

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Khuyết sọ mỏ lấy thai: Tổng quan về triệu chứng, chẩn đoán, thực trạng, một số yếu tố liên quan và điều trị

Đoàn Thị Thùy Dương^{1*}, Bùi Thị Thu Hà¹, Lê Thị Vui¹

TÓM TẮT

Báo cáo tổng quan này được thực hiện để mô tả triệu chứng, chẩn đoán, tỷ lệ mắc, yếu tố nguy cơ và điều trị khuyết sọ mỏ lấy thai (KSMLT). Tổng số 44 báo cáo đưa vào tổng quan được lấy từ PubMed vào tháng 8/2022. Kết quả cho thấy siêu âm âm đạo đầu dò và chụp tử cung vòi trứng có cân quang là hai biện pháp phổ biến nhất, thường được dùng bổ trợ lẫn nhau trong chẩn đoán. Tỷ lệ có KSMLT dao động từ 19% - 84%. Triệu chứng phổ biến bao gồm chu kỳ kinh nguyệt bất thường, ra máu bất thường sau hành kinh, đau bụng dưới hay hạ vị, đau bụng khi có kinh nguyệt và vô sinh. Yếu tố cá nhân (lần sinh, số lần mổ đẻ, tiền sử đái tháo đường, tử cung ngả sau, chỉ số khối cơ thể mẹ) và yếu tố về dịch vụ y tế (kỹ thuật khâu lúc mổ, thời gian chuyển dạ kéo dài, sử dụng kháng sinh dự phòng) có liên quan đến KSMLT. Điều trị bao gồm cả nội và ngoại khoa, tuy nhiên chỉ nên thực hiện khi có các triệu chứng ảnh hưởng đến sức khỏe. Việt Nam có tỷ lệ mổ đẻ cao và có rất ít nghiên cứu về KSMLT. Do vậy cần tiến hành nghiên cứu về chủ đề này trong giai đoạn tới.

Từ khóa: khuyết sọ mỏ lấy thai, mổ lấy thai, vô sinh, đau bụng dưới, ra máu bất thường giữa hai chu kỳ kinh.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ đẻ mổ ở mức 9% - 16% là mức tốt nhất cho sức khỏe của cả bà mẹ và trẻ em. Tỷ lệ đẻ mổ, nếu ít hơn là sự hạn chế trong tiếp cận dịch vụ cấp cứu bà mẹ, nhưng nhiều hơn lại đem lại ảnh hưởng sức khỏe không đáng có cho cả bà mẹ và trẻ em (1). Tỷ lệ đẻ mổ trên toàn thế giới năm 2021 là 21,1%.

Đẻ mổ không vì lý do y tế có thể khiến cả bà mẹ và trẻ em gặp nhiều ảnh hưởng sức khỏe ngay lập tức cũng như về lâu dài. Một trong những ảnh hưởng tới bà mẹ được đề cập tới là khuyết sọ mỏ lấy thai (KSMLT). Một số triệu chứng, biến chứng phổ biến ảnh hưởng đến bà mẹ bao gồm chu kỳ kinh nguyệt bất thường, ra máu bất thường sau hành kinh, đau bụng dưới hay hạ vị, đau bụng khi có kinh

nguyệt và vô sinh (2). Bệnh nhân thường phải đi khám nhiều nơi, tư vấn nhiều bác sĩ trước khi được xác định có KSMLT (3). KSMLT lớn cũng làm tăng nguy cơ vỡ tử cung so với người không có hoặc có (4).

Tại Việt Nam, KSMLT chưa được đề cập nhiều, nghiên cứu, báo cáo về chủ đề này còn hạn chế. Báo cáo tổng quan này được thực hiện nhằm rà soát các báo cáo hiện tại về chẩn đoán, triệu chứng, thực trạng, liên quan và điều trị KSMLT.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp tổng quan

Tổng quan tổng hợp. Các bài báo được tìm kiếm trên hệ thống PubMed ngày 18/8/2022,



*Địa chỉ liên hệ: Đoàn Thị Thùy Dương

Email: dtt@huph.edu.vn

¹Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 05/6/2022

Ngày phản biện: 20/6/2022

Ngày đăng bài: 30/6/2022

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0603SKPT22-040>

sử dụng từ khóa về KSMLT, tìm bằng tiếng Anh với các từ khóa bao gồm: cesarean scar defect, uterine scar defect, uterine diverticulum, isthmocele, uterine niches, or sacculation.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bài báo có nội dung về chẩn đoán, triệu chứng, tỷ lệ, yếu tố liên quan và điều trị được ghi nhận trên hệ thống Pubmed từ năm 2000 trở lại đây, tiếng anh. Tiêu chí loại trừ: bài tổng quan tổng hợp không rõ phương pháp, bài bình luận, báo cáo kỹ thuật, báo cáo trường hợp, video, đề cương.

Trên Pubmed có 56 báo cáo được tìm thấy theo các từ khóa đã xác định. Các báo cáo này được rà soát theo tiêu đề (còn lại 41 báo cáo), tóm tắt (còn lại 37), và nội dung chi tiết (còn lại 34, bỏ 3 tổng quan không có phương pháp chi tiết). Thêm vào đó, nhóm nghiên cứu rà soát tài liệu tham khảo và bổ sung thêm 10 báo cáo phù hợp. Do vậy, tổng số 44 bài báo được đưa vào trong báo cáo này và được tổng hợp theo nội dung về chẩn đoán, triệu chứng, tỷ lệ, yếu tố liên quan, điều trị.

KẾT QUẢ

Đặc điểm báo cáo

Theo thời gian, có 19/44 báo cáo được xuất bản trong vòng 5 năm trở lại đây, 33/44 trong vòng 10 năm trở lại đây. Về thiết kế, hơn một nửa là báo cáo tổng quan (25/44), 13/44 là thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, còn lại là thiết kế thuần tập, bệnh chứng hoặc cắt ngang. Các nghiên cứu can thiệp thực hiện trên cỡ mẫu nhỏ, từ 50 – 300 bệnh nhân. Về chủ đề, 25/44 nghiên cứu có phân tích yếu tố liên quan. Tuy nhiên đa số (20/25) tập trung vào tổng quan hoặc về đặc điểm dịch vụ y tế để có thể cải thiện như kỹ thuật khâu, loại chỉ khâu. Rất ít các nghiên cứu phân tích về yếu tố cá nhân bà mẹ. Có 10/44 nghiên cứu xác định tỷ lệ mắc, 8/44 nghiên cứu về các phương pháp điều trị.

Phần sau đây sẽ trình bày về chẩn đoán, triệu chứng, tỷ lệ mắc, yếu tố liên quan và phương pháp điều trị KSMLT.

Khái niệm và chẩn đoán

Sau khi mổ lấy thai, vết mổ ít khi lành hẳn, nội mạc tử cung hay một phần cơ của thành trước tử cung bị mất liên tục, tạo thành các vùng lõm nằm ở mặt trước đoạn eo tử cung còn gọi là KSMLT. KSMLT được phát hiện bằng siêu âm âm đạo đầu dò (transvaginal sonography, viết tắt là TVS), chụp tử cung vòi trứng có cản quang (Hysterosalpingography, viết tắt là HSG), soi tử cung (direct visualization with hysteroscopy) hay chụp cộng hưởng từ. Siêu âm âm đạo đầu dò và chụp tử cung vòi trứng có cản quang là hai biện pháp phổ biến nhất, thường được dùng bổ trợ lẫn nhau. Cho đến nay chưa có tiêu chuẩn thống nhất để chẩn đoán xác định KSMLT. Một số tác giả mô tả KSMLT là vùng cơ tử cung bị mỏng đi, vùng không phản âm (anechoic area) có bề dày ít nhất 1mm và vết lõm cơ tử cung ít nhất 2mm tại phía sẹo mổ (5). Một số tác giả khác phân loại thành KSMLT lớn và nhỏ. KSMLT lớn được xác định khi cơ tử cung bị xâm lấn hơn 50% (6) hoặc bề dày của cơ tử cung > 2.2 mm khi chẩn đoán bằng TVS và lớn hơn > 2,5 mm khi chẩn đoán bằng SHG (7). Cũng có nghiên cứu sử dụng mức bề dày cơ tử cung > 3mm khi chẩn đoán bằng SHG (5).

Chụp tử cung vòi trứng có cản quang: KSMLT được sàng lọc bằng HSG. Tỷ lệ KSMLT được xác định bằng HSG lớn hơn so với TVS (58% - 85% so với 33%–70%) (4). Trong tất cả các nghiên cứu so sánh, SHG có độ nhạy lớn hơn TVS (5, 7-9) và KSMLT dày hơn, lớn hơn khi sử dụng SHG (5, 8). Siêu âm âm đạo bằng đầu dò thường được sử dụng để khẳng định kết quả từ HSG do khả năng xác định vùng khuyết sẹo không phản âm (6-8, 10-11). Thời gian tốt nhất để thực hiện TVS là lúc bắt đầu rụng trứng, khi đó sự gia tăng của máu vào vết khuyết, tăng khả năng chuẩn đoán, không cần dùng siêu âm bơm nước buồng tử cung (8,12).

Triệu chứng

KSMLT thường không có triệu chứng. Bệnh nhân thường đi khám nhiều nơi, tư vấn nhiều bác sĩ trước khi được xác định có KSMLT (3). Một số triệu chứng được mô tả bao gồm chu kỳ kinh nguyệt bất thường, ra máu bất thường sau hành kinh, đau bụng dưới hay hạ vị, đau bụng khi có kinh nguyệt và vô sinh. Với những phụ nữ có triệu chứng này thì tỷ lệ chuẩn đoán KSMLT cao hơn nhóm không có (3). Tuy nhiên, cách xác định triệu chứng này chưa được đề cập đầy đủ trong các nghiên cứu về KSMLT.

Chu kỳ kinh nguyệt bất thường: Trong số phụ nữ được chẩn đoán có KSMLT, tỷ lệ có chu kỳ kinh nguyệt bất thường dao động từ 28,9% đến 82% (3). Có nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa chu kỳ kinh nguyệt bất thường và khuyết sẹo mổ lấy thai (3, 5) tuy nhiên cũng có nghiên cứu cho thấy không có liên quan (13). Phần lớn các nghiên cứu đã thực hiện trên nhóm phụ nữ có triệu chứng phụ khoa nên tỷ lệ chu kỳ kinh nguyệt bất thường có thể cao hơn so với thực tế. Phụ nữ có KSMLT bị ra máu bất thường có thể do các cơ quanh vùng sẹo giảm co bóp, giảm thoát máu kinh, máu kinh nguyệt tích tụ lại tại vùng khuyết, do giãn mao mạch hoặc do rụng nội mạc tử cung (3).

Ra máu bất thường sau hành kinh: Khoảng 63,8% - 82% phụ nữ bị ra máu bất thường sau khi hành kinh được chẩn đoán có KSMLT (3). Nguyên nhân có thể do niêm mạc tử cung vùng khuyết sẹo mổ lấy thai bong chậm hoặc tái tạo chậm (10). Kích cỡ của khuyết sẹo càng lớn thì nguy cơ ra máu bất thường sau hành kinh càng cao (10).

Đau bụng dưới: 39,6% bệnh nhân bị đau bụng

dưới kinh niên được xác định có KSMLT, có thể là do co kéo hoặc lạc nội mạc tử cung tại sẹo mổ lấy thai (10).

Đau bụng kinh: Khoảng 53,1% phụ nữ bị đau bụng kinh được chẩn đoán có KSMLT (10).

Vô sinh: Sự hiện diện của máu đọng vùng khuyết, sự xâm nhiễm tế bào lympho, sự co kéo đoạn dưới và co bóp kém vùng cơ quanh sẹo làm thay đổi chất nhầy cổ tử cung, gây phản ứng viêm mạn tính cản trở sự di chuyển của tinh trùng qua ống cổ tử cung, giảm khả năng thụ tinh hoặc cản trở sự làm tổ của phôi (12, 14). Do đó, KSMLT liên quan đến giảm khả năng mang thai và khoảng cách giữa các lần sinh lớn. Một phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ mang thai giảm 9%, tỷ lệ sinh giảm 11% ở những người đẻ mổ so với sinh thường (15). Nghiên cứu khác trên 1.047.644 phụ nữ sinh con lần đầu có nguy cơ thấp, tỷ lệ sinh sau đó giảm 19% ở phụ nữ đẻ mổ chủ động có chỉ định và 9% ở phụ nữ đẻ mổ cấp cứu so với phụ nữ sinh qua đường âm đạo (16). Tuy nhiên hiện chưa xác định rõ cơ chế KSMLT ảnh hưởng đến giảm tỷ lệ sinh.

Tỷ lệ mắc

Do KSMLT thường được phát hiện ngẫu nhiên bằng siêu âm đầu dò và không có triệu chứng, tỷ lệ KSMLT có triệu chứng chưa được xác định (3). Nghiên cứu tổng quan của Tulandi 2016 cho thấy khoảng 24% - 70% trường hợp bệnh phát hiện ra từ siêu âm đầu dò, 56% - 84% từ chụp tử cung vòi trứng có cản quang trong nhóm phụ nữ mổ đẻ (3). Nghiên cứu năm 2018 cho thấy KSMLT dao động trong khoảng 19% - 84% (17). Bảng sau đây tổng hợp tỷ lệ mắc theo thiết kế nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu và phương pháp đo với nghiên cứu có cỡ mẫu hơn 200.

Bảng 1. Tỷ lệ KSMLT từ một số nghiên cứu

Tác giả	Loại nghiên cứu	Mẫu	Đối tượng nghiên cứu	Kết quả	
				Siêu âm đầu dò (%)	Chụp tử cung vòi trứng (%)
Antila-Långsjö và cộng sự, 2018 (18)	Thuần tập	371	Phụ nữ tham gia sau mổ đẻ 3 ngày và đánh giá khuyết sọ mổ vào 6 tháng sau đó.	22,4	45,6
Bij de Vaate và cộng sự, 2011 (8)	Thuần tập	225	Phụ nữ tham gia sau mổ đẻ 3 ngày và đánh giá khuyết sọ mổ vào 6 - 12 tháng sau đó.	24,0	56,0
van der Voet và cộng sự, 2014 (5)	Thuần tập	263	Phụ nữ mổ đẻ tham gia nghiên cứu và đánh giá khuyết sọ mổ vào 6 – 12 tuần sau mổ	49,6	64,5
Osser và cộng sự, 2009 (7)	Bệnh – chứng	287	Phụ nữ được đánh giá vào 6-9 tháng sau sinh, 125 đẻ thường, còn lại đẻ mổ	61%, 81%, 100%	với phụ nữ có mổ, 0% với phụ nữ đẻ thường
Park và cộng sự, 2018 (19)	Bệnh - chứng	404	Phụ nữ có tiền sử đẻ mổ, không mô tả rõ thời gian từ khi đẻ đến lúc chẩn đoán	73,8	

Một số yếu tố liên quan

Yếu tố cá nhân

Các yếu tố liên quan được đưa vào phân tích bao gồm: tuổi mẹ (18, 19), tuổi thai khi sinh (18, 19), mổ cấp cứu/mổ chủ động (18), cân nặng của trẻ khi sinh (18), hút thuốc lá trong thời gian mang thai (18), đái tháo đường (18), BIM trước khi mang thai (18, 19), BMI tại thời điểm sinh (18, 19), thay đổi cân nặng trong thời gian mang thai (18, 19), vị trí tử cung ngả trước/ngả sau, số con cơ khi mổ đẻ (0, 1-4, >=5) (18), mổ đẻ (18), đa thai/đơn thai (18, 19), tiền sản giật (18, 19), trung bình thời gian chuyển dạ (18, 19), sử dụng Oxytocin trong chuyển dạ (18, 19), lần sinh (18, 19), truyền máu (19). Cụ thể:

Lần sinh

Nghiên cứu của Antila 2018 cho thấy bà mẹ sinh lần 2 trở lên có nguy cơ có KSMLT cao

hơn 54% so với bà mẹ sinh lần đầu (OR = 1,54, 1,22 – 1,93, p = 0,001). Tuy nhiên, phân tích đa biến không còn ý nghĩa thống kê (18).

Tiền sử đái tháo đường

Cũng trong nghiên cứu của Antila 2018, phân tích hai biến cho thấy bà mẹ có tiền sử đái tháo đường có nguy cơ có khuyết sọ mổ lấy thai cao hơn 73% so với mà mẹ không bị đái tháo đường (OR=1,73; 95%CI, 1,02- 2,92, p=0,042). Phân tích đa biến cho thấy sự khác biệt này không còn ý nghĩa thống kê (18). Nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy không có sự khác biệt (19).

Số lần mổ đẻ

Số lần mổ đẻ càng nhiều thì nguy cơ KSMLT càng lớn (3, 10, 11). Ví dụ nghiên cứu của Osser cho thấy tỷ lệ KSMLT lần lượt là 61%, 81% và 100% ở phụ nữ mổ 1 lần, 2 lần và 3 lần (7). Nghiên cứu của Antila 2018 cho thấy

tỷ suất chênh mắc KSMLT giữa nhóm mổ 1 lần và 2 lần trở lên là 3,14 (OR= 3,14; 95%CI: 1,90 – 5,17; $p < 0,001$) (18). Nghiên cứu của Wang 2009 cho thấy số lần mổ càng cao thì kích cỡ KSMLT càng lớn (10). Tuy nhiên nghiên cứu của Monteagudo et al (20) và nghiên cứu của Park (19) cho thấy không có sự khác biệt.

Tử cung ngã sau

Nghiên cứu của Ofili thì tử cung ngã sau có nguy cơ bị KSMLT cao gấp 2,4 lần so với tử cung ngã trước (6). Nghiên cứu của Antila 2018 cho thấy phụ nữ có tử cung ngã sau có nguy cơ có KSMLT cao gấp 56% so với phụ nữ không có (OR = 1,56, 1,00 – 2,44, $p = 0,045$). Tuy nhiên sự khác biệt này không còn ý nghĩa khi phân tích đa biến (18). Nghiên cứu của Wang 2009 và Osseur 2010 cho thấy người có tử cung ngã sau có khuyết sẹo lớn hơn (10, 11).

Chỉ số khối cơ thể mẹ

Nghiên cứu của Antila 2018 cho thấy phụ nữ có chỉ số khối cơ thể trước và tại thời điểm sinh cao đều làm tăng 6% nguy cơ có KSMLT (OR= 1,06; 95CI: 1,01 – 1,11, $p = 0,012$) (18). Tuy nhiên nghiên cứu của Park lại không chỉ ra mối liên quan (19).

Yếu tố dịch vụ y tế

Yếu tố dịch vụ y tế được đề cập đến bao gồm kỹ thuật khâu, thời gian chuyển dạ tích cực kéo dài, thời điểm mổ và sử dụng kháng sinh dự phòng.

Kỹ thuật khâu, chỉ khâu

Khâu 1 lớp so với khâu 2 lớp: Nghiên cứu năm 2017 cho thấy nhóm khâu 1 lớp có tỷ lệ mắc KSMLT tương tự như nhóm khâu 2 lớp (25% so với 43%; RR: 0,77, 95% CI: 0,36-1,64) (21). So với nhóm khâu 2 lớp, phụ nữ khâu 1 lớp có lớp cơ tử cung trên khuyết MRT mỏng hơn khi siêu âm (21). Phân tích gộp của Marchand 2021 cho thấy tỷ lệ có KSMLT ở thời điểm 6 tháng, 6 – 24 tháng sau mổ cao

hơn đáng kể trong nhóm khâu 2 lớp so với khâu 1 lớp (22). Nghiên cứu thuần tập năm 2006 cho thấy khâu toàn bộ 1 lớp làm giảm tỷ lệ KSMLT hơn so với khâu một phần (không khâu lớp niêm mạc) (23). Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy rằng khâu 2 lớp làm giảm nguy cơ KSMLT so với khâu 1 lớp (24). Tuy nhiên các nghiên cứu khác không cho thấy mối liên quan giữa khâu 1 lớp hay 2 lớp (11, 19, 25-26).

Khóa và không khóa vết khâu: Nghiên cứu của Yasmin cho thấy khóa lớp đầu tiên có liên quan tới giảm độ dày lớp cơ tử cung, tuy nhiên không có sự khác biệt về KSMLT ở hai nhóm (27). Nghiên cứu của Ceci (28) cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ KSMLT giữa nhóm khâu 1 lớp khóa liên tiếp và nhóm khâu 1 lớp khóa ngắt quãng nhưng khâu 1 lớp khóa liên tiếp có liên quan với khuyết sẹo lớn hơn (10, 28). Một số nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng khác cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ có KSMLT giữa nhóm có khóa và không khóa vết khâu (25, 26, 29).

Nghiên cứu thuần tập của Hosseini cho thấy phụ nữ sau mổ được khâu bằng chỉ vicryl có giảm nguy cơ có KSMLT sau 6 tháng so với chỉ catgut (30). Thử nghiệm lâm sàng của Saccone 2022 cho thấy sử dụng chỉ tự tiêu để khâu vết mổ cũng không làm giảm tỷ lệ KSMLT sau đó (31). Một số thử nghiệm lâm sàng khác về kỹ thuật khâu, ví dụ kỹ thuật Turan có thể làm giảm KSMLT trong thời gian ngắn (32, 33).

Giai đoạn chuyển dạ tích cực kéo dài

Giai đoạn chuyển dạ tích cực kéo dài trên 5 tiếng làm tăng nguy cơ tạo KSMLT thêm 6% (OR=1,06; 95%CI: 1,01-1,11, $p = 0,03$) (18).

Mổ khi cổ tử cung đã mở quá 5cm

Mổ khi cổ tử cung đã mở quá 5cm có liên quan đến khuyết sẹo lớn sau mổ (11, 34, 35). Mối liên quan này được giải thích do ngôi thai xuống sâu, lớp cơ tử cung mỏng và khả năng phục hồi kém (3).

Dự phòng bằng kháng sinh

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng tại Trung Quốc năm 2022 cho thấy truyền tĩnh mạch azithromycin 500 mg và 1 liều kháng sinh dự phòng cefuroxime khi làm phẫu thuật có thể giảm nguy cơ mắc KSMLT sau này (36).

Điều trị

Điều trị được chia thành điều trị ngoại khoa hoặc điều trị nội khoa.

Điều trị ngoại

Điều trị ngoại bao gồm mổ nội soi vùng bụng xử trí vùng khuyết (laparoscopy), phẫu thuật xử trí KSMLT đường âm đạo (vaginal surgery), nội soi buồng tử cung chẩn đoán (hysteroscopy). Phân tích gộp năm 2019 của He cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả của các phương pháp này trong việc giảm triệu chứng của KSMLT (37).

Phẫu thuật soi buồng tử cung sửa KSMLT: Đây là biện pháp phổ biến nhất để điều trị KSMLT (3). Phân lớp các nghiên cứu cho thấy hiệu quả của biện pháp này trong việc giảm ra máu bất thường sau hành kinh từ 59% - 100%, tăng khả năng mang thai từ 37,5% to 100% (38-42). Tuy nhiên phương pháp này cũng tăng nguy cơ làm thủng tử cung hoặc tổn thương bàng quang. Để tránh những nguy cơ này, Chang 2009 khuyến nghị cắt lớp cơ tử cung dưới 2mm (39), trong khi các tác giả gần đây hơn khuyến nghị cắt lớp cơ tử cung dưới 2.5mm (41, 42).

Nghiên cứu khác cho thấy sau can thiệp, các triệu chứng ra máu bất thường, đau bụng dưới hoặc vô sinh thứ phát giảm 78,8% (95%CI: 72,5-85,8). Tuy nhiên các nghiên cứu không đồng nhất và còn nhiều sai số, cần nhiều nghiên cứu chất lượng và có thể so sánh với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi sau mổ cao hơn để xác định hiệu quả của can thiệp (2).

Mổ nội soi vùng bụng xử trí vùng khuyết: Đây là phương pháp được khuyến nghị khi độ dày

của RMT ở mức 2 – 3 mm (43). Phương pháp này cải thiện hiện tượng ra máu âm đạo bất thường trong 86% số trường hợp và tăng 55% tỷ lệ mang thai (44).

Phẫu thuật xử trí KSMLT đường âm đạo: Phương pháp này giảm hiện tượng ra máu bất thường hơn so với phẫu thuật soi buồng tử cung (93,5% so với 64,5%) nhưng thời gian mổ kéo dài, tăng lượng máu mất khi mổ (45). Tuy vậy những nghiên cứu này đều không phải thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (3, 44, 45).

Điều trị nội khoa

Nghiên cứu trên 11 bệnh nhân, điều trị nội khoa với 0.5 mg norgestrel và 0.05 mg ethinyl estradiol cho thấy có thể giảm ra máu bất thường ở 10 bệnh nhân (46). Tuy nhiên so với điều trị hóc môn, điều trị ngoại bằng phẫu thuật soi buồng tử cung giảm thời gian chảy máu và giảm đau bụng dưới tốt hơn (3, 40).

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trình bày chuẩn đoán, triệu chứng, tỷ lệ, các yếu tố cá nhân và dịch vụ y tế có liên quan đến KSMLT và phương pháp điều trị. Với nguồn lực hạn chế, tổng quan chỉ giới hạn tìm kiếm các tài liệu trên Pubmed mà chưa tìm kiếm tài liệu từ các nguồn tài liệu khác. Nghiên cứu tiếp theo có thể bổ sung thêm các nguồn dữ liệu khác như EMBASE hay MEDLINE. Kết quả cho thấy hơn một nửa báo cáo là nghiên cứu tổng quan, kết quả về yếu tố liên quan, phương pháp điều trị cũng chưa nhất quán, do vậy cần nhiều hơn nữa các nghiên cứu thực nghiệm về các nội dung này.

Ngoài nghiên cứu tổng quan, các nghiên cứu còn lại khuyết sẹo mổ lấy thai chủ yếu là thuận tập hoặc bệnh chứng. Tuy nhiên hơn một nửa các nghiên cứu này có nguy cơ sai số cao vì thiếu định nghĩa về đối tượng nghiên cứu, không rõ tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ, tiêu chuẩn đánh giá khuyết, tiêu chuẩn

đánh giá các triệu chứng đi kèm hoặc không đánh giá nhiều. Đa số các nghiên cứu đã thực hiện không có nhóm chứng và cỡ mẫu nhỏ.

Về điều trị, khuyết sẹo mổ lấy thai không cần điều trị nếu không đi kèm các triệu chứng. Điều trị khuyết sẹo mổ lấy thai có thể được tiến hành sau khi loại bỏ tất cả các nguyên nhân khác dẫn tới ra máu kinh bất thường hay vô sinh. Hiệu quả của các can thiệp điều trị vẫn còn cần được quan sát thêm, quyết định điều trị khuyết sẹo mổ và phương pháp áp dụng vẫn phải dựa vào từng cá nhân cho đến khi có bằng chứng cụ thể.

Điều trị ngoại khoa chỉ được nên áp dụng với phụ nữ có triệu chứng, muốn giữ lại tử cung và phụ nữ không có triệu chứng nhưng muốn có con trong tương lai (17). Tuy nhiên không có biện pháp nào tốt hơn biện pháp nào và cần thảo luận kỹ càng với bệnh nhân. Cần nhiều nghiên cứu hơn nữa để so sánh và xác định lợi ích cũng như nguy cơ của mỗi biện pháp điều trị (17).

Khuyết sẹo mổ lấy thai là chủ đề mới và chưa được nghiên cứu nhiều tại Việt Nam. Trong bối cảnh Việt Nam có tỷ lệ mổ lấy thai cao (47, 48), rất cần có các nghiên cứu tiếp theo về thực trạng, yếu tố nguy cơ từ phía dịch vụ y tế, phương pháp điều trị để giảm tỷ lệ khuyết sẹo mổ lấy thai cũng như các triệu chứng do khuyết sẹo mổ lấy thai mang lại.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trình bày chuẩn đoán, triệu chứng, tỷ lệ, các yếu tố cá nhân và dịch vụ y tế có liên quan đến KSMLT và phương pháp điều trị. Hiện chưa có các nghiên cứu về khuyết sẹo mổ lấy thai tại Việt Nam và cần được tiến hành trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, et al. What is the optimal rate of caesarean section at

- population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12:57.
2. Al Mutairi BH, Alrumaih I. Hysteroscopy in the Treatment of Myometrial Scar Defect (Diverticulum) Following Cesarean Section Delivery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2020;12(11):e11317.
3. Tulandi T, Cohen A. Emerging Manifestations of Cesarean Scar Defect in Reproductive-aged Women. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(6):893-902.
4. Roberge S, Boutin A, Chaillet N, et al. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterine scar defect. *Am J Perinatol*. 2012;29(6):465-471.
5. van der Voet LF, Bij de Vaate AM, Veersema S, Brölmann HA, Huirne JA. Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar: a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding. *Bjog*. 2014;121(2):236-244.
6. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, et al. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008;31(1):72-77.
7. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L. High prevalence of defects in Cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34(1):90-97.
8. Bij de Vaate AJ, Brölmann HA, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne JA. Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37(1):93-99.
9. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop CH. Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound. *Obstet Gynecol*. 2003;101(1):61-65.
10. Wang CB, Chiu WWC, Lee CY, Sun YL, Lin YH, Tseng CJ. Cesarean scar defect: correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2009;34(1):85-89.
11. Vikhareva Osser O, Valentin L. Risk factors for incomplete healing of the uterine incision after caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010;117(9):1119-1126.
12. Fabres C, Aviles G, De La Jara C, et al. The cesarean delivery scar pouch: clinical implications and diagnostic correlation between

- transvaginal sonography and hysteroscopy. *J Ultrasound Med.* 2003;22(7):695-700; quiz 701-692.
13. Valenzano MM, Lijoi D, Mistrangelo E, Costantini S, Ragni N. Vaginal ultrasonographic and hysterosonographic evaluation of the low transverse incision after caesarean section: correlation with gynaecological symptoms. *Gynecologic and obstetric investigation.* 2006;61(4):216-222.
 14. Gubbini G, Centini G, Nascetti D, et al. Surgical hysteroscopic treatment of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: prospective study. *Journal of minimally invasive gynecology.* 2011;18(2):234-237.
 15. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim C, et al. Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction.* 2013;28(7):1943-1952.
 16. Gurol-Urganci I, Cromwell D, Mahmood T, van der Meulen J, Templeton A. A population-based cohort study of the effect of Caesarean section on subsequent fertility. *Human reproduction.* 2014;29(6):1320-1326.
 17. Setubal A, Alves J, Osório F, et al. Treatment for Uterine Isthmocele, A Pouchlike Defect at the Site of a Cesarean Section Scar. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(1):38-46.
 18. Antila-Långsjö RM, Mäenpää JU, Huhtala HS, Tomás EI, Staff SM. Cesarean scar defect: a prospective study on risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(5):458.e451-458.e458.
 19. Park IY, Kim MR, Lee HN, Gen Y, Kim MJ. Risk factors for Korean women to develop an isthmocele after a cesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):162-162.
 20. Monteagudo A, Carreno C, Timor-Tritsch IE. Saline infusion sonohysterography in nonpregnant women with previous cesarean delivery: the “niche” in the scar. *J Ultrasound Med.* 2001;20(10):1105-1115.
 21. Di Spiezio Sardo A, Saccone G, McCurdy R, Bujold E, Bifulco G, Berghella V. Risk of Cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(5):578-583.
 22. Marchand GJ, Masoud A, King A, et al. Effect of single- and double-layer cesarean section closure on residual myometrial thickness and isthmocele - a systematic review and meta-analysis. *Turk J Obstet Gynecol.* 2021;18(4):322-332.
 23. Yazicioglu F, Gökdogan A, Kelekci S, Aygün M, Savan K. Incomplete healing of the uterine incision after caesarean section: is it preventable? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2006;124(1):32-36.
 24. Kalem Z, Kaya AE, Bakırarar B, Basbug A, Kalem MN. An Optimal Uterine Closure Technique for Better Scar Healing and Avoiding Isthmocele in Cesarean Section: A Randomized Controlled Study. *J Invest Surg.* 2021;34(2):148-156.
 25. Bamberg C, Hinkson L, Dudenhausen JW, Bujak V, Kalache KD, Henrich W. Longitudinal transvaginal ultrasound evaluation of cesarean scar niche incidence and depth in the first two years after single- or double-layer uterotomy closure: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(12):1484-1489.
 26. Roberge S, Demers S, Berghella V, Chaillet N, Moore L, Bujold E. Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(5):453-460.
 27. Yasmin S, Sadaf J, Fatima N. Impact of methods for uterine incision closure on repeat caesarean section scar of lower uterine segment. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2011;21(9):522-526.
 28. Ceci O, Cantatore C, Scioscia M, et al. Ultrasonographic and hysteroscopic outcomes of uterine scar healing after cesarean section: comparison of two types of single-layer suture. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(11):1302-1307.
 29. Tekelioğlu M, Karataş S, Güralp O, Murat Alınca C, Ender Yumru A, Tuğ N. Incomplete healing of the uterine incision after elective second cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34(6):943-947.
 30. Hosseini R, Mansoorli S, Pirjani R, Eslamian L, Rabiee M. A comparison of the effects of Two suture materials on isthmocele formation: A cohort study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021;50(4):101933.
 31. Saccone G, De Angelis MC, Zizolfi B, et al. Monofilament vs multifilament suture for uterine closure at the time of cesarean delivery: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2022;4(3):100592.
 32. Turan C, Büyükbayrak EE, Yilmaz AO, Karsidag YK, Pirimoglu M. Purse-string double-layer closure: a novel technique for repairing the uterine incision during cesarean section. *J*

- Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(4):565-574.
33. Elkhouly NI, Abdelaal NK, Solyman AE, Elkelani OA, Elbasueny BF, Elhalaby AF. A new technique for uterine incision closure at the time of cesarean section: does it make a difference? *J Obstet Gynaecol.* 2022;42(3):416-423.
 34. Bij de Vaate A, Van der Voet L, Najji O, et al. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following Cesarean section: systematic review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* 2014;43(4):372-382.
 35. Zimmer E, Bardin R, Tamir A, Bronshtein M. Sonographic imaging of cervical scars after Cesarean section. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* 2004;23(6):594-598.
 36. Huang D, Chen S, Cai Y, et al. Adjunctive azithromycin prophylaxis protects women from uterine cesarean scar defect: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022;101(8):889-900.
 37. He Y, Zhong J, Zhou W, et al. Four Surgical Strategies for the Treatment of Cesarean Scar Defect: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(3):593-602.
 38. Raimondo G, Grifone G, Raimondo D, Seracchioli R, Scambia G, Masciullo V. Hysteroscopic treatment of symptomatic cesarean-induced isthmocele: a prospective study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22(2):297-301.
 39. Chang Y, Tsai EM, Long CY, Lee CL, Kay N. Resectoscopic treatment combined with sonohysterographic evaluation of women with postmenstrual bleeding as a result of previous cesarean delivery scar defects. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2009;200(4):370.e371-370. e374.
 40. Florio P, Gubbini G, Marra E, et al. A retrospective case-control study comparing hysteroscopic resection versus hormonal modulation in treating menstrual disorders due to isthmocele. *Gynecological Endocrinology.* 2011;27(6):434-438.
 41. Mashlach R, Burke YZ. Optimal Isthmocele Management: Hysteroscopic, Laparoscopic, or Combination. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(3):565-574.
 42. Harjee R, Khinda J, Bedaiwy MA. Reproductive Outcomes Following Surgical Management for Isthmoceles: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(7):1291-1302. e1292.
 43. Marotta M-L, Donnez J, Squifflet J, Jadoul P, Darii N, Donnez O. Laparoscopic repair of post-cesarean section uterine scar defects diagnosed in nonpregnant women. *Journal of minimally invasive gynecology.* 2013;20(3):386-391.
 44. Zhang Y. A Comparative Study of Transvaginal Repair and Laparoscopic Repair in the Management of Patients With Previous Cesarean Scar Defect. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23(4):535-541.
 45. Xie H, Wu Y, Yu F, He M, Cao M, Yao S. A comparison of vaginal surgery and operative hysteroscopy for the treatment of cesarean-induced isthmocele: a retrospective review. *Gynecologic and obstetric investigation.* 2014;77(2):78-83.
 46. Tahara M, Shimizu T, Shimoura H. Preliminary report of treatment with oral contraceptive pills for intermenstrual vaginal bleeding secondary to a cesarean section scar. *Fertility and sterility.* 2006;86(2):477-479.
 47. de Loenzien M, Schantz C, Luu BN, Dumont A. Magnitude and correlates of caesarean section in urban and rural areas: A multivariate study in Vietnam. *PLoS One.* 2019;14(7):e0213129.
 48. Giang HTN, Ulrich S, Tran HT, Bechtold-Dalla Pozza S. Monitoring and interventions are needed to reduce the very high Caesarean section rates in Vietnam. *Acta Paediatr.* 2018;107(12):2109-2114.

Cesarean scar defect: a review on manifestations, epidemiography characteristics, diagnosis, and treatment

Doan Thi Thuy Duong¹, Bui Thi Thu Ha¹, Le Thi Vui¹
¹Hanoi University of Public Health

Abstract: The study aimed to review studies on cesarean scar defect incidence and its associated factors, diagnostic criteria, and treatments. The study reviewed 44 articles from PubMed in August 2022. Results showed that transvaginal ultrasound and contrast-enhanced hysterosalpingogram were the two most common methods, often used together for diagnosing. The rate of cesarean scar defects ranged from 19% to 84%, depending on the diagnostic method. Common symptoms were irregular menstrual cycles, abnormal bleeding after menstruation, lower abdominal or lower abdominal pain, menstrual cramps, and infertility. Factors associated with cesarean section scar defects included individual factors (parity, number of cesarean deliveries, history of diabetes, uterus recline, maternal body mass index) and medical service factors (stitching technique at cesarean section, prolonged labor period). Treatment included both medical and surgical, but should only be done when there were symptoms affecting the mother's health. Given the high rate of C-section in Vietnam and very few studies on cesarean scar defects, it is necessary to conduct research on this topic in the future.

Keywords: *cesarean section scar defect, cesarean section, infertility, lower abdominal pain, abnormal bleeding between two menstrual cycles.*