

## KẾT QUẢ CÓ THAI SAU ĐIỀU TRỊ U CƠ TRƠN TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG

### Pregnancy After Uterine Artery Embolization For Symptomatic Fibroids

*Nguyễn Xuân Hiền\*, Phan Hoàng Giang\*, Phạm Minh Thông\**

#### SUMMARY

**Objective:** The purpose of this study was to report on pregnancies and their outcome after uterine artery embolization for uterine fibroids.

**Method and results:** A retrospective analysis of all pregnancies after UAE, from 2007 to 2014, 207 patients (mean age 35 years; range, 26 - 45 years) with symptomatic uterine fibroids underwent uterine artery embolization, 32 patients want to achieve pregnancy. After mean 15 months follow up, 23 women reported 34 pregnancies (3 spontaneous abortions, and 6 elective terminations resulted), 25 live births, 5 babies were born with low birth weights, 4 were born preterm, 5 babies were born with low birth weights, 1 pregnancies had abnormal placentation, 1 pregnancies had abnormal amniotic fluid. The time after uterine artery embolization have a pregnancy is 15 month (from 2 to 42 months). The mean size of tumor is 6.4cm (from 3 to 8cm) per 56 tumor with 84.9% intramural and 15.1% submucous.

**Conclusion:** Uterine artery embolization should be performed for women who want to preserve their fertility.

**Keywords:** Pregnancy after uterine artery embolization (UAE), therapeutic uterine artery embolization.

*\*Khoa Chẩn đoán hình ảnh,  
Bệnh viện Bạch Mai*

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U cơ trơn tử cung (UCTTC) hay gặp, tỷ lệ 30% ở phụ nữ trên 30 tuổi [1]. Trong khi hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng không cần điều trị thì có một số rong kinh, đau bụng, vô sinh hoặc tăng áp lực tiểu khung. Điều trị nội gồm trung hòa axit và liều thấp thuốc tránh thai để điều hòa kinh nguyệt. Thuốc chống giải phóng hormone gonadotropin (Gonadotropin - releasing hormone agonist) có thể thụ thai trong buồng tử cung hoặc giảm kích thước u xơ.

Đến hiện tại, các phương pháp điều trị UCTTC gây triệu chứng lâm sàng gồm có điều trị nội đến can thiệp phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm bóc tách khối u, phá hủy khối u, cắt tử cung.

Nút động mạch tử cung (NĐMTC) được mô tả lần đầu từ 1995 [2]. Nguyên lý của kỹ thuật là bơm chất gây tắc mạch (PVA) vào động mạch để giảm tưới máu khối u cơ trơn. Kỹ thuật này giảm 80 - 90% rối loạn kinh nguyệt và 50 - 60% kích thước khối u [3].

Trước đây bóc khối u được coi như phương pháp phẫu thuật duy nhất cho phụ nữ muốn có thai, nhưng đối với những trường hợp khối u dưới niêm mạc hay u ở sừng tử cung sau phẫu thuật bệnh nhân rất khó có thai. Điều trị u cơ trơn tử cung bằng NĐMTC là một phương pháp điều trị bảo tồn tính toàn vẹn tử cung, mang lại nhiều cơ hội cho người bệnh mong muốn có thai, nhưng vấn đề này còn nhiều ý kiến.

NĐMTC có thể có một số tai biến [4] như: nhiễm trùng (1 - 2%), ra máu âm đạo thoáng qua (15%) hoặc dai dẳng (3%), cắt tử cung (1 - 2%). Tỷ lệ biến chứng liên quan đến NĐMTC khoảng 5% và tử lệ tử vong khoảng 0,02%. Hội chứng sau nút mạch (đau, buồn nôn, nôn, sốt nhẹ ...) xuất hiện ở 40% phụ nữ nhưng thường hết trong 48h.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng**

**- Tiêu chuẩn lựa chọn**

Bệnh nhân mong muốn có thai sau nút động mạch tử cung điều trị u cơ trơn tử cung có độ tuổi từ 25 đến 45 tuổi.

Bệnh nhân được chẩn đoán vô sinh có khối u cơ trơn tử cung (UCTTC) và mong muốn có thai sau điều trị.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân không mong muốn có thai sau điều trị.

Bệnh nhân không theo dõi được sau nút mạch.

**2.2. Phương pháp**

Chọn phương pháp nghiên cứu can thiệp hồi cứu bằng phỏng vấn bộ câu hỏi. Thời gian: từ năm 2007 đến năm 2014 tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai.

**III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Có thai sau nút mạch u cơ trơn tử cung**

	Số lượng	Tỷ lệ %
Số phụ nữ có u xơ nút mạch	207	100
Số phụ nữ mong muốn có thai	32	15,4
Số phụ nữ vô sinh 1	2	6,2
Số phụ nữ vô sinh 2	30	93,8
	Số lượng	Tỷ lệ %
Số phụ nữ mong muốn có thai	32	100
Số phụ nữ mang thai	23	71,9
	Số lượng	Tỷ lệ %
Số lần mang thai	34	100
Số lần sinh sống	25	73,5
Số lần đình chỉ thai nghén chủ động	6	17,6
Số lần thai tự sảy	3	8,9

	Số lượng	Tỷ lệ %
Số lần sinh sống	25	100
Trẻ đủ cân, bình thường	15	60
Trẻ đẻ sớm	4	16
Trẻ nhẹ cân	5	20
Thai có bất thường bánh rau	1	4

Trong 7 năm với 207 bệnh nhân dưới 45 tuổi nút động mạch điều trị UCTTC tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai, trong đó có 32 bệnh nhân (chiếm 15,4%) mong muốn có thai.

Sau 7 năm, 23 phụ nữ có thai 34 lần. Độ tuổi trung bình tại thời điểm nút mạch u xơ là 35 tuổi (từ 26 đến 45 tuổi). Trước nút mạch, 2 bệnh nhân chưa có thai (1 bệnh nhân vô sinh 8 năm điều trị nhưng không thành công, 1 bệnh nhân vô sinh 1 năm), 15 bệnh nhân đã sảy thai 1 hoặc nhiều lần, 6 bệnh nhân đã có con trước đây.

**Bảng 2. Đặc điểm u trước và sau nút mạch**

Thời điểm		Trước nút mạch	Sau nút mạch
		70,2 ± 59,3 gam	16,8 ± 17,9 gam
Số lượng u	0	0	1
	1	17	18
	2	4	2
	3	1	1
	4	0	1
	5	1	0
Vị trí khối u	Trong cơ	28	30
	Dưới niêm mạc	5	0
Tổng số u		33	30

Trong số 23 bệnh nhân với tổng số u là 33, đều nằm dưới niêm mạc hoặc trong cơ sát niêm mạc, 17 bệnh nhân có 1 khối và 6 bệnh nhân có nhiều u xơ (kích thước từ 3 cm tới 8cm). Sau nút mạch từ 1-3 tháng thể tích trung bình khối u giảm trung bình là 77,9% (giảm trung bình 54,6 gam) và 100% bệnh nhân có kinh nguyệt sau đó 1 - 2 tháng nút mạch.

**Bảng 3. Đặc điểm có thai sau nút mạch**

Cân nặng thai nhi	< 2500 g	2500 – 3500 g	> 3500 g	Tổng số
Số lượng	5	19	1	25
Tỷ lệ %	20	76	4	100
Thời gian có thai sau nút mạch	< 3 tháng	3 - 6 tháng	> 6 tháng	Tổng số
Số lượng	1	5	28	34
Tỷ lệ %	2,9	14,7	82,4	100
Kích thước u trước nút	≤ 3 cm	> 3 – 5 cm	> 5 cm	Tổng số
Số lượng	2	25	6	33
Tỷ lệ %	6,1	75,7	18,2	100
Tuổi	Trẻ sinh ra nhỏ tuổi nhất		Trẻ sinh ra lớn tuổi nhất	
	Đang mang thai 5 tháng		6 tuổi	

Thời gian trung bình có thai sau nút mạch là 15 tháng (từ 2 đến 42 tháng). Tất cả bệnh nhân đều có thai tự nhiên. Trong đó 25 lần sinh sống, 3 lần sảy tự nhiên, 6 lần đình chỉ thai nghén. Độ tuổi trung bình lúc sinh là 36 tuổi.

23 bệnh nhân mang thai 25 lần, có 23 lần sinh con với thai đủ tháng tuổi (2 trẻ sinh non). Trong đó 1 bệnh nhân đa ối và 1 bệnh nhân rau tiền đạo.

Trong số 25 trẻ sinh sống, 20 trẻ (80%) có trọng lượng bình thường khi sinh, còn lại có 5 trẻ (20%) nhẹ cân khi sinh (< 2500 gam).

#### **IV. BÀN LUẬN**

Vấn đề có thai sau nút đã được báo cáo. Thông tin về số lượng bệnh nhân có thai sau nút mạch u cơ trơn tử cung còn ít và hạn chế. Một báo cáo năm 2004 đưa ra lời khuyên rằng kỹ thuật bóc u cơ trơn tử cung (nội soi hoặc mổ mở) vẫn là tiêu chuẩn cho bệnh nhân còn muốn có thai [5]. Tuy nhiên, những trường hợp này khó, đặc biệt là số bệnh nhân u cơ trơn tử cung vị trí kể, dưới thanh mạc. Tỷ lệ tái phát có thể lên tới 60%[6]. NDMTC có lợi thế hơn so với bóc u xơ đó là có thể điều trị tất cả các khối u trong một lần can thiệp, sau đó các khối u này sẽ nhỏ dần đi và có thể đi ra ngoài qua đường âm đạo.

Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 35 tuổi, là độ tuổi liên quan nhiều đến bệnh lý u cơ trơn tử cung với hiếm muộn, sảy thai và các biến chứng thai nghén. Tuổi mẹ cao ảnh hưởng tới chức năng buồng trứng, giảm chất lượng nang trứng gây nên bất thường nhiễm sắc thể do đó có thể làm cho thai ngừng phát triển[7].

Trong số 32 bệnh nhân mong muốn có thai thì có tới 23 bệnh nhân có thai sau đó chiếm tỷ lệ cao 71,8%. 23 bệnh nhân này có thai tới 34 lần, nhưng chỉ 25 lần sinh sống, 3 lần sảy tự nhiên chiếm 8,8% tương tự với nghiên cứu của Khoa Phụ sản Bệnh viện Hoàng Gia của Vương Quốc Anh (The Royal College of Obstetrics and Gynaecology). Nghiên cứu của chúng tôi có 6 thai đình chỉ thai nghén chủ động do bệnh nhân đã đủ con (3 lần) và muốn chọn giới tính cho con (3 lần). Có 1 bệnh nhân (chiếm 4%) có bất thường rau thai (rau tiền đạo), bệnh nhân này có nhiều u xơ và tử cung to. Điều này phù hợp vì rau tiền đạo thường gặp ở bệnh nhân có u xơ và bất thường về hình thái của tử cung, do đó rau tiền đạo sẽ có tỷ lệ cao hơn ở bệnh nhân u cơ trơn tử

cung sau nút mạch. Bệnh nhân này có chảy máu trước chuyển dạ nên cần phải mổ lấy thai và cắt tử cung để cầm máu. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu trước đó của Walker và McDowell [8]. Mặc dù với số lượng ít nhưng tỷ lệ vẫn cao hơn tỷ lệ trong dân số chung, điều này có thể được giải thích là do tăng độ tuổi của mẹ.

Trong 25 trẻ sinh sống thì có 2 trẻ sinh sớm chiếm 8%, tỷ lệ này nằm trong giới hạn sinh sớm so với tỷ lệ sinh non của dân số chung (5 - 10%) [9]. Số lần mổ đẻ là 13 (chiếm 52%), những bệnh nhân có thai sau nút mạch u cơ trơn tử cung được theo dõi khá chặt chẽ bởi bác sỹ sản khoa và bác sỹ chẩn đoán hình ảnh. Những bệnh nhân này sau khi chuyển dạ đều được theo dõi, cố gắng cho đẻ đường dưới, nếu có bất thường mới chuyển mổ do đó giảm tỷ lệ mổ đẻ so với nghiên cứu của Walker và McDowell là 72,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trẻ có trọng lượng dưới 2500 gam chiếm 20% trẻ sinh sống, trong đó 4 trẻ được sinh ra và 1 trẻ đang trong bụng mẹ được 5 tháng tuổi. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Walker và McDowell (6,1%), có thể do nhóm nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn hay do kích thước của vật liệu nút mạch khác nhau nên việc tưới máu lại cho cơ tử cung sau nút mạch của chúng tôi kém hơn nên làm giảm dinh dưỡng thai trong quá trình phát triển trong buồng tử cung.

#### **V. KẾT LUẬN**

Sau theo dõi 32 bệnh nhân mong muốn có thai trên tổng số 207 bệnh nhân nút động mạch tử cung điều trị u cơ trơn tử cung từ 2007 đến 2014 chúng tôi có được kết quả: 93,8% là vô sinh 2; 23/32 bệnh nhân (71,9%) mang thai thành công với 34 lần mang thai tự nhiên sau 2-42 tháng nút mạch, 25 lần sinh sống chiếm 88%, tất cả trẻ sinh sống đều phát triển bình thường không có dị tật trước và sau sinh. Không có sự khác biệt giữa sinh non của nhóm nghiên cứu so với tỷ lệ sinh non trong dân số.

Nghiên cứu của chúng tôi không so sánh hiệu quả mang thai sau điều trị u cơ trơn tử cung của nút mạch và bóc nhân xơ.

Nút mạch điều trị u cơ trơn tử cung là một phương pháp hiệu quả, là một lựa chọn cho bệnh nhân mong muốn có thai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lefebvre G, V.G., Allaire C, Jeffrey J, Arneja J, Birch C, Fortier M, Wagner MS; Clinical Practice Gynaecology Committee, Society for Obstetricians and Gynaecologists of Canada., The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*, 2003. **25(5):396-418**.
2. Lefebvre GG, V.G., Asch M; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; Canadian Association of Radiologists; Canadian Interventional Radiology Association., Uterine fibroid embolization (UFE). *J Obstet Gynaecol Can*, 2004. **Oct;26(10):899-911, 913-28**.
3. Pron G, C.M., Soucie J, Garvin G, Vanderburgh L, Bell S ., for the Ontario Uterine Fibroid Embolization Collaboration Group. The Ontario Uterine Fibroid Embolization Trial. Part 1. Baseline patient characteristics, fibroid burden, and impact on life. *Fertil Steril*. 2003.**79(1):112-9**.
4. Singh S, V.G., McLachlin M, Kozak R, Rebel M. J Improving quality of care for patients undergoing arterial embolization for uterine fibroids: case report and review. *Obstet Gynaecol Can.* , 2005. **27(8):775–80**.
5. Olive D, L.S., Pritts E., Non-surgical management of leiomyoma: impact on fertility. . *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2004. **16: 239-43**.
6. M, H., Predictors of leiomyoma recurrence after myomectomy. *Obstet Gynecol*, 2005. **105:877-81**.
7. EA., P., Fibroids and infertility: a systematic review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv*, 2001. **5:483-91**.
8. Woodruff J. Walker, F., Simon J. McDowell, MBCHB, Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: A series of 56 completed pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006.
9. Slattery MM, M.J., Preterm delivery. *Lancet* 2002. **360: 1489-97**.

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tổng kết số bệnh nhân có thai sau điều trị u cơ trơn tử cung bằng phương pháp nút động mạch tử cung.

**Phương pháp và kết quả:** Phương pháp nghiên cứu hồi cứu qua phỏng vấn bộ câu hỏi trên 207 bệnh nhân được nút động mạch tử cung từ năm 2007 đến năm 2014 với độ tuổi trung bình là 35 (26 - 45 tuổi), trong đó có 32 bệnh nhân mong muốn có thai sau nút mạch với 56 u, tất cả được chẩn đoán là vô sinh do nguyên nhân u cơ trơn tử cung. Kích thước u trung bình trước nút là 6,4cm (3 đến 8cm), số lượng u từ 1 đến 5, vị trí u trong cơ 84,9% và dưới niêm mạc 15,1%. Thời gian trung bình có thai sau điều trị là 15 tháng (từ 2 đến 42 tháng), có 34 lần mang thai trên 23 bệnh nhân (3 lần tự sảy thai, 6 lần đình chỉ thai nghén), trong đó 25 lần sinh sống, 4 trẻ đẻ sớm, 5 trẻ nhẹ cân và 1 thai có bất thường bánh rau, 1 thai bất thường nước ối.

**Kết luận:** Nút động mạch tử cung trong điều trị u cơ trơn tử cung có triệu chứng là phương pháp nên thực hiện cho các bệnh nhân u cơ trơn tử cung mong muốn có thai.

**Từ khóa:** Có thai sau nút động mạch tử cung, điều trị u cơ trơn tử cung có triệu chứng.

Người liên hệ: Nguyễn Xuân Hiền; Email: ngochienduyloc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.4.2016

Ngày chấp nhận đăng: 30.5.2016