

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Trần Đình Vinh

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị LNMTC bằng phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang gồm 150 bệnh nhân LNMTC được phẫu thuật nội soi tại Khoa Phụ sản BV Đà Nẵng. **Kết quả:** Có sự cải thiện rõ rệt về cường độ đau của các triệu chứng thống kinh (53 so với 33, $p<0,001$), đau vùng chậu không theo kỳ kinh (52 so với 26, $p<0,001$), giao hợp đau (78 so với 25, $p<0,001$), đại tiện đau (53 so với 18, $p<0,001$), điểm chất lượng cuộc sống (59,5 so với 80, $p<0,001$), và chỉ số hài lòng tình dục (3,0 so với 6,0, $p<0,001$) trước và sau điều trị. Tỷ lệ có thai tích lũy sau 12 tháng là 35,0% và đa số là bệnh nhân có thai trong khoảng thời gian 5 tháng đầu sau mổ. Tỷ lệ tái phát u LNMTC ở BT trên siêu âm là 5,3%. **Kết luận:** Có sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng đau vùng chậu, chất lượng cuộc sống, và chỉ số hài lòng tình dục tổng thể sau điều trị với thời gian theo dõi 12 tháng. Tỷ lệ có thai tích lũy sau 12 tháng ở các bệnh nhân hiếm muộn là 35,0% và đa số là bệnh nhân có thai trong khoảng thời gian 5 tháng đầu sau mổ. Tỷ lệ tái phát u LNMTC ở BT trên siêu âm là 5,3%.

Abstract:

Evaluation o Laparoscopic Management of endometriosis

Objective: To evaluate the treatment results of endometriosis by laparoscopy. **Methods:** a cross-sectional study including 150 cases of endometriosis operated laparoscopically at Da Nang hospital. **Results:** Pain scores were all significantly reduced at 12 months for dysmenorrhoea (median VAS baseline versus follow-up 12 months) 53 versus 33 ($p<0.0001$), non-menstrual pelvic pain 52 versus 26 ($p<0.0001$), dyspareunia; 78 versus 25 ($p<0.0001$) and dyschesia 53 versus 18 ($p<0.0001$). Quality of life for EQ-5Qvas (59.5 versus 80.0, $p<0,001$) and Global Sexual Satisfisfaction Index (3.0 versus 6.0, $p<0,001$) was improved significantly. The cumulative rate of getting pregnancy after 12 months was 35,0%. The recurrent rate of endometrioma on ultrasound was 5.3%. **Conclusion:** Laparoscopic management of endometriosis significantly reduces pain and improves quality of life as well as Global Sexual Satisfisfaction Index. The cumulative rate of getting pregnancy after 12 months was 35.0% and most of them pregnant within 5 month after operation . The recurrent rate of endometrioma on ultrasound was 5.3%.

Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng

Đặt vấn đề

Lạc nội mạc tử cung là bệnh lý phụ khoa mãn tính thường gặp. Tại Mỹ, đây là

nguyên nhân đứng hàng thứ ba trong các bệnh lý phụ khoa khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị^[1]. Mặc dù được miêu tả

lần đầu tiên cách đây hơn 300 năm, nhưng cho đến nay, vẫn còn nhiều bàn cãi về cơ chế sinh bệnh, chẩn đoán và hướng xử trí lạc nội mạc tử cung^[2].

Lạc nội mạc tử cung làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống, có thể gây trầm cảm cho người bệnh. Có nhiều phương pháp trong điều trị lạc nội mạc tử cung như nội khoa, ngoại khoa, kết hợp điều trị nội khoa trước mổ và sau mổ. Với nhiều ưu điểm, phẫu thuật nội soi là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị lạc nội mạc tử cung bằng phẫu thuật. Tuy nhiên, người ta vẫn còn bàn cãi về phương thức xử trí tốt nhất trong phẫu thuật nội soi điều trị lạc nội mạc tử cung^[3]. Đề tài được tiến hành nhằm đánh giá kết quả điều trị LNMTC bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 150 bệnh nhân LNMTC đến khám và điều trị tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đà Nẵng từ 12/2006-12/2009.

Tiêu chuẩn chọn

- Các trường hợp nghi ngờ u LNMTC khi khám lâm sàng:

+ Có các triệu chứng: thống kinh, đau vùng chậu không theo chu kỳ kinh, giao hợp đau, đại tiện khó.

+ Vô sinh.

+ Có khối u buồng trứng.

- Siêu âm đường âm đạo, siêu âm Doppler màu nghi ngờ có khối u phần phụ, u LNMTC.

- Có kết quả mô học sau mổ là lạc nội mạc tử cung.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Phụ nữ có thai.

- Phụ nữ có tiền sử phẫu thuật vùng chậu về bệnh lý phụ khoa.

- Phụ nữ có các bệnh lý khác có thể gây vô sinh như không phóng noãn, bất thường tinh dịch đồ, hoặc những bệnh nhân đã từng được điều trị vô sinh.

- Các trường hợp được mổ mở ngay từ đầu hoặc được điều trị nội khoa trước/sau phẫu thuật.

- Phụ nữ có các bệnh lý tim mạch, gan, thận, nội tiết.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành

Khi bệnh nhân đến khám, khai thác và ghi nhận các dữ liệu về tiền sử, bệnh sử, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Các triệu chứng cơ năng

+ Thống kinh

+ Đau vùng chậu không theo chu kỳ kinh

+ Giao hợp đau

+ Đại tiện khó

Cường độ triệu chứng đau được đánh giá theo thước đo cảm giác đau (thời điểm trước phẫu thuật) và được phân chia mức độ theo Vercellini và cộng sự^[4]:

- Đau nhẹ: 1-50 điểm

- Đau vừa 51-80 điểm

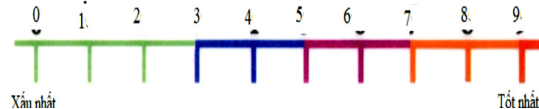
- Đau nhiều: 81-100 điểm

Đánh giá chất lượng cuộc sống theo EQ-5Vas^[5] (thời điểm trước phẫu thuật)

Đánh giá chất lượng tình dục theo chỉ số hài lòng tình dục tổng thể (Global Sexual Satisfisfaction Index)^[6]: bệnh nhân tự đánh giá sự hài lòng theo thang đo 9 điểm, trong đó:

- Mức 0 điểm tương ứng với chất lượng tình dục xấu nhất.

- Mức 9 điểm tương ứng với chất lượng tình dục tốt nhất.



Hình 1. Thang điểm đánh giá chất lượng tình dục^[6]

Điều trị: Phẫu thuật nội soi giải quyết nguyên nhân, đồng thời lấy bệnh phẩm (tất cả các tổn thương) làm giải phẫu bệnh lý. Sau đó, đối chiếu với kết quả siêu âm để rút ra các đặc điểm của LNMTC.

Các trường hợp nghi ngờ dính nặng, có

liên quan đến ruột, trực tràng, túi cùng sau, chúng tôi mời thêm phẫu thuật viên nội soi ngoại tiêu hoá hỗ trợ.

Trong quá trình phẫu thuật, chỉ định chuyển sang mổ hở khi gặp tai biến hoặc dính nặng không thể bóc tách.

Theo dõi và đánh giá sau điều trị: Vào thời điểm 12 tháng sau điều trị, chúng tôi ghi nhận:

- Sự thay đổi của các triệu chứng thống kinh, đau vùng chậu không theo kỳ kinh, giao hợp đau, đại tiện khó theo thước đo cảm giác đau so với trước điều trị.

- Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe theo EQ-5vas so với trước điều trị.

- Chỉ số hài lòng tình dục tổng thể so với trước điều trị.

- Tỷ lệ có thai ở nhóm bệnh nhân hiếm muộn.

- Các dấu hiệu trên siêu âm xác định u LNMTC tái phát:

Theo tiêu chuẩn của Exacoustos và cộng sự, LNMTC ở buồng trứng được xem là tái phát trên siêu âm khi có sự hiện diện của tiêu chuẩn điển hình với đường kính >10mm^[7].

Kết quả nghiên cứu

Từ tháng 12/2006 đến 12/2009, có 150 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi

Tuổi	n	%
<20	03	2,0
20-29	48	32,0
30-39	58	38,7
40-49	26	17,3
≥50	15	10,0
Tổng	150	100,0

Bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 30-39 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là: 38,7%. Chiếm tỉ lệ thấp nhất là bệnh nhân trong độ tuổi <20: 2,0%.

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $34,5 \pm 9,3$ tuổi. Nhỏ nhất: 17 tuổi, lớn nhất: 57 tuổi.

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	n	%
Thống kinh	108	72,0
Đau vùng chậu không theo kỳ kinh	76	50,7
Giao hợp đau	44	29,3
Đại tiện đau	44	29,3
Cảm giác khó chịu ở vùng hậu môn	11	7,3
Rong huyết	6	4,0
Hiếm muộn	40	26,7

Thống kinh là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất: 72,0%.

Phương pháp phẫu thuật

Trong số 150 bệnh nhân LNMTC được phẫu thuật nội soi, có 17 trường hợp được chuyển qua mổ mở vì dính mức độ nặng hay tai biến chiếm 11,3%.

Cách thức phẫu thuật

Bảng 3. Cách thức phẫu thuật

Cách thức phẫu thuật	n	%
Bóc u lạc nội mạc	21	14,0
Bóc u + cắt tổn thương LNMTC	64	42,7
Cắt phần phụ + cắt tổn thương LNMTC	40	26,7
Cắt tử cung+01 phần phụ	12	8,0
Cắt tử cung+02 phần phụ	13	8,6
Tổng	150	100,0

Bóc u và cắt tổn thương LNMTC chiếm tỉ lệ cao nhất: 42,7%.

Có 40 trường hợp được cắt phần phụ và cắt tổn thương LNMTC chiếm 42,7%. Tỷ lệ của cắt tử cung+1 phần phụ và cắt tử cung+2 phần phụ lần lượt là 8,0% và 8,6%.

Thời gian phẫu thuật

Bảng 4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian phẫu thuật

Thời gian (phút)	n	%
30-60	94	62,7
61-90	37	24,7
91-120	14	9,3
>120	5	3,3
Tổng	150	100,0
Thời gian trung bình	59,4±31,2	

Đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 30-60 phút (62,7%).

Thời gian phẫu thuật trung bình là 59,4±31,2 phút, ngắn nhất là 32 phút, dài nhất là 275 phút.

Tai biến trong mổ

Bảng 5. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	n	%
Chảy máu phải truyền máu	05	3,3
Tổn thương đại tràng sigma	01	0,7
Tổn thương trực tràng	01	0,7
Tổn thương niệu quản	02	1,3
Không	141	94,0
Tổng	150	100

Tổn thương đại tràng sigma và trực tràng có 1 trường hợp chiếm 0,7%, tổn thương niệu quản có 2 trường hợp chiếm 1,3%. Có 5 trường hợp chảy máu phải truyền máu trong mổ chiếm 3,3%.

Biến chứng sau mổ

Bảng 6. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	n	%
Nhiễm trùng	3	2,0
Tụ máu vết mổ	2	1,3
Tụ máu mòm cắt	3	2,0
Không	142	94,7
Tổng	150	100

Có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,0%. Tụ máu vết mổ có 2 trường hợp chiếm 1,3%. Tụ máu mòm cắt âm đạo gặp trong 3 trường hợp chiếm 2,0%.

Thời gian hậu phẫu

Bảng 7. Thời gian hậu phẫu

Thời gian (ngày)	n	%
<5	11	7,3
5-7	126	84,0
8-10	05	3,3
>10	08	5,4
Tổng	150	100,0

Đa số bệnh nhân có thời gian hậu phẫu từ 5-7 ngày, chiếm 84,0%.

Thời gian hậu phẫu trung bình 6,3±2,0 ngày, ít nhất là 3 ngày, dài nhất là 14 ngày.

Sự thay đổi triệu chứng cơ năng theo thước đo cảm giác đau sau 12 tháng

Bảng 8. Cường độ triệu chứng đau trước và sau điều trị

Triệu chứng \ Cường độ	Trước điều trị Trung vị (Khoảng)	Sau điều trị Trung vị (Khoảng)	p
Thống kinh	53 (1-100)	33 (1-65)	<0,001*
Đau vùng chậu không theo chu kỳ	52 (3-88)	26 (2-40)	<0,001*
Giao hợp đau	78 (3-100)	25 (2-50)	<0,01*
Đại tiện đau	53 (3-85)	18 (5-45)	<0,001*

(*) Kiểm định hạng Wilcoxon

Có sự cải thiện rõ rệt về cường độ đau của các triệu chứng thống kinh ($Z=-8,286$, $p=0$), đau vùng chậu không theo kỳ kinh ($Z=-7,010$, $p=0$), giao hợp đau ($Z=-5,579$, $p=0,004$) và đại tiện đau ($Z=-5,712$, $p=0$) trước và sau điều trị.

Chất lượng cuộc sống, tình dục trước và sau phẫu thuật

Bảng 9. Chất lượng cuộc sống, tình dục trước và sau phẫu thuật

Yếu tố	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Chất lượng cuộc sống theo EQ-5Dvas TB± ĐLC Trung vị (Khoảng)	58,1 ±7,0 59,5 (25-70)	80,4±9,4 80 (40-98)	<0,001*
Chỉ số hài lòng tình dục tổng thể TB± ĐLC Trung vị (Khoảng)	3,3±0,8 3,0 (0-5)	5,8±1,3 6,0 (0-9)	<0,001*

(*) Kiểm định hạng Wilcoxon

Sau phẫu thuật, có sự cải thiện rõ rệt về điểm chất lượng cuộc sống trước ($Z=-10,591$, $p=0$), và chỉ số hài lòng tình dục ($Z=-10,477$, $p=0$)

Tỉ lệ bệnh nhân có thai chung trong nhóm bệnh nhân hiếm muộn

Bảng 10. Tỉ lệ có thai chung sau phẫu thuật

Có thai sau phẫu thuật	n	%
Có thai	14	35,0
Tự nhiên	11	27,5
Kích thích buồng trứng	03	7,5
Không có thai	26	65,0
Tổng	40	100

Có 14 trường hợp có thai sau phẫu thuật trong số 40 bệnh nhân hiếm muộn, chiếm 35,0% (14/40). Trong đó có 11 trường hợp có thai tự nhiên chiếm 27,5% (11/40) và 3 trường hợp cần phải kích thích BT làm thụ tinh nhân tạo chiếm 7,5% (3/40).

Thời gian có thai sau phẫu thuật

Bảng 11. Thời gian có thai sau phẫu thuật

Thời gian có thai (tháng)	n	%
<3	5	35,7
3-5	6	42,9
6-8	3	21,4
Tổng	14	100

Đa số bệnh nhân có thai trong khoảng thời gian 5 tháng sau phẫu thuật.

Thời gian trung bình có thai sau phẫu thuật là 3,7±1,7 tháng, nhanh nhất là 2 tháng, lâu nhất là 7 tháng.

Tái phát u được phát hiện qua siêu âm trong thời gian theo dõi

Bảng 12. Tái phát u LNMTC trong thời gian theo dõi

Tình trạng	n	%
Tái phát	08	5,3
Thời gian tái phát (tháng)		
1	1	0,7
06	1	0,7
08	2	1,2
09	3	2,0
10	1	0,7
11		
Không tái phát	142	94,7
Tổng	150	100

Sau 12 tháng, có 8 bệnh nhân bị tái phát, chiếm tỉ lệ 5,3%.

Không có trường hợp tái phát nào trong thời gian 06 tháng đầu sau mổ. Thời gian trung bình từ lúc phẫu thuật đến thời điểm tái phát là 9,1±1,6 tháng.

Bàn luận

Phương pháp phẫu thuật

Mổ mở và PTNS là hai phương pháp điều trị bằng phẫu thuật đối với LNMTC. Với nhiều ưu điểm như tổn thương mô ít hơn, tầm quan

sát rộng hơn, đường rạch nhỏ hơn, hồi phục sau phẫu thuật nhanh hơn, tình trạng dính và biến chứng sau mổ ít hơn, PTNS là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị LNMTC bằng phẫu thuật. Sự thành công của PTNS phụ thuộc chủ yếu vào kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên^[8]. Ngày nay, với sự phát triển của trang thiết bị cũng như sự hoàn thiện về mặt kỹ năng, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, PTNS không chỉ áp dụng đối với các trường hợp u BT lành tính mà còn được chỉ định trong các trường hợp ung thư BT giai đoạn tiến triển^[9].

Nghiên cứu này chỉ chọn những trường hợp LNMTC được mổ nội soi. Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật có 17 trường hợp được chuyển qua mổ hở vì dính mức độ nặng hay tai biến chiếm 11,3%.

Phương thức phẫu thuật

Vẫn còn nhiều bàn cãi về thái độ xử trí tốt nhất đối với LNMTC ở BT cũng như ở phúc mạc^{[10],[11]}. Một số phẫu thuật viên không lựa chọn việc đốt tổn thương bằng dao điện với lý do việc hoại tử tại chỗ có thể làm tăng hoạt động phản ứng viêm. Ngoài ra, nguy cơ tổn thương mô kế cận của đốt điện cũng là một yếu tố khác khiến cho việc áp dụng nó bị hạn chế. Đối với LNMTC ở phúc mạc và LNMTC thâm nhiễm sâu, việc cắt bỏ các tổn thương cho thấy có hiệu quả cao trong điều trị triệu chứng giảm đau và vô sinh^[12].

Đối với u LNMTC ở BT, hai nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả điều trị tốt hơn nếu như không sử dụng đốt điện mà chỉ có bóc nang, khâu cầm máu^[12]. Tuy nhiên, theo Radosa và cs, người ta vẫn chưa xác định rõ kết quả này là do không có đốt điện hay là do khâu cầm máu, tái tạo. Trong các thử nghiệm trên động vật, việc đốt bằng dao điện lưỡng cực gây phá huỷ các mô BT nhiều hơn so với các kỹ thuật khác. Một phương thức khác có thể thay cho việc cắt bỏ tổn thương cổ điển là sử dụng laser CO₂. Mặc dù kết quả ban đầu cho thấy khả quan

và đầy triển vọng, nhưng việc sử dụng rộng rãi phương thức này còn hạn chế do vấn đề kỹ thuật và chi phí cao^{[12],[13]}.

Tuy nhiên, người ta khuyến cáo rằng, tùy theo mức độ tổn thương, giai đoạn LNMTC, mức độ dính, tổn thương phối hợp mà phẫu thuật viên sẽ có hướng xử trí thích hợp^[13]. Trong nghiên cứu này, việc cắt bỏ tổn thương tại phúc mạc và BT được lựa chọn. Tỷ lệ cắt TCTP+ 1 phần phụ và cắt TCTP+2 phần phụ lần lượt là 8,0 và 8,6%. Cắt tử cung, có hoặc không có cắt BT được xem là biện pháp điều trị triệt để đối với LNMTC. Nguy cơ phẫu thuật lần hai ở những bệnh nhân LNMTC được bảo tồn BT cao gấp 8 lần so với những phụ nữ được cắt 2 BT. Cắt tử cung bảo tồn BT có liên quan với 62% khả năng tái phát triệu chứng và 31% cần điều trị phẫu thuật hỗ trợ thêm. Ở những người bị cắt phần phụ hai bên, 10% có khả năng tái phát triệu chứng nhưng chỉ có 04% trường hợp cần phẫu thuật lại^{[10],[11]}.

Thời gian phẫu thuật

Một trong những ưu điểm của PTNS là thời gian mổ ngắn hơn so với mổ hở. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu này là 59,4± 31,2 phút và đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 30-60 phút (62,7%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi và cs: 53,4%^[14].

Trong nghiên cứu này, thời gian mổ dài nhất là 275 phút, đây là trường hợp gặp tai biến (tổn thương trực tràng), phải kết hợp với bác sĩ khoa ngoại xử lý tai biến cho bệnh nhân.

Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

LNMTC làm biến dạng giải phẫu, không có mặt cắt mô rõ ràng và các tổn thương nội mạc lạc chỗ ở ruột, bàng quang, dây chằng tử cung-cùng, trực tràng, niệu quản và các cấu trúc mạch máu càng làm cho việc phẫu thuật thêm khó khăn, phức tạp. Do đó, các tai biến trong mổ có thể xảy ra trong những trường hợp như thế.

Tổn thương đại tràng sigma có 1 trường

hợp chiếm 0,7%, tổn thương trực tràng có 1 trường hợp chiếm 0,7% và tổn thương niệu quản có 2 trường hợp chiếm 1,3% (Bảng 5). Có 5 trường hợp chảy máu phải truyền máu trong mổ chiếm 3,3%. Tất cả các trường hợp tai biến đều xảy ra ở bệnh nhân LNMTC có mức độ dính nặng. Như vậy, tỉ lệ tai biến chung là 6,0% và tất cả các trường hợp đều được phát hiện trong mổ. Đây là điều quan trọng bởi vì việc phát hiện tai biến muộn sẽ làm cho việc xử trí sau này khó khăn hơn. Ngoài ra, nó còn có nguy cơ đe dọa tính mạng của bệnh nhân.

Bảng 6 cho thấy có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,0%. Tụ máu vết mổ có 2 trường hợp chiếm 1,3%. Tụ máu mòm cắt âm đạo gặp trong 3 trường hợp chiếm 2,0%. Tất cả các trường hợp này đều xảy ra ở các bệnh nhân có mức độ dính nặng, thời gian phẫu thuật kéo dài. Vì vậy, đối với các trường hợp khó, cần phải thận trọng trong mổ và sử dụng kháng sinh thích hợp sau mổ.

Trong nghiên cứu của Kaloo PD và cộng sự, tỉ lệ tai biến chung của PTNS điều trị LNMTC là 8,8/1000. Tất cả các tai biến đều được phát hiện trong mổ. Các tác giả này cho rằng hiệu quả mà PTNS đem lại cho bệnh nhân quan trọng hơn so với các tai biến trong mổ. Điều quan trọng là việc tiên lượng được các trường hợp khó dựa vào dữ liệu lâm sàng, siêu âm, nồng độ CA-125 để có kế hoạch phẫu thuật chi tiết, cẩn thận và thông báo trước các nguy cơ có thể xảy ra cho bệnh nhân^[15].

Thời gian hậu phẫu

Một trong những ưu điểm của PTNS là có thời gian hậu phẫu ngắn hơn. Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân có thời gian hậu phẫu từ 5-7 ngày, chiếm 84,0%. Thời gian hậu phẫu TB $6,3 \pm 2,0$, ít nhất là 3 ngày, dài nhất là 14 ngày. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi và cộng sự, 65,3% bệnh nhân u LNMTC được phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện dưới 3 ngày^[14].

Sự thay đổi triệu chứng cơ năng, chất lượng cuộc sống và tình dục sau điều trị với thời gian theo dõi 12 tháng

Năm 1776, một bác sĩ người Scotland đã nói về bệnh LNMTC như sau “sự mệt mỏi về thể xác và tinh thần là điều không thể tránh khỏi đối với bệnh nhân LNMTC”. Hai thế kỷ sau, “sự mệt mỏi” đó vẫn còn là phần không thể tách rời của bệnh và tiếp tục gây giảm chất lượng cuộc sống do đau và vô sinh^[16].

Nghiên cứu của Sepulcri DP và Amaral VF ở 104 bệnh nhân LNMTC từ 07/2004-12/2006 cho thấy 86,5% bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm và 87,5% có triệu chứng lo âu. Chất lượng cuộc sống ở dưới mức chuẩn, và có sự liên quan dương tính giữa cường độ đau và triệu chứng lo âu^[17].

Vì thế, việc điều trị nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống là điều cần thiết. Trong nghiên cứu này, có sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng đau vùng chậu, chất lượng cuộc sống, và chỉ số hài lòng tình dục tổng thể sau điều trị với thời gian theo dõi 12 tháng (Bảng 8 và 9). Kết quả này cũng tương tự kết quả của Abbott JA và cs^[16], Ferrero S và cs^[18].

Tỉ lệ có thai chung trong nhóm bệnh nhân hiếm muộn

Hiếm muộn cũng là một trong những mục tiêu của việc điều trị LNMTC. Tỉ lệ có thai dao động từ 23%-67% sau phẫu thuật LNMTC^[19]. Trong một phân tích gộp so sánh phẫu thuật với các biện pháp điều trị không phẫu thuật ở tất cả các giai đoạn, người ta nhận thấy phẫu thuật đem lại tỉ lệ có thai cao hơn. Trong cùng phân tích gộp đó, khi so sánh phẫu thuật nội soi và mổ mở so với các biện pháp không phẫu thuật khác thì biện pháp phẫu thuật cũng đem lại hiệu quả cao hơn. Hiệu quả điều trị bằng CO₂ laser, KTP-532, laser argon và đốt điện trong PTNS là như nhau. Giảm dự trữ BT sau PTNS là một trong những vấn đề được nhiều tác giả quan tâm. Theo Kahyaoglu và cs, PTNS bóc u và đốt mặt trong u LNMTC

buồng trứng qua nội soi làm giảm dự trữ buồng trứng, nhưng không ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai trong mỗi chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm và chuyển phôi^[20]. Trong khi đó, nghiên cứu Busacca và cs cho thấy PTNS không làm hoặc làm giảm nhẹ dự trữ BT sau phẫu thuật^[19]. Khi phẫu thuật nội soi cho các bệnh nhân hiếm muộn có LNMTC mức độ nhẹ, không có sự khác nhau về tỉ lệ có thai ở nhóm cắt tổn thương và đốt điện^[21].

Tỉ lệ có thai tích lũy sau 12 tháng là 35,0% và đa số là bệnh nhân có thai trong khoảng thời gian 5 tháng đầu sau mổ (Bảng 10 và bảng 11). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu Hồ Viết Thắng và cs^[22]. Trong nghiên cứu này, một trong những tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp vô sinh do các bệnh lý khác như không phóng noãn, tắc vòi trứng không phải do u lạc nội mạc tử cung, bất thường tinh dịch đồ, hoặc những bệnh nhân đã từng được điều trị vô sinh nên việc có thai sau phẫu thuật là do kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung thành công.

Có nhiều bằng chứng cho thấy phẫu thuật có hiệu quả điều trị vô sinh ở tất cả các giai đoạn LNMTC, bao gồm cả u LNMTC ở BT. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Canada (ENDOCAN) cho thấy khả năng sinh sản tăng gấp đôi sau phẫu thuật LNMTC giai đoạn I-II. Trong khi đó, một nghiên cứu tại Ý không cho thấy sự khác biệt. Tuy nhiên, yếu điểm của nghiên cứu tại Ý là cỡ mẫu nhỏ. Một phân tích gộp của hai nghiên cứu đa trung tâm này cho thấy có sự cải thiện về khả năng sinh sản sau phẫu thuật. PTNS được khuyến cáo trong điều trị vô sinh ở bệnh nhân LNMTC. Điều này cho phép chẩn đoán xác định, loại bỏ tổn thương, điều trị triệu chứng đau, chẩn đoán các bệnh lý khác kèm theo nếu có và làm tăng khả năng

sinh sản^[13].

Tỉ lệ tái phát u LNMTC trên siêu âm trong thời gian theo dõi.

Tái phát là một đặc trưng của bệnh lý LNMTC, nguy cơ tái phát tăng cao ở những bệnh nhân lớn tuổi và LNMTC giai đoạn tiến triển. Theo tiêu chuẩn của Exacoustos và cộng sự, LNMTC ở BT được xem là tái phát trên siêu âm khi có sự hiện diện của tiêu chuẩn điển hình với đường kính >1cm^[7].

Sử dụng cùng tiêu chuẩn, tỉ lệ tái phát u LNMTC ở BT trên siêu âm trong nghiên cứu này (5,3%) thấp hơn trong nghiên cứu của Sesti F và cs (36/240=15%). Tuy nhiên, nghiên cứu của các tác giả trên có thời gian theo dõi là 18 tháng trong khi nghiên cứu của chúng tôi là 12 tháng^[3]. Theo Cheong và cs tỷ lệ tái phát thay đổi từ 5-24%^[23].

LNMTC là một bệnh mãn tính. Tuy theo mức độ của bệnh mà tỉ lệ tái phát khác nhau. Tỉ lệ tái phát được đánh giá trên siêu âm sau 05 năm là 20%^[24]. Các bệnh nhân LNMTC với mức độ từ trung bình đến nặng, triệu chứng đau tồn tại dai dẳng và không muốn sinh con thì biện pháp điều trị lý tưởng là cắt tử cung toàn phần và hai phần phụ. Mặc dù vậy, vẫn có 3% bệnh nhân tái phát nên việc tiếp tục theo dõi là vấn đề quan trọng^[10].

Kết luận

Có sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng đau vùng chậu, chất lượng cuộc sống, và chỉ số hài lòng tình dục tổng thể sau điều trị với thời gian theo dõi 12 tháng.

Tỉ lệ có thai tích lũy sau 12 tháng ở các bệnh nhân hiếm muộn là 35,0% và đa số là bệnh nhân có thai trong khoảng thời gian 5 tháng đầu sau mổ.

Tỉ lệ tái phát u LNMTC ở BT trên siêu âm là 5,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Missmer SA, Cramer DW (2003), The epidemiology of endometriosis, *Obstet Gynecol Clin N Am*, 30, pp.1 - 19.
2. Hudelist G, Oberwinkler KH, Singer CF et al (2009), Combination of transvaginal sonography and clinical examination

- for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis, *Human Reproduction*, 24(5), pp.1018-1024.
3. Sesti F, Capozzolo T, Pietropolli A et al (2009), Recurrence rate of endometrioma after laparoscopic cystectomy: A comparative randomized trial between post-operative hormonal suppression treatment or dietary therapy vs. placebo, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 147, pp.72-77.
 4. Vercellini P, Fedele L, Aimi G (2007), Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients, *Human Reproduction*, 22(1), pp.266-271.
 5. Brooks R and the EuroQol Group (1996), EuroQol: the current state of play, *Health Policy*, 37, pp.53-72.
 6. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH et al (2005), Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia, *Fertil Steril*, 83, pp.573-9.
 7. Exacoustos C, Zupi E, Amadio A et al (2006), Recurrence of endometriomas after laparoscopic removal: sonographic and clinical follow-up and indication for second surgery, *J Minim Invasive Gynecol*, 13(4), pp.281-8.
 8. Yazbek J, Helmy S, Ben-Nagi J et al (2007), Value of preoperative ultrasound examination in the selection of women with adnexal masses for laparoscopic surgery, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 30, pp.883-888.
 9. Deffieux X, Castaigne D, Pomel C (2006), Role of laparoscopy to evaluate candidates for complete cytoreduction in advanced stages of epithelial ovarian cancer, *Int J Gynecol Cancer*, 16 (Suppl. 1), pp.35-40.
 10. ACOG Practice Bulletin (2007), “Điều trị nội khoa lạc nội mạc tử cung”, *Tạp chí Phụ Sản*, 6(1-2), tr. 33-43.
 11. Chapron C, Vercellini P, Barakat H et al (2002), Management of ovarian endometriomas, *Human Reproduction Update*, 8(6), pp.591-597.
 12. Radosa MP, Bernardi TS, Georgiev I et al (2010), Coagulation versus excision of primary superficial endometriosis: a 2-year follow-up, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 150, pp.195-198.
 13. Barton-Smith P, Ballard K, Kent ASH (2006), Endometriosis: A general review and rationale for surgical therapy, *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice*, 6, pp.168-176.
 14. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2003), “Tình hình chẩn đoán và điều trị u lạc nội mạc tử cung vào buồng trứng trong năm 2002 tại Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ TP Hồ Chí Minh”, *Nội san Sản Phụ khoa*, Số đặc biệt, Đại hội đại biểu Hội Phụ Sản Việt Nam khoá XV, tr. 200-211.
 15. Kaloo PD, Cooper MJW, Reid G (2006), A prospective multi-centre study of major complications experienced during excisional laparoscopic surgery for endometriosis, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124, pp.98-100.
 16. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD et al (2003), The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up, *Human Reproduction*, 18(9), pp.1922-1927.
 17. Sepulcri R, Amaral VF (2009), Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142, pp.53-56.
 18. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M et al (2007), Deep dyspareunia and

- sex life after laparoscopic excision of endometriosis, *Human Reproduction*, 22(4), pp.1142-1148.
19. Busacca M, Riparini J, Somigliana E et al (2006), Postsurgical ovarian failure after laparoscopic excision of bilateral endometriomas, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, pp.421-5.
 20. Kahyaoglu S, Ertas E, Kahyaoglu I et al (2008), Does laparoscopic cystectomy and cauterization of endometriomas greater than 3 cm diminish ovarian response to controlled ovarian hyperstimulation during IVF-ET? A case-control study, *J. Obstet. Gynaecol. Res*, 34(6), pp.1010-1013.
 21. Ozkan S, Murk W, Arici AA (2008), Endometriosis and Infertility Epidemiology and Evidence-based Treatments, *Ann. N.Y. Acad. Sci*, 1127, pp.92-100.
 22. Hồ Việt Thắng (2005), *Đánh giá kết quả nội soi điều trị bệnh nhân vô sinh có lạc nội mạc tử cung*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
 23. Cheong Y, Tay P, Luk F et al (2008), Laparoscopic surgery for endometriosis: How often do we need to re-operate, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), pp.82 - 85.
 24. Griffiths AN, Koutsouridou RN, Penketh RJ (2007), Predicting the presence of rectovaginal endometriosis from the clinical history: A retrospective observational study, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(5), pp.493 - 495.