

CHỮA VẾT MỒ

Prof. Philippe JUDLIN
Dept of Obstetrics & Gynecology
CHRU of Nancy, University of Lorraine

GIỚI THIỆU CHUNG

- Chữa vết mổ (SEP) đang ngày càng trở nên phổ biến.
- Hiện tượng làm tổ bất thường tại vết mổ cũ (phẫu thuật mở tử cung, cắt bỏ u xơ...). Có thể gây nguy hiểm đến tính mạng.
- Tỷ lệ mắc : 1:1800-2216
- Đa số các trường hợp có tiền sử mổ lấy thai.

SINH LÝ BỆNH

- Cơ chế chưa rõ ràng.
- Khuyết sẹo mổ do hồi phục kém => hệ thống vi ống tại vết mổ cũ => cấy ghép bất thường của phôi thai.
- Chưa vết mổ khác với chưa trong tử cung có rau cài răng lược (không có màng rụng đáy, nhưng thai nằm trong buồng tử cung từ đầu).
- Trong chưa vết mổ, túi thai được bao quanh bởi lớp cơ và mô xơ của vết sẹo, tách biệt với buồng tử cung.

SINH LÝ BỆNH

- 2 dạng của SEP:
 - Type I: gai rau xâm nhập về vết mổ → phôi xu hướng phát triển về khoang eo - cổ tử cung
 - Type II: gai rau cấy sâu vào sẹo vết mổ
 - xâm nhập vào lớp cơ tử cung và thanh mạc
 - => hậu quả vỡ tử cung hoặc chảy máu ồ ạt trong 3 tháng đầu

TRIỆU CHỨNG & CHẨN ĐOÁN

- **Ra máu âm đạo, không kèm đau bụng triệu chứng hay gặp nhất**
- **Khoảng 7 1/2 tuần +/- 2.5**
- **Đau bụng hạ vị từ nhẹ đến dữ dội**
- **39-45% không có triệu chứng**
- **Một số trường hợp: ra máu dữ dội, tràn máu phúc mạc, choáng**

SIÊU ÂM QUA ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

- Buồng tử cung, kênh cổ tử cung rộng.
- Túi thai nằm ở thành trước eo tử cung, trong vết mổ cũ, tách biệt với nội mạc tử cung.
- Túi thai nằm trong vết mổ cũ, bao quanh bởi lớp cơ và mô xơ của sẹo.

US



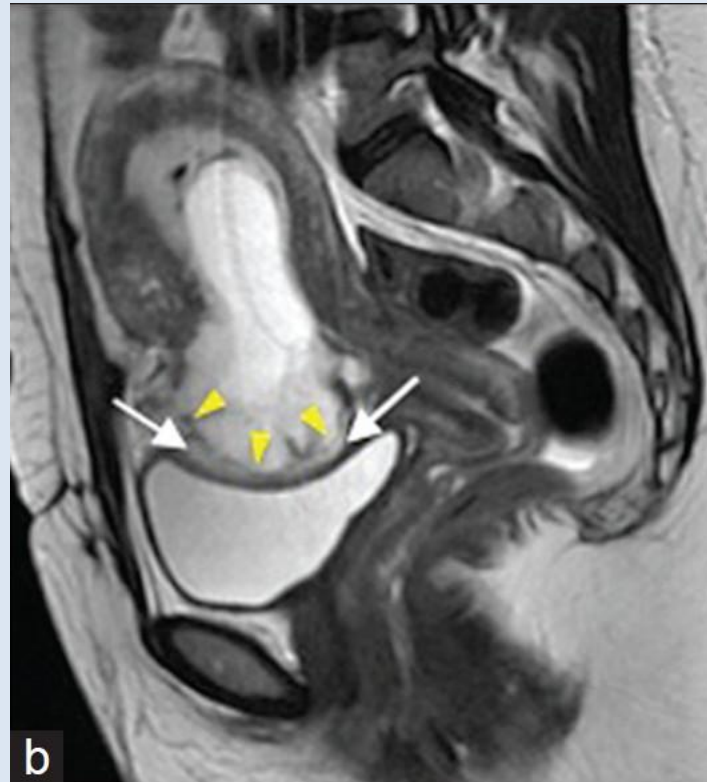
SIÊU ÂM QUA ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

- Túi thai nằm giữa bàng quang và mặt trước đoạn eo tử cung, tương ứng với sụn mổ cũ. Lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai không thấy hoặc rất mỏng.
- Tăng sinh mạch máu quanh túi thai. Dòng chảy có kháng trở thấp và tốc độ cao bao quanh túi thai.
- Cần thiết làm siêu âm màu có độ phân giải cao để chẩn đoán phân biệt.

MRI

- Chẩn đoán SEP tương đối dễ ở giai đoạn sớm.
- Được khuyến cáo khi chẩn đoán bằng siêu âm Doppler màu đường âm đạo khó khăn.

MRI



ĐIỀU TRỊ

- Mục đích điều trị nhằm ngăn chặn chảy máuồ ạt, bảo tồn tử cung duy trì khả năng sinh sản.
- Nhiều phương pháp can thiệp được đề xuất, song chưa có sự thống nhất về phương pháp điều trị tối ưu cho SEP.
- Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp dựa vào: tuổi thai, tình trạng huyết động, khả năng nội soi, duy trì khả năng sinh sản.

ĐIỀU TRỊ

- điều trị nội khoa bao gồm dùng methotrexate toàn thân hoặc hủy thai tại chỗ.
- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi tình trạng huyết động không ổn định hoặc sau điều trị nội khoa thất bại. Bao gồm soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng, mổ bụng, làm thuyên tắc động mạch tử cung.

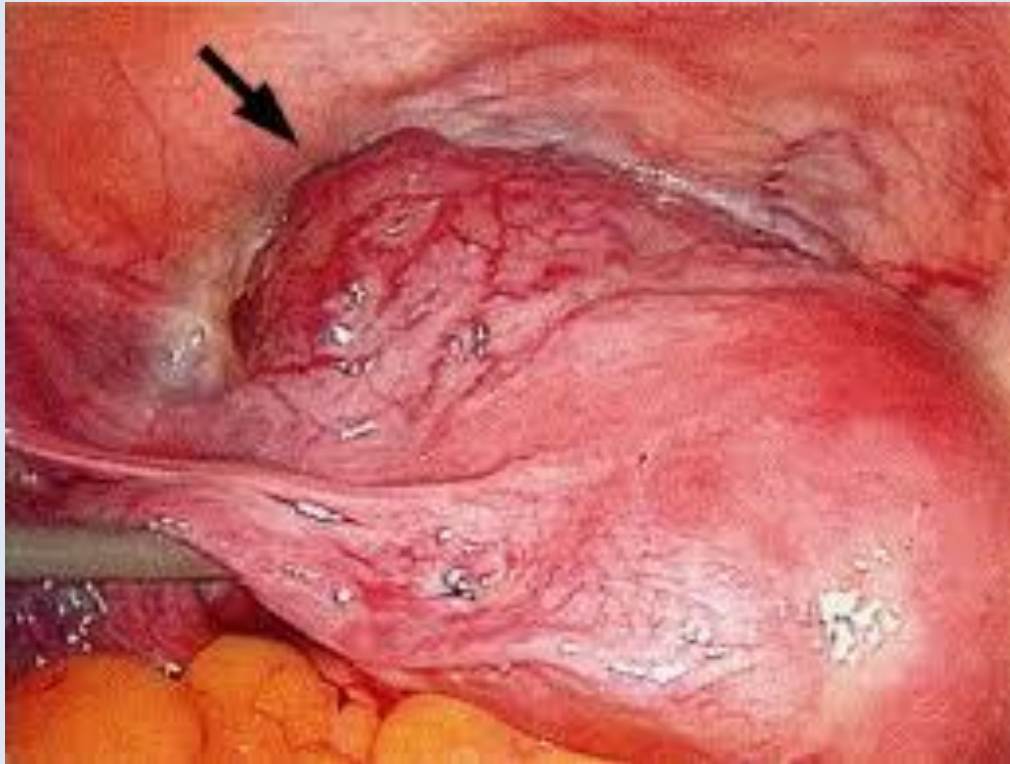
ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

- Methotrexate toàn thân:
< 8 tuần, tỷ lệ thành công: 71-80%
- Methotrexate tại chỗ dưới hướng dẫn của siêu âm đường âm đạo khi vết sẹo xơ ít mạch máu .
- Kết hợp với phương pháp hút thai được khuyến cáo trong một số trường hợp.
- Để dự phòng và kiểm soát chảy máu ồ ạt: đặt bóng buồng tử cung, tiêm vasopressin tại chỗ, gây tắc chọn lọc động mạch tử cung.

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

- **soi buồng tử cung** Lấy khối chữa vết mổ qua nhìn trực tiếp, có thể lấy hoàn toàn và cầm máu tại vị trí khối chữa cấy vào để ngăn chặn chảy máu ồ ạt.
- **Nội soi ổ bụng:** rạch vị trí vết mổ và lấy khối chữa, +/- tiêm tại chỗ vasopressin, cầm máu bằng dao điện lưỡng cực và khâu phục hồi sẹo mổ.

SEP



ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

- Mở bụng khi không có điều kiện nội soi.
- Cần thiết mở bụng thăm dò trong các trường hợp vỡ tử cung.

KẾT LUẬN

- Chửa vết mổ là bệnh lý nguy hiểm và phức tạp, xuất hiện ngày càng nhiều trong những năm gần đây.
- Chẩn đoán sớm, chính xác và điều trị hiệu quả nhằm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng mẹ.
- Điều trị có hiệu quả nên được thực hiện trong 3 tháng đầu.
- Mục tiêu điều trị bao gồm chấm dứt thai kì trước khi vỡ, lấy toàn bộ khối thai và bảo tồn khả năng sinh sản trong tương lai.