

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP: XOẮN TỬ CUNG ĐANG MANG THAI 25 TUẦN TRÊN SẢN PHỤ CÓ HAI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Châu Khắc Tú¹, Lê Sĩ Phương¹, Hoàng Việt¹, Ngô Thị Thúy Minh¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.59.14

TÓM TẮT

Xoắn tử cung trong mang thai là một biến chứng hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm. Chẩn đoán trước phẫu thuật xoắn tử cung thường rất khó khăn do sự hiếm gặp của biến chứng này và triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Một phụ nữ mang thai con so 25 tuần đến bệnh viện của chúng tôi với tình trạng đau bụng dữ dội, tử cung co cứng như gỗ, thai chết. Phẫu thuật mổ lấy thai khẩn cấp được thực hiện với chẩn đoán rau bong non thể nặng trên bệnh nhân dị dạng hai tử cung. Trong quá trình sinh mổ, chúng tôi nhận thấy tử cung mang thai và phần phụ bên phải bị xoắn 180 độ sang trái. Bệnh nhân được tháo xoắn, rạch ngang đoạn dưới tử cung lấy thai và cắt tử cung bán phần và phần phụ phải sau khi cố gắng bảo tồn tử cung không thành công. Diễn tiến hậu phẫu ổn định và bệnh nhân xuất viện sau 5 ngày.

Từ khóa: Xoắn tử cung, mang thai

ABSTRACT

CASE REPORT: UTERINE TORSION IN PREGNANT WOMAN OF 25 GESTATIONAL WEEK- AGE WITH 2 UTERUS AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Chau Khắc Tú¹, Le Sĩ Phương¹, Hoang Viet¹, Ngo Thi Thuy Minh¹

Uterine torsion in pregnancy is a rare but very dangerous complication. The diagnosis of uterine torsion is often difficult due to the rare occurrence of this complication and unspecific clinical symptoms. A pregnant woman of 25 gestational week came to our hospital with a severe abdominal pain, very strong uterine contraction and dead fetus. Urgent cesarean section surgery is performed with a diagnosis of severe placental abruption and the malformation of uterus didelphys. During the caesarean section, we found the pregnant uterus on the right site and the right appendage twisted 180 degrees to the left. The patient was untwisted, undergone the incision in the low part of the uterus to take the dead fetus out, and had a subtotal hysterectomy and right oophorosalphingectomy after unsuccessful attempt to preserve the uterus. The postoperative condition was stable and the patient was discharged after 5 days.

Keywords: Uterine torsion, pregnancy

1. Khoa Sản, BVTW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 29/9/2019; Ngày phản biện (Revised): 27/01/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 20/02/2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Châu Khắc Tú
- Email: ckhactu@gmail.com; SĐT: 0914017518

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý xoắn tử cung, một rối loạn thường gặp trong sản khoa thú y, là một biến chứng hiếm gặp ở phụ nữ mang thai [1]. Sự kết hợp của biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và sự hiếm có của biến chứng này làm cho chẩn đoán trước phẫu thuật rất khó khăn [2]. Xoắn tử cung là một tình trạng hiếm gặp và nguy hiểm, y văn thế giới gọi đây là một chẩn đoán “Once in a lifetime”, bác sĩ sản khoa thường gặp nhiều lần là một lần trong đời[3]. Xoắn tử cung khi mang thai có thể đưa đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong đáng kể của cả mẹ và thai nhi [4,5]. Tuy nhiên, chẩn đoán trước phẫu thuật là rất khó khăn và hầu hết các trường hợp được phát hiện trong khi mổ do hiếm và các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Ở đây chúng tôi trình bày một trường hợp xoắn tử cung đang mang thai 25 tuần ở một bệnh nhân tử cung đôi.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Sản phụ 23 tuổi, mang thai con so 25 tuần, quá trình thai nghén bình thường, bị té sau đó đau bụng nhiều nên vào viện.

Thăm khám lúc vào viện:

- Bệnh nhân đau bụng dữ dội, da niêm mạc xanh tái, toát mồ hôi, vật vã kích thích.

- Mạch: 96 lần/phút Nhiệt: 37°C

Huyết áp: 110/70 mmHg Nhịp thở: 20 lần/phút

- Phổi thường.

- Tim đều rõ, nghe thổi tâm thu nhẹ ở van động mạch chủ.

- BCTC/VB: 26/83 cm

- Go tử cung liên tục cường tính, bụng cứng, hơi gờ lên 1 bên không đối xứng.

- Khám âm đạo: âm đạo có vách ngăn, 2 cổ tử cung, hai tử cung, tử cung bên phải chứa thai khoảng 6 tháng. cổ tử cung dài, kín, ngôi cao.

Xét nghiệm:

Công thức máu: WBC: 23,4 K/ μ L RBC: 2,80 M/ μ L

HGB: 8,5 g/dL HCT: 25,6 % PLT: 384 K/ μ L

Xét nghiệm chức năng đông chảy máu chưa thấy rối loạn.

Sinh hóa máu: trong giới hạn bình thường

Siêu âm thai: 01 thai trong tử cung khoảng 24 tuần, không thấy hoạt động tim thai, Theo dõi nhau

bong non và tử cung đôi.

Bệnh nhân được truyền 02 đơn vị Hồng cầu khối và được chỉ định mổ lấy thai cấp cứu với chẩn đoán: *Thai con so 24 tuần/Nhau bong non thể nặng thai chết/tử cung dị dạng (2 tử cung, 2 cổ tử cung, 2 âm đạo).*

Trong mổ thấy tử cung có thai bên phải lớn bằng thai 6 tháng, xoắn $\frac{1}{2}$ vòng sang trái cùng với phần phụ phải, tím bầm đen toàn bộ, 1 tử cung và phần phụ bên trái bình thường. Tiến hành mở rộng vết mổ, tháo xoắn, xẻ ngang đoạn dưới tử cung lấy ra 01 bé gái, 600 gram, chết tím, rau bong toàn bộ theo thai + dịch ối + máu đen sẫm. Tử cung và phần phụ bên phải tím bầm, nhão nhọt, không hồi phục sau 15' dùng các thuốc go hồi và khâu mũi B Lynch. Tiến hành cắt tử cung bán phần + Phần phụ xoắn bên phải. Đặt 1 lần lưu bên hố chậu trái và đóng bụng.

Sau mổ làm lại CTM: RBC: 2,89 M/ μ L HGB: 8,5 g/dL HCT: 25,7%

Bệnh nhân được truyền tiếp 2 đơn vị hồng cầu khối.

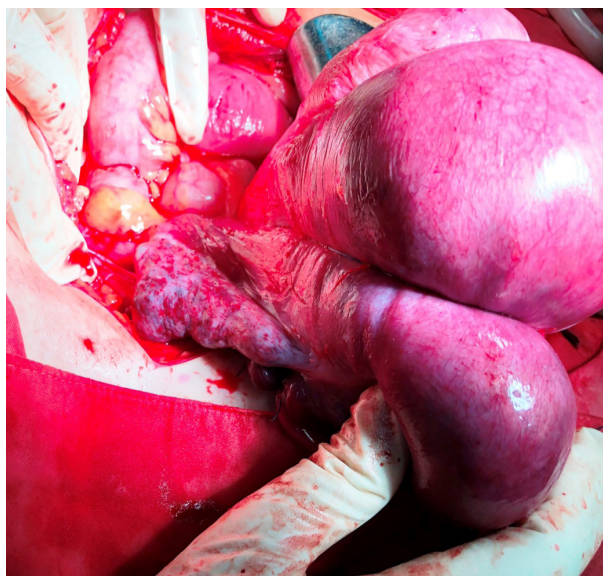
Sau đó làm lại CTM: WBC: 15,55 K/ μ L

RBC: 3,24 M/ μ L HGB: 10,1 g/dL

HCT: 27,3 % PLT: 184 K/ μ L

Xét nghiệm cầm máu tổng quát bình thường.

Diễn tiến sau mổ ổn định và bệnh nhân được xuất viện sau 5 ngày.



Hình 1. Tử cung bên phải sau khi tháo xoắn đã được khâu mũi B Lynch, phần phụ bên phải tím bầm.

Tử cung bên trái bình thường

III. BÀN LUẬN

Xoắn tử cung được định nghĩa là xoay tử cung nhiều hơn 45 độ trên trục dài của nó [6]. Mức độ xoắn thường là 180°, tuy nhiên các trường hợp xoắn từ 60° đến 720° cũng đã được báo cáo trong y văn. Trong 1

nghiên cứu của tác giả JOHN GRONKJER JENSEN, Denmark trên 212 trường hợp xoắn tử cung cho thấy: dưới 90° chiếm 31%; từ trên 90° đến 180° chiếm 58%; từ trên 180° đến 360° chiếm 6%; xoắn hơn 1 vòng chiếm 3%; mức độ xoắn không xác định 2%.

Bảng 1. Triệu chứng xoắn tử cung theo mức độ

Degree of torsion	Total cases	Symptoms mentioned by authors															
												Ob-structed labor		Other symp-toms		No symp-toms	
		Pain		Shock		Intestinal		Urinary		Bleeding		No. %		No. %		No. %	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
90° or less	66	43	65	4	6	10	15	5	8	6	9	7	11	13	20	9	14
>90°-180°	122	91	75	22	18	17	14	10	8	13	11	19	16	35	29	14	11
>180°-360°	14	14	100	6	43	7	50	0	0	1	7	3	21	3	21	0	0
More than one complete turn	6	6	100	6	100	0	0	2	33	1	17	6	100	0	0	0	0
Unknown	4	4	100	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	212	158	75	40	19	34	16	17	8	21	10	35	12	51	24	23	11

• *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 71(1992)

Triệu chứng lâm sàng xoắn tử cung thường đa dạng và ít đặc hiệu, chúng có thể biểu hiện rất nặng như choáng, ngất, hoặc đau ở các mức độ khác nhau từ dữ dội đến cảm giác khó chịu mà thôi. Đôi khi lại biểu hiện dưới các triệu chứng của đường tiêu hóa hoặc tiết niệu do chèn ép... [7],[8]

Chẩn đoán lâm sàng xoắn tử cung trong thai kỳ là rất khó khăn vì hiếm gặp và triệu chứng không đặc hiệu. Sản phụ có thể đau bụng nhiều do go tử cung, chảy máu âm đạo, chuyển dạ đình trệ do yếu tố cổ tử cung, ngôi thai bất thường và suy thai.

Xoắn về phía bên phải tử cung là phổ biến nhất vì giải phẫu sinh lý bình thường tử cung có khuynh hướng lệch phải, nhất là lúc mang thai [9]. Tuy nhiên 1/3 các trường hợp xoắn tử cung vẫn xảy ra bên trái [10].

Trường hợp của chúng tôi cũng xoắn về bên trái. Điều này có thể lý giải vì bệnh nhân có hai tử cung và mang thai ở tử cung bên phải phát triển lệch sang phải, vì vậy khi xoắn chỉ có thể xoắn về bên trái mà thôi.

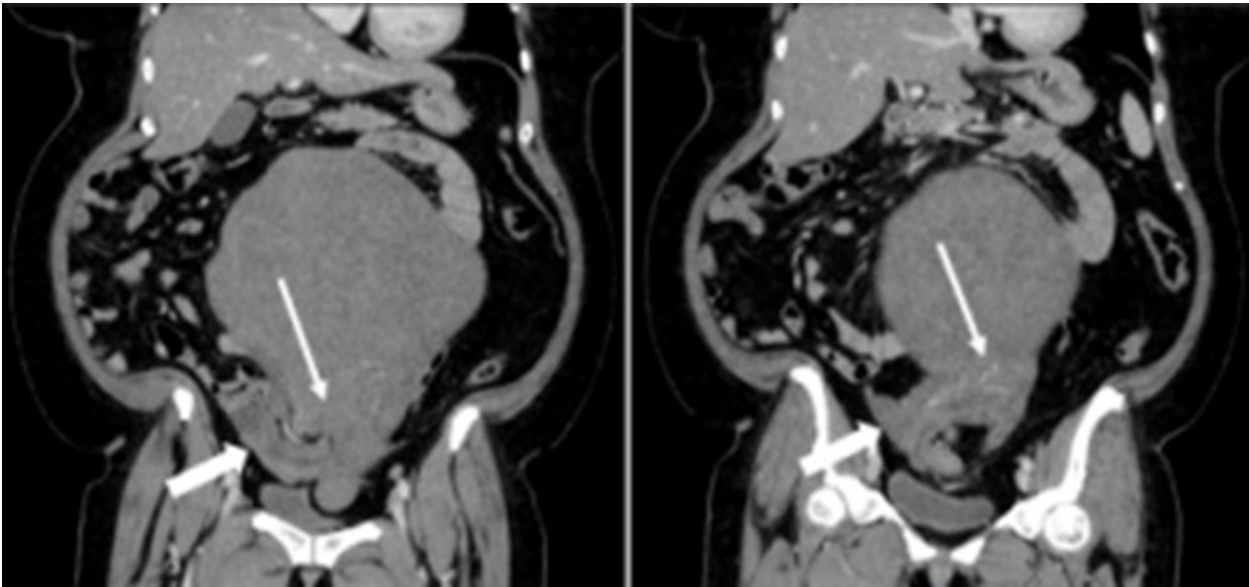
Bệnh nguyên chính xác vẫn chưa được làm sáng tỏ cho đến bây giờ. Có một số trường hợp xoắn tử cung xảy ra ở các bệnh nhân hoàn toàn bình thường,

không có yếu tố khác biệt ý nghĩa gì về độ tuổi, giai đoạn phát triển, về tình trạng mang thai...

Tuy nhiên nhiều biến chứng xoắn tử cung xảy ra đã được báo cáo trong một số trường hợp như dị tật tử cung bẩm sinh, viêm dính hố chậu, các khối u tiểu khung hoặc liên quan đến thai như ngôi thai bất thường, thai tăng hoạt động, ...hoặc mẹ bị chấn thương do ngã té, tai nạn giao thông...

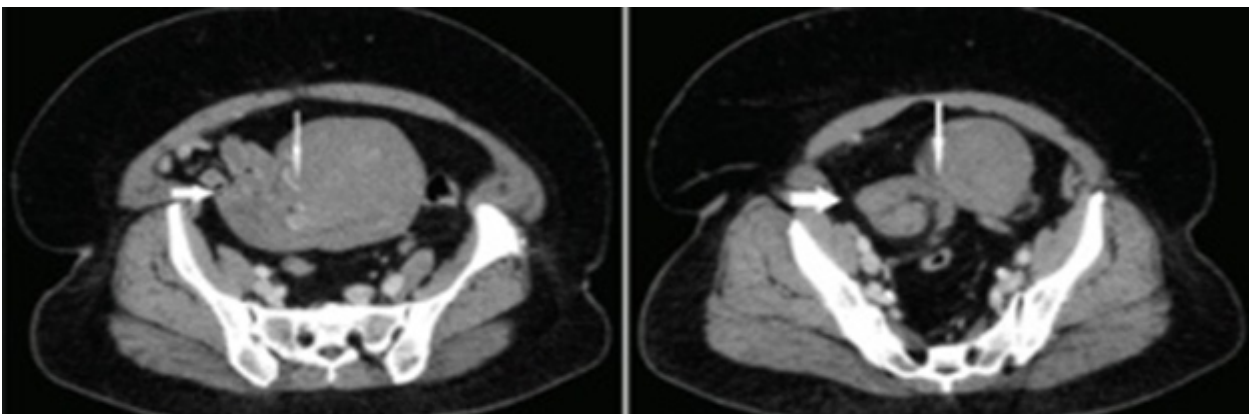
Trường hợp của chúng tôi cũng cho thấy có đau bụng dữ dội, siêu âm có bong nhau và thai chết nên được chẩn đoán là nhau bong non thể nặng. Chính tình trạng xoắn tử cung gây chèn ép trực tiếp tĩnh mạch tử cung và cả tĩnh mạch buồng trứng đưa đến gia tăng áp lực trong bánh nhau do tắc nghẽn tĩnh mạch đưa đến nhau bong non, thai chết.

Về chẩn đoán hình ảnh [11], [12], chụp MRI có thể thấy dấu hình chữ X ở phần trên âm đạo hoặc một âm đạo hẹp ở phần trên. Chụp CT scanner có thể thấy hình ảnh xoắn đoạn dưới tử cung và phần phụ hai bên nằm về một phía của tiểu khung. Siêu âm cũng có thể có một số gợi ý về tình trạng xoắn tử cung như thay đổi vị trí bánh nhau hoặc u xơ tử cung so với siêu âm lúc đầu, mạch máu buồng trứng ở phía trước phần thân dưới tử cung, ngôi thai ở cao bất thường, dấu hiệu nhau bong non, thai suy hoặc thai chết.



Hình 3. Hình chụp CT bụng - chậu (mặt cắt vành) cho thấy xoắn của đoạn dưới tử cung (mũi tên trắng) và phần phụ hai bên ở cùng nửa bên phải tiểu khung (mũi tên trắng đậm).

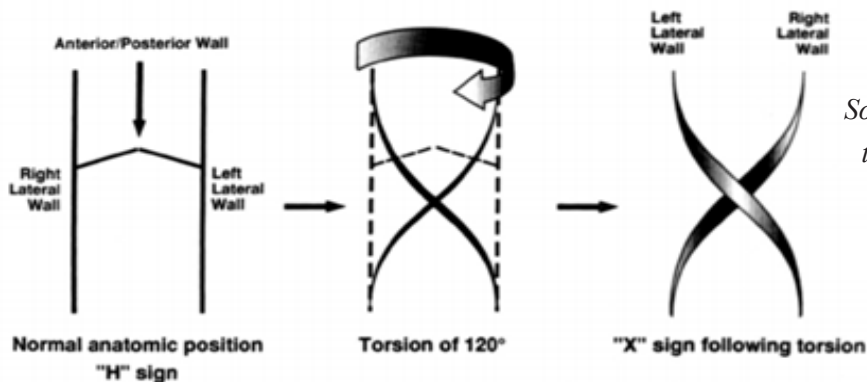
Mặt cắt ngang của chụp CT bụng - chậu



Hình 4. Chụp cộng hưởng từ: Âm đạo teo hẹp (v), niệu đạo (u), và ống hậu môn (a) (mặt cắt ngang).

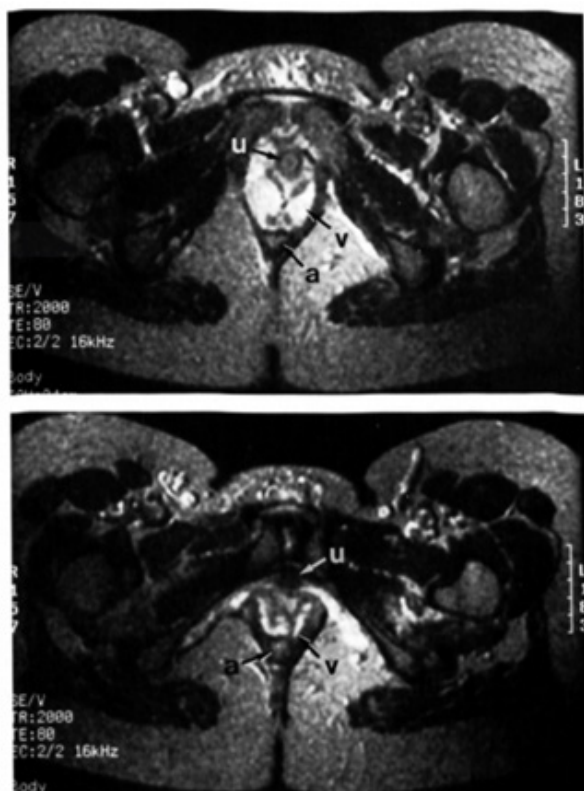
- Hình trên: Giải phẫu bị xoắn lại trong xoắn tử cung (Hình dạng chữ X).

- Hình dưới: Vị trí giải phẫu bình thường của phần dưới âm đạo (Hình dạng chữ H) do âm đạo dưới được cố định tại vị trí âm môn



Sơ đồ 1: Biểu hiện xoắn tử cung theo mức độ của âm đạo trên

Figure 2. Schematic representation of uterine torsion at the level of the upper vagina



Trong mọi trường hợp, chỉ định mổ là cần thiết. Lý tưởng là có thể tháo xoắn tử cung trở về vị trí bình thường rồi mới rạch đoạn dưới tử cung đưa thai ra. Trong trường hợp khó khăn vì thai quá to không thể xoay tử cung lại được thì đường rạch dọc trên tử cung là một lựa chọn an toàn vì vết rạch ngang thấp có thể gây thương tích cho bó mạch tử cung và buồng trứng. Mặc dù xoắn tử cung là rất hiếm, bác sĩ sản khoa nên nghi ngờ khi bệnh nhân có triệu chứng đau bụng cấp tính và suy thai như thể hiện ở các trường hợp nhau bong non.

Các mức độ và thời gian xoắn tử cung là các yếu tố quan trọng góp phần vào tỷ lệ tử vong của thai nhi và mẹ. Tiên lượng của mẹ thường là tốt sau khi điều trị phẫu thuật. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong chu sinh vẫn cao đến mức 12-18%.

Tỷ lệ tử vong mẹ theo tác giả JENSEN, Denmark trên 212 trường hợp xoắn tử cung từ 1976 – 1990 lên đến 9%.

Year	Total cases	Maternal outcome				Per cent cases with torsion >180°
		Recovery	Fatal	Unknown	Per cent mortality	
1876-1899	7	4	2	1	29	0
1900-1929	46	38	8	0	17	13
1930-1959	74	66	8	0	11	16
1960-1990	85	83	1	1	1	1
Total	212	191	19	2	9	8

IV. KẾT LUẬN

Xoắn tử cung tuy rất ít gặp trong thực tế nhưng có thể dẫn tới những biến chứng nguy hiểm cho mẹ và thai. Nó gần như luôn luôn là một chẩn đoán bất ngờ trong khi phẫu thuật lấy thai cấp cứu, cần nghĩ tới xoắn tử cung trong những trường hợp đau bụng và choáng không rõ nguyên nhân ở những bệnh nhân mang thai có các yếu tố làm dễ như dị tật tử cung bẩm sinh, viêm dính hố chậu, các khối u tiểu khung

hoặc liên quan đến thai như ngôi thai bất thường, thai tăng hoạt động, hoặc mẹ bị chấn thương do ngã té, tai nạn giao thông. Mức độ nghi ngờ cao và xử trí kịp thời là những yếu tố quan trọng góp phần tiên lượng tốt để giải quyết tốt tình trạng xoắn tử cung. Điều quan trọng là xác định mức độ của xoắn và vị trí của vết mổ tử cung (cho dù là thành trước hoặc thành sau của tử cung) để tránh các biến chứng làm tổn thương các mạch máu tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nesbitt REL, Comer GW. Torsion of the human pregnant uterus. Obstet Gynecol Survey, 1956;11:311-332.
2. Visser AA, Giesteira MVK, Heyns A et al. Torsion of the human pregnant uterus. Case reports. Br J Obstet Gynaecol 1983;90:87-89.
3. Kremer JA, van Dongen PW. Torsion of the pregnant uterus with a change in placental localization on ultrasound; a case report. EJOG 1989;31:273-275.
4. Wilson D, Mahalingham A, Ross S. Third trimester uterine torsion: case report. JOGC 2006;28:531-535.
5. Jensen JG. Uterine torsion in pregnancy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1992;71:260-265.
6. Dandawate B, Carpenter T. Asymptomatic torsion of pregnant uterus. Obstetric case reports 2006;26:375-376.
7. O'Grady JP. Malposition of the uterus, Uterine torsion <http://Emedicine.medscape.com> updated 22 July 2013
8. Khaskheli M, Baloch S, Malik AM. Torsion of full term pregnant uterus with huge ovarian cyst, J Obstet Gynecol India 2010 ;60:341-342.
9. Farhadifar F, Bahram N, Shahgheibi S, Soofizadeh N, Rezaie M. Asym-ptomatic uterine torsion in a pregnant woman. Indian J Surg 2014;76:321-322.
10. Barber HRK, Graber EA. Uterine torsion during pregnancy. Surgical disease in pregnancy. Philadelphia:WB Sauncers Co Ltd, 1974:387-388.
11. Nicholson WK, Coulson CC, McCoy MC, Semelka RC. Pelvic magnetic resonance imaging in the evaluation of uterine torsion. Obstetrics and Gynecology 1995; 888-890.
12. Koh KS, Bradford CR. Uterine torsion in pregnancy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1977;71:260-265.