



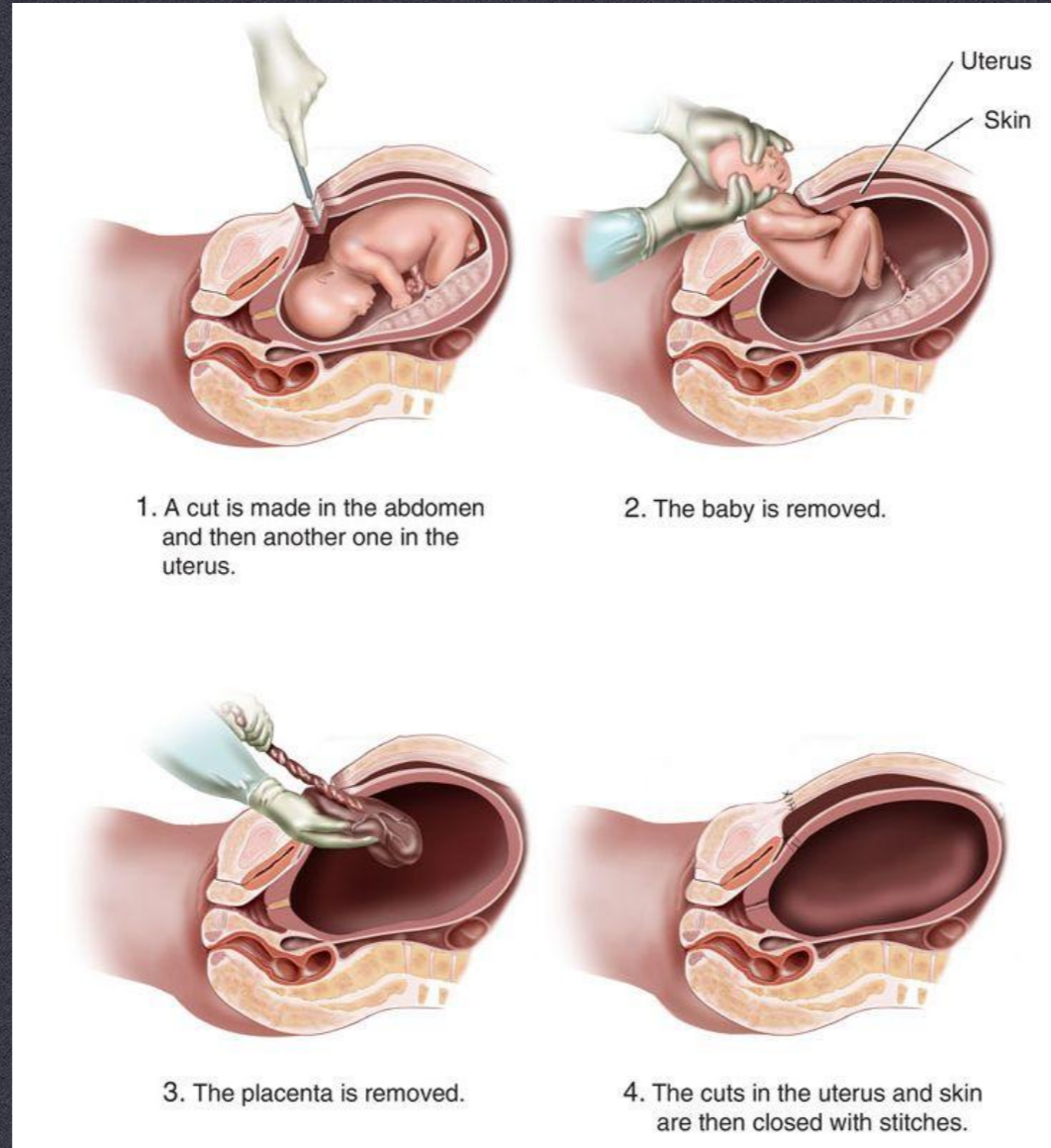
CNGOF 2017 VIETNAM

DR LENGLET YANN

PRATICIEN HOSPITALIER
CHEF DE SERVICE
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
CENTRE HOSPITALIER DE VICHY

Xung đột lợi ích

không



PROJET

SEỢ TỬ CUNG

BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

DATE

05/2017

CLIENT

CNGOF

Định nghĩa

- * Tử cung mang một vết sẹo có nguồn gốc sản khoa hoặc phụ khoa
 - * **Tiền sử mổ lấy thai +++**
 - * Bóc u xơ
 - * Phẫu thuật dính buồng TC
 - * TIỀN sử nạo BTC (ĐÌNH chỉ thai nghén hoặc thai ngừng phát triển)

Định nghĩa (2)

khi tử cung có sẹo đặt ra các vấn đề sau:

.Tiên lượng các lần đẻ sau

- * **Biến chứng đặc trưng do thai nghén**
- * hiếm muộn

- * Tử cung có 2 vết sẹo , 3 hoặc nhiều hơn nữa

Sẹo do sản khoa

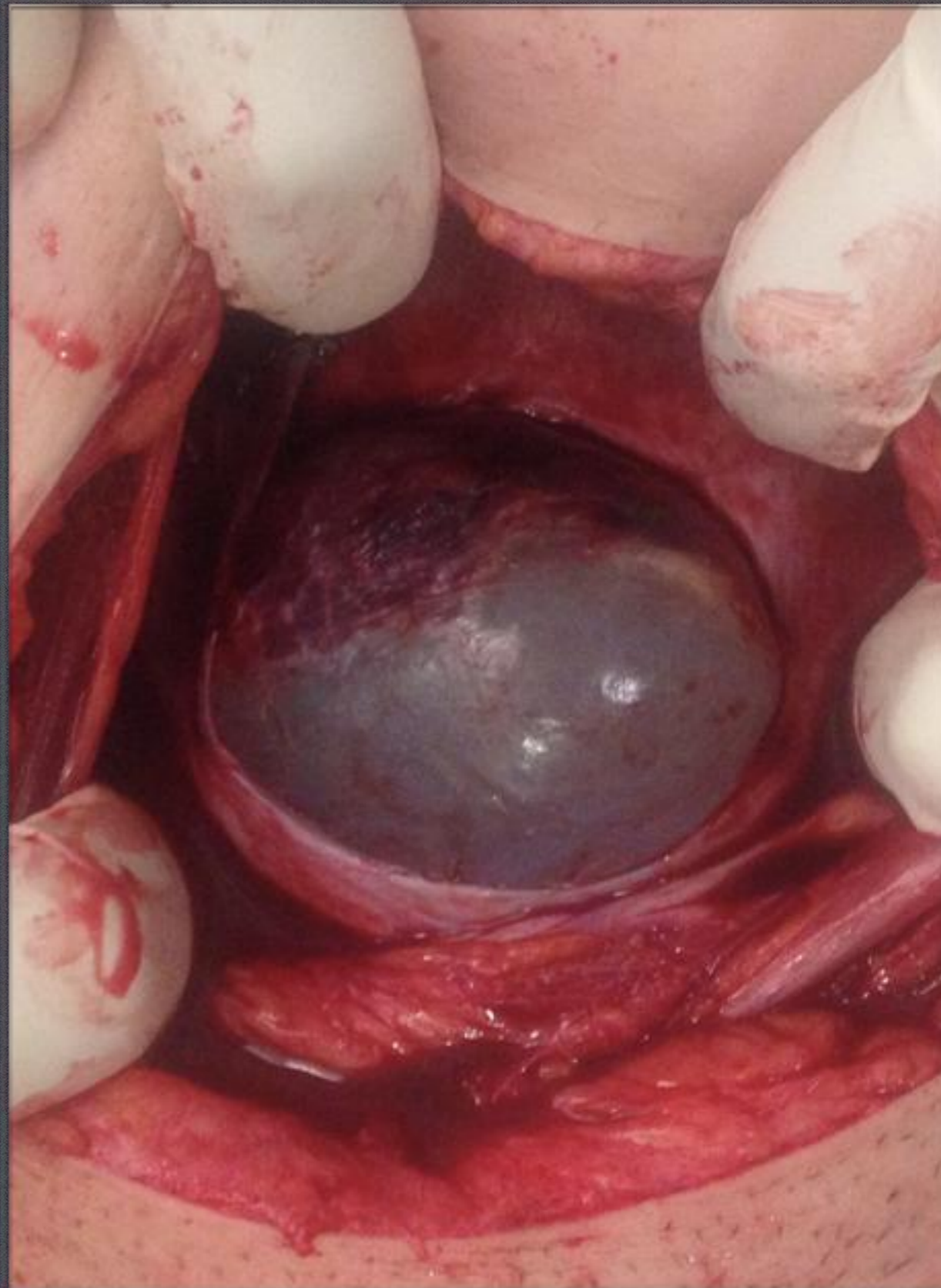
- * Thường gặp nhất
- * **Mở ngang đoạn dưới**
- * Hiếm gặp hơn là mở dọc đoạn dưới , thậm chí ở thân tử cung

Nguy cơ sản khoa

Đề cập 3 vấn đề :

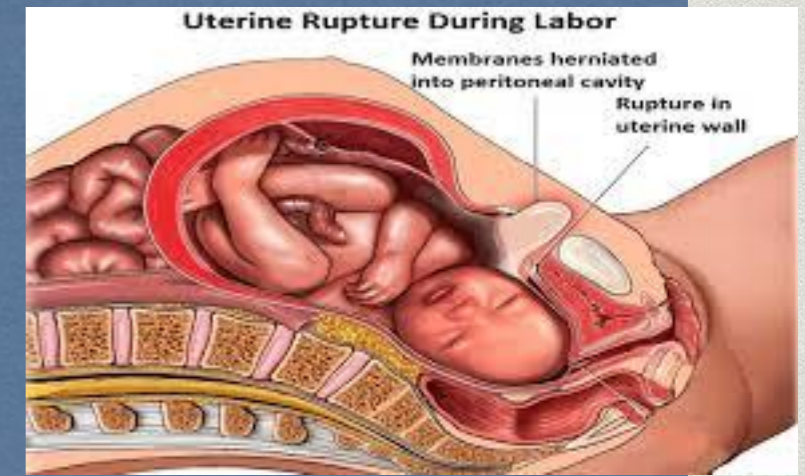
- * **Vỡ tử cung**
- * **Bất thường vị trí rau bám**(rau tiền đạo, rau cài răng lược, rau đâm xuyên)
- * **Chửa ngoài tử cung tại vết sẹo**

VỠ TỬ CUNG



Bệnh cảnh lâm sàng vỡ TC 32 TUẦN

VỠ TỬ CUNG



- * **Nứt sọ TC LÀ** hình thái tiền vỡ TC: Cơ tc bị đứt nhưng buồng ối còn nguyên vẹn
- * **VỠ TC** là giai đoạn cuối cùng với vỡ buồng ối và thai nằm trong ổ bụng
- * Sẹo mổ thân TC, BỐC U XƠ, tiền sử vỡ TC LÀM TĂNG rõ rệt nguy cơ
- * **Lâm sàng:** đau bụng +++ , ra máu âm đạo, thay đổi nhịp tim thai, TC hình đồng hồ cát
- * **Vỡ TC** : 0,1 à 0,5% SẸO mổ TC, et 0,2 à 0,8% khi đẻ đường âm đạo ở TC có sẹo

Vỡ tử cung (2)

- * Tử vong mẹ : <1%

Tử vong chu sinh : 3 à 6%

- * Tỷ lệ bệnh lý não trẻ sơ sinh : 6 à 15 %
- * Không có chỉ số tiên lượng tin cậy
- * Không khuyến cáo trong trường hợp có sẹo TC
 - * KIỂM soát TC SAU để đường âm đạo
 - * Sử dụng đo cơ co tử cung bên trong
 - * Làm siêu âm đánh giá đoạn dưới

Hình ảnh SA



NÚT SỢ

MẮT SỰ liên tục đường ranh giới tăng âm giữa bàng quang và buồng ối

Vỡ TC

THAI NHI KHÔNG CÓ ối và dịch ối trong ổ bụng. Thai nhi có thể nằm ngoài TC

Xử trí

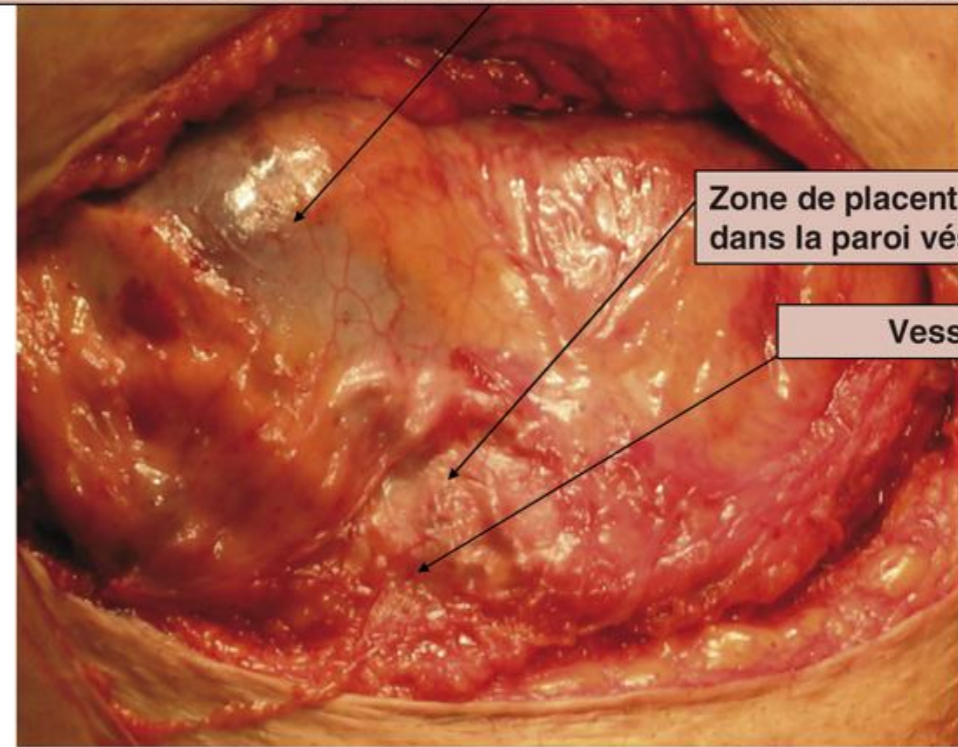
Nứt sọ = rạch màng ối, lấy thai, khâu lại

- * **Vỡ TC** = tối cấp cứu, lấy thai nhanh, bóc rau sau đó khâu lại tùy theo tình trạng vỡ. Tăng nguy cơ tổn thương các tạng
- * Không khuyến cáo cắt TC một cách hệ thống

BÁNH RAU BÁM BẮT THƯỜNG

RAU TIỀN ĐẠO
RAU CÀI RĂNG LỢC

Insertion placentaire sous séreuse: Cotyledon percreta soufflant la péritoine viscéral

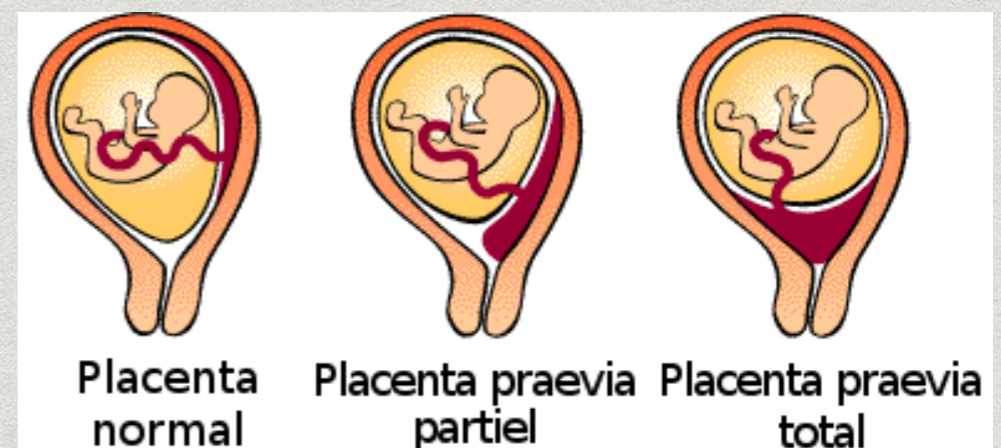


Zone de placenta increta
dans la paroi vésicale

Vessie

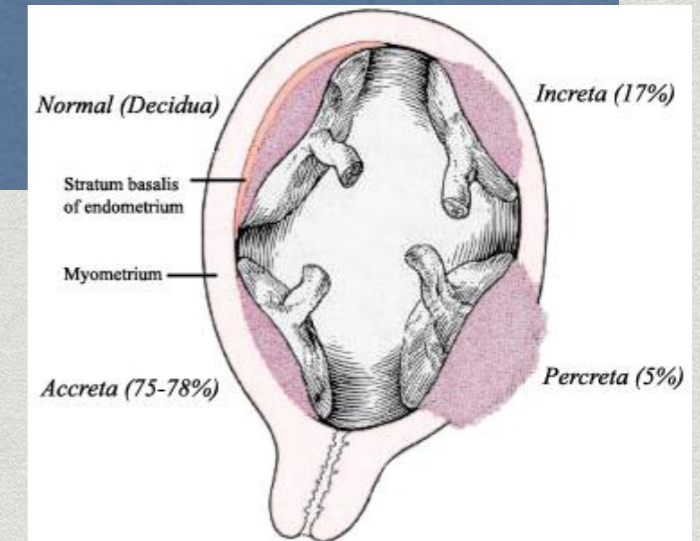
ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE

- * Rau tiền đạo trung tâm = mổ lấy thai có kế hoạch khi 37 tuần
- * Khó khăn nhất là rau bám mặt trước: rạch qua bánh rau và chảy máu +++
- * Có thể mở TC đoạn dưới – thân đường dọc
- * Bóc rau



ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (2)

Généralités



- * **Rau cài răng lược, rau dâm xuyên**
- * Chẩn đoán khó
- * Dấu hiệu gợi ý là TC có sẹo mổ đi kèm với Rau tiền đạo
- * Tỷ lệ : 1/2520 en 1997 à 1/1000 en 2004
- * Cần thiêts có SA ĐỂ chuẩn bị khi sinh. Có thể chụp cộng hưởng từ với những trường hợp khó (rau mặt sau)
- * Đôi khi phát hiện khi chuyển dạ
- * Chuyển bệnh nhân đến trung tâm có máu truyền và nút mạch TC

ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (3)

SỐ LẦN MỔ

NGUY CƠ rau cài răng lược

1

3 %

2

11 %

3

40 %

4

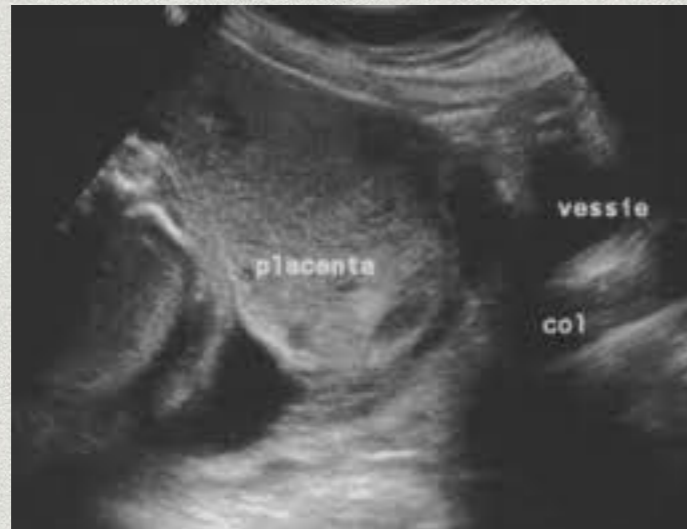
61 %

5

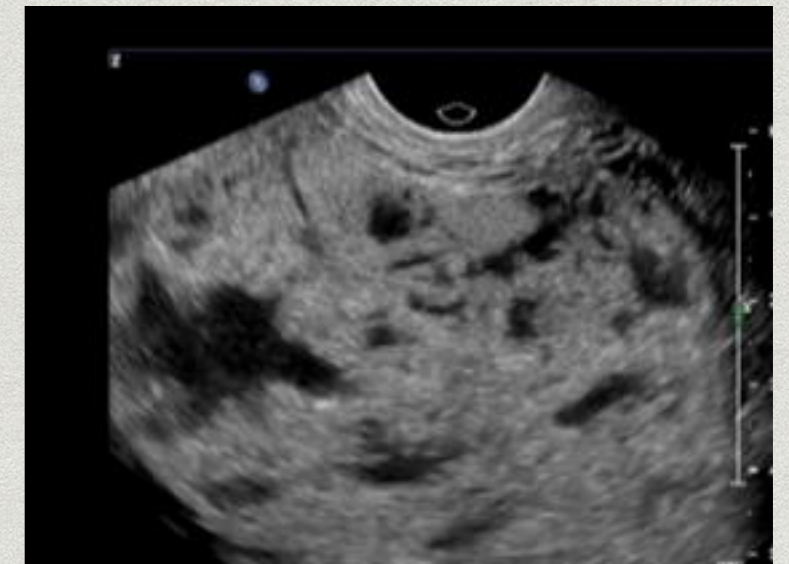
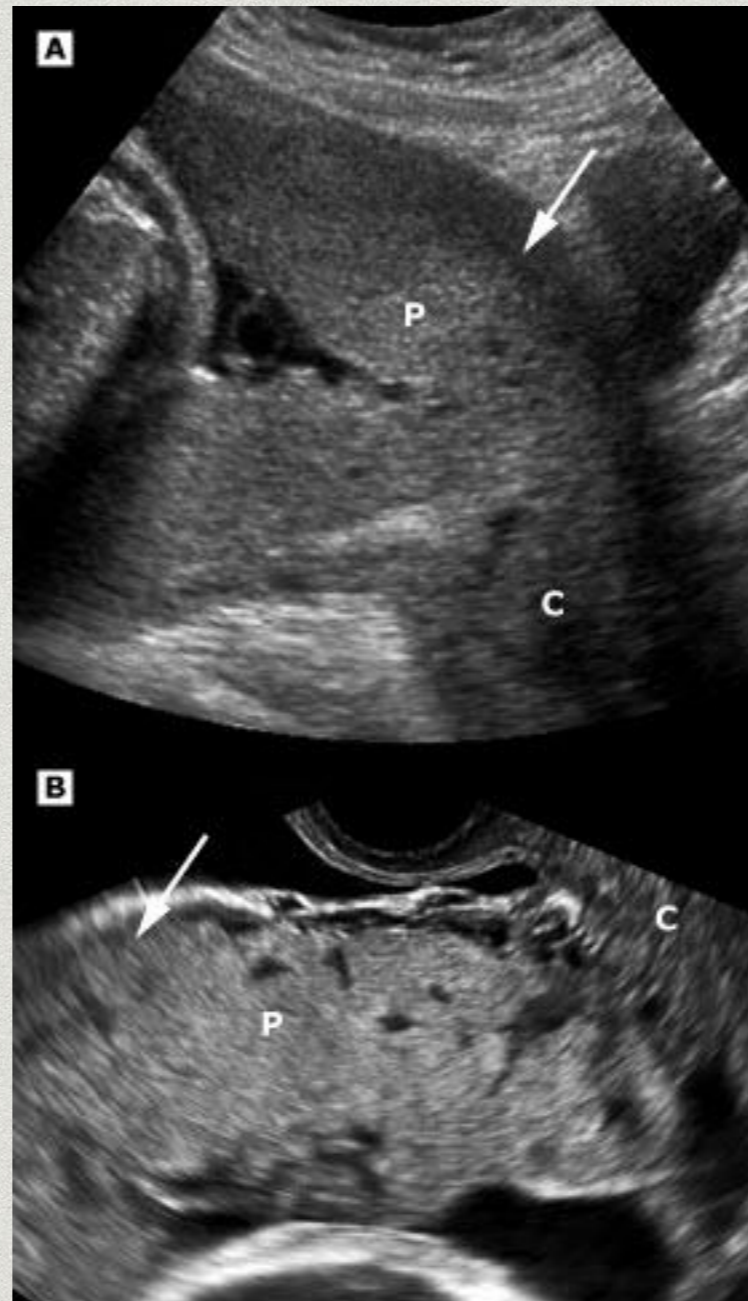
67 %

ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (4)

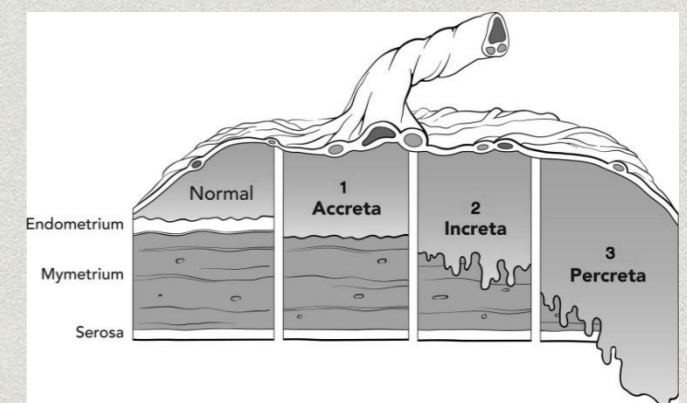
Imagerie



Rau tiền đạo



Cài răng lược



Chẩn đoán SA có độ nhạy và độ đặc hiệu cao

Xử trí

- * Là sự phối hợp nhiều chuyên ngành: chẩn đoán trước sinh(SA), bác sĩ chẩn đoán hình ảnh (mri), bác sĩ sản(phẫu thuật), bác sĩ gây mê(hồi sức), can thiệp nút mạch
- * Cải thiện tiên lượng người mẹ khi bệnh nhân ở cơ sở y tế phù hợp
- * **Chiến lược :**
 - * Chẩn đoán chính xác
 - * Lý tưởng nhất trước mổ (bổ sung nếu thiếu máu, hội chẩn nhiều chuyên khoa, liệu pháp corticoit nếu dưới 34 tuần,)
 - * Mổ lấy thai có kế hoạch
 - * Thảo luận với sản phụ và chồng (nguy cơ truyền máu, nguy cơ cắt TC, nguy cơ tử vong mẹ)

Xử trí

2 thái độ xử trí

Điều trị triệt để

Mổ lấy thai sau đó cắt TC

NGUY CƠ CHẢY MÁU ++
Vô sinh

Kỹ thuật khó với nguy cơ tổn
thương các tạng

Điều trị bảo tồn

Mổ lấy thai sau đó nút mạch

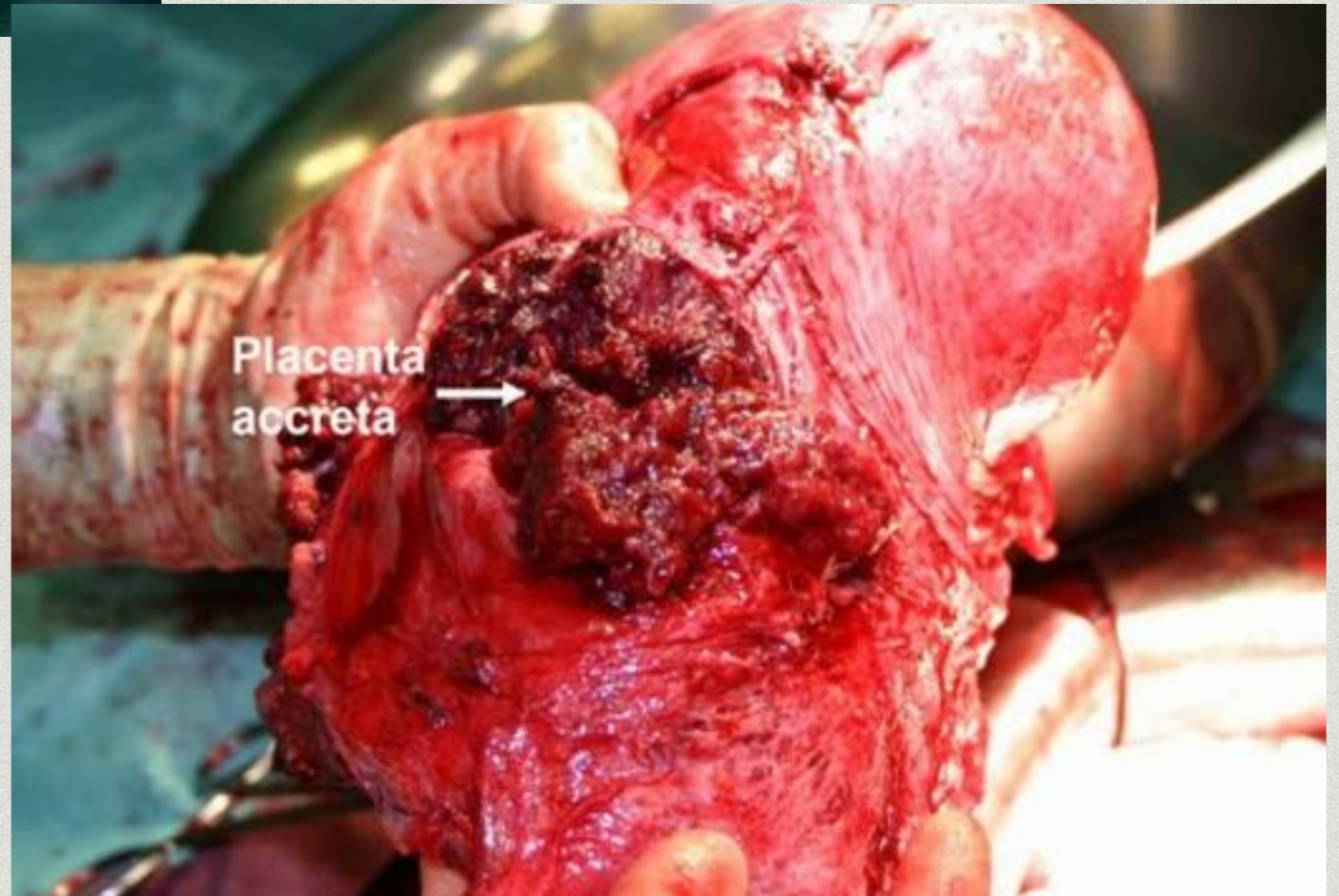
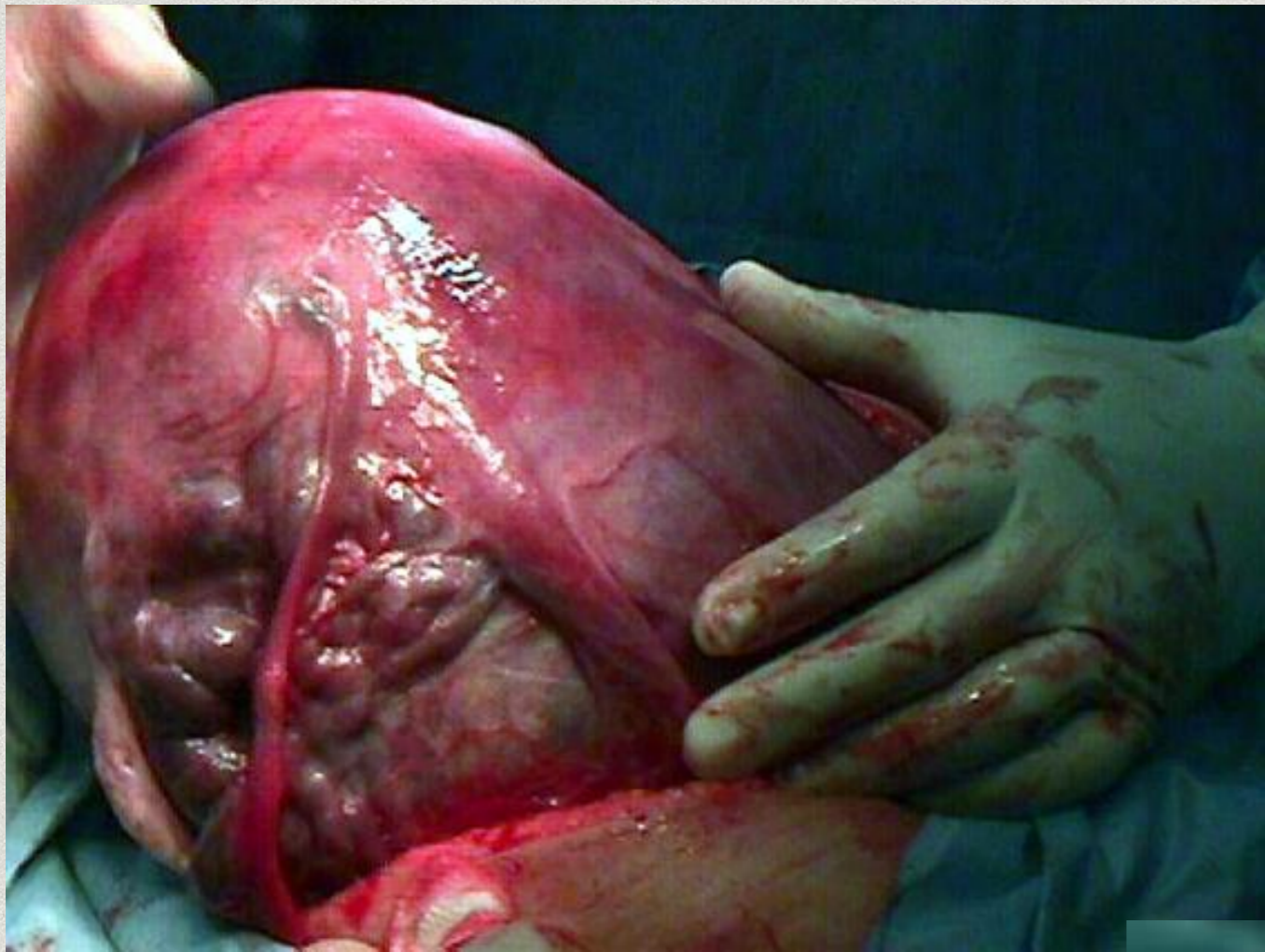
Để lại bánh rau tại chỗ
Kẹp dây rốn

Nút mạch ngay lập tức

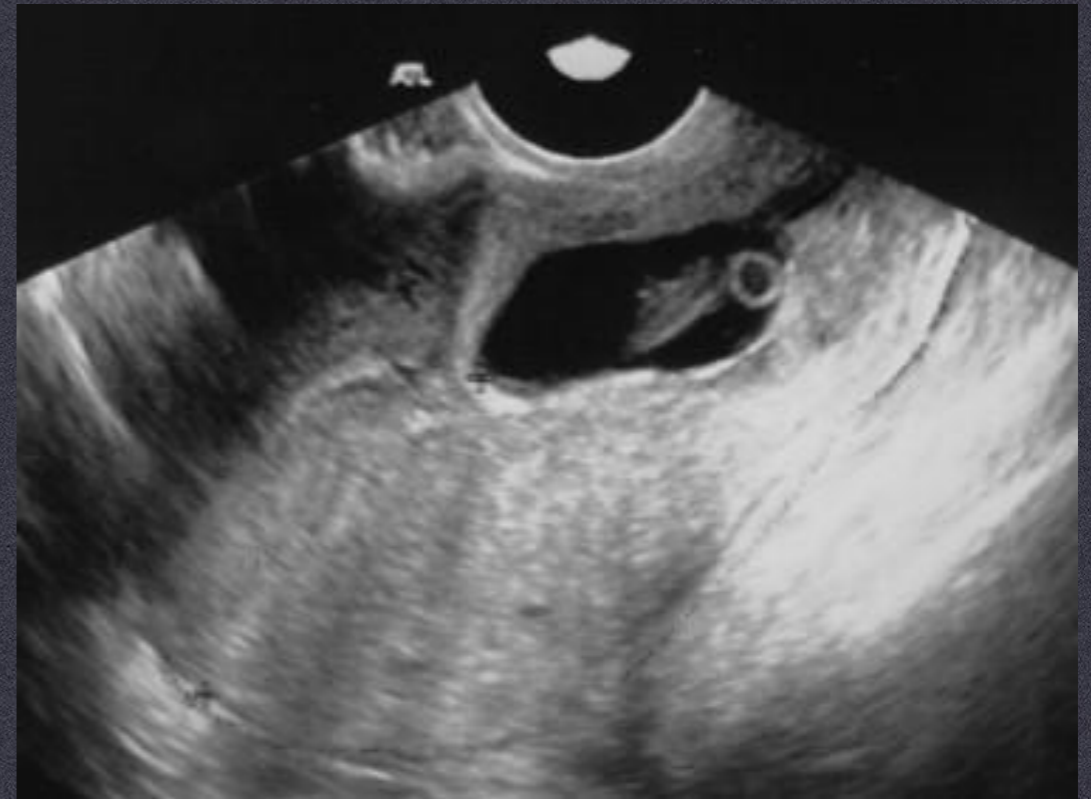
Nguy cơ chảy máu
Nguy cơ nhiễm trùng +
Bảo tồn được chức năng sinh sản
Theo dõi 6-12 tháng bằng SA

XỬ TRÍ

- * La césarienne est programmée vers 37 SA maximum, en sachant qu'on s'expose au risque de césarienne en urgence avant pour métrorragies
- * MỔ lấy thai chủ động khi thai 37 tuần là tối đa nhưng luôn nhớ là có nguy cơ phải mổ lấy thai cấp cứu trước do chảy máu
- * **Để lại bánh rau tại chỗ:** thử lấy rau từng phần có nguy cơ chảy máu nhiều
- * Chảy máu trong thời kỳ sổ rau cần hồi sức, thuốc tăng co TC, thuốc cầm máu, truyền máu, kỹ thuật thắt động mạch, khâu B-Lynch)



CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI VẾT SẺO



GEU tại sọ mổ TC

- * **TỶ LỆ** : 1/1800 à 1/2250
- * Bệnh cảnh lâm sàng là đau vùng chậu và ra máu âm đạo
- * **Chẩn đoán bằng siêu âm quý đầu: túi thai nằm tại vị trí sọ tử cung: tiêu chuẩn CỦA Vial năm 2000 bao gồm: tử cung rỗng, ống cổ TC rỗng, trên mặt cắt đứng dọc tử cung: tồn tại sự gián đoạn của túi ối so với tường thành trước TC**
- * **NGUY CƠ** chảy máu và vỡ TC sớm

GEU tại sọ mổ TC

- * **Điều trị bảo tồn**

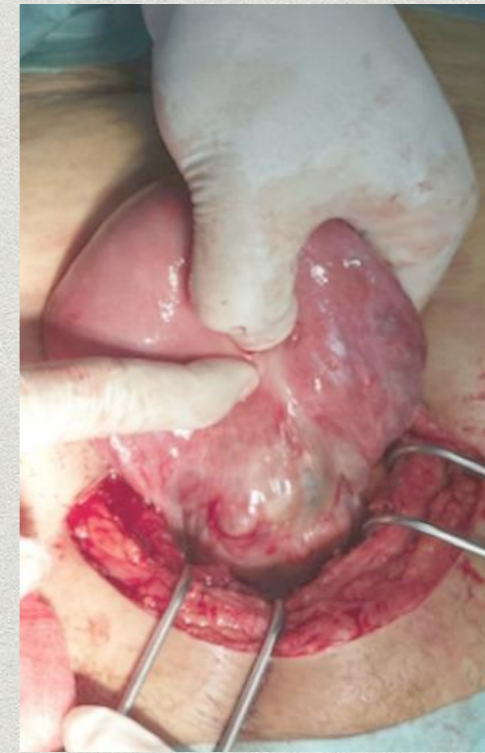
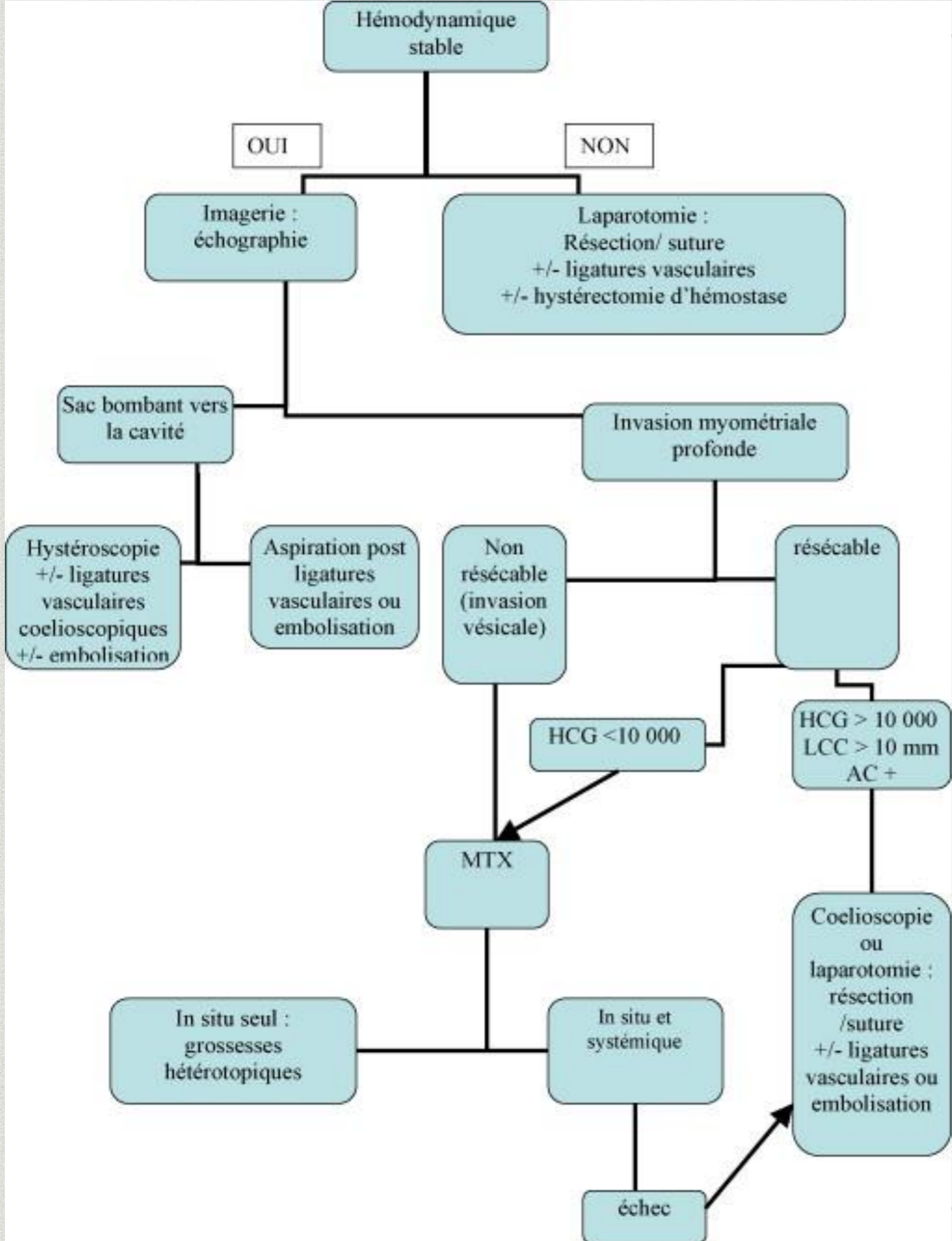
- * Hoặc điều trị nội khoa bằng Methotrexate tại chỗ hoặc tiêm bắp 1mg/m² với tỷ lệ thành công 70-80%. Theo dõi nhiều tuần

- * Hoặc phẫu thuật

- * Hút dưới SA (NGUY CƠ CHẢY MÁU)

- . Cắt bỏ qua soi buồng tử cung

- * Mở bụng hoặc nội soi cắt bỏ / khâu lại



Exemple de Prise en charge
Maheut L. et al.
JGOBR 2010

KẾT LUẬN



CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ TỐT NHẤT KHI ĐỐI MẶT VỚI CÁC BIẾN CHỨNG CỦA SỢ MỖ TC LÀ DỰ PHÒNG

CẦN GIẢM TỶ LỆ MỖ LẤY THAI LẦN ĐẦU VÀ MỖ LẠI



MERCI DE VOTRE ATTENTION

RÉFÉRENCES

CNGOF - RPC UTÉRUS CICATRICIEL

AGOC - PLACENTA ACCRETA-
COMMITTEE OPINION 2012 / 2015

PRISE EN CHARGE DES PLACENTAS
ACCRETAS - EXPÉRIENCE DE
LARIBOISIÈRE - 2013

JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION

