Nhân 2 trường hợp khuyết sẹo mổ lấy thai bị vô sinh thứ phát

Two cases of secondary infertility due to caesarean scar defect

Nguyễn Văn Thái*, Đào Thế Anh,** **Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,*
Nguyễn Đình Khánh* ***Bệnh viện Quân y 103*

Tóm tắt

Khuyết sẹo mổ lấy thai cũ là một biến chứng ít gặp sau mổ lấy thai. Bệnh lý này thường gây ra xuất huyết âm đạo bất thường, ứ dịch tại sẹo mổ cũ, thống kinh, ít gặp hơn nữa là gây vô sinh thứ phát. Trong thực hành, chúng tôi gặp 2 trường hợp khuyết sẹo mổ lấy thai cũ bị vô sinh thứ phát đã được điều trị, nhưng còn nhiều vấn đề chưa rõ ràng về cơ chế khuyết sẹo sau mổ lấy thai và vô sinh thứ phát, cũng như phương hướng điều trị cho nhóm bệnh nhân này. Chúng tôi tìm hiểu lại tổng quan y văn về các vấn đề liên quan trên, nhằm nâng cao hiểu biết sâu hơn về vấn đề này.

Từ khóa: Khuyết sẹo mổ lấy thai, vô sinh thứ phát.

Summary

Previous lower uterine segment caesarean scar defect is an uncommon complication after cesarean section. This pathology often causes dysfunctional uterine bleeding, persistence of fluid over cesarean scar defect, dysmenorrhea, and less commonly, secondary infertility. In our practice, we encountered out two cases of secondary infertility following cesarean section were treated, but there are still many unclear issues about the aetiology of previous caesarean scar defects and secondary infertility following cesarean section, as well as the management of this group of patients. We rediscovered the literature review to improve our understanding of this issue.

Keywords: Caesarean scar defect, secondary infertility.

1. Đặt vấn đề

Ngày nay, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng do nhiều nguyên nhân khác nhau. Cùng với sự gia tăng của tỷ lệ mổ lấy thai, các hậu quả lâu dài của mổ lấy thai như: Vỡ tử cung, rau tiền đạo, rau cài răng lược, thai bám vết mổ cũ, khuyết sẹo mổ lấy thai và vô sinh thứ phát được quan tâm nhiều hơn.

Khuyết sẹo mổ lấy thai cũ (previous lower uterine segment caesarean scar defect) hay hở sẹo mổ lấy thai cũ (Cesarean section uterine scar dehiscence) là tình trạng mất liên tục của nội mạc tử

Ngày nhận bài: 28/1/2019 , ngày chấp nhận đăng: 14/2/2019
Người phản hồi: Nguyễn Văn Thái,
Email: drthai108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

cung và một phần hay toàn bộ cơ của thành trước tử cung, xảy ra trong suốt quá trình lành sẹo mổ lấy thai. Bệnh lý này thường gây ra triệu chứng xuất huyết âm đạo bất thường, ứ dịch tại sẹo mổ cũ, thống kinh. Khuyết sẹo mổ lấy thai cũng có thể ảnh hưởng khả năng sinh sản của bệnh nhân. Tỷ lệ phụ nữ có khuyết sẹo mổ lấy thai cũ bị vô sinh thứ phát ngày càng tăng dần lên cùng với sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Vấn đề cơ chế khuyết sẹo mổ lấy thai và vô sinh thứ phát, cũng như vấn đề chẩn đoán và điều trị ở nhóm bệnh nhân này chưa được đề cập nhiều. Quá trình thực hành, chúng tôi gặp 2 trường hợp khuyết sẹo mổ lấy thai bị vô sinh thứ phát, qua đó, chúng tôi tìm hiểu lại tổng quan y văn về các vấn đề liên quan trên, nhằm nâng cao hiểu biết sâu hơn về vấn đề này.

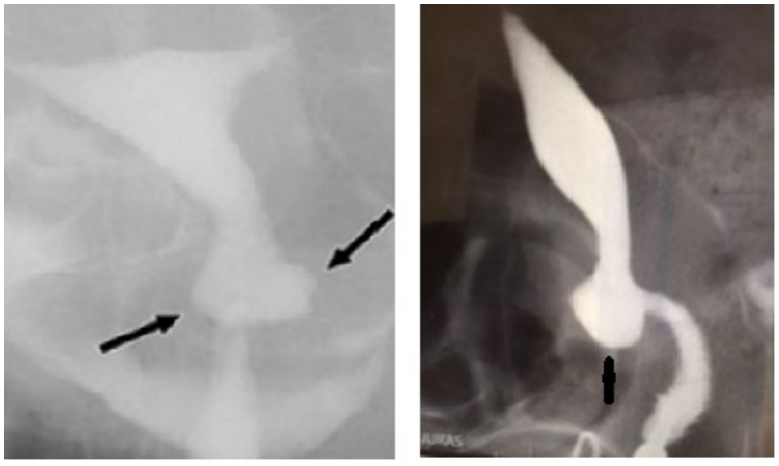
2. Ca lâm sàng

Trường hợp 1: Bệnh nhân Nguyễn Lan H. 34 tuổi, tiền sử khỏe, PARA 1001, mổ lấy thai năm 2010, vô sinh thứ phát 4 năm. Bệnh nhân khám tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 vào ngày 07/09/2018, đã được làm các xét nghiệm thăm dò vô sinh gồm: Chụp tử cung vòi trứng cản quang thấy 2 vòi trứng thông, siêu âm tử cung phần phụ chưa thấy bất thường, xét nghiệm nội tiết cơ bản bình thường, dự trữ buồng trứng AMH 2,0ng/ml, tinh dịch đồ chồng bình thường. Trước đây, bệnh nhân đã được điều trị 4 đợt kích thích buồng trứng và bơm tinh trùng vào buồng tử cung nhưng chưa có thai. Quá trình kích thích buồng trứng lần này, siêu âm phát hiện dịch trong tử cung và khuyết sẹo vết mổ lấy thai cũ. Bệnh nhân được chỉ định kích thích buồng trứng và thụ tinh trong ống nghiệm. Sau khi thụ tinh, phôi được trữ đông (do dịch tụ ở sẹo vết mổ và buồng tử cung nên không chuyển phôi ngay). Bệnh nhân được chuẩn bị nội mạc tử cung bằng steroid nội sinh, thuốc chống viêm sau 15 ngày không còn ứ dịch trong buồng tử cung, còn thấy hốc dịch nhỏ ở sẹo mổ cũ. Bệnh nhân được chuyển phôi đông lạnh dưới hướng dẫn của siêu âm ngày 09/12/2018, cố gắng tránh hốc dịch ở sẹo mổ cũ để tránh tác động xấu của dịch viêm với phôi, và hiện tại đã có thai lâm sàng 9 tuần.

Hình 1. Ảnh siêu âm bệnh nhân Nguyễn Lan H: Dịch vùng cổ tử cung và hốc dịch nhỏ ở sẹo mổ cũ, giúp thấy rõ khuyết sẹo mổ lấy thai cũ
(Nguồn: Ảnh siêu âm ngày 14/10/2018, tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108)

Trường hợp 2: Bệnh nhân Trần Lan H. 36 tuổi, tiền sử khỏe, PARA 1021, từng mổ nội soi cắt vòi trứng trái chửa khối chửa ngoài tử cung năm 2004, mổ lấy thai năm 2005, vô sinh thứ phát 10 năm. Bệnh nhân khám tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 vào ngày 07/05/2017, đã được làm các xét nghiệm thăm dò vô sinh gồm: Chụp tử cung vòi trứng phát hiện tắc đoạn eo vòi trứng phải, khuyết sẹo mổ lấy thai, siêu âm có khuyết sẹo mổ lấy thai, ứ dịch lòng tử cung và tụ dịch ở sẹo vết mổ, xét nghiệm nội tiết ngày 2 kỳ kinh bình thường, dự trữ buồng trứng AMH 3,8ng/ml, tinh dịch đồ chồng bình thường. Bệnh nhân đã được mổ nội soi ổ bụng kết hợp nội soi buồng tử cung lần đầu thấy toàn bộ mặt trước tử cung dính vào thành bụng trước, khuyết sẹo mổ lấy thai, thông vòi trứng phải nhưng không thành công. Sau mổ, đã kích thích buồng trứng làm thụ tinh ống nghiệm, trữ phôi toàn bộ. Quá trình chuẩn bị niêm mạc để chuyển phôi trữ luôn không thực hiện được vì khuyết sẹo mổ lấy thai cũ gây ứ dịch lòng tử cung, bệnh nhân được gửi sang Bệnh viện Sản trung ương, mổ mở gỡ dính, cắt bỏ sẹo xơ, khâu phục hồi lại. Kiểm tra sau phẫu thuật, bệnh nhân vẫn ứ dịch lòng tử cung và khuyết sẹo mổ lấy thai cũ nên chưa thể chuyển phôi.

Hình 2. Ảnh siêu âm bệnh nhân Trần Lan H.
có khuyết sẹo mổ lấy thai cũ, hốc dịch vùng sẹo mổ và trong lòng tử cung
(Nguồn: Ảnh siêu âm ngày 24/08/2017, tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108)



Hình 3. Ảnh chụp X-quang tử cung vòi trứng cản quang thẳng và nghiêng bệnh nhân Trần Lan H. thấy lồi thuốc tại sẹo vết mổ lấy thai cũ (mũi tên) (Nguồn: Ảnh X-quang ngày 14/05/2017, tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108)

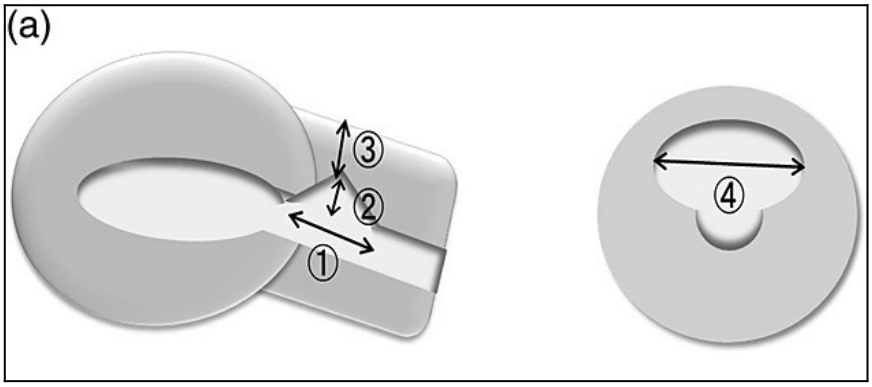
3. Bàn luận

3.1. Bàn luận về chẩn đoán khuyết sẹo mổ lấy thai

Khái niệm khuyết sẹo mổ lấy thai cũ khác nhau ở các nghiên cứu khác nhau. Từ năm 1996 đến nay, đã có nhiều mô tả khác nhau về khuyết sẹo mổ lấy thai cũ: Đó là chỗ lõm ở vị trí sẹo mổ lấy thai cũ 1 - 6mm hay độ dày của phần cơ tử cung còn lại 2 - 2,5mm (Osser 2010, Allornuvor 2013) [1], [8]. Gubbini định nghĩa khuyết sẹo mổ lấy thai cũ như một tình trạng thoát vị vùng eo tử cung - isthmocele [5]. Allornuvor định nghĩa khuyết sẹo mổ lấy thai cũ là sự hình thành túi dịch tại sẹo mổ lấy thai cũ ở thành trước đoạn dưới tử cung, eo tử cung hay đoạn trên của kênh cổ tử cung [1]. Một số tác giả cho rằng, cần khoảng thời gian tối thiểu là 6 tháng cho quá trình lành sẹo, khoảng thời gian này rất quan trọng vì nếu được đánh giá quá sớm, các bất thường sẹo mổ có thể không được phát hiện do sẹo mổ vẫn còn bị phù (Decle 1997) [3]. Cho đến thời điểm hiện tại, vẫn chưa có một đồng thuận nào về định nghĩa khuyết sẹo mổ lấy thai cũ với các kỹ thuật hình ảnh học hiện có.

Có rất nhiều phương tiện để chẩn đoán khuyết sẹo mổ lấy thai nhưng y văn chưa ghi nhận phương tiện nào là thích hợp nhất, đồng thời chưa có đồng thuận nào về tiêu chuẩn vàng chẩn đoán. Siêu âm ngả âm đạo có thể cho thấy hình giảm âm hoặc trống âm có dạng tam giác (hốc - niche) nằm ở thành trước đoạn dưới tử cung, đỉnh tam giác hướng về túi cùng tử cung bàng quang, đo chiều rộng, chiều sâu của hốc, độ dày cơ tử cung còn lại ở mặt cắt đứng dọc, đo chiều dài của hốc trên đường cắt đứng ngang, ngưỡng tối thiểu phân biệt trên siêu âm là phần cơ còn lại > 2,2mm, tỷ lệ phần cơ còn lại/phần cơ lành > 25%, nếu < 25% tụ dịch nhiều [4]. Siêu âm có thể bị bỏ qua tổn thương này khi vùng khuyết sẹo nhỏ và không có dịch tụ ở khuyết sẹo, dẫn đến không bóc tách được 2 mép của sẹo. Điều này sẽ được khắc phục khi siêu âm đầu dò âm đạo có bơm nước buồng tử cung. Trong trường hợp bệnh 1 của chúng tôi, nhờ có dịch tiết trong quá trình kích thích buồng trứng nên bóc tách 2 mép sẹo nên mới phát hiện được tổn thương. Chụp X-quang tử cung vòi trứng cản quang có thể cho hình ảnh khuyết thuốc dạng bán nguyệt (50%), dạng tam giác (32%), dạng giọt nhỏ (10%) hay dạng nang (7%) (Bij de Vaate 2011) [2], nhưng sự hiện diện của máu và chất nhầy trong sẹo hở có thể hạn chế phát hiện khuyết sẹo khi dùng chụp X-quang tử cung vòi trứng cản quang nên sẽ tạo kết quả âm tính giả. Soi buồng tử cung có thể thấy hình ảnh buồng tử cung và khuyết sẹo rõ ràng, đặc tính của hốc dịch tại chỗ khuyết, nhưng không thể đo được độ dày cơ tử cung còn lại của sẹo bị hở (Allornuvor 2013) [1], ngoài ra nội soi buồng tử cung còn có thể định vị hốc sẹo, từ đó biết được lần trước mổ chủ động (hốc nằm cao), hay mổ khi chuyển dạ (hốc nằm thấp) (Florio 2012) [4].

Như vậy, qua tổng quan y văn, tiêu chuẩn thường dùng để chẩn đoán khuyết sẹo mổ lấy thai là siêu âm, đặc biệt là siêu âm có bơm nước lòng tử cung thấy hình khuyết dạng tam giác (mặt cắt dọc) hoặc dạng elip (mặt cắt ngang) ở thành trước đoạn dưới tử cung.



Hình 4. Mô tả cách đo trong siêu âm về chiều rộng (1), chiều sâu của hốc (2) và độ dày cơ tử cung còn lại (3), chiều dài của hốc (4) (Tsuji và cộng sự, 2015) [9]

3.2. Bàn luận về nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh khuyết sẹo mổ lấy thai

Có nhiều giả thuyết được đưa ra các vấn đề liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật và các vấn đề liên quan đến người bệnh dẫn đến cản trở sự lành sẹo mổ lấy thai để giải thích cho khuyết sẹo mổ lấy thai.

Có giả thuyết cho rằng vị trí vết mổ thấp ở đoạn dưới tử cung, thậm chí ở cổ tử cung, mô cổ tử cung có chứa các tuyến tiết chất nhờn gây cản trở quá trình lành vết mổ, việc tích tụ chất nhầy tại chỗ sẽ hình thành các hốc (niche) chứa dịch, theo thời gian sẽ tạo ra hốc lớn ở vị trí vết mổ. Osser ghi nhận sẹo khuyết có xu hướng thấp hơn so với sẹo không khuyết (Osser 2010) [8]. Khoảng cách trung bình từ sẹo không hở và sẹo hở đến lỗ trong cổ tử cung tương ứng là 4,6mm (từ 0 - 19mm) và 0mm (từ 0 - 26mm), với p=0,001. Khoảng cách này không thay đổi dù cho sẹo hở to hay nhỏ. Tác giả đề xuất vị trí rạch hường về thân tử cung sẽ giúp lành tốt hơn, giảm nguy cơ khuyết sẹo mổ lấy thai.

Giả thuyết về kỹ thuật khâu cơ tử cung không hoàn toàn: Khâu cơ tử cung không vuông góc, không lấy hết lớp cơ sâu bên trong, khâu chừa lại niêm mạc sẽ tạo thành khoảng khuyết bên dưới vết mổ, Yazicioglu ghi nhận khâu hết toàn bộ lớp cơ tử cung có thể làm giảm đáng kể tình trạng khuyết sẹo mổ lấy thai, tỷ lệ lành vết mổ không hoàn toàn ở nhóm khâu toàn bộ lớp cơ và niêm mạch tử cung nhiều hơn so với nhóm khâu lớp cơ đơn thuần không kèm theo khâu lớp niêm mạch tử cung (44,7% so với 68,8%, OR = 2,718) [10]. Kỹ thuật khâu một lớp liên tục được cho là làm vết mổ mỏng hơn khâu hai lớp, sử dụng mũi khâu khóa chỉ gây thiếu oxy tại mô cơ tử cung và làm cho quá trình liền sẹo không được tốt (Allornuvor 2013) [1].

Giả thuyết dính giữa sẹo mổ tử cung và thành bụng sau mổ gây co kéo sẹo mổ lấy thai, lực kéo này ngược lại với hướng lành sẹo của sẹo mổ lấy thai, lực đối kháng này càng tăng lên do trọng lực của thân tử cung khi tử cung ngả sau, gây tưới máu kém dẫn đến lành sẹo không tốt. Tổn thương trong trường hợp bệnh thứ 2 của chúng tôi phù hợp theo giả thuyết này. Hayakawa thấy bất thường sẹo tăng 2 lần ở tử cung gập sau, yếu tố nguy cơ tạo hốc sẹo là ngôi thai xuống sâu đoạn dưới tử cung, cổ tử cung mở ≥ 5cm, giai đoạn hoạt động ≥ 5 giờ [7]. Nguyên nhân gây ra mô sợi dính này có thể do không đóng phúc mạc ổ bụng, cầm máu không tốt, nhiễm trùng, sử dụng chỉ khâu hay vật liệu khác dễ gây dính, tái phân bố mạch máu... Mổ lấy thai nhiều lần cũng làm cho tưới máu

kém và sẹo mổ lấy thai cũng giảm chất lượng. Osser cho rằng độ dày cơ ngay eo tử cung tỷ lệ nghich với số lần mổ lấy thai và kích thước vết hở sẹo mổ lấy thai [8]. Tuy nhiên, Gubbini báo cáo trường hợp khuyết sẹo mổ lấy thai nặng ở bệnh nhân chỉ 1 lần mổ lấy thai, điều đó cho thấy mổ lấy thai nhiều lần không phải là điều kiện tuyệt đối gây khuyết sẹo mổ lấy thai [5].

Ngoài ra, các bệnh lý và các yếu tố thuộc về người bệnh làm cản trở quá trình lành vết mổ như yếu tố BMI, tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường, mổ cấp cứu… được cho có liên quan đến gia tăng tỷ lệ khuyết sẹo mổ lấy thai.

3.3. Bàn luận về mối liên quan khuyết sẹo mổ lấy thai và vô sinh thứ phát

Khuyết sẹo mổ lấy thai có thể ảnh hưởng khả năng sinh sản của bệnh nhân. Cơ tử cung quanh sẹo co bóp kém dẫn đến tích tụ dịch, máu, sẽ cản trở tinh trùng xâm nhập vào buồng tử cung. Tình trạng viêm khu trú tại ví trí khuyết, gây tăng tiết dịch, tụ dịch nhiều, cả trong lòng tử cung ở thời điểm rụng trứng và làm tổ gây khó khăn trong việc làm tổ của phôi, không thể chuyển phôi, các chất trong dịch tiết gây độc với phôi (Florio 2012) [4]. Trường hợp thứ 2 của chúng tôi chưa thể chuyển phôi vì tình trạng tụ dịch sẹo vết mổ cũ và buồng tử cung. Trong nghiên cứu phân tích gộp của Gurol-Urganci 2013 trên 85.728 phụ nữ cho thấy khả năng mang thai sau mổ lấy thai giảm 10% so với sau sinh ngả âm đạo [6]. Khảo sát của Hội Nội tiết Sinh sản Nhật Bản cho thấy mối liên quan giữa vô sinh thứ phát và khuyết sẹo mổ lấy thai thấy tỷ lệ có thai có xu hướng giảm dần theo mức độ nặng của khuyết sẹo mổ lấy thai [9].

Điều trị vô sinh thứ phát cho những phụ nữ có khuyết sẹo gặp nhiều khó khăn do phải hủy nhiều chu kỳ do ứ dịch lòng tử cung tái phát. Theo nghiên cứu của Tsuji và cộng sự (2015), đối với nhóm hiếm muộn đặc biệt này, điều trị hiếm muộn được chia ra làm 3 nhóm. Nhóm A: Điều trị bằng kích thích buồng trứng + bơm tinh trùng vào buồng tử cung hay thụ tinh trong ống nghiệm. Nhóm B: Điều trị bảo tồn với hút dịch từ sẹo mổ cũ, lòng tử cung hay đặt cellulose oxy hóa vào vị trí khuyết sẹo mổ cũ. Nhóm C: Điều trị bằng phẫu thuật sửa sẹo, cắt bỏ phần sẹo xơ, khâu phục hồi lại sẹo. Tỷ lệ có thai trong từng nhóm A, B, C lần lượt là 33%, 50% và 60%. Tỷ lệ có thai ở nhóm C cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm A [9]. Do đó, xu thế hiện nay theo các báo cáo, phẫu thuật sửa sẹo mổ cũ thường được thực hiện trước khi hỗ trợ sinh sản cho những bệnh nhân này nhằm nâng cao tỷ lệ có thai.

4. Kết luận

Khuyết sẹo mổ lấy thai có thể gây vô sinh thứ phát là vấn đề đang được quan tâm gần đây. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm có dạng khuyết thành trước đoạn dưới tử cung. Hiện tại, có nhiều cách điều trị vô sinh thứ phát đang được áp dụng cho nhóm bệnh nhân này nhưng vẫn chưa có một đồng thuận chính thức nào được ban hành. Phẫu thuật sửa sẹo mổ cũ theo nhiều báo cáo, có thể là một giải pháp nhằm nâng cao tỷ lệ thành công của các phương pháp hỗ trợ sinh sản ở nhóm bệnh nhân này.

Tài liệu tham khảo

1. Allornuvor GFN, Xue M, Zhu X and Xu D (2013) *The definition, aetiology, presentation, diagnosis and management of previous caesarean scar defects*. Journal of Obstetrics & Gynaecology 33(8): 759-763.
2. Bij de Vaate AJM, Brolmann HAM, Van Der Voet LF, Van Der Slikke JW, Veersema S and Huirne JAF (2011) *Ultrasound evaluation of the cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual*

spotting. Ultrasound Obstet Gynecol 37: 93-99.

3. Dicle O1, Küçükler C, Pirnar T, Erata Y, Posaci C (1997) *Magnetic resonance imaging evaluation of incision healing after cesarean sections*. Eur Radiol 7(1): 31-34.
4. Florio P, Filippeschi M, Moncini I, Marra E, Franchini M, Gubbini G (2012) *Hysteroscopic treatment of the cesarean-induced isthmocele in restoring infertility*. Curr Opin Obstet Gynecol 24(3): 180-186.
5. Gubbini G, Centini G, Nascetti D, Marra E, Moncini I, Bruni L, Petraglia F, Florio P (2011) *Surgical hysteroscopic treatment of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: Prospective study*. J Minim Invasive Gynecol 18(2): 234-237.
6. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim CP, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, Van Der Meulen JH (2013) *Impact of caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod 28: 1943-1952.
7. Hayakawa H, Itakura A, Mitsui T, Okada M, Suzuki M, Tamakoshi K, Kikkawa F (2006) *Methods for myometrium closure and other factors impacting effects on cesarean section scars of the uterine segment detected by the ultrasonography*. Acta Obstet Gynecol Scand 85(4): 429-434.
8. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L (2010) *Cesarean section scar defects: Agreement berween transvaginal sonographic findings with and without saline contrast enhancement.* Ultrasound Obster Gynecol 35: 75-83.
9. Tsuji S, Murakami T, Kimura F, Tanimura S, Kudo M, Shozu M, Narahara H, Sugino N (2015) *Management of secondary infertility following cesarean section: Report from the subcommittee of the reproductive endocrinology committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology*. J Obstet Gynaecol Res 41(9): 1305-1312.
10. Yazicioglu Fehmi, Gokdogan Arif, Kelekci Sefa, Savan Kadir (2006) *Incomplete healing of the uterine incision after caesarean section: Is its preventable?*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 124(1): 32-36.