

5<sup>ème</sup> Congrès Franco-Vietnamien de Gynécologie Obstétrique

# Nghiên cứu cải tiến kỹ thuật mổ rau cài răng lược

VŨ BÁ QUYẾT

*BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG*



# Tổng quan

- ▶ Rau cài răng lược là một loại bệnh lý sản khoa xảy ra khi các gai rau bám đến lớp cơ tử cung, hoặc đâm xuyên qua thành tử cung

# Chẩn đoán

- ▶ RCRL có thể được chẩn đoán sớm trước khi chuyển dạ với sự trợ giúp của siêu âm
- ▶ Nguyễn Liên Phương và Trần Danh Cường (2015)
  - ▶ 100% có tiền sử mổ lấy thai (1 hoặc 2 lần),
  - ▶ siêu âm chẩn đoán RCRL: 91,4% cas được chẩn đoán trước mổ, ~ Miller (90%)

# Đặc điểm riêng

- ▶ tăng song song với sự gia tăng của mỡ lấy thai,
- ▶ ~ 5% các trường hợp rau tiền đạo.
- ▶ dễ gây biến cố trong mổ và tử vong mẹ
- ▶ RCRL là nguyên nhân thường gặp nhất của cắt tử cung cầm máu trong sản khoa

# Đặc điểm phẫu thuật

- ▶ biến chứng nghiêm trọng của thai nghén,
- ▶ tình trạng mất máu tối cấp và đe dọa tính mạng của bệnh nhân
- ▶ 90% bn RCRL cần truyền máu, và 40% trường hợp cần truyền hơn 10 đơn vị HCK
- ▶ nguy cơ tổn thương hệ tiết niệu rất cao

# Cắt TC trong RCRL: thách thức

- ▶ Nhiều tác giả đã nghiên cứu nhiều cách thức mở khác nhau cho RCRL.
- ▶ Chúng tôi đã thử nghiệm và thử xây dựng một quy trình phẫu thuật “***cắt tử cung bán phần ngược dòng***”.

# Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- ▶ **Đối tượng** : 8 trường hợp
  - ▶ từ 11/2016 đến 2/2017
  - ▶ được chẩn đoán RCRL trước sinh
  - ▶ phẫu thuật theo pp “cắt tử cung bán phần ngược dòng”
- ▶ **Phương pháp nghiên cứu**: thử nghiệm lâm sàng không đối chứng

# Các bước phẫu thuật

- 1.** Gây mê toàn thân
- 2.** Cắt bỏ sẹo mổ cũ đường giữa dưới rốn hoặc ngang trên vệ
- 3.** Mở dọc thân tử cung lấy thai, không bóc rau
- 4.** Kẹp cầm máu các mép vết mổ
- 5.** Cắt dây chằng tròn, dây chằng tử cung-buồng trứng
- 6.** Tiếp cận mặt sau tử cung, xác định vị trí cổ tử cung, đoạn eo
- 7.** Rạch mặt sau cổ tử cung (thấp hơn eo tử cung 1cm) cho đến khi chạm ống cổ tử cung
- 8.** Dùng pince kẹp và cắt vòng quanh cổ tử cung sang bên và ra trước



# Các bước phẫu thuật

9. Lật ngược cổ tử cung ra sau và lên trên
10. Dùng ngón tay tách dây chằng rộng 2 bên, kẹp cắt ĐM tử cung
11. Phẫu tích tiếp bằng ngón tay ở mặt sau bàng quang và mặt trước tử cung
12. Tách rời bàng quang khỏi mặt trước tử cung
13. Khâu mỏm cắt cổ tử cung
14. Phục hồi tổn thương bàng quang nếu có
15. Khâu phục hồi thành bụng

# Kết quả phẫu thuật

- ▶ Từ 11/2016 - 2/2017: 8 bệnh nhân RCRL được cắt tử cung bán phần ngược dòng.
- ▶ Tuổi trung bình: 35 tuổi (24-37)
- ▶ tuổi thai trung bình: 37 tuần (34-38)
- ▶ thời gian nằm viện: 5 ngày (4-7)
- ▶ Thời gian phẫu thuật: 72 phút (40-150)

# Kết quả phẫu thuật

- ▶ 8/8 truyền máu, trung bình 1050 ± 320 ml (1-4 đơn vị HCK)
- ▶ 0/8 biến chứng trong và sau mổ
- ▶ 2/8 có gai rau đâm xuyên khâu phục hồi bàng quang 2 lớp dễ
- ▶ 0/8 tổn thương niệu quản
- ▶ 0/8 có trường hợp nào phải mổ lại hay phải nhập viện lại vì biến chứng
- ▶ 1/8: thai 34 tuần: chăm sóc sơ sinh

# Bàn luận

- ▶ Ưu điểm phẫu thuật: cắt tử cung bán phần ngược dòng
  - ▶ cho phép kiểm soát chảy máu,
  - ▶ phẫu tích tối đa bàng quang khỏi tử cung trước khi cắt lọc
  - ▶ hạn chế nguy cơ tổn thương hệ tiết niệu.

# Kiểm soát chảy máu

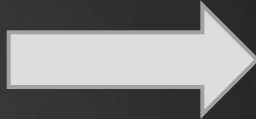
# Đường mở bụng

- ▶ Chúng tôi thường cắt bỏ sẹo mổ cũ và vào ổ bụng.
- ▶ cân thành bụng: rạch ở vị trí cao
- ▶ mở bụng đường dọc giữa dưới rốn:
  - ▶ tránh được chảy máu trong thì mở bụng khi bánh rau đâm xuyên cơ tử cung
  - ▶ mở rộng phẫu trường dễ, lấy thai dễ

# Mở tử cung lấy thai

- ▶ Từ 2013: kĩ thuật mở tử cung bằng đường rạch dọc thân về phía đáy
- ▶ Bánh rau để tại chỗ
- ▶ cắt tử cung luôn cho những sản phụ không còn nguyện vọng có thai
- ▶ xử trí chủ động: giảm chảy máu, máu truyền trung bình ~4 đơn vị

# Cấp máu trong RCRL

- ▶ nhóm mạch máu chạy dưới phúc mạc cổ tử cung âm đạo (nhánh của động mạch thận),
  - ▶ các mạch máu phụ trợ từ động mạch chậu trong,
  - ▶ động mạch cổ tử cung và động mạch bàng quang dưới
- 
- ▶ Đoạn dưới tử cung, cổ tử cung và phần trên âm đạo được cấp máu bởi



# Cắt tử cung ngược dòng

- ▶ 1964 : sử dụng trong phẫu thuật phụ khoa, (Bony)
- ▶ áp dụng: khối u tiểu khung làm biến dạng giải phẫu và xâm lấn
  - ▶ u xơ tử cung trong dây chằng rộng
  - ▶ K buồng trứng di căn thành chậu
- ▶ AE Selman, Sato Hiroshi (2016) : **cắt tử cung hoàn toàn ngược dòng** trong RCRL qua đường tiếp cận từ cùng đồ sau

# Cắt tử cung bán phần ngược dòng

- ▶ cắt tử DC tròn, DC tử cung-buồng trứng, đẩy thấp DC rộng 2 bên.
- ▶ Lật mặt sau tử cung, nắn xác định eo tử cung
- ▶ cắt tử cung bán phần ngược dòng ở vị trí dưới eo tử cung 1 cm (thấp hơn chỗ bám của bánh rau)
- ▶ dao rạch ngang vị trí này đến ống cổ tử cung.
- ▶ kẹp vòng quanh CTC sang bên (cùng động mạch cổ tử cung-âm đạo) và ra trước
- ▶ mở đường hầm giữa bàng quang và mặt trước CTC

8/8 truyền máu, trung bình là 1050 320 ml (1-4 đơn vị KHC).

# Phương pháp cầm máu khác

- ▶ **thắt động mạch hạ vị đơn thuần:**
  - ▶ không hiệu quả trong những trường hợp chảy máu thứ phát do RCRL
  - ▶ đòi hỏi kinh nghiệm của PTV, gia tăng thời gian mất máu và tăng tỷ lệ biến chứng
- ▶ **bơm bóng gây tắc động mạch:** chưa đủ để khuyến cáo (ACOG ), nguy cơ nhiễm khuẩn, huyết khối, hoại tử tổ chức

# Phẫu tích bàng quang tối đa

# Phẫu tích bàng quang

- ▶ Phẫu tích bàng quang sớm → chảy máu, tăng mất máu và truyền máu
- ▶ khi chảy máu khó bóc tách đúng lớp → dễ tổn thương bàng quang (trigon)
- ▶ Kỹ thuật được chúng tôi triển khai là **kiểm soát việc chảy máu trước** phẫu tích bàng quang

# ***Phẫu tích bàng quang***

- ▶ Do phức mạc mặt sau bàng quang và cổ tử cung dễ bóc tách,
- ▶ mở đường hầm nhờ phẫu tích bằng đầu kéo tù.
- ▶ kẹp cắt cổ tử cung nhằm kiểm soát chảy máu.
- ▶ phẫu tích ngược dòng bàng quang từ dưới lên trên bằng tay
- ▶ cho đến khi không tách được nữa do dính chặt hoặc gai rau đâm xuyên.

**2/8 cas khâu phục hồi bàng quang: thuận lợi do cách xa vùng trigon**

***Hạn chế nguy cơ tổn  
thương hệ tiết niệu***

# Tổn thương bàng quang

- ▶ gai rau đâm xuyên → tt bàng quang,
- ▶ phẫu tích ngược dòng giúp tránh xa vùng trigon
- ▶ → khâu phục hồi BQ (2 lớp) là dễ dàng
- ▶ lưu sonde tiểu 5 ngày
- ▶ 0/8 có biến chứng dò bàng quang – âm đạo.



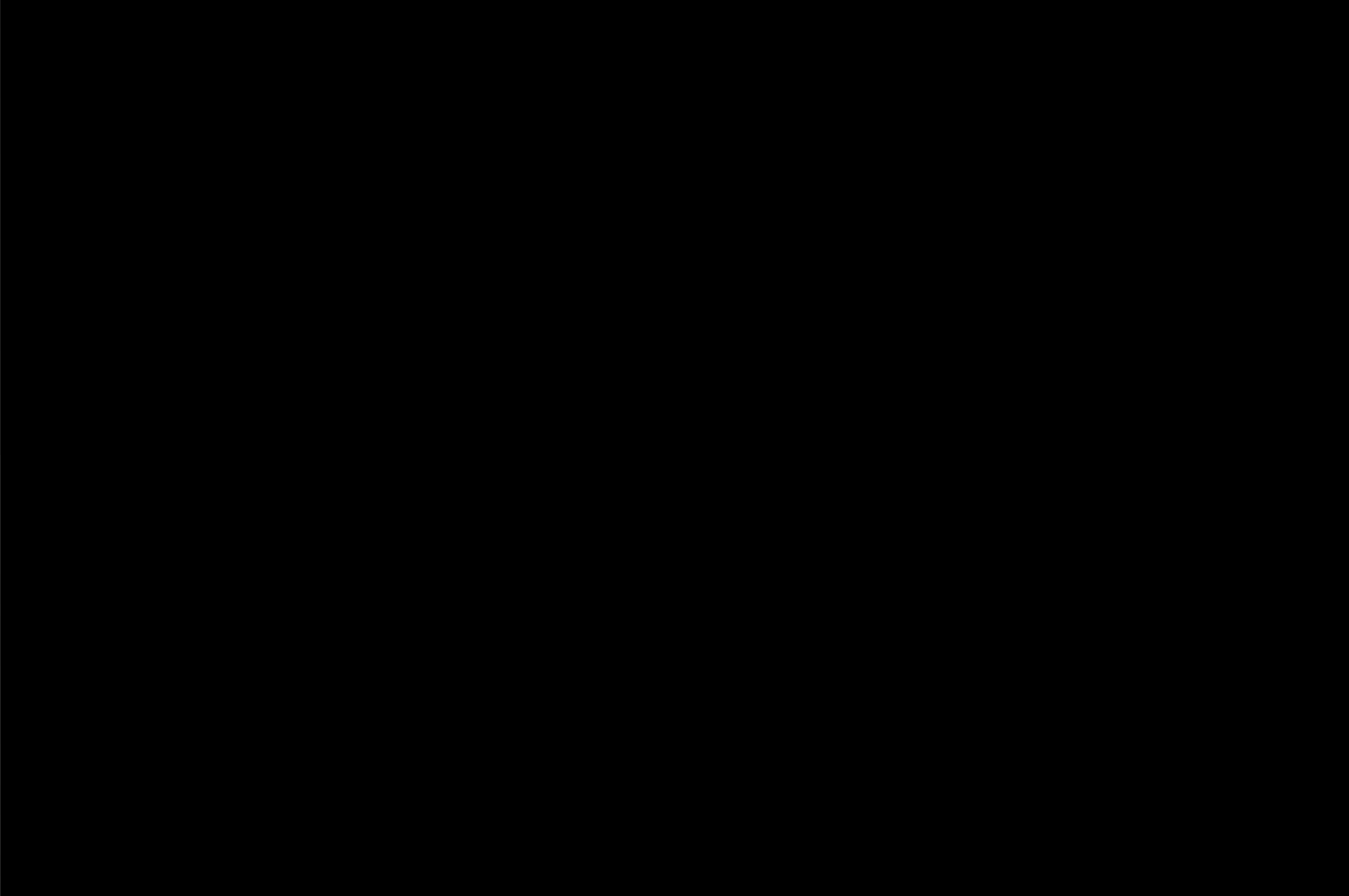
# *Tổn thương niệu quản*

- ▶ AE Selman, Sato Hiroshi: cắt tử cung hoàn toàn ngược dòng vẫn còn gặp tổn thương niệu quản
- ▶ Trước phẫu thuật: kiểm tra niệu quản
- ▶ PT chảy máu như RCRL, giải pháp cắt tử cung bán phần tránh biến chứng như dò niệu quản hay hẹp, gấp khúc niệu quản

# Dự phòng tổn thương niệu quản

- ▶ Một số tác giả Pháp, Mỹ có thể đặt sonde JJ niệu quản trước mổ
  - ▶ nhằm dễ xác định niệu quản và
  - ▶ có điểm mốc để phục hồi tt niệu quản
- ▶ Tt NQ trong PT chảy máu như RCRL do khó đánh giá chính xác các mốc giải phẫu do phức tạp phù nề thời kì thai nghén.
- ▶ 0/8 bn: biến chứng NQ

# ▶ FILM



# Kết luận

- ▶ cắt tử cung bán phần ngược dòng cầm máu trong RCRL
- ▶ PT triển vọng
- ▶ Ưu điểm
  - ▶ kiểm soát chảy máu,
  - ▶ phẫu tích bàng quang ngược dòng tối đa
  - ▶ hạn chế các tổn thương tiết niệu.

Merci de votre attention

