

THAI Ở ĐỒNG THỜI HAI VÒI TỬ CUNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM QUA Y VĂN

Phạm Chí Kông¹, Võ Xuân Phúc¹
(*) Bệnh viện Phụ nữ Thành phố Đà Nẵng

TÓM TẮT

Thai ở đồng thời hai vòi tử cung là một bệnh lý rất hiếm gặp, tần suất khoảng 1/200.000 ca sinh sống và 1/725-1/1580 trường hợp thai ngoài tử cung và thường được chẩn đoán vào thời điểm phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo một trường hợp thai ở đồng thời hai vòi tử cung được điều trị thành công tại Bệnh viện Phụ nữ Thành phố Đà Nẵng. Bệnh nhân 27 tuổi, vô sinh 1, được kích thích buồng trứng bằng clomiphene citrate và sau đó hướng dẫn quan hệ tự nhiên. Bệnh nhân trễ kinh 19 ngày, đau bụng, ra máu âm đạo. Bệnh được chỉ định mổ nội soi với chẩn đoán trước mổ là thai ở sừng phải tử cung và chẩn đoán sau mổ (lâm sàng và giải phẫu bệnh) là thai ở đồng thời hai vòi tử cung. Bệnh nhân xuất viện sau 03 ngày với tình trạng ổn định.

ABSTRACT

SIMULTANEOUS BILATERAL TUBAL PREGNANCY: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Simultaneous bilateral tubal pregnancy is very rare. The incidence of simultaneous bilateral tubal pregnancy is nearly 1/200000 live births and reported to range from 1 in 725 to 1 in 1580 ectopic pregnancy. This disease is usually diagnosed at the time of surgery. We report a case of simultaneous bilateral tubal pregnancy which was managed successfully at the Danang women's hospital. She was 27 years old, primary infertility, induced ovulation by clomiphene citrate followed nature intercourse. She was 19 days

from delayed from her menstruation, vaginal bleeding, abdominal pain and indicated laparoscopically due to pre-operative diagnosis as right cornual ectopic pregnancy. Post-operative diagnosis (clinical and pathological diagnosis) was simultaneous bilateral tubal pregnancy. She was discharged from the hospital with good health.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung là một trong những cấp cứu trong sản phụ khoa. Đây vẫn còn là nguyên nhân gây tử vong mẹ hàng đầu trong tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ, chiếm khoảng 10% các trường hợp tử vong mẹ ở các nước phát triển^[1]. Trong vòng 20 năm qua, tỉ lệ thai ngoài tử cung tăng gấp 3 lần do nhiều yếu tố như tăng tỉ lệ các bệnh lan truyền qua đường tình dục, sử dụng kháng sinh trong điều trị bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu, chẩn đoán sớm và chính xác các trường hợp thai ngoài tử cung, tăng các biện pháp điều trị vô sinh bằng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và tăng tỉ lệ triệt sản^{[1],[2]}. Tỉ lệ thai ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm dao động từ 2,1-9,4 của tất cả các trường hợp thai lâm sàng^[3]

Thai ở hai vòi tử cung là một bệnh lý phụ khoa rất hiếm gặp, tần suất khoảng 1/200.000 ca sinh sống và 1/725-1/1580 trường hợp thai ngoài tử cung^{[1],[4]}. Cho đến ngày nay, có hơn 200 trường hợp thai ở hai vòi tử cung được báo cáo trong y văn và không có trường hợp nào được chẩn đoán trước mổ (Shetty JP,

2011)^[5]. Siêu âm có vai trò hạn chế trong chẩn đoán thai ở hai vòi tử cung. Có nhiều phương pháp điều trị thai ở hai vòi tử cung như cắt tử cung đường bụng kèm cắt phần phụ hai bên, nôi soi cắt vòi tử cung hay mở thông vòi tử cung. Chưa có trường hợp thai ở hai vòi tử cung nào được điều trị bằng methotrexate được báo cáo trong y văn^{[1],[4]}.

Chúng tôi báo cáo trường hợp thai ở hai vòi tử cung được điều trị thành công tại Bệnh viện Phụ nữ Thành phố Đà Nẵng.

BỆNH ÁN

- Họ và tên bệnh nhân: Nguyễn Thị Thùy D., 27 tuổi.

- Ngày nhập viện: 05/02/2013. Mã số vào viện: 1130005101P

- **Lý do vào viện:** đau bụng và ra máu âm đạo

- **Quá trình bệnh lý:** Bệnh nhân lập gia đình 03 năm, vô sinh 1. Bệnh nhân đang điều trị vô sinh tại phòng mạch tư bằng kích thích buồng trứng với clomiphene citrate và hướng dẫn quan hệ tự nhiên. Bệnh nhân trễ kinh 19 ngày, sau đó đau bụng và ra máu âm đạo. Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Phụ nữ Thành phố Đà Nẵng và được chỉ định nhập viện.

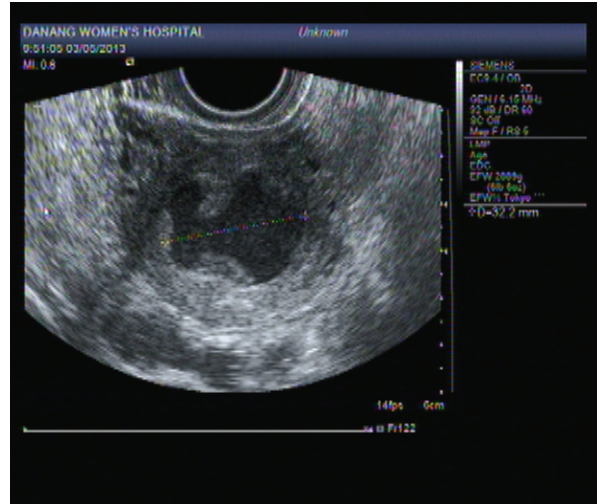
- **Tình trạng lúc nhập viện:**

+ Mạch 100 lần/phút, HA 120/80mmHg.
+ Bụng mềm, ấn hố chậu phải đau nhiều.
+ Khám trong: tử cung hơi lớn hơn bình thường, cạnh phải tử cung có khối 2x2cm, ấn đau, di động ít. Phần phụ trái bình thường. Túi cùng sau đau nhẹ.

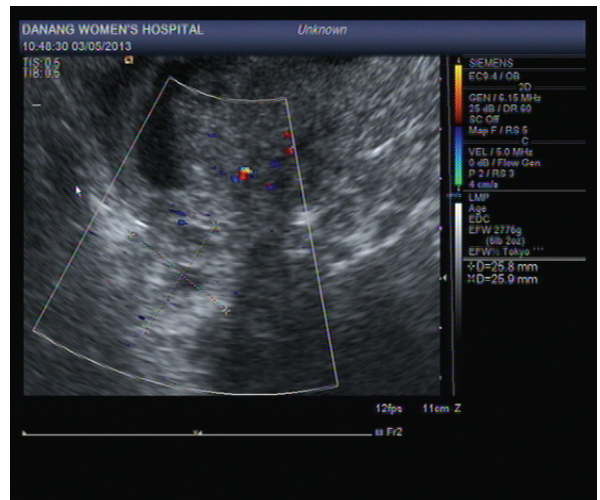
+ Siêu âm: tử cung trung gian. Lòng tử cung có túi thai giả 25x32mm. Sắt sừng phải tử cung có cấu trúc hình nhẵn 24x28mm. Buồng trứng phải và buồng trứng trái không u. Dịch cùng đồ ít (hình 1 và 2).

+ Xét nghiệm β -hCG: 3235mIU/mL.

- Bệnh nhân được hội chẩn và chỉ định mổ nôi soi với chẩn đoán trước mổ là: Theo dõi thai



Hình 1: Lòng tử cung có túi thai giả



Hình 2: Sắt sừng phải tử cung có cấu trúc hình nhẵn

ở sừng phải tử cung.

- **Tường trình phẫu-thủ thuật:**

+ PTV: BS Võ Xuân Phúc- BS Phạm Chí Kông

+ Vào các trocar không tai biến.

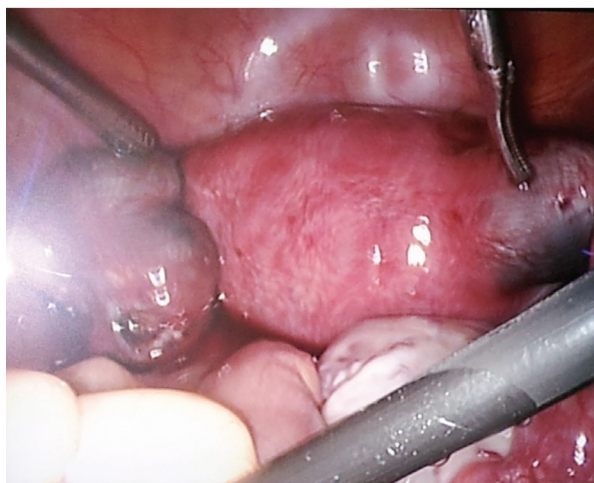
+ Quan sát:

Ổ bụng có # 100ml máu

Thai ở sừng phải tử cung kích thước 2,5x2,5cm, căng mọng, đang chảy máu.

Thai đoạn bóng vòi tử cung trái 1,5cmx2cm, vỡ chảy máu (hình 3 và 4)

Tử cung hơi lớn



Hình 3 và 4: Thai ở sừng phải tử cung và vòi tử cung trái

+ Hội ý kíp mổ, giải thích cho chồng bệnh nhân. Sau đó, tiến hành, cắt sừng phải tử cung hình chêm, đốt cầm máu (hình 5). Cắt vòi tử cung trái, đốt cầm máu.



Hình 5: Cắt sừng phải tử cung

+ Rửa bụng.
+ Gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý (Bệnh viện C Đà Nẵng)
+ Nạo buồng tử cung: ra dịch đà nâu và ít tổ chức giống nội mạc tử cung. Gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

- Kết quả giải phẫu bệnh:

+ Mẫu bệnh phẩm ở sừng phải tử cung (W13-70): Thấy nhiều tế bào rụng, tế bào nuôi co cụm thành đám nhỏ lan tỏa, xen lẫn nhiều gai nhau còn non đứng rời rạc,

nhiều tế bào viêm đa nhân trung tính và đơn nhân, xen lẫn một số mô hoại tử đông, một số tế bào cơ trơn thoái hóa. Không thấy ác tính ở mẫu này. **Chẩn đoán GPBL:** Tổ chức nhau thai và màng thai thoái hóa.

+ Mẫu bệnh phẩm ở vòi tử cung trái (W13-72): Thấy nhiều tế bào rụng, tế bào nuôi co cụm thành đám nhỏ lan tỏa, xen lẫn nhiều gai nhau còn non đứng rời rạc, nhiều tế bào viêm đa nhân trung tính và đơn nhân, xen lẫn một số mô hoại tử đông, một số tế bào cơ trơn thoái hóa. Không thấy ác tính ở mẫu này. **Chẩn đoán GPBL:** Tổ chức nhau thai và màng thai thoái hóa.

+ Mẫu bệnh phẩm ở buồng tử cung (W13-71): các ống tuyến tăng sinh, các tế bào tuyến hình trụ cao, có tính chế tiết rất mạnh, mô đệm phù nề, xung huyết nhẹ, có hình ảnh phản ứng giả màng rụng, ít tế bào viêm đơn nhân xâm nhiễm. **Chẩn đoán GPBL:** Nội mạc tử cung phản ứng có thai.

BÀN LUẬN

Thai ở đồng thời hai vòi tử cung là một bệnh lý hiếm gặp. Trường hợp đầu tiên được Rodenberg TA báo cáo vào năm 1918^[6]. Fishback là tác giả đầu tiên thực hiện một tổng kết trong y văn vào năm 1939 và báo

cáo 76 trường hợp thai ở hai vòi tử cung. Sau đó, Edelstein đã tìm kiếm trong y văn tiếng Anh vào năm 1989 và tìm thấy thêm 22 trường hợp nữa. Năm 2007, Andrews J và Farrell đã tìm kiếm trong các tạp chí bằng tiếng Anh trên Medline và phát hiện thêm 45 trường hợp kể từ tổng kết của Edelstein vào năm 1989. Trong đó, 17 trường hợp liên quan với các phương pháp khác nhau trong điều trị vô sinh và các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và 28 trường hợp là có thai tự nhiên^[1]. Trường hợp của chúng tôi là có thai sau kích thích phóng noãn bằng clomiphene citrate. Tìm kiếm trong các tạp chí bằng tiếng Anh trên Medline, chúng tôi nhận thấy có 06 trường hợp thai ở hai vòi tử cung sau kích thích buồng trứng bằng clomiphene citrate.

Có nhiều giả thuyết được đưa ra để giải thích cho sự xuất hiện của thai ở cả hai vòi tử cung. Có giả thuyết cho rằng thai ở hai vòi tử cung cần phải có nhiều noãn được phóng ra, thụ tinh và sau đó làm tổ ở những vị trí tổn thương của vòi tử cung. Một nguyên nhân khác là sự di cư ngang qua phúc mạc của tế bào nuôi từ vòi tử cung này đến vòi tử cung khác. Một lý giải khác là do sự thụ tinh khác kỳ, có nghĩa là sự thụ tinh và phát triển của noãn thứ hai khi người phụ nữ vừa có thai. Một giả thuyết nữa là thai thứ hai xảy ra sau khi thai thứ nhất bị hư. Nếu thai thứ nhất bị sảy thai tự nhiên, đang trong quá trình sảy thai và sự phóng noãn lần hai có thể xảy ra trong quá trình này, dẫn đến thai ở cả hai vòi tử cung^[1]. Bệnh nhân của chúng tôi có sử dụng clomiphene citrate để kích thích buồng trứng, điều này có thể làm cho nhiều noãn được phóng, thụ tinh và làm tổ ở các nơi vòi tử cung bị tổn thương. Ngoài ra, ngay cả việc sử dụng clomiphene citrate trong điều trị vô sinh do rối loạn phóng noãn cũng được cho là làm tăng tần suất thai ngoài tử cung. Nghiên cứu của Shao R và cộng sự ở in vivo cho thấy khi sử dụng clomiphene

citrate, sự chết tế bào theo chương trình của tế bào biểu mô ở vùng eo vòi tử cung cùng với sự hoạt hóa thụ thể ESR-2A của nhung mao sẽ ức chế giao tử và con đường di chuyển của phôi qua vòi tử cung, cuối cùng dẫn đến thai ngoài tử cung^[7].

Hầu hết các bệnh nhân thai ở hai vòi tử cung đều có các triệu chứng lâm sàng và yếu tố nguy cơ tương tự ở bệnh nhân bị thai ngoài tử cung một bên. Tam chứng thường gặp nhất là trễ kinh, ra máu âm đạo và đau bụng. Nồng độ β -hCG và vùng phân biệt (discriminatory zone) không đủ độ tin cậy ở các bệnh nhân bị thai ở hai vòi tử cung. Siêu âm cũng không hữu ích trong việc xác định thai ở hai vòi tử cung. Vì vậy, thường chẩn đoán thai ở hai vòi tử cung trong lúc phẫu thuật. Điều này nhấn mạnh việc xác định và đánh giá cẩn thận cả hai vòi tử cung lúc phẫu thuật ngay cả trong trường hợp có dính nhiều ở vùng chậu. Giống như các trường hợp thai ở hai vòi tử cung được báo cáo trước đây, chúng tôi cũng không chẩn đoán chính xác thai ở hai vòi tử cung trước phẫu thuật. Về mô học, Fishback là tác giả đầu tiên đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán thai ở đồng thời hai vòi tử cung, bao gồm phần thai cũng như bánh nhau (1939). Sau đó (1953), Norris tuyên bố rằng việc xác định có lồng nhau về mặt vi thể là đủ để chẩn đoán^{[1],[4]}.

Có nhiều biện pháp điều trị thai ở hai vòi tử cung cùng lúc. Phần lớn các trường hợp này đều được phẫu thuật cắt hai vòi tử cung^[8]. Phẫu thuật nội soi là biện pháp được lựa chọn tốt nhất vì thời gian hồi phục nhanh^[9]. Trường hợp thai ở hai vòi tử cung cùng lúc được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đầu tiên bởi Takeuchika vào năm 1995. Kể từ đó, có nhiều báo cáo về điều trị thai ở hai vòi tử cung cùng lúc bằng cách cắt vòi tử cung và mở thông vòi tử cung qua nội soi. Cũng có các báo cáo về các trường hợp

không chẩn đoán được thai ở hai vòi tử cung cùng lúc vào thời điểm phẫu thuật đầu tiên. Trong các trường hợp này, bệnh nhân quay lại vì đau bụng nhiều hơn do vỡ vòi tử cung đối bên. Vì vậy, chẩn đoán thai ở hai vòi tử cung cùng lúc được đưa ra ở lần phẫu thuật thứ hai. Không có báo cáo nào về việc điều trị nội khoa thai ở hai vòi tử cung cùng lúc. Tuy nhiên, do thai ở hai vòi tử cung cùng lúc thường được chẩn đoán lúc phẫu thuật nên có thể có những trường hợp thầy thuốc không biết và việc điều trị nội khoa có thể dẫn đến thành công ở các trường hợp thai ở hai vòi tử cung cùng lúc. Walter đã báo cáo trường hợp thai ở hai vòi tử cung cùng lúc mãn tính và thai vòi tử cung cấp tính sau điều trị thất bại một trường hợp thai ngoài tử cung trước đó bằng methotrexate^[1]. Trong trường hợp của chúng tôi, do một thai ở sừng tử cung vỡ và một thai ở đoạn bóng vỡ nên chúng tôi chọn phương pháp cắt cả hai vòi tử cung sau khi giải thích cho chồng của bệnh nhân biết về khả năng sinh sản của cô ta sau này.

KẾT LUẬN

Thai ở hai vòi tử cung cùng lúc là một bệnh lý hiếm gặp. Hiện nay, với việc ứng dụng ngày càng nhiều các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, tỉ lệ này cũng có xu hướng tăng lên. Chẩn đoán trước phẫu thuật vẫn còn là một thách thức đối với các nhà sản phụ khoa và phần lớn các trường hợp được chẩn đoán trong phẫu thuật. Nội soi vẫn là phương pháp chẩn đoán và điều trị chính đối với thai ở hai vòi tử cung cùng lúc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrews J, Farrell S (2008), Spontaneous bilateral tubal pregnancies: a case report, J Obstet Gynaecol Can, 30(1), 51-54.

2. Al-Quraan GA, Al-Taani MI, Nusair BM et al (2007), Spontaneous ruptured and intact bilateral tubal ectopic pregnancy, Eastern Mediterranean Health Journal, 13(4), 972-974.

3. Ghaffari F, Yazdi PE, Kiani K (2011), A case report of bilateral tubal ectopic pregnancy following day 5 embryo transfer, Arch Med Sci, 7(6), 1087-1088.

4. Wali AS, Khan RS (2012), Spontaneous bilateral tubal pregnancies, Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 22(2), 118-119.

5. Shetty JP, Shetty B, Makkanavar JH, Chandrika (2011), A rare case of bilateral tubal pregnancy, J Indian Med Assoc, 109, 506-507.

6. Rodenberg TA, DJ (1918), Bilateral spontaneous tubal pregnancy, South Med J, 74(11), 1426.

7. Shao R, Nutu M, Weijdegard B et al (2009), Clomiphene citrate causes aberrant tubal apoptosis and estrogen receptor activation in rat fallopian tube: implications for tubal ectopic pregnancy, Biology of reproduction, 80, 1262-1271.

8. Sommer EM, Reisenberger K, Bogner G, Nagele F (2002), Laparoscopic management of an unrecognized spontaneous bilateral tubal pregnancy, Acta Obstet Gynecol Scand, 81, pp.366-368.

9. Rajapaksha RKLS, Tharangani MDV, Ratnayake UP (2010), a case of spontaneous bilateral tubal pregnancy, Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynecology, 32, 89-90.