

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP XOẮN TỬ CUNG KHI CÓ THAI 35 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

NGUYỄN DUY ÁNH, NGUYỄN THỊ THU PHƯƠNG
Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
LÊ THỊ ANH ĐÀO - *Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Tử cung khi có thai thường xoay nhẹ quanh trục dọc nhưng khi xoay quá 45 độ thì trở nên bệnh lý và được gọi là xoắn tử cung. Xoắn tử cung rất hiếm gặp trong thực hành lâm sàng. Chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp xoắn tử cung được cấp cứu và xử trí tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Bệnh nhân 34 tuổi, mổ đẻ cũ 14 tháng. Quá trình mang thai lần này không có gì bất thường. Khi thai 35 tuần, trong khoảng thời gian hơn hai tiếng bệnh nhân đau bụng và có biểu hiện choáng, chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Bệnh nhân được tích cực hồi sức và mổ cấp cứu với chẩn đoán theo dõi rau bong non- thai 35 tuần- thai chết tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Khi mổ lấy thai xong mới phát hiện tử cung bị xoắn 180 độ và vị trí vết mổ lấy thai được thực hiện tại mặt sau đoạn dưới tử cung. Hậu phẫu 5 ngày diễn biến bình thường, bệnh nhân xuất viện. Xoắn tử cung tuy rất ít gặp trong thực tế nhưng có thể dẫn tới những biến chứng nguy hiểm cho mẹ và thai, cần nghĩ tới xoắn tử cung trong những trường hợp đau bụng và choáng không rõ nguyên nhân ở những bệnh nhân quý III của thai kỳ.

Từ khóa: Xoắn tử cung, thai nghén, người.

SUMMARY

Background: Rotation of the gravid uterus is a normal finding in the third trimester of pregnancy. However, a pathologic rotation of the uterus beyond 45 degrees—torsion of the entire uterus—is rarely seen in obstetrical practice. We report here a case of uterine torsion which is treated at Hanoi Obstetrics and Gynaecology hospital.

Case: The patient, a 34-year-old gravida 1 para 1 (previous caesarian section is 14 months ago) at 35 weeks' gestation with a singleton pregnancy, was presented by ambulance with a 2-h history of worsening abdominal pain and severe shock without any sign of labour. The current pregnancy had been uncomplicated until the date of presentation. The presumptive diagnosis was a concealed placental abruption and stillbirth. The patient was not in labour, so an emergency Caesarean section (CS) was carried out. At the time of CS, the diagnosis of uterine torsion was made however an posterior low transverse incision was given. The patient recovered and was discharged home on the fifth postoperative day but her baby was dead.

Conclusion: Uterine torsion is an infrequently reported and potentially dangerous complication of pregnancy that occurs mainly in the third trimester with adverse maternal and neonatal consequences. It is necessary to think of uterine torsion in cases of abdominal pain and shock of unknown cause in patients who are in the third trimester of pregnancy.

Keywords: Uterine torsion, pregnancy, human.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn tử cung khi đang có thai là tình trạng tử cung quay xung quanh trục dọc của tử cung quá 45 độ, ban đầu xoắn tử cung làm tăng áp lực tĩnh mạch tử cung dẫn đến tăng áp lực trong bánh rau, máu rau dẫn tới rau bong non, suy thai. Sau đó xoắn tử cung sẽ làm tăng áp lực trong động mạch tử cung từ đó dẫn tới giảm tuần hoàn tử cung rau và dẫn đến chết thai (1).

Theo một tổng kết của Jensen (1992) tỷ lệ tử vong mẹ và thai trong xoắn tử cung lần lượt là 9% và 12%, trong khi sản khoa hiện đại có rất nhiều tiến bộ thì tỷ lệ tử vong cao như vậy thực sự là vấn đề cần được quan tâm đúng mức, trong chẩn đoán cũng như điều trị (2).

Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp hi hữu này với mục tiêu giới thiệu và tìm hiểu kỹ hơn về một bệnh lý rất hiếm gặp nhưng thực sự tồn tại trong lâm sàng.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP XOẮN TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Sản phụ Nguyễn Thanh L, sinh năm 1978, mã số 11024378.

Địa chỉ 29 ngõ 370 Đường Bưởi, Tây Hồ, Hà Nội.

Para1001. Bệnh nhân được mổ lấy thai 14 tháng trước (mổ tháng 9/2011 vì thai to 4500 gr). Quá trình mang thai lần này không có gì bất thường ngoại trừ sản phụ tăng cân nhiều, lên 15 kg so với lúc chưa có thai. Thai nhi được 35 tuần. Lần khám thai cuối cùng cách đó hai tuần cho kết quả thai nhi phát triển tương đương tuổi thai.

6h20 sáng ngày 10/12/2012, bệnh nhân đột ngột có dấu hiệu chóng mặt, hoa mắt, đau nhẹ vùng bụng, mất đại tiện, tự đo huyết áp không được, bệnh nhân vẫn tỉnh tiếp xúc được. Sau đó khi cấp cứu 115 đến, bệnh nhân trong tình trạng choáng mạch, huyết áp không đo được, lập tức bệnh nhân được truyền tinh mạch dung dịch Ringer lactate và thở oxy, đồng thời được đưa ngay đến bệnh viện.

Bệnh nhân đến bệnh viện Phụ Sản Hà Nội lúc 8h02 phút cùng ngày trong tình trạng choáng huyết áp 70/40 mm Hg, mạch 110 lần/phút, da xanh niêm mạc nhợt. Khám tử cung không có cơn co, cao tử cung/vòng bụng là 40/100 cm (bệnh nhân béo, chỉ số BMI là 27) Thăm trong âm đạo không có máu hoặc dịch ối, cổ tử cung đóng kín dài. Bệnh nhân vẫn rất đau bụng. Siêu âm xác định một thai ngôi mông, tim thai không hoạt động, thai nhi vẫn nằm trong tử cung, không thấy có dịch trong ổ bụng. Các xét nghiệm máu cấp cứu cho thấy bệnh nhân có dấu hiệu thiếu máu, hồng cầu 3,45 G/l, hemoglobin 91g/l, hematocrit 0,315 l/l. Với diễn biến rất cấp tính và dấu hiệu choáng ở một thai

phụ quý III, bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi rau bong non thai 35 tuần- thai chết/ mổ đẻ cũ.

Bệnh nhân ngay sau đó được đưa lên phòng mổ hồi sức và phẫu thuật lúc 8h15 phút. Vào bụng qua đường mổ cũ ngang trên xương mu, quan sát thấy ổ bụng không có máu, toàn bộ tử cung tím nhưng toàn vẹn. Đường mổ vào tử cung ngang qua đoạn dưới có khoảng 2000ml nước ối lẫn máu, lấy ra một gói 2500 gr đã chết. Rau chưa bong, khi lấy rau, mặt sau bánh rau được kiểm tra kỹ, không có khối máu tụ. Sau khi lấy thai ra và khâu lại đoạn dưới tử cung bằng chỉ vicryl hai lớp, lúc này phẫu thuật viên mới phát hiện tử cung bị xoắn 180 độ về phía bên phải.

Thân tử cung được kiểm tra kỹ không có u xơ, cũng không có bất thường về giải phẫu, 2 phần phụ không có gì bất thường. Vị trí rạch ngang đoạn dưới tử cung để lấy thai hóa ra lại nằm ở mặt sau của tử cung. Phẫu thuật viên quay tử cung trở lại vị trí bình thường và đóng bụng. Bệnh nhân có diễn biến sau mổ bình thường và xuất viện vào ngày thứ 5 sau mổ.

BÀN LUẬN

Khi có thai vào quý III, tình trạng tử cung xoay quanh trục dọc là khá phổ biến tuy nhiên khi mức độ xoay lớn hơn 45 độ thì rất hiếm và trở thành bệnh lý, được gọi là xoắn tử cung. 2/3 trường hợp là xoắn về bên phải của tử cung, 1/3 trường hợp xoắn về bên trái, góc xoắn có thể từ 60 đến 720 độ, vị trí xoắn là ở ngay eo tử cung (1).

Trường hợp xoắn tử cung ở người lần đầu tiên được thông báo trên y văn vào năm 1876. Tỷ lệ xoắn tử cung khi có thai chưa được xác định. Từ 1996 đến 2006 theo thống kê của tác giả Don Wilson và Aisling Mahalingham, có 38 trường hợp xoắn tử cung được ghi nhận (báo cáo thu thập chủ yếu trên Pub Med và ngôn ngữ chính là tiếng Anh) (6). Trong đó lứa tuổi bệnh nhân dao động từ 17- 43 tuổi. Số lần mang thai cũng rất đa dạng 0 đến 11 lần, trong đó không có trường hợp nào bị xoắn tử cung trong lần có thai trước. Có 1 trường hợp song thai cũng bị xoắn tử cung còn lại đều là trường hợp có một thai. Duy nhất 2 trường hợp xoắn tử cung xảy ra ở quý II còn lại đều xảy ra ở quý III của thai kỳ. Bệnh nhân trong báo cáo này 34 tuổi, đây là lần mang thai thứ hai, lần đầu bệnh nhân được mổ lấy thai trước đây 14 tháng. Tuổi thai lần này 35 tuần, ngôi thai được xác định là ngôi mông, quá trình mang thai không có gì đặc biệt trừ một yếu tố bệnh nhân tăng cân nhiều 15kg, trước khi có thai bệnh nhân nặng đến 67kg.

Nguyên nhân xoắn tử cung: Nguyên nhân dẫn đến xoắn tử cung cho đến nay vẫn chưa rõ ràng, đa phần là không rõ nguyên nhân. Theo một tổng kết của Gururaj Deshpande, Rajesh Kaul, đa phần các tử cung bị xoắn đều không có bất thường về giải phẫu (1). Tuy nhiên, theo thống kê của Piot và cộng sự có 31,8% trường hợp xoắn tử cung xuất hiện ở bệnh nhân có nhân xơ tử cung, 14,9% tử cung bất thường bẩm sinh hay gặp nhất là tử cung 2 sừng, 8,4% tiểu khung dính, 7% có nang buồng trứng, 4,6% ngôi thai bất thường hoặc thai nhi bất thường, 2,8% bất thường cột sống

hoặc khung chậu (4). Theo báo cáo của Salani, một trường hợp xoắn tử cung xảy ra sau khi tiến hành thủ thuật ngoại xoay thai (5). Một trường hợp xoắn tử cung khác xảy ra sau khi người mẹ bị chấn thương.

Trong trường hợp báo cáo này, bệnh nhân hoàn toàn không có bất thường giải phẫu tử cung, hoặc cột sống hoặc khung chậu, không có u buồng trứng. Khi khai thác kỹ, bệnh nhân mô tả trong sáng hôm đó bệnh nhân có động tác cúi người đột ngột và ngay lập tức bệnh nhân cảm thấy hoa mắt, chóng mặt. Ngoài ra, bệnh nhân có sẹo mổ đẻ cũ mới được 14 tháng, nên khi có dấu hiệu choáng, giả thiết ban đầu đặt ra là vỡ tử cung. Tuy nhiên giả thiết này được loại ngay từ trước khi mổ vì hình ảnh siêu âm thấy rõ một thai nhi ngôi mông nằm trong tử cung và không có dịch trong ổ bụng.

Dấu hiệu lâm sàng:

Đa phần bệnh nhân có quá trình mang thai hoàn toàn bình thường cho đến khi tình trạng xoắn diễn ra. Biểu hiện chung là đau bụng và có dấu hiệu choáng trong khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ, khi chưa được phẫu thuật, rất khó xác định được nguyên nhân gây đau bụng và choáng (1).

Tuy nhiên cũng có những trường hợp bệnh nhân không đau bụng, dấu hiệu toàn thân của bệnh nhân rất bình thường, bệnh nhân cũng chưa có biểu hiện chuyển dạ rõ ràng mà đến khám do xuất hiện cơn co tử cung và thấy thai cử động ít, tim thai nhanh 180-200 lần/phút làm các nhà sản khoa có thể nghĩ đến rau bong non thể ẩn. Hoặc có trường hợp phải mổ đẻ vì ngôi không xuống thì mới tình cờ phát hiện ra tình trạng xoắn tử cung (6).

Biểu hiện của xoắn tử cung liên quan tới mức độ xoắn (2)

Mức độ xoắn (n= 212)	Dấu hiệu tiêu hóa	Dấu hiệu tiết niệu	Đau	Choáng* (Chảy máu)	Biểu hiện dễ khó	Dấu hiệu khác**	Không có biểu hiện gì
≤90 độ (n=66)	10	5	43 ^{***}	4(6)	7	13	9
<90-180 độ (n=122)	17	-	91	22(13)	19	19	14
<180-360 độ (n=14)	7	10	14	6(1)	3	3	0
>360 n=6	0	0	6	6(1)	6	6	0
Không xác định (n=4)	0	0	4	2(0)	0	0	0

* Một số trường hợp có hơn 1 triệu chứng, hoặc hội chứng.

** Tử cung tăng trương lực, vỡ ối sớm, vỡ tử cung vv

*** Các số được bôi đậm chiếm tỷ lệ trên 50%.

Theo bảng trên, ta có thể thấy khi mức độ xoắn càng lớn, tỷ lệ bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng càng tăng.

Với những biểu hiện đau bụng hoặc choáng hoặc do lý do khác như ngôi bất thường hoặc ngôi thai không xuống trong quá trình chuyển dạ... phần lớn bệnh nhân đều được mổ đẻ và chẩn đoán xoắn tử cung hầu như đều được phát hiện ra trong khi mổ, có

thể trước khi mổ ngang đoạn dưới hoặc như trong trường hợp bệnh nhân ở báo cáo thì chẩn đoán khi đã lấy thai xong qua một đường rạch ngang mặt sau đoạn dưới tử cung (1,6).

Một số thăm dò giúp phát hiện tình trạng xoắn tử cung

Siêu âm phát hiện thay đổi vị trí của bánh rau (so với kết quả siêu âm trước đó) hoặc sử dụng Doppler màu khi siêu âm sẽ thấy mạch máu buồng trứng vắt chéo một cách bất thường qua thân tử cung. Hoặc nếu tử cung có thai lại có kèm thêm một u xơ tử cung to thì việc thay đổi vị trí của nhân xơ cũng là dấu hiệu gián tiếp chỉ ra tử cung bị xoắn (1).

Một thăm dò có thể khách quan hơn đó là sử dụng MRI. Thông thường phần âm đạo và cổ tử cung sẽ có hình chữ H khi quan sát trên hình ảnh MRI, tác giả Nichosol nhận thấy trong xoắn tử cung thì phần trên âm đạo sẽ biến thành hình chữ X là dấu hiệu chỉ ra xoắn tử cung (3).

Những thăm dò này rất có ích trong việc chẩn đoán xoắn tử cung nhưng vì bệnh cảnh hiếm gặp nên hầu như bác sỹ sản khoa thường không nghĩ đến nên sẽ khó áp dụng được trong chẩn đoán từ trước mổ. Trong 38 bệnh nhân xoắn tử cung được tổng hợp trong nghiên cứu của Don Wilson thì chỉ có duy nhất 1 trường hợp nghĩ đến xoắn tử cung từ trước khi mổ và bệnh nhân được làm MRI phát hiện xoắn tử cung ngay trước khi phẫu thuật (6).

Trong khi tiến hành phẫu thuật nếu thấy có những dấu hiệu giải phẫu bất thường như có một túi tĩnh mạch to nằm phủ lên trên đoạn dưới hoặc quan sát thấy buồng trứng hoặc vòi tử cung nằm ngay ở dưới vết mổ thành bụng, cần kiểm tra lại các mốc giải phẫu như dây chằng tròn, buồng trứng, vòi tử cung để loại trừ trường hợp xoắn tử cung, tránh mổ vào tử cung từ mặt sau đoạn dưới, vì cho đến nay chưa đủ bằng chứng kiểm định độ an toàn của vết mổ ngang đoạn dưới tử cung ở mặt sau. Điều này dẫn tới khuyến cáo nếu đã mổ ngang qua mặt sau đoạn dưới tử cung thì lần có thai sau nên mổ để chủ động để đảm bảo an toàn (1,6).

Ảnh hưởng của xoắn tử cung đối với thai nhi và mẹ

Theo tổng kết của Don Wilson, trong 38 trường hợp xoắn tử cung có duy nhất một trường hợp chết cả mẹ và con vì hồi sức quá lâu trước mổ, hai trường hợp thai

chết, một trường hợp thai phải điều trị lâu trong viện và mắc những di chứng nặng nề. Có một trường hợp mẹ bị đông máu rải rác mức độ nhẹ và một trường hợp viêm niêm mạc tử cung sau mổ (6).

Trường hợp bệnh nhân tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, chỉ trong vòng 2 tiếng có biểu hiện bất thường, thai nhi đã chết ngay do xoắn tử cung bắt đầu dẫn tới tình trạng bong rau, trong buồng tử cung có khoảng 2000ml dịch ối lẫn máu. Trong khi mẹ sau khi được truyền 1000ml hồng cầu khối thì có quá trình hậu phẫu ổn định và ra viện vào ngày thứ 5.

KẾT LUẬN

Xiển tử cung là một bệnh lý rất hiếm gặp nhưng thực sự tồn tại trên lâm sàng. Biểu hiện của bệnh khá đa dạng, nhưng chủ yếu là đau bụng và choáng không xác định được nguyên nhân. Diễn biến có thể rất cấp tính dẫn tới chết thai và mẹ nếu không được chẩn đoán kịp thời. Có thể nghĩ đến xoắn tử cung trong trường hợp thai phụ quý III đột nhiên đau bụng và choáng. áp dụng MRI hoặc siêu âm Doppler phát hiện các búi mạch máu lớn bất thường vắt ngang qua tử cung để chẩn đoán sớm tình trạng này. Mổ lấy thai sớm để cứu thai nhi và đảm bảo tính mạng của người mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gururaj Deshpande, Rajesh Kaul, Manjuladevi P (2011). A Case of Torsion of Gravid Uterus Caused by Leiomyoma. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Obstetrics and Gynecology* Volume 2011.
2. Jensen J.G. (1992). Uterine torsion in pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.vol. 71, pp. 260–265.
3. Nicholson W.K., Coulson C. C., McCoy M. C. (1995). Pelvic magnetic resonance imaging in the evaluation of uterine torsion. *Obstetrics and Gynecology*, vol. 85, no 5, part 2, pp. 888–890.
4. Piot D., Gluck M., Oxorn H. (1973). Torsion of gravid uterus. *The Canadian Medical Association Journal*, vol. 109, no. 10, pp.1010–1011.
5. Salani R., Theiler R. N., Lindsay M. (2006). Uterine torsion and fetal bradycardia associated with external cephalic version. *Obstetrics and Gynecology*, vol. 108, no. 3, pp. 820–822.
6. Wilson D., Mahalingham A., Sue Ross. (2006). Third trimester uterine torsion: case report. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 28, no. 6, pp. 531–535.