



HỖ SỢ MỔ LẤY THAI CŨ VÀ HIẾM MUỘN

ThS. Giang Huỳnh Như

Bệnh viện Mỹ Đức

MỔ LẤY THAI VÀ HỖ SỢ MỔ LẤY THAI

Hiện nay, tỉ lệ mổ lấy thai (MLT) ngày càng tăng do các thay đổi đáng kể trong thực hành sản khoa cũng như đặc điểm của các phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Người phụ nữ có xu hướng trì hoãn tuổi bắt đầu mang thai. Thêm vào đó, với các tiến bộ của y khoa, ngày càng có nhiều phụ nữ với các bệnh lý phức tạp có thể mang thai. Theo số liệu thống kê tại Hoa Kỳ cho thấy tần suất MLT đang ngày càng tăng dần: 5,5% vào năm 1970, 24,7% vào năm 1988 và 31,8% vào năm 2007 và sẽ tăng hơn nữa vào năm 2009 (Tritsch, 2012). Tại Việt Nam, chưa có số liệu thống kê cụ thể, nhưng có lẽ con số này sẽ là tương đương hoặc cao hơn nữa. Riêng tại TPHCM, vào

năm 2000, tỉ lệ MLT là 20,4% đã tăng lên 33,4% vào năm 2005 (Trần Sơn Thạch, 2006). Cùng với sự gia tăng của tỉ lệ MLT, các hậu quả lâu dài của MLT như: vô tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, thai bám ở vết mổ cũ và hiếm muộn được quan tâm nhiều hơn.

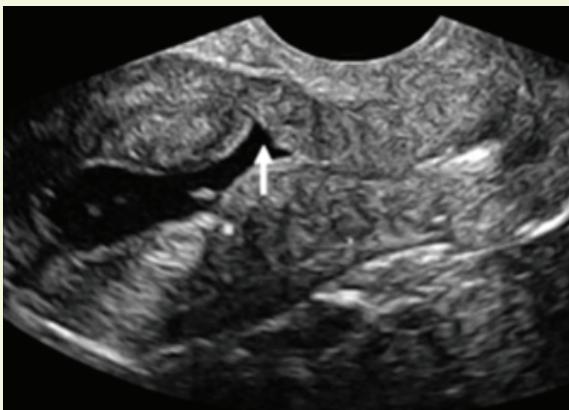
Trong vài thập kỉ gần đây, người ta bắt đầu ghi nhận các triệu chứng phụ khoa sau MLT như: rong huyết, thống kinh, đau vùng chậu mạn tính hay giao hợp đau. Trong năm 1999, đã có giả thuyết cho rằng các triệu chứng này có liên quan đến quá trình lành sẹo không hoàn toàn của sẹo MLT, gọi là hồ sẹo MLT cũ (niche) (Thurmond, 1999). Định nghĩa ở hồ sẹo MLT cũ khác nhau ở các nghiên cứu. Từ năm 1966 đến nay, đã có nhiều mô tả khác nhau về hồ sẹo MLT cũ: đó là chỗ

lôm ở vị trí sẹo MLT cũ 1-6mm hay độ dày của phần cơ tử cung còn lại 2-2,5mm (Waniorek, 1966; Osseer, 2009; Osseer 2010; Vikhareva, 2010; Vikhareva, 2011). Một số tác giả cho rằng cần khoảng thời gian tối thiểu là 6 tháng cho quá trình lành sẹo. Khoảng thời gian này rất quan trọng vì nếu được đánh giá quá sớm, các bất thường về sẹo mổ có thể không được phát hiện do sẹo mổ vẫn còn bị phù (Poidevin, 1961; Dicle, 1997). Cho đến thời điểm hiện tại, vẫn chưa có một đồng thuận nào về định nghĩa hở sẹo MLT cũ với các kĩ thuật hình ảnh học hiện có. Hở sẹo MLT cũ có thể được quan sát thấy với siêu âm ngả âm đạo, siêu âm bơm nước vào lòng tử cung hay chụp cản quang tử cung và hai vòi trứng (Hình 1).

HỖ SẸO MỔ LẤY THAI CŨ VÀ HIẾM MUỘN

Có 3 giả thuyết được đưa ra về nguyên nhân của hở sẹo MLT cũ (Vervoort và cs., 2015):

- **Giả thuyết 1: MLT thấp ở đoạn dưới tử cung:**
Giả thuyết này cho rằng vết mổ thấp, lấn vào mô cổ tử cung có chứa tuyến chất nhầy, làm ảnh hưởng quá trình lành sẹo sau mổ. Ở những bệnh nhân có hở sẹo MLT cũ, trong quá trình nội soi buồng tử cung và siêu âm, người ta nhận thấy có những chỗ hở lớn ở đoạn dưới tử cung. Những chỗ hở chứa nhiều chất nhầy; điều này giải thích cho triệu chứng thường gặp của

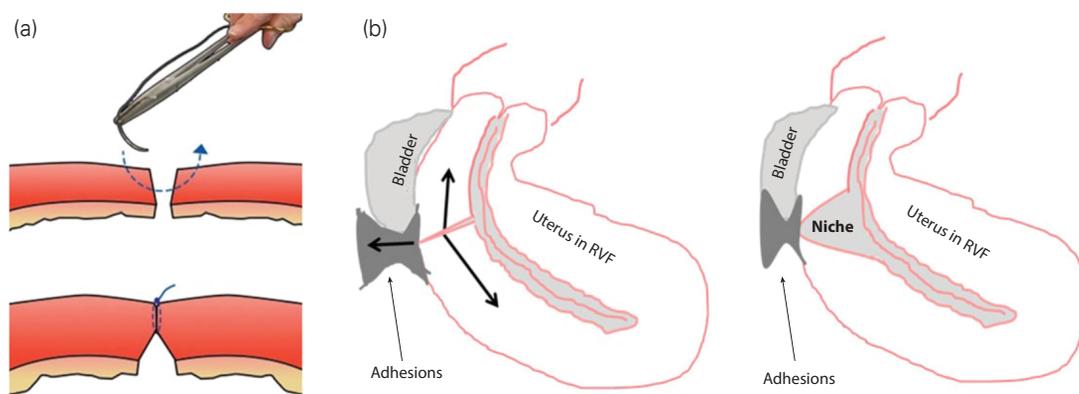


Hình 1. Hở sẹo MLT cũ và ú dịch lòng tử cung trên siêu âm ngả âm đạo (Bij de Vaate, 2011)

những phụ nữ có hở sẹo MLT lớn là ra dịch nhầy nâu kéo dài sau khi hành kinh. Giả thuyết này đồng tình với hai nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu: MLT rất thấp ở đoạn dưới tử cung hay MLT ở giai đoạn chuyển dạ hoạt động là yếu tố nguy cơ của hở sẹo MLT (Zimmer và cs., 2004; Osseer và cs., 2010).

- **Giả thuyết 2: đóng cơ tử cung không hoàn toàn:**
Giả thuyết này nghi ngờ đóng cơ tử cung không hoàn toàn do kĩ thuật khâu lớp cơ tử cung không vuông góc hay để lại lớp nội mạc tử cung quá nhiều, khiến lớp cơ tử cung sâu không được khép lại, dẫn đến hở sẹo MLT (Hình 2).
- **Giả thuyết 3: dính giữa sẹo MLT và thành bụng sau mổ gây co kéo sẹo MLT:**
Khi tiến hành mổ nội soi sửa sẹo MLT cũ, người ta nhận thấy có sự hình thành của mô sợi dính giữa sẹo MLT và thành bụng ở đa số bệnh nhân hở sẹo MLT cũ. Mô sợi dính này gây co kéo sẹo MLT cũ về phía thành bụng. Lực kéo này ngược lại với hướng lành sẹo của sẹo MLT. Lực đối kháng này càng tăng lên do trọng lực của thân tử cung khi tử cung ngả sau (Hình 2). Nguyên nhân gây ra mô sợi dính này có thể do: thiếu máu mô, viêm do nhiễm trùng, tái phân bố mạch máu và kĩ thuật mổ cũng có thể là yếu tố góp phần.

Bên cạnh các triệu chứng phụ khoa của hở sẹo MLT cũ, hiện tượng này còn có thể ảnh hưởng lên khả năng sinh sản của bệnh nhân sau đó. Ú dịch lòng tử cung vào thời điểm rụng trứng hay tích tụ dịch, máu ở cổ tử cung do hở sẹo MLT cũ có thể làm giảm khả năng di chuyển của tinh trùng và gây khó khăn trong việc làm tổ của phôi. Trong một phân tích gộp gần đây được tiến hành trên 85.728 phụ nữ cho thấy MLT làm giảm khả năng mang thai sau đó khoảng 10% so với sinh ngả âm đạo (Gurol-Urganci và cs., 2013). Đa số trong 16 nghiên cứu của phân tích gộp này đều cho thấy khả năng sinh sản của người phụ nữ bị giảm đi sau MLT. Tuy nhiên, không có nghiên cứu nào trong phân tích gộp này đánh giá mối liên quan giữa hiếm muộn thứ phát và sự hiện diện của hở sẹo MLT cũ. Trong một nghiên cứu hồi cứu



Hình 2. Đóng cơ tử cung không hoàn toàn và dính giữa sẹo MLT và thành bụng sau mổ gây cơ kéo sẹo MLT (Vervoort, 2015)

với cỡ mẫu lớn gồm 1.047.644 phụ nữ được tiến hành với cùng một nhóm tác giả nêu trên lại có kết luận rằng không có hay có ảnh hưởng rất ít của tiền căn MLT với khả năng sinh sản sau đó của người phụ nữ (Gurol-Urganci và cs., 2014).

Khảo sát của Hội Nội tiết sinh sản Nhật Bản cho thấy mối liên quan giữa hiếm muộn thứ phát và hở sẹo MLT cũ ngày càng được nhiều bác sĩ hiếm muộn, sản phụ khoa nhìn nhận. Các triệu chứng và dấu hiệu của hiếm muộn thứ phát sau MLT có các đặc điểm riêng biệt. Từ đó, Hội Nội tiết sinh sản Nhật Bản đã phân độ nặng của bệnh dựa trên triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng (Bảng 1). Mặc dù người ta không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, nhưng tỉ lệ có thai có xu hướng giảm dần khi bệnh được phân độ càng nặng.

Điều trị hiếm muộn cho những phụ nữ có hở sẹo MLT cũ gặp nhiều khó khăn do phải hủy nhiều chu kì do ứ dịch lòng tử cung tái phát. Đối với nhóm bệnh nhân hiếm muộn đặc biệt này, điều trị hiếm muộn được chia ra làm 3 nhóm. Nhóm A: điều trị hiếm muộn kinh điển với kích thích buồng trứng + bơm tinh trùng vào buồng tử cung hay thụ tinh trong ống nghiệm. Nhóm B: điều trị bảo tồn với hút dịch từ sẹo mổ cũ - lòng tử cung hay đặt cellulose oxy hóa vào vị trí hở sẹo mổ cũ. Nhóm C: điều trị bằng cách phẫu thuật. Tỉ lệ có thai trong từng nhóm A, B, C lần lượt là 33%, 50% và 60%. Tỉ lệ có thai ở nhóm C cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm A

(Tsuji và cs., 2015). Do đó, hiện tại, ngày càng có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật sửa sẹo mổ cũ ở các bệnh nhân này.

Tóm lại, hở sẹo MLT và hiếm muộn đang là vấn đề được quan tâm. Hiện tại, có nhiều cách điều trị hiếm muộn đang được áp dụng cho nhóm bệnh nhân này nhưng vẫn chưa có một đồng thuận chính thức được ban hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bij de Vaate AJM, Brolmann HAM, Van der Voet LF, Van Der Slikke JW, Veersema S and Huirne JAF (2011). Ultrasound evaluation of the cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 37:93-99.
2. Dicle O, Küçükler C, Pirnar T, Erata Y, Posaci C (1997). Magnetic resonance imaging evaluation of incision healing after cesarean sections. *Eur Radiol*; 7:31-34.
3. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim CP, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, Van der Meulen JH (2013). Impact of caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*; 28:1943-1952.
4. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Mahmood TA, Van der Meulen JH, Templeton A (2014). A population-based cohort study of the effect of caesarean section on subsequent fertility. *Hum Reprod*; 29:1320-1326.
5. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L (2009). High prevalence of defects in cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 34:90-97.
6. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L (2010). Cesarean section scar defects: agreement between transvaginal sonographic findings with and without saline contrast enhancement. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 35:75-83.
7. Poidevin LOS (1961). The value of hystero-graphy in the prediction of

Bảng 1. Phân độ hiếm muộn thứ phát ở những bệnh nhân có hở sẹo MLT cũ (Tsuji và cs., 2015)

Loại	Triệu chứng		Dấu hiệu
	Ra huyết bất thường	Thống kinh hay đau vùng chậu mạn tính	Ú dịch sẹo MLT cũ
1	+/-	+/-	-
2	-	-	+
3	+	-	+
4	+	+	+

- cesarean section wound defects. Am J Obstet Gynecol; 81:67-71.
- Thurmond AS, Harvey WJ, Smith SA (1999). Cesarean section scar as a cause of abnormal vaginal bleeding: diagnosis by sonohysterography. J Ultrasound Med; 18:13-16.
 - Trần Sơn Thạch (2006). Cesarean section in Vietnam. Indications for cesarean section. Establishing Recommendations for Routine Reporting in Developing Countries John Hopkins University.
 - Tritsch IET and Monteagudo A (2012). Unforeseen consequences of increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accrete and cesarean scar pregnancy: a review. American Journal of Obstetrics and Gynecology; 207,14-29.
 - Tsuji S, Murakami T, Kimura F, Tanimura S, Kudo M, Shozu M, Narahara H, Sugino N (2015). Management of secondary infertility following cesarean section: Report from the Subcommittee of the Reproductive Endocrinology Committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. The Journal of Obstetrics and Gynecology; Vol.41, No.9,1305-1312.
 - Vervoort AJMW, Uittenbogaard LB, Hehenkamp WJK, Brölmann HAM, Mol BWJ and Huirne JAF (2015). Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. Human Reproduction; Vol.30, No.12,2695-2702.
 - Vikhareva Osseer O, Valentin L (2010). Risk factors for incomplete healing of the uterine incision after caesarean section. BJOG; 117:1119-1126.
 - Vikhareva Osseer O, Valentin L (2011). Clinical importance of appearance of cesarean hysterotomy scar at transvaginal ultrasonography in nonpregnant women. Obstet Gynecol; 117:525-532.
 - Waniorek A (1966). Hysterography after cesarean section. With special reference to the effect of subsequent delivery on the hystero - graphic findings. Am J Obstet Gynecol; 94:42-49.
 - Zimmer EZ, Bardin R, Tamir A, Bronshtein M (2004). Sonographic imaging of cervical scars after cesarean section. Ultrasound Obstet Gynecol; 23:594-598.



Sứ mệnh

Nâng cao chất lượng các dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị vô sinh nam.

MIG gồm những ai?

MIG (Male Infertility Group) tập trung những chuyên gia đầu ngành, có tâm huyết về nghiên cứu và thực hành, lâm sàng và cận lâm sàng, các lãnh vực liên quan vô sinh nam.

Hoạt động

Cập nhật và cung cấp thông tin chuyên ngành
Huấn luyện kiến thức và kỹ năng chuyên môn
Thúc đẩy và thực hiện nghiên cứu khoa học

