

Thai trứng lạc chỗ ở đoạn kẽ: Ca lâm sàng, tổng quan chẩn đoán và điều trị

Dương Văn Sang¹, Lê Sĩ Phương²

¹ Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quốc tế Becamex

² Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Huế

doi:10.46755/vjog.2021.3.1256

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Dương Văn Sang, email:duongsangbx@gmail.com

Nhận bài (received): 20/8/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 5/10/2021

Tóm tắt

Thai trứng lạc chỗ hiếm khi xảy ra, do đó thường ít được nghĩ đến để cân nhắc chẩn đoán trên lâm sàng. Hình ảnh siêu âm kết hợp với giá trị hCG cao bất thường so với tuổi thai gợi ý bệnh lý thai trứng. Chẩn đoán thai trứng dựa vào tiêu chuẩn vàng mô bệnh học. Chúng tôi báo cáo một trường hợp thai trứng lạc chỗ ở đoạn kẽ tử cung. Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật nội soi bằng kỹ thuật khâu thắt miệng túi trước khi xẻ góc tử cung và được theo dõi sau phẫu thuật.

Từ khóa: thai trứng lạc chỗ, thai trứng, thai đoạn kẽ.

Molar ectopic pregnancy presents in interstitial: A case study, diagnosis and treatment overview

Duong Van Sang¹, Le Si Phuong²

¹ Obstetrics and Gynecology Department of Becamex International Hospital

² Obstetrics and Gynecology Department of Hue Central Hospital

Abstract

Ectopic molar pregnancy is a rare occurrence, thus, consequently not often considered as a diagnostic possibility. The combination of ultrasound findings with elevation of hCG above expected for gestational age is highly suggestive of molar pregnancy. The gold standard for a molar diagnosis is by histopathologic examination of the products of conception. We report an unusual case of molar pregnancy in interstitial pregnancy. This patient was treated by laparoscopy using the technique of cornual purse-string suture before craniotomy and follow-up after surgery.

Keyword: molar ectopic pregnancy, molar pregnancy, interstitial pregnancy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai trứng (hydatidiform moles) là thuật ngữ được dùng để chỉ một tình trạng thai nghén đặc trưng bởi sự tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi. Tần suất của thai trứng thay đổi tùy nơi trên thế giới, tỉ lệ chung vào khoảng 1/1000 - 1/200 thai kỳ. Người gốc Á có tần suất cao hơn, 1/390 so với người không phải gốc Á 1/750 [1]. Thai đoạn kẽ (Interstitial pregnancy) được định nghĩa là thai ngoài tử cung làm tổ ở đoạn kẽ của vòi tử cung. Đoạn kẽ có đường kính 0,1 - 0,7 mm, dài 1 - 2 cm, đây là phần có khả năng co giãn tốt nhất trong các phần của ống dẫn trứng, khi có thai đoạn này phồng lên về một góc làm tử cung lớn bất đối xứng [2]. Thai đoạn kẽ ít phổ biến hơn thai ở các phần khác của vòi tử cung, chiếm tỉ lệ khoảng 2 - 4% tổng số thai ngoài tử cung. Tần suất thai đoạn kẽ vỡ khoảng 13,6%, tỷ lệ tử vong mẹ là 2 - 2,5% và chiếm đến 20% tổng số ca tử vong do thai ngoài tử cung [3]. Vì vậy thai trứng ở đoạn kẽ rất hiếm gặp trên lâm sàng, chúng tôi báo cáo một trường hợp thai trứng ở đoạn kẽ chưa có biến chứng vỡ được điều trị tại Trung tâm sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Huế.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

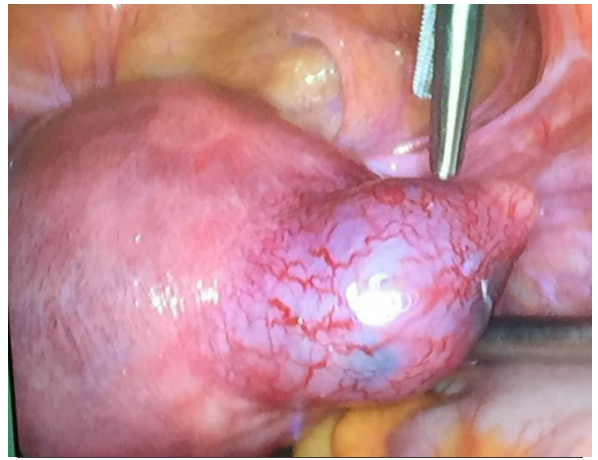
Bệnh nhân N.T.T, sinh năm 1983, PARA 1001 (thai lần đầu sinh mổ 2011), tiền sử khỏe mạnh. Bệnh nhân vào viện 16/11/2019 vì trễ kinh khoảng 10 ngày, khám thai ngoại viện theo dõi khối bất thường ở sừng phải tử cung chưa rõ bản chất.

Khám khi nhập viện: Tỉnh táo, huyết động ổn, thể trạng trung bình, BMI 22,7 kg/m². Không đau bụng, bụng mềm, âm đạo không ra huyết, tử cung nhỏ, sừng phải tử cung có khối kích thước khoảng 50x40mm, ranh giới rõ, di động cùng tử cung, ấn đau. Kết quả cận lâm sàng: (1) Siêu âm tử cung phần phụ: buồng tử cung trống, nội mạc tử cung 10mm, ở sừng phải tử cung có khối tăng âm hỗn hợp kích thước 60x43mm, bên trong có nhiều hốc dịch, không tăng sinh mạch máu xung quanh với chỉ số RI 0,55 (2). Nồng độ beta-hCG 146.962 mIU/mL. (3) Công thức máu, chức năng tuyến giáp, chức năng gan thận, XQ ngực trong giới hạn bình thường.

Bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật là thai ngoài tử cung sừng phải tử cung và được điều trị phẫu thuật nội soi bằng kỹ thuật khâu thắt miệng túi trước khi xẻ góc tử cung.

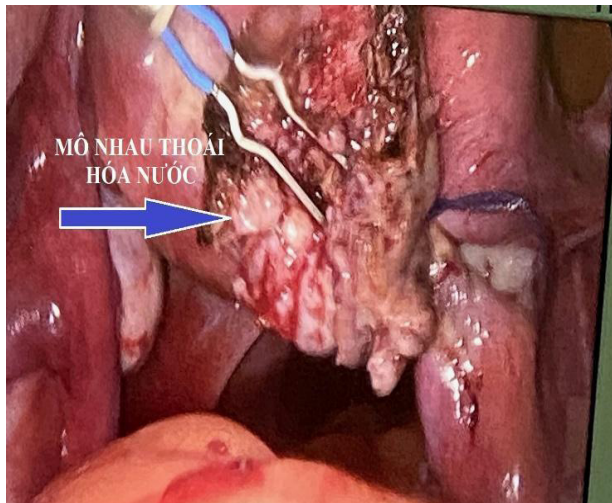


Hình 1. Siêu âm thai lạc chỗ

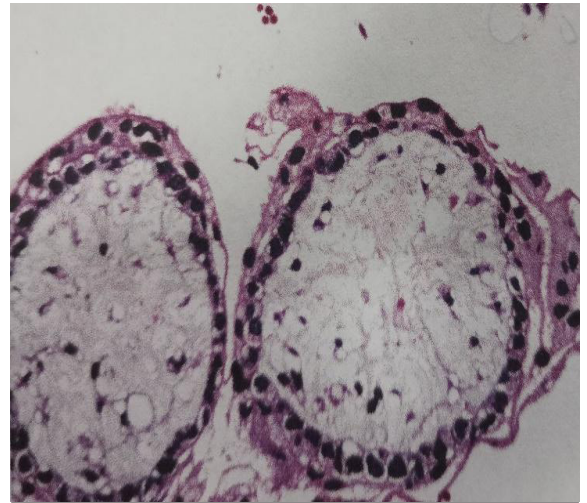


Hình 2. Thai ở đoạn kế vòi tử cung phải

Quá trình phẫu thuật: Vào bụng, quan sát tử cung lớn bằng thai khoảng 6 tuần, góc phải tử cung có khối căng phồng nằm phía ngoài dây chằng tròn, trên đoạn kế của vòi tử cung, kích thước 60x40mm, bên trên khối này có tầng sinh mạch máu. Tiến hành khâu thắt miệng túi, xẻ góc tử cung và khâu phục hồi cầm máu. Hình ảnh đại thể bên trong khối này có tổ chức nhau thai thoái hóa nước, có hình ảnh chùm nho.



Hình 3. Đại thể thai trứng lạc chỗ



Hình 4. GPB gai nhau thoái hóa nước

Kết quả sau phẫu thuật: (1) Giải phẫu bệnh: hình ảnh gai nhau thoái hóa nước của thai trứng toàn phần. (2) Beta-hCG sau phẫu thuật 3 ngày: 20.500 mUI/mL. Chẩn đoán: Thai trứng toàn phần lạc chỗ ở đoạn kế bên phải. Bệnh nhân được xuất viện sau phẫu thuật 4 ngày và được theo dõi beta-hCG định kỳ.

Kết quả theo dõi beta-hCG sau phẫu thuật: 20.500 mUI/mL (18/11); 181 mUI/mL (4/12); 8,18 (23/12); < 0,1 (20/11/2020 và 21/12/2020).

3. BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thai trứng lạc chỗ đoạn kế ngoài các triệu chứng tương tự như thai ở đoạn kế, bao gồm trễ kinh, đau vùng chậu và ra huyết âm đạo có thể kèm các triệu chứng: nôn nghén nặng, tăng huyết áp trong 3 tháng đầu thai kỳ, đau bụng do nang hoàng tuyến [4, 5]. Hầu hết thai trứng được chẩn đoán trong tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán thai trứng dựa vào giải phẫu bệnh [5]. Siêu âm có thể là một xét nghiệm không xâm lấn giúp chẩn đoán thai trứng với hình ảnh hồi âm hỗn hợp chứa nhiều nang nhỏ, gai nhau thoái hóa nước tạo thành chùm nho [1,4]. Hình

ảnh siêu âm đặc trưng của thai trứng kết hợp với một nồng độ beta-hCG cao bất thường so với tuổi thai giúp hướng đến chẩn đoán thai trứng [4].

Nghiên cứu hồi cứu giá trị siêu âm đầu dò âm đạo trong chẩn đoán và phân loại thai trứng trên 4.917 thai kỳ. Giải phẫu bệnh lí có 0,6% (40/4.971) trường hợp chẩn đoán là thai trứng. Kết quả cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm đầu dò âm đạo trong chẩn đoán và phân loại thai trứng trong buồng tử cung lần lượt là 60%; 99,1%; thai trứng toàn phần 79,1%; 99,8% và thai trứng bán phần là 37,5%; 99,3% [6]. Vì thế, không phải trường hợp thai trứng nào cũng có thể phát hiện trên siêu âm,

đặc biệt những trường hợp thai trứng lạc chỗ.

Thai đoạn kể chủ yếu chẩn đoán bằng siêu âm, tiêu chuẩn chẩn đoán [3]:

1. Buồng tử cung trống.
2. Túi thai nằm tách rời ít nhất 1cm tính từ khoang nội mạc của tử cung.
3. Lớp cơ tử cung bao quanh khối thai < 5mm.
4. Hiện diện “dấu đường kẻ” - đường hồi âm dày từ khối thai đến lớp nội mạc lòng tử cung.

Việc thêm tiêu chí “dấu đường kẻ” này vào tiêu chuẩn Timor Tritsch, theo đánh giá của Grant và cộng sự, độ nhạy chẩn đoán là 80% và độ đặc hiệu là 90%. Tuy nhiên, nhiều nhà siêu âm đồng ý rằng đường này khó quan sát và thường không hữu ích trong chẩn đoán [3,7].

Ở thời điểm chẩn đoán trước phẫu thuật trường hợp trên, hình ảnh siêu âm ghi nhận khối echo hỗn hợp ở góc phải của tử cung, không có hình ảnh điển hình của thai trứng và không xác định rõ được vị trí của túi thai mà chỉ xác định rõ trong quá trình phẫu thuật. Nguyên nhân do túi thai này là một thai trứng nên làm cho ranh giới túi thai không còn rõ với các mốc giải phẫu xung quanh, gây khó khăn cho chẩn đoán. Một gợi ý cho một thai trứng lạc chỗ ngoài tử cung là nồng độ beta-hCG tăng rất nhanh và cao hơn bình thường so với tuổi thai ở thời điểm chẩn đoán: 47.824 mIU/mL (14/11) và 146.962 mIU/mL (15/11). Tỷ lệ thai trứng lạc chỗ rất thấp, ít nghi đến trên lâm sàng. Vì vậy, chẩn đoán thai trứng lạc chỗ trước phẫu thuật gặp nhiều khó khăn.

Xử trí thai trứng lạc chỗ đoạn kể chưa có hướng dẫn cụ thể, chủ yếu dựa vào tình trạng của bệnh nhân: triệu chứng lâm sàng, kích thước khối thai, nồng độ beta-hCG và điều kiện ở cơ sở y tế. Thai trứng được điều trị bằng: (1) Hút nạo dưới hướng dẫn của siêu âm để đảm bảo loại bỏ tổn thương nhất có thể; (2) Cắt tử cung đối với các trường hợp trên 40 tuổi, đủ con, thai trứng nguy cơ cao hay băng huyết nặng. Thai trứng nguy cơ cao, cắt tử cung làm giảm nguy cơ tiến triển ác tính xuống còn 3-5% so với 15-20% của phương pháp nạo hút [1, 4, 5].

Đối với thai trứng nguy cơ cao: mẹ trên 40 tuổi, beta-hCG trên 100.000 mIU/mL, tử cung lớn hơn nhiều so với tuổi thai, nang hoàng tuyến lớn hơn 6cm nên được điều trị dự phòng bằng đơn hóa trị liệu [8]. Một tổng quan hệ thống từ 90 nghiên cứu được đăng trên thư viện Cochrane nhằm đánh giá hiệu quả của điều trị hóa chất Methotrexate hay Actinomycin-D dự phòng ung thư nguyên bào nuôi (gestational trophoblastic neoplasia-GTN) sau điều trị thai trứng, kết quả cho thấy nhóm được điều trị giảm được nguy cơ rất nhiều so với nhóm không điều trị (RR 0,37; 95% CI: 0,24-0,57; p < 0,001). Hóa trị liệu dự phòng không khuyến cáo thường quy sau điều trị thai trứng, thường áp dụng ở các thai trứng nguy cơ cao [9].

Trong trường hợp của chúng tôi, thai đoạn kể với mức beta-hCG cao nên phẫu thuật nội soi xẻ góc tử cung sau khi khâu vòng miệng túi được lựa chọn, thai trứng chỉ được chẩn đoán sau phẫu thuật. Lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật khoảng 100 ml. Vì mức beta-hCG trước mổ cao 146.962 mIU/mL (ngày 15/11/2019), bệnh

nhân được tư vấn điều trị dự phòng hóa chất, tuy nhiên bệnh nhân có nguyện vọng muốn theo dõi beta-hCG định kì. Kết quả theo dõi beta-hCG của bệnh nhân có kết quả giảm tốt sau phẫu thuật và sau đó âm tính. Nồng độ beta-hCG sau phẫu thuật: 20.500 mIU/mL (18/11/2019); 181 mIU/mL (4/12/2019); 8,18 mIU/mL (23/12/2019); < 0,1 mIU/mL (20/11/2020 và 21/12/2020).

Thai ở đoạn kể được một phần cơ tử cung bao quanh, túi thai có xu hướng phát triển lớn hơn và dài hơn theo thời gian, trở nên sung huyết, thường bị vỡ khi thai ở 12 tuần trở đi, do đây là khu vực giàu mạch máu được nuôi dưỡng bởi động mạch tử cung và động mạch buồng trứng nên khi vỡ thường gây mất máu nặng. Khác với thai trong tử cung được lót bởi lớp nội mạc tử cung, thai đoạn kể được bao quanh bởi lớp niêm mạc ống dẫn trứng, không có tổ chức màng rụng và lớp đáy màng rụng ngăn cách với lớp cơ tử cung nên khi làm tổ các nguyên bào nuôi phát triển xuyên qua lớp niêm mạc của ống dẫn trứng và xâm lấn vào lớp cơ rồi đến lớp thanh mạc, dẫn tới vỡ ống dẫn trứng [10].

Điều trị thai đoạn kể phẫu thuật cắt bỏ khối thai ngoài được lựa chọn đầu tiên vì tỉ lệ thành công cao. Nhiều nghiên cứu gần đây ủng hộ việc nội soi phẫu thuật xẻ góc hơn là cắt góc vì có thể bảo tồn được cấu trúc tử cung, giảm lượng máu mất trong mổ, bảo tồn được khả năng sinh sản và giảm nguy cơ vỡ tử cung khi mang thai sau này. Năm 2019, nghiên cứu của Brincat và cộng sự trên 128 trường hợp thai đoạn kể được điều trị phẫu thuật, tỷ lệ thành công là 98,1% (95% CI: 95,48-100), trong đó tỷ lệ thành công phương pháp cắt góc là 99,16% (95% CI: 97,51-100) và xẻ góc là 98,41% (95% CI: 95,3-100). Điều trị cắt bỏ góc nên ưu tiên trong trường hợp tuổi thai lớn hoặc kích thước của khối thai > 4 cm [11]. Phương pháp khâu vòng miệng túi xung quanh khối thai kết hợp với tiêm 150-250 ml vasopressin 0,02 IU/ml vào cơ tử cung phía dưới khối thai mang lại sự an toàn, hiệu quả và giảm mất máu trong phẫu thuật nội soi được nhiều tác giả sử dụng [12].

Theo dõi sau điều trị thai trứng, theo khuyến cáo của Liên đoàn Sản phụ khoa thế giới (International Federation of Gynaecology and Obstetrics-FIGO), theo dõi beta-hCG mỗi 1-2 tuần 1 lần. Hội Sản phụ khoa Hoàng gia Anh năm 2020 (The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists-RCOG) khuyến cáo ở các trường hợp sẩy thai, điều trị tổng thai nội khoa hay ra máu âm đạo bất thường sau mang thai 8 tuần, nên kiểm tra beta-hCG trong nước tiểu sau 3 tuần để loại trừ các bệnh lí tế bào nuôi [5].

Theo dõi sau điều trị thai trứng rất quan trọng, Hiệp hội Sản phụ khoa Canada năm 2021, khuyến cáo: đối với các bệnh nhân sau điều trị thai trứng, theo dõi định lượng hCG hàng tuần nên bắt đầu sau thủ thuật 2 tuần và tiếp tục cho đến khi không phát hiện trong 3 tuần liên tiếp. Với thai trứng toàn phần, cần tiếp tục theo dõi beta-hCG hàng tháng trong 6 tháng. Thai trứng bán phần, sau khi định lượng beta-hCG âm tính, định lượng lại beta-hCG sau 1 tháng, 2 lần âm tính cách nhau 4 tuần [5,13].

Chẩn đoán ung thư tế bào nuôi sau điều trị thai trứng

theo FIGO khi có bất thường diễn biến của beta-hCG trong quá trình theo dõi [14]:

- 4 giá trị beta-hCG bình nguyên trong ít nhất 3 tuần; ngày 1,7,14 và 21.

- Nồng độ beta-hCG sau 3 lần thử kế tiếp không giảm dưới 10% trong ít nhất 2 tuần; ngày 1,7,14.

- Tồn tại beta-hCG sau điều trị thai trứng 6 tháng

Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp từ 19 nghiên cứu nhằm đánh giá tỉ lệ ung thư tế bào nuôi sau khi theo dõi nồng độ beta-hCG ở ngưỡng bình thường sau điều trị thai trứng, kết quả cho thấy tỷ lệ GTN sau thai trứng toàn phần (64/18.357, 0,35%, 95%CI 0,27-0,45%), và thai trứng bán phần (5/14.864, 0,03%, 95% CI: 0,01-0,08%). Nguy cơ ung thư nguyên bào nuôi thai kỳ sau khi thai trứng toàn phần cao gần 5 lần so với thai trứng bán phần (RR 4,72; 95% CI: 1,81-12,3; p = 0,002). Trong số các trường hợp GTN xuất hiện sau điều trị thai trứng toàn phần có mức beta-hCG ở ngưỡng bình thường thì 60,7% được chẩn đoán ngoài khoảng thời gian theo dõi được khuyến cáo 6 tháng [15].

Sau điều trị thai trứng nên trì hoãn việc mang thai ít nhất 1 năm [5]. Tránh thai nội tiết là biện pháp an toàn, dụng cụ tử cung nên sử dụng khi beta-hCG âm tính [13]. Khoảng thời gian mang thai tiếp theo sau mổ lấy thai trên 18 tháng có liên quan đến giảm nguy cơ như vỡ tử cung, nhau tiền đạo, nhau bong non và thất bại trong việc theo dõi sinh ngã âm đạo [16]. Chúng tôi khuyên bệnh nhân nên có thai lại sau 2 năm.

4. KẾT LUẬN

Thai trứng lạc chỗ là một tình huống hiếm gặp, chẩn đoán trên lâm sàng rất khó khăn, việc điều trị tùy thuộc vào tình huống lâm sàng. Cần phân tích giải phẫu bệnh lý tất cả các trường hợp thai ngoài tử cung nhằm phát hiện sớm các biến chứng ác tính tiềm ẩn trong thai kỳ, để có những can thiệp và theo dõi sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kladnitski M, Kenwright D. Management of gestational trophoblastic disease: a survey of New Zealand O&G practice. *N Z Med J*. 2016 Mar 11;129(1431):38-45. PMID: 27005872.
2. Yassin A S, Taha M S. Interstitial ectopic pregnancy, diagnosis and management: a case report and literature review. 2107; 1352 pp.
3. Finlinson A R, Bollig K J, Schust D J. Differentiating pregnancies near the uterotubal junction (angular, cornual, and interstitial): a review and recommendations. *Fertil Res Pract*. 2020; 6 pp. 8.
4. Soper, John T. MD Gestational Trophoblastic Disease. *Obstetrics & Gynecology*. February 2021; Volume 137 - Issue 2 - p 355-370; doi: 10.1097/AOG.0000000000004240.
5. Management of Gestational Trophoblastic Disease: Green-top Guideline No. 38 - June 2020. *BJOG*. 2021 Feb;128(3): e1-e27. doi: 10.1111/1471-0528.16266. Epub 2020 Sep 29. PMID: 32996207.

6. Stamatopoulos, N., Espada Vaquero, M., Leonardi, M., Nadim, B., Bailey, A. and Condous, G. Pre-operative classification of molar pregnancy: How good is ultrasound? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2020; 60: 698-703. <https://doi.org/10.1111/ajo.13130>
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstetrics and gynecology*. 1992; 79(6):1044-1049.
8. Abu-Rustum NR, Yashar CM, Bean S, Bradley K, Campos SM, Chon HS, et al. Gestational trophoblastic neoplasia, version 2. 2019. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17:1374-91. doi: 10.6004/jnccn.2019.0053.
9. Wang Q, Fu J, Fang F, Xie L, Chen H, He F, et al. Prophylactic chemotherapy for hydatidiform mole to prevent gestational trophoblastic neoplasia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; Issue 9. Art. No.:CD007289. doi: 10.1002/14651858.CD007289.pub3.
10. Baltarowich O H. The Term "Cornual Pregnancy" Should Be Abandoned. *J Ultrasound Med*. 2017; 36 (6), pp. 1081-1087.
11. Brincat M, Bryant-Smith A, Holland T K. The diagnosis and management of interstitial ectopic pregnancies: a review. *Gynecological Surgery*. 2019; 16 (1).
12. Moon HS, Kim SG, Park GS, Choi JK, Koo JS, Joo BS. Efficacy of bleeding control using a large amount of highly diluted vasopressin in laparoscopic treatment for interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jul; 203(1): 30. e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.02.030. Epub 2010 May 8. PMID: 20451893.
13. Eiriksson L, Dean E, Sebastianelli A, Salvador S, Comeau R, Jang JH, Bouchard-Fortier G, Osborne R, Sauthier P. Guideline No. 408: Management of Gestational Trophoblastic Diseases. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021 Jan;43(1):91-105.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2020.03.001. PMID: 33384141.
14. Ngan HY, Bender H, Benedet JL, Jones H, Montrucchi GC, Pecorelli S. Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification. *Int J Gynecol Obstet*. 2003; 83:175-177
15. Albright BB, Shorter JM, Mastroyannis SA, Ko EM, Schreiber CA, Sonalkar S. Gestational Trophoblastic Neoplasia After Human Chorionic Gonadotropin Normalization Following Molar Pregnancy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2020 Jan;135(1):12-23. doi: 10.1097/AOG.0000000000003566. PMID: 31809433.
16. Ye L, Cao W, Yao J, Peng G, Zhou R. Systematic review of the effects of birth spacing after cesarean delivery on maternal and perinatal outcomes. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2019;147(1):19-28