



VAI TRÒ CỦA NỘI SOI TRONG KHẢO SÁT VÔ SINH

TS. Bùi Chí Thương

Đại học Y Dược TPHCM

MỞ ĐẦU

Trước đây, nội soi là một bước trong quá trình khảo sát vô sinh nữ, nhưng sự tiến bộ của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (Assisted Reproductive Technology – ART) đã làm cho tiến trình này thay đổi. Về điều trị vô sinh, người ta chuyển từ cách điều chỉnh mỗi yếu tố riêng lẻ sang áp dụng một cách điều trị có tính bao trùm và hiệu quả hơn, trong đó, ART đã được chứng minh có ưu thế vượt trội. Khi ART thất bại, nội soi là phương pháp xâm lấn thường được khuyến cáo sử dụng.

Việc dùng nội soi trong bilan chẩn đoán vô sinh hoặc ở những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị vô sinh

đang là vấn đề còn tranh luận. Do đó, mục đích của bài tổng quan này nhằm đánh giá hiệu quả và ứng dụng của nội soi trong khảo sát vô sinh dựa trên những chứng cứ y học hiện tại (Hassa và Aydin, 2014).

Nội soi có nhiều vai trò trong khảo sát vô sinh nữ:

- Chẩn đoán độ thông vòi trứng.
- Quyết định hướng điều trị trước khi thực hiện IUI hay sau khi IUI thất bại.
- Lạc nội mạc tử cung (LNMTC).
- Sau IVF thất bại.
- Dính nhiều vùng chậu.
- Ú dịch vòi trứng.



- Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).

KHẢO SÁT ĐỘ THÔNG VÒI TRỨNG

Chụp cản quang tử cung-vòi trứng (HSG) có độ nhạy khá thấp (65%) và độ chuyên trung bình (83%) khi khảo sát độ thông vòi trứng. Trong thực hành lâm sàng, khi phát hiện vòi trứng tắc trên HSG thì khả năng vòi trứng đó không tắc là khá cao (khoảng 60%) và khi HSG cho thấy vòi trứng thông thì khả năng tắc vòi trứng là rất thấp (khoảng 5%).

Nội soi ngoài chức năng như HSG còn có ưu điểm hơn là cung cấp cái nhìn tổng thể về các cơ quan trong vùng chậu, dính phúc mạc hay ruột ở vùng chậu. Vì vậy, nội soi có vai trò phát hiện những bệnh lý tắc nhẹ đoạn xa vòi trứng như chít hẹp hay dính loa vòi. Hơn nữa, nội soi còn có ưu điểm là phát hiện những trường hợp LNMTC nhẹ hoặc rất nhẹ, đồng thời điều trị các sang thương này mà siêu âm hay HSG không thể chẩn đoán được. Trong những trường hợp dính vùng chậu do LNMTC hay nhiễm trùng, HSG có thể cho thấy vòi trứng thông nhưng không thể đánh giá được chức năng các tua vòi, trong khi sự cử động của các tua vòi có tác dụng quan trọng trong quá trình bắt noãn và giúp cho sự thụ tinh dễ dàng hơn.

Khi khảo sát độ thông vòi trứng, kết quả âm tính giả ở HSG thường gặp hơn nội soi, ví dụ: nếu HSG cho thấy

vòi trứng tắc thì thường là tắc giả tạo, nhưng khi nội soi cho rằng tắc vòi trứng thì đó là tắc thật sự. Nội soi chẩn đoán khi HSG cho thấy tắc cả 2 vòi trứng và có thể trì hoãn phẫu thuật này nếu vòi trứng bình thường hay chỉ tắc 1 bên trên HSG, đặc biệt nếu bệnh nhân <36 tuổi có dự trữ buồng trứng bình thường. Ngược lại, ở bệnh nhân có tiền sử viêm vùng chậu, thai ngoài tử cung, phẫu thuật trên vòi trứng hay LNMTC; nên được khuyến cáo nội soi chẩn đoán, mặc dù HSG ghi nhận vòi trứng thông 1 bên hoặc 2 bên. Ngoài ra, nên xem nội soi là bước tiếp cận đầu tiên đối với bệnh nhân có tiền sử lao hay viêm vùng chậu nặng; vì đối với các bệnh nhân này, hình dáng vòi trứng và chức năng loa vòi quan trọng hơn là độ thông vòi trứng (Hassa và Aydin, 2014).

VAI TRÒ NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN THỰC HIỆN IUI

IUI được xem là điều trị ban đầu cho những trường hợp vô sinh không rõ nguyên nhân hay do tình trạng yếu mức độ nhẹ. Sau khi kích thích noãn có kiểm soát và IUI thất bại thì đối diện 2 khả năng: hoặc tiếp tục chẩn đoán thêm (bằng nội soi) hoặc chuyển ART.

Một số nghiên cứu ghi nhận: nội soi trước IUI không làm tăng tỉ lệ mang thai, tỉ lệ bất thường trong vùng chậu cần can thiệp ở nhóm nội soi trước IUI không cao hơn so với nhóm thực hiện nội soi IUI thất bại và tỉ lệ bất thường trong vùng chậu cần can thiệp cao hơn so các báo cáo trước đây.

Khi kết hợp tỉ lệ sinh con sống và tỉ lệ đang mang thai sau 20 tuần, một phân tích gộp năm 2010 cho thấy nội soi phá hủy sang thương LNMTC nhẹ hoặc rất nhẹ tốt hơn so với chỉ nội soi chẩn đoán (OR=1,64; 95% CI 1,05-2,27) (Jacobson và cs., 2010). Vì vậy, chúng ta nên nội soi chẩn đoán trước IUI đối với những bệnh nhân có tiền sử thai ngoài tử cung, viêm vùng chậu, phẫu thuật trên vòi trứng hay có triệu chứng LNMTC.

VAI TRÒ NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH CÓ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

LNMTC thường phối hợp vô sinh và tỉ lệ này là 48% so với chỉ khoảng 5% ở những người có triệt sản. Các nghiên cứu RCT cho thấy tỉ lệ có thai lâm sàng sau khi kích thích noãn hoặc kích thích noãn + IUI ở những bệnh nhân có LNMTC nhẹ và rất nhẹ thấp hơn nhiều so với những bệnh nhân vô sinh không rõ nguyên nhân. Một phân tích gộp gần đây ghi nhận nhóm được phá hủy sang thương LNMTC (nội soi phẫu thuật) có tỉ lệ đang mang thai sau 20 tuần, tỉ lệ sinh con sống (OR=1,64; 95% CI 1,05-2,57) và tỉ lệ có thai lâm sàng (OR=1,66; 95% CI 1,09-2,51) cao hơn so với nhóm chỉ theo dõi mà không can thiệp gì thêm (nội soi chẩn đoán) (Jacobson và cs., 2010). Vì vậy, nhiều tác giả cho rằng việc nội soi phẫu thuật lấy đi những sang thương LNMTC nhẹ và rất nhẹ làm tăng tỉ lệ có thai cộng dồn và rút ngắn thời gian mang thai.

Các nghiên cứu cho thấy số lượng noãn khi kích thích noãn trong các chu kỳ IVF/ICSI ở buồng trứng có u LNMTC giảm 25% so với buồng trứng bên kia. Sự sụt giảm noãn còn nặng nề hơn nếu u LNMTC to hơn và có nhiều hơn 1 u. Sự hiện diện của u LNMTC khi thực hiện IVF làm cho chất lượng phôi xấu hơn và tỉ lệ làm tổ cũng thấp hơn, nhưng tỉ lệ có thai không bị thay đổi.

Một vấn đề còn đang tranh luận là việc bóc u LNMTC



có tác dụng tốt hay xấu trên các chu kỳ IVF/ICSI? Một nghiên cứu năm 2006 nhận thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỉ lệ thụ tinh, tỉ lệ làm tổ và tỉ lệ có thai khi so sánh: bệnh nhân bóc u LNMTC trước khi ICSI và bệnh nhân chỉ làm ICSI. Do bóc nang LNMTC ở buồng trứng có nguy cơ làm giảm dự trữ buồng trứng, vì vậy, có nên bóc nang để cải thiện kết quả điều trị vô sinh? Do đó, tác giả khuyến cáo nên nội soi bóc nang để làm giải phẫu bệnh, giảm nguy cơ nhiễm trùng, giúp chọc hút noãn dễ và cải thiện đáp ứng kích thích noãn khi u LNMTC >4cm. Đối với bệnh nhân bị LNMTC giai đoạn III/IV và có tiền sử mổ trước đó, chúng ta nên chuyển ngay sang IVF và không nên mổ lại nữa.

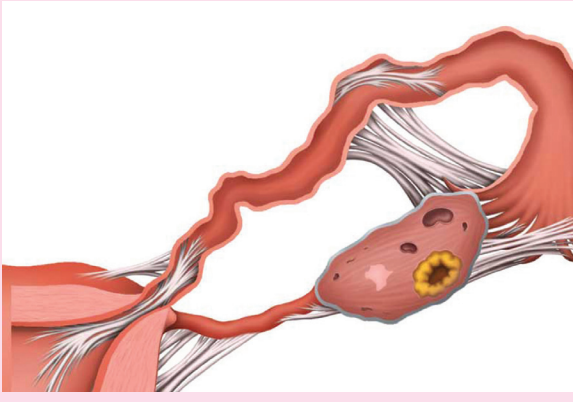
NỘI SOI SAU KHI HỖ TRỢ SINH SẢN THẤT BẠI

Hiện tại, chưa có RCT nào đánh giá vai trò của nội soi sau những trường hợp ART thất bại. Littman (2005) đánh giá vai trò của nội soi sau các chu kỳ IVF thất bại tương đối rõ ràng, trong nghiên cứu này, có 29 bệnh nhân có trung bình 2,2 chu kỳ IVF thất bại được nội soi; những bệnh nhân không đồng ý nội soi đưa vào nhóm chứng (35 người). Kết quả được ghi nhận sau nội soi là 76% trường hợp có thai, trong đó, có thai tự nhiên là 45%, những bệnh nhân có LNMTC độ 1 thì tỉ lệ có thai là 100%, độ 2 là 83%, độ 3 là 83% và độ 4 là 62%.

Với sự tiến bộ của kỹ thuật ART, các nhà lâm sàng thường chọn cách sử dụng phác đồ mới kích thích noãn có kiểm soát / IVF-ICSI sau khi ART thất bại, nhưng chúng ta biết rằng có thể ít nhất 50% bệnh lý như LNMTC hay dính được phát hiện nếu có nội soi chẩn đoán sau IVF thất bại. Tuy nhiên, đến thời điểm này, chưa có RCT nào xác định tỉ lệ này.

NỘI SOI GỖ DÍNH VÙNG CHẬU Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH

Dính vùng chậu là hậu quả của viêm vùng chậu,



NỘI SOI XỬ LÝ Ứ DỊCH VÒI TRỨNG TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH

LNMTTC hay tiền sử mổ trước đó và dính vùng chậu có thể gây vô sinh. Bệnh lý này có thể gây mất chức năng vòi trứng, mặc dù HSG cho thấy vòi trứng bình thường. Dính quanh phần phụ có thể là nguyên nhân duy nhất gây vô sinh do cản trở các tua vòi bắt noãn hoặc làm cho noãn phát triển bất thường. Dính quanh buồng trứng có thể làm gián đoạn cung cấp máu đến buồng trứng, vì vậy làm giảm vận chuyển gonadotropin đến các cơ quan đích. Ngoài ra, dính cũng có thể làm khó tiếp cận khi chọc hút noãn làm số lượng noãn cần hút giảm đi.

Gomel nghiên cứu hiệu quả của nội soi gỡ dính vòi trứng-buồng trứng. Kết quả là 62% bệnh nhân có ít nhất 1 lần thai trong tử cung, 58,7% trường hợp có 1 hay nhiều lần thai đủ tháng và 5,4% bệnh nhân bị thai ngoài tử cung. Tác giả khuyến cáo nếu chọn lựa bệnh nhân kỹ và được mổ bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm thì nội soi gỡ dính vòi trứng-buồng trứng sẽ làm tăng có thai tự nhiên và có thai trong tử cung.

Nội soi gỡ dính vòi trứng-buồng trứng cần dựa trên nguyên tắc vi phẫu (Gomel, 2010): thao tác nhẹ nhàng hạn chế tổn thương mô, đốt điểm cầm máu cẩn thận, tránh để lại dị vật, xác định mặt phẳng tách đúng, lấy hết mô bệnh lý, đóng mô theo đúng các lớp giải phẫu, rửa sạch vùng chậu. Nếu gỡ dính với điều kiện lý tưởng như vậy thì chúng ta có thể đạt được tỉ lệ có thai tự nhiên khả quan sau gỡ dính vòi trứng-buồng trứng.

Ứ dịch vòi trứng có tác dụng tiêu cực lên kết quả sinh sản và có một số yếu tố liên quan như cản trở cơ học, tác dụng độc hại trên nội mạc tử cung hay phôi thai. Năm 2010, 1 phân tích gộp của 5 RCT với 646 bệnh nhân đánh giá hiệu quả của việc can thiệp vòi trứng bị ứ dịch trước khi thực hiện IVF, kết quả ghi nhận việc cắt vòi trứng sẽ làm tăng tỉ lệ có thai lâm sàng khi làm IVF gấp 2,4 lần so với không can thiệp gì (95% CI 1,49-3,86), kẹp góc vòi trứng sẽ làm tăng tỉ lệ có thai lâm sàng khi làm IVF gấp 4,66 lần so với không can thiệp (95% CI 2,17-10,01). Xét về tổng thể: không thể xác định được cắt hay kẹp góc vòi trứng thì cách thức nào tốt hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu này cho thấy nội soi có hiệu quả tốt ở những bệnh nhân có ứ dịch rõ ràng trên siêu âm, đặc biệt nếu can thiệp nội soi trên cả 2 vòi trứng.

Yếu tố tiên lượng quan trọng nhất của tái tạo vòi trứng ứ dịch là mức độ tổn thương vòi trứng tồn tại trước đó hay mức độ dính quanh phần phụ. Do đó, điều quan trọng là nên gỡ dính toàn diện vòi trứng-buồng trứng trước khi tái tạo vòi trứng. Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tái tạo vòi trứng là: đường kính đoạn bóng vòi trứng, độ dày thành vòi trứng, niêm mạc vòi trứng, mức độ dính quanh phần phụ. Tỉ lệ sinh sống sau tái tạo vòi trứng là 17-37% (Gomel, 2010). Từ những dữ liệu trên cho thấy nếu chúng ta chọn lọc ca bệnh cẩn thận thì nội soi tái tạo vòi trứng cũng đem đến hy vọng có thai tự nhiên.

NỘI SOI ĐỐT ĐIỂM BỀ MẶT BUỒNG TRỨNG

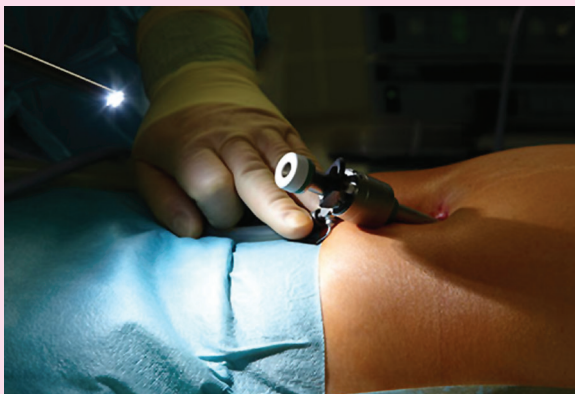
Đốt điểm bề mặt buồng trứng (Laparoscopic Ovarian Diathermy – LOD) là 1 giải pháp khác để điều trị cho bệnh nhân PCOS kháng clomiphene citrate, nhưng phương pháp này có tính xâm lấn hơn. LOD điển hình là

dùng que đốt đơn cực tạo ra 4 lỗ trên mỗi buồng trứng. Triệu chứng cải thiện nhanh sau LOD như: rụng trứng trong vòng 2-4 tuần và có kinh trong vòng 4-6 tuần. Bayram (2004) cho thấy tỉ lệ rụng trứng 70% mỗi chu kỳ, tỉ lệ có thai cộng dồn 76% và tỉ lệ sinh sống 64% sau LOD của những bệnh nhân bị PCOS. Tuy nhiên, chúng ta nên nhớ rằng LOD là một phẫu thuật nên ngoài tiềm ẩn nguy cơ tai biến gây mê và ngoại khoa, còn có nguy cơ gây dính vùng chậu, dính buồng trứng và suy buồng trứng sớm. Những nghiên cứu lâm sàng cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ có thai lâm sàng hay tỉ lệ sinh sống, tỉ lệ sẩy thai giữa LOD và sử dụng gonadotropin, nhưng LOD có tỉ lệ đa thai thấp hơn.

KẾT LUẬN

Chúng ta nhớ rằng nội soi không phải là một phương tiện chẩn đoán thường qui cho bệnh nhân vô sinh mà cần cá thể hóa trên từng trường hợp cụ thể như:

- Nhà lâm sàng nên thực hiện nội soi chẩn đoán khi tắc 2 vòi trứng trên HSG hoặc trước thực hiện IUI đối với những bệnh nhân có tiền sử viêm vùng chậu, thai ngoài tử cung, phẫu thuật vòi trứng hay triệu chứng LNMTC.
- Nội soi đốt phá hủy hoặc cắt đi các sang thương LNMTC nhẹ và rất nhẹ có thể làm tăng khả năng có thai trong thời gian theo dõi hay cải thiện kết quả điều trị IVF/ICSI.
- Nếu u LNMTC $\geq 4\text{cm}$: nên khuyến cáo nội soi bóc



u nhằm xác định giải phẫu bệnh lý, giảm nguy cơ nhiễm trùng, cải thiện số noãn được chọc hút và cải thiện tình trạng đáp ứng kích thích noãn. Khi bệnh nhân vô sinh có LNMTC mức độ nặng hoặc rất nặng và có tiền sử mổ khảo sát vô sinh ≥ 1 lần thì nên khuyến cáo làm ngay IVF mà không cần phải mổ thêm nữa.

- Không có RCT nào đánh giá hiệu quả của nội soi sau khi kích thích noãn thất bại hay kích thích noãn + IUI hoặc các chu kỳ ART thất bại. Tuy nhiên, có đến 50% bệnh lý như LNMTC hay dính vùng chậu gặp ở bệnh nhân này nếu được nội soi. Cũng chưa có bằng chứng nào cho thấy rằng nội soi gỡ dính trước ART sẽ làm tăng tỉ lệ có thai trong các chu kỳ ART sau đó.
- Nội soi có hiệu quả rõ rệt đối với những trường hợp bị ứ dịch cả 2 vòi trứng. Nên cắt vòi trứng nếu phát hiện ứ dịch rõ qua siêu âm.
- LOD là một phương cách cải thiện tình trạng phóng noãn thay thế cho gonadotropin ở bệnh nhân PCOS kháng clomiphene citrate và thường chỉ gây phóng 1 noãn. LOD cũng giúp hạn chế đa thai và quá kích buồng trứng khi kích thích noãn bằng gonadotropin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bayram N et al. (2004). Using an electrocautery strategy or recombinant follicle stimulating hormone to induce ovulation in polycystic ovary syndrome: randomised controlled trial. *British Medical Journal*; 328(7433):192.
2. Duffy James et al. (2014). Laparoscopic surgery for endometriosis. *The Cochrane Library*.
3. Gomel V (2010). Reproductive surgery. In: Gomel V, Brill Al. Editors. *Reconstructive and reproductive surgery in gynecology*. London: Informa Healthcare; 259-281.
4. Hassa H, Aydin Y (2014). The role of laparoscopy in the management of infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 34(1):1-7.
5. Jacobson TZ et al. (2010). Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (1): CD001398.
6. Littman E et al. (2005). Role of laparoscopic treatment of endometriosis in patients with failed in vitro fertilization cycles. *Fertility and Sterility*; 84(1):1574-1508.



Hội Phụ Sản Khoa
và Sinh Đẻ Có Kế Hoạch Việt Nam
(VINAGOFPA)

Phát hành hàng quý, 4 số/năm.
Thông tin gửi bài và đặt mua xem tại

www.hosrem.org.vn

TẠP CHÍ PHỤ SẢN là Tạp chí chính thức của
Hội Phụ Sản Khoa và Sinh Đẻ Có Kế Hoạch Việt Nam
(VINAGOFPA), được xuất bản hàng quý từ năm 2001.

TẠP CHÍ PHỤ SẢN

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



ẤN BẢN CHÍNH THỨC CỦA HỘI PHỤ SẢN KHOA & ĐCKH VIỆT NAM
Official publication of Vietnam Gynecology-Obstetrics and Family Planning Association