

SA TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

Nguyễn Thị Vinh Thành
Bệnh viện Từ Dũ

Tóm tắt

Sa tử cung hiếm gặp trong thai kỳ. Chúng tôi báo cáo một trường hợp sa tử cung, được phát hiện lúc thai 34 tuần, nhập viện vì ra máu âm đạo, tiểu khó, dọa sanh non, được điều trị bằng Pessary tại bệnh viện Từ Dũ cho đến khi vào chuyển dạ thực sự. Sản phụ sanh ngã âm đạo lúc 38 tuần 5 ngày.

Abstract

PROLAPSE OF UTERUS DURING PREGNANCY: A CASE SERIES AND REVIEW OF LITERATURE

Prolapse of uterus during Pregnancy is rare. We report a case of uterine prolapsed in pregnant women at 34 weeks gestational age. She is admitted to Tu Du hospital with vaginal bleeding, dysuria, threatened preterm delivery. She is managed by Pessary until true labor. She is vaginal delivery 38 weeks 5 days gestational age.

1. Đặt vấn đề

Sa tử cung hiếm gặp trong thai kỳ. Biến chứng liên quan đến tình trạng này là sự sa tụt của cổ tử cung ra ngoài gây tiết dịch, cổ tử cung phì đại, loét và chảy máu, bí tiểu tiểu, sẩy thai, dọa sanh non, nhiễm trùng và thậm chí tử vong mẹ và thai [5]. Chăm sóc và điều

trị một trường hợp sa tử cung và thai thường là điều trị nội khoa bảo tồn bằng vòng nâng Pessary. Chọn lựa phương pháp sanh tùy thuộc vào tình trạng của người bệnh.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp sa tử cung, được phát hiện lúc thai 34 tuần, nhập viện vì ra máu

Bảng 9. Một số trường hợp sa tử cung trong thai kỳ được báo cáo trong y văn. [7]

| Study | Year | Cases | POP during pregnancy | POG at presentation (weeks) | Mode of delivery | Indication if Cesarean section |
|--------------------------|------|-------|----------------------|-----------------------------|-------------------------|---|
| Hill et al. [5] | 1984 | 1 | 1 | - | Vaginal delivery | - |
| Brown et al. [6] | 1997 | 3 | 2 | 26 and 29 | Vaginal delivery | - |
| Matsumoto et al. [7] | 1999 | 1 | 1 | 12 | Vaginal delivery | - |
| Horowitz et al. [8] | 2002 | 2 | 2 | 10 and 26 | CS | Elective CS |
| Guariglia et al. [9] | 2005 | 1 | 1 | 10 | Vaginal delivery | - |
| Meydanli et al. [10] | 2006 | 1 | 1 | 35 | CS | Elective cesarean hysterectomy |
| Partsiavelos et al. [11] | 2006 | 1 | 1 | 31 | CS | Elective CS |
| Cheng et al. [12] | 2006 | 1 | - | - | CS | CS with TAH |
| Tukur et al. [13] | 2007 | 1 | 1 | Labor | CS | ?Obstructed labor |
| Daskalakis et al. [14] | 2007 | 1 | 1 | 12 | CS | Elective CS |
| Lau et al. [15] | 2008 | 1 | 1 | labor | Vaginal delivery | - |
| Chandru et al. [16] | 2007 | 1 | 1 | 39 | CS | Elective CS |
| Toy et al. [17] | 2009 | 1 | 1 | 36 | CS | Elective CS |
| Sit et al. [18] | 2009 | 1 | 1 | Second trimester | Vaginal delivery | - |
| Minguez et al. [19] | 2009 | 1 | 1 | 37 | Vaginal delivery | - |
| Eddib et al. [20] | 2010 | 1 | - | - | Vaginal delivery | - |
| Kart [21] | 2010 | 2 | 2 | 20 and 16 | Vaginal delivery | - |
| Cingillioglu et al. [22] | 2010 | 1 | 1 | ???? | CS | Elective |
| De Vita et al. [23] | 2011 | 2 | - | - | CS | Elective CS |
| Yousaf et al. [24] | 2011 | 1 | - | - | Vaginal delivery | - |
| Pantha [25] | 2011 | 1 | - | - | Vaginal delivery | - |
| Yousaf et al. [26] | 2011 | 1 | 1 | labor | Vaginal delivery | - |
| Gupta et al. [27] | 2012 | 1 | - | - | Vaginal delivery | - |
| Mohamed-Suphan [28] | 2012 | 1 | 1 | | | |
| Miyano et al. [4] | 2013 | 4 | 2 | 14 and 20 | Vaginal delivery and CS | Cephalo-pelvic disproportion |
| Ozyer et al. [29] | 2013 | 1 | - | - | CS | Gangrenous cervix |
| Martinez-Varea [30] | 2013 | 1 | - | - | Vaginal delivery | - |
| Pizzoferrato et al. [31] | 2013 | 1 | 1 | 13 | CS | Emergency CS |
| Lecointre et al. [32] | 2013 | 1 | 1 | 16 | CS | Elective CS |
| Karatayli et al. [33] | 2013 | 1 | 1 | | CS | Emergency CS with abdominal hysteropexy |

âm đạo, tiểu khó, dọa sanh non, được điều trị bằng Pessary tại bệnh viện Từ Dũ cho đến khi vào chuyển dạ thực sự. Sản phụ sanh ngã âm đạo lúc 38 tuần 5 ngày.

2. Tổng quan Y văn

Đại cương

Sa tử cung trong thai kỳ là một bệnh lý khá hiếm gặp, tỷ lệ được báo cáo trong y văn là 1 phần 10000-15 000 trường hợp sanh [5]. Những báo cáo trên y văn về sa tạng chậu trong thai kỳ khá ít ỏi. Theo thống kê có khoảng 39 trường hợp được báo cáo từ năm 1980 đến nay. Trong 39 ca đó thì có 26 ca (67%) là sa tử cung trong thai kỳ và 13 ca còn lại (33%) là bị sa tử cung từ trước thai kỳ[7].

Có khoảng 250 trường hợp sa tử cung trong thai kỳ được báo cáo trong y văn với phần lớn là trước năm 1990 có thể liên quan đến giảm số lần sanh ở phụ nữ.[6]

Sa tử cung có thể xảy ra ở bất kỳ Tam cá nguyệt nào. Sa tử cung trước khi mang thai thường được cải thiện ở cuối TCN 2 mà không kèm biến chứng gì do sự lớn lên của tử cung. Trong khi đó sa tử cung phát hiện lần đầu trong khi mang thai thì thường ở TCN thứ 2 hay 3. [6]

Cơ chế bệnh sinh cho đến nay vẫn còn chưa rõ. Lý do tại sao tình trạng này lại xảy ra trong thai kỳ và có thể hồi phục về bình thường hay gần bình thường vẫn là một câu hỏi lớn. Trong tất cả các yếu tố thì sanh nhiều con có lẽ là yếu tố nguy cơ chính. Các yếu tố khác có thể là chuyển dạ kéo dài hay đẻ khó, cổ tử cung dài hay phì đại. Hiếm khi nào trường hợp này xảy ra ở những người chưa mang thai lần nào. Thêm vào đó, những thay đổi trong thai kỳ như tăng nồng độ Cortisol, Progesterone và Relaxin cũng có thể là yếu tố tác động. Những yếu tố nguy cơ chung của sa tử cung như tuổi, béo phì, hệ thống nâng đỡ sàn chậu yếu bẩm sinh, tăng áp lực ổ bụng, u vùng chậu, chấn thương vùng chậu... cũng có thể là yếu tố nguy cơ, tuy nhiên tác động của chúng thì không rõ. [1]

Biến chứng:

Căn bệnh này ít khi nào gây ra biến chứng nghiêm trọng như tử vong mẹ và thai. Trong một tổng quan của Keettel thì tỷ lệ bệnh thai nhi là 22% và trường hợp tử vong mẹ cuối cùng được báo cáo là vào năm 1925 do nhiễm trùng [5].

Những biến chứng thường gặp là làm BN khó chịu, nhiễm trùng đường tiểu, tắc nghẽn đường tiểu... [7] Những biến chứng trong chuyển dạ thường gặp là cổ tử cung không xóa mở được, đẻ khó do cổ tử cung phù nề, rách CTC và chuyển dạ tắc nghẽn có nguy cơ vỡ TC, băng huyết sau sanh do đờ TC[5].

Lau và Rijhsinghani cũng báo cáo một trường hợp sử dụng dung dịch magnesium tại chỗ để phòng ngừa rách CTC và đẻ khó do CTC phù nề [3]. Lý giải cơ chế có thể do tác dụng lợi niệu thẩm thấu của magnesium.

Mohamed-Suphan N và cs năm 2012 cũng báo cáo một trường hợp sa TC phát hiện từ tuần thứ 12 và được điều trị bằng vòng Gelhorn cho tới chuyển dạ. Khi vào chuyển dạ, CTC bị phù nề và không thể xóa mở cho tới mức 6cm mặc dù cơn gò tốt. Sau đó được mổ lấy thai thành công. [4]

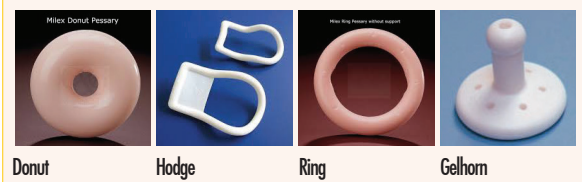
Điều trị:

Điều trị tùy thuộc vào mức độ sa và chọn lựa của BN. Vệ sinh vùng sinh dục và nằm nghỉ ở tư thế Trendelenburg thường được khuyến cáo.

Pessary là một biện pháp điều trị an toàn và hiệu quả[2] [3] [4] [6]

Bảng 1. Một số loại vòng nâng được sử dụng trong các báo cáo:[4]

| Tác giả, năm | Loại pessary | Chỉ định | Cơ chế | Bàn luận |
|--------------------------------|--------------|--------------------------------|--|---|
| Piper và Spezia 1968 | Donut | Sa độ 2 và 3 | Bit phân trên âm đạo để nâng đỡ tử cung | Nâng đỡ cho đến CD |
| Sawyer 2000 Daskalakis 2007 | Hodge | Sa tử cung với tử cung bị xoay | Cành rộng của vòng ngăn không cho vòng bị xoay | Nâng đỡ cho đến CD |
| Yogev 2001 | Ring | Sa độ 1 và 2 | Đưa vào cùng đồ sau đẻ nâng đỡ TC | Tuyệt ra vài ngày sau đẻ |
| Mohamed-Suphan N 2012 | Gelhorn | Sa TC | | Nâng đỡ cho đến CD Có phần đầu nhỏ ra nên dễ lấy vòng khi vào CD |



Phần lớn các tác giả chọn lựa sanh mổ lấy thai cho an toàn, nhưng nếu cuộc chuyển dạ được theo dõi thật chặt chẽ thì sanh ngã âm đạo là lý tưởng. Chỉ định mổ lấy thai ngay khi chuyển dạ kéo dài do cổ tử cung phù nề không mở thêm [9].

Pessary chỉ nên được lấy ra khi vào chuyển dạ [9]. Vệ sinh âm đạo bằng bằng nước và thuốc sát khuẩn.

Ở những người phụ nữ đã đủ con có thể xem xét cắt tử cung cùng lúc mổ lấy thai, sau đó treo mỏm cắt vào màng xương vùng chậu, đặc biệt là ở những nơi mà chăm sóc y tế còn hạn chế. Chỉ định này thường không được sự đồng thuận của người bệnh, họ thường yêu cầu giữ lại tử cung và theo dõi về sau. Ở những người phụ nữ chưa đủ con có thể xem xét sacrospinous cervicalcolpopexy [6]

Vi là một bệnh cảnh hiếm gặp, nên chưa có ghi nhận khởi phát chuyển dạ trong sa tử cung khi mang

thai, do nguy cơ vỡ tử cung. Ngược lại, rất thường gặp dọa sanh non, điều trị bằng Tocolyse [9].

Hefni và El Toukhy đã báo cáo một trường hợp mang thai thành công sau cố định tử cung vào dây chằng cùng gai (sacrospinous fixation)[2]. Matsumoto và cộng sự lần đầu tiên báo cáo một trường hợp treo tử cung nội soi để điều trị sa TC trong lúc mang thai.[8]

3. Báo cáo trường hợp

Bn ĐẶNG THỊ KIM L. Sinh năm 1980. Para 1001. Nghề nghiệp Kế toán

Địa chỉ Tây ninh.

Khám thai tại BV Từ Dũ. Dự sanh 11 tháng 6 năm 2014.

Tầm soát tiền sản thai kỳ không ghi nhận bất thường.

Tiền căn sanh thường 1 lần 2009 con cân nặng 3300grs.

Nhập viện ngày 2.5.2014 vì ra máu âm đạo, dọa sanh non, tuổi thai 34 tuần. Cổ tử cung sa ra ngoài. Điều trị giảm gò bằng Progesterone, tư vấn điều trị bằng đặt vòng Pessary Donut.

Sanh thường lúc thai 38 tuần 5 ngày, con 2800grs, apgar 8,9.

Nhau sổ tự nhiên. Máu mất 200ml.



Khám lại 5 tuần sau sanh, ghi nhận phân độ POPQ: Cổ Tử cung +1 so với mép màng trinh.

4. Bàn luận:

Sa tử cung trong thai kỳ hiếm gặp, thường tình trạng sa tụt của cổ tử cung xảy ra vào tam cá nguyệt thứ hai và ba của thai, gây tiết dịch, cổ tử cung phì đại, loét chảy máu. Trường hợp này sản phụ khám thai tại Từ Dũ suốt thai kỳ, tình trạng sa xảy ra vào tam cá nguyệt cuối, cổ tử cung phì đại gây chảy máu, và

kích thích tạo cơn co tử cung.

Việc chỉ định điều trị Pessary là hợp lý và kéo dài thời gian trưởng thành thai nhi, giảm các triệu chứng tại chỗ cổ tử cung. sản phụ được theo dõi tình trạng tiết dịch hoặc viêm âm đạo mỗi 2 tuần, vòng Pessary được tháo ra, vệ sinh sạch và đặt lại. Không có biến chứng tại chỗ khi sử dụng vòng.

Chúng tôi tháo vòng Pessary khi sản phụ vào chuyển dạ thực sự.

Việc theo dõi sanh ngã âm đạo được cân nhắc kỹ và quá trình theo dõi chặt chẽ bằng biểu đồ tim thai cơn gò, độ xóa mở cổ tử cung.

Ước lượng cân thai nhỏ < 3000grs, ngôi thể và kiểu thể thai nhi thuận lợi. Hoàn toàn không sử dụng oxytocin trong chuyển dạ vì bản thân cơn co tự nhiên đã đủ. Đánh giá kỹ độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai.

Bài học của chúng tôi khi theo dõi sanh ngã âm đạo trường hợp này là:

- Tư vấn cho sản phụ kỹ lưỡng những tai biến khi sanh ngã âm đạo như rách cổ tử cung, suy thai trong chuyển dạ, có thể mổ lấy thai cấp cứu..
- Không sử dụng oxytocin trong chuyển dạ
- Theo dõi sát biểu đồ tim thai cơn gò (CTG)
- Theo dõi biểu đồ chuyển dạ Parthographe
- Thay đổi quyết định mổ lấy thai ngay khi có biểu hiện bất xứng thai và cổ tử cung, cơn co cường tính.

Sản phụ tái khám sau sanh 5 tuần, có sự co hồi tử cung lên trên trở lại, cổ tử cung chỉ còn thập thòam hộ và sản phụ chưa muốn thực hiện phẫu thuật phục hồi sàn chậu.

5. Kết luận:

Pessary được sử dụng điều trị hiệu quả tình trạng sa tử cung trong và ngoài thai kỳ.

Quyết định mổ lấy thai hoặc sanh ngã âm đạo tùy thuộc vào từng người bệnh. Quá trình theo dõi sanh ngã âm đạo phải nghiêm ngặt.

Người bệnh cần tuân thủ quy trình chăm sóc vòng nâng Pessary khi sử dụng. Tái khám theo lịch hẹn Đánh giá lại tình trạng sa tử cung sau sanh.

Tài liệu tham khảo

1. Daskalakis G, Lymberopoulos E, Anastasakis E, Kalmantis K, Athanasaki A, Manoli A, et al. (2007), "Uterine prolapse complicating pregnancy". Arch Gynecol Obstet, 276(4), 391-392.
2. Hefni M, El-Toukhy T (2002), "Sacrospinous cervico-colpopexy with follow-up 2 years after successful pregnancy". Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 103(2), 188-190.
3. Lau S, Rijhsinghani A (2008), "Extensive cervical prolapse during labor: a case report". J Reprod Med, 53(1), 67-69.
4. Mohamed-Suphan N, Ng RK (2012), "Uterine prolapse complicating pregnancy and labor: a case report and literature review". Int Urogynecol J, 23(5), 647-650.
5. Mufarrij IK, Keettel WC (1957), "Prolapse of the uterus associated with pregnancy". Am J Obstet Gynecol, 73(4), 899-903.
6. Yogev Y, Horowitz ER, Ben-Haroush A, Kaplan B (2003), "Uterine cervical elongation and prolapse during pregnancy: an old unsolved problem". Clin Exp Obstet Gynecol, 30(4), 183-185.
7. Chanderdeep Sharma* MS, Anjali Soni, Pawan Kumar Soni, Ashok Verma and Suresh Verma (2015), "Pelvic Organ Prolapse during Pregnancy: A Case Series and Review of Literature".
8. Matsumoto T MN, Yokota M, Masaharu I (1999), "laparoscopic treatment of uterine prolapse during pregnancy". Obstet Gynecol 93(849).
9. Sharma et al. GM (2015), "Pelvic Organ Prolapse during Pregnancy: A Case Series and Review of Literature".