

Nhân một trường hợp  
điều trị hội chứng truyền máu song thai  
bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Tâm anh

Đinh Thị Hiền Lê

Lê Hoàng

# TỔNG QUAN

- Hội chứng truyền máu (TTTS) là biến chứng thường gặp nhất trong song thai hai buồng ối chung bánh rau
- Chiếm tỷ lệ 0,1-1,9/ 1000 trẻ sinh ra
- Tỷ lệ tử vong chiếm 80-100% trước 26 tuần nếu ko điều trị
- Tỷ lệ tử vong chiếm 15-30% nếu có điều trị

# TỔNG QUAN

- TTTS do có sự nối ĐM-TM dẫn đến sự mất cân bằng huyết động giữa thai cho và thai nhận
- Còn được biết đến bởi sự chênh lệch thể tích giữa hai buồng ối, đa ối, thiếu ối ( TOPS)
- Nếu ko điều trị 90 – 100% thai chết
- Nếu một trong hai thai chết , 25% thai còn lại bị di chứng TK nặng nề

# TỔNG QUAN

Hậu quả:

- Đẻ non
- OVS, nhiễm trùng ối
- Suy tim thai nhận do suy tim → chết
- Thiếu máu , thiếu oxy thai cho → chết do suy bánh rau hoặc do thiếu máu mãn
- Nguy cơ tổn thương hệ TK 25% cho thai còn lại

Saunders NJ. AJOG 1992

Van Heteren CF obstet-gyneco 1998

# TỔNG QUAN

## Điều trị

- Dùng indocin cho mẹ
- Giảm thể tích nước ối
- Hủy thai có chọn lọc
- Truyền máu cho thai trong buồng TC
- Mở thông giữa hai buồng ối
- Laser đốt mạch giữa hai thai
- Hủy một thai bằng cắt dây rốn hoặc bằng laser

# TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Bn 27 tuổi. Para 0000
- Thai tự nhiên.
- Chẩn đoán song thai Bi – Mo lúc 12 tuần
- Tuần 18 phát hiện TTTS

Thai 1: BIP: 36mm, AC: 104mm, FL: 21mm

MVP: 27mm. RI: 0,68.

Thai 2: BIP: 39mm, AC: 124mm, FL: 22mm

MVP : 66mm. RI: 0,77

# TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Tuần 20:

Thai 1: BIP: 44 mm, AC: 109 mm, FL: 26 mm

MVP: 11mm. RI: 0.

Thai 2: BIP: 49 mm, AC: 127 mm, FL: 28 mm

MVP : 84 mm. RI: 0,77

Chẩn đoán: TTTS giai đoạn 3 theo Quintero

Tư vấn và bn đồng ý làm phẫu thuật nội soi đốt mạch nối

# TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Phẫu thuật được tiến hành tại phòng mổ
- Giảm đau theo phương pháp : gây tê tại chỗ
- Phẫu thuật được tiến hành dưới hướng dẫn của siêu âm
- Dùng dao Laser đốt toàn bộ các mạch nối (9 mạch) theo đường Salomon
- Thời gian phẫu thuật 45'
- Sau phẫu thuật tim thai thai cho 145l/phút, thai nhận: 160 lần/phút.



# TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Bn được lưu viện 24 tiếng
- Điều trị bằng giảm co và kháng sinh
- Sau 1 ngày: thai cho MVP : 33 mm  
thai nhận MVP : 63 mm
- Sau 1 tuần :

Thai cho: MVP: 40 mm, RI: 0,89

Thai nhận: MVP: 65 mm, RI: 0,66

# TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Sau 10 tuần ( tuổi thai 30 tuần 3 ngày):

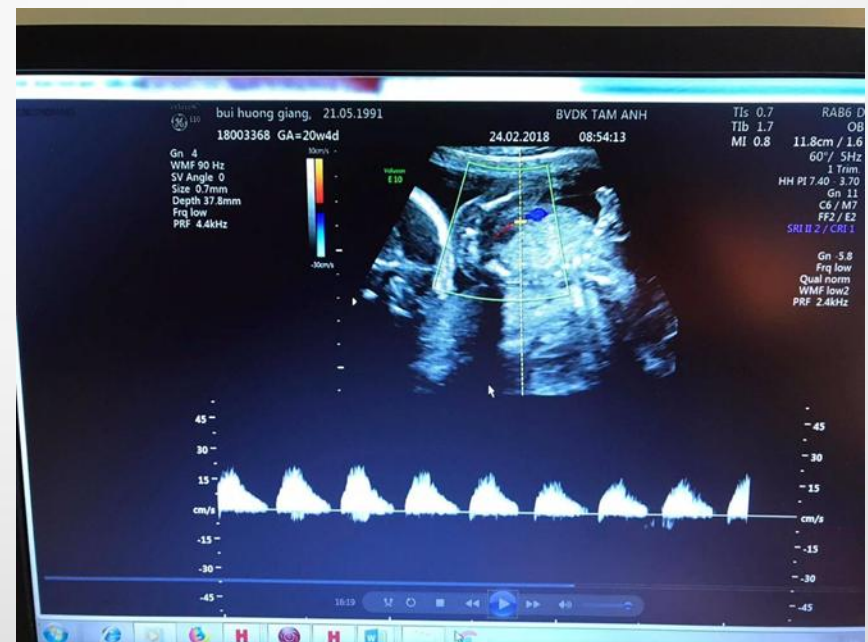
Thai cho: BIP: 73 mm, AC: 205 mm, FL: 45 mm

MVP: 40 mm, RI: 0,88. EFW: 805g

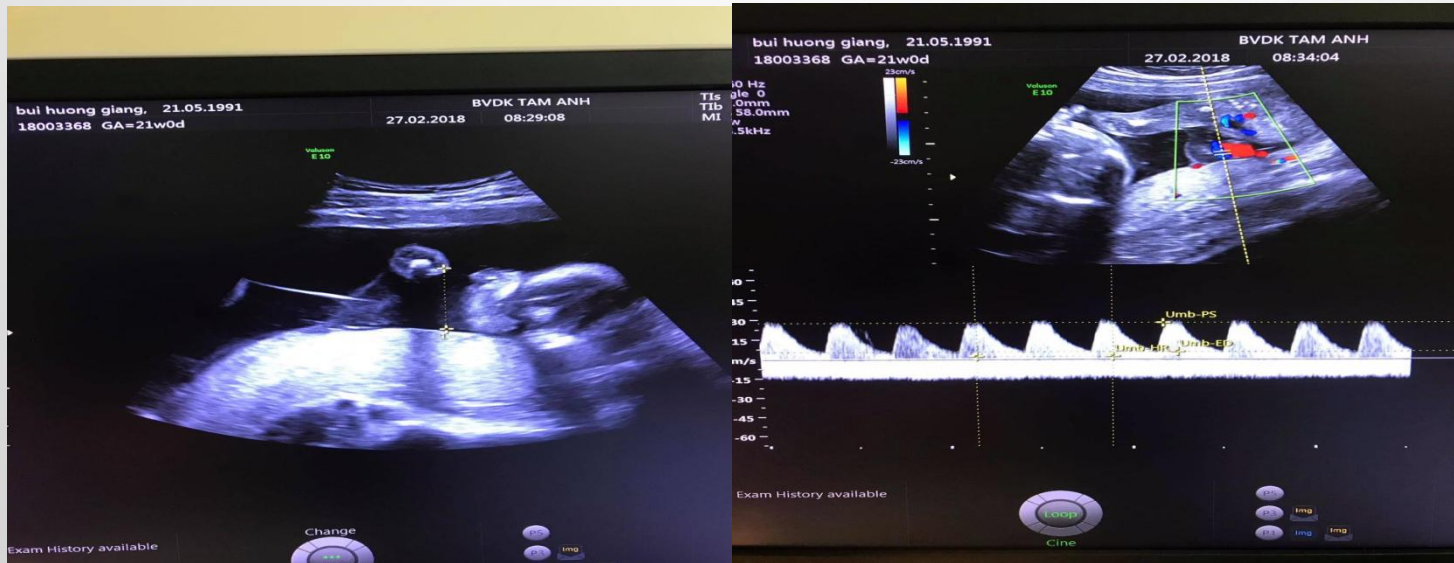
Thai nhận: BIP: 73 mm, AC: 239mm, FL: 53mm

MVP: 55mm, RI: 0,49, EFW: 1195g

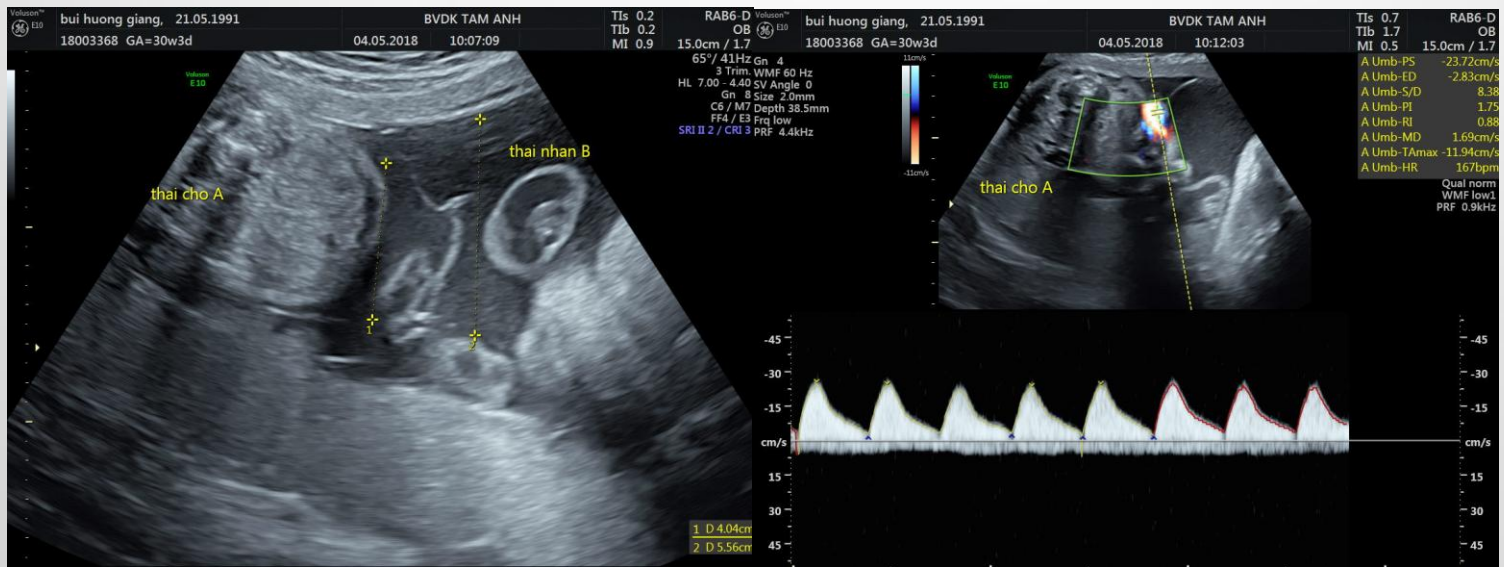
# Trước phẫu thuật




# Sau phẫu thuật



# Sau phẫu thuật



# Sau phẫu thuật





 **BVDK TAM ANH** Date of Exam: 04.05.2018 Page 6 / 9  
Exam Type:

**Fetus: B/2**      Name:       Pat. ID:

Fetus Compare	A	B
AUA	26w5d	28w3d
EDD(AUA)	05.08.2018	24.07.2018
EFW (Hadlock)	805g	1195g
EFW Ratio	67%	100%
EFW Discordance	33%	0%
BPD (Hadlock)	7.29cm	7.27cm
OFD (HC)	8.24cm	8.80cm
HC (Hadlock)	25.37cm	25.84cm
HC* (Hadlock)	24.44cm	25.33cm
AC (Hadlock)	20.41cm	23.95cm
TAD	6.18cm	7.64cm
FL (Hadlock)	4.49cm	5.28cm

# BÀN LUẬN

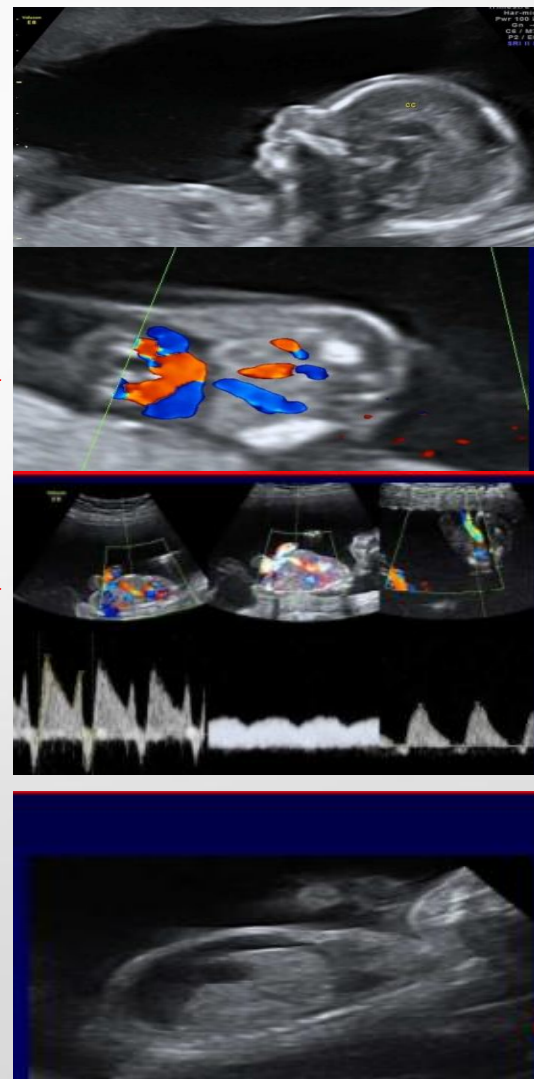
## Rau - ối và các nguy cơ

Thời gian phân chia	Tần suất	Rau - ối	Nguy có thai chết
< 3 ngày	25%	Hai rau – hai ối 	10%
4 – 8 ngày	75%	Một rau – hai ối 	25%
9 – 13 ngày	2%	Một rau – một ối 	50%
> 13 ngày	Hiếm	dính nhau 	99%



# BÀN LUẬN

- Phân loại Quintero
- Gồm 5 giai đoạn
- Gđ I: bất tương xứng ối
- Gđ II: ko quan sát thấy BQ thai cho
- Gđ III: bất thường doppler ĐMR
- Gđ IV : phù thai
- Gđ V : có một thai lưu



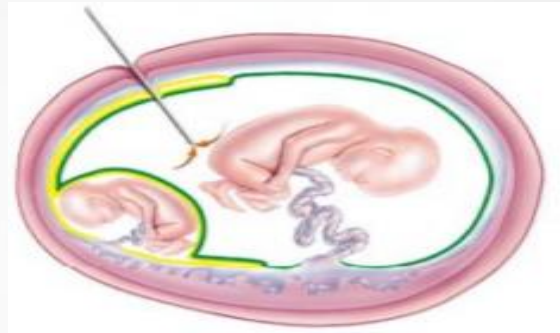
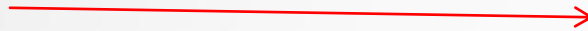


# BÀN LUẬN

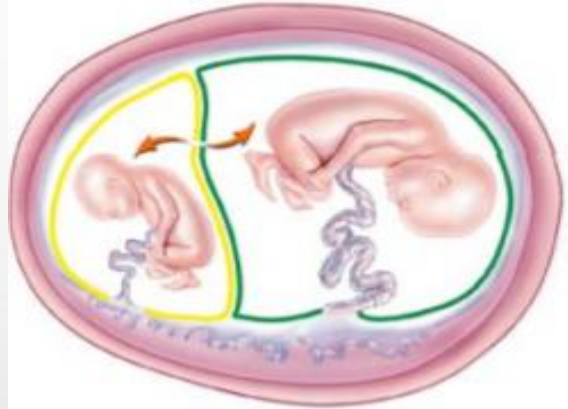
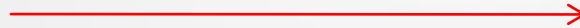
- Song thai hội chứng truyền máu là một cấp cứu sản khoa cần được điều trị kịp thời .
- Tùy tình từng trường hợp để có các phương pháp điều trị khác nhau
  - Hút giảm thể tích ối
  - Mở thông màng ối
  - Đốt mạch nối bằng Laser
  - Hủy một thai bằng kẹp dây rốn

# BÀN LUẬN

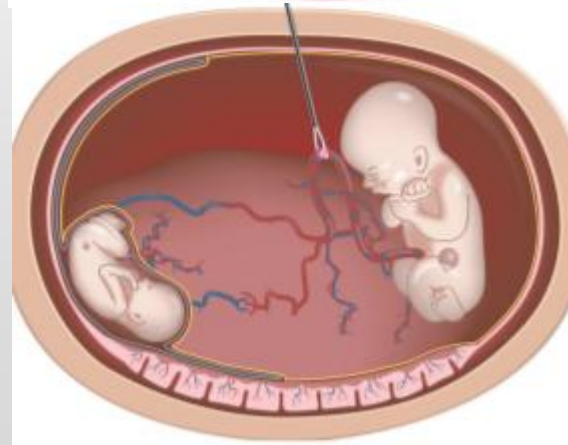
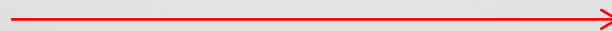
Giảm thể tích ối



Mở thông  
màng ối



Hủy một thai



# BÀN LUẬN

- Hút giảm thể tích ối thường phải lặp đi lặp lại nhiều lần nguy cơ nhiễm trùng cao , thời gian giữ thai ko đc lâu.
- Hủy một thai bằng kẹp dây rốn khi thai bất thường hoặc nếu sống có nguy cơ để lại di chứng cao
- Mở thông màng ối hiện nay không được khuyến cáo áp dụng do nguy cơ dây chằng màng ối

# BÀN LUẬN

- Trong trường hợp này chúng tôi áp dụng phương pháp phẫu thuật do:
  - TTTS giai đoạn 3
  - Tuổi thai còn nhỏ (20 tuần)
  - Hai thai hình thái học bình thường
  - Nếu không can thiệp khả năng một trong hai thai sẽ hỏng                      thai còn lại bị ảnh hưởng nặng
- Theo Delia, Y Ville, Senat đốt mạch nối bằng laser tỷ lệ thành công cho một thai sống là 68-76%.

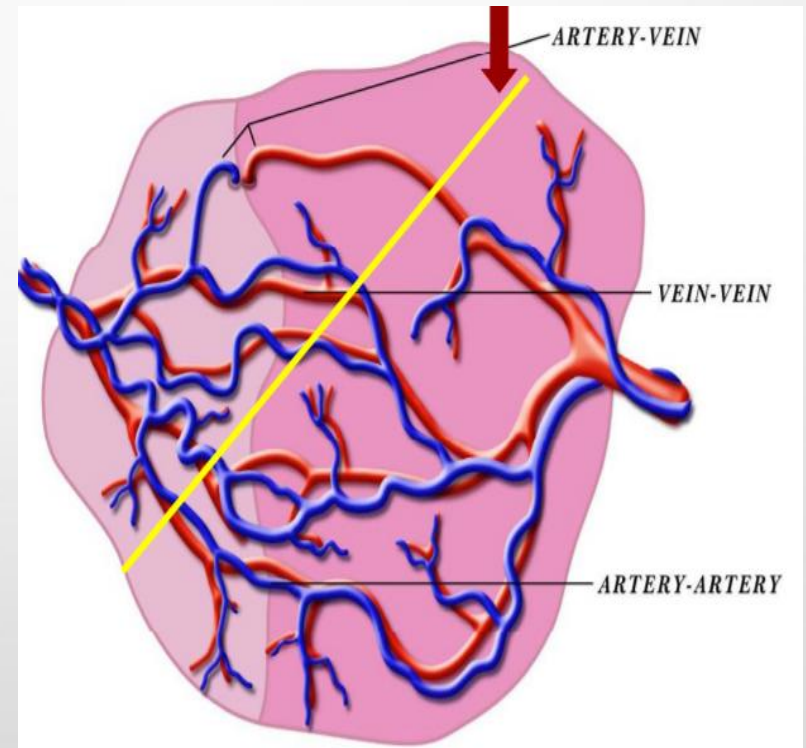
Tỷ lệ thành công cho cả hai thai 52-69% (Delia, Y.Ville, Senat)

# BÀN LUẬN

## Laser đốt các mạch nối

- 1990 Delia ( Obstet Gynecol 75:1406,1990)
- 1995 Delia (Am J Obstet Gynecol 172: 1202,1995) 53% thai sống, 96% phát triển bình thường
- 1995 Yve VilleN Engl J Med 332; 224 1995, 53% sống và phát triển bình thường

## Màng ối giữa hai thai



# BÀN LUẬN

- Ở bệnh nhân này, sau phẫu thuật được theo dõi định kỳ 2 tuần/lần
- Đánh giá bằng các chỉ số: MVP, RI, kích thước thai
- Sau 1 tuần MPV của thai nhận đã giảm, thai cho đã tăng, đã có sóng tâm trương (RI: 0,89)
- Sau 10 tuần hai thai đều phát triển, chỉ số ối ở mức bình thường, RI bình thường. Trọng lượng thai (805g và 1195g)

# BÀN LUẬN

	<u>Fetal Survival</u>	<u>At least 1 Survivor</u>
Hecher '99	61%	79%
Hecher '00	68%	81%
Quintero '00	61.3%	83%
Quintero '03	64.2%	83.2%
Huber '04	70%	83%
Huber '06	71.5%	83.5%
Crombleholme '07	77%	91.7%

Laser đốt mạch nối



# BÀN LUẬN

## Biến chứng

- Tái phát 13% Robby,2006, Habli,2009
- Một thai chết 13-25% Rosi2008
- Hai thai chết 13-25% Rossi,2008
- OVS 10% Cavicchioni 2006
- Đẻ non 10% cavicchioni 2006
- Bệnh tim mạch ( hẹp ĐM phổi
- Di chứng thần kinh 4-11% Douglas 2012
- Dây chằng màng ối
- Thiếu máu ở ruột, chi hiếm gặp



# KẾT LUẬN

- TTTS là biến chứng nguy hiểm cần được chẩn đoán, theo dõi chặt chẽ bằng siêu âm để kịp thời can thiệp
- Điều trị bằng phẫu thuật laser khi ở Gđ II-IV Quintero tuổi thai 16 -26 tuần được coi là phương pháp tối ưu.
- Sau phẫu thuật phải được theo dõi chặt chẽ để tránh các biến chứng cho mẹ và thai
- Đây là một phẫu thuật có xâm lấn nên PTV cần được đào tạo kỹ càng và phải có kinh nghiệm chẩn đoán bằng siêu âm



TRÂN TRỌNG CẢM ƠN