

Tương lai sản khoa sau phẫu thuật điều trị thai ngoài tử cung đoạn kẽ

Nguyễn Khánh Duy¹, Nguyễn Thùy Linh¹, Đinh Thế Hoàng², Vương Thị Ngọc Lan¹

¹ Bộ môn Sản Phụ khoa - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

² Khoa Y - Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh

doi:10.46755/vjog.2021.1.1179

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Đinh Thế Hoàng, email: dinhthehoang2000@gmail.com

Nhận bài (received): 07/06/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/07/2021

Tóm tắt

Thai ngoài tử cung đoạn kẽ là một bệnh lý hiếm gặp nhưng nguy hiểm, ảnh hưởng đến tính mạng và tương lai sản khoa của người bệnh. Can thiệp phẫu thuật là một chọn lựa điều trị quan trọng, đôi khi là chỉ định tuyệt đối trong một số trường hợp. Hiện chưa có những đồng thuận về việc quản lý thai kỳ tiếp theo sau phẫu thuật điều trị thai ngoài tử cung đoạn kẽ, trong thực hành lâm sàng việc cung cấp thông tin chính xác cho người bệnh về những nguy cơ tiềm ẩn trong lần mang thai tiếp theo vẫn là một thách thức. Bài tổng quan nhằm mục đích đề cập đến những nguy cơ đáng ngại và đề xuất kế hoạch quản lý thai kỳ phù hợp sau phẫu thuật điều trị thai ngoài tử cung đoạn kẽ dựa trên những bằng chứng y học hiện tại.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung đoạn kẽ, phẫu thuật xén góc hình chiêm, phẫu thuật cắt góc, phẫu thuật xẻ góc, tương lai sản khoa.

Obstetric outcomes after surgical management of interstitial pregnancy

Nguyen Khanh Duy¹, Nguyen Thuy Linh¹, Dinh The Hoang², Vuong Thi Ngoc Lan¹

¹ University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city

² School of Medicine, Vietnam National University

Summary

Interstitial pregnancy is a rare, life-threatening disease, and negatively affects reproductive health. Surgical management of interstitial pregnancy remains an important option, and in some cases is an absolute indication. In clinical practice, giving women accurate information on the treatment's potential consequences for future pregnancies is challenging because of the scarcity of consensus on management of subsequent pregnancy after surgical intervention of interstitial pregnancy. This review presents the potential risks and proposes a structured, best-practice management plan for the management of postoperative pregnancies, based on the current literature.

Key words: Interstitial pregnancy, wedge resection, cornual resection, cornuostomy, obstetric outcomes.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung (TNTC) đoạn kẽ là tình trạng thai làm tổ tại đoạn vòi tử cung nằm trong lớp cơ tử cung, chiếm 2 - 4% tổng số TNTC và khoảng 1 trong 2.500 - 5.000 trẻ sinh sống [1]. Mặc dù hiếm gặp nhưng TNTC đoạn kẽ có tỉ lệ tử vong cao, khoảng 2,5% trong tổng số trường hợp TNTC đoạn kẽ, cao gấp 7 lần so với TNTC ở vị trí khác trên vòi tử cung [1]. Quản lý TNTC đoạn kẽ tương tự như các trường hợp TNTC khác trên vòi tử cung, gồm điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa. Do đặc điểm khối thai nằm trong lớp cơ tử cung dày, giàu mạch máu nuôi dưỡng, TNTC đoạn kẽ có khả năng phát triển lớn hơn so với TNTC ở những vị trí khác trên vòi tử cung, đồng thời khi vỡ gây chảy máu ồ ạt nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh. Chiến lược quản lý tối ưu cho TNTC đoạn kẽ vẫn còn nhiều tranh luận. Bên cạnh phẫu thuật cắt tử cung, phẫu thuật cắt góc và xén góc hình chiêm là những phẫu thuật xâm lấn, có nguy cơ ảnh hưởng nghiêm trọng đến tương lai sản khoa của người bệnh. Trong thực hành lâm sàng, tư vấn cho người bệnh thông tin chính xác về

những nguy cơ tiềm ẩn trong lần mang thai tiếp theo là một thách thức vì thiếu những đồng thuận về quản lý thai kỳ sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ. Bài tổng quan trình bày những nguy cơ tiềm ẩn cho lần mang thai trong tương lai và những chiến lược quản lý thai kỳ thích hợp sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ dựa trên những bằng chứng y học hiện tại.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐOẠN KẼ

Nhìn chung, các yếu tố nguy cơ TNTC đoạn kẽ tương tự như TNTC trên vòi tử cung ở vị trí khác. Trong phân tích tổng quan hệ thống của Brincat và cộng sự công bố năm 2019, yếu tố nguy cơ cao TNTC đoạn kẽ bao tiền sử TNTC (22,9 - 54% trường hợp TNTC đoạn kẽ), cắt vòi tử cung cùng bên hay cả hai bên (22,9 - 54%), thụ tinh trong ống nghiệm (17,1 - 34,4%), tiền sử có bệnh lây truyền qua đường tình dục (12,5 - 25%) và kích thích phóng noãn (3,1%) [2]. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp TNTC đoạn kẽ, có thể không tìm thấy yếu tố nguy cơ rõ ràng [3].

3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐOẠN KẾ

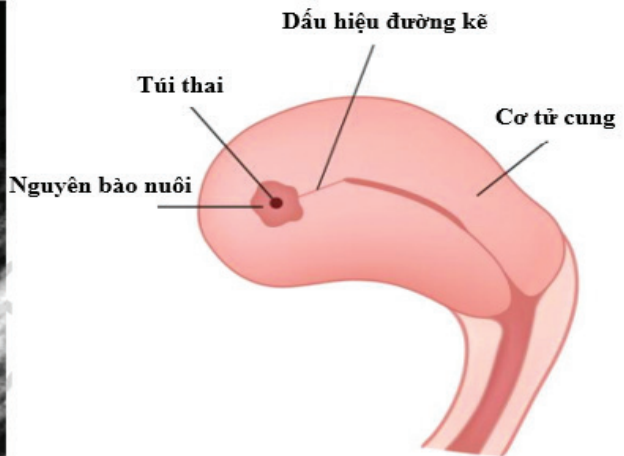
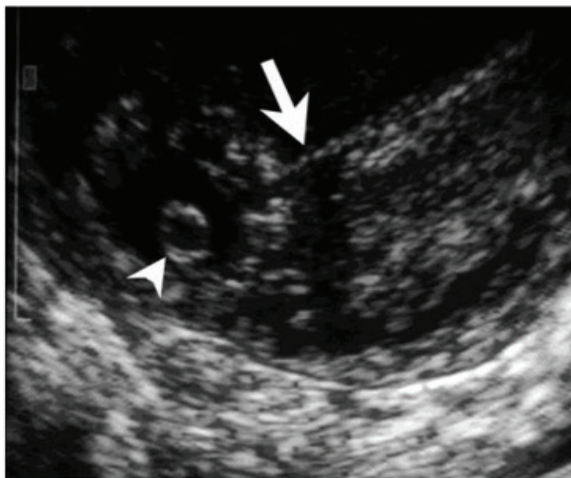
3.1. Chẩn đoán

Tương tự như TNTC ở các vị trí khác, trễ kinh, đau bụng, ra máu âm đạo là các triệu chứng thường gặp của TNTC đoạn kế. Ngoài ra, một số triệu chứng khác hiếm gặp hơn như căng đau ở phần phụ, lay cổ tử cung đau, tử cung to không đối xứng. Triệu chứng đau bụng cấp tính, mạch nhanh, huyết áp tụt có thể gặp ở những trường hợp TNTC đoạn kế vỡ gây xuất huyết nội [1].

Siêu âm đường âm đạo là phương tiện đầu tay trong chẩn đoán TNTC đoạn kế. Tiêu chuẩn chẩn đoán TNTC đoạn kế trên siêu âm theo tác giả Timor - Tritsch gồm:

Lòng tử cung trống, túi thai tách biệt với khoang nội mạc tử cung và cách khoang nội mạc tử cung ít nhất 1 cm và cơ tử cung bao quanh túi thai mỏng hơn 5 mm [4]. Ngoài ra, tác giả Ackerman và cộng sự mô tả dấu hiệu đường kế trên siêu âm trong chẩn đoán TNTC đoạn kế, dấu hiệu đường kế là đường nối từ phần góc trên của nội mạc tử cung đến khối thai, là đoạn vòi tử cung trong cơ tử cung còn lại nối từ nội mạc tử cung đến khối thai [5]. Dấu hiệu đường kế cũng là dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán phân biệt TNTC đoạn kế với thai ở góc và thai ở sừng tử cung [6].

Trong những trường hợp không rõ ràng, siêu âm 3D, chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc nội soi ổ bụng có thể chỉ định để chẩn đoán [6], [7].



Hình 1. Dấu hiệu đường kế (mũi tên trắng lớn) [8].

3.2. Điều trị

Điều trị TNTC đoạn kế bao gồm điều trị theo dõi, nội khoa và ngoại khoa. Lựa chọn điều trị phụ thuộc vào tuổi thai khi chẩn đoán, tình trạng khối thai đã vỡ hay chưa và mong muốn của bệnh nhân. Nếu chẩn đoán sớm, lựa chọn điều trị có thể được xem xét gồm theo dõi không can thiệp và điều trị nội khoa. Theo dõi có thể là tiếp cận điều trị đầu tiên đối với những trường hợp TNTC đoạn kế có nồng độ β -hCG huyết thanh giảm dần. Điều trị nội khoa bao gồm sử dụng Methotrexate đường toàn thân hay tiêm trực tiếp vào khối thai dưới hướng dẫn siêu âm hay phẫu thuật nội soi, có thể áp dụng đối với các trường hợp có huyết động ổn định, không có nguy cơ rõ ràng vỡ khối thai như kích thước khối thai lớn hơn 4 cm, nồng độ β -hCG huyết thanh tăng nhanh [2].

Điều trị ngoại khoa là một lựa chọn quan trọng vì là can thiệp triệt để, có thể lựa chọn điều trị ban đầu hoặc cho những trường hợp TNTC đoạn kế vỡ, thất bại điều trị khi theo dõi hay nội khoa, TNTC đoạn kế kết hợp thai trong tử cung, TNTC đoạn kế tái phát [1]. Trong quá khứ, phẫu thuật xẻ góc hình chêm và cắt tử cung qua mổ bụng hở là những phương pháp ngoại khoa tiêu chuẩn trong điều trị TNTC đoạn kế. Tuy nhiên do tính chất xâm lấn và tổn thương nặng nề cấu trúc cơ tử cung, cùng với

sự phát triển vượt bậc của phẫu thuật nội soi trong thời gian gần đây, các phương pháp này dần được thay thế bởi các phẫu thuật ít xâm lấn hơn như phẫu thuật xẻ góc, cắt góc qua nội soi ổ bụng, tỉ lệ thành công khoảng 95 - 97% [2].

Phẫu thuật cắt góc:

Phẫu thuật cắt góc là phẫu thuật cắt nguyên khối khối thai ở đoạn kế cùng với mô cơ tử cung bao xung quanh. Các bước chính trong phẫu thuật cắt góc gồm tiêm Vasopressin vào mô xung quanh khối thai để hạn chế chảy máu, may mũi khâu vòng đặt ở ranh giới giữa khối thai và phần còn lại của tử cung, cắt khối thai đoạn kế cùng với mô cơ tử cung xung quanh, may phục hồi lớp cơ. Trong kĩ thuật này vòi tử cung và mạc treo cũng được cắt bỏ [1] (Hình 2A).

Phẫu thuật xẻ góc:

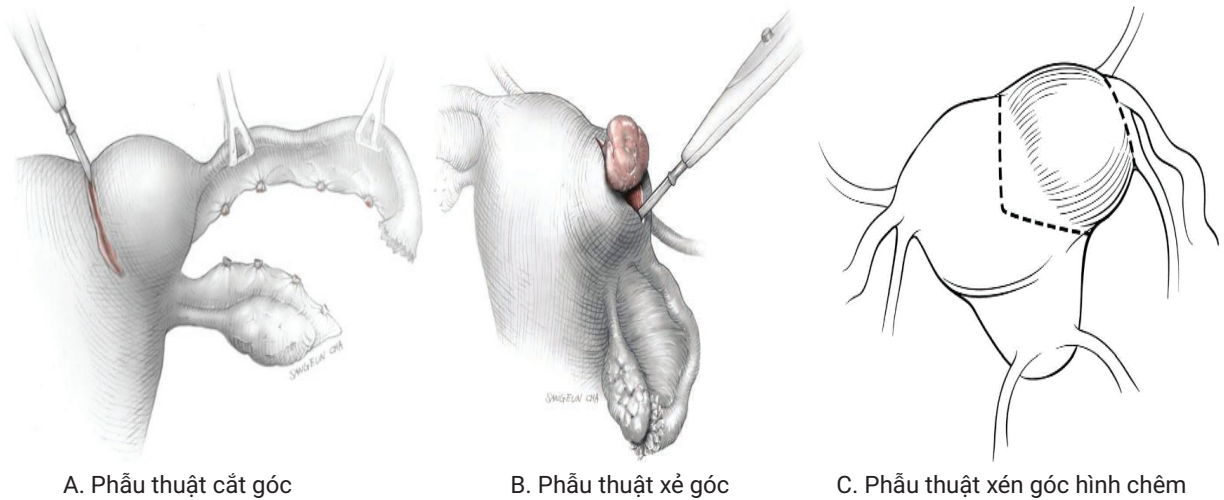
Phẫu thuật xẻ góc là phẫu thuật lấy bỏ mô nhau thai mà không cắt bỏ cơ tử cung. Các bước chính trong phẫu thuật xẻ góc gồm tiêm Vasopressin vào mô xung quanh khối thai để hạn chế chảy máu, may mũi khâu vòng đặt ở ranh giới giữa khối thai và phần còn lại của tử cung, rạch một đường thẳng lên khối thai, mô nhau thai được lấy ra ngoài bằng hút hoặc bóc tách, đốt cầm máu lớp đáy và khâu phục hồi cơ tử cung [1] (Hình 2B).

Nhiều nghiên cứu gần đây ủng hộ phẫu thuật xẻ góc hơn phẫu thuật cắt góc. Phẫu thuật xẻ góc ít gây tổn thương cơ tử cung và vòi tử cung hơn phẫu thuật cắt góc và có thể có tiên lượng sản khoa về sau tốt hơn (giảm số trường hợp vỡ tử cung) [3]. Phân tích tổng quan hệ thống của tác giả Brincat và cộng sự cho thấy tỷ lệ điều trị thành công TNTC đoạn kế bằng phẫu thuật xẻ góc lên đến 99,16% (khoảng tin cậy 95% là 97,51 - 100%) [2]. Nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị giữa phẫu thuật cắt góc và phẫu thuật xẻ góc trên 75 bệnh nhân TNTC đoạn kế của tác giả Lee và cộng sự cho thấy phẫu thuật xẻ góc có thời gian phẫu thuật ngắn hơn so với phẫu thuật cắt góc ($59,36 \pm 19,32$ phút so với $77,11 \pm 23,97$ phút). Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về thay đổi nồng độ Hemoglobin sau phẫu thuật ngày 1, tỉ lệ những biến chứng

như nhiễm trùng bệnh viện, chảy máu cần truyền máu và tỉ lệ sót tế bào nuôi [9].

Phẫu thuật xén góc hình chêm:

Phẫu thuật xén góc hình chêm là phẫu thuật tương tự như phẫu thuật cắt góc, khối TNTC đoạn kế cùng với mô cơ tử cung bao xung quanh được cắt bỏ nguyên khối, tuy nhiên phần cơ tử cung phía thân tử cung cách khối thai 1 - 2 cm cũng sẽ được cắt bỏ nhằm giảm tỷ lệ tái phát TNTC và tỉ lệ sót tế bào nuôi. Phẫu thuật này có thể được thực hiện qua nội soi hoặc phẫu thuật mở bụng. Do tính chất xâm lấn và ảnh hưởng nghiêm trọng đến cấu trúc cơ tử cung, trong hành lâm sàng hiện nay phẫu thuật xén góc hình chêm chỉ nên chỉ định trong những trường hợp TNTC đoạn kế vỡ hoặc bệnh nhân không có mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản hoặc ở những cơ sở mà phẫu thuật nội soi còn hạn chế [2], [10] (Hình 2C).



Hình 2. Các phương pháp phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kế [1], [11].

4. TƯƠNG LAI SẢN KHOA SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐOẠN KẾ

4.1. Khả năng có thai tự nhiên

Khả năng có thai tự nhiên sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kế là vấn đề rất được quan tâm. Những nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ có thai tự nhiên sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kế khoảng 30,2 - 72%, trung vị khoảng thời gian có thai lại sau phẫu thuật là 18 tháng, kết quả này tương tự như sau phẫu thuật cắt vòi tử cung trong điều trị TNTC ở những vị trí khác trên vòi tử cung [3], [12-15]. Cụ thể, một phân tích tổng quan hệ thống của Cucinella và cộng sự so sánh 156 trường hợp phẫu thuật TNTC đoạn kế bảo tồn (phẫu thuật xẻ góc) với 198 trường hợp phẫu thuật tận gốc (phẫu thuật xén góc hình chêm và cắt góc) ghi nhận tỷ lệ có thai tự nhiên sau phẫu thuật của hai nhóm lần lượt là 72% và 62%, trong đó tỉ lệ trẻ sinh sống là 48% và 62%, tương ứng với nhóm phẫu thuật bảo tồn và tận gốc, khác biệt về những tỉ lệ này không có ý nghĩa thống kê [12]. Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của tác giả Svenningsen và cộng sự ghi nhận không có sự khác biệt về tỉ lệ có thai tự nhiên sau phẫu thuật cắt góc so với phẫu thuật cắt vòi tử cung trong điều trị TNTC ở các vị trí khác

trên vòi tử cung (46% so với 54%, $p = 0,632$) [14]. Trong một nghiên cứu được thực hiện trên 18 trường hợp TNTC đoạn kế sau điều trị phẫu thuật cắt góc, tác giả Master và cộng sự ghi nhận tỷ lệ mang thai lại sau điều trị là 61% (11 trường hợp), thời gian mang thai lại có trung vị là 18 tháng (từ 7 đến 53 tháng) [15].

4.2. Tỉ lệ tái phát thai ngoài tử cung đoạn kế

Tỉ lệ TNTC đoạn kế tái phát hiện vẫn còn chưa rõ. Trong nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu thực hiện trên 1.307 trường hợp TNTC, tác giả Siow và cộng sự ghi nhận tỉ lệ mắc TNTC đoạn kế là 4,1% (53 trường hợp) và tỉ lệ TNTC đoạn kế tái phát là 9,4% (5 trường hợp), thời gian tái phát sớm nhất và muộn nhất được ghi nhận lần lượt là 4 tháng và 5 năm sau điều trị TNTC đoạn kế đầu tiên [16]. Tuy nhiên, trong một báo cáo ca bệnh lớn nhất về TNTC được thực hiện trên 1.800 bệnh nhân, tác giả Boyer và cộng sự báo cáo tỷ lệ TNTC đoạn kế là 2,4% và chỉ 1 trường hợp TNTC đoạn kế tái phát được ghi nhận trong nghiên cứu. Bên cạnh đó nghiên cứu cũng ghi nhận không có sự khác biệt về tỉ lệ TNTC tái phát giữa nhóm bệnh nhân TNTC đoạn kế so với nhóm bệnh nhân TNTC ở vị trí khác trên vòi tử cung [17].

Nguyên nhân của TNTC đoạn kẽ tái phát vẫn còn chưa được hiểu rõ, các yếu tố nguy cơ của TNTC đoạn kẽ tái phát có thể tương tự như đối với TNTC tái phát ở các vị trí khác trên vòi tử cung như bệnh lý viêm vùng chậu, bệnh lý vòi tử cung, phẫu thuật phần phụ và thai sau hỗ trợ sinh sản. Đồng thời, các bằng chứng cho thấy TNTC đoạn kẽ có thể tái phát sau bất kì phương pháp điều trị nào, ngay cả phẫu thuật cắt góc [16].

4.3. Nguy cơ biến chứng đối với các thai kỳ sau

Phẫu thuật cắt góc, xẻ góc và xén góc hình chêm là yếu tố nguy cơ vỡ tử cung trong những lần mang thai tiếp theo [2], [18]. Trong nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Liao và cộng sự trên 29 bệnh nhân TNTC đoạn kẽ điều trị bằng phẫu thuật xén góc hình chêm cho thấy tỉ lệ vỡ tử cung trong những thai kỳ tiếp theo là 30% [3]. Điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu này là tất cả những trường hợp vỡ tử cung đều xảy ra rất sớm, vào tuần thứ 13, 32, và 36 thai kỳ và nguy cơ vỡ tử cung xảy ra sau phẫu thuật xén góc hình chêm từ 7 tháng đến 5 năm [3]. Trái ngược với kết quả nghiên cứu của Liao, nghiên cứu của tác giả Hoyos và cộng sự trên 63 bệnh nhân TNTC đoạn kẽ điều trị bằng phẫu thuật xén góc hình chêm, không có trường hợp vỡ tử cung nào được ghi nhận [13]. Lý giải cho vấn đề này là khoảng thời gian có thai lại sau phẫu thuật xén góc hình chêm ở các bệnh nhân tham gia nghiên cứu trung bình là 4 năm [13]. Khoảng thời gian có thai lại dài hơn 18 - 24 tháng đã được chứng minh giảm nguy cơ vỡ tử cung ở những sản phụ được thủ thách sinh đường âm đạo có tiền sử mổ lấy thai trước đó [19].

5. KẾ HOẠCH QUẢN LÝ MỘT THAI KỲ SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐOẠN KẼ

5.1. Khoảng thời gian có thai lại an toàn

Trì hoãn có thai lại ít nhất 18 tháng sau mổ lấy thai là yếu tố rất quan trọng để lành vết thương trên cơ tử cung. Ở những sản phụ thủ thách sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai (TOLAC), khoảng cách giữa hai lần mang thai ngắn, đặc biệt là dưới 6 tháng, được chứng minh là yếu tố nguy cơ vỡ tử cung trong khi thủ thách sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai [20]. Trong nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 24 sản phụ vỡ tử cung, tác giả Shu-Han You và cộng sự ghi nhận khoảng thời gian có thai lại sau phẫu thuật tử cung trước đó cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm sản phụ có tiền sử mổ ngang đoạn dưới tử cung và nhóm có sẹo mổ khác trên tử cung (bao gồm phẫu thuật cắt góc điều trị TNTC đoạn kẽ) [21]. Kết quả này gợi ý rằng những sản phụ có tiền sử phẫu thuật cắt góc có nguy cơ vỡ tử cung không thấp hơn so với nhóm sản phụ được mổ lấy thai đoạn dưới tử cung.

Từ những bằng chứng hiện tại, nhiều ý kiến đồng thuận nên kéo dài khoảng thời gian mang thai lại sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ, cụ thể từ 18 - 24 tháng, để giảm nguy cơ vỡ tử cung trên sản phụ được phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ trước đó [22], [23].

5.2. Xác định sớm vị trí thai trong thai kỳ sau

Cần xác định sớm vị trí thai làm tổ khi mang thai lại sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ. Những bệnh nhân có tiền sử TNTC đoạn kẽ có nguy cơ cao tái phát TNTC.

Nên siêu âm đường âm đạo vào thời điểm 5 - 6 tuần sau kỳ kinh nguyệt cuối. Nếu không xác định được túi thai trong buồng tử cung, cần nghi ngờ khả năng TNTC tái phát và cần phải theo dõi, đánh giá phù hợp [1].

5.3. Phát hiện sớm vỡ tử cung trong thai kỳ sau

Cần lưu ý đến nguy cơ vỡ tử cung trong thai kỳ sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ. Y văn hiện tại ghi nhận vỡ tử cung trên sản phụ có tiền sử phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ thường vỡ trước khi chuyển dạ (vỡ tử cung trong thai kỳ), và có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào trong thai kỳ. Sản phụ đột ngột đau nhói ở vùng tử cung, nhất là ở góc tử cung phía có tiền sử phẫu thuật, có khi choáng nặng nguy hiểm đến tính mạng người mẹ và thai nhi [24], [25]. Do không thể dự đoán hay ngăn ngừa được vỡ tử cung sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ nên cần chú ý tư vấn với thai phụ nguy cơ này khi có quyết định mang thai lại hoặc ngay khi biết có thai lại. Theo dõi chặt là yêu cầu bắt buộc, bất kỳ dấu hiệu đau bụng trong thai kỳ trên những sản phụ có tiền sử phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ cần được đánh giá cẩn thận và cần quản lý thai kỳ những trường hợp này tại tuyến chuyên khoa.

5.4. Thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ trong thai kỳ sau

Thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ là vấn đề được xem xét nhằm giảm nguy cơ vỡ tử cung cho các thai phụ mang thai lại sau phẫu thuật TNTC đoạn kẽ. Phân tích tổng quan của tác giả Moawad và cộng sự đề nghị nên mổ chủ động khi thai đủ tháng (37 tuần) trước khi có dấu hiệu chuyển dạ hoặc khi cắt cơn go thắt bại trong trường hợp chuyển dạ sanh non để tránh vỡ tử cung, một trong những tai biến sản khoa nguy hiểm đối với cả mẹ và thai nhi [1]. Vấn đề này cũng được đồng thuận bởi Cunningham và cộng sự, những thai phụ có thai lại sau phẫu thuật TNTC đoạn kẽ cần được theo dõi sát thai kỳ và cân nhắc mổ lấy thai chủ động [26].

6. KẾT LUẬN

TNTC đoạn kẽ là một bệnh lý hiếm gặp nhưng có biến chứng trầm trọng, ảnh hưởng đến tương lai sinh sản và tính mạng của người bệnh. Chẩn đoán và điều trị sớm TNTC đoạn kẽ là một trong những chìa khóa để giảm tối thiểu nguy cơ cho người bệnh. Phẫu thuật là tiếp cận quan trọng trong điều trị TNTC đoạn kẽ, trong đó, phổ biến hiện nay là phẫu thuật xẻ góc tử cung. Nguy cơ lớn nhất đối với bệnh nhân sau điều trị phẫu thuật TNTC đoạn kẽ là vỡ tử cung ở những lần mang thai tiếp theo và nguy cơ TNTC đoạn kẽ tái phát. Kéo dài thời gian mang thai lại sau phẫu thuật điều trị TNTC đoạn kẽ, theo dõi sát thai kỳ, mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng là cách quản lý an toàn nhất cho mẹ và con trên những thai kỳ có tiền sử mổ TNTC đoạn kẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;202(1):15-29.
2. Brincat M, Bryant-Smith A, Holland TK. The diagnosis

- and management of interstitial ectopic pregnancies: a review. *Gynecological Surgery*. 2019;16(1):2.
3. Liao CY, Tse J, Sung SY, Chen SH, Tsui WH. Cornual wedge resection for interstitial pregnancy and postoperative outcome. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. 2017;57(3):342-345.
 4. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstetrics and gynecology*. 1992;79(6):1044-1049.
 5. Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ. Interstitial line: sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. *Radiology*. 1993;189(1):83-87.
 6. Finlinson AR, Bollig KJ, Schust DJ. Differentiating pregnancies near the uterotubal junction (angular, cornual, and interstitial): a review and recommendations. *Fertility research and practice*. 2020;6:8.
 7. Parker RA, 3rd, Yano M, Tai AW, Friedman M, Narra VR, Menias CO. MR imaging findings of ectopic pregnancy: a pictorial review. *Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*. 2012;32(5):1445-1460; discussion 1460-1442.
 8. Arleo EK, DeFilippis EM. Cornual, interstitial, and angular pregnancies: clarifying the terms and a review of the literature. *Clinical imaging*. 2014;38(6):763-770.
 9. Lee MH, Im SY, Kim MK, Shin SY, Park WI. Comparison of Laparoscopic Cornual Resection and Cornuotomy for Interstitial Pregnancy. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2017;24(3):397-401.
 10. Chen J, Huang D, Shi L, Zhang S. Prevention, diagnosis, and management of interstitial pregnancy: A review of the literature. *Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery*. 2019;2(1):12-17.
 11. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Hamid CA, Corton MM, Schaffer JI. Surgeries for Benign Gynecologic Disorders. *Williams Gynecology, 4e*. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2020.
 12. Cucinella G, Calagna G, Rotolo S, Granese R, Saitta S, Tonni G, et al. Interstitial pregnancy: a 'road map' of surgical treatment based on a systematic review of the literature. *Gynecologic and obstetric investigation*. 2014;78(3):141-149.
 13. Hoyos LR, Vilchez G, Allsworth JE, Malik M, Rodriguez-Kovacs J, Adekola H, et al. Outcomes in subsequent pregnancies after wedge resection for interstitial ectopic pregnancy: a retrospective cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019;32(14):2354-2360.
 14. Svenningsen R, Staff AC, Langebrekke A, Qvigstad E. Fertility Outcome after Cornual Resection for Interstitial Pregnancies. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2019;26(5):865-870.
 15. Master M, Hardy TSE, Wagaarachchi PT. Retrospective case series of fertility outcomes following laparoscopic resection of interstitial ectopic pregnancy. *Gynecol Reproduct Endocrinol -UK*. 2018(2(3)):1-4.
 16. Siow A, Ng S. Laparoscopic management of 4 cases of recurrent cornual ectopic pregnancy and review of literature. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2011;18(3):296-302.
 17. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2002;17(12):3224-3230.
 18. Su CF, Tsai HJ, Chen GD, Shih YT, Lee MS. Uterine rupture at scar of prior laparoscopic cornuostomy after vaginal delivery of a full-term healthy infant. *The journal of obstetrics and gynaecology research*. 2008;34(4 Pt 2):688-691.
 19. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstetrics and gynecology*. 2001;97(2):175-177.
 20. Ye L, Cao W, Yao J, Peng G, Zhou R. Systematic review of the effects of birth spacing after cesarean delivery on maternal and perinatal outcomes. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2019;147(1):19-28.
 21. You SH, Chang YL, Yen CF. Rupture of the scarred and unscarred gravid uterus: Outcomes and risk factors analysis. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*. 2018;57(2):248-254.
 22. Chatterjee J, Abdullah A, Sanusi FA, Irvine L, Griffin D. A rare sequel following cornual ectopic pregnancy: a case report. *BMJ case reports*. 2009;2009.
 23. Sharma N, Rohini, Upasana. An ectopic pregnancy in the tubal interstitium: beware! *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2013;7(1):160-162.
 24. Weissman A, Fishman A. Uterine rupture following conservative surgery for interstitial pregnancy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 1992;44(3):237-239.
 25. Abbas AM, Fawzy FM, Ali MN, Ali MK. An unusual case of uterine rupture at 39 weeks of gestation after laparoscopic cornual resection: A case report. *Middle East Fertility Society Journal*. 2016;21(3):196-198.
 26. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Ectopic Pregnancy. *Williams Obstetrics, 25e*. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018.