

XỬ TRÍ Ứ DỊCH ỔNG DẪN TRỨNG TRƯỚC THỤ TINH TRONG ỔNG NGHIỆM – CẬP NHẬT Y HỌC CHỨNG CỨ

Vũ Minh Ngọc

Khoa Hiếm muộn Bệnh viện Từ Dũ



GIỚI THIỆU

Ứ dịch ống dẫn trứng (ODT) là một tình trạng bệnh lý trong đó ống dẫn trứng nghẽn xa do các bệnh lý khác nhau trở nên chứa đầy chất lỏng, tạo thành một cấu trúc dạng túi. Tỷ lệ mắc bệnh này lên đến 30% ở những phụ nữ có bệnh lý ống dẫn trứng^[1,2]. Chụp tử cung vòi trứng và hình ảnh siêu âm là xét nghiệm tương đối đơn giản và chính xác trong chẩn đoán ứ dịch ODT và chẩn đoán được xác định qua sự kiểm tra trực quan trong quá trình phẫu thuật^[3]. Trong nhiều nghiên cứu, ứ dịch ODT liên quan đến kết quả không tốt của thụ tinh trong ống nghiệm. Sự hiện diện của chất lỏng ở ứ dịch ống dẫn trứng trong khoang nội mạc tử cung ức chế làm tổ của phôi qua các cơ chế cơ học (trôi phôi, tăng nhu động của nội mạc tử cung, lớp dịch ngăn cách phôi và nội mạc tử cung) hoặc làm giảm và mất cân bằng các yếu tố cần thiết cho sự phát triển của phôi như Pyruvate và biệt hóa của nội mạc tử cung như: β -integrin, leukemia inhibitory factor, và HOXA10 mRNA^[4,5] từ đó tác động trực tiếp lên phôi và nội mạc tử cung, làm giảm sự chấp nhận của nội mạc tử cung, giảm tỷ lệ thành công, tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ có thai 50% và tăng gấp đôi tỷ lệ sẩy thai tự nhiên^[6,7]. Các phương pháp làm ngăn cản sự tiếp xúc của dịch từ ứ dịch ống dẫn trứng với buồng tử cung sẽ làm cải thiện môi trường nội mạc tử cung và tăng khả năng làm tổ của phôi. Bài viết này sẽ nghiên cứu những lựa chọn điều trị khác nhau và trình bày các bằng chứng có giá trị cho từng phương pháp đối với bệnh nhân ứ dịch ODT làm thụ tinh trong ống nghiệm.

PHẪU THUẬT CẮT ỔNG DẪN

Để cải thiện tỷ lệ mang thai của thụ tinh trong ống nghiệm, giải pháp lý tưởng là loại bỏ ODT ứ dịch bằng

nội soi ổ bụng đặc biệt là khi ODT ứ dịch đủ nhìn thấy dưới siêu âm đã được khuyến cáo từ thư viện Cochrane năm 2012^[13]. Cho tới nay, cắt ODT là phương pháp phẫu thuật duy nhất ở những bệnh nhân ứ dịch ODT đã được đánh giá trong các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Một nghiên cứu đa trung tâm ở Scandinavia đã chỉ ra có sự cải thiện tỷ lệ có thai và tỷ lệ sinh sống sau khi cắt ODT ở bệnh nhân ứ dịch ODT đủ lớn để nhìn thấy dưới siêu âm với tỷ lệ thai lâm sàng là 46% và 27% ($p=0,049$) và tỷ lệ sinh sống là 40% và 17% ($p=0,04$) ở bệnh nhân cắt ODT và bệnh nhân không can thiệp bất kỳ phẫu thuật nào. Khi xem xét tất cả các chu kỳ của bệnh nhân có kích thước ứ dịch ODT bất kỳ, cắt ODT tăng gấp đôi tỷ lệ có thai so với bệnh nhân còn tồn tại ứ dịch ODT. Dữ liệu cho thấy lợi ích của cắt ODT chủ yếu ở bệnh nhân ứ dịch ODT nhìn thấy được trên siêu âm và là chỉ định để nghị cắt ODT ứ dịch trước khi thụ tinh trong ống nghiệm^[10].

Câu hỏi đặt ra liệu có nguy cơ giảm chức năng buồng trứng sau khi cắt ống dẫn trứng? Cho đến nay, chỉ có một nghiên cứu của Lass gần đây đã chỉ ra ảnh hưởng không có lợi đến buồng trứng cùng bên sau cắt ODT do thai ngoài tử cung^[14]. Tuy nhiên, không có sự khác biệt trong kết quả tổng thể khi không tách riêng ra được các bên, mà có thể gợi ý có một cơ chế đền bù cho phần phụ bên đối diện. Trong một nghiên cứu bao gồm những bệnh nhân đã cắt ODT 1 bên do thai ngoài tử cung sau khi thụ tinh trong ống nghiệm, không có ảnh hưởng tiêu cực của phẫu thuật trên các thông số đáp ứng đã được nhìn nhận, cũng không bị ảnh hưởng nhiều hơn với bên phẫu thuật^[9]. Trong nghiên cứu tiến cứu trên 26 phụ nữ, các chu kỳ trước và sau cắt ODT dự phòng được so sánh về đáp ứng buồng trứng được đánh giá như liều, thời gian dùng

gonadotropin, số trứng chọc hút và thụ tinh, không có bất cứ sự khác biệt nào có ý nghĩa được tìm thấy qua các kết quả này^[15]. Rõ ràng, không có suy giảm chức năng buồng trứng nói chung sau cắt ODT. Tuy nhiên, về lý thuyết, cần phải rất thận trọng không để tổn thương các mạch máu và thần kinh nuôi buồng trứng khi thực hiện cắt ODT. Đặc biệt kỹ thuật nội soi cắt ODT được khuyến cáo không nên dùng dao 1 cực, không nên cắt đốt quá sát góc tử cung có thể gây biến chứng vỡ góc tử cung khi mang thai sau đó đã được khuyến cáo trong một số nghiên cứu^[36,37].

Khía cạnh tâm lý của việc cắt bỏ ODT ở một bệnh nhân vô sinh cũng rất quan trọng và phải được xem xét ngay cả khi rõ ràng rằng bệnh nhân sẽ được hưởng lợi từ cắt ODT. Quan trọng là bệnh nhân được chuẩn bị tâm lý để trải qua thủ thuật. Trong vài trường hợp phải mất một hoặc nhiều chu kỳ thất bại trước khi bệnh nhân chấp thuận cắt ODT. Khi chỉ có 1 ODT ứ dịch, ODT còn lại khỏe mạnh, cơ hội thụ thai tự nhiên sau khi cắt 1 ODT tăng, được chứng minh bởi nghiên cứu Strandell và cộng sự năm 1999^[10]. Vì vậy chỉ cắt ODT trước thụ tinh trong ống nghiệm khi ODT đó ứ dịch.

Tóm lại: Cắt ODT là phương pháp duy nhất đã được đánh giá đúng và một đề nghị rõ ràng cho bệnh nhân ứ dịch ODT đủ lớn nhìn thấy qua siêu âm trước IVF để tăng cơ hội mang thai đủ tháng. Tuy nhiên, phương pháp này là phương pháp can thiệp cần phải gây mê, chi phí cao, có thể có một số tai biến khi phẫu thuật, đặc biệt khó khăn đối với các trường hợp có tiền căn mổ nhiều lần ở tiểu khung có dính nhiều, có thể làm suy giảm chức năng buồng trứng, vỡ góc tử cung khi có thai sau đó... Ngoài ra, phương pháp này còn có thể ảnh hưởng không tốt đến tâm lý của một số bệnh nhân khi phải cắt ODT.

PHẪU THUẬT KẸP TẮC ĐOẠN GẮN ỐNG DẪN TRỨNG

Để cải thiện tỷ lệ mang thai của thụ tinh trong ống nghiệm, giải pháp lý tưởng là loại bỏ ứ dịch ODT bởi nội soi cắt ODT. Tuy nhiên, trong một số trường hợp điều này là không khả thi do dính vùng chậu nặng làm cho việc tiếp cận ống dẫn trứng khó khăn. Trong trường hợp này, được khuyến khích thậm chí cắt đứt đường nối từ ODT và tử cung sẽ giúp trong việc cải thiện kết quả hỗ trợ sinh sản^[8].

Có phải kẹp tắc đoạn gần ống dẫn trứng hiệu quả như cắt ống dẫn trứng? Không có thử nghiệm ngẫu nhiên để trả lời câu hỏi này. Hai nghiên cứu hồi cứu đã không thể chỉ ra bất cứ sự khác nhau có ý nghĩa về kết quả có thai nhưng do số bệnh nhân quá ít để có bất

cứ kết luận nào. Surrey và cộng sự đã nghiên cứu hồi cứu 94 bệnh nhân bệnh ODT, trong đó 32 trường hợp điều trị ứ dịch ODT bởi cắt ODT trước thụ tinh trong ống nghiệm và 15 trường hợp điều trị kẹp tắc ODT vì tình trạng dính nặng^[16]. Tỷ lệ làm tổ là 29% và 19% tương ứng (không có ý nghĩa thống kê). Trong nghiên cứu của Stadtmauer (2000) có 45 trong 60 bệnh nhân ứ dịch ODT chấp nhận phẫu thuật nội soi, và cắt ống dẫn trứng đã được tiến hành nếu có thể, trong khi kẹp tắc ODT và mở thoát dịch đoạn xa được tiến hành trong trường hợp dính nặng, kết quả cho thấy chỉ nhóm không điều trị phẫu thuật có tỷ lệ thai lâm sàng giảm có ý nghĩa so với cả cắt ODT và kẹp tắc ODT^[17]. Tác giả Neil Johnson và cộng sự nghiên cứu tài liệu của Cochrane, MEDLINE và EMBASE cũng như các bài báo cáo trong các hội nghị đặc biệt có liên quan và các tài liệu tham khảo của các bài báo xuất bản vào cuối năm 2009 cho thấy: nội soi kẹp tắc ODT là 1 thay thế hiệu quả cho nội soi cắt ODT trong việc cải thiện tỷ lệ có thai thụ tinh trong ống nghiệm ở phụ nữ bị ứ dịch ODT. Trong 4 thử nghiệm liên quan đến 256 phụ nữ ngẫu nhiên cắt ODT và 199 không điều trị, tỷ suất chênh trung bình là 2,49 (KTC 95% 1,6-3,86). Trong 2 nghiên cứu liên quan đến 123 phụ nữ ngẫu nhiên kẹp ODT và 81 không điều trị, tỷ suất chênh trung bình là 4,66 (KTC 95% 2,17-10,01). Trong 2 nghiên cứu so sánh cắt ODT (n=110) với kẹp ODT (n=128), tỷ suất chênh là 1,28 cho nhóm kẹp ODT không có ý nghĩa thống kê (KTC 95% 0,75- 2,14)^[18].

Các nghiên cứu hồi cứu sau này và các nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên xác nhận rằng cắt ODT hoặc kẹp tắc đoạn gần ODT cải thiện kết quả của chuyển phôi thụ tinh trong ống nghiệm^[10,19,20]. Năm 2010, một phân tích từ nhiều nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên cho thấy nội soi cắt ODT hoặc làm tắc đoạn gần ODT làm tăng tỷ lệ có thai, thai diễn tiến và sinh sống^[21]. Tuy nhiên, cắt ODT hoặc làm tắc đoạn gần ODT yêu cầu phải nhập viện, gây mê và có thể liên quan đến tai biến phẫu thuật, đặc biệt là những bệnh nhân bị dính nặng. Hơn thế nữa, cắt ống dẫn trứng 2 bên ngăn cản bất kỳ khả năng thụ thai không hỗ trợ trong tương lai hoặc tái tạo ODT^[10,19].

Tóm lại: Kẹp tắc đoạn gần ODT ứ dịch qua nội soi có thể là phương pháp thay thế hiệu quả cho các trường hợp cắt ODT ứ dịch khó khăn do dính, do tâm lý bệnh nhân không muốn cắt bỏ ODT. Tuy nhiên, đây cũng là phương pháp cần phải phẫu thuật, gây mê, chi phí cao và khó thực hiện trong một số trường hợp tiền căn mổ tiểu khung nhiều lần, dính nặng, không bộc lộ được đoạn gần của ODT.

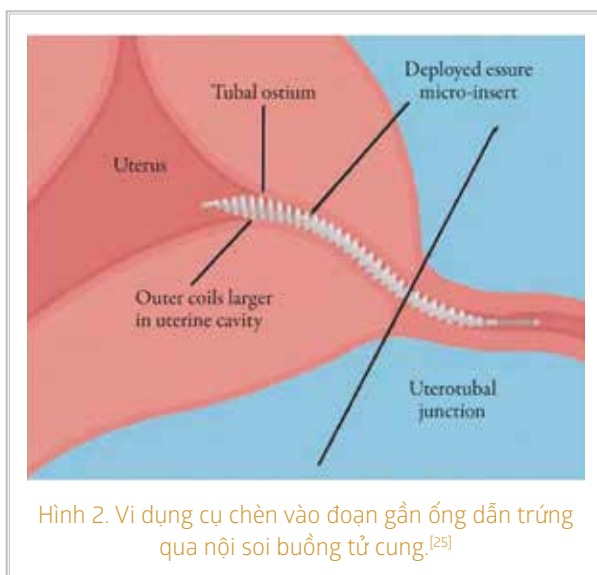
MỞ THÔNG TÁI TẠO ĐOẠN XA ỐNG DẪN TRỨNG (HÌNH 1)

Mở thông ống dẫn trứng là phẫu thuật tạo hình mở vào ODT mà ODT không bị cắt bỏ. Phẫu thuật tạo hình loa vòi là thuật ngữ thường được sử dụng thay cho mở thông ODT, vì mở thông ODT không đề cập vai trò quan trọng của loa vòi. Việc sửa chữa mà bảo tồn loa vòi một cách khéo léo là rất quan trọng cho chức năng sinh sản. Mục đích của tái tạo loa vòi là để mở thông ODT và bảo tồn đủ chức năng của loa vòi, cho phép bắt noãn và vận chuyển noãn thành công.

Điều trị phẫu thuật nên được xem xét cho tất cả những phụ nữ ứ dịch ODT trước khi điều trị IVF. Trong trường hợp siêu âm thấy ứ dịch ODT, cắt ODT là điều trị được ưu tiên. Lựa chọn bệnh nhân cho điều trị phẫu thuật vô sinh cần phải được cá thể hóa và xem xét cẩn thận. Vai trò phẫu thuật tái tạo ODT ở phụ nữ lớn tuổi là giới hạn vì cơ hội có thai hàng tháng sau phẫu thuật thấp, do giảm khả năng sinh sản sẵn có ở người phụ nữ lớn tuổi, IVF là lựa chọn điều trị tốt hơn. Ngược lại, phẫu thuật tái tạo ODT cho phụ nữ trẻ, ODT tổn thương nhẹ là lựa chọn hợp lý. Trong một



Hình 1. Mở thông đoạn xa ống dẫn trứng ứ dịch.^[23]



Hình 2. Vi dụng cụ chèn vào đoạn gần ống dẫn trứng qua nội soi buồng tử cung.^[25]

ngiên cứu 434 phụ nữ vô sinh có nội soi mở thông ODT, Audebert và cộng sự tìm ra bằng chứng rằng phẫu thuật không nên được áp dụng cho một số bệnh nhân có tổn thương ODT độ 3 hoặc 4, tiền căn thai ngoài tử cung, dính nặng ở tiểu khung, tiền căn mở thông tái tạo ODT và Chlamydia dương tính^[22]. Trong 1 nghiên cứu khác cũng cho kết quả đối với những bệnh nhân tổn thương ODT đoạn xa mức độ nhẹ, tỷ lệ sinh sống sau điều trị phẫu thuật dao động từ 39-59%, tỷ lệ thai ngoài tử cung 4-10%. Kết quả cho những bệnh nhân tổn thương đoạn xa ODT nặng giảm đáng kể với tỷ lệ có thai chung dưới 15%^[23].

Mở thông đoạn xa ODT hoặc tái tạo loa vòi trao cho bệnh nhân cơ hội thụ thai tự nhiên nếu ODT không bị tổn thương trên độ 2. Nếu thụ thai không xảy ra, quá trình phẫu thuật có thể có lợi khi làm thụ tinh trong ống nghiệm, trừ khi đoạn xa bị tắc lại.

Tóm lại: Phương pháp mở thông tái tạo đoạn xa ODT chỉ có hiệu quả ở những bệnh nhân trẻ tuổi, ODT tổn thương nhẹ, không dính hoặc dính ít ở tiểu khung, còn thấy được loa vòi. Phương pháp mở thông tái tạo đoạn xa ODT mang lại cơ hội có thai tự nhiên cho bệnh nhân, tuy nhiên có thể bị tái phát tắc ứ dịch ODT lại, thai ngoài tử cung... chi phí cao, các tai biến khi phẫu thuật nội soi. Phương pháp này không nên chỉ định cho bệnh nhân lớn tuổi, ODT tổn thương nặng, tiền căn thai ngoài tử cung, tiền căn phẫu thuật mở thông tái tạo ống dẫn trứng, tiểu khung dính nhiều và Chlamydia dương tính....

NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG LÀM TẮC ĐOẠN GẦN ỐNG DẪN TRỨNG BỞI CHÈN VI DỤNG CỤ (HÌNH 2)

Cắt ODT và nội soi buồng tử cung làm tắc ODT bằng chèn vi dụng cụ là lựa chọn điều trị tốt nhất cho nhóm bệnh nhân tái phát ứ dịch ODT và ứ dịch lòng tử cung. Nội soi buồng tử cung làm tắc đoạn gần ODT bởi chèn vi dụng cụ là phương pháp triệt sản vĩnh viễn hiệu quả. Không giống phẫu thuật nội soi ổ bụng để triệt sản, một cách tiếp cận qua nội soi buồng tử cung và chỉ cần gây tê tại chỗ hoặc thuốc an thần tĩnh mạch, một thay thế an toàn, đơn giản và hiệu quả cao^[24]. Vi dụng cụ chèn bao gồm một cuộn dây thép không gỉ co giãn ở bên trong, một cuộn dây bên ngoài co giãn được làm bằng hợp kim niken titan (thường được gọi bởi tên thương mại Nitinol) và một lớp sợi polyethylene terephthalate (PET) chạy dọc luôn qua các cuộn dây. Trong khoảng thời gian ba tháng, các sợi PET tạo ra một mô cục lạnh tĩnh phát triển từ thành ODT vào bao quanh thiết bị bít kín hoàn toàn trong lòng

ODT^[25]. Vi dụng cụ chèn được thiết kế để đặt qua ngã âm đạo và được thực hiện qua nội soi buồng tử cung.

Như vậy, một lựa chọn điều trị như nội soi buồng tử cung làm tắc ODT bởi chèn vi dụng cụ có thể thay thế cho phẫu thuật cắt ODT hoặc làm tắc đoạn gần ODT trong các trường hợp ứ dịch ODT, đặc biệt ở bệnh nhân có tiền căn dính nặng tiểu khung. Tuy nhiên, y văn điều trị chèn vi dụng cụ bị giới hạn bởi các nghiên cứu hồi cứu nhỏ hoặc tiến cứu không ngẫu nhiên^[26]. Ngoài ra, việc tắc ODT với chèn vi dụng cụ là phương pháp tốn kém, trì hoãn chuyển phôi IVF trong 3 tháng và rủi ro cho những bệnh nhân mang thai và thai nhi của họ vẫn chưa được biết đến^[27].

CHỌC HÚT ỐNG DẪN TRỨNG Ứ DỊCH QUÁ SIÊU ÂM ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

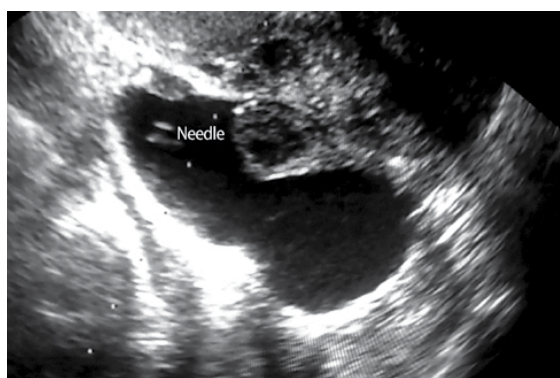
Đây là phương pháp ngoại khoa ít xâm lấn nhất, chọc hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm đầu dò âm đạo, đã được mô tả trong vài báo cáo trường hợp và trong hai nghiên cứu hồi cứu. Kết luận khác nhau về lợi ích chọc hút dịch tại thời điểm chọc hút trứng về cải thiện tỉ lệ mang thai và làm tổ đã được rút ra. Một số nghiên cứu cho thấy chọc hút dịch qua đường âm đạo trước khi chọc hút trứng không có cải thiện nào về tỷ lệ có thai^[28]. Trong nghiên cứu của Neil Johnson có 32 phụ nữ ngẫu nhiên chọc hút dịch và 32 không điều trị, tỷ suất chênh trung bình cho có thai là 1,97 (KTC 95% 0,62-6,29) không có ý nghĩa thống kê.

Tuy nhiên, một số tác giả cho rằng chọc hút ODT ứ dịch dưới hướng dẫn siêu âm là thay thế tốt nhất bởi vì nó đơn giản, an toàn, dễ dàng và không đắt tiền. Hơn thế nữa, cũng có bằng chứng cung cấp lợi ích của nó tác động lên kết quả của chuyển phôi thụ tinh trong ống nghiệm đến từ một số nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên tiến cứu^[29,30]. Nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên của Usama và cộng sự so sánh hiệu quả của chọc hút dịch ODT dưới siêu âm với cắt ODT trong điều trị bệnh nhân ứ dịch ODT nhìn thấy qua siêu âm có chuyển phôi IVF. Tỷ lệ làm tổ, thai lâm sàng và thai diễn tiến cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm cắt ODT so với bệnh nhân tái phát ứ dịch ODT sau chọc hút dịch (18,95% và 7,58%; 42,67% và 19,23%; 38,67% và 15,38% tương ứng) và không tìm thấy sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ làm tổ, thai lâm sàng và thai diễn tiến giữa nhóm cắt ODT và nhóm không bị tái phát ứ dịch sau chọc hút dịch (18,95%; 15,5%; 42,67% và 34%; 38,67%; 30%). Như vậy, chọc hút dịch ODT chỉ có hiệu quả trong các trường hợp không bị tái phát, cần lưu ý là tỷ lệ tái phát ứ dịch ODT ở nhóm chọc hút dịch là 34,21% có ảnh hưởng xấu đến kết quả làm tổ và

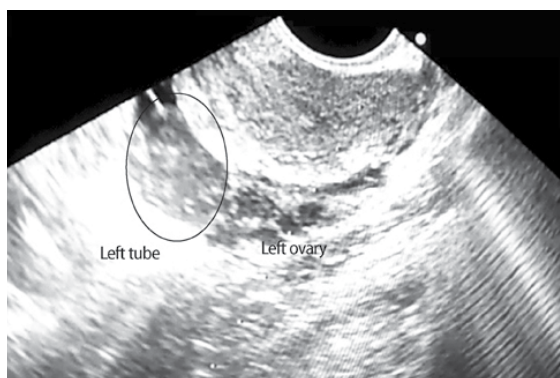
có thai trong nghiên cứu này^[31]. Vấn đề nhiễm trùng liên quan đến chọc ODT ứ dịch đường như rất hiếm khi mà kháng sinh đã được cho cũng được các báo cáo công bố.

Tóm lại: Phương pháp này có ưu điểm rõ ràng là ít xâm lấn hơn so với phương pháp phẫu thuật khác đang có. Hiện nay, không có bằng chứng cho thấy chọc hút đường âm đạo có hiệu quả như cắt ODT, nhưng đối với bệnh nhân có phát triển dịch ODT trong khi kích thích thì đó là một lựa chọn.

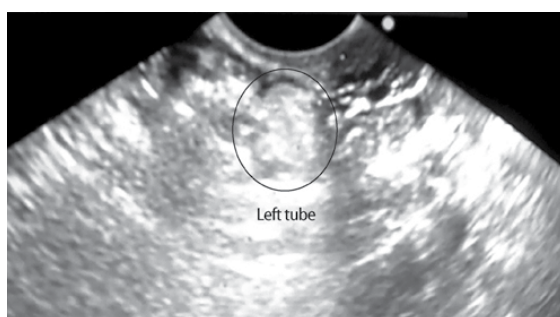
ĐIỀU TRỊ Ứ DỊCH ỐNG DẪN TRỨNG BẰNG XƠ HÓA ỐNG DẪN TRỨNG (HÌNH 3-5)



Hình 3. Chọc hút ống dẫn trứng ứ dịch.



Hình 4. Bơm rửa ống dẫn trứng bằng cồn 95%.



Hình 5. Tiêm Tetracyclin 5% (2-6ml).

Cho đến nay, lựa chọn phẫu thuật cho phụ nữ bị ứ dịch ODT đó là hoặc cắt bỏ ODT ứ dịch hoặc kẹp tắc đoạn gần ODT hoặc mở thông ODT. Cắt ODT ứ dịch có thể làm giảm dòng máu đến buồng trứng, kết quả giảm số trứng chọc hút trong chu kỳ kích thích buồng trứng^[32,33]. Mở thông ODT có liên quan với tỉ lệ tái phát cao và có thể dẫn đến sự tích lũy lâu dài của các chất lỏng gây cản trở làm tổ. Các phẫu thuật này không thể thực hiện được khi tiểu khung quá dính, kể cả khi mổ hở. Thêm nữa, phẫu thuật đòi hỏi phải nhập viện và gây mê toàn thân. Ngoài chi phí điều trị cao, bệnh nhân có thể bị đau sau phẫu thuật, khó chịu và bất tiện trong cuộc sống hàng ngày. Như đã chứng minh trong các nghiên cứu trước đó, chọc hút ứ dịch ODT dưới hướng dẫn siêu âm đường âm đạo có ưu điểm là đơn giản, giảm xâm lấn nhưng có liên quan tỷ lệ tái phát cao và không tăng tỷ lệ có thai. Tuy nhiên, những nhược điểm này có thể khắc phục bởi tiêm các chất xơ hóa vào trong ODT sau khi chọc hút ODT ứ dịch. Phương pháp xơ hóa ODT là chọc 1 kim dài vào bên trong ODT ứ dịch để chọc hút dịch ra, rửa cồn (95%), tiêm tetracycline 5% (2-6 ml) làm xơ cứng thành ODT và cũng làm giảm tiết dịch. Nếu ứ dịch ODT vẫn nhìn thấy qua siêu âm sau 2 tuần can thiệp, quá trình này được nhắc lại 2-3 lần. Kháng sinh uống cho 3 ngày để tránh nhiễm khuẩn sau xơ hóa ODT. Xơ hóa ODT có thể dừng tiết các chất ức chế quá trình làm tổ và chảy vào trong lòng tử cung.

Trong một nghiên cứu bởi Jiang và cộng sự, so sánh điều trị xơ hóa ODT và nhóm chứng không điều trị ở bệnh nhân ứ dịch ODT^[34], tỷ lệ có thai cao hơn có nghĩa thống kê ở nhóm nghiên cứu. Tác giả nhấn mạnh giá trị của xơ hóa ODT, hy vọng điều này có thể thay thế các phẫu thuật xâm lấn như cắt ODT. Nghiên cứu của Eun và cộng sự năm 2012 cho thấy giá trị của phương pháp xơ hóa ODT trong điều trị ứ dịch ODT. Xơ hóa cho kết quả số trứng chọc hút được nhiều hơn (12,1 và 6,1) và tỷ lệ có thai không khác biệt so với nhóm cắt ODT (0,40 cho nhóm cắt ODT; 0,38 cho nhóm xơ hóa). Xơ hóa ODT ứ dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ là lựa chọn hữu ích cho các trường hợp dính nhiều trong ổ bụng^[35].

Tóm lại: Xơ hóa ODT ứ dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ là phương pháp khá đơn giản, ít xâm lấn khắc phục được một số nhược điểm của một số phương pháp truyền thống và lựa chọn hữu ích cho các trường hợp dính nhiều trong ổ bụng.

KẾT LUẬN

Để cải thiện cơ hội có thai và mang thai đủ tháng

ở bệnh nhân ứ dịch ODT làm thụ tinh trong ống nghiệm, các phương pháp phẫu thuật khác nhau để xử trí ứ dịch ODT theo cá thể hóa đã được thảo luận. Đối với trường hợp ứ dịch ODT nhìn thấy qua siêu âm, ưu tiên chỉ định cắt ODT hoặc kẹp tắc đoạn gần ODT tùy theo tình trạng dính tiểu khung và khả năng bóc lột ODT. Một lựa chọn thay thế hiệu quả, ít xâm lấn cho các trường hợp tiền lượng dính nặng ở tiểu khung đó là phương pháp xơ hóa ODT. Phẫu thuật bảo tồn mở thông tái tạo đoạn xa ODT chỉ có áp dụng cho bệnh nhân trẻ tuổi, tổn thương ODT nhẹ, không dính hoặc dính ít ở tiểu khung, Chlamydia âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Strandell A, Waldenström U, Nilsson L, Hamberger L. Hydrosalpinx reduces in-vitro fertilization/embryo transfer pregnancy rates. *Hum Reprod*. 1994;9:861-863.
- Blazar AS, Hogan JW, Seifer DB, Frishman GN, Wheeler CA, Haning RV. The impact of hydrosalpinx on successful pregnancy in tubal factor infertility treated by in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 1997;67:517-520.
- Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI. Controversies in the modern management of hydrosalpinx. *Hum Reprod Update*. 1998;4:882-890.
- Bildirici I, Bukulmez O, Ensari A, Yerali H, Gurgan T. A prospective evaluation of the effect of salpingectomy on endometrial receptivity in cases of women with communicating hydrosalpinges. *Hum Reprod*. 2001;16:2422-2426.
- Seli E, Kayisli UA, Cakmak H, Bukulmez O, Bildirci I, Guzeloglu-Kayisli O, et al. Removal of hydrosalpinges increases endometrial leukaemia inhibitory factor (LIF) expression at the time of the implantation window. *Hum Reprod*. 2005;20:3012-3017.
- Zeyneloglu HB, Arici A, Olive DL. Adverse effects of hydrosalpinx on pregnancy rates after in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril*. 1998;70:492-499.
- Camus E, Poncelet C, Goffinet F, Wainer B, Merlet F, Nisand I, et al. Pregnancy rates after in-vitro fertilization in cases of tubal infertility with and without hydrosalpinx: a meta-analysis of published comparative studies. *Hum Reprod*. 1999;14:1243-1249.
- Chen CD, Yang JH, Lin KC, Chao KH, Ho HN, Yang YS. The significance of cytokines, chemical composition, and murine embryo development in hydrosalpinx fluid for predicting the in-vitro fertilization outcome in women with hydrosalpinx. *Hum Reprod*. 2002;17:128-33.
- Dar P, Sachs GS, Strassburger D, Bukovsky I, Arieli S. Ovarian function before and after salpingectomy in artificial reproductive technology patients. *Hum Reprod*. 2000;15:142-4.
- Strandell A, Lindhard A, Waldenström U, Thorburn J, Janson PO, Hamberger L. Hydrosalpinx and IVF outcome: A prospective, randomized multicentre trial in Scandinavia on salpingectomy prior to IVF. *Hum Reprod*. 1999;14:2762-9.
- Strandell A, Sjogren A, Bentin-Ley U, Thorburn J, Hamberger L, Brännström M. Hydrosalpinx fluid does not adversely affect the normal development of human embryos and implantation in vitro. *Hum Reprod*. 1998;13:2921-5.
- Johnson NP, Mak W, Sowter MC. Laparoscopic salpingectomy for women with hydrosalpinges enhances the success of IVF: A Cochrane review. *Hum Reprod*. 2002;17:543-8.
- Johnson NP, Mak W, Sowter MC. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilization. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;4:CD002125. (13)
- Lass A, Ellenbogen A, Croucher C, et al. (1998) Effect of salpingectomy on ovarian response to superovulation in an in vitro fertilization-embryo transfer program. *Fertil Steril*. 70, 1035-1038.
- Strandell A, Lindhard A, Waldenström U, et al. (2001) Salpingectomy prior to IVF does not impair the ovarian response. *Hum Reprod*. 16, 1135-1139.
- Surrey ES, Schoolcraft WB. (2001) Laparoscopic management of hydrosalpinges before in vitro fertilization-embryo transfer: salpingectomy versus proximal tubal occlusion. *Fertil Steril*. 75, 612-617.
- Stadtmauer LA, Riehl RM, Toma SK, et al. (2000) Cauterization of hydrosalpinges before in vitro fertilization is an effective surgical treatment associated with improved pregnancy rates. *Am J Obstet Gynecol*. 183, 367-371.
- Neil Johnson, Sabine van Voorst, Martin C. Sowter, Annika Strandell and Ben Willm J. Mol. Tubal surgery before IVF. *Hum Reproduction Update*. Vol17, No1 pp. 3, 2011
- Moshin V, Hotineanu A. Reproductive outcome of the proximal tubal occlusion prior to IVF in patients with hydrosalpinx. *Hum Reprod*. 2006;21:1193-4.
- Murray DL, Sagoskin AW, Widra EA, Levy MJ. The adverse effect of hydrosalpinges on in vitro fertilisation pregnancy rates and the benefit of surgical correction. *Fertil Steril*. 1998;69(1):619-26.
- Johnson N, van Voorst S, Sowter MC, Strandell A, Mol BW. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilization. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;20(1):CD002125.
- Audebert A, Pouly JL, Bonifacie B, et al. Laparoscopic surgery for distal tubal occlusions: lessons learned from a historical series of 434 cases. *Fertil Steril*. 2014 Oct. 102(4):1203-8.
- Winston RM, Margara RA. Microsurgical salpingostomy is not an obsolete procedure. *Br J Obstet Gynaecol*. 1991 Jul. 98(7):637-42.
- John F, Kerin, Jay M, Cooper, Thomas Price, Bruno J, Van Herendae, Enrique Cayuela-Font, Daniel Cher and Charles S. Carignan. Hysteroscopic sterilization using a micro-insert device: results of a multicentre Phase II study. *Hum Reprod* 2003 Jun; 18(6):1223-30.
- Valle, R.F., Carignan, C.S. and Wright, T.C. (2001) Tissue response to the STOP microcoil transcervical permanent contraceptive device: results from a hysterectomy study. *Fertil. Steril*. 76, 974-980.
- Matorras R, Rabanal A, Prieto B, Diez S, Brouard I, Mendoza R, et al. Hysteroscopic hydrosalpinx occlusion with Essure device in IVF patients when salpingectomy or laparoscopy is contraindicated. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;169(1):54-9.
- Arora P, Arora R, Cahill D, Essure® for management of hydrosalpinx prior to in vitro fertilisation-a systematic review and pooled analysis. *BJOG*. 2014;121(5):527-36.
- Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI, et al. (1990) Transvaginal ultrasonic needle guided aspiration of pelvic inflammatory cystic masses before ovulation induction for in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 53, 311-314.
- Hammadeh N, Coomarasamy A, Bolarinde O, Papaioannou S, Afnan M, Sharif K. Ultrasound-guided hydrosalpinx aspiration during oocyte collection improves pregnancy outcome in IVF: a randomized controlled trial. *Hum Reprod*. 2008;23:1113-7.
- Fouda UM, Sayed AM. Effect of ultrasound-guided aspiration of hydrosalpingal fluid during oocyte retrieval on the outcomes of in vitro fertilisation-embryo transfer: a randomised controlled trial (NCT01040351). *Gynecol Endocrinol*. 2011;27(8):562-7.
- Usama M Fouda, Ahmed M Sayed, Hatem I Abdelmoty, and Khaled A Elstohly. Ultrasound guided aspiration of hydrosalpinx fluid versus salpingectomy in the management of patients with ultrasound visible hydrosalpinx undergoing IVF-ET: a randomized controlled trial. *MC Womens Health*. 2015; 15: 21.
- Chan CC, Ng EH, Li CF, Ho PC. Impaired ovarian blood flow and reduced antral follicle count following laparoscopic salpingectomy for ectopic pregnancy. *Hum Reprod*. 2003;18:2175-2180.
- Gelbaya TA, Nardo LG, Fitzgerald CT, Horne G, Brison DR, Lieberman BA. Ovarian response to gonadotropins after laparoscopic salpingectomy or the division of fallopian tubes for hydrosalpinges. *Fertil Steril*. 2006;85:1464-1468.
- Jiang H, Pei H, Zhang WX, Wang XM. A prospective clinical study of interventional ultrasound sclerotherapy on women with hydrosalpinx before in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril*. 2010;94:2854-2856.
- Eun Duc NA, Dong Hyun Cha, Jung Hyun Cho and Mi Kyung Kim. Comparison of IVF-ET outcomes in patients with hydrosalpinx pretreated with either sclerotherapy or laparoscopic salpingectomy. *Clin Exp Reprod Med*. 2012 Dec. 39(4): 182-186.
- Jinoyat, T, Marton, J, Urbancsek, Z, Ka'dar, K, Altdorfer and Z Papp. Case Report: Spontaneous bilateral cornual uterine dehiscence early in the second trimester after bilateral laparoscopic salpingectomy and in-vitro fertilization. *Human Reproduction vol.14 no.10 pp.2471-2473*. 1999.
- Vũ Minh Ngọc, Vương Đình Bảo Anh, Lê Quang Thanh. Võ góc tử cung tại 22 tuần tuổi tình ống nghiệm sau nội soi cắt 2 ống dẫn trứng do ứ dịch – Báo cáo trường hợp và tổng quan tài liệu. Hội nghị Sản phụ khoa Việt – Pháp. TP HCM Tháng 5/2016.