

# **ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN RAU CÀI RĂNG LỢC TỔNG KẾT 5 NĂM THỰC HÀNH LÂM SÀNG**

**P. JUDLIN, E PERDRIOLLE, C LAMY, E GAUCHOTTE, O MOREL**  
**Department of Obstetrics & Gynecology**  
**CHRU of NANCY FRANCE**

# MỞ ĐẦU

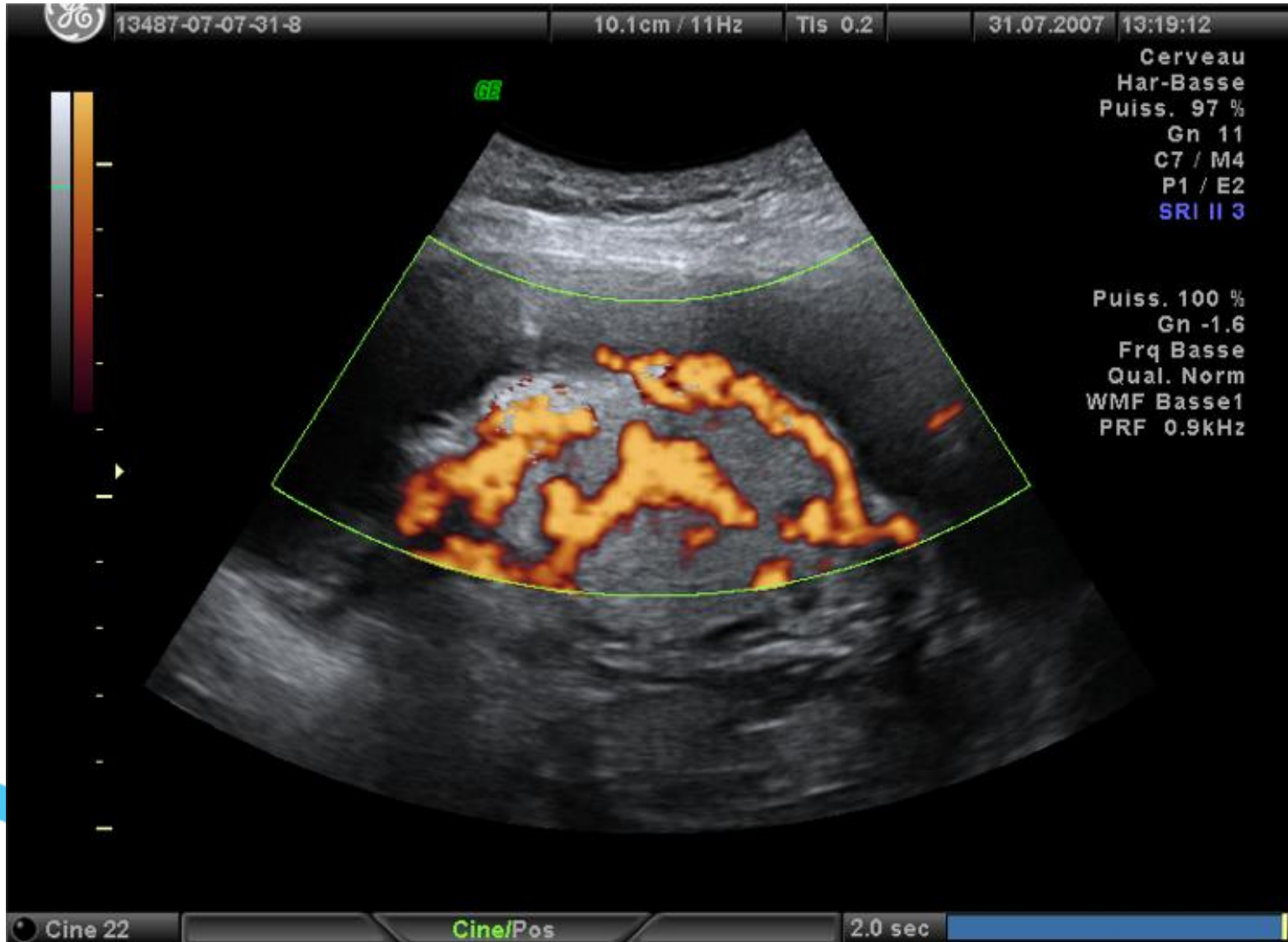
- RCRL là rau bám bất thường
- Tần số gặp ngày càng nhiều có lẽ do tăng tỷ lệ sẹo mổ ở tử cung
- Là nguyên nhân gây chảy máu sản khoa trầm trọng, đôi khi gây tử vong mẹ
- Điều trị kinh điển là cắt tử cung

- Nhưng cắt tử cung làm chảy máu rất nhiều ngay cả khi bệnh đã được chẩn đoán trước, đôi khi gây tổn thương các cơ quan lân cận trong trường hợp rau dâm xuyên hoặc rau tiền đạo và cản trở lần có thai sau này
- Từ vài năm trở lại đây, điều trị bảo tồn để BR lại tại chỗ đã được đề xuất
- Mục đích chính là giảm tối đa việc chảy máu và biến chứng trong trường hợp rau dâm xuyên
- Chúng tôi giới thiệu kinh nghiệm của mình trong bệnh viện mức độ 3 trong 5 năm gần đây

# PHƯƠNG PHÁP

- Nghiên cứu hồi cứu trong 5 năm(2013-2017) các trường hợp RCRL được xử trí tại khoa
- Phần lớn bệnh nhân được chuyển đến từ một bệnh viện khác trong khi có thai vì nghi ngờ RCRL
- Chẩn đoán trước sinh RCRL đã được tiến hành bằng siêu âm và IRM
- Trước mỗi ca nghi ngờ RCRL, người bệnh lựa chọn mổ lấy thai và cắt TC hoặc muốn điều trị bảo tồn

# Rau dâm xuyên



Chẩn đoán trước sinh nghi ngờ ( không phải  
rau dâm xuyên)

Thảo luận với bệnh nhân về chiến lược PT

Điều trị bảo tồn

Điều trị PT

Mổ lấy thai-cắt  
TC

Mở tử cung: tránh vào bánh rau

Khâu lại tử cung

# Kết quả

86 bệnh nhân nghi ngờ RCRL

68 (79%) bệnh nhân muốn điều trị bảo tồn

Thái độ xử trí là mổ lấy thai dưới gây mê toàn thân

Mở TC cách xa bánh rau

Bánh rau để lại tại chỗ toàn bộ hoặc một phần nếu rau bong một phần

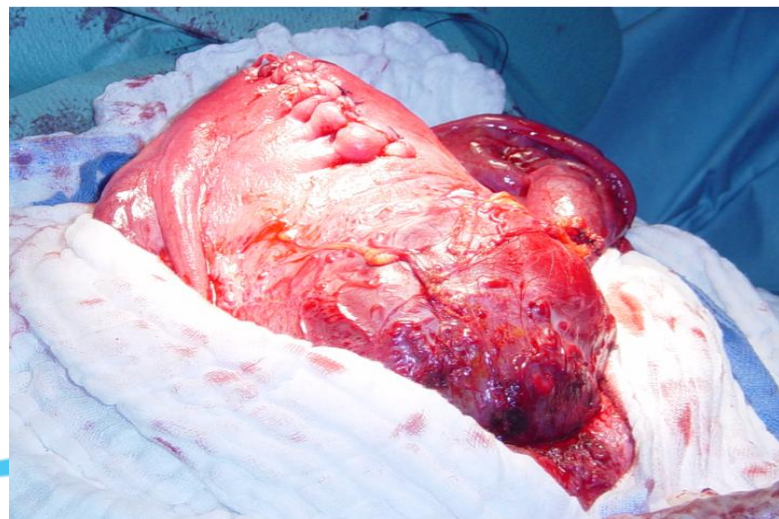
10 trường hợp (14,7%) rau bình thường

58 RCRL

7 ca cài răng lược

4 ca rau đâm xuyên

12 ca có rau tiền đạo phổi hợp

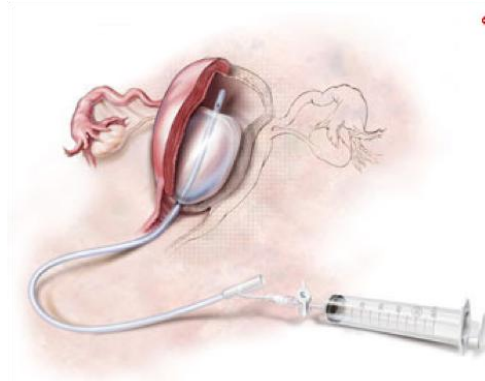


- Chảy máu trong mổ >1 lít gặp 18 ca chiếm 31% luôn luôn gặp khi rau bong 1 phần
- 2 ca phải nút mạch sau mổ và 1 ca phải thắt động mạch hạ vị trong mổ

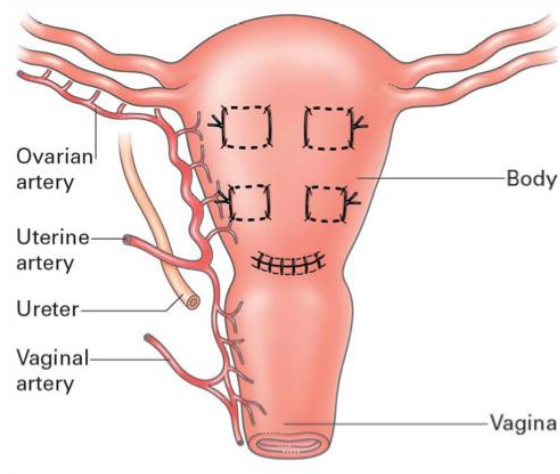


# Các phương pháp khác

- Bóng Bakri



- Khâu kiểu Cho





# Theo dõi sau mổ

- Tất cả 58 bệnh nhân được theo dõi lâm sàng hàng tháng và chụp IRM cứ 2 tháng/lần cho đến khi bánh rau tiêu hoàn toàn
- Tất cả các bệnh nhân đều bị viêm niêm mạc TC cần điều trị một hoặc nhiều đợt kháng sinh
- Có 2 trường hợp phải cắt TC thứ phát vì viêm niêm mạc TC nặng và hoặc chảy máu
- Nhận thấy BR tiêu hoàn toàn trung bình 6 tháng ( 4-8)

# Bàn luận

- Chẩn đoán trước sinh không hoàn toàn chính xác ( 14,7% dương tính giả) mặc dù siêu âm và cộng hưởng từ được thực hiện bởi các chuyên gia chẩn đoán hình ảnh
- Không có ca nào âm tính giả
- Điều trị bảo tồn là một lựa chọn có thể đặt ra với người muốn có thai tiếp
- Đó là lựa chọn chắc chắn nhất trong trường hợp rau dâm xuyên hoặc rau tiền đạo vì cắt TC có thể gây tổn thương các tạng lân cận hoặc rất chảy máu

- Nhưng bệnh nhân phải được thông báo rằng giải pháp này là bắt buộc
- Theo dõi sau mổ lâu dài với các biến chứng (viêm niêm mạc tc) và đôi khi cần phải cắt TC hoặc nút mạch

# Kết luận

- Điều trị bảo tồn RCRL là có thể được và có thể thông báo cho bệnh nhân nhất là khi rau tiền đạo hoặc rau dâm xuyên
- Cần phải chẩn đoán trước sinh
- Cần phải thực hiện với ekip giàu kinh nghiệm
- Cho phép giảm chảy máu trong mổ và bảo tồn khả năng sinh sản
- Nhưng buộc phải theo dõi hậu phẫu kéo dài