

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP**BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP CHỮA Ở SỪNG TỬ CUNG
BỊ VỠ TRÊN TỬ CUNG HAI SỪNG**

Nguyễn Quốc Tuấn*, Hồ Sỹ Hùng*

Tóm tắt

Tử cung hai sừng là bất thường bẩm sinh khi hai ống Muller hợp nhất không hoàn toàn trong quá trình hình thành cơ quan sinh dục nữ. Chứa góc trên tử cung hai sừng là một bất thường rất hiếm gặp, hai buồng tử cung có thể thông nhau (communicating cavitated rudimentary horn) hoặc không thông nhau (non-communicating cavitated rudimentary horn). Phần lớn các báo cáo đều về chứa góc trên tử cung hai sừng không nối thông. Chúng tôi xin trình bày cả hai trường hợp có thai trên tử cung hai sừng có và không nối thông, đều bị vỡ tử cung trong ba tháng giữa.

Từ khoá: Tử cung hai sừng, vỡ tử cung

Abstract:**Rupture of pregnancy in rudimentary uterine horn**

Introduction: Rudimentary horn uterine is congenital abnormality of Muller duct in the process of forming female genital organs. Pregnancy in uterine horn corner is a rare abnormality, two uterine cavities can communicate (communicating cavitated rudimentary horn) or not (non-communicating cavitated rudimentary horns). Most reports were on non-communicating cavitated rudimentary horns. We present two cases of pregnancy in the bicorn uterus communicating and non-communicating, were ruptured in the second trimestre.

Key words: rudimentary uterine horn, uterine rupture

* Trường Đại học Y Hà Nội

BỆNH ÁN 1:

Bệnh nhân Nông Thị D 26 tuổi

Địa chỉ: Nhân Chính, Thanh Xuân, Hà Nội. Tiền sử đã được chẩn đoán tử cung đôi.

PARA: 0010. Đình chỉ thai 3 tháng vì nang bạch huyết vùng cổ (Hygroma kystique). Bệnh nhân đau bụng âm ỉ 2 ngày trước khi vào nhập viện ngày 16/08/2011 với chẩn

đoán dọa đẻ non khi tuổi thai được 32 tuần 5 ngày. **Khám:** mạch 90 l/p, HA 130/80mmHg, con co tử cung không có, cổ tử cung đóng, không ra máu âm đạo. Ngày 17/8/2011 bệnh nhân đau bụng nhiều, xét nghiệm hồng cầu 3,7 triệu/ml, Hb 7,4g/l, bạch cầu 13.890/ml, tiểu cầu 162.000/ml. **Siêu âm:** Đường kính lưỡng đỉnh 80mm, đường kính bụng 81 mm, xương đùi 54mm, rau bám mặt trước tử cung. Monitoring nhịp tim thai chậm 100 lần/phút, kéo dài. Bệnh nhân được chẩn đoán vỡ tử cung và phẫu thuật ngày 17/8/2011: trong ổ bụng có 700ml máu. Tử cung đôi, có thai ở tử cung bên trái, tử cung bị vỡ ở góc bên trái nhưng thai vẫn còn nằm trong buồng tử cung (hình 1). Đã lấy ra một thai 1400gram, thoi thóp. Kiểm tra buồng tử cung bên trái không có lỗ thông xuống ống cổ tử cung cũng như thông sang buồng tử cung bên phải. Phẫu thuật cắt tử cung trái bị vỡ, để lại buồng trứng trái. Sau mổ bệnh nhân ổn định.



Hình 1. Có thai tử cung bên trái bị vỡ

BỆNH ÁN 2:

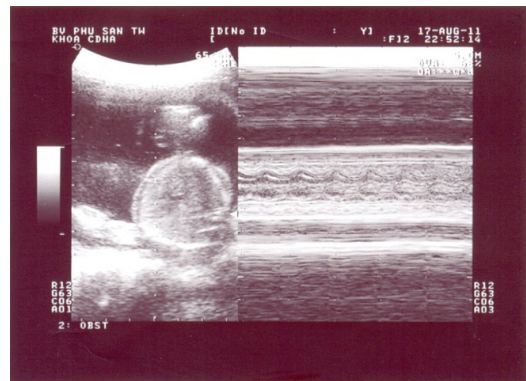
Bệnh nhân Lý Thị Th 17 tuổi

Địa chỉ: Xuất lễ, Cao lộc, Lạng sơn. Bệnh viện Lạng sơn chuyển vì thai 17 tuần chửa trong ổ bụng bị vỡ. **Khám:** mạch 100lần/phút, huyết áp 110/70mmHg, nhịp thở 20 lần/phút. PARA: 0000. Siêu âm một thai trong ổ bụng, tim thai (+) (hình 3). Đường kính lưỡng đỉnh 45 mm, đường kính bụng

44 mm, xương đùi 25 mm. Rau bám mặt trước, có nhiều dịch trong ổ bụng. Có hình ảnh tử cung nằm cạnh khối thai nên chẩn đoán chửa trong ổ bụng bị vỡ (hình 2) và được phẫu thuật ngày 17/08/2011: trong ổ bụng có khoảng 1000 ml máu, tử cung đôi, có thai tử cung bên phải đã bị vỡ hoàn toàn, túi ối vẫn bao bọc lấy thai, thai còn sống khoảng 400gr. Kiểm tra có lỗ thông buồng tử cung vỡ với cổ tử cung. Cắt một bên tử cung để lại buồng trứng. Truyền 3 đơn vị máu và 1 đơn vị Cryo. Bệnh nhân ổn định sau mổ.



Hình 2. Tử cung nằm cạnh thai, thai vẫn nằm trong túi ối



Hình 3. Nước ối bao quanh thai, tim thai (+)

Bàn luận

Bàn luận về tỷ lệ mắc và nguy cơ vỡ tử cung

Tử cung hai sừng là một bất thường của ống Muller trong quá trình hình thành cơ

quan sinh dục nữ, tỷ lệ gặp khoảng 4,3% các trường hợp trong đó tử cung hai sừng gặp khoảng 0,4% [3]. Tỷ lệ chửa ở góc tử cung trên tử cung hai sừng lại càng hiếm hơn, chiếm 1/76.000 đến 1/150.000 trường hợp thai nghén [7], do vậy trên các tạp chí y học chỉ có các báo cáo trường hợp riêng lẻ.

Mặc dù tỷ lệ chửa sừng tử cung trên tử cung hai sừng rất hiếm gặp nhưng lại nguy hiểm cho tính mạng của thai phụ vì phần lớn các trường hợp đều bị vỡ ở tuổi thai ba tháng đầu hoặc ba tháng giữa và dễ bỏ sót vì không chẩn đoán được [5]. Trong cả hai trường hợp của chúng tôi cũng giống như các báo cáo của các tác giả trên thế giới là chỉ chẩn đoán khi tử cung đã bị vỡ (trường hợp thứ nhất) và chẩn đoán hồi cứu sau mổ (trường hợp thứ hai) nhưng điều đặc biệt là cả hai trường hợp đều gặp trong cùng một ngày và được phẫu thuật gần như cùng một thời điểm.

Lý do tại sao tinh trùng có thể di chuyển lên vòi tử cung để thụ thai và phôi có thể di chuyển về buồng tử cung trong trường hợp tử cung không nối thông, một số tác giả cho rằng noãn thụ tinh với tinh trùng ở vòi tử cung bên này và di chuyển sang bên vòi tử cung bên kia để về làm tổ trong buồng tử cung [1-6]. Trường hợp bệnh nhân thứ nhất chúng tôi đã thăm dò từ bên buồng tử cung bên trái bị vỡ nhưng không thấy lỗ thông xuống ống cổ tử cung cũng như thông sang buồng tử cung bên phải. Như vậy bệnh nhân này thuộc nhóm bất thường tử cung hai sừng không nối thông.

Bàn luận về vấn đề chẩn đoán sớm trước khi bị vỡ

Hai trường hợp chúng tôi gặp chỉ có trường hợp thứ nhất chẩn đoán được trước khi mổ khi có tiền sử đã phát hiện tử cung bất thường và chỉ chẩn đoán được khi bệnh nhân có dấu hiệu mất máu rõ

(Hb 7,4g/L), còn trường hợp thứ hai không thể chẩn đoán được vì mặc dù có dấu hiệu mất máu nhưng siêu âm vẫn thấy thai còn sống nằm trong túi ối. Elsayegh và cộng sự báo cáo đau bụng là triệu chứng rất thường gặp nhưng trong trường hợp tử cung không nối thông cũng hay đau bụng khi có kinh nên thường bị nhầm lẫn và bỏ qua. Ra máu là triệu chứng rất ít gặp và nếu gặp cũng chỉ gặp trong trường hợp tử cung có nối thông [2]. Trong cả hai trường hợp của chúng tôi đều không ra máu âm đạo, còn trường hợp thứ nhất (tử cung không nối thông) thì bệnh nhân đau bụng từ hai ngày trước đó.

Siêu âm là phương pháp có giá trị chẩn đoán nhưng cũng rất khó chẩn đoán được chính xác và chẩn đoán được sớm. Cả hai trường hợp chúng tôi quyết định phẫu thuật khi siêu âm trong ổ bụng có dịch và thai phụ có biểu hiện mất máu rõ.

Bàn luận về phẫu thuật

Phần lớn các trường hợp có thai đều bị vỡ dù sớm hay muộn, do vậy các tác giả đều khuyến cáo nếu chẩn đoán sớm cần mổ chủ động để phòng vỡ tử cung [4], tuy nhiên các báo cáo trường hợp đều đã vỡ, thậm chí chẩn đoán muộn. Phẫu thuật xử trí trong trường hợp bất thường này là cắt tử cung bên bị vỡ, bảo tồn buồng trứng bên tử cung vỡ [2-4-6].

Kết luận

nhân hai trường hợp chửa sừng tử cung trên tử cung hai sừng bị vỡ trên, tuy rất hiếm gặp nhưng lại rất nguy hiểm cho tính mạng thai phụ vì dễ bỏ sót. Từ kinh nghiệm thực tế lâm sàng cho thấy trước một trường hợp đã có thai trên một phụ nữ đã được chẩn đoán bất thường cơ quan sinh dục mà đau bụng cần phải nghĩ tới nguy cơ vỡ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Douglas Latto, Richard Norman (1950). Pregnancy in a rudimentary horn of a bicornuate uterus. *Br Med J* 1950; 2: 926-7
2. Elsayegh. A, Nwosu E.C (1998). Rupture of pregnancy in the communicating rudimentary uterine horn at 34 weeks. *Human Reproductive vol. 13, no 12, pp 3566-3568.*
3. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P (2001). Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001; 7:161-174 .
4. İlhan Bahri Delibaş, Ünal İsaoglu, Mehmet Yılmaz, Sedat Kadanalı (2011). Rupture of a rudimentary horn at 16 weeks of gestation. *Journal of Clinical and Experimental Investigations.* 2011; 2 (2): 219-221
5. Liang ST, Woo JSK, Tang LCH, Wong RLC (1985). Advanced pregnancy in the rudimentary horn of a bicornuate uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64: 447-449.
6. Panayotidis C, Abdel-Fattah M, Leggott M (2004). Rupture of rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus at 15 weeks' gestation. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24 (3):323-4
7. Ural SH, Artal R (1998). Third-trimester rudimentary horn pregnancy. A case report, *J Reprod Med* 1998; 37: 919-921.