

# NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG TRONG VÔ SINH

**Trần Thế Hùng**

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu



Người ta ước tính có khoảng 70,2 triệu cặp vợ chồng vô sinh và có 40,5 triệu trong số đó đang chữa trị vô sinh. Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngày càng được xây dựng và hoàn thiện. Những bất thường ở lòng tử cung có thể sẽ ảnh hưởng đến kết quả hỗ trợ sinh sản. Nội soi buồng tử cung có vai trò rất lớn trong việc chẩn đoán các bất thường ở lòng tử cung. Nó không chỉ giúp cho việc chẩn đoán mà còn trong điều trị quan sát bệnh lý một cách trực tiếp. Từ đó có thể xử lý các tổn thương một cách tốt nhất, đặc biệt ở những bệnh nhân đã thất bại nhiều lần bởi kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Những trường hợp này sẽ được tiến hành kiểm tra buồng tử cung bằng máy soi tốt hơn so với siêu âm và HSG. Như vậy nó là một phương pháp điều trị hay một kỹ thuật hỗ trợ sinh sản trong thời đại công nghệ này.

## NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CÓ VAI TRÒ GÌ TRONG VÔ SINH?

Đây là một câu hỏi thường gặp ở những bệnh nhân và cả các nhà lâm sàng. Tuy nhiên, đôi khi nội soi buồng tử cung thường quy không được sự đồng thuận của các tác giả về lợi ích của nó trong chức năng sinh sản.

Nội soi buồng tử cung có thể phát hiện được tất cả các bất thường mà các phương pháp khác không làm được. Các bất thường trong lòng tử cung thì không nhiều, nhưng nó lại ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và sinh sản của phụ nữ. Trong một nghiên cứu năm 2010 của Fatemi với 678 bệnh nhân hiếm muộn không triệu chứng được nội soi buồng tử cung trước khi làm IVF hoặc kỹ thuật ICSI thấy rằng: Tỷ lệ phát hiện polyp nội mạc tử cung là 6%, u xơ tử cung dưới niêm là 1%, dính buồng tử cung là 2% và vách ngăn tử cung là 2%. Tổng cộng các bất thường trong lòng tử cung là 11%. Theo các báo cáo khác, tỷ lệ này dao động

20-45%. Nhưng đa số phụ nữ chỉ đi nội soi buồng tử cung với mục đích kiểm tra tại sao mình lại không đậu thai khi làm thụ tinh, đặc biệt ở những người thất bại nhiều lần. Rõ ràng những bất thường này có thể gây triệu chứng hoặc không có biểu hiện về lâm sàng.

Nghiên cứu năm 2005 của Pérez-Medina về ảnh hưởng của polyp đến kết quả hỗ trợ sinh sản trên 215 bệnh nhân vô sinh, được chẩn đoán polyp nội mạc tử cung bằng siêu âm và được phân ngẫu nhiên thành hai nhóm. Nhóm nghiên cứu được nội soi cắt polyp còn nhóm chứng được nội soi chẩn đoán và sinh thiết polyp. Cả hai nhóm bệnh nhân sau đó được bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI). Kết quả là tỉ lệ đậu thai tại nhóm cắt polyp là 64/107 bệnh nhân, còn ở nhóm chứng là 29/108 bệnh nhân. Bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có tỷ lệ đậu thai cao hơn ở nhóm chứng, với tỷ số chênh là 2,1 (KTC 95%: 1,5-2,9). Một điều rất thú vị là: ở nhóm nội soi cắt polyp, 65% trường hợp có thai trước khi làm IUI. Điều này nói lên được rằng, việc nội soi cắt polyp nội mạc tử cung trước khi làm IUI đã làm tăng tỷ lệ đậu thai. Đây không phải là nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên (RCT: randomized controlled clinical trial) hay phân tích gộp, nên bằng chứng chưa đủ mạnh.

Một RCT của Hossam Eldin Shawki năm 2011 thì khác: Tần suất các bất thường trong lòng tử cung được phát hiện khi nội soi buồng tử cung tương đối cao, đặc biệt trên những bệnh nhân thất bại IVF nhiều lần. Việc nội soi buồng tử cung trước khi làm ICSI đã làm tăng tỉ lệ đậu thai. Trong một RCT với 110 bệnh nhân làm ICSI nhưng không làm nội soi buồng tử cung (nhóm I) và 105 bệnh nhân làm ICSI sau khi đã được nội soi buồng tử cung (nhóm II, với nhóm IIa: ICSI với buồng tử cung bình thường và nhóm IIb: ICSI với buồng tử

cung bất thường). Kết quả: tỷ lệ đậu thai ở ba nhóm lần lượt là: 27,2%, 35,7% và 42,8% ( $p < 0,05$ ). Chính vì vậy, các tác giả đã đưa ra khuyến cáo nên nội soi buồng tử cung thường quy trước khi thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản mặc dù những bệnh nhân này chụp HSG hoặc siêu âm ngã âm đạo kết quả bình thường.

Trong một phân tích tổng hợp của Jyotsna Pundir năm 2013 về nội soi buồng tử cung trước khi làm IVF thấy rằng: tỷ lệ thai lâm sàng tăng 44% (RR 1,44, KTC 95% 1,08-1,92,  $p = 0,01$ ) và tỷ lệ thai sinh sống tăng 30% (RR 1,30, KTC 95% 1,00-1,67,  $p = 0,05$ ) trên những chu kỳ IVF sau khi nội soi buồng tử cung. Số lượng trường hợp nội soi buồng tử cung cần thiết để đạt được 1 trường hợp thai lâm sàng là 10 (KTC 95% 7-14) và một trường hợp thai sinh sống là 11 (KTC 95% 7-16). Nội soi buồng tử cung trên những bệnh nhân không triệu chứng trước khi thực hiện IVF có thể cải thiện kết quả điều trị.

Một phân tích gộp năm 2016 của Di Spiezio Sardo có ít chứng cứ về soi buồng tử cung làm tăng tỷ lệ sinh sống (RR 1,48, KTC 95% 1,20-1,81, 3 nghiên cứu trên 1088 bệnh nhân), có bằng chứng trung bình về gia tăng tỷ lệ có thai (RR 1,45, KTC 95% 1,26-1,67, 7 nghiên cứu trên 2.545 bệnh nhân).

Có nhiều bằng chứng, nói lên tính hiệu quả của nội soi buồng tử cung trong hỗ trợ sinh sản. Nó không chỉ đơn thuần giải quyết vấn đề tại chỗ của lòng tử cung mà còn hỗ trợ cho sinh sản.

Rõ ràng, nội soi buồng tử cung đang mang lại hiệu ứng tích cực cho sản phụ khoa về mọi mặt. Đối với những tổn thương thực thể thì rất rõ ràng, còn những trường hợp không thấy tổn thương trên lâm sàng thì nội soi buồng tử cung đóng vai trò gì giúp cho thụ thai.

## **VAI TRÒ CỦA NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN THẤT BẠI LÀM TỔ NHIỀU LẦN**

Trước khi có nội soi buồng tử cung, các nhà lâm sàng không hiểu tại sao không thể tạo ra được thai lâm sàng cho phụ nữ. Cuối cùng, họ cũng tìm ra được nguyên nhân gây chuyển phôi thất bại nhiều lần, từ đó có những cải thiện giúp tăng tỷ lệ đậu thai trong các chu kỳ IVF.

Về nguyên nhân của thất bại làm tổ nhiều lần (RIF: Repeated implantation failure) có thể do phôi, do sự chấp nhận của nội mạc tử cung hay do tử cung. Nếu sau khi loại trừ các yếu tố tử tử cung, nội mạc tử cung thuận lợi, phôi tốt mà vẫn không đậu thai thì được xem như thất bại làm tổ chưa rõ nguyên nhân. Trong phân tích

tổng hợp của Nastri và cộng sự (2015) với 14 nghiên cứu, gồm 2.128 bệnh nhân nhằm đánh giá hiệu quả của gây tổn thương nhẹ nội mạc tử cung, trên những bệnh nhân thất bại làm tổ không rõ nguyên nhân, tỷ lệ có thai tăng nhẹ (RR 1,42; KTC 95% 1,08-1,85). Cần làm tổn thương nhẹ nội mạc tử cung 11-12 trường hợp để thêm 1 trường hợp có thai. Tuy nhiên, các tác giả cũng cho thấy khi loại các nghiên cứu có nguy cơ sai lệch cao (sensitivity analysis) thì không còn sự khác biệt về kết quả có thai giữa hai nhóm. Do đó, với các nguy cơ có thể có của việc làm tổn thương nội mạc tử cung, việc áp dụng kỹ thuật này còn nhiều tranh cãi.

Nghiên cứu của một trung tâm về vai trò của nội soi buồng tử cung ở những trường hợp thụ tinh thất bại nhiều lần vào năm 2016, các tác giả đã kết luận rằng tỷ lệ phát hiện bất thường lòng tử cung là 51,2% (61/119) bao gồm: dính ở kênh cổ tử cung, polyp nội mạc tử cung, nhân xơ dưới niêm. Tỷ lệ sinh sống đối với nhóm nội soi buồng tử cung 24,3% (29/119), và nhóm không có soi buồng tử cung là 15,9% (39/244) ( $p = 0,06$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đậu thai,  $\beta$ hCG (+) và sẩy thai giữa hai nhóm  $p > 0,05$ . Một trong những lợi ích của nội soi buồng tử cung là giúp phát hiện các tổn thương ở buồng tử cung và xử lý chúng mà các phương pháp khác không làm được, đồng thời cải thiện tình trạng thụ thai.

## **TÓM LẠI**

Nội soi buồng tử cung giúp cho việc chẩn đoán và điều trị một số bệnh của phụ khoa như polyp nội mạc tử cung, u xơ dưới niêm, dính lòng tử cung... Đây là một phương tiện và là kỹ thuật quan trọng trong lĩnh vực điều trị vô sinh và hỗ trợ sinh sản.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Attilio Di Spiezio Sardo. Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. Human reproduction update, vol.0, No.0 pp 1-18, doi:10.1093/humupd/dmw008.
2. C Coughlan. Recurrent implantation failure : definition and management. pp.14-38, 2014.
3. Emre Göksan Pabuçcu. Impact of office hysteroscopy in repeated implantation failure: experience of a single center. J Turk Ger Gynecol Assoc 2016; 17: 197-200, doi: 10.5152/jtgga.2016.16166.
4. HM Fatemi. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. Hum Reprod, Vol. 25, no.0, pp. 1959-1965, 2010.
5. T Pérez-Medina. Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. Hum. Reprod, vol. 20, no. 6, pp. 1632-1635, 2005.
6. J Pundir. Hysteroscopy prior to the first IVF cycle: A systematic review and meta-analysis. Reprod. Biomed. Online, vol.28, no.2, pp.151-161, 2014.
7. LT Polanski. What exactly do we mean by "recurrent implantation failure" A systematic review and opinion. Reprod. Biomed. Online, vol. 28, no. 4, pp. 409-423, 2014.
8. N. Potdar. Endometrial injury to overcome recurrent embryo implantation failure : a systematic review and meta-analysis. Reprod. Biomed. Online, vol. 25, no. 6, pp. 561-571, 2012.
9. H E Shawki. Routine office hysteroscopy prior to ICSI and its impact on assisted reproduction program outcome: A randomized controlled trial. Middle East Fertil. Soc. J, vol. 17, no. 1, pp. 14-21, 2012.