

# Tỉ lệ và đặc điểm khuyết sẹo mổ lấy thai ở phụ nữ hiếm muộn có tiền căn mổ lấy thai đến khám tại Bệnh viện Mỹ Đức

La Văn Minh Tiến<sup>1</sup>, Hồ Ngọc Anh Vũ<sup>2</sup>, Lý Thiên Trung<sup>2</sup>, Vương Thị Ngọc Lan<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup> Đơn vị Hỗ trợ sinh sản - IVFMD và Trung tâm nghiên cứu HOPE, Bệnh viện Mỹ Đức, thành phố Hồ Chí Minh

doi:10.46755/vjog.2021.2.1225

Tác giả liên hệ (Corresponding author): La Văn Minh Tiến, email: lvmtien.nt18@ump.edu.vn

Nhận bài (received): 20/8/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 5/10/2021

## Tóm tắt

**Giới thiệu:** Hiệp hội Siêu âm sản phụ khoa quốc tế đã đưa ra đồng thuận trong chẩn đoán và mô tả cụ thể các đặc điểm hình thái của khuyết sẹo mổ lấy thai vào năm 2019. Khuyết sẹo mổ lấy thai cũng được ghi nhận là một nguyên nhân của hiếm muộn thứ phát. Chưa có nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ và đặc điểm thái của khuyết sẹo mổ lấy thai ở phụ nữ hiếm muộn có tiền căn mổ lấy thai với tiêu chuẩn chẩn đoán rõ ràng.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ, đặc điểm hình thái của khuyết sẹo mổ lấy thai và các yếu tố liên quan đến khuyết sẹo mổ lấy thai ở phụ nữ hiếm muộn có tiền căn mổ lấy thai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang toàn bộ những phụ nữ có tiền căn mổ lấy thai đến khám hiếm muộn tại Đơn vị Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện Mỹ Đức, thành phố Hồ Chí Minh từ 10/2020 đến 03/2021. Phỏng vấn đối tượng tham gia nghiên cứu bằng bảng câu hỏi. Siêu âm đầu dò âm đạo đánh giá khuyết sẹo mổ lấy thai được thực hiện thương qui theo Hướng dẫn của Hiệp hội Siêu âm sản phụ khoa quốc tế. Hồi qui logistic được sử dụng để đánh giá các yếu tố liên quan đến khuyết sẹo mổ lấy thai.

**Kết quả:** Có 340 phụ nữ được nhận vào nghiên cứu. 125 phụ nữ có khuyết sẹo (36,8%). Khuyết đơn giản chiếm 89,6%, khuyết đơn giản với 1 nhánh phụ là 8,8%, và khuyết phức tạp là 1,6%. Chiều sâu, độ dày cơ tử cung còn lại, và độ dày cơ tử cung cạnh sẹo lần lượt là 4,5 [3,0 - 6,1] mm, 4,0 [3,0 - 5,2] mm và 9,1 [8,0 - 11,2] mm. Yếu tố liên quan đến khuyết sẹo: tử cung ngã sau (PR\* = 2,44; KTC 95% = 1,51 - 3,96; p\* < 0,001) và thời gian từ lúc mổ lấy thai đến khi khám hiếm muộn ≥120 tháng (PR\* = 3,20, KTC 95% = 1,16 - 8,83; p\* = 0,025).

**Kết luận:** Khuyết sẹo mổ lấy thai khá phổ biến ở phụ nữ hiếm muộn có tiền căn mổ lấy thai. Khuyết sẹo hầu hết thuộc loại đơn giản. Tử cung ngã sau và thời gian từ lúc mổ lấy thai đến khi khám hiếm muộn dài có liên quan đến khả năng cao phát hiện khuyết sẹo mổ lấy thai.

**Từ khóa:** khuyết sẹo mổ lấy thai, hiếm muộn, tiền căn mổ lấy thai.

## The prevalence and characteristics of a cesarean scar defect in infertile women with a previous cesarean delivery presenting to My Duc Hospital

La Van Minh Tien<sup>1</sup>, Ho Ngoc Anh Vu<sup>2</sup>, Ly Thien Trung<sup>2</sup>, Vuong Thi Ngoc Lan<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Department of OBS/GYN, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

<sup>2</sup> IVFMD and HOPE Research Center, My Duc Hospital, Ho Chi Minh City

## Abstract

**Introduction:** ISUOG published a consensus on a uniform definition and recommendations for evaluating cesarean scar defect in the non-pregnant woman in 2019. Cesarean scar defect is an underdiagnosed cause of secondary infertility. No previous study has been conducted to investigate the prevalence and morphological appearances of the defect with the standardized definition in infertile women with a history of cesarean delivery.

**Objectives:** To determine the prevalence and morphological characteristics of the cesarean scar defect in infertile women and associated factors.

**Materials and Methods:** A cross-sectional study of all infertile women with a previous cesarean delivery presenting to the IVFMD, My Duc Hospital, Ho Chi Minh city from 10/2020 to 03/2021. Women were interviewed by a questionnaire. A transvaginal sonography to evaluate the cesarean scar defect was routinely performed, followed by the recommendation of the ISUOG consensus. A logistic regression model was used to assess associated factors from univariate and multivariate analysis.

**Main results:** In all, 340 women were included in this study. The prevalence of cesarean scar defect was 36,8%. The prevalence of the simple niche, simple niche with 1 branch, complex niche were 89.6%; 8.8% and 1.6% respectively. Niche depth, residual myometrial thickness and adjacent myometrial thickness were 4.5 [3.0 - 6.1] mm, 4.0 [3.0 - 5.2]

mm vs 9.1 [8.0 – 11.2] mm respectively. The associated factors to cesarean scar defect were: retroverted uterus ( $PR^* = 2.44$ ;  $CI\ 95\% = 1.51 - 3.96$ ;  $p^* < 0.001$ ) and time from a previous cesarean delivery to presenting of more than 120 months ( $PR^* = 3.20$ ,  $CI\ 95\% = 1.16 - 8.83$ ;  $p^* = 0.025$ ).

**Conclusions:** Infertile women with a previous cesarean delivery have a high prevalence of cesarean scar defect. Defect was almost classified as the simple niche. Women with the retroverted uterus, and a long time from a previous cesarean delivery to presenting, had a high prevalence of cesarean scar defect.

**Keywords:** cesarean scar defect (CSD), niche, previous cesarean delivery, infertile women

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật phổ biến nhất trên thế giới. Tỷ lệ của MLT đang gia tăng dần kèm theo đó là sự xuất hiện đáng kể các biến chứng dài hạn của nó [1], [2]. Các biến chứng phụ khoa dài hạn của MLT như đau vùng chậu mạn, thống kinh, đau khi giao hợp, xuất huyết điểm sau hành kinh và hiếm muộn (HM) [3], [4]. Các biến chứng sản khoa dài hạn của MLT cũng gia tăng như thai bám ở sẹo MLT, nhau bám chặt và vỡ tử cung (TC) [5], [6]. Các biến chứng này được cho rằng có liên quan đến khuyết sẹo mổ lấy thai (KSMLT) [3], [4], [7], [8].

Năm 2019, tác giả Jordans và cs. đã tổng hợp các nghiên cứu (NC) trước và ý kiến của các chuyên gia siêu âm (SA) và đưa ra đồng thuận về đánh giá KSMLT ở phụ nữ (PN) không mang thai bằng SA trên hội siêu âm sản phụ khoa quốc tế (ISUOG). Đồng thuận này đã góp phần xây dựng quy trình chuẩn trong thực hành lâm sàng để đánh giá KSMLT một cách đầy đủ. Hơn nữa, thực hành theo đồng thuận này tạo thuận lợi trong trao đổi thông tin giữa các giữa các chuyên gia trên thế giới và so sánh kết quả các NC về KSMLT [9].

Tỷ lệ của KSMLT rất thay đổi giữa các báo cáo, dao động từ 6,9% đến 69%, chủ yếu phụ thuộc vào đối tượng NC, phương tiện và tiêu chuẩn chẩn đoán [7], [10]. KSMLT cũng được ghi nhận là một nguyên nhân của HM thứ phát [11]. Tuy vậy, chưa có NC nào ghi nhận tỷ lệ KSMLT ở dân số HM có tiền căn MLT với một tiêu chuẩn chẩn đoán KSMLT rõ ràng. Ngoài ra, việc mô tả cụ thể các đặc điểm của KSMLT qua SA cũng giúp cho việc chọn lựa phương pháp điều trị phù hợp cho KSMLT.

Bệnh viện (BV) Mỹ Đức thành phố Hồ Chí Minh là một trung tâm điều trị HM lớn của Việt Nam. Chúng tôi thực hiện NC "Tỷ lệ và đặc điểm khuyết sẹo mổ lấy thai ở phụ nữ hiếm muộn có tiền căn mổ lấy thai đến khám tại Bệnh viện Mỹ Đức" nhằm xác định tỷ lệ, đặc điểm hình thái của KSMLT và các yếu tố liên quan đến KSMLT ở phụ nữ hiếm muộn có tiền căn mổ lấy thai. Kết quả nghiên cứu nhằm cung cấp thông tin cho các bác sĩ hiếm muộn khi khám và chẩn đoán hiếm muộn ở những phụ nữ có tiền căn mổ lấy thai, đồng thời cũng cung cấp thông tin về biến chứng muộn của mổ lấy thai cho các bác sĩ sản phụ khoa khi họ chỉ định mổ lấy thai.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ hiếm muộn có tiền căn MLT đến khám tại Đơn vị Hỗ trợ sinh sản – BV Mỹ Đức, thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ 10/2020 đến 03/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: PN từ 18 tuổi trở lên, được

chẩn đoán xác định là HM (không có thai sau ít nhất 12 tháng quan hệ thường xuyên và không sử dụng biện pháp ngừa thai nào [12]) và có tiền căn MLT, đồng ý tham gia vào nghiên cứu; Tiêu chuẩn loại trừ: tử cung dị dạng, đã được phẫu thuật sửa KSMLT.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế NC: NC cắt ngang với cách chọn mẫu toàn bộ; Phương pháp tiến hành: PN đến khám được sàng lọc theo tiêu chuẩn nhân loại. Phòng vấn đối tượng tham gia NC bằng bảng câu hỏi. SA đầu dò âm đạo sử dụng tần số 7,5 MHz với máy Samsung Medison HS30 được thực hiện thường qui để đánh giá KSMLT. Bác sĩ SA được tập huấn đánh giá KSMLT theo đồng thuận của ISUOG; Thời điểm đánh giá KSMLT: ngày thứ 8 của chu kỳ kinh; Tiêu chuẩn chẩn đoán KSMLT: hốc phản âm trống vào tại vị trí MLT lần trước với độ sâu ít nhất 2 mm [9].

Qui trình siêu âm đánh giá KSMLT tại bệnh viện: PN nằm tư thế sản phụ khoa với bàng quang được làm trống. Bác sĩ SA đưa nhẹ nhàng đầu dò theo trục âm đạo đến vị trí thành trước đoạn dưới cơ TC ở mặt phẳng đứng dọc. Di chuyển nhẹ đầu dò theo hướng trước – sau để xác nhận có sự tồn tại của KSMLT. KSMLT (nếu có) sẽ được ghi nhận đầy đủ các thông số.

- Ở mặt phẳng đứng dọc: chiều dài, chiều sâu, RMT (Residual Myometrial Thickness – độ dày cơ tử cung còn lại), AMT (Adjacent Myometrial Thickness – độ dày cơ TC cạnh sẹo), khoảng cách từ sẹo đến nếp bàng quang – âm đạo và khoảng cách từ sẹo đến lỗ ngoài cổ tử cung (CTC) được ghi nhận. Chiều dài, chiều sâu và AMT của KSMLT được đo ở mặt phẳng đứng dọc mà chúng có số đo lớn nhất. Ngược lại, RMT được đo ở mặt phẳng có số đo nhỏ nhất.

- Mặt phẳng đứng ngang chỉ được sử dụng để đánh giá chiều rộng của KSMLT. Nếu chiều dài hoặc chiều rộng của nhánh chính KSMLT tại bất kỳ vị trí nào lớn hơn đáy KSMLT, thì bác sĩ SA tiến hành đánh giá KSMLT ở 2 vị trí: ở đáy KSMLT và ở vị trí có độ rộng hoặc độ dài lớn nhất.

- Các nhánh phụ của KSMLT cũng được tìm qua mặt phẳng ngang bằng cách rà toàn bộ đoạn dưới TC từ CTC cho đến thân TC. Tất cả nhánh phụ của KSMLT nếu có thì nên được ghi nhận chiều sâu, chiều rộng và RMT riêng lẻ với nhánh chính.

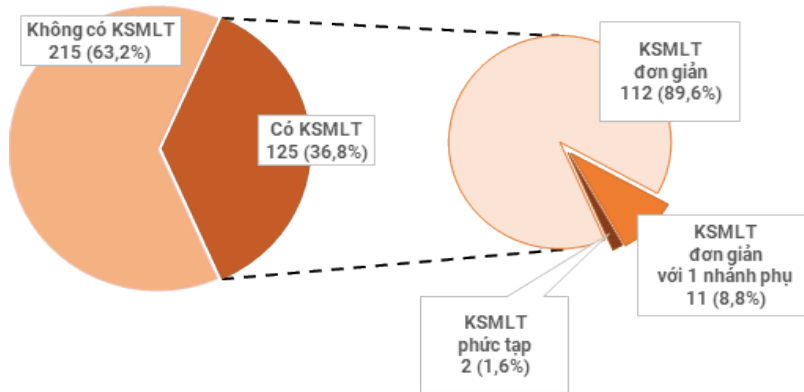
### 2.3. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu:

Số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft excel và làm sạch. Xử lý thống kê bằng phần mềm RStudio (phiên bản 4.0.5). Mô hình hồi qui logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để đánh giá các yếu tố liên quan đến KSMLT. Các biến số có  $p < 0,25$  từ phân tích đơn biến sẽ được đưa vào phân tích đa biến. Khác biệt có ý nghĩa

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Tỷ lệ khuyết sọ mô lấy thai

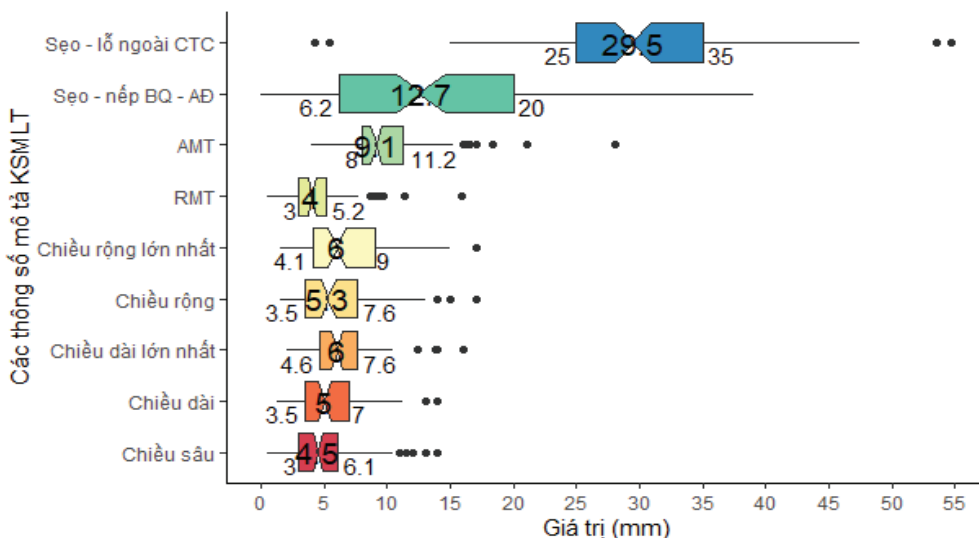
Từ tháng 10/2020 đến 03/2021, có 340 PN được nhận vào NC. Trong đó có 125 trường hợp có KSMTL, chiếm 36,8%.



**Biểu đồ 1.** Tỷ lệ KSMLT và tỷ lệ từng phân loại KSMLT (n = 340). Phân loại KSMLT dựa vào số nhánh phụ, bao gồm: **KSMLT đơn giản** (không có nhánh phụ), **KSMLT đơn giản với 1 nhánh phụ**, và **KSMLT phức tạp** (từ 2 nhánh phụ trở lên).

#### 3.2. Đặc điểm hình thái của khuyết sọ mô lấy thai

Phân bố kích thước các thông số mô tả KSMLT được chúng tôi thể hiện qua Biểu đồ 2. Ngoài ra, trong 13 PN có KSMLT kèm nhánh phụ, chúng tôi ghi nhận: Chiều rộng nhánh phụ: 2,8 [2,2 – 4,3] mm; chiều sâu nhánh phụ: 3,0 [2,3 – 4,0] mm; RMT của nhánh phụ: 4,9 [2,7 – 6,0] mm.



**Biểu đồ 2.** Phân bố kích thước các thông số mô tả KSMLT (n = 125)

Chú thích: AMT: Adjacent Myometrial Thickness – độ dày cơ tử cung cạnh sọ, RMT: Residual Myometrial Thickness – độ dày cơ tử cung còn lại, BQ – AD: Bàng quang – âm đạo, Chiều dài, chiều rộng: đo tại đáy khuyết sọ, Chiều dài lớn nhất, chiều rộng lớn nhất: trùng với chiều dài, chiều rộng tại đáy khuyết sọ nếu đây là số đo lớn nhất.

#### 3.3. Các yếu tố liên quan đến khuyết sọ mô lấy thai

Kết quả phân tích hồi qui logistic đa biến ghi nhận 2 yếu tố liên quan độc lập đến việc làm tăng tỷ lệ hiện mắc KSMLT có ý nghĩa thống kê là:

- TC ngã sau (PR\* = 2,44; KTC 95% = 1,51 – 3,96;  $p^* < 0,001$ )
- Thời gian từ lúc MLT đến khi khám HM  $\geq 120$  tháng (PR\* = 3,20, KTC 95% = 1,16 – 8,83;  $p^* = 0,025$ ).

**Bảng 1.** Phân tích hồi qui logistic đơn biến và đa biến khảo sát các yếu tố liên quan đến KSMLT

Đặc điểm	Không có KSMLT (n = 215) n (%)	Có KSMLT (n = 125) n (%)	PR (KTC 95%)	Trị số <i>p</i>	PR* (KTC 95%)	Trị số <i>p</i> *
<b>Tuổi (tuổi)</b>						
20 – 29	24 (11,2)	10 (8,0)	Ref	Ref		
30 – 39	157 (73,0)	101 (80,8)	1,53 (0,72 – 3,50)	0,279		
≥ 40	34 (15,8)	14 (11,2)	0,99 (0,37 – 2,67)	0,977		
<b>Tính chất chu kì kinh</b>						
Đều	172 (80,0)	99 (79,2)	Ref	Ref		
Không đều	43 (20,0)	26 (20,8)	1,05 (0,60 – 1,81)	0,856		
<b>Số lần sanh con ≥ 22 tuần</b>						
1 lần	188 (87,4)	110 (88,0)	Ref	Ref		
≥ 2 lần	27 (12,6)	15 (12,0)	0,95 (0,47 – 1,86)	0,891		
<b>Tiền căn sanh con ngã AĐ</b>						
Chưa có	200 (93,0)	119 (95,2)	Ref	Ref		
Có	15 (7,0)	6 (4,8)	0,68 (0,23 – 1,75)	0,438		
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>						
< 18,5	12 (5,6)	5 (4,0)	Ref	Ref		
18,5 – 22,9	131 (60,9)	95 (76,0)	1,71 (0,60 – 5,65)	0,323		
23,0 – 24,9	44 (20,5)	18 (14,4)	0,97 (0,30 – 3,50)	0,960		
≥ 25,0	28 (13,0)	7 (5,6)	0,60 (0,15 – 2,47)	0,471		
<b>Hút thuốc lá</b>						
Không có	215 (100)	125 (100)				
Có	0 (0,0)	0 (0,0)	--	--		
<b>ĐTĐ</b>						
Không có	214 (99,5)	125 (100)				
Có	1 (0,5)	0 (0,0)	--	--		
Đặc điểm	Không có KSMLT (n = 215) n (%)	Có KSMLT (n = 125) n (%)	PR (KTC 95%)	Trị số <i>p</i>	PR* (KTC 95%)	Trị số <i>p</i> *
<b>THA mạn</b>						
Không có	214 (99,5)	125 (100)				
Có	1 (0,5)	0 (0,0)	--	--		
<b>Tư thế TC</b>						
Ngã trước	137 (63,7)	55 (44,0)	Ref	Ref	Ref	Ref
Ngã sau	67 (31,2)	68 (54,4)	2,52 (1,59 – 4,01)	< 0,001	2,44 (1,51 – 3,96)	< 0,001
Trung gian	11 (5,1)	2 (1,6)	0,48 (0,07 – 1,90)	0,326	0,36 (0,07 – 1,82)	0,216
<b>U xơ cơ TC</b>						
Không có	203 (94,4)	116 (92,8)	Ref	Ref		
Có	12 (5,6)	9 (7,2)	1,32 (0,52 – 3,24)	0,554		
<b>Adenomyosis</b>						
Không có	206 (95,8)	120 (96,0)	Ref	Ref		
Có	9 (4,2)	5 (4,0)	0,97 (0,28 – 2,92)	0,953		
<b>Số lần MLT</b>						
1 lần	203 (94,4)	120 (96,0)	Ref	Ref		
≥ 2 lần	12 (5,6)	5 (4,0)	1,47 (0,60 – 3,55)	0,392		
<b>Thời gian từ lúc MLT đến khi khám (tháng)</b>						
< 24	34 (15,8)	12 (9,6)	Ref	Ref	Ref	Ref
24 – 60	90 (41,9)	38 (30,4)	1,19 (0,56 – 2,63)	0,657	1,33 (0,60 – 2,96)	0,486
60 – 120	70 (32,6)	56 (44,8)	2,24 (1,08 – 4,91)	0,030	2,24 (1,00 – 5,02)	0,052
≥ 120	21 (9,8)	19 (15,2)	2,52 (1,03 – 6,43)	0,044	3,20 (1,16 – 8,83)	0,025

<b>Tuổi mẹ ở thời điểm MLT (tuổi)</b>						
< 25	22 (10,2)	16 (12,8)	Ref	Ref	Ref	Ref
25 – 29	94 (43,7)	63 (50,4)	0,92 (0,45 – 1,92)	0,822	0,91 (0,42 – 1,99)	0,816
30 – 34	73 (34,0)	36 (28,8)	0,68 (0,32 – 1,47)	0,323	0,93 (0,40 – 2,16)	0,869
≥ 35	26 (12,1)	10 (8,0)	0,54 (0,20 – 1,42)	0,210	0,82 (0,27 – 2,44)	0,718
<b>Tuổi thai</b>						
≥ 37 tuần	194 (09,2)	120 (96,0)	Ref	Ref	Ref	Ref
< 37 tuần	21 (9,8)	5 (4,0)	0,39 (0,13 – 1,01)	0,052	0,64 (0,19 – 2,19)	0,479
<b>Chỉ định MLT</b>						
Chủ động	159 (74,0)	89 (71,2)	Ref	Ref		
Cấp cứu	56 (26,0)	36 (28,8)	1,15 (0,70 – 1,88)	0,582		
<b>Đa thai</b>						
Không có	206 (95,8)	123 (98,4)	Ref	Ref	Ref	Ref
Có	9 (4,2)	2 (1,6)	0,39 (0,05 – 1,60)	0,209	0,48 (0,09 – 2,48)	0,382
<b>Cân nặng bé lúc sanh (gram)</b>						
< 2500	13 (6,1)	1 (0,8)	Ref	Ref	Ref	Ref
2500 – 3500	131 (60,9)	88 (70,4)	7,69 (1,48 – 189)	0,011	7,61 (0,62 – 93,23)	0,112
≥ 3500	71 (33,0)	36 (28,8)	5,79 (1,08 – 145)	0,039	6,17 (0,49 – 78,16)	0,160
<b>Đặc điểm</b>						
Đặc điểm	Không có KSMLT (n = 215) n (%)	Có KSMLT (n = 125) n (%)	PR (KTC 95%)	Trị số p	PR* (KTC 95%)	Trị số p*
<b>Nhiễm trùng cơ TC</b>						
Không có	213 (99,1)	121 (96,8)	Ref	Ref	Ref	Ref
Có	2 (0,9)	4 (3,2)	3,39 (0,61 – 27,7)	0,162	6,83 (0,47 – 99,34)	0,160
<b>Rối loạn THA thai kì</b>						
Không có	211 (98,1)	124 (99,2)	Ref	Ref		
Có	4 (1,9)	1 (0,8)	0,47 (0,02 – 3,44)	0,493		
<b>ĐTĐ thai kì</b>						
Không có	199 (92,6)	122 (97,6)	Ref	Ref	Ref	Ref
Có	16 (7,4)	3 (2,4)	0,32 (0,07 – 0,99)	0,049	0,46 (0,12 – 1,77)	0,261

(BMI: Body Mass Index – chỉ số khối cơ thể, PR: Prevalence Ratio – tỉ số tỉ lệ hiện mắc, PR\*: Tỉ số tỉ lệ hiện mắc hiệu chỉnh, p\*: Trị số p hiệu chỉnh, Ref: Reference – tham khảo, ĐTĐ: Đái tháo đường, KTC: Khoảng tin cậy, THA: Tăng huyết áp)

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Tỉ lệ khuyết sọ mố lấy thai

Trước khi đồng thuận ISUOG ra đời, tỉ lệ của KSMLT rất thay đổi giữa các báo cáo. Điều này chủ yếu phụ thuộc vào đối tượng tham gia NC có triệu chứng phụ khoa hay không, thời điểm khảo sát sau MLT, thời điểm trong chu kì kinh, phương tiện cũng như tiêu chuẩn chẩn đoán [4], [7], [9], [10], [13]. (Bảng 2)

So với NC của tác giả Bij de Vaate và cs. [3], NC của chúng tôi có tỉ lệ KSMLT cao hơn (36,8% so với 24,0%). Mặc dù với định nghĩa KSMLT của chúng tôi chặt chẽ hơn (độ sâu ≥ 2 mm so với ≥ 1 mm của tác giả Bij de Vaate), tuy nhiên, NC của tác giả không có sự đồng nhất trong thời điểm khảo sát KSMLT trong chu kì kinh nguyệt (bất

kì thời điểm nào trong chu kì kinh). Điều đó dẫn đến một số trường hợp KSMLT không được ghi nhận, đặc biệt là trong pha hoàng thể. Cùng một PN, KSMLT có thể không ghi nhận được ở pha hoàng thể dù trước đó đã được ghi nhận ở pha nang noãn. Có thể dịch ứ đọng ở KSMLT đã được hấp thu hoặc chảy ra ngoài hết và không được tạo lập thêm từ sau giai đoạn hành kinh [11], [13]. Hơn nữa, các đối tượng trong NC của tác giả không đồng nhất về triệu chứng phụ khoa (23,6% có PMS và 76,4% không có triệu chứng lâm sàng).

Trong khi đó, NC của chúng tôi thực hiện hoàn toàn trong pha nang noãn ở những PN có triệu chứng (HM). Vì vậy, tỉ lệ KSMLT ở NC cao hơn là phù hợp. Tương tự, so với NC của tác giả Antila-Långsjö và cs. [10], NC của



chúng tôi có tỉ lệ KSMLT cao hơn (36,8% so với 22,4%). Điều này một lần nữa góp phần chứng tỏ tỉ lệ KSMLT cao hơn khi được khảo sát ở pha nang noãn và trên đối tượng có triệu chứng phụ khoa.

**Bảng 2.** So sánh tỉ lệ KSMLT phát hiện qua SA đầu dò âm đạo giữa các NC

Tác giả	Thời điểm	Đối tượng NC	Định nghĩa KSMLT Vùng phản âm trống tại vị trí MLT lần trước với độ sâu (mm)	Tỉ lệ KSMLT (%)
Bij de Vaate (2011) (n = 225)[3]	Bất kì	PN có tiền căn MLT từ 6 – 12 tháng trước	≥ 1	24,0
Van der Voet (2014) (n = 263)[4]	Bất kì	PN có tiền căn MLT từ 6 – 12 tuần trước	≥ 2	49,6
Shunichiro (2015) (n = 189)[13]	Pha nang noãn	PN HM thứ phát có tiền căn MLT	Bất kì	70,0
Antila-Långsjö (2018) (n = 371)[10]	Bất kì	PN có tiền căn MLT 6 tháng trước	≥ 2	22,4
Chúng tôi (n = 340)	Pha nang noãn	PN HM có tiền căn MLT	≥ 2	36,8

Ngược lại, so với NC của tác giả Van der Voet và cs.[4], NC của chúng tôi có tỉ lệ KSMLT thấp hơn (36,8% so với 49,6%). Mặc dù với cùng một tiêu chuẩn chẩn đoán, NC của tác giả Van der Voet khảo sát nhóm PN không có triệu chứng phụ khoa sau MLT 6 – 12 tuần. Trong khi đó, NC của chúng tôi khảo sát trên nhóm PN HM. Và thời điểm khảo sát cách lần MLT gần nhất là 8 tháng (trung bình là  $5,54 \pm 3,47$  năm). Đây có thể thể là minh chứng cho việc SA được thực hiện quá sớm (trước 6 tháng) có thể làm tăng tỉ lệ KSMLT do cơ TC chưa hồi phục hoàn toàn.

Khi so sánh trên cùng một nhóm đối tượng PN HM và tại cùng 1 thời điểm trong chu kì kinh (pha nang noãn), NC của chúng tôi có tỉ lệ KSMLT thấp hơn so với NC của tác giả Shunichiro và cs. [13] (36,8% so với 70,0%). Nguyên nhân dẫn đến việc này có thể do tiêu chuẩn chẩn đoán KSMLT của tác giả Shunichiro khá đơn giản (chỉ cần có phản âm trống tại vị trí MLT trước đó). Trong khi đó, NC của chúng tôi chỉ ghi nhận những trường hợp có độ sâu  $\geq 2$ mm. Nguyên nhân khác biệt tiếp theo có thể do NC của tác giả chỉ thực hiện ở những trường hợp HM thứ phát (phát hiện sau lần MLT trước đó). Trong khi NC của chúng tôi thực hiện trên cả nhóm đối tượng HM nguyên phát (13,5%) và thứ phát (86,5%). Tỉ lệ KSMLT ở nhóm PN HM thứ phát trong NC của chúng tôi là 35,4%, vẫn thấp hơn so với tác giả Shunichiro.

#### 4.2. Đặc điểm hình thái khuyết sẹo mổ lấy thai

Trước khi đồng thuận ISUOG ra đời, đã có rất nhiều báo cáo về KSMLT. Tuy nhiên, chưa có một định nghĩa đồng nhất và mang tính quốc tế nào trong việc đánh giá KSMLT. Trong các NC đó, hầu hết các số đo KSMLT không được định nghĩa một cách rõ ràng, không chỉ ra được ý nghĩa ứng dụng của chúng vào các đặc điểm lâm sàng liên quan đến chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Vì vậy, đồng thuận ISUOG ra đời với mục tiêu thiết lập một qui trình chuẩn trong đánh giá KSMLT. Khi đã có được một qui trình chuẩn, mối liên quan của các số đo KSMLT với đặc điểm lâm sàng sẽ được xác lập bởi các NC theo sau [9].

NC của chúng tôi có ưu điểm là thực hiện đánh giá KSMLT theo đồng thuận ISUOG nên có đầy đủ tất cả số đo cần thiết. Điều này góp phần cho việc trao đổi giữa các NC khác sau này vừa góp phần làm cho việc đánh giá ý nghĩa của chúng với đặc điểm lâm sàng trở nên dễ dàng hơn.

#### 4.3. Các yếu tố liên quan đến khuyết sẹo mổ lấy thai

KSMLT không phải xảy ra ở tất cả PN có tiền căn MLT. Nguyên nhân chính dẫn đến hình thành KSMLT chưa được hiểu rõ. Nhiều NC đã tiến hành tìm hiểu yếu tố nguy cơ dẫn đến hình thành KSMLT để lên chiến lược phòng ngừa. Theo phân tích tổng quan của tác giả Bij de Vaate [7], yếu tố nguy cơ hình thành KSMLT có thể phân ra làm 4 loại: Liên quan đến kỹ thuật khâu cơ TC; Liên quan đến sự thành lập đoạn dưới cơ TC cũng như đường mổ cơ TC; Liên quan đến sự lành vết thương; Phối hợp nhiều yếu tố

Hạn chế trong NC của chúng tôi là thông tin về kỹ thuật khâu cơ TC và về cuộc chuyển dạ lần trước không được đồng nhất và không được ghi nhận đầy đủ nên chúng tôi không thể phân tích các yếu tố này được. Các yếu tố độc lập liên quan đến tăng tỉ lệ hiện mắc KSMLT được ghi nhận trong NC của chúng tôi là:

*TC ngã sau:* đã có nhiều NC chỉ ra rằng TC ngã sau là yếu tố của việc chậm lành vết may cơ TC [7], [10], [14]. Theo tác giả Antila-Långsjö[10], tư thế TC ngã sau là yếu tố nguy cơ của sự thành lập KSMLT (OR 1,56; KTC 95% 1,00 – 2,44;  $p = 0,049$ ). Vì vậy, khi PT sửa chữa KSMLT, một số tác giả đề nghị may rút ngắn dây chằng tròn 2 bên để thay đổi tư thế TC ở những trường hợp TC ngã sau. Điều này làm giảm nguy cơ KSMLT tái phát sau sửa sẹo [11].

*Thời gian từ lúc MLT đến khi khám HM dài:* chúng tôi chưa ghi nhận được NC về KSMLT nào trên dân số HM khảo sát các yếu tố nguy cơ này. Dường như những PN được MLT xa thời điểm hiện tại có tỉ lệ hiện mắc KSMLT cao hơn. Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận được thông tin về cuộc mổ cũng như kỹ thuật mổ để tiến hành phân tích.

Cũng theo tác giả Antila-Långsjö [10], yếu tố nguy cơ độc lập hình thành KSMLT còn là tiền căn ĐTDĐ thai kì (OR 1,73; KTC 95% = 1,02 – 2,92;  $p = 0.042$ ), BMI ở thời điểm MLT cao (OR 1,06; KTC 95% 1,01 – 1,11;  $p = 0,012$ ) và tiền căn MLT nhiều hơn 2 lần (OR 3,14; KTC 95% = 1,90 – 5,17;  $p < 0,001$ ). Trong NC của chúng tôi, ĐTDĐ thai kì và tiền căn MLT nhiều hơn 2 lần không liên quan đến việc phát hiện KSMLT. Có thể do đặc điểm dân số chúng tôi và chính sách kế hoạch hóa gia đình của đất nước, nên nhóm PN có tiền căn MLT 2 lần trở lên trong NC của chúng tôi khá ít (6,5%). Vì vậy đặc điểm số lần MLT trong NC của chúng tôi có giá trị không cao. Thông tin về BMI ở lần mổ lấy thai trước không được nhớ chính xác nên chúng tôi không thể ghi nhận để phân tích.

#### 4.4. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Đây là nghiên cứu đầu tiên có cỡ mẫu lớn tại Việt Nam nhằm khảo sát tỉ lệ và đặc điểm hình thái của KSMLT ở dân số PN HM có tiền căn MLT. Nghiên cứu được thực hiện tại BV có đơn vị hỗ trợ sinh sản lớn và uy tín của Việt Nam và được chứng nhận về chất lượng theo tiêu chuẩn Úc – New Zealand nên quy trình tiến hành nghiên cứu chặt chẽ, dữ liệu thu thập được đáng tin cậy. Kết quả nghiên cứu có giá trị tham khảo quốc tế do tiêu chuẩn chẩn đoán và cách thức khảo sát KSMLT được thực hiện theo đồng thuận ISUOG.

Thiết kế NC cắt ngang nên khó đưa ra kết luận về mối liên quan nhân quả giữa đặc điểm hình thái KSMLT với triệu chứng lâm sàng. Hơn nữa, các thông tin về kỹ thuật của cuộc MLT lần trước không thu thập được như: khâu cơ tử cung mấy lớp, tính chất CTC ở thời điểm MLT, BMI ở lần MLT là điểm hạn chế khác của đề tài.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu ghi nhận khuyết sẹo mổ lấy thai khá phổ biến ở phụ nữ hiếm muộn có tiền căn MLT (36,8%) và KSMLT chủ yếu thuộc loại đơn giản (89,6%). Các yếu tố liên quan đến tăng tỉ lệ hiện mắc KSMLT là: tử cung ngã sau, và thời gian từ lúc mổ lấy thai đến khi khám hiếm muộn kéo dài. Nghiên cứu cung cấp thông tin cho các nhà lâm sàng trong tư vấn cho phụ nữ hiếm muộn có tiền căn mổ lấy thai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. Abdominal surgical incisions for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(5).
2. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J-J, Gülmezoglu A, Section WWGoC, Aleem H, et al. WHO statement on caesarean section rates. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2016;123(5):667-70.
3. Bij de Vaate A, Brölmann H, Van Der Voet L, Van Der Slikke J, Veersema S, Huirne J. Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. Ultrasound in obstetrics & gynecology. 2011;37(1):93-9.
4. Van der Voet L, de Vaate AB, Veersema S, Brölmann H, Huirne J. 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: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2014;121(2):236-44.

5. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology. 2012;207(1):44. e1-. e13.
6. Sholapurkar SL. Etiology of cesarean uterine scar defect (niche): detailed critical analysis of hypotheses and prevention strategies and peritoneal closure debate. Journal of clinical medicine research. 2018;10(3):166.
7. Bij de Vaate A, Van der Voet L, Najji O, Witmer M, Veersema S, Brölmann H, 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):372-82.
8. Donnez O. Cesarean scar defects: management of an iatrogenic pathology whose prevalence has dramatically increased. Fertility and sterility. 2020;113(4):704-16.
9. Jordans I, De Leeuw R, Stegwee S, Amso N, Barri Soldevila P, Van Den Bosch T, et al. Sonographic examination of uterine niche in non pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2019;53(1):107-15.
10. Antila-Långsjö RM, Mäenpää JU, Huhtala HS, Tomás El, Staff SM. Cesarean scar defect: a prospective study on risk factors. American journal of obstetrics and gynecology. 2018;219(5):458. e1-. e8.
11. Tanimura S, Funamoto H, Hosono T, Shitano Y, Nakashima M, Ametani Y, et al. New diagnostic criteria and operative strategy for cesarean scar syndrome: endoscopic repair for secondary infertility caused by cesarean scar defect. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2015;41(9):1363-9.
12. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). 2018.
13. Tsuji S, Murakami T, Kimura F, Tanimura S, Kudo M, Shozu M, et al. Management of secondary infertility following cesarean section: Report from the Subcommittee of the Reproductive Endocrinology Committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2015;41(9):1305-12.
14. Vervoort A, Uittenbogaard L, Hehenkamp W, Brölmann H, Mol B, Huirne J. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. Human Reproduction. 2015;30(12):2695-702.