

Chèn bóng buồng tử cung cầm máu trong khối u nguyên bào nuôi: Nhân một trường hợp

Nguyễn Việt Hà¹, Phạm Hải Hà², Phan Chí Thành²

¹ Bộ môn Phụ sản, Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Phụ sản Trung ương

doi:10.46755/vjog.2020.3.1122

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Phan Chí Thành, email: drthanh.nhog@gmail.com

Nhận bài (received): 24/08/2020 - Chấp nhận đăng (accepted): 30/10/2020

Tóm tắt

Ra máu âm đạo nhiều là một biến chứng nặng và ít gặp trong điều trị hóa chất khối u nguyên bào nuôi. Việc điều trị cầm máu bảo tồn tử cung có ý nghĩa quan trọng đối với các bệnh nhân trẻ tuổi và còn nguyện vọng sinh đẻ. Chúng tôi báo cáo trường hợp khối u nguyên bào nuôi ra máu âm đạo nhiều đầu tiên đã được điều trị cầm máu bằng chèn bóng buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, một biện pháp áp dụng nhiều đối với chảy máu sau đẻ. Bệnh nhân đã bảo tồn tử cung thành công và khỏi bệnh sau khi điều trị hóa chất. Đây là một phương pháp điều trị không cần trang thiết bị phức tạp và giá thành không cao, nên được cân nhắc trong các trường hợp tương tự sau này.

Từ khóa: Khối u nguyên bào nuôi, Ra máu âm đạo, Chèn bóng buồng tử cung.

Uterine balloon tamponade for the treatment of massive vaginal hemorrhage in gestational trophoblastic neoplasia: A case report

Nguyen Viet Ha¹, Pham Hai Ha², Phan Chi Thanh²

¹ Ha Noi Medical University

² National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Abstract

Massive vaginal hemorrhage is a rare and severe complication following chemotherapy for gestational trophoblastic neoplasia. Controlling bleeding and conserving the uterus are important to young patients who desire future fertility. This article reports the first case of massive vaginal hemorrhage in gestational trophoblastic neoplasia treated with uterine balloon tamponade in National Hospital of Obstetrics and Gynecology. Vaginal bleeding was controlled and the patients had complete remission after chemotherapy. This is a simple and cost-effective method, which should be considered in similar cases.

Keywords: Gestational trophoblastic neoplasia, Vaginal bleeding, Balloon tamponade.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ra máu âm đạo nhiều trong khối u nguyên bào nuôi là một biến chứng nặng và ít gặp [1]. Biến chứng này có thể xảy ra nguyên phát hoặc thứ phát sau đợt hóa trị liệu đầu tiên, dẫn đến shock mất máu và có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Hường xử trí trong y văn có thể cắt tử cung, thắt động mạch hoặc can thiệp nút mạch. Ngoài ra chèn bóng buồng tử cung là một biện pháp có thể áp dụng để cầm máu nhưng chưa được nhắc tới trong y văn. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương chúng tôi lần đầu tiên áp dụng phương pháp chèn bóng buồng tử cung cầm máu ở bệnh nhân khối u nguyên bào nuôi và bảo tồn tử cung thành công.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân V. T. G., sinh năm 2000, địa chỉ tại Sơn La,

dân tộc Mông, nghề nghiệp tự do, PARA 1001 (1 con đẻ thường năm 2018), tiền sử khỏe mạnh, được chuyển tới Bệnh viện Phụ sản Trung ương ngày 16/10/2019. Bệnh nhân có chẩn đoán chửa trứng tại Bệnh viện đa khoa Thảo Nguyên, đã hút ngày 27/8/2019 sau đó có hút lần 2 ngày 26/9/2019. Kết quả giải phẫu bệnh: chửa trứng. Sau hút lần 2, bệnh nhân còn ra máu sẫm kéo dài.

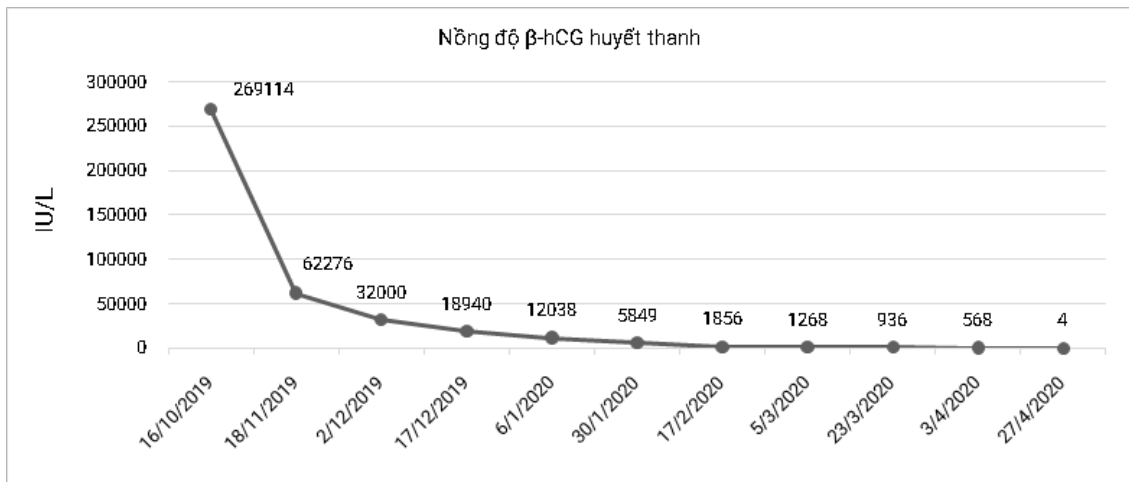
Khám khi nhập viện: thể trạng gầy, BMI 19 kg/m², huyết động ổn định, bụng mềm, âm đạo không có nhân di căn, cổ tử cung nhỏ, tử cung kích thước tương đương với thai 3 tháng, 2 phần phụ có khối khoảng 8 cm. Kết quả cận lâm sàng: XQ ngực thẳng chưa phát hiện tổn thương; hình ảnh siêu âm ổ bụng bình thường, trong buồng tử cung có khối âm vang không đồng nhất kích thước 49 x 39 mm, phổ doppler có tín hiệu mạch trong khối và các hốc dịch, 2 buồng trứng có nhiều nang trống âm; nồng

độ beta-hCG huyết thanh 269.114 U/L, sinh hóa máu, đông máu bình thường, công thức máu có thiếu máu nhẹ (RBC 4,28 T/L, Hb 106 g/L, MCV 78,4 fl, MCH 24,6 pg), số lượng tiểu cầu 381 G/L. Bệnh nhân được chẩn đoán là u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp (FIGO 6 điểm) và được điều trị với phác đồ MTX-FA đợt 1 từ 18/10/2019.

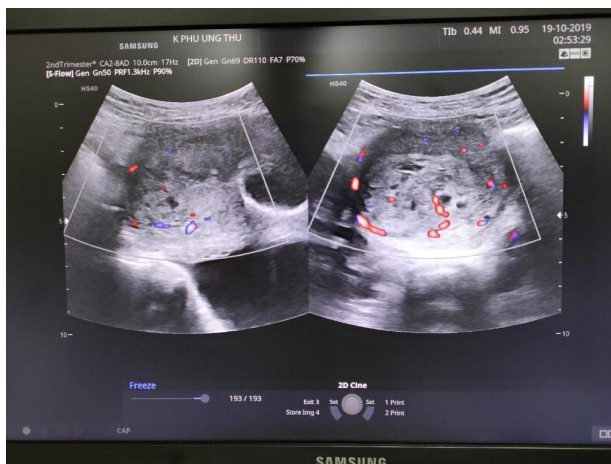
Sau khi tiêm mũi MTX 50 mg liều đầu tiên, bệnh nhân xuất hiện ra máu âm đạo ồ ạt từ 23 giờ 30 phút ngày 18/10/2019. Khám thấy huyết động ổn định, da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, bụng không phản ứng, âm đạo có máu đỏ tươi cục chảy ra từ cổ tử cung khoảng 200 ml. Xử trí ban đầu: hồi sức, chèn 05 meche âm đạo, dùng thuốc cầm máu acid tranexamic 1 gram tiêm tĩnh mạch.

Sau 2 giờ thấy tình trạng ra máu âm đạo không giảm, bệnh nhân được xử trí đặt bóng buồng tử cung bằng sonde Foley số 24, bơm bóng 35 ml, theo dõi máu chảy từ buồng tử cung qua sonde và chèn 05 meche âm đạo. Sau 24 giờ, bệnh nhân được rút bóng và meche âm đạo, lượng máu qua sonde 80 ml, sau rút âm đạo không ra máu, toàn trạng ổn định, không sốt.

Bệnh nhân tiếp tục được điều trị hóa chất theo phác đồ MTX-FA tổng cộng 9 đợt, diễn biến nồng độ beta-hCG huyết thanh giảm dần (biểu đồ 1). Bệnh nhân chuyển sang phác đồ EMACO từ ngày 03/4/2020 sau 3 đợt beta-hCG huyết thanh về âm tính, không bị ra máu âm đạo và được cho ra viện theo dõi ngoại trú.



Biểu đồ 1. Nồng độ độ beta-hCG huyết thanh sau các đợt hóa trị liệu



Hình 2. Hình ảnh siêu âm tử cung khi ra viện



Hình 2. Hình ảnh siêu âm tử cung khi ra viện

3. BÀN LUẬN

U nguyên bào nuôi là một dạng ác tính của bệnh nguyên bào nuôi, bao gồm chửa trứng xâm lấn, ung thư nguyên bào nuôi, u vùng rau bám và u dạng biểu mô. Chửa trứng xâm lấn và ung thư nguyên bào nuôi là hai dạng thường gặp hơn so với u vùng rau bám và

u dạng biểu mô [2]. Tỷ lệ mắc ung thư nguyên bào nuôi dao động từ 2 - 7/100.000 thai nghén [3], trong đó 60% là sau chửa trứng, 30% là sau sẩy thai và 10% là sau thai kỳ bình thường hoặc chửa ngoài tử cung [2]. Đặc điểm của chửa trứng xâm lấn và ung thư nguyên bào nuôi có khác biệt so với u vùng rau bám và u dạng biểu

mô. Chứa trứng xâm lấn và ung thư nguyên bào nuôi có nồng độ beta-hCG huyết thanh cao và đáp ứng với điều trị hóa chất, trong khi u dạng biểu mô và u vùng rau bám có nồng độ beta-hCG huyết thanh thấp và rất đề kháng hóa chất [4]. Khối u nguyên bào nuôi thường di căn qua đường máu tới phổi (80%), âm đạo (30%), tới gan hoặc não (10%) [4].

Chảy máu nhiều là một biến chứng nặng và ít gặp trong điều trị khối u nguyên bào nuôi. Biến chứng này thường xảy ra trong đợt hóa trị liệu đầu tiên [1]. Nguyên nhân có thể là do các tế bào nuôi bị tiêu diệt gây chảy máu. Tác giả Tse K.Y. nghiên cứu 17 trường hợp chảy máu nặng trong khối u nguyên bào nuôi tại Bệnh viện chuyên khoa tại Hongkong từ 1986 - 2005 cho thấy các trường hợp này đều phải can thiệp cấp cứu. Trong đó có 10 ca ra máu âm đạo nhiều, 7 ca có dấu hiệu shock hoặc chảy máu trong ổ bụng. Mười một bệnh nhân phải mổ cắt tử cung hoàn toàn, hai bệnh nhân phải thắt động mạch, 3 bệnh nhân phải can thiệp nút mạch và 1 bệnh nhân phải khâu âm đạo do khối di căn âm đạo. Có 1 bệnh nhân tử vong. Tỷ lệ bảo tồn tử cung là 35,29%. Tác giả kết luận: cắt tử cung hoàn toàn, thắt động mạch và can thiệp nút mạch là các biện pháp hiệu quả để cứu sống bệnh nhân và khuyến cáo dùng can thiệp nút mạch ở các bệnh nhân có tình trạng huyết động ổn định và có nguyện vọng bảo tồn chức năng sinh sản [5].

Cắt tử cung là một biện pháp điều trị triệt để trong trường hợp ra máu âm đạo nhiều. Tác giả Clark R.M. năm 2010 đã tổng kết về cắt tử cung trong giai đoạn 1959 - 2009 tại Trung tâm bệnh nguyên bào nuôi New England, cho thấy số ca cắt tử cung do ra máu âm đạo nhiều đã giảm xuống. Trong giai đoạn 1959 - 1980, có 14 trong số 49 bệnh nhân cắt tử cung do ra máu âm đạo, chiếm 29%. Từ 1980 - 2009, chỉ có 4 trong 49 bệnh nhân cắt tử cung là do ra máu âm đạo, chiếm 8% [6]. Tác giả Pisal N. nghiên cứu các trường hợp bệnh nguyên bào nuôi trong giai đoạn 1986 - 2000 tại bệnh viện Western Park, Sheffield (Anh) thấy có 40 bệnh nhân phải cắt tử cung. Trong đó 12 bệnh nhân phải cắt tử cung cấp cứu do ra máu âm đạo hoặc chảy máu trong ổ bụng (30%). Hóa trị liệu có thể được sử dụng để kiểm soát chảy máu nếu tình trạng bệnh nhân cho phép, đồng thời giúp cuộc mổ dễ dàng hơn vì làm giảm mạch máu tăng sinh [1]. Nghiên cứu của các tác giả không nhắc đến các yếu tố có liên quan đến chỉ định cắt tử cung khi ra máu âm đạo nhiều. Có thể vì có nhiều yếu tố dẫn đến chỉ định cắt tử cung như: tuổi của bệnh nhân, số con, tình trạng huyết động, kích thước khối u, nồng độ beta-hCG, số lượng máu mất đồng thời cũng là biến chứng hiếm gặp nên chưa được nghiên cứu đầy đủ.

Can thiệp nút mạch là biện pháp điều trị ngày càng được lựa chọn nhiều ở bệnh nhân ra máu âm đạo trong bệnh nguyên bào nuôi. Tác giả Wang Z. đã đánh giá kết quả điều trị can thiệp nút mạch ở các đối tượng này từ năm 2005 - 2015. Trong 41 bệnh nhân có ra máu âm đạo nhiều và được nút mạch, có 38 ca đã kiểm soát chảy máu thành công (92,7%) và đều được hóa trị liệu sau đó.

Có 34 bệnh nhân khỏi bệnh hoàn toàn (89,5%), 2 bệnh nhân tử vong. Đáng chú ý có 2 bệnh nhân đã khỏi hoàn toàn phải nút mạch lần 2 tại thời điểm 30 và 47 tháng sau lần nút mạch đầu tiên do thông động tĩnh mạch tử cung [7]. Tuy nhiên can thiệp nút mạch có tính phức tạp và chi phí cao, khó thực hiện được tại các nước đang phát triển và trong điều kiện cấp cứu và cơ sở vật chất hạn chế.

Biện pháp chèn bóng buồng tử cung chưa được nhắc tới trong y văn với mục đích điều trị cầm máu trong bệnh nguyên bào nuôi. Biện pháp này được áp dụng tương đối rộng rãi trong xử trí chảy máu sau đẻ. Một số loại bóng được sử dụng là bóng Bakri, bóng Blakemore và các bóng tự chế dùng bao cao su hoặc găng tay gắn vào đầu catheter. Cơ chế cầm máu của chèn bóng buồng tử cung vẫn chưa được giải thích rõ ràng. Cổ điển cho rằng cần làm sạch buồng tử cung để giúp cơ tử cung có tối đa. Việc chèn bóng vào buồng tử cung phần nào đi ngược lại cơ chế đó. Cơ tử cung co chặt kết hợp với việc co rút và tắc các động mạch xoắn là quá trình sinh lý cần thiết trong cầm máu sau đẻ.

Chúng tôi cho rằng chèn bóng buồng tử cung có gây sức ép vào diện chảy máu từ khối nhân nguyên bào nuôi ở tử cung làm đóng các mạch máu đang chảy và tạo điều kiện hình thành cục máu đông giúp cầm máu sau khi rút bóng. Đồng thời đầu sonde có thể dẫn lưu máu từ buồng tử cung ra giúp theo dõi lượng máu mất chính xác hơn. Việc chèn bóng có thể áp dụng được khi ra máu âm đạo từ khối u nguyên bào nuôi trong tử cung, còn máu chảy trong ổ bụng chúng tôi cho rằng vẫn phải mổ cấp cứu. Về hiệu quả cầm máu, một tổng quan hệ thống của tác giả Tindell K. năm 2013 chưa cho thấy nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nào. Trong 13 nghiên cứu được tổng hợp, chèn bóng đạt thành công với 234/241 ca [8]. Trường hợp chúng tôi báo cáo cũng cho thấy kết quả cầm máu ở bệnh nhân có khối u nguyên bào nuôi, bảo tồn được tử cung của bệnh nhân đặc biệt ở bệnh nhân trẻ tuổi và chưa có con nào. Đây là trường hợp đầu tiên trong y văn dùng biện pháp này để cầm máu ở bệnh nhân có khối u nguyên bào nuôi nên cần nghiên cứu sâu hơn để đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của biện pháp này.

4. KẾT LUẬN

Ra máu âm đạo nhiều là một biến chứng nặng, ít gặp trong điều trị hóa chất khối u nguyên bào nuôi. Biến chứng này có thể xảy ra trong đợt hóa trị liệu đầu tiên và bệnh nhân có nguy cơ bị shock mất máu, phải cắt tử cung. Trong thời gian gần đây, chỉ định cắt tử cung do chảy máu nhiều đã giảm đi cùng với việc áp dụng các biện pháp điều trị mới như thắt động mạch, can thiệp nút mạch. Trong điều kiện cơ sở vật chất chưa đáp ứng việc nút mạch, có thể áp dụng chèn bóng buồng tử cung để cầm máu. Mặc dù mới được tổng kết hiệu quả trên các bệnh nhân chảy máu sau đẻ, chèn bóng buồng tử cung vẫn nên được cân nhắc và cần có những nghiên cứu rộng hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pisal N, North C, Tidy J, Hancock B. Role of hysterectomy in management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol.* 2002;87(2):190-2.
2. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, Golfier F, Massuger L, Sessa C. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013;24 Suppl 6:vi 39-50.
3. Sharifi N, Shahidsales S, Haghighi F, Hosseini S. Gestational trophoblastic diseases in North East of Iran: 10 years (2001-2010) prospective epidemiological and clinicopathological study. *Adv Biomed Res.* 2014;3:55-.
4. Biscaro A, Braga A, Berkowitz RS. Diagnosis, classification and treatment of gestational trophoblastic neoplasia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2015;37:42-51.
5. Tse KY, Chan KK, Tam KF, Ngan HY. 20-year experience of managing profuse bleeding in gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med.* 2007;52(5):397-401.
6. Clark RM, Nevadunsky NS, Ghosh S, Goldstein DP, Berkowitz RS. The evolving role of hysterectomy in gestational trophoblastic neoplasia at the New England Trophoblastic Disease Center. *J Reprod Med.* 2010;55(5-6):194-8.
7. Wang Z, Li X, Pan J, Chen J, Shi H, Zhang X, et al. Bleeding from gestational trophoblastic neoplasia: embolotherapy efficacy and tumour response to chemotherapy. *Clin Radiol.* 2017;72(11):992.e7-.e11.
8. Tindell K, Garfinkel R, Abu-Haydar E, Ahn R, Burke TF, Conn K, et al. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings: a systematic review. *Bjog.* 2013;120(1):5-14.