

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA RAU CÀI RĂNG LƯỢC CÓ CAN THIỆP PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Le Thị Hương Trà⁽¹⁾, Đặng Thị Minh Nguyệt⁽²⁾

(1) Bệnh viện huyện Ngọc Lạc, Thanh Hóa, (2) Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTW). **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu, mô tả 100 sản phụ được chẩn đoán và điều trị rau cài răng lược tại BVPSTW trong 5 năm (1/2007 – 12/2011). **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu của 100 bệnh nhân trước đẻ là 37,0%. Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật gặp nhiều nhất ở bệnh nhân rau cài răng lược chiếm 40,3% và gặp ít nhất ở bệnh nhân rau bám chặt với tỷ lệ 27,3%, tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân rau đâm xuyên là 37,5%. Nồng độ Hb trung bình trước phẫu thuật của các bệnh nhân là: $112,7 \pm 4,2$ g/l. Rau cài răng lược (Placenta increta) chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,0%, rau đâm xuyên (Placenta percreta) chiếm 16,0% và rau bám chặt (Placenta accreta) chiếm tỷ lệ 22,0%. Siêu âm phát hiện được RCRL trước sinh chiếm tỷ lệ 32,0%. Siêu âm phát hiện được: rau cài răng lược (Placenta increta) 37,1%, rau đâm xuyên (Placenta percreta) 25,0%. Siêu âm phát hiện RCRL ở tuổi thai 33 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, ở tuổi thai 23 – 32 tuần là 37,5%, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm 15,6% và ở tuổi thai ≤ 22 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu máu của 100 bệnh nhân trước đẻ là 37,0%. Nồng độ Hb trung bình trước phẫu thuật của các bệnh nhân là: $112,7 \pm 4,2$ g/l. Siêu âm phát hiện được RCRL trước sinh chiếm tỷ lệ 32,0%, ở tuổi thai 33 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, ở tuổi thai 23 – 32 tuần là 37,5%, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm 15,6% và ở tuổi thai ≤ 22 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,3%.

Từ khóa: Rau cài răng lược, cận lâm sàng.

ABSTRACT

LABORATORY AND ULTRASOUND MANIFESTATION OF

PATIENTS WITH PLACENTA ACCRETA HAVING SURGICAL INTERVENTION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.

Background: Placenta accreta is increasing. Imaging helps identify and diagnose performance placenta accreta disease. **Objective:** Describe the sub-clinical manifestation of patients with placenta accreta had surgical intervention at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials & methods:** retrospective study 100 pregnancies who were diagnosed with placenta accreta had surgery at NHOG in 5 years (from Jan-2007 to Dec-2011). **Results:** The rate of pre-operative anemia was 37,0%. Anemia was more common in Placenta accreta (40,3%) than in Placenta increta (27,3%) and Placenta percreta (37,5%). The mean pre-operative Hb concentration was $112,7 \pm 4,2$ g/l. Placenta increta accounted for the highest percentage (62,0%). The incidence of placenta percreta and placenta accreta was lower (16,0% and 22,0%). The rate of correct diagnosis by pre-operative ultrasound of Placenta accreta, Placenta increta and Placenta percreta was 32,0%, 37,1% and 25,0%. The rate of correct diagnosis by pre-operative ultrasound of Placenta accreta depended on gestation age: >38 weeks (15,6%); 33-37 weeks (40,6%); 23-32 weeks (37,5%); <22 weeks (6,3%). **Conclusion:** The rate of pre-operative anemia was 37,0%. The mean pre-operative Hb concentration was $112,7 \pm 4,2$ g/l. The rate of correct diagnosis by pre-operative ultrasound of Placenta accreta was 32,0%. The rate of correct diagnosis by pre-operative ultrasound of Placenta accreta depended on gestation age: highest in 33-37 weeks (40,6%); 23-32 weeks (37,5%); and poorest in <22 weeks (6,3%).

Keys: placenta accreta, the sub-clinical

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Rau cài răng lược (RCRL) hiện nay tần suất bệnh đang có xu hướng tăng nhanh. Theo Eller là 1/1205 (1996 -2002) [1]. Thống kê ở Pháp: theo Cloqueur tại Lille là 1/1916 (1996 -2006), theo Kayem tại Paris là 1/968 (1993 -2002) [2].

Việc chẩn đoán trước sinh RCRL là rất quan trọng nhưng trước đây chỉ có thể được làm trong chuyển dạ và trong khi mổ lấy thai nên việc xử trí rất thụ động. Gần đây với sự tiến bộ vượt bậc của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm Doppler màu và phương pháp chụp cộng hưởng từ (MRI) thì việc chẩn đoán RCRL đã

được cải thiện rất nhiều.

Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của những trường hợp RCRL có can thiệp phẫu thuật tại BVPSTW từ 01/2007 đến 12/2011.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, những bệnh nhân đã được can thiệp phẫu thuật và được chẩn đoán xác định là RCRL tại BVPSTW trong 5 năm (1/2007 – 12/2011). Tiêu chuẩn loại trừ: Không ghi rõ loại RCRL, không có siêu âm chẩn đoán. Các sản phụ được chẩn đoán trước sinh là RCRL nhưng sau sinh không phải RCRL như: rau tiền đạo, rau bong non...

KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa nồng độ Hb trước phẫu thuật và RCRL

Phân loại Hb (g/l)	Trước phẫu thuật	
	Số lượng	Tỷ lệ
< 70	2	2,0
70 - <90	3	3,0
90 - <110	32	32,0
≥ 110	63	63,0
Tổng	100	100
Trung bình	112,7 ± 4,2 g/l	

- Tỷ lệ thiếu máu của 100 bệnh nhân trước đẻ là 37,0%, trong đó thiếu máu nhẹ 32,0%, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ gặp nhiều nhất ở bệnh nhân rau cài răng lược chiếm 71,9%.

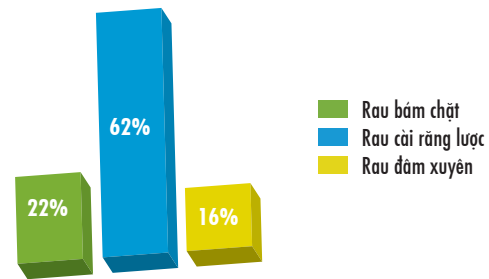
- Có 2 bệnh nhân thiếu máu nặng trước mổ, 1 bệnh nhân rau đâm xuyên với nồng độ Hb là 57g/l và 1 bệnh nhân rau cài răng lược có nồng độ Hb là 62g/l.

- Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật gặp nhiều nhất ở bệnh nhân rau cài răng lược chiếm 40,3% và gặp ít nhất ở bệnh nhân rau bám chặt với tỷ lệ 27,3%, tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân rau đâm xuyên là 37,5%.

- Nồng độ Hb trung bình trước phẫu thuật của các bệnh nhân là: 112,7 ± 4,2 g/l.

Trong số 100 bệnh nhân RCRL, rau cài răng lược (Placenta increta) chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,0%, rau đâm xuyên (Placenta petcreta) chiếm 16,0% và rau bám chặt (Placenta accreta) chiếm tỷ lệ 22,0%.

Biểu đồ 3.1. Thể loại rau cài răng lược



Bảng 3.2. Siêu âm phát hiện RCRL

Siêu âm \ Loại rau	Rau bám chặt		Rau cài răng lược		Rau đâm xuyên		Tổng số	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Rau cài răng lược	1	4,5	23	37,1	4	25,0	28	28,0
Rau đâm xuyên	0	0,0	0	0,0	4	25,0	4	4,0
Không phát hiện ra RCRL	21	95,5	39	62,9	8	50,0	68	68,0
Tổng số	22	100	62	100	16	100	100	100

(Ghi chú: Phân loại RCRL căn cứ theo giải phẫu bệnh hoặc mô tả lúc mổ)

- Trong 100 bệnh nhân khi vào viện chỉ có 32 bệnh nhân siêu âm phát hiện được RCRL trước sinh chiếm tỷ lệ 32,0%.

- Trong số 62 bệnh nhân rau cài răng lược (Placenta increta) siêu âm phát hiện được chính xác 23 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 37,1%, còn 62,9% không phát hiện được trên siêu âm mà chỉ phát hiện được trong quá trình phẫu thuật. Có 1 trường hợp siêu âm trước sinh là thể rau cài răng lược (Placenta increta) nhưng khi mổ ra lại là thể rau bám chặt (Placenta accreta).

- Trong số 16 bệnh nhân rau đâm xuyên (Placenta percreta) có 4 trường hợp siêu âm chẩn đoán chính xác chiếm 25,0% và 4 (25,0%) trường hợp siêu âm chẩn đoán là thể rau cài răng lược (Placenta increta), 50,0% trường hợp không phát hiện được trên siêu âm.

- Siêu âm chẩn đoán trước sinh không phát hiện được trường hợp rau bám chặt nào.

Bảng 3.3. Phân bố tuổi thai siêu âm phát hiện RCRL

	≤ 22 tuần	23-32 tuần	33 - 37 tuần	≥ 38 tuần	Tổng số
n	2	12	13	5	32
Tỷ lệ	6,3	37,5	40,6	15,6	100

(Ghi chú: chỉ có 32 bệnh nhân được siêu âm chẩn đoán trước sinh RCRL)

Siêu âm phát hiện RCRL ở tuổi thai 33 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, ở tuổi thai 23 – 32

tuần là 37,5%, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm 15,6% và ở tuổi thai ≤ 22 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,3%.

BÀN LUẬN

TỶ LỆ PHẦN LOẠI CỦA RAU CÀI RĂNG LỢC

Theo biểu đồ 3.1 trong số 100 bệnh nhân RCRL thì loại rau cài răng lược (Placenta increta) chiếm tỷ lệ cao nhất là 62%, loại rau bám chặt (Placenta accreta) chiếm 22% còn loại rau đâm xuyên (Placenta percreta) chiếm 16%.

Trong 76 trường hợp cắt tử cung có 71 trường hợp được làm GPB với kết quả trả lời là RCRL, chỉ có 5 trường hợp không được làm GPB và ghi trong phiếu ghi cách thức phẫu thuật là sau khi bóc rau thấy gai rau ăn vào cơ tử cung. Như vậy 2 loại rau cài răng lược (Placenta increta) và rau đâm xuyên (Placenta percreta) có thể chẩn đoán xác định vào kết quả siêu âm, kết quả giải phẫu bệnh và cách thức phẫu thuật của phẫu thuật viên. Với những trường hợp rau bám chặt (Placenta accreta) ngoài 5 trường hợp được chẩn đoán xác định bởi kết quả GPB ở những tử cung đã cắt, còn những trường hợp được bảo tồn tử cung thì ít nhiều còn ảnh hưởng bởi nhận định chủ quan của phẫu thuật viên. Trong 22 bệnh nhân rau bám chặt có 17 bệnh nhân được bảo tồn tử cung và được mô tả là rau bám chặt trong phiếu ghi cách thức phẫu thuật.

SIÊU ÂM

Theo kết quả bảng 3.6 cho thấy trong các bệnh nhân RCRL siêu âm chẩn đoán trước sinh có thể phát hiện được 32%, trong đó tỷ lệ chẩn đoán đúng của rau cài răng lược (Placenta increta) là 37,1% và rau đâm xuyên (Placenta percreta) là 25%. Không có trường hợp rau bám chặt (Placenta accreta) nào được chẩn đoán trước sinh.

Như chúng ta đã biết tai biến và biến chứng của RCRL là vô cùng nặng nề nhưng chúng lại thường chỉ bắt đầu xảy ra trong quá trình chuyển dạ khi thai đã sổ, lúc đó mọi xử trí đều trong tình trạng bị động như: động tác cố gắng bóc hết rau có thể gây chảy máu ồ ạt, sự do dự giữa cắt tử cung và cố gắng cầm máu làm thời gian phẫu thuật kéo dài và gây mất máu nhiều hơn, hay sự bị động về lượng máu dự trữ, về trang thiết bị kỹ thuật và đặc biệt là sự vắng mặt của những phẫu thuật viên có kinh nghiệm tốt. Chính vì vậy việc chẩn đoán trước sinh RCRL là vô cùng quan trọng và quý báu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20

trường hợp mất máu nhiều từ 5 đơn vị trở lên thì có tới 13 trường hợp không được chẩn đoán trước sinh RCRL, trong đó có 5 trường hợp phải truyền tới 8 đơn vị máu và 4 trường hợp phải truyền 6 đơn vị máu.

Nghiên cứu của Bạch Cẩm An có 62,5% (5/8) trường hợp siêu âm phát hiện được RCRL [3], trong đó có 3 trường hợp xác định đúng có xâm lấn bàng quang chiếm tỷ lệ 37,5%. Như vậy tỷ lệ siêu âm phát hiện RCRL của chúng tôi thấp hơn rất nhiều, tỷ lệ chẩn đoán đúng rau đâm xuyên cũng thấp hơn nhiều.

Trường hợp siêu âm phát hiện RCRL sớm nhất là ở tuổi thai 22 tuần. Đa số trong nghiên cứu này được siêu âm chẩn đoán sau 22 tuần thậm chí đa số chẩn đoán sau 33 tuần (18/32), điều này là hoàn toàn hợp lý vì phần lớn đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này là rau tiền đạo, thậm chí cả 32 trường hợp siêu âm này đều có rau tiền đạo, mà để chẩn đoán rau tiền đạo thường được thực hiện vào 3 tháng cuối của thai kỳ. Hơn nữa kỹ năng siêu âm Doppler màu để chẩn đoán RCRL hiện nay chưa cao cho nên thường chẩn đoán muộn hoặc không chẩn đoán được. Đây là một trong những thiệt thòi của bệnh nhân RCRL khi mà chưa có chẩn đoán trước sinh, sẽ làm tăng tỷ lệ biến chứng của RCRL.

So sánh với kết quả của tác giả Trần Danh Cường với 55,6% (15/27) trường hợp được chẩn đoán sau 33 tuần (4) thì nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp.

Về chẩn đoán RCRL tác giả Trần Danh Cường khẳng định sử dụng siêu âm màu là hoàn toàn có thể chẩn đoán được RCRL, đặc biệt ở thai phụ RTĐ có sẹo mổ tử cung cũ. Dấu hiệu siêu âm đặc trưng là các nang chứa dịch trong nhu mô rau và hình ảnh mạch máu đi thẳng góc với thành tử cung. Phương pháp này có thể thay thế chụp IRM [4]. Nhiều tác giả đưa ra độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm để phát hiện ra loại rau cài răng lược khoảng 80 và 90% [5, 6]. Theo Comstock, CH thì dấu hiệu gợi ý loại RCRL có thể phát hiện sớm vào quý đầu của thai nghén, một loạt các thai phụ bị RCRL và có sẹo mổ đẻ cũ đã được chẩn đoán trước bằng siêu âm lúc túi ối 6 tuần thường bám vào đoạn dưới tử cung hơn là bám vào đáy tử cung, khi siêu âm kiểm tra lại thai trước 10 tuần thì những ca này túi ối thường bám vào sẹo mổ đẻ và vùng có lớp cơ mỏng [7]. Nagi và CS cũng cho rằng chẩn đoán thành công RTĐ/

RCRL phát triển trên vết sẹo mổ lấy thai có thể được thực hiện trong suốt thời gian quý I của thai nghén, đặc biệt trong những tuần đầu tiên bởi vì túi ối của thai đang rất nhỏ và vị trí làm tổ có thể xác định chính xác, hơn nữa đoạn dưới tử cung tương đối dày tạo điều kiện cho việc phát hiện thai làm tổ trên sự khiếm khuyết của thành trước cơ tử cung [8].

Việc chẩn đoán sớm sự bất thường bám dính của rau thai ở quý I sẽ cho bệnh nhân sự lựa chọn hoặc là tiếp tục kéo dài thai nghén hoặc là chấm dứt thai kỳ. Chấm dứt thai kỳ trong quý I có biến chứng quan trọng là xuất huyết trong 20% – 40% các ca nhưng nguy cơ cắt bỏ tử cung rất thấp [8], vì khả năng có thể bảo tồn tử cung là rất quan trọng đối với phụ nữ. Tuy nhiên, với những trường hợp thai phụ lựa chọn tiếp tục kéo dài thai nghén, thầy thuốc sẽ tư vấn cho họ những nguy cơ đối với mẹ và con. Việc khám thai định kỳ sẽ tương tự như với các phụ nữ khác với chẩn đoán chính là RTĐ, nhưng việc chẩn đoán sớm sẽ giúp đảm bảo sự có mặt của các nhân viên y tế cao cấp cũng như sự chuẩn bị các trang thiết bị đầy đủ trong quá trình chuyển dạ hoặc sảy thai.

Có 3 trường hợp siêu âm chẩn đoán trước sinh nghi ngờ rau dâm xuyên bàng quang đã được soi bàng quang chẩn đoán thì có 2 trường hợp thấy niêm mạc bàng quang bình thường. Chỉ có 1 trường hợp soi thấy vùng đáy bàng quang có nhiều mạch máu giãn to, phía sau cổ bị đẩy lồi và dưới niêm mạc có tổ chức xâm lấn nhưng chưa qua niêm mạc bàng quang.

Trong 100 thai phụ bị RCRL trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào được chụp MRI và làm xét nghiệm nồng độ alpha fetoprotein để chẩn đoán loại RCRL.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu của 100 bệnh nhân trước đẻ là 37,0%. Nồng độ Hb trung bình trước phẫu thuật của các bệnh nhân là: $112,7 \pm 4,2$ g/l. Rau cài răng lược (Placenta increta) chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,0%, rau dâm xuyên (Placenta petcreta) chiếm 16,0% và rau bám chặt (Placenta accreta) chiếm tỷ lệ 22,0%. Siêu âm phát hiện được RCRL trước sinh chiếm tỷ lệ 32,0%, ở tuổi thai 33 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, ở tuổi thai 23 – 32 tuần là 37,5%, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm 15,6% và ở tuổi thai ≤ 22 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. BJOG. 2009;116:648.
2. Sentilhen L, et al. Rau cài răng lược. Báo cáo khoa học tại Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp tháng 4/2011 Hà Nội; 2011.
3. Bạch Cẩm An, cộng sự. Nhận xét một số trường hợp rau cài răng lược xâm lấn bàng quang trên vết mổ cũ: Hội nghị Sản Phụ khoa Việt- Pháp tháng 4/2011. Chuyên đề Hỗ trợ sinh sản – Vô sinh – Sản phụ khoa; 2011.
4. Trần Danh Cường. Chẩn đoán rau cài răng lược bằng siêu âm Doppler màu: Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp năm 2011. Chuyên đề chẩn đoán trước sinh – sơ sinh 2011.
5. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. J Ultrasound Med. 1992(11):333.
6. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, et al. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler US, and MR imaging. Radiology. 1997;205:773.
7. Comstock CH, Lee W, Vetraino IM, Bronsteen RA. The early sonographic appearance of placenta accreta. 2003;22:19.
8. Jara Ben Nagi, et al. First-trimester cesarean scar pregnancy evolving into placenta previa/accreta at term: a case report. J Ultrasound Med. 2005;24:220 – 7.