

NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG MẢNH GHÉP TỔNG HỢP TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH LÝ SA TẠNG CHẬU NỮ TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Phan Thị Nga, Văn Phụng Thống, Nguyễn Thị Vinh Thành, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Hồ Kỳ Thu Nguyệt, Nguyễn Bá Mỹ Ngọc

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp sử dụng mảnh ghép tổng hợp polypropylene trong phẫu thuật điều trị phục hồi sàn chậu trên các bệnh nhân sa tạng vùng chậu tại BV Từ Dũ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca, đối tượng là các phụ nữ có sa tạng vùng chậu khám tại bệnh viện Từ Dũ, được chỉ định can thiệp phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép tổng hợp. **Kết quả:** Trong thời gian từ tháng 7/2009 – 12/2010, qua 132 bệnh nhân ghi nhận tuổi trung bình là 57, số lần mang thai từ 3 con trở lên 79,5%. Tỷ lệ sa bàng quang 90,2%, sa tử cung 59,8%, sa trực tràng 30,3%. Phẫu thuật qua ngã nội soi chiếm 16,7%, và qua ngã âm đạo chiếm 83,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình qua ngã nội soi 122 phút, qua ngã âm đạo 48 phút (mảnh ghép thành trước, 32 phút (mảnh ghép thành sau), 73 phút (mảnh ghép thành trước và sau). Lượng máu mất trung bình qua nội soi 36 ml, trong khi qua ngã âm đạo là 41 ml (thành trước), 46 ml (thành sau), 56 ml (cả 2 thành); thời gian nằm viện của nội soi trung bình là 4,2 ngày, còn qua ngã âm đạo 4,4 ngày (thành sau), và 4,6 ngày (cả 2 thành). Tai biến xói mòn âm đạo 3,03%, 2 ca thủng bàng quang (TOT, TVT), tiểu tồn lưu 12%, 1 ca máu tụ thành trái âm đạo, không tổn thương tạng rỗng hay mạch máu lớn, và nhiễm trùng, 3 ca tái phát sau mổ (2 sa bàng quang và 1 sa trực tràng). **Kết luận:** Sử dụng mảnh ghép tổng hợp phục hồi sàn chậu đã được đề nghị sử dụng ngay trong lần mổ đầu tiên, giảm tổn kém do điều trị tái phát, có thể thực hiện sử dụng mảnh ghép ngã âm đạo hay nội soi. Hiệu quả tức thì 100%, tỉ lệ tái phát thấp, tỉ lệ tai biến trong mổ, tai biến gần, xa, tương tự các tác giả khác trong y văn, chúng tôi nghĩ rằng phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép tổng hợp mang tính khả thi, có thể cải thiện và đem lại chất lượng sống tốt hơn cho người bệnh.

Abstract

Preliminary assessment of the surgery for pelvic organ prolapse using nonabsorbable synthetic mesh at Tu Du hospital.

Objectives: To assess of the efficacy and safety of using mesh in surgery for pelvic organ prolapse at Tu Du hospital. **Methods:** This was a case-series of woman affected by pelvic organ prolapse who went to Tu Du Hospital and underwent the pelvic reconstructive surgery using the synthetic mesh. **Results:** Between 7/2009 to 12/2010, there were 132

of included patients. The average age was 57 years. The rate of having 3 and beyond of deliveries was 79,5%. The rate of cystocele, hysterocele and rectocele was 90,2%, 59,8% and 30,3%, respectively. 16,7% and 83,3% of women was operated via laparoscopic and vaginal route, respectively. Individually for the laparoscopic, anterior or posterior or both anterior-posterior vaginal route: the average time of operation was 122 minutes, 48 minutes, 32 minutes and 73 minutes; blood loss was 36 ml, 41 ml, 46 ml and 56 ml; hospital stay was 4,2 days, 4,4 days (posterior vaginal route) and 4,6 days (both anterior-posterior vaginal route). Complication rate of mesh erosion into vagina was 3,03%. Perforation of bladder was present in 2 women with concomitant TOT and TVT procedure. The rate of urinary retention was 12%. There was 1 case of hematoma inside of the left vaginal wall. None of perforations of visceral organs, injuries of large artery or infections at operative site were present. There were 3 cases of post-operative recurrence prolapse (2 of cystocele and 1 of rectocele). **Conclusions:** Application of synthetic mesh in surgery for pelvic reconstruction is suggested in the first time of operation. Using mesh helps reducing treatment cost caused by recurrent prolapse. This surgery can be performed via laparoscopic or vaginal route. The rate of immediate post-operative efficacy was 100%, recurrent prolapse was low, intra-operative and long-term post-operative complications was similar to these of other studies in the literature. We think that utilisation of synthetic mesh in surgery for pelvic reconstruction offers the feasibility, can improve and give better quality of life for women who were affected with pelvic organ prolapse.

(*) Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ, TP Hồ Chí Minh

Đặt vấn đề

Sa tạng vùng chậu (POP = pelvic organ prolapsus) xảy ra do tình trạng suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu dẫn đến sự tụt xuống của các cơ quan vùng chậu vào âm đạo. Sa tạng chậu chiếm một phần năm chỉ định mổ phụ khoa, mỗi năm ở Mỹ có khoảng 400.000 ca mổ do sa tạng chậu, tái phát 31, 25% cho thấy tỉ lệ thất bại của các phẫu thuật điều trị không thấp.

Nhiều phương pháp điều trị sa tạng vùng chậu từ điều trị nội - ngoại khoa đã được mô tả và thực hiện, tuy vậy còn nhiều tranh cãi trong các quan điểm điều trị và chưa có phương pháp nào được xem là tối ưu nhất.

Càng ngày đời sống càng nâng cao, người phụ nữ đòi hỏi chất lượng sống phải được cải thiện nhiều hơn, không chỉ những phụ nữ còn trong độ tuổi hoạt động sinh

dục mà hầu hết mọi phụ nữ bị sa tạng vùng chậu đều cảm thấy xấu hổ và không tự tin khi phải chung sống với các rối loạn chức năng do sa tạng vùng chậu gây ra. Thêm vào đó, ước muốn sinh thêm con, tình dục kéo dài sau mãn kinh, tâm lý muốn vẫn còn là một phụ nữ, vẫn còn khả năng làm vợ làm mẹ, ngày càng dễ chấp nhận và được xã hội thừa nhận, đặt ra sự cần thiết phải phục hồi lại cấu trúc sàn chậu, giải quyết các rối loạn chức năng sàn chậu, hạn chế thấp nhất tỉ lệ tái phát, nhằm nâng cao chất lượng sống cho suốt quãng đời còn lại của họ.

Đó chính là lý do mà đề tài này được triển khai thực hiện với mục tiêu đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp sử dụng mảnh ghép tổng hợp polypropylene trong phẫu thuật điều trị phục hồi sàn chậu trên các bệnh nhân sa tạng vùng chậu tại BV Từ Dũ từ 7/2009 đến 12/2010.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ bị sa các tạng vùng chậu có có hay không kèm rối loạn chức năng sàn chậu, khám tại bệnh viện Từ Dũ, được chỉ định điều trị phục hồi sàn chậu qua ngã âm đạo hay nội soi ổ bụng có sử dụng mảnh ghép tổng hợp.

Cách chọn mẫu

– Tiêu chuẩn nhận vào : ≥ 20 tuổi, không muốn sinh con thêm, sa tạng $\geq$ độ II (POP-Q), có triệu chứng ảnh hưởng chất lượng sống.

– Tiêu chuẩn loại trừ: Bị một trong các tình trạng như : dị dạng, lỗ dò, ung thư, khối u...đường niệu, tiêu hóa, sinh dục; tiền sử chấn thương tùy sống, hệ thần kinh trung ương, xạ trị bụng chậu, rối loạn tâm thần, có chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp.

Các bước tiến hành:

– Người bệnh được giải thích điều trị có sử dụng mảnh ghép, đồng ý tham gia nghiên cứu.

– Bilan niệu động học được chỉ định trong tất cả các trường hợp phẫu thuật phục hồi sàn chậu.

– Tất cả người bệnh đều được mổ bởi cùng một nhóm phẫu thuật viên, đánh giá trước mổ, sau mổ và xử lý phân tích số liệu được thực hiện bởi người khác.

Kỹ thuật phục hồi sàn chậu sử dụng mảnh ghép tổng hợp không tan polypropylene:

– Phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào mồm nhô.

– Phẫu thuật ngã âm đạo nâng bàng quang, tử cung, trực tràng riêng lẻ hay phối hợp nhiều kỹ thuật nếu sa nhiều tạng, có kèm đặt sling dưới niệu đạo (TOT) hoặc không.

– Soi bàng quang nếu cần và thăm trực tràng kiểm tra trước khi kết thúc.

Kết quả và bàn luận**Đặc điểm đối tượng nghiên cứu***Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu*

Đặc điểm	Trung bình – số người (tỷ lệ %)
Tuổi	57 $\pm$ 10 (28 -83)
Số lần sanh	4 $\pm$ 2 (1 – 13)
Sanh ≥ 3 lần	105 (79,5%)
BMI	22,5 $\pm$ 2,4 (16,4 – 29,7)
Béo phì ≥ 26	9 (8,1%)
Mãn kinh	72 (63,7%)
Tiểu đường	5 (3,8%)
CHA	34 (10,6%)

Tuổi trung bình 57 cho thấy đa số còn trẻ ; có ít nhất một lần sanh và đa số đều có từ 3 con trở lên (79,5%); chỉ số khối cơ thể không cao, béo phì chỉ 8,1% (BMI ≥ 26); 63,7% bệnh nhân đã mãn kinh; các bệnh nội khoa (tiểu đường,

cao huyết áp) chiếm tỉ lệ thấp à phù hợp với các yếu tố nguy cơ: mang thai, sanh nhiều, thiếu nội tiết nữ, mãn kinh...đã được nói đến nhiều trong y văn.

Phân bố sa các tạng vùng chậu

Bảng 2. Phân bố sa các tạng vùng chậu

Tạng bị sa	Số ca và Tỷ lệ %	Độ sa			
		1	2	3	4
Bàng quang	119/132 (90,2%)	1,7%	22,7%	68,1%	7,5%
Tử cung	79/132 (59,8%)	19%	29,1%	39,2%	12,7%
Trực tràng	40/132 (30,3%)	17,5%	50%	15%	17,5%
Mòm cắt	8/132 (6,1%)			37,5%	62,5%

– Sa bàng quang chiếm 90,2% phù hợp với đặc điểm thành âm đạo trước giữa nơi liên quan trực tiếp với bàng quang và niệu đạo là thành phần bị tổn thương và chịu ảnh hưởng truyền lực nhiều nhất do mang thai, sanh đẻ, tăng áp lực ổ bụng kéo dài...

– 8/132 sa mòm âm đạo sau cắt tử cung. Đối với phụ nữ Việt Nam, đây là điều tế nhị đa số âm thầm chung sống với khối sa, xem đó là bình thường, phần nổi của tảng băng không nhiều nhưng phần chìm có thể còn nhiều hơn nữa.

– Chúng tôi sử dụng phân loại POP-Q đánh giá độ sa, chỉ định điều trị, đánh giá trước và sau mổ, theo dõi lâu dài kết quả sau phẫu thuật. Sa bàng quang độ nặng ($\geq$ độ 3) chiếm hơn 75%, trong khi sa tử cung độ nặng chỉ 51,9%, và sa trực tràng thấp hơn hết 32,5%. Dù sa mức độ nào, nhưng có ảnh hưởng đến chất lượng sống, chúng tôi đều tư vấn điều trị bằng nội khoa, hoặc ngoại khoa.

Phân bố các phẫu thuật phục hồi sàn chậu và các đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3. Phân bố các phẫu thuật phục hồi sàn chậu và các đặc điểm phẫu thuật

Phương pháp PT	Số ca	Thời gian PT	Lượng máu mất	Số ngày nằm viện
NS treo TC/MC vào mòm nhô	20/132 (15,2%)	122±43 (40–180)	36±23 (10–100)	4,7±2,7 (2–15*)
NS cố định sàn chậu và TC vào mòm nhô	2/132 (1,5%)	75±21 (60–90)	28 (5–50)	4,5 (4–5)
Mesh thành sau ÂĐ	26/132 (19,7%)	48±14 (25–75)	41±22 (5–100)	
Mesh thành trước ÂĐ	111/132 (84,1%)	32±24 (10–140)	46±22 (10–100)	4,4±1,8 (2–12**)
Mesh thành trước và sau ÂĐ	26/132 (19,7%)	73±16 (54–110)	56±23 (20–100)	4,6±1 (3–12)

* Có 2 bệnh nhân bị thủng bàng quang (1 TOT, 1 TVT). Bệnh nhân đặt TOT nằm viện 15 ngày do bị nhiễm trùng tiểu sau đặt lưu thông tiểu 10 ngày.

** Có 1 bệnh nhân nằm viện kéo dài do tiểu khó đến bí tiểu sau đặt sling, buộc phải cắt sling vào ngày thứ 9 sau mổ.

Chúng tôi sử dụng các kỹ thuật phục hồi

sản chậu khác nhau từ ngã âm đạo cho đến ngã bụng:

– Phẫu thuật nội soi cố định sản chậu vào móm nhô (sacropexy) : tỉ lệ thành công sau 5 năm của kỹ thuật này 97% (Benson 2008, Maher 2004, Lo 1998 - Cochrane data base 2009), tuy nhiên đây là một kỹ thuật đòi hỏi kỹ năng khâu may được ở các cấu trúc sâu ở sản chậu, đây chính là hạn chế lớn nhất của cố định sản chậu vào móm nhô. Thời gian phẫu thuật trung bình 122 phút, lượng máu mất trung bình 36 ml, thời gian nằm viện trung bình 4,7 ngày, không khác biệt nhiều so với Lo (1998), Benson (2008), Maher (2004), Rivoire (1988), Arnaud Wattiez (1999).

– Phục hồi sản chậu ngã âm đạo thành công sau 5 năm 85% (Benson 2008, Maher 2004, Lo 1998 - Cochrane data base 2009), chúng tôi thực hiện qua ngã âm đạo chiếm đa số, vì các lý do sau: phẫu thuật ngã âm

đạo quen thuộc với các nhà phẫu thuật phụ khoa, sự lỏng lẻo cấu trúc nâng đỡ đáy chậu nên dễ bóc tách, âm đạo sau nhiều lần sanh rộng rãi, tiếp cận vị trí đặt mảnh ghép rất thuận lợi không cần kỹ năng gì đặc biệt. Tuy nhiên, do đi mù vào cấu trúc sâu, có hệ thống mạch máu chậu phần thấp (âm đạo, tầng sinh môn, các hố cạnh bàng quang, trực tràng) rất nhiều, do đó thường gây chảy máu nhiều hơn so với phẫu thuật qua ngã nội soi (lượng máu mất trung bình trong nhóm đặt mảnh ghép thành trước và thành sau là 56 ml nhiều gần gấp đôi lượng máu mất qua nội soi), thời gian phẫu thuật ngã âm đạo ngắn hơn nội soi, ngày nằm viện trung bình sau mổ không khác biệt giữa các kỹ thuật. Kết quả chúng tôi không khác biệt nhiều với Benson (2008), Maher (2004), Lo (1998).

Phân bố các phẫu thuật kèm theo

Bảng 4. Phân bố các phẫu thuật kèm theo

PT kèm theo	Số lượng	Tỷ lệ % / 132
Sling	84	63,7
TOT	76	57,6
Surgimesh	16	
Prolene	58	
Optilene	1	
Desara	1	
TVT Gynecare	8	6,1
Cắt TC	6	4,5
Sửa thành trước ÂĐ	0	0
Sửa thành sau ÂĐ	13	9,8

– Tất cả các ca trong nghiên cứu đều được làm xét nghiệm chuyên biệt niệu động học, đánh giá các rối loạn chức năng bàng quang và niệu đạo, 63,7% có tiểu không kiểm soát khi gắng sức, 57,6% được đặt TOT, 6,1% được đặt TVT. Bilan niệu động học đóng vai trò không thể thiếu nhằm khẳng định chẩn đoán lâm sàng, phát hiện các rối loạn tiềm ẩn của bàng quang và niệu đạo, tránh bỏ

sót tổn thương cần được phải điều trị. xét nghiệm này còn là hành lang pháp lý cho quá trình điều trị.

– Có 6 /132 được cắt bỏ tử cung do bệnh lý (u xơ tử cung, cổ tử cung có bất thường...). Còn nhiều tranh cãi trong việc cắt hay giữ tử cung (Roovers (2004), Jeng (2005), chúng tôi tán thành quan điểm của Benson (1994), Tayrac (2002), cắt tử cung có

nguy cơ phá vỡ và làm suy yếu hơn nữa cấu trúc nâng đỡ vốn đã bị suy yếu; tai biến do cắt tử cung có thể xảy ra như: tổn thương bàng quang, trực tràng, xuất huyết nội, tụ

máu, nhiễm trùng...góp phần tăng tỉ lệ thất bại phục hồi sàn chậu; thêm vào đó Tay rac 2002 (Cochrane data base 2009), cho thấy cắt tử cung có thể làm tăng tỉ lệ xói mòn âm đạo.

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Bảng 5. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Phương pháp PT	Thời gian theo dõi (tháng)
Mesh thành trước ÂĐ	5,7 ± 3,7 (0,7 – 18)
Mesh thành sau ÂĐ	3,8 ± 2,4 (0,7 – 7,2)
Mesh thành trước và sau ÂĐ	3,8 ± 2,4 (0,7 – 7,2)
NS treo TC/MC vào móm nhô	6,2 ± 2,9 (2,6 – 11,4)
NS cố định sàn chậu và TC vào móm nhô	1,7 (1,3 – 2,1)

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này được 17 tháng (từ tháng 7/2009–12/2010), thời gian theo dõi trung bình còn ngắn, chưa đủ để có những kết luận cuối cùng về hiệu quả và độ

an toàn của việc sử dụng mảnh ghép trong phục hồi sàn chậu, và hiện tại việc theo dõi định kỳ vẫn còn đang tiếp tục.

Tai biến

Bảng 6. Tai biến

Tai biến	Nội soi N = 22	Ngã ÂĐ N = 111	Tổng N = 132
Tiểu tồn lưu >100ml - Có sling - Không sling	2 0	10*	16 (12%) 12 4
Xói mòn ÂĐ/mesh thành trước ÂĐ (111 ca)/NS (22 ca)	0	4 (3,03%)	
Tổn thương ruột, mạch máu lớn	0	0	
Tổn thương bàng quang / kèm sling	1	1	2
Mất máu cần truyền máu	0	1	1
Đau vùng bẹn	0	3 (2,7%)	3
Đau vùng xương cụt/ cố định DCCG (26 ca)	0	8 (30,7%)	8

Qua 132 bệnh nhân được phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép tổng hợp, chúng tôi có một số ghi nhận các tai biến:

– Tiểu tồn lưu 12% (16 ca), trong 16 ca đó có 14 ca đặt mảnh ghép thành trước âm đạo, 2 ca sau nội soi. Có 12 ca tiểu tồn lưu sau đặt TOT kèm theo (phối hợp với 10 ca đặt mảnh ghép thành trước âm đạo, và 2 ca sau nội soi), còn 4 ca còn lại có tiểu tồn lưu dù

không có đặt TOT. (* trong số đó có 2 ca tiểu khó đến bí tiểu, phải nói lỏng sling 1 ca, cắt bỏ sling 1 ca), nguyên nhân đều do lúc khởi đầu chúng tôi thiếu kinh nghiệm nên đã kéo chặt sling, sling bị tuột dưới cổ bàng quang gây thất nghệt cổ bàng quang lại.)

– Xói mòn âm đạo do mảnh ghép nâng thành trước âm đạo (3,03%). Xói mòn âm đạo gặp ở thời điểm 1-5-6 tháng sau mổ, chỉ có 1 trường hợp cắt sling, các ca còn lại

nhẹ nên điều trị bảo tồn. Tỷ lệ xói mòn âm đạo của chúng tôi không khác biệt nhiều và có thấp hơn M. Kdous 6% , Tayrac 4,2% xói mòn âm đạo, 0,25% xói mòn bàng quang; không có trường hợp nào ghi nhận xói mòn sau nội soi.

– Có 2 thùng bàng quang do đặt sling dưới niệu đạo (1 TVT và 1 TOT), là những ca đầu tiên khi chưa có kinh nghiệm, ca TOT được tháo bỏ sling, dẫn lưu bàng quang liên tục 5 ngày, sau đó bệnh nhân ổn, tác giả Tayrac có tỷ lệ thùng bàng quang trong TOT 0,3%, ca TVT sau khi phát hiện thùng bàng quang tiếp tục đặt lại TVT thành công.

– Đau vùng cùng cụt chiếm 30,7%, trong nhóm can thiệp ngã âm đạo, không có ghi nhận đau nào nhóm nội soi. Đây có thể

được xem là nhược điểm đáng lưu ý của phẫu thuật qua ngã âm đạo, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào để chúng tôi có thể so sánh được. Riêng đau vùng bẹn 2,7% so với Tayrac là 27/602 (4,4%).

– 1 trường hợp phải truyền máu do hematome lớn ở âm đạo sau TOT và đặt mảnh ghép thành trước, vì khối máu tụ lớn chúng tôi buộc phải mở thành âm đạo lấy khối máu tụ và tháo bỏ mảnh ghép.

– Không tổn thương ruột, mạch máu lớn, bàng quang... trên bệnh nhân chỉ đặt mảnh ghép thành trước và thành sau âm đạo, không đặt sling dưới niệu đạo, cho thấy không có tai biến đe dọa tính mạng người bệnh trong loạt nghiên cứu bước đầu của chúng tôi.

Các loại mảnh ghép sử dụng

Bảng 7. Các loại mảnh ghép sử dụng

Phương pháp PT	Surgimesh	Prolene mesh	Gynecare	Khác
Mesh thành trước ÂĐ Xói mòn ÂĐ Co rút ÂĐ	32/111 (28,8%) 1/32 (0,3%) 1/32 (0,3%)	37/111 (33,3%) 2/37 (5,4%) 11/37 (29,7%)	8/111 (7,2%) 1/8 (12,5%) 1/8 (12,5%)	2/111 (1,8%) 0 0
Mesh thành sau ÂĐ Xói mòn ÂĐ Co rút ÂĐ	0	26/26 (100%) 0 3/26 (11,5%)	0	0
Mesh thành trước và sau ÂĐ	0			
NS treo TC/MC vào móm nhô Xói mòn ÂĐ Co rút ÂĐ	0	20/20 (100%) 0 0	0	0
NS đặt mesh cố định sàn chậu và TC vào móm nhô Xói mòn ÂĐ Co rút ÂĐ	0	2/2 (100%) 0 0	0	0

Tái phát sa tạng vùng chậu – sa mới

Bảng 8. Tái phát sa tạng vùng chậu – sa mới

			NS	Ngã ÂĐ
Tái phát	Sa bàng quang	2	1	1
	Sa trực tràng	1		1
Sa mới	Sa trực tràng 3	1		1

Hiệu quả của phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép :

- Hiệu quả tức thì sau mổ : đạt 100%
- Sau mổ 1 tháng: 1ca sa bàng quang sau nội soi cố định sàn chậu vào mồm nhô, đây là ca đầu tiên do thiếu kinh nghiệm chúng tôi đã không xuống đủ sâu thành trước âm đạo.
- Sau mổ 4 tháng: 1 ca sa bàng quang lại sau nâng bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp và cố định từ cung vào dây chằng cùng gai. Ghi nhận sa lại bàng quang khá nhanh dù có sử dụng mảnh ghép, có thể do lỗi kỹ thuật khi đặt mảnh ghép nên nó bị trượt và để hở trống những phần cần phải nâng đỡ.
- 1 ca sau mổ 1 tháng bệnh nhân bị sa trực tràng tái phát : (trước mổ bệnh nhân có sa mồm cắt độ 3, bàng quang độ 2, trực tràng

độ 1 -2) 1 tháng: bệnh nhân được nâng bàng quang, mồm cắt, TOT, may cân trực tràng âm đạo đơn thuần, có lẽ chúng tôi đánh giá tổn thương sa trực tràng chưa đầy đủ, nên việc may lại cân trực tràng âm đạo không đủ sức nâng đỡ các cấu trúc bị sa, dẫn đến sa lại trực tràng nhanh.

– 1 ca sa mới trực tràng độ 3 sau mổ nâng bàng quang, và đặt TOT 4 tháng (chẩn đoán trước mổ là sa bàng quang độ 3, sa trực tràng độ 1, TKKSKGS), đây cũng là trường hợp chưa đánh giá đúng độ sa trực tràng nên đã không xử lý từ lần phẫu thuật đầu tiên, câu hỏi đặt ra là đối với các tạng có sa thì có nên chăng cần được giải quyết đồng thời luôn dù là sa nhẹ độ 1-2, khi điều trị phẫu thuật vì những sa phối hợp khác.

Các rối loạn đi tiểu mới xuất hiện

Bảng 9. Các rối loạn đi tiểu mới xuất hiện

Rối loạn		Nội soi	Ngã ÂĐ
TKKSKGS	5	5 / 20 (25%)	0
Bàng quang tăng hoạt	1	0	1

– Xuất hiện TKKSKGS: 5/20 (25%) trường hợp nội soi treo từ cung vào mồm nhô, trong khi không có trường hợp nào trong nhóm đặt mảnh ghép ngã âm đạo, đặt ra vấn đề có cần làm phẫu thuật Burch dự phòng khi cố định từ cung vào mồm nhô hay không.

– 1 ca có bàng quang tăng hoạt (OAB) sau mổ nâng bàng quang, đặt TOT 4 tháng (tiểu tồn lưu 360ml, bất đồng vận cơ thắt, Pdet max 26cmH20) .

Kết luận và kiến nghị

– Sa tạng vùng chậu là do tình trạng suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu dẫn đến sụt xuống, các cơ quan vùng chậu vào âm đạo. Dù không đe dọa trực tiếp tính mạng, nhưng có thể ảnh hưởng đáng kể chất lượng sống người phụ nữ, trong khi các phẫu thuật điều trị đối với rối loạn chức năng và sa tạng chậu vẫn có một tỉ lệ thất bại khá cao 31,25%.

– Cần đánh giá toàn diện vùng chậu (tạng

nào bị sa và xảy ra rối loạn chức năng sàn chậu mức độ nào), để phối hợp các kỹ thuật điều trị đồng bộ và đồng thời, cần loại bỏ quan điểm tiết niệu – sinh dục – tiêu hóa là 3 thành phần không liên quan, trong khi rõ ràng cả 3 đều cùng đứng chung trên một cấu trúc nâng đỡ và bị ảnh hưởng qua lại với nhau.

– Sử dụng mảnh ghép tổng hợp để phục hồi sàn chậu đang là vấn đề mang tính thời sự, đã được đề nghị sử dụng ngay trong lần mổ đầu tiên nhằm hạn chế tới mức thấp nhất khả năng tái phát và giảm những tổn kém do điều trị các tái phát sau đó.

– Các phẫu thuật điều trị có thể thực hiện qua ngã âm đạo hay nội soi ổ bụng. Lựa chọn phẫu thuật nào cho phù hợp tùy thuộc nhiều yếu tố khác nhau bao gồm tình trạng bệnh nhân, khả năng phẫu thuật viên, điều

kiện y tế hiện có của cơ sở.

– Với hiệu quả được đánh giá tức thì ngay sau mổ 100%, tỉ lệ tái phát không cao và có thể kiểm soát được nguyên nhân gây tái phát, cũng như tỉ lệ tai biến trong mổ, tai biến gần, xa sau mổ, phù hợp chung với các tác giả khác trong y văn, chúng tôi nghĩ rằng phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép tổng hợp bằng polypropylene hiệu quả, an toàn, có tính khả thi có thể cải thiện và đem lại chất lượng sống tốt hơn cho người phụ nữ bị sa tạng vùng chậu và có rối loạn chức năng sàn chậu.

– Cần thêm thời gian dài hơn với cỡ mẫu lớn hơn để có thể đánh giá đúng mức hiệu quả và độ an toàn cũng như tính khả thi của phẫu thuật điều trị sa tạng chậu có sử dụng mảnh ghép tổng hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Surgical management of pelvic organ prolapse in women (review). Copyright © 2009 The Cochrane collaboration. Published by John Wiley & Sons. Ltd.
2. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S (2007), Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review, *Neurourol Urodyn*, 27(1), pp.3–12.
3. Baessler K, Maher CF (2006), Mesh augmentation during pelvic floor reconstructive surgery: risks and benefits, *Curr Opin Obstet Gynecol*, 18(5), pp.560–566.
4. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C (1994), Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse, *Obstet Gynecol*, 84(5), pp.885–888.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bø K et al (1996), The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction, *Am J Obstet Gynecol*, 175(1), pp.10–17.