

Sa tử cung trong thai kỳ

*Nguyễn Thị Vĩnh Thành**

Đặt vấn đề

Sa tử cung hiếm gặp trong thai kỳ. Biến chứng liên quan đến tình trạng này là sự sụt của cổ tử cung ra ngoài gây tiết dịch, cổ tử cung phì đại, loét và chảy máu, bí tiêu tiểu, sảy 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 âm đạo, tiểu khó, dọa sanh non, được điều trị bằng Pessary tại bệnh viện Từ Dũ cho đến khi vào chuyển dạ (CD) thực sự.

Sản phụ sanh ngả âm đạo lúc 38 tuần 5 ngày.

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 1/10.000- 1/15.000 trường hợp sanh.⁵ Những báo cáo trên y văn về sa tạng châu trong thai kỳ khá ít ỏi. Theo thống kê có khoảng 39 trường hợp được báo cáo từ năm 1980 đến nay (bảng 1). 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

Bảng 1: Vài trường hợp sa tử cung trong thai kỳ được báo cáo trong y văn.⁷

Tác giả	Năm	n	Sa TC từ Tam cá nguyệt	Tuổi thai khi phát hiện (tuần)	Cách sanh	Chỉ định MLT nếu có
Hill và cs.	1984	1	1	-	Sanh ngả ÂĐ	-
Brown và cs.	1997	3	2	26, 29	Sanh ngả ÂĐ	-
Matsumoto và cs.	1999	1	1	12	Sanh ngả ÂĐ	-
Horowitz và cs.	2002	2	2	10 và 26	MLT	MLT chủ động
Guariglia và cs.	2005	1	1	10	Sanh ngả ÂĐ	-
Meydanli và cs.	2006	1	1	35	MLT	MLT và cắt TC
Partsinevelos và cs.	2006	1	1	31	MLT	MLT chủ động
Cheng và cs.	2006	1	-	-	MLT	MLT và cắt TC
Tukur và cs.	2007	1	1	Chuyển dạ	MLT	Chuyển dạ không tiến triển
Daskalakis và cs.	2007	1	1	12	MLT	MLT chủ động
Lau và cs.	2008	1	1	Chuyển dạ	Sanh ngả ÂĐ	-
Chandru và cs.	2007	1	1	39	MLT	MLT chủ động
Toy và cs.	2009	1	1	36	MLT	MLT chủ động
Sit và cs.	2009	1	1	TCN thứ 2	Sanh ngả ÂĐ	-
Minguez và cs.	2009	1	1	37	Sanh ngả ÂĐ	-
Eddib và cs.	2010	1	-	-	Sanh ngả ÂĐ	-
Kart	2010	2	2	20 và 16	Sanh ngả ÂĐ	-
Cingillioglu và cs.	2010	1	1	???	MLT	MLT chủ động
De Vita và cs.	2011	2	-	-	MLT	MLT chủ động
Yousaf và cs.	2011	1	-	-	Sanh ngả ÂĐ	-
Pantha và cs.	2011	1	-	-	Sanh ngả ÂĐ	-
Yousaf và cs.	2011	1	1	Chuyển dạ	Sanh ngả ÂĐ	-
Gupta và cs.	2012	1	-	-	Sanh ngả ÂĐ	-
Mohamed Suphan	2012	1	1	-	-	-
Miyano và cs.	2013	4	2	14, 20	Sanh ngả ÂĐ và MLT	-
Ozyer và cs.	2013	1	-	-	MLT	Hoại tử cổ TC
Martinez Varea và cs.	2013	1	-	-	Sanh ngả ÂĐ	-
Pizzoferrato và cs.	2013	1	1	13	MLT	MLT cấp cứu
Lecointre và cs.	2013	1	1	16	MLT	MLT chủ động
Karatayli và cs.	2013	1	1	-	MLT	MLT cấp cứu và treo TC

* Bệnh viện.Từ Dũ, Email: drnguyenth@gmail.com, ĐĐ: 0913713033

Sa tử cung có thể xảy ra ở bất kỳ tam cá nguyệt (TCN) 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 tiêu, tắc nghẽn đường tiêu...⁷. Những biến chứng thường gặp là cổ tử cung không xóa mổ 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 mỏng cho tới mức 6cm mặc dù cơn gò tốt. Sau đó được mở 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 nghi ở tư thế Trendelenburg cũng được khuyến cáo, nhưng cần quan tâm đến tình trạng ứ trệ tuần hoàn khi nằm lâu.

Pessary là một biện pháp điều trị an toàn và hiệu quả.^{2,3,4,6}

Một số loại vòng nâng được sử dụng trong các báo cáo (bảng 2):⁴

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 ngả 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 băng nước và thuốc sát khuẩn.

Quan niệm cũ, phụ nữ đã đẻ con có thể xem xét cắt tử cung cùng lúc mổ lấy thai, sau đó treo mổ cắt vào mổ nhô. 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 đẻ con có thể xem xét kỹ thuật treo tử cung lên gai chậu.⁶ Quan niệm của chúng tôi ngày nay là xem xét theo dõi sau sanh 6 tuần, đánh giá lại tình trạng sàn chậu. Phẫu thuật chọn lựa là nội soi cố định sàn chậu vào mổ nhô (laparocolpofixation).

Vì 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 thuốc giảm co.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

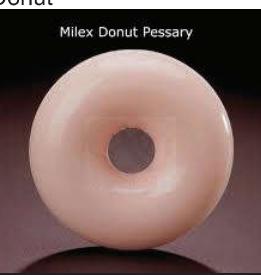
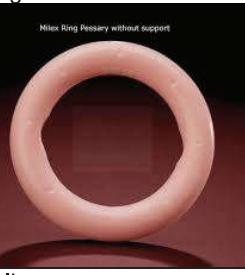
Báo cáo trường hợp

Bệnh nhân Đ.T.K.L. sinh năm 1980. Para 1001, nghề nghiệp kế toán, địa chỉ ở Tây ninh. Sản phụ khám thai tại BV Từ Dũ, dự sanh ngày 11 tháng 6 năm 2014. Tầm soát tiền sản thai kỳ không ghi nhận

bát thường. Tiền căn sanh thường 1 lần 2009 con cân nặng 3.300 grs.

Nhập viện ngày 02/5/2014 vì thai 34 tuần, ra máu âm đạo, dọa sanh non. Cổ tử cung sa ra ngoài (hình 1). Sản phụ được điều trị giảm co thắt tử cung bằng progesterone và tư vấn điều trị bằng đặt vòng Pessary Donut, sau đặt vòng Donut, cổ tử cung không lộ ra (hình 2).

Bảng 2. Các loại vòng nâng tử cung.

Tác giả, năm	Loại pessary	Chi định	Cơ chế	Bàn luận
Piper và Spezia 1968	Donut 	Sa độ 2 và 3	Bít phần trên âm đạo để nâng đỡ tử cung	Nâng đỡ cho đến chuyển dạ
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 chuyển dạ
Yogev 2001	Ring 	Sa độ 1 và 2	Đưa vào cùng đồ sau để nâng đỡ TC	Tuột ra vài ngày sau đặt
Mohamed-Suphan N 2012	Gelhorn 	Sa TC		Nâng đỡ cho đến chuyển dạ Có phần đầu nhô ra nên dễ lấy vòng khi vào chuyển dạ

Sau đó, sản phụ sanh thường lúc thai 38 tuần 5 ngày, con 2.800grs, apgar 8,9. Nhau sỗ tự nhiên, máu mất 200 ml.

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

màng trinh. Sản phụ nuôi con bằng sữa mẹ và trở lại sinh hoạt bình thường.

Theo dõi hơn 2 năm sau, đến tháng 11 năm 2016, qua liên lạc điện thoại người

bệnh không cảm giác khó chịu do khối phồng âm đạo, không có nhu cầu điều trị.

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.



Hình 1. Có thai và sa tử cung



Hình 2. Sau đặt vòng Donut, không còn lộ CTC

Việc chỉ định điều trị Pessary là hợp lý, kéo dài thời gian trưởng thành thai nhi, giảm các triệu chứng tại chỗ cổ tử cung như tiết dịch, loét, chảy máu.

Chăm sóc vòng Pessary trong thai kỳ: sản phụ được theo dõi tình trạng tiết dịch hoặc viêm âm đạo mỗi 2 tuần, vòng Pessary có thể được tháo ra, vệ sinh sạch và đặt lại. Không có biến chứng tại chỗ khi sử dụng vòng.

Khi sản phụ vào chuyển dạ thực sự, được tháo vòng Pessary

Việc theo dõi sanh ngả âm đạo được cân nhắc kỹ và quá trình theo dõi chặt chẽ bằng biểu đồ tim thai con gö, độ xóa mờ cổ tử cung.

Ước lượng cân thai nhỏ < 3.000grs, ngôi thê và kiểu thê thai nhi thuận lợi. Hoàn toàn không sử dụng oxytocin trong chuyển dạ vì bản thân con co tự nhiên đã

đủ. Đánh giá kỹ độ xóa mờ cổ tử cung, độ lột của ngôi thai.

Qua theo dõi sanh ngả âm đạo trường hợp này đã ghi nhận được các kinh nghiệm là:

- Cần tư vấn cho sản phụ kỹ lưỡng những tai biến khi sanh ngả 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 con gö (CTG)
- Theo dõi biểu đồ chuyển dạ (Partograph).
- Thay đổi quyết định mổ lấy thai ngay khi có biểu hiện bất thường thai và cổ tử cung, con co cường tính.

Kết luận

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

Quyết định mổ lấy thai hoặc sanh ngả âm đạo tùy thuộc vào từng người bệnh và bản lĩnh của người đỡ đẻ.

Quá trình theo dõi sanh ngả âm đạo cần 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. Yoge 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".