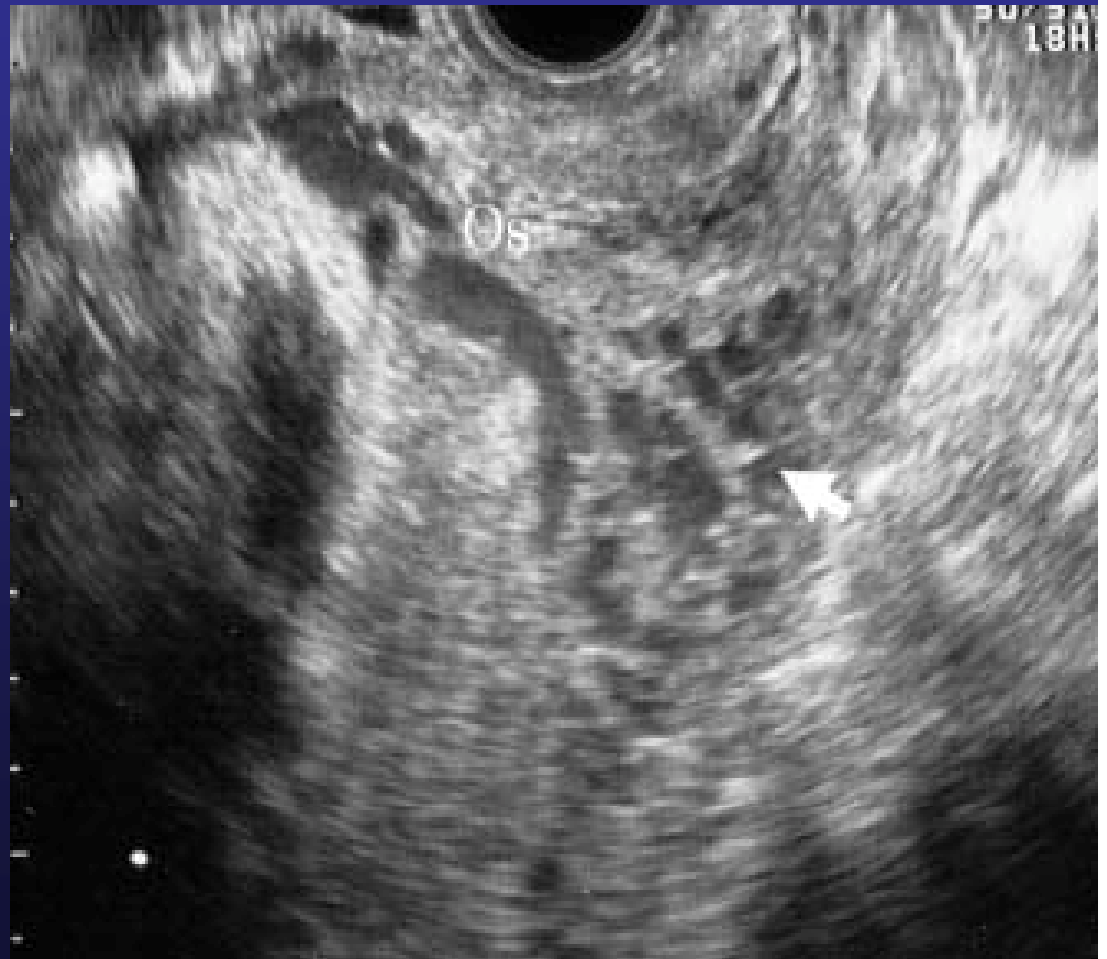
>20mm: thử sanh ngã AĐ và khả năng thành công cao

<20mm: khả năng sanh mổ cao

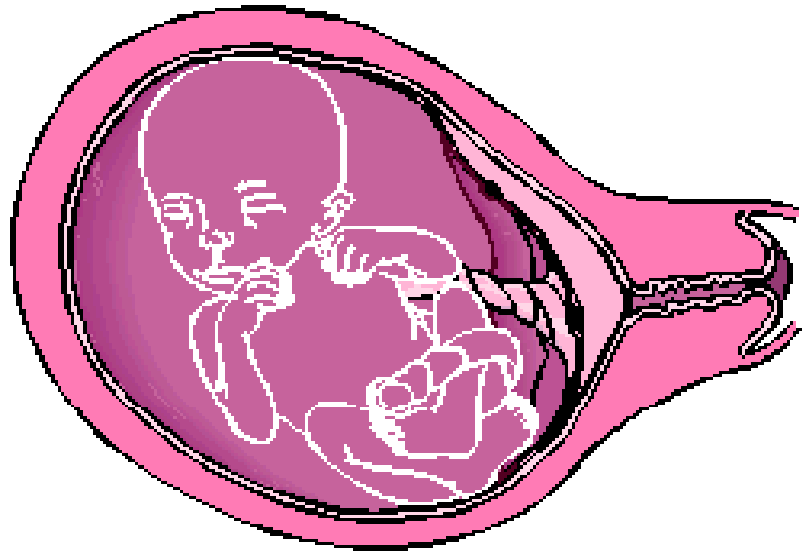


YẾU TỐ TIÊN ĐOÁN XUẤT HUYẾT NHIỀU TRONG PHẪU THUẬT

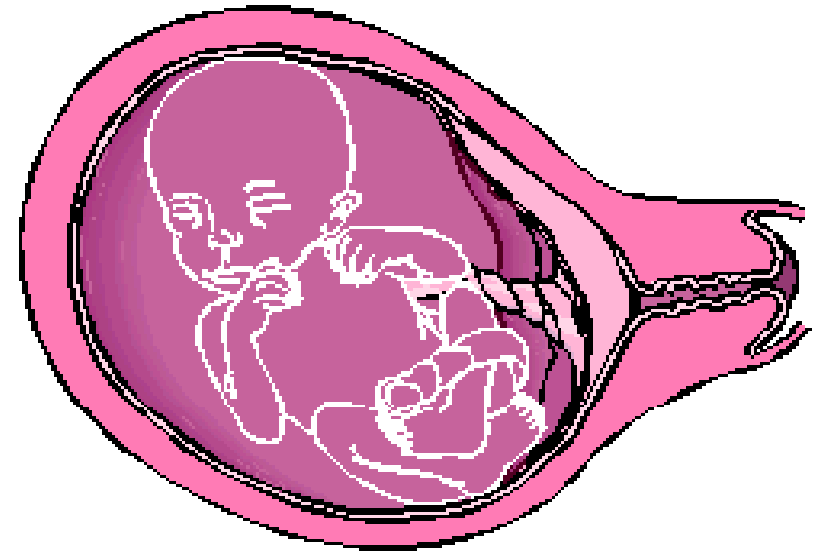
1. Mẹ lớn tuổi
2. VMC
3. CTC dạng bọt biển



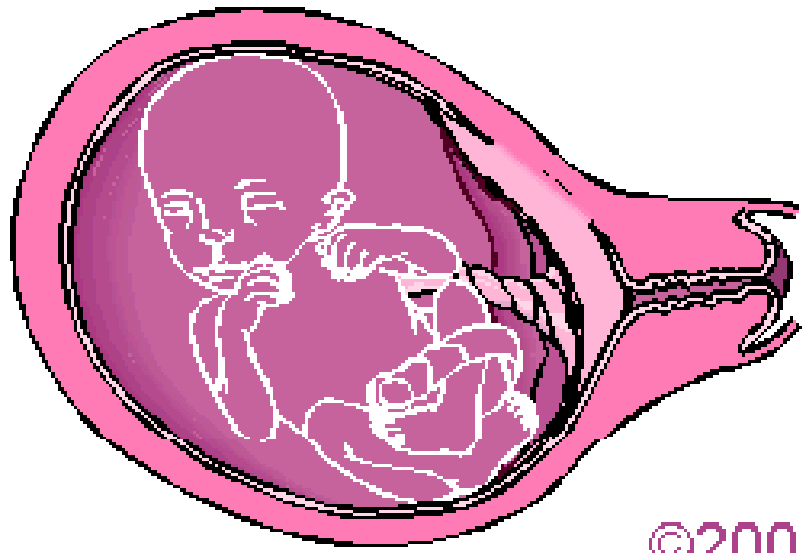
NHAU CÀI RĂNG LỢC



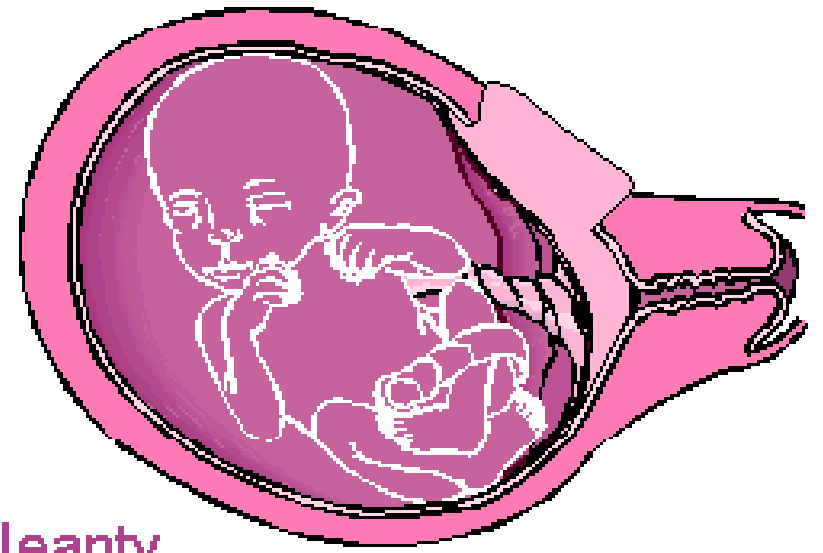
Normal



Accreta



Increta



Percreta

©2000 Philippe Jeanty

PHÂN LOẠI

1. Accreta: 80%, lông nhau tiếp xúc với cơ tử cung, nằm trong lớp màng ối.
2. Increta: 15%, lông nhau xâm lấn vào cơ tử cung.
3. Percreta: 5%, lông nhau xâm lấn xuyên qua lớp thanh mạc tử cung

NHAU CÀI RĂNG LỢC

- Tần suất NCRL tăng vì:
 - ✓ Tỷ lệ MLT tăng
 - ✓ Mẹ lớn tuổi
- Cần chẩn đoán trước sanh vì nguy cơ mất máu nhiều và các biến chứng phức tạp như hội chứng suy hô hấp, suy thận, HC Sheehan và tử vong.

Yếu tố nguy cơ của NCRL

- Trong 155.670 trường hợp sanh tại BV đại học Nam California, tỷ lệ NCRL:
 - ✓ 9.3% ở thai có NTĐ, 0.004% thai không có NTĐ
 - ✓ Trong nhóm NTĐ: nguy cơ chỉ 2% phụ nữ <35 tuổi không VMC tăng đến 39% phụ nữ >35 tuổi có ≥ 2 VMC.

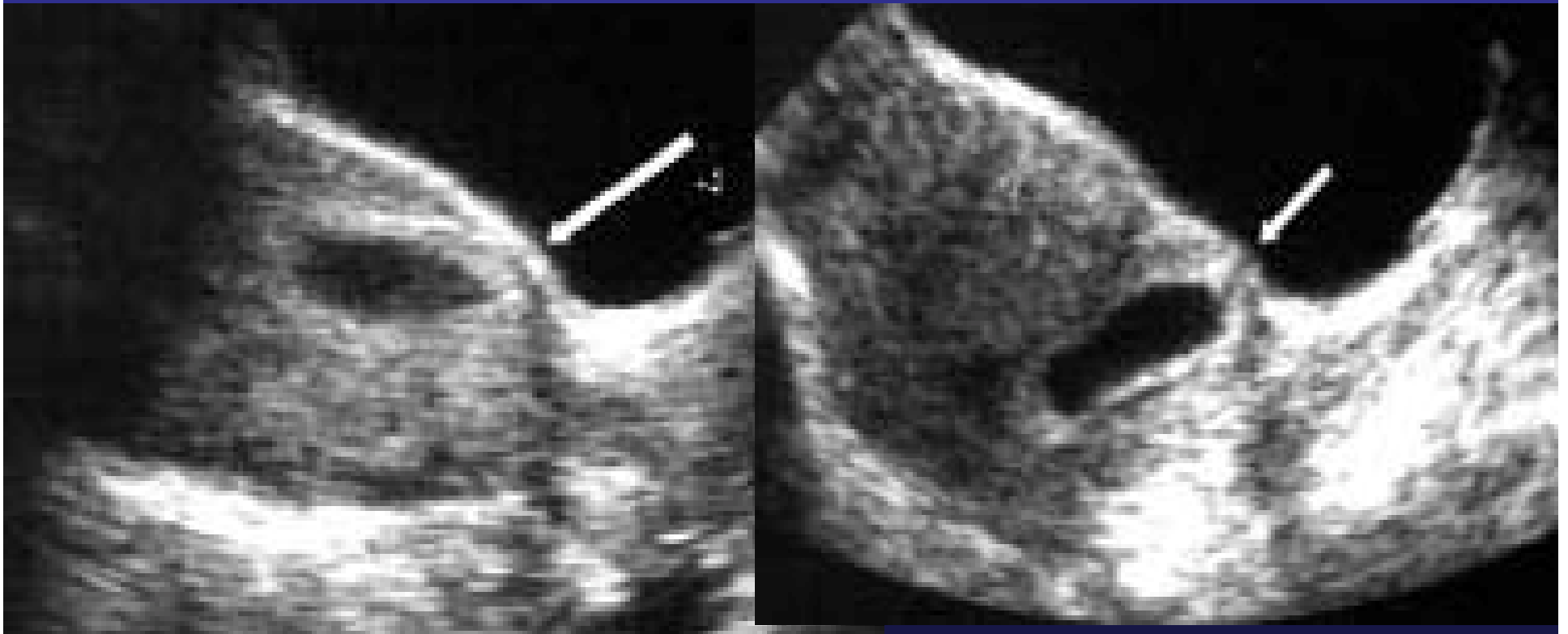
Tam cá nguyệt 1

- NCRL xảy ra từ quý 1 thai kỳ
- SA: Túi thai đóng thấp và bám sát vào thành trước, cơ TC ở vùng sẹo mổ củ mỏng.
- CĐPB: Túi thai đóng thấp nhưng không có NCRL khi bề dày cơ TC bao quanh túi thai đều nhau ở thành trước và sau.
- Thai trong sẹo mổ củ: túi thai nằm hoàn toàn trong cơ tử cung, không có phần nào nằm trong buồng TC.

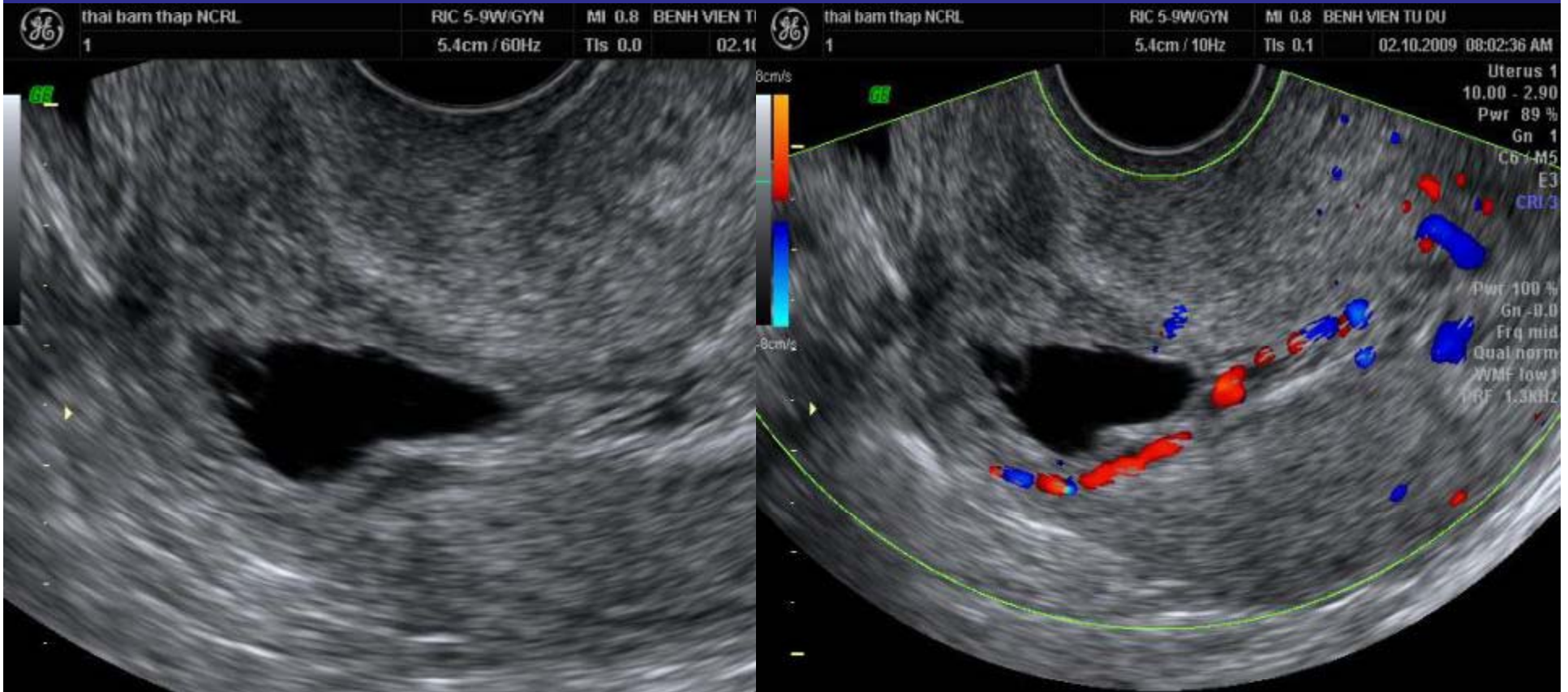
Vị trí bình thường của túi thai, đôi khi túi thai đóng hơi thấp

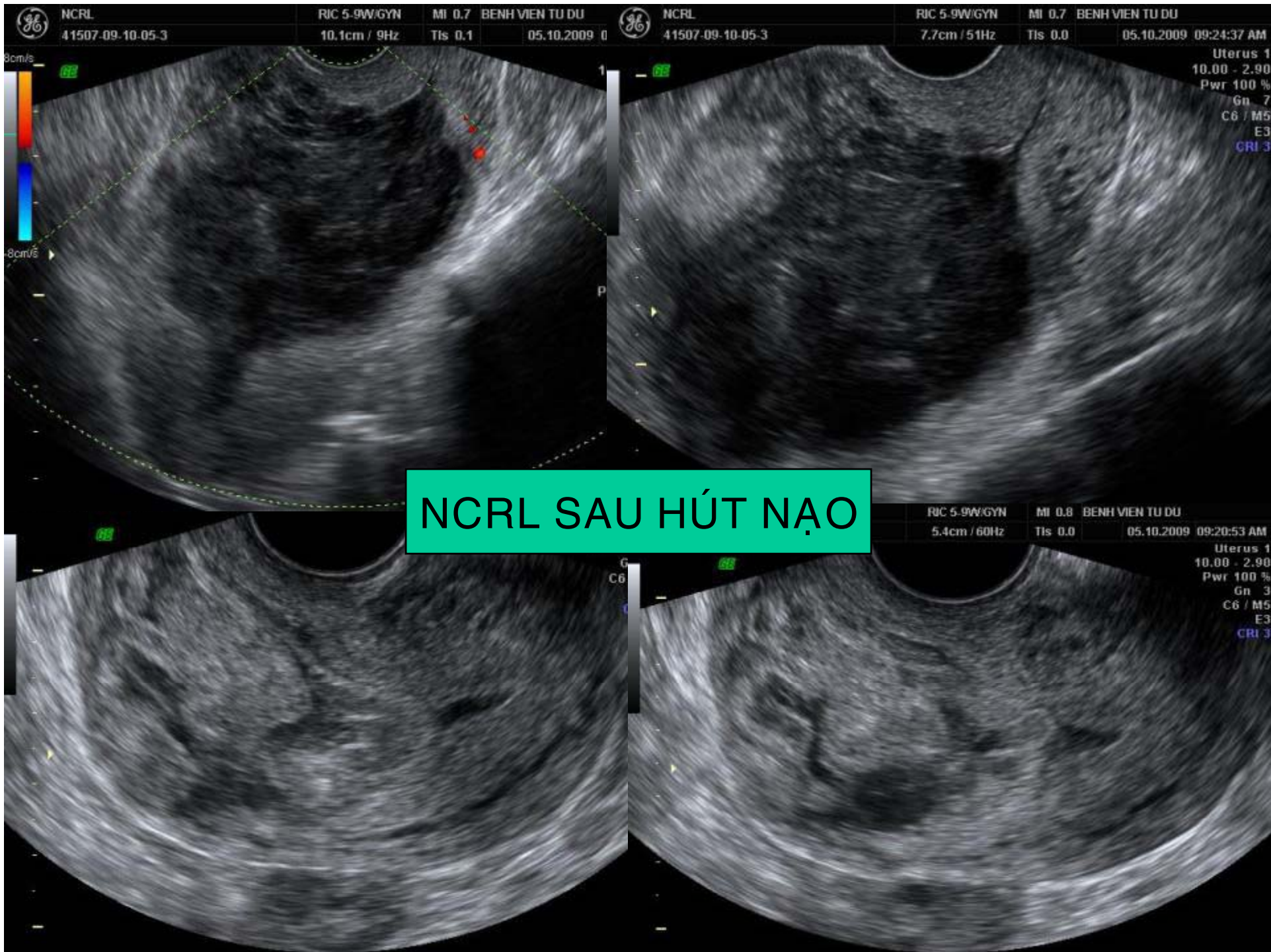


NCRL ở bệnh nhân có VMC 5 lần



NCRL Ở VMC 2 LẦN

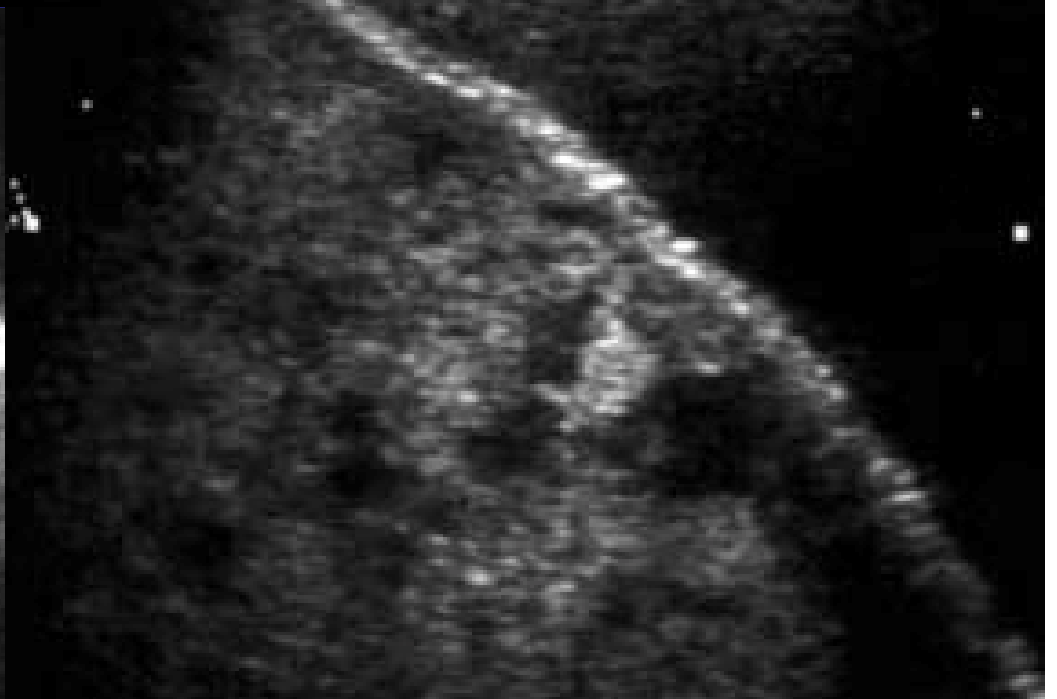
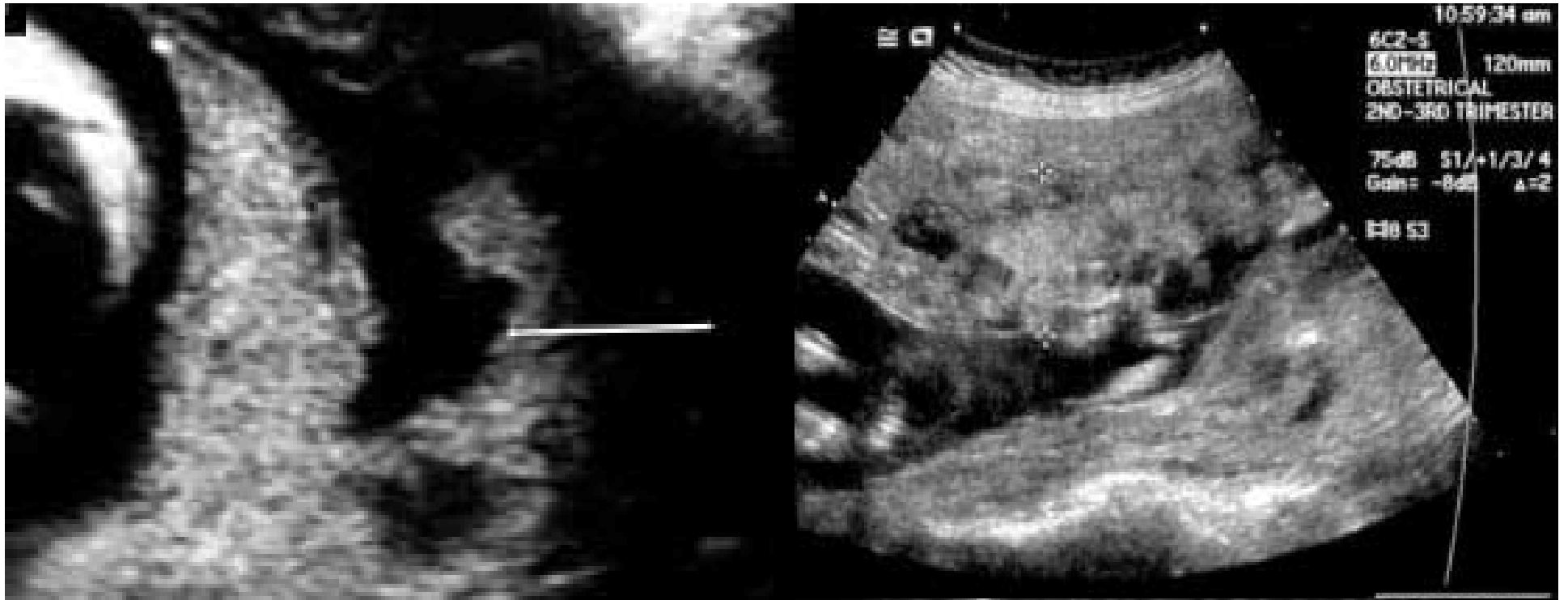




Tam cá nguyệt 2 và 3

➤ Siêu âm:

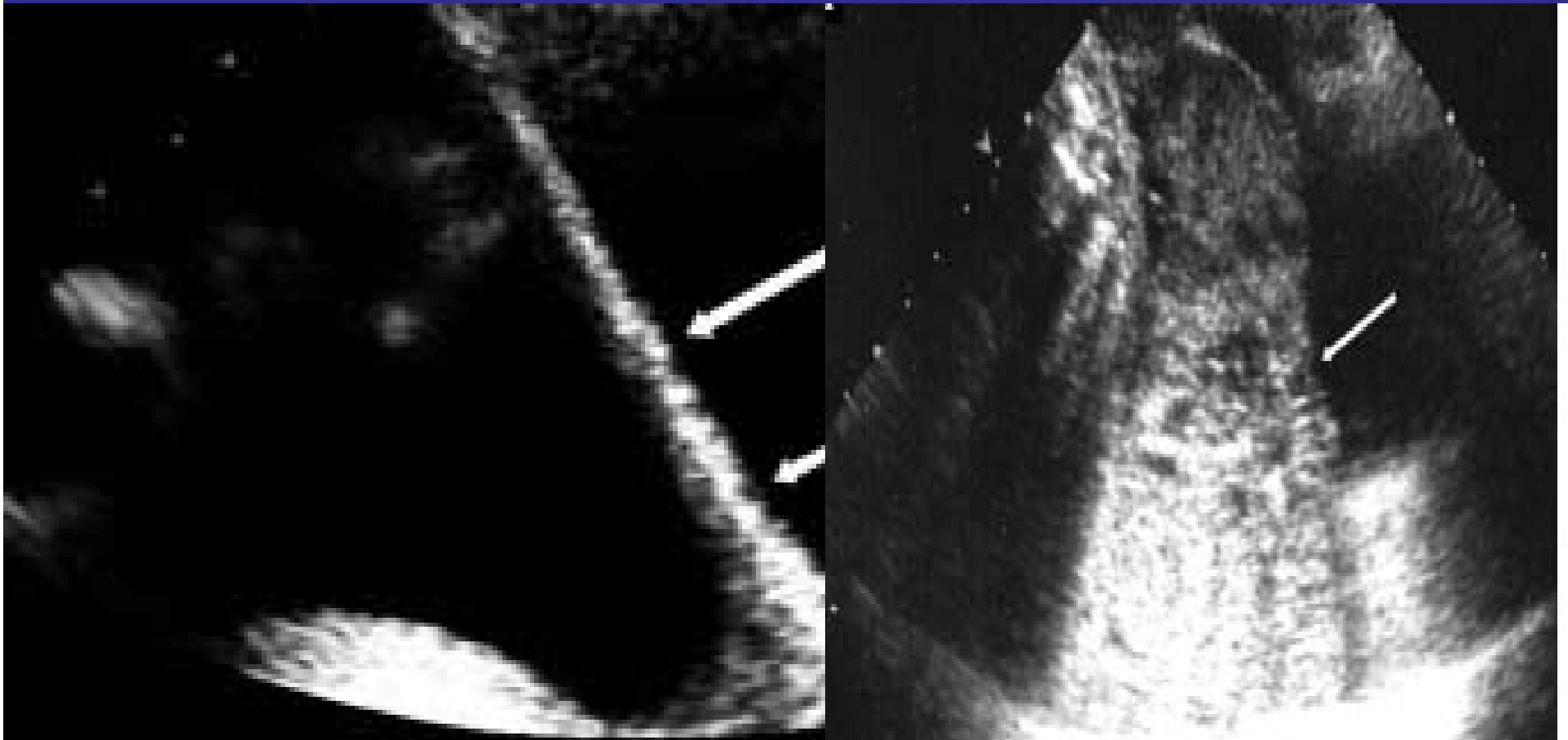
- ✓ Xoang mạch máu đa hình dạng với dòng chảy xoáy bên trong.
- ✓ Mất khoảng echo kém ranh giới giữa nhau và cơ TC (có thể thấy ở nhau bình thường bám mặt trước)
- ✓ Thành BQ bị gián đoạn, nhau xâm lấn nằm bên trong, tăng sinh mạch máu ranh giới thanh mạc TC-BQ



Thành bàng quang

- Bình thường: Ranh giới giữa BQ và cơ TC trơn láng và echo dày.
- NCRL: thành BQ bị gián đoạn hoặc có những chồi xâm lấn. Đây là dấu hiệu rất đặc hiệu nhưng độ nhạy không cao.
- VMC bình thường có sự tăng sinh mạch máu ở khoảng giữa cơ TC và thành BQ.

Các chồi nhau xâm lấn vào thành BQ



NCRL xâm lấn thành BQ



Mất đường echo kém ranh giới giữa cơ TC và nhau

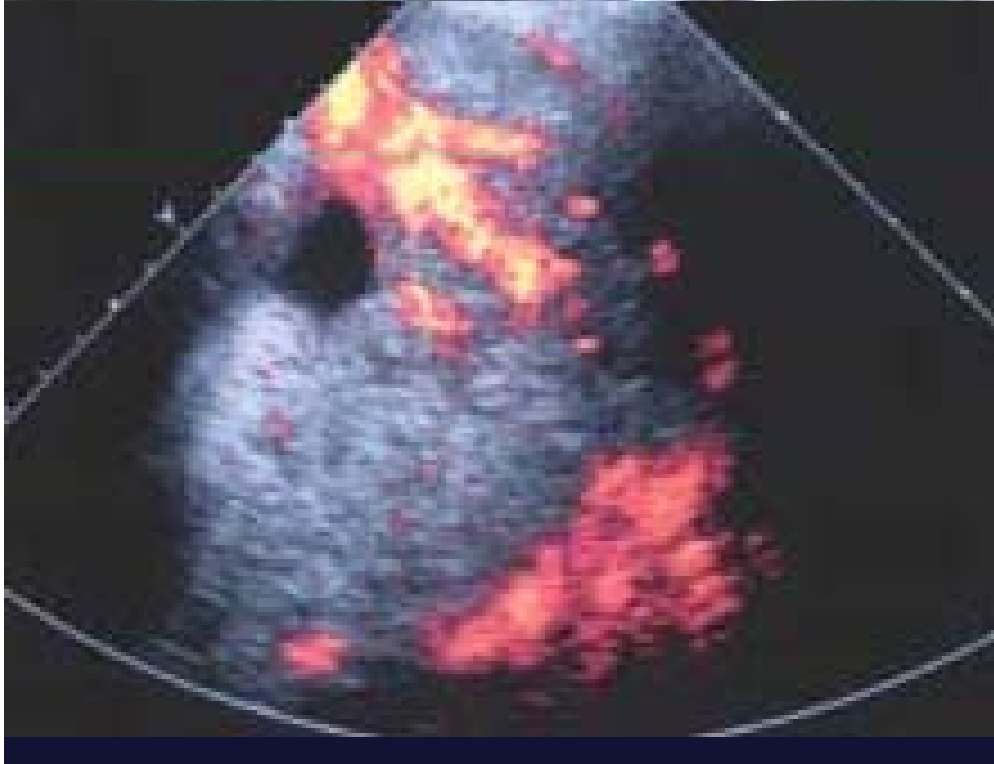
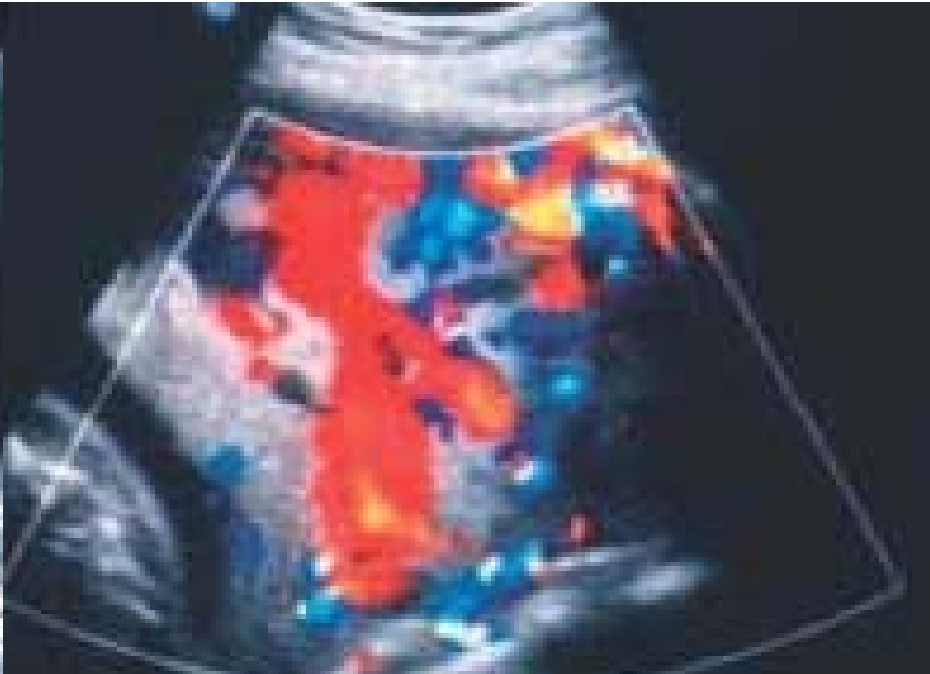
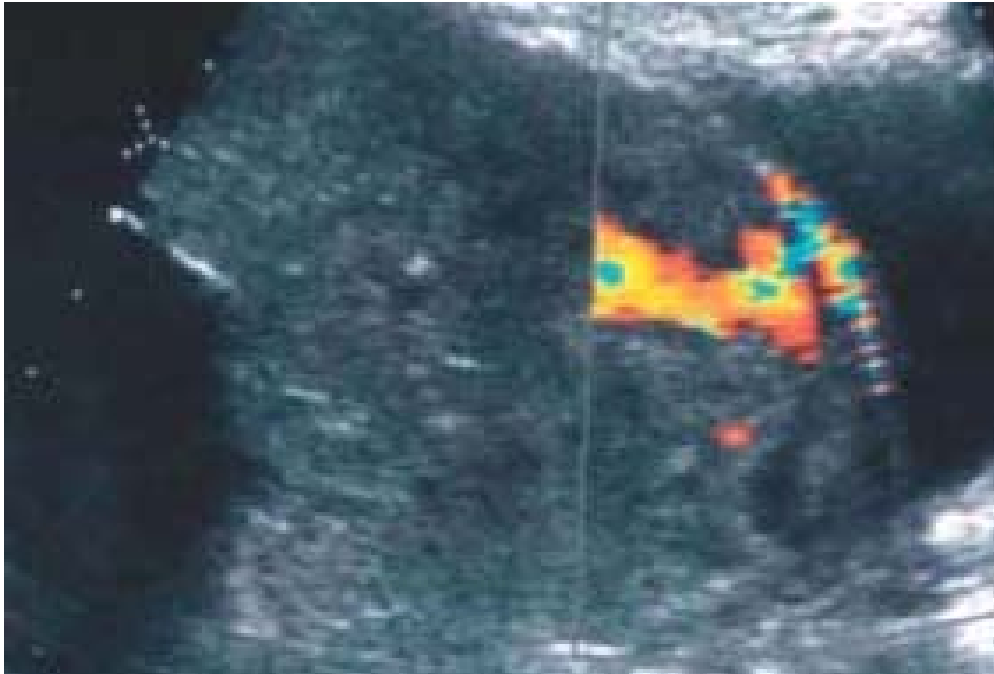
- Đường echo kém nằm giữa cơ TC và nhau: màng rốn đáy.
- Nếu mất đường này, nghi ngờ NCRL.
- Thực tế, trong nhiều trường hợp nhau bình thường bám ở mặt trước cũng không có đường này.

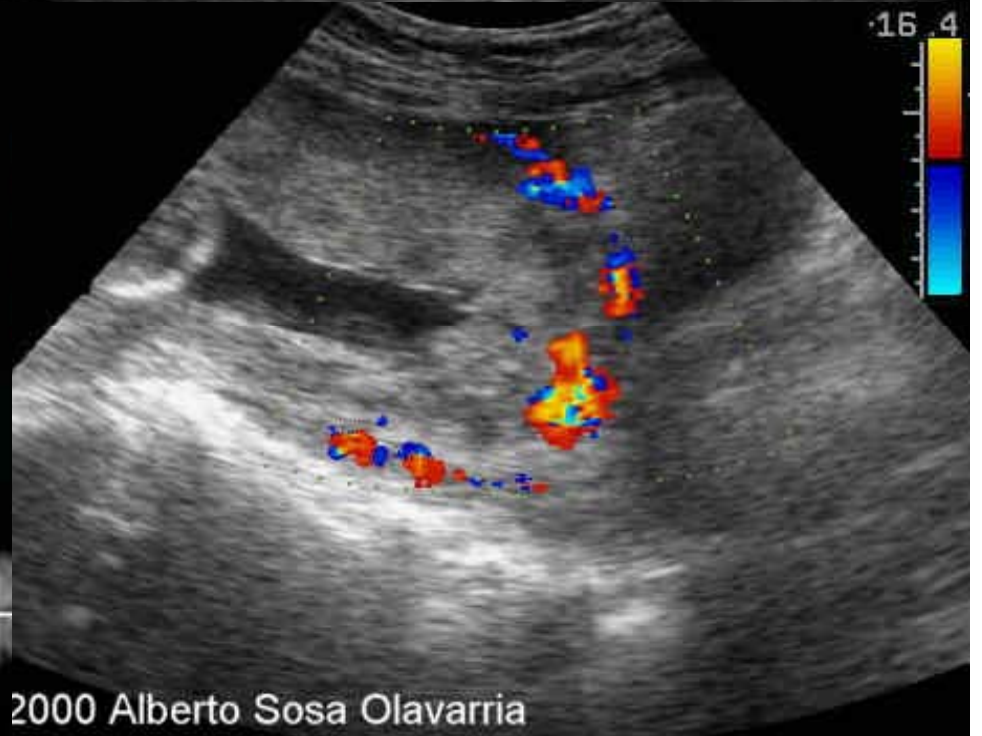
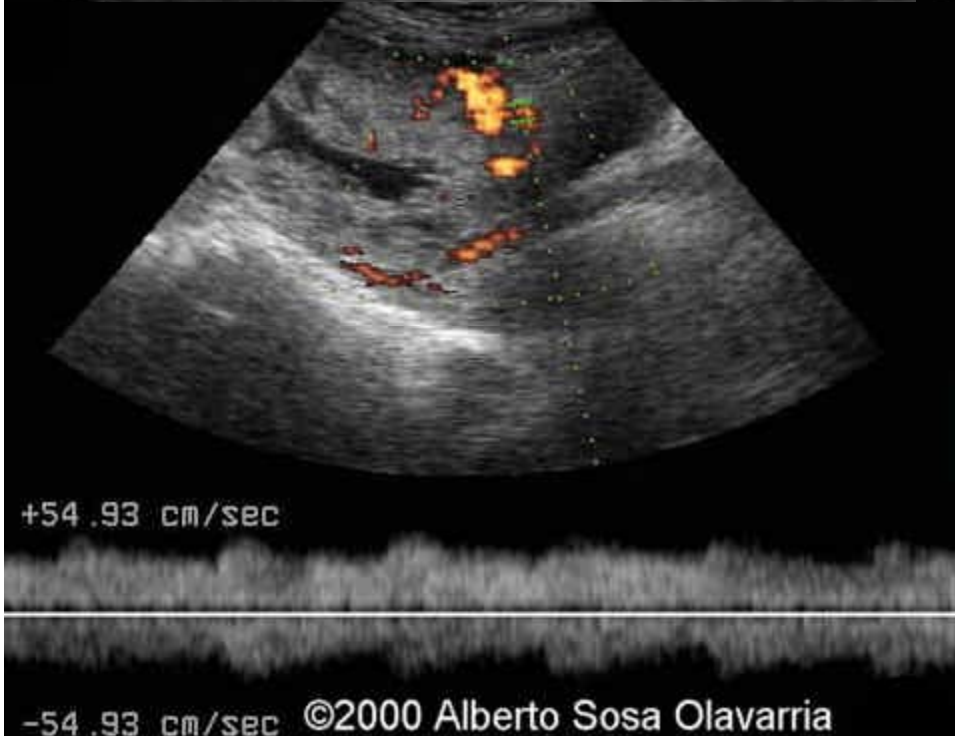
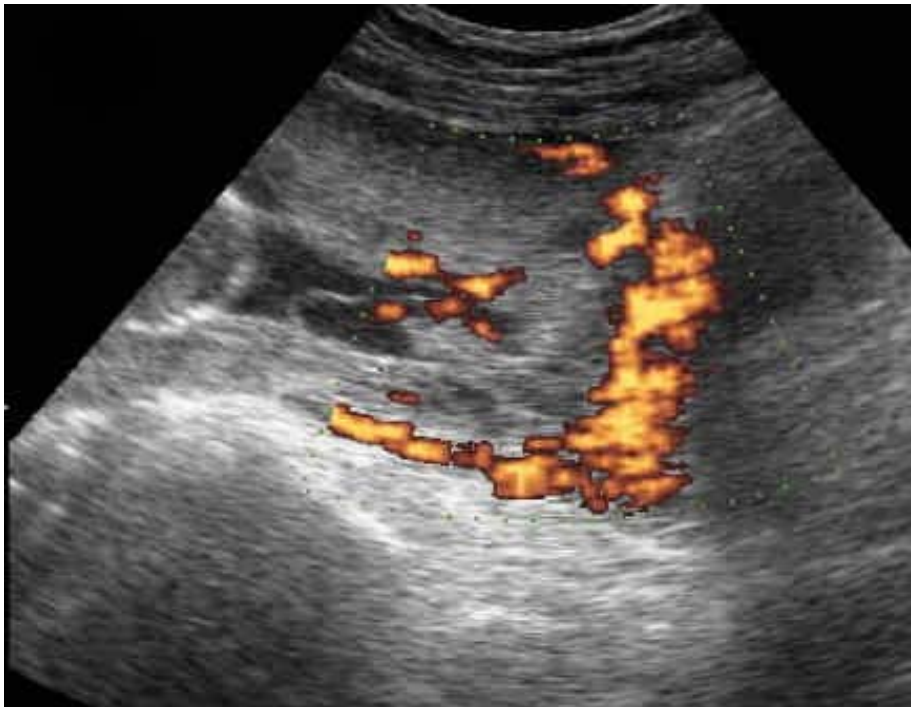
Khoảng echo kém giữa nhau và cơ TC bình thường



DOPLER MÀU

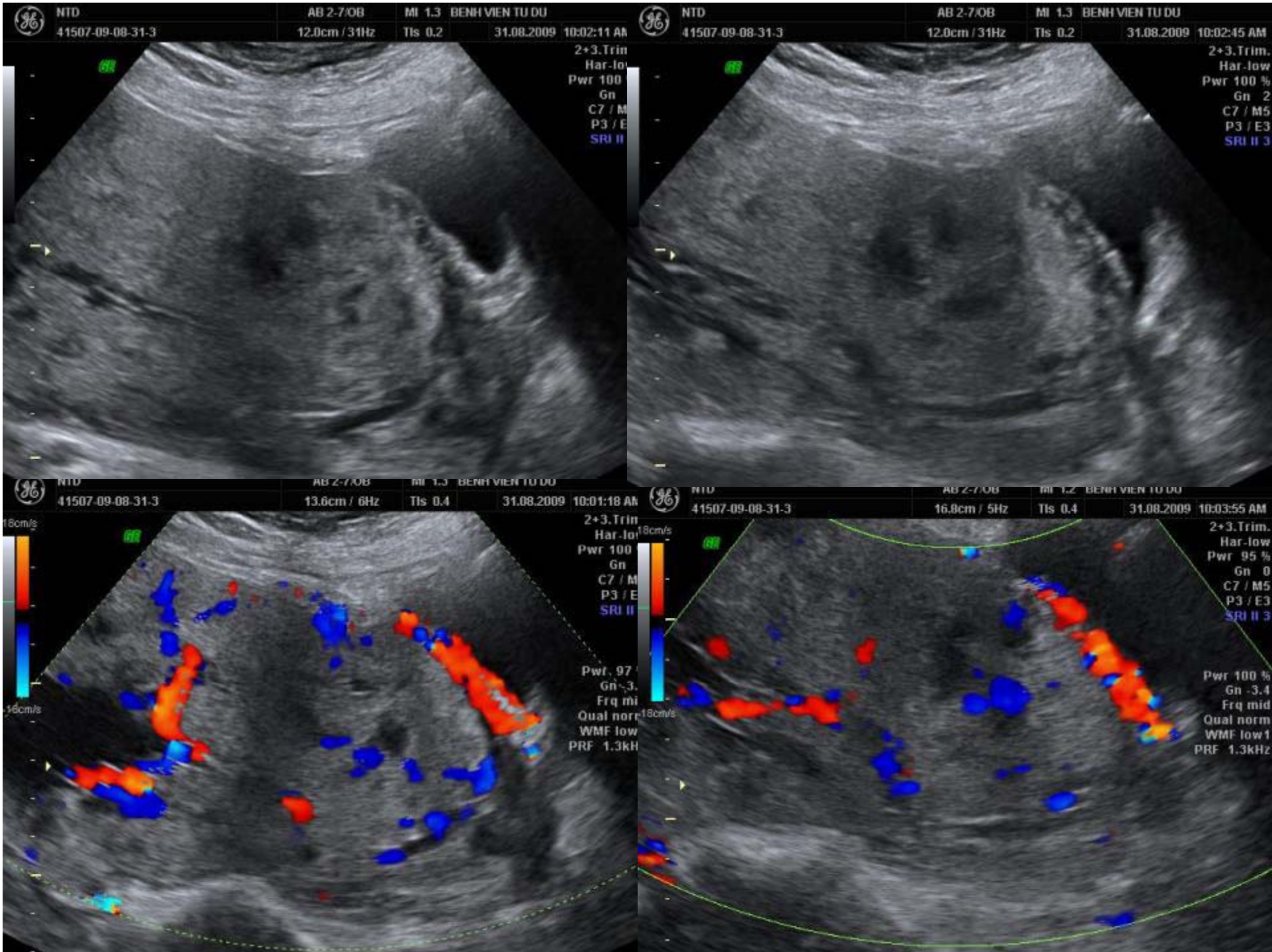
- Theo Lerner: “dòng chảy xoáy từ bánh nhau lan vào mô xung quanh” rất đặc hiệu trong NCRL
- Dấu hiệu này không gặp trong bất kỳ trường hợp nào không có NCRL.

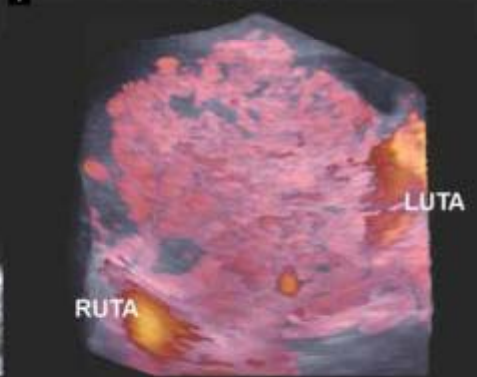
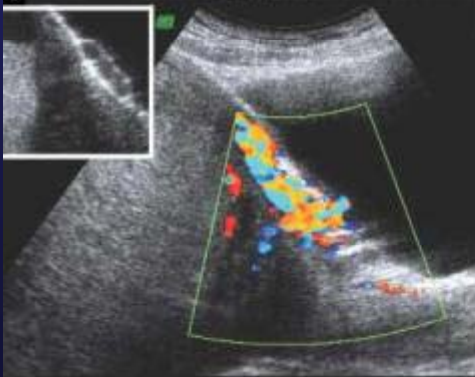
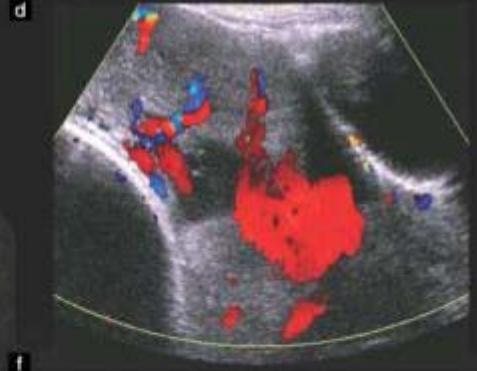
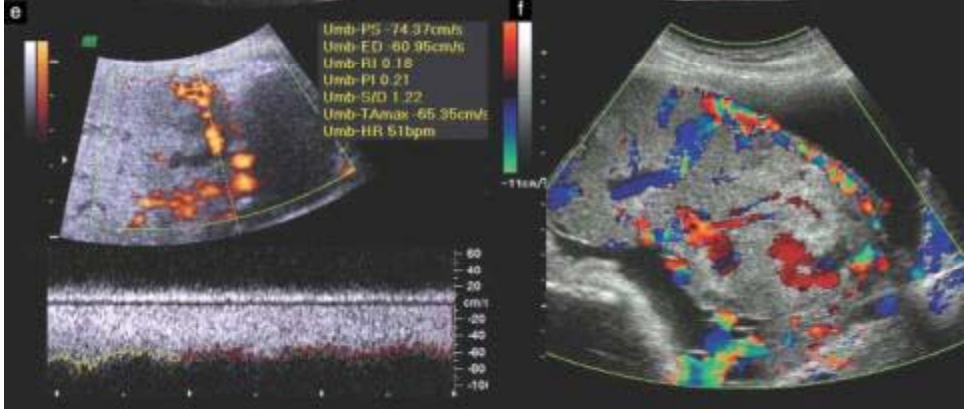
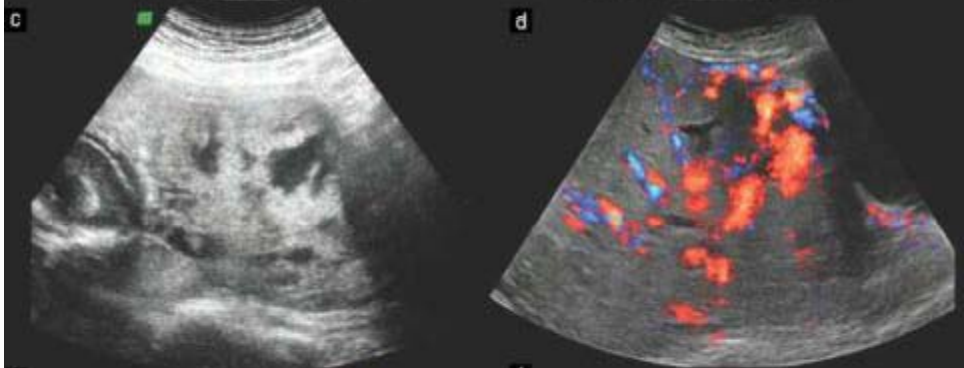
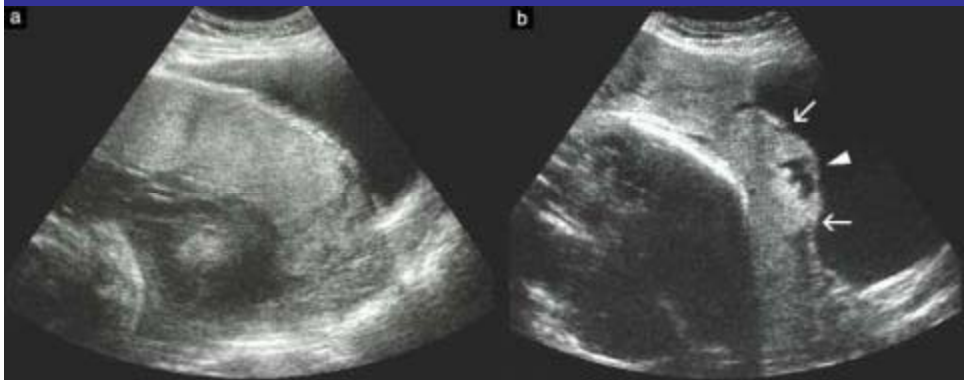




©2000 Alberto Sosa Olavarria

2000 Alberto Sosa Olavarria



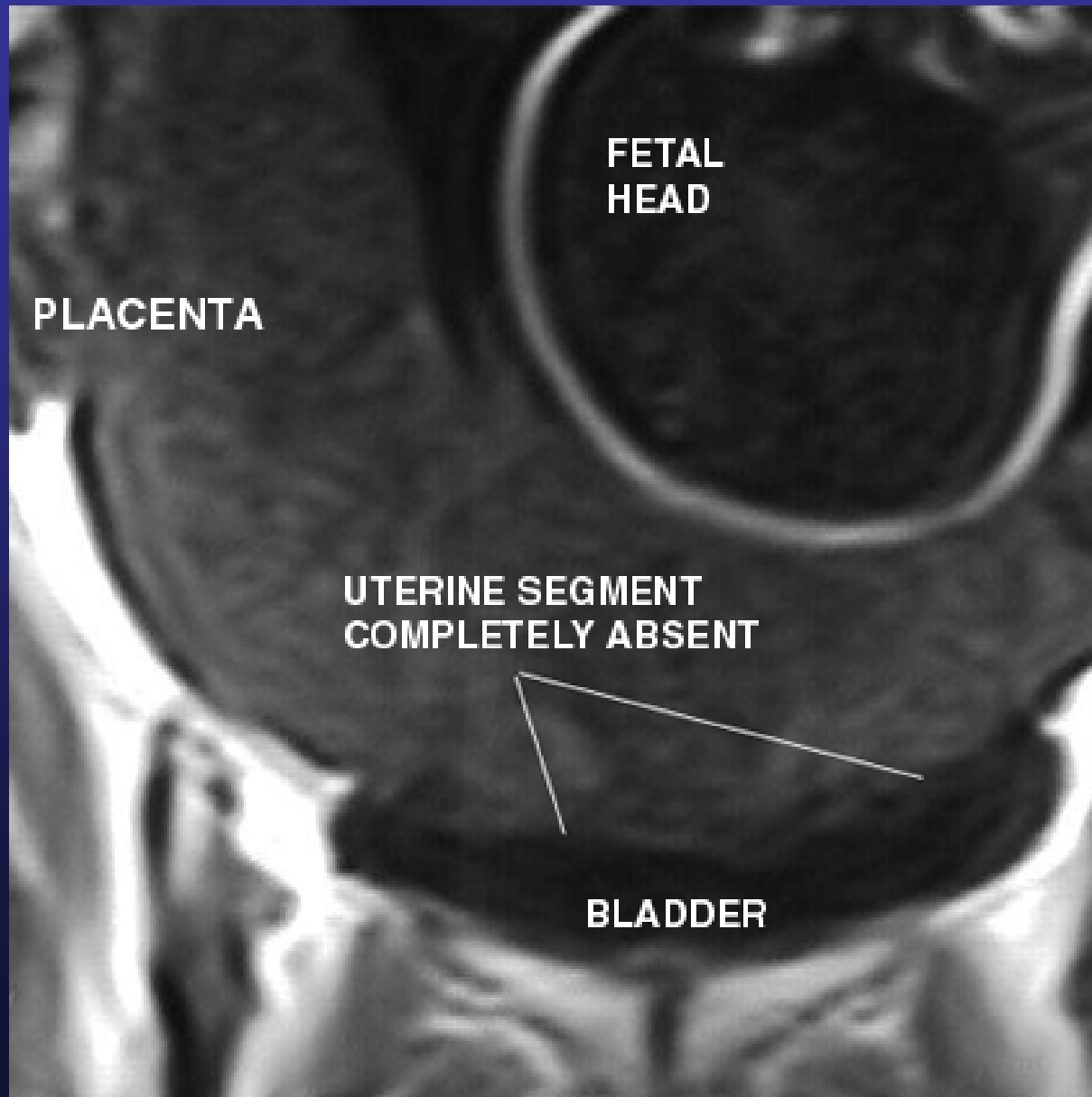


ĐN ĐĐH GTTĐD GTTĐA

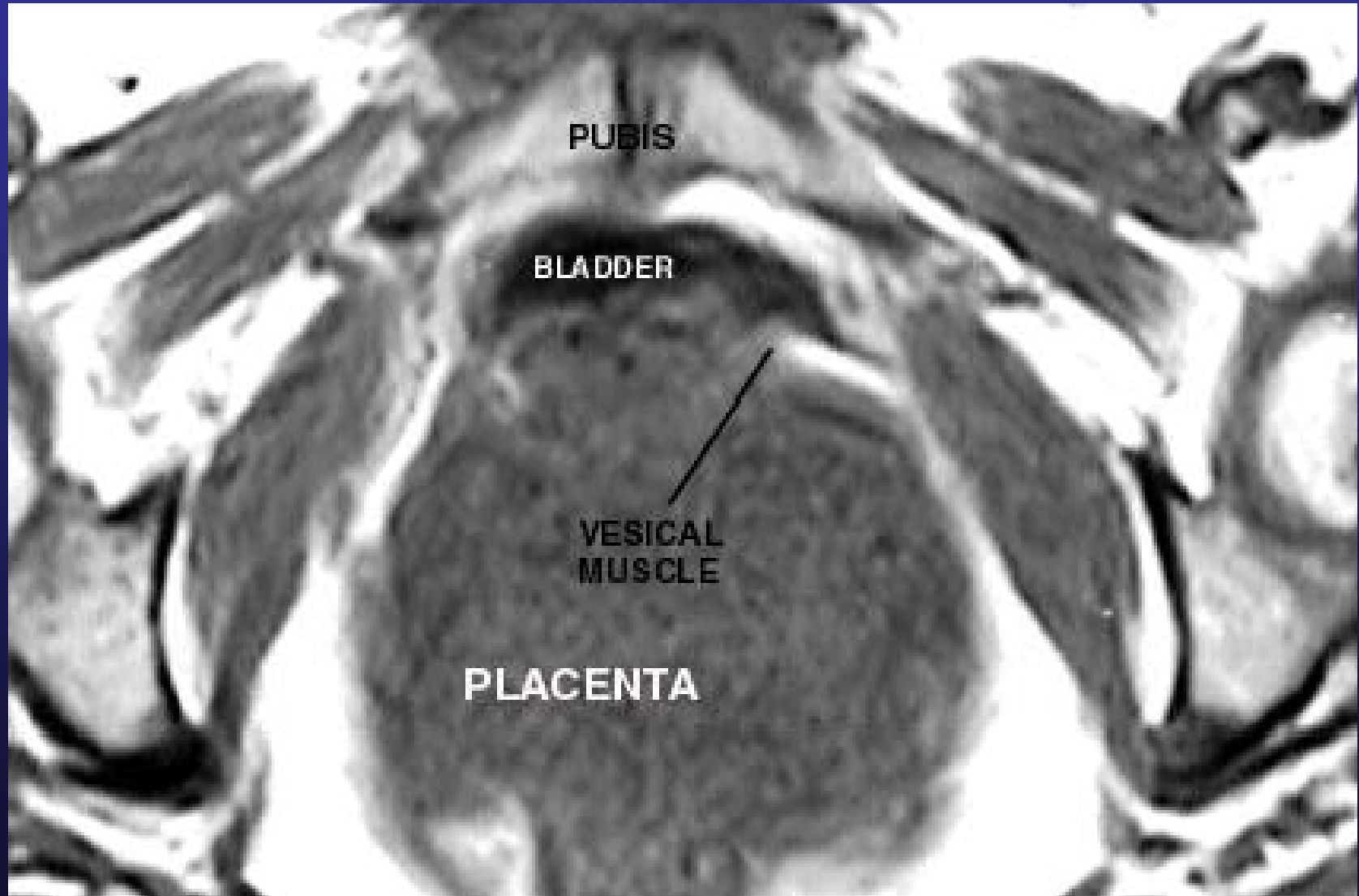
1.	Mất đường echo kém sau nhau	44	95	74	85
2.	Hồ huyết trong nhau	54	85	51	86
3	Lớp thanh mạc BQ mất trơn láng	18	100	100	80
4.	Tăng sinh mm giữa thanh mạc TC-BQ	77	79	52	92

MRI

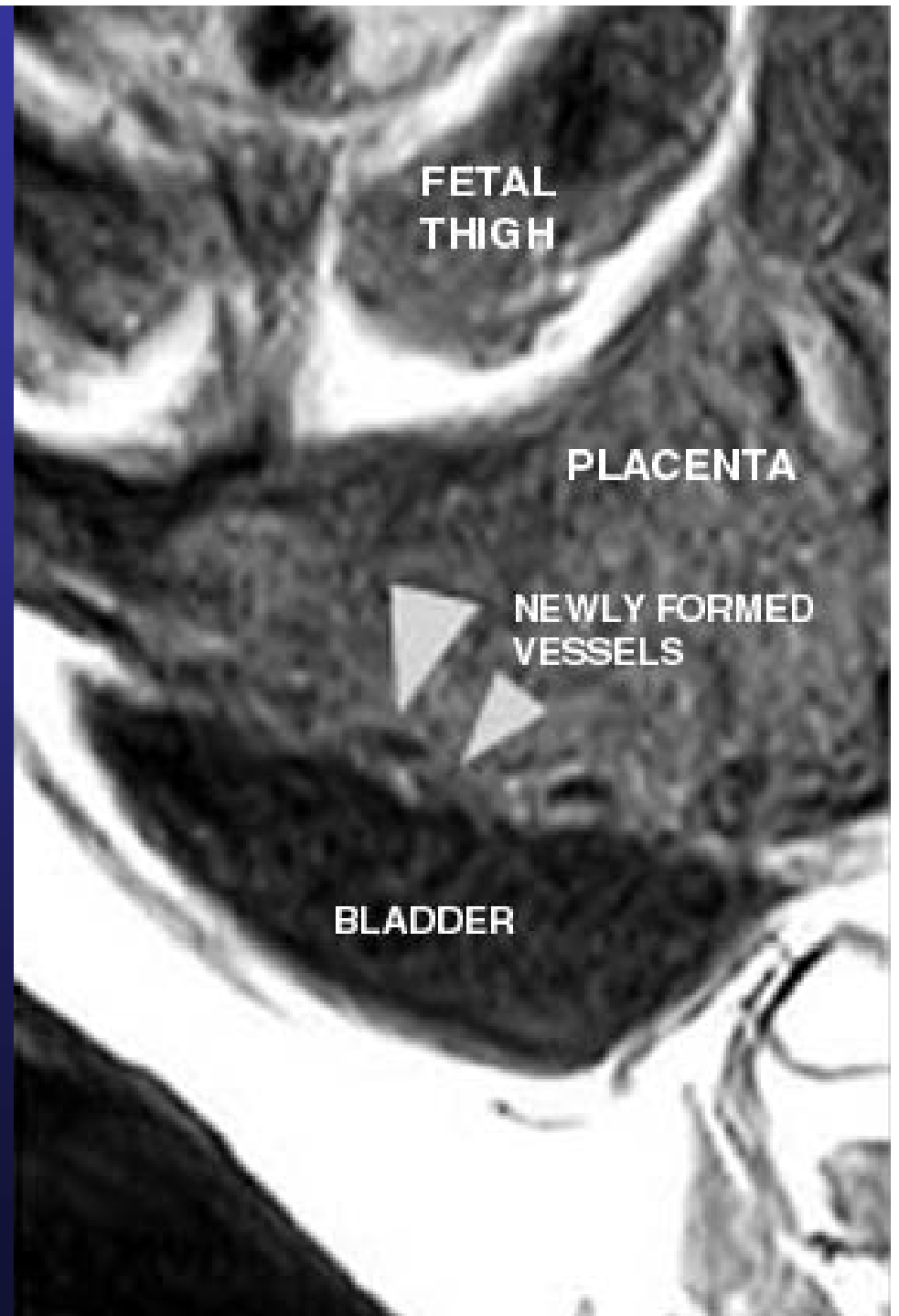
Mất lớp cơ tử cung tại vị trí nhau bám

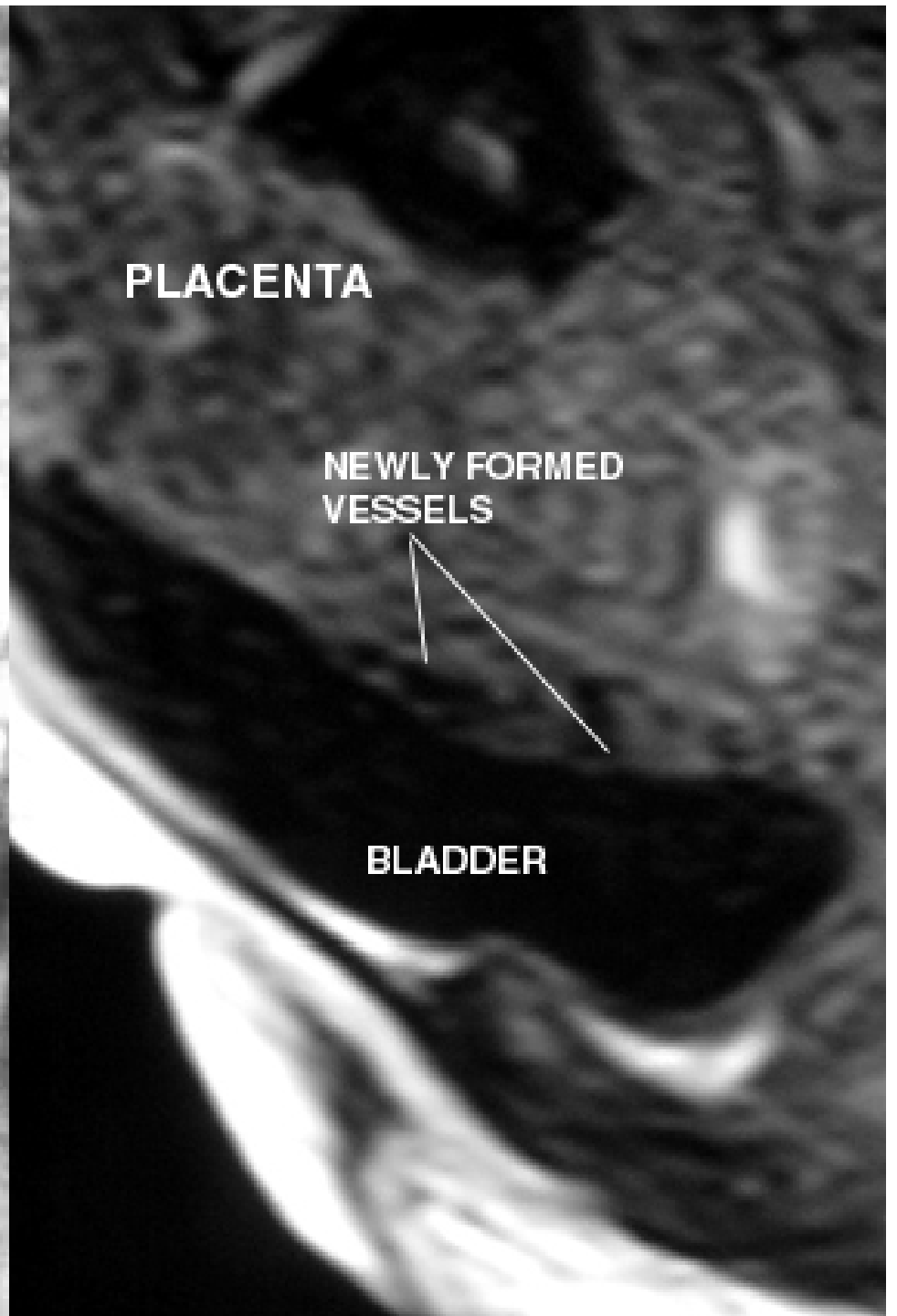
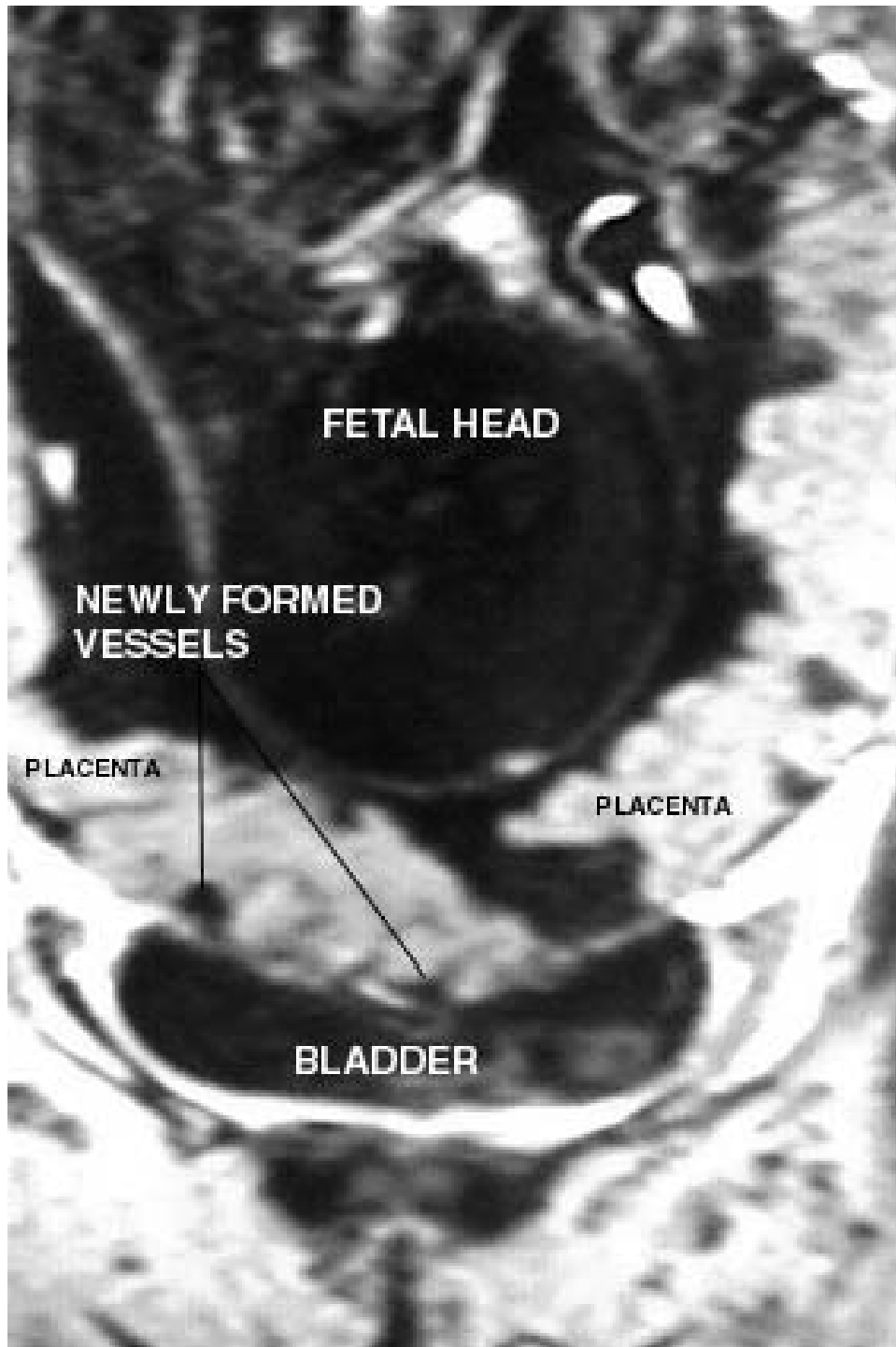


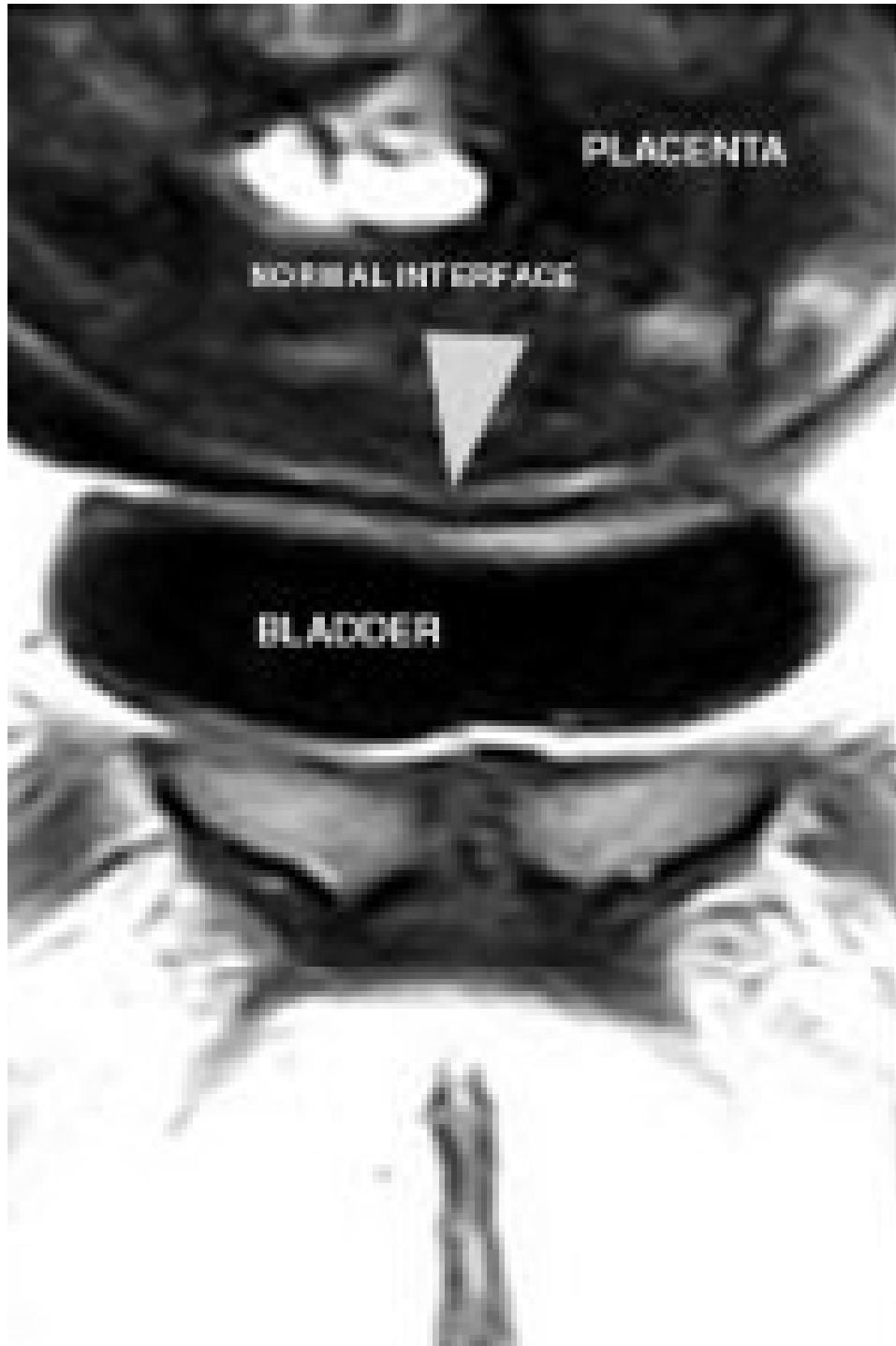
Mất lớp cơ thành bàng quang



**Tăng sinh
nhiều mạch
máu mới**







Siêu âm có dấu hiệu của nhau cài răng lược nhưng MRI cho thấy lớp ranh giới giữa nhau và cơ tử cung bình thường

SA dương tính thật MRI âm tính giả



Kết luận

- Siêu âm và MRI đều là những phương tiện chẩn đoán nhau cài răng lược có độ nhạy cao.
- SA ngã âm đạo được chấp nhận vì chẩn đoán chính xác và không làm tăng nguy cơ xuất huyết âm đạo.
- SA là chỉ định đầu tay để đánh giá các bệnh nhân có nguy cơ cao. MRI sẽ hỗ trợ khi SA không thể cho kết luận chắc chắn.

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN



ANNE GEDDES