

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP: THAI PHÁT TRIỂN TRONG Ổ BỤNG ĐỦ THÁNG

Lê Minh Toàn, Trần Thị Thùy Trang, Trần Minh Thắng, Michel Collet, Michel Pasco
Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thai phát triển trong ổ bụng là trường hợp thai ngoài tử cung cực kỳ hiếm gặp và thường được chẩn đoán muộn trong quá trình theo dõi thai nghén. Đây là một báo cáo về một trường hợp thai phát triển trong ổ bụng đến đủ tháng, nguyên nhân do vỡ khối thai ngoài tử cung, làm tổ thứ phát ở trong ổ bụng và cuối cùng theo dõi đến đủ tháng sinh ra một trẻ khỏe mạnh.

Báo cáo trường hợp lâm sàng: Sản phụ 30 tuổi, mang thai con so đến khám thai lần đầu vào lúc thai 28 tuần với triệu chứng lâm sàng đau bụng. Thăm khám siêu âm phát hiện một thai còn sống trong ổ bụng nằm sát thành bụng, nước ối ít, bánh nhau bám vào các quai ruột, mạc nối lớn và khối thai nằm trên sừng phải của một tử cung rỗng. Thăm khám theo dõi sản phụ và thai phát triển đến khi đủ tháng. Sản phụ đã được phẫu thuật mổ lấy thai dưới gây mê toàn thân, chẩn đoán xác định thai nằm trong ổ bụng và thai được bao bọc bởi một màng ối dày. Em bé được mổ lấy thai ra hồng hào, bánh nhau bám vào sừng phải của tử cung, khi bánh nhau bong tự nhiên gây chảy máu ổ bụng lượng nhiều cần phải can thiệp phẫu thuật bóc nhau lần hai và truyền máu. Cuối cùng, cả mẹ và bé được xuất viện trong tình trạng tốt.

Kết luận: Một trường hợp thai làm tổ trong ổ bụng phát triển đến đủ tháng là hệ quả của thai ngoài tử cung làm tổ ở sừng phải tử cung vỡ không được chẩn đoán trong quá trình thăm khám sớm nhưng qua quá trình theo dõi cho kết quả tốt cho cả mẹ và em bé đến đủ tháng.

Abstract

THE RELATIONSHIP BETWEEN MALE AND FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION ON INFERTILE COUPLES

Introduction: Extrauterine abdominal pregnancy is extremely rare and is frequently missed during antenatal care. This is a report of a full-term extrauterine abdominal pregnancy who had a ruptured ectopic pregnancy with secondary implantation and subsequently delivered a healthy baby.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Lê Minh Toàn,
email: leminhtoan129@yahoo.com

Ngày nhận bài (received): 10/7/2017

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
15/8/2017

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 31/8/2017

Case presentation: A 30 year-old, primigravida presented at 28 weeks gestation, abdominal pain. An abdominal ultrasound examination showed a live and active intra- abdominal foetus floating freely in the peritoneal cavity close to the maternal anterior wall, oligoamnios, the placenta was adherent to adjoining bowel loops, omentum, and on right cornu of small empty uterus. A follow-up examination at term. Our patient underwent Cesarean delivery under general anesthesia and was found to have a small uterus with the fetus lying in her abdomen and surrounded by an thick membrane. The baby was extracted uneventfully, but the placenta was implanted in the right cornu of the uterus and its separation resulted in intraoperative bleeding that necessitated blood and blood products transfusion. Both the mother and newborn were discharged home in good condition.

Conclusions: An extrauterine abdominal pregnancy secondary to a ruptured ectopic pregnancy with secondary implantation could be missed during antenatal care and continue to term with good maternal and fetal outcome.

1. Đặt vấn đề

Tần suất thai ngoài tử cung chiếm tỷ lệ 1-2% [1], trong đó 95% thai ngoài tử cung ở trong vòi tử cung và 1-4 % thai nằm trong ổ bụng [1],[2],[3]. Thai trong ổ bụng là một dạng thai ngoài tử cung, phát triển trong ổ phúc mạc xảy ra sau khi thai ở vòi tử cung sảy qua loa vòi tử cung ra ổ bụng hoặc thai ngoài tử cung vỡ trong ổ phúc mạc [1],[4]. Yếu tố nguy cơ chủ yếu là do tổn thương vòi tử cung, viêm hố chậu, lạc nội mạc tử cung, mang thai nhiều lần và dùng các phương pháp hỗ trợ sinh sản [4]. Tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong chu sinh cao do chảy máu và bong nhau trong ổ bụng. Ước tính tỷ lệ tử vong mẹ khoảng 5/1000 trường hợp, tăng gấp 7 đến 8 lần tỷ lệ tử vong trong thai ngoài tử cung nói chung và tỷ lệ này tăng gấp 90 lần trong chuyển dạ sinh thường [6]. Thái độ xử trí phụ thuộc vào tuổi thai và vị trí bám của nhau [5]. Đối với thai trong ổ bụng phát triển đến giai đoạn đủ tháng và khỏe mạnh là rất hiếm và không thường gặp [2],[3],[4],[15]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp mổ lấy thai thành công một em bé khỏe mạnh phát triển đến đủ tháng trong ổ bụng.

2. Báo cáo trường hợp

Một sản phụ 30 tuổi G2P0, mang thai khoảng 7 tháng (khoảng 28 tuần) không quản lý thai nghén

vào 3 tháng đầu, vào viện ngày 29/10/2016 với triệu chứng đau bụng. Khám lâm sàng da xanh, mạch 86l/p, huyết áp 100/60mmHg, tần số thở 45l/p, cân nặng 50kg. Khám thai ghi nhận bề cao tử cung khoảng 26 cm, tư thế thai nằm ngang, cảm giác các phần thai nhi nằm dưới da bụng, thành bụng mỏng. Sản phụ được chỉ định siêu âm hội chẩn với các giáo sư người Pháp và được chẩn đoán: theo dõi một thai ngoài tử cung ở trong ổ bụng đang phát triển, ối ít, khối nhau nằm ở mạc treo ruột, tử cung nhỏ nằm ở dưới. Đến tuần thứ 34 sản phụ biểu hiện da xanh xao, chán ăn, đau bụng, vàng da. Trong xét nghiệm thường quy (ngày 15/12/2016) sản phụ có biểu hiện thiếu máu Hb: 8.0g/dL, hematocrit: 25.7%, hồng cầu: 2.9M/ μ L. Sau đó bệnh nhân đã được chỉ định truyền 03 đơn vị máu + 03 đơn vị plasma, sau truyền máu (30/12/2016) Hb:11.3g/dL, hematocrit: 30.0%, hồng cầu: 3.5.1012M/ μ L. Đến ngày 10/01/2017 kiểm tra xét nghiệm máu, Hb:9.2g/dL và hồng cầu: 3.14.1012M/ μ L, lúc này thai đã được 38 tuần đủ tháng, chúng tôi quyết định mổ lấy thai, một em bé từ trong ổ bụng 3000gram, IA 7 điểm/1 phút và 9 điểm/ 5 phút vào lúc 14 giờ ngày 10/01/2017 dưới gây mê toàn thân. Bé gái da hồng, không còn chất gây và không còn nước ối, chúng tôi tiến hành cột cuống rốn bằng chỉ silk sau đó đóng thành bụng, đặt dẫn lưu ổ hố chậu phải để

nguyên bánh rau trong ổ bụng (rau bám hoàn toàn vào đáy tử cung và hố chậu). Một điều ghi nhận ở đây là màng ối bọc thai nhi có dấu hiệu phản ứng viêm dày. Nhưng sau khi phẫu thuật khoảng 1 giờ khối bánh nhau bong ra khỏi vị trí ở tử cung góc sừng phải tử cung gây chảy máu ổ bụng chúng tôi phải tiến hành phẫu thuật lần hai để lấy hết khối rau bám ở phúc mạc, mạc nối lớn, ruột và sừng phải tử cung; cầm máu kiểm tra; cắt tử cung bán phần và để lại hai phần phụ; khâu cầm máu ở những diện chảy máu, diện bóc tách; đặt dẫn lưu và đóng bụng.

Sản phụ hồi phục sức khỏe tốt sau phẫu thuật 10 ngày và xuất viện ngay sau đó cùng với em bé khỏe mạnh.

3. Bàn luận

Tần suất thai trong ổ bụng gia tăng ở cả nước phát triển nhờ vào các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và các nước đang phát triển do bệnh nhân không có ý thức quản lý thai nghén. Một số thai ngoài tử cung ở vòi trứng có thể sảy hoặc vỡ không được chẩn đoán sẽ trở thành thai trong ổ bụng, chỉ có khoảng 11 trường hợp thai trong ổ bụng sống ghi nhận được trong 10 năm trở lại đây trên thế giới [9]. Ở bệnh viện chúng tôi, đây là trường hợp đầu tiên kể từ 10 năm với gần 8000 trường hợp sinh trong một năm và hơn 150 trường hợp thai ngoài tử cung một năm.

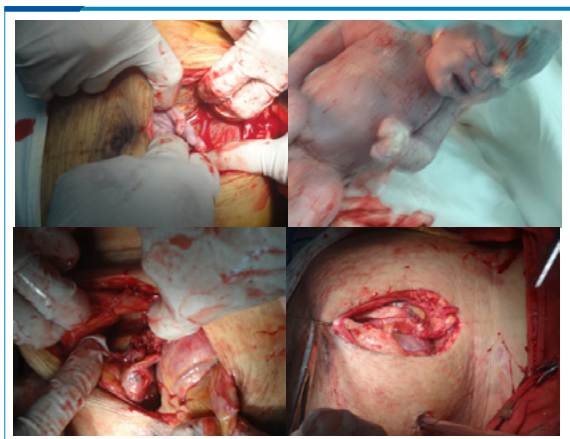
Chẩn đoán thai trong ổ bụng trước sinh là rất khó. Những biểu hiện lâm sàng thường gặp ở sản phụ bao gồm: đau bụng, triệu chứng rối loạn tiêu hóa, đau bụng khi thai cử động, ngôi thai bất thường, cổ tử cung không xóa mờ và chảy máu âm đạo bất thường. Trong giai đoạn thai sớm, có thể phát hiện khối bất thường nằm trong ổ phúc mạc tách biệt với tử cung. Nhưng trong giai đoạn muộn, chẩn đoán cần thiết phải nhờ siêu âm và cộng hưởng từ hạt nhân [3]. Allibone GW và cộng sự đã miêu tả các tiêu chuẩn chính trong siêu âm để chẩn đoán thai trong ổ bụng: Có túi thai nằm ngoài tử cung hoặc có một khối bất thường nằm trong hố chậu hoặc trong bụng kết hợp không có thai trong tử cung, không có thành tử cung tách biệt thai và bàng quang của mẹ, có hình ảnh thai sát với thành bụng của mẹ, có sự bám bất thường của bánh nhau ngoài tử cung [8],[10]. Tất cả các tiêu

chuẩn trên đều xuất hiện trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi. Ngoài ra, một số y văn gần đây có bổ sung thêm một số tiêu chuẩn như ối ít, bất thường ngôi thai, có hình ảnh giống nhau tiền đạo, quai ruột của mẹ giãn chướng hơn làm cản trở tầm nhìn quan sát thai [8]

Xử trí thai nằm trong ổ bụng đủ tháng là một thách thức lớn với ngành sản phụ khoa bởi vì biến chứng chảy máu, mất máu nặng [3].

Thái độ xử trí hiện nay đối với thai ngoài tử cung được chẩn đoán trước 24 tuần là can thiệp ngoại khoa. Trong trường hợp sản phụ được chẩn đoán thai trong ổ bụng sau 24 tuần thì điều trị bảo tồn còn đang được bàn cãi nhiều. Chưa có một phương pháp điều trị tối ưu và chuẩn để hạn chế tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong chu sinh. Quá trình bảo tồn thai cần phải có chế độ theo dõi và siêu âm nghiêm ngặt. Bệnh nhân phải được nhập viện tại bệnh viện có trang bị đầy đủ phương tiện hồi sức và xử lý ngoại khoa kịp thời. Trong quá trình phẫu thuật xử trí bánh nhau là điều khó xử cho phẫu thuật viên. Mặc dù lấy bánh nhau có thể cho một tiên lượng tốt nhưng nếu nhau không bong mà vẫn bóc bánh nhau có thể gây nguy cơ chảy máu nhiều dẫn đến tử vong [11]. Ở trường hợp của chúng tôi, lúc mổ lấy thai trong ổ bụng không có hiện tượng chảy máu nên chúng tôi quyết định để toàn bộ bánh nhau trong ổ bụng như trong mô tả của y văn nhưng sau đó có hiện tượng chảy máu do nhau bong ở sừng phải tử cung xảy ra nhưng không có hiện tượng mất máu nhiều có thể do diện rau bám chủ yếu ở vùng đáy tử cung và hai hố chậu nên bóc tách rau đồng thời cắt tử cung bán phần có kiểm soát và ít chảy máu.

Thai phát triển trong ổ bụng sau 20 tuần là một trường hợp hiếm gặp, có thể ước tính khoảng 1 trên 8099 trường hợp sinh tại bệnh viện [7], [12], và được xếp thành hai loại. Thai trong ổ bụng nguyên phát do thai được thụ tinh trực tiếp và làm tổ trong ổ phúc mạc. Trong trường hợp này, vòi tử cung và buồng trứng nguyên vẹn, chỉ có 24 trường hợp thai trong tử cung nguyên phát được báo cáo năm 2007 [13]. Ngược lại, thai phát triển trong ổ bụng thứ phát có thể phát triển từ thai ngoài tử cung ở vòi trứng vỡ và làm tổ lại ở trong ổ bụng [14]. Trong những trường hợp này vòi tử cung và buồng trứng bị tổn thương.



Vị trí nhau bám ở sừng phải tử cung được cung cấp máu bởi các mạch máu tử cung đi từ động mạch hạ vị phải và một phần từ mạc nối lớn để nuôi thai. Trong quá trình phẫu thuật quan sát có diện bong nhau ở vị trí này có thể thai

nằm trong ổ bụng này là hệ quả việc vỡ tử cung ở sừng phải tử cung. Hiện tượng màng ối phản ứng dày có thể do túi thai ở sừng phải tử cung vỡ túi thai thoát ra ổ bụng tạo thành một màng bảo vệ thai, chính do phản ứng dày màng ối này mà nước ối không tạo ra thêm gây ra hiện tượng ối ít và cạn ối

Bệnh nhân của chúng tôi hoàn toàn không có bất kỳ biến chứng nào xảy ra sau khi mổ lấy thai.

4. Kết luận

Đây là một báo cáo về một trường hợp thai phát triển trong ổ bụng đủ tháng thứ phát sau vỡ sừng phải tử cung vào các tháng đầu của thai kỳ. Quá trình thai nghén phát triển đến đủ tháng và kết thúc bằng mổ lấy thai thành công không có biến chứng nào cho mẹ và cho em bé.

Tài liệu tham khảo

1. Akanksha S., Katke R.D. (2013). Live secondary abdominal pregnancy- by chance!!, International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2(2), pp.251-253.
2. Ani COC, Okafor II. Abdominal pregnancy- a case report.
3. Karat L.S. Chitra, Viable abdominal pregnancy, a case report, The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 57(2), pp.169-170.
4. Seema S. (2016). A term live advanced abdominal pregnancy: a rare case report, International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 5(10), pp.3583-3486.
5. Ritu S. (2012). Advanced live intra-abdominal pregnancy with good fetomaternal outcome: A case report, IJCRI. 3(11), pp.5-7.
6. Kiran T. (2016). Advanced abdominal pregnancy with a healthy newborn: a rare case report, International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 5(10), pp.3583-3586.
7. Amal A D. (2011). Full-term extrauterine abdominal pregnancy: a case report, Journal of Medical Case Reports. 5, pp.531.
8. Stanley J.H., Horger E.O., Fagan C.J., Andriole J.G., Fleischer A.C. (1986). Sonographic findings in abdominal pregnancy, AJR Am J Roentgenol. 147 (5), pp.1043-1046.
9. Zhang J., Li F., Sheng Q. (2008). Full-term abdominal pregnancy: a case report and review of literature, Gynecol Obstet Invest. 65(2), pp.139-141.
10. Allibone G.W., Fagan C.J., Porter S.C. (1981). The Sonographic features of intra-abdominal pregnancy, J. Clin Ultrasound. 9(7), pp.383-387.
11. Zeck W., Kelters I., Winter R., Lang U., Petru E. (2007). Lessons learned from four advanced abdominal pregnancies at an East African Health Center J. Perinat Med. 35(4), pp.278-281.
12. Nkusu N. Advanced abdominal pregnancy: case report and review of 163 cases report since 1946, Rural and Remote Health. 8, pp.1087.
13. Krishna D., Damyanti S. (2007). Advanced abdominal pregnancy: a diagnostic and management dilemma, J Gynecol Surg. 23, pp.69-72.
14. King M, Bewes PC, Cairns J, Thornton J. Abdominal pregnancy. In Primary Surgery, nontrauma.
15. Ayinde O.A., Aimakhu C.O., Adeyanju O.A., Omigbodun A.O. (2005). Abdominal pregnancy at the University College Hospital, Ibadan: a ten-year review, Afr J. Reprod Health. 9(1), pp.123-127.