

## NHAU CÀI RĂNG LỢC

Nhau cài răng lược (NCRL) là tình trạng bám bất thường của bánh nhau, các gai nhau bám chặt vào cơ tử cung (TC) mà không bám trên màng đệm. Tùy vào mức độ xâm nhập của gai nhau ta có các thể:

- NCRL accreta: gai nhau bám trực tiếp lên bề mặt cơ TC (79% trường hợp)
- NCRL increta: gai nhau xâm nhập sâu vào trong cơ TC (14% trường hợp)
- NCRL percreta: gai nhau xâm nhập xuyên qua lớp cơ TC đến thành mạc TC hoặc xâm lấn qua các cơ quan lân cận (7% trường hợp).

### I. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Vết mổ cũ (VMC) mổ lấy thai: tần số NCRL tăng lên theo số lần mổ lấy thai, đặc biệt vết VMC lấy thai kèm nhau tiền đạo (NTĐ).

- Tiền căn nạo buồng TC: nong nạo hút hoặc thủ thuật buồng tử cung gây khiếm khuyết nội mạc tử cung là yếu tố nguy cơ của NCRL.

- Vết mổ bóc nhân xơ TC.

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Lâm sàng (không đặc hiệu)

- Ra huyết âm đạo.
- Tiểu máu (khi có xâm lấn bàng quang).
- Nhau không bong sau sinh, không bóc nhau được hoặc bóc nhau khó khăn và gây chảy máu ồ ạt.

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm:

+ Tam cá nguyệt 1:

- Túi thai nằm thấp và làm tổ ở thành trước đoạn dưới TC, cơ TC đoạn dưới thành trước mỏng so với thành sau.
- Cần phân biệt thai bám VMC với thai trong TC và thấp: cơ thành trước đoạn dưới TC còn nguyên vẹn, bề dày thành trước và thành sau như nhau.

+ Tam cá nguyệt 2, 3:

- Lacunae: bánh nhau có nhiều xoang mạch máu đa hình dạng nên hình ảnh bánh nhau không đồng nhất, có dạng "Moth-eaten"
- Cơ TC vùng đoạn dưới VMC mỏng hoặc biến mất và được thay thế bằng các mạch máu mới tân sinh.
- Mất đường echo kém ranh giới giữa cơ TC và bánh nhau.
- Thành bàng quang: mất liên tục do sự xâm lấn của các chồi nhau và các mạch máu mới tân sinh.
- Doppler: các dòng chảy với vận tốc cao (alizing) ở trong nhau, cơ TC và bàng quang.

- Cộng hưởng từ (MRI):
  - + Chỉ định MRI khi siêu âm không phù hợp với lâm sàng hoặc và siêu âm không thể chẩn đoán chắc chắn.
  - + Đánh giá mức độ xâm lấn của bánh nhau.
- Chẩn đoán các thể NCRL (bằng siêu âm ± MRI)
  - + Accreta: mất đường echo kém ranh giới giữa cơ TC và bánh nhau. Cơ TC đoạn dưới còn.
  - + Increta: Cơ TC bị thay thế bởi các chồi nhau và mạch máu tân sinh.
  - + Percreta: thành bàng quang bị xâm lấn bởi các chồi nhau và các mạch máu tân sinh.

### III. XỬ TRÍ

#### 3.1. Thời điểm chấm dứt thai kỳ

- Cá thể từng trường hợp dựa trên lợi ích giữa mẹ và thai.
- Khuyến cáo chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 34-36 tuần sau liệu pháp Corticosteroids trước sinh

#### 3.2. Chuẩn bị trước phẫu thuật

- Khi có chẩn đoán nghi ngờ NCRL: tư vấn cho sản phụ và người nhà nguy cơ của NCRL, phương pháp mổ và các nguy cơ như: thai non tháng, băng huyết sau sinh, truyền máu, cắt TC, nhiễm trùng, chăm sóc đặc biệt do tổn thương đường niệu, ruột, có khả năng phẫu thuật nhiều lần, thậm chí tử vong mẹ.
- Điều trị thiếu máu thiếu sắt nếu có. Duy trì Hb > 11 g/dL trước phẫu thuật (trừ cấp cứu).
- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh khi thai từ 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.
- Tùy vào tình trạng của bệnh nhân để xác định thời điểm nhập viện (tối thiểu 1 tuần trước thời điểm chấm dứt thai kỳ).
- Người bệnh phải được điều trị tại cơ sở y tế có đầy đủ phương tiện hồi sức mẹ và sơ sinh, có ngân hàng máu.
- Người bệnh phải được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật vùng chậu, bóc tách rộng đoạn dưới TC, chu cung và bàng quang.
- Khi cần thiết có thể phối hợp thêm các chuyên khoa như mạch máu, niệu khoa, ngoại khoa, gây mê hồi sức, huyết học, sơ sinh và chẩn đoán hình ảnh để được chẩn đoán và lên kế hoạch can thiệp một cách tích cực và an toàn cho sản phụ.
- Chuẩn bị đầy đủ máu và chế phẩm của máu tại thời điểm phẫu thuật.
- Đặt thông tiểu với ống thông Foley niệu đạo số 18-20 và thông niệu quản 2 bên (ureteral stents, JJ) trước mổ.

#### 3.3. Nguyên tắc phẫu thuật trong NCRL

- Cá thể hóa từng trường hợp.
- Phẫu thuật trong NCRL gồm:

+ Phẫu thuật mổ lấy thai, tránh bánh nhau + cắt TC toàn phần trong trường hợp NCRL thể nặng, phức tạp hoặc huyết động bệnh nhân không ổn định, chảy máu nhiều.

+ Phẫu thuật mổ lấy thai + bảo tồn TC theo quy trình kỹ thuật trong các trường hợp sản phụ trẻ tuổi, mong muốn giữ TC, không xuất huyết nhiều trước phẫu thuật, huyết động ổn định và ở các thể NCRL accreta, increta, hoặc percreta một phần.

- Nắm rõ phân bố mạch máu TC và các nhánh nối liên quan, cấu trúc giải phẫu và các mạch máu vùng chậu để giảm mất máu và tránh tổn thương và biến chứng trong phẫu thuật.

- Dự đoán và đánh giá được những khó khăn trước và trong lúc phẫu thuật, đặc biệt là đánh giá vị trí và mức độ xâm lấn của bánh nhau

- Phương pháp phẫu thuật: xem quy trình kỹ thuật trong phẫu thuật NCRL.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Adhikari S et al (2016), Int J Res Med Sci, (1),317-321.
2. AJOG (2010), Placenta accreta.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (2013), Obstet Gynecol Committee Opinion No. 560. Medically indicated late-preterm and early-term deliveries, 121:908.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), ACOG Committee opinion #529, Placenta accreta, Obstet Gynecol 2012, 120:207.
5. Belfort MA (2010), Society for Maternal-Fetal Medicine, Placenta accreta, Am J Obstet Gynecol, 203:430.
6. Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, et al (2004), Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy, Am J Obstet Gynecol, 190:1135.
7. Comstock CH (2005), Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review, Ultrasound Obstet Gynecol, 26:89.
8. Gary Cunningham (2014), Placenta accreta syndrome in Obstetrical Hemorrhage Chapter 41, William Obstetrics 24<sup>th</sup>.
9. J.M. Palacios-Jaraquemada (2012), One-Step Conservative Surgery for Abnormal Invasive Placenta (Placenta Accreta–Increta–Percreta), A comprehensive textbook of Postpartum hemorrhage An essential clinical reference for effective management 2nd edition, Chapter 31.
10. M. Karoshi, J. M. Palacios-jaraquemada, L. G. Keith (2012), Managing the ten most common life-threatening scenarios associated with postpartum hemorrhage, A comprehensive textbook of Postpartum hemorrhage An essential clinical reference for effective management 2<sup>nd</sup> edition, Chapter 1.

11. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement (2010), NIH Consensus Development Conference: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights.

12. RCOG (2011), Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Green-top Guideline.

13. Robert Resnik, [Charles J Lockwood, Deborah Levine](#) (2013), Clinical features and diagnosis and management of placenta accreta, increta, and percreta, Uptodate.

14. Robinson BK, Grobman WA (2010), Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol* 2010; 116:835.

15. SOGC (2007), Placenta praevia.

16. Warshak CR, Eskander R, Hull AD et al (2006), Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta, *Obstet Gynecol* 2006, 108:573.

17. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU (2005), Abnormal placentation: twenty-year analysis, *Am J Obstet Gynecol*, 192:1458.