

TỔNG QUAN

XỬ TRÍ Ứ DỊCH VÒI TỬ CUNG TRƯỚC KHI LÀM THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Nguyễn Việt Tiến*, Nguyễn Xuân Hợi*

Tóm tắt

Ứ dịch vòi tử cung ảnh hưởng xấu đến kết quả IVF. Thực hiện phẫu thuật như cắt vòi tử cung, kẹp vòi tử cung, hút dịch vòi tử cung trước khi làm IVF trên những bệnh nhân có ứ dịch vòi tử cung được chứng minh là làm cải thiện kết quả IVF. **Mục tiêu:** đánh giá phương pháp xử trí ứ dịch vòi tử cung dựa trên y học bằng chứng và đưa ra một số khuyến nghị. **Kết quả:** Đánh giá dựa trên các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tin cậy cho thấy cắt vòi tử cung ứ dịch hoặc kẹp vòi tử cung trước khi làm IVF đều là phương pháp có hiệu quả và làm tăng tỷ lệ có thai IVF. **Từ khóa:** cắt vòi tử cung, ứ dịch vòi tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm.

Abstract

Management of hydrosalpinx prior to in vitro fertilization

Hydrosalpinx has a detrimental effect on the outcome of in vitro fertilization. Performing a surgical intervention such as salpingectomy, tubal occlusion, aspiration of hydrodalpinx fluid, prior to the IVF procedure in women with hydrosalpinges has been demonstrated to improve the IVF outcome. **Objectives:** to review evidence-based management of the hydrosalpinx prior IVF and to give recommendations. **Results:** RCTs included in this review showed that both salpingectomy and tubal occlusion to manage hydrosalpinx Hydrosalpinx prior IVF are the effective options to improve the pregnancy rate in IVF.

Key words: Salpingectomy, hydrosalpinx, in vitro fertilization.

(* Bệnh viện Phụ Sản Trung ương)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh do vòi tử cung (VTC) là một trong các chỉ định của thụ tinh trong ống

nghiệm (IVF). Đặc biệt nguyên nhân do ứ dịch vòi tử cung làm ảnh hưởng đến kết quả của IVF. Các nghiên cứu gần đây đã chứng

minh rằng ứ dịch VTC làm giảm tỷ lệ có thai và giảm tỷ lệ làm tổ trong thụ tinh trong ống nghiệm.

Chẩn đoán ứ dịch VTC dựa vào phim chụp tử cung-VTC, siêu âm đường âm đạo quan sát được khối dịch vòi đối với trường hợp ứ nước kích thước lớn. Phẫu thuật nội soi vừa chẩn đoán và xử trí khối ứ dịch VTC.

Về xử trí trước khi làm IVF thì nội soi là phương pháp có hiệu quả để điều trị ứ dịch vòi tử cung như : cắt vòi tử cung, mở vòi tử cung, kẹp hai vòi tử cung để làm cải thiện tỷ lệ thành công của IVF. Nhiều trường hợp khi chọc hút noãn mới phát hiện khối ứ dịch vòi tử cung thì sau khi hút noãn xong chúng tôi sẽ chọc hút dịch vòi.

Vậy kỹ thuật nào có hiệu quả để làm tăng tỷ lệ thành công trong IVF. Đây chính là lý do chúng tôi tiến hành đánh giá và phân tích vấn đề này dựa trên các chứng cứ y học nhằm đánh giá các phương pháp xử trí ứ dịch vòi tử cung trước khi làm IVF dựa trên y học chứng cứ và đưa ra các khuyến cáo thực hành lâm sàng về xử trí ứ dịch vòi tử cung trước khi làm IVF.

CƠ CHẾ CỦA Ứ DỊCH VÒI TỬ CUNG TÁC ĐỘNG ĐẾN KẾT QUẢ IVF [3], [4], [8]

- Dịch VTC gây độc trực tiếp đối với phôi
- Ảnh hưởng đến sự phát triển của phôi
- Ảnh hưởng đến làm tổ do dịch vòi chảy vào buồng tử cung và đẩy phôi khỏi buồng tử cung.
- Giảm sự chấp nhận của niêm mạc tử cung đối với phôi.

ẢNH HƯỞNG CỦA Ứ DỊCH VTC ĐẾN KẾT QUẢ IVF

Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh ảnh hưởng của ứ dịch một bên hoặc hai bên

VTC ảnh hưởng đến tỷ lệ làm tổ và có thai của IVF.

Nghiên cứu phân tích meta gồm 6700 chu kỳ của 11 nghiên cứu. Tỷ lệ có thai của nhóm có ứ dịch VTC thấp hơn so với nhóm chỉ tắc VTC không có ứ dịch VTC (16,4% so với 31,2%) (OR = 50,7 95% CI = 41,4-62,2) [8].

Nghiên cứu thứ 2 gồm 5592 bệnh nhân phân tích từ 9 nghiên cứu RCT. Tỷ lệ sinh sống/chu kỳ thấp hơn ở nhóm có ứ dịch VTC (13,4% so với 23,4%) (OR 0,58, CI = 0,49-0,69) [1].

CÁC PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ Ứ DỊCH VTC: Y HỌC BẰNG CHỨNG

So sánh nội soi cắt VTC và không phẫu thuật

Nghiên cứu của Johnson [4] phân tích tổng hợp 3 nghiên cứu RCT nhóm cắt vòi tử cung gồm 196 bệnh nhân. Nhóm không cắt VTC gồm 133 bệnh nhân. Tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ thai tiến triển và tỷ lệ thai chung đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có cắt VTC.

Dechaud [2] tỷ lệ làm tổ IVF lần đầu ở nhóm cắt vòi cao hơn so với nhóm không cắt vòi (10,4% so với 4,6%).

Strandell [7] nghiên cứu đa trung tâm ở Scandinavia: nghiên cứu 186 bệnh nhân. Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm cắt vòi cao hơn so với nhóm không cắt vòi. Tỷ lệ làm tổ cao hơn ở nhóm có cắt VTC (27,2 so với 20,2%). Giá trị của cắt VTC càng cao khi ứ dịch VTC mà quan sát được bằng siêu âm. Trong nhóm có ứ dịch VTC hai bên và quan sát được trên siêu âm thì tỷ lệ làm tổ của nhóm cắt VTC cao hơn có ý nghĩa thống kê (32% so với 26,8%, p= 0,001).

Như vậy cắt VTC cho tỷ lệ thai lâm sàng IVF cao gấp 2,4 lần so với không phẫu thuật.

Bảng 1. So sánh tỷ lệ có thai giữa nhóm cắt VTC và nhóm chứng

	Nhóm cắt VTC		Nhóm chứng		OR (95%CI)
	Có thai	Tổng	Có thai	Tổng	
Tỷ lệ thai tiến triển					
Dechaud 1998 [4]	13	30	6	30	3.06 (0.97-9.66)
Kontovawdis 2006 [5]	17	50	2	15	3.35 (0.68-16.58)
Strandell 1999 [7]	31	116	15	88	1.77 (0.89-3.54)
Phân tích gộp [4]		196		133	2.20 (1.26-3.82)
	$\chi^2 = 0.95, df=2 (P=0.62)$ $Z=2.79 (P=0.005)$				
Tỷ lệ thai lâm sàng					
Kontovawdis 2006 [5]	20	50	2	15	4.33 (0.88-21.3)
Moshin 2006	23	60	8	66	4.51 (1.82-11.13)
Strandell 1999 [7]	40	116	22	88	1.58 (0.85-2.92)
Phân tích gộp [4]		226		169	2.40 (1.49-3.86)
	$\chi^2 = 4.17, df=2 (P=0.12)$ $Z=3.61 (P=0.0003)$				
Tỷ lệ thai chung					
Dechaud 1998 [4]	13	30	6	30	3.06 (0.97-9.66)
Kontovawdis 2006 [5]	20	50	2	15	4.33 (0.88-21.30)
Moshin 2006 [6]	23	60	8	66	4.51 (1.82-11.13)
Strandell 1999 [7]	40	116	22	88	1.58(0.85-2.92)
Phân tích gộp [4]		256		199	2.49 (1.60-3.86)
	$\chi^2 = 4.34, df=3 (P=0.23)$ $Z=4.06 (P<0.0001)$				

So sánh giữa kẹp VTC và không phẫu thuật

Bảng 2. So sánh tỷ lệ có thai giữa nhóm kẹp VTC và nhóm chứng

	Nhóm kẹp VTC		Nhóm chứng		OR (95%CI)
	Có thai	Tổng	Có thai	Tổng	
Tỷ lệ thai tiến triển					
Kontoravdis 2006 [5]	17	50	1	15	7.21 (0.87-59.57)
Phân tích gộp [4]		50		15	7.21 (0.87-59.57)
	$Z= 1.83 (P=0.07)$				

Tỷ lệ thai lâm sàng					
Kontoravdis 2006 [5]	20	50	2	15	4.33 (0.88-21.30)
Moshin 2006 [6]	31	78	8	66	4.78 (0.87-59.57)
Phân tích gộp [4]		128		81	4.66 (2.17-10.01)
$\chi^2 = 0.01, df=1 (P=0.92)$ $Z= 3.95 (P<0.0001)$					

Johnson [4] nghiên cứu phân tích 3 nghiên cứu RCT bao gồm 128 bệnh nhân ứ dịch VTC được kẹp VTC trước khi làm IVF và 81 bệnh nhân ứ dịch VTC không làm kẹp VTC. Kết quả cho thấy tỷ lệ thai lâm sàng cao hơn ở nhóm được kẹp VTC trước khi làm IVF (OR = 4,66 CI : 2,17-10,01).

So sánh hút dịch vòi tử cung và không điều trị

Nghiên cứu RCT của Hammadih [3] năm 2008 gồm 32 bệnh nhân ứ dịch VTC được hút dịch VTC sau khi chọc hút noãn và 32 bệnh nhân ứ dịch không xử trí gì. Kết quả cho thấy tỷ lệ thai lâm sàng khác biệt không có ý nghĩa OR = 1,97 (0,62-6,29) và tỷ lệ thai sinh hóa khác biệt không có ý nghĩa thống kê OR = 2,78 (0,93- 8,27).

So sánh kẹp VTC và cắt VTC

Bảng 3. So sánh tỷ lệ có thai giữa nhóm kẹp VTC và cắt VTC

	Kẹp VTC		Cắt VTC		OR (95%CI)
	Có thai	Tổng	Có thai	Tổng	
Tỷ lệ thai tiến triển					
Kontoravdis 2006[5]	23	50	17	50	1.65 (0.74-3.71)
Phân tích gộp [4]		50		15	1.65 (0.74-3.71)
$Z= 1.83 (P=0.07)$					
Tỷ lệ thai lâm sàng					
Kontoravdis 2006[5]	26	50	20	50	1.63 (0.74-3.59)
Moshin 2006 [6]	31	78	23	60	1.06 (0.53-2.12)
Phân tích gộp [4]		128		110	1.28 (0.76-2.14)
$\chi^2 = 0.63, df=1 (P=0.43)$ $Z= 0.92 (P=0.36)$					

Johnson phân tích tổng hợp 3 nghiên cứu RCT gồm 128 bệnh nhân kẹp VTC và 110 bệnh nhân cắt VTC. Tỷ lệ thai lâm sàng tương đương OR = 1,28 (0,76-2,14) và tỷ lệ thai tiến triển tương đương OR= 1,65 (0,74-3,71) giữa hai phương pháp.

So sánh về số noãn

Số noãn tương đương giữa nhóm được phẫu thuật cắt vòi, kẹp vòi tử cung và nhóm chứng trong các nghiên cứu của Strandell [7], Dechaud [2], Kontovadis[5], Moshin [6].

KẾT LUẬN

1. Cắt vòi tử cung ứ dịch trước khi thực hiện IVF là phương pháp có hiệu quả làm tăng tỷ lệ có thai. Kỹ thuật này yêu cầu phải cắt sát vào vòi để tránh tổn thương các mạch máu nuôi dưỡng buồng trứng.

2. Kẹp vòi tử cung và mở thông vòi tử cung ứ dịch cũng là phương pháp được lựa

chọn nếu không cắt được vòi tử cung do các nguyên nhân như dính, kinh nghiệm cắt vòi của phẫu thuật viên.

3. Cho tới ngày nay các nghiên cứu cho thấy kết quả IVF không khác biệt giữa cắt vòi và kẹp vòi tử cung. Ứ dịch vòi tử cung ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai và tỷ lệ làm tổ trong IVF nhưng không ảnh hưởng đến số lượng noãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Camus E, Poncelet C, Goffinet F et al (1999), Pregnancy rates after in-vitro fertilization in cases of tubal infertility with and without hydrosalpinx: a meta-analysis of published comparative studies. *Human Reproduction*, 14(5), pp.1243-9.
2. Dechaud H, Daures JP, Amal F et al (1998), Does previos salpingectomy improve implantation and pregnancy rates in patients with severe tubal factor infertility who are undergoing in vitro fertilization? A pilot prospective randomized study, *Fertility & Sterility*, 69, pp.1020-5.
3. Hammadieh N, Coommarasamy A, Bolarinde O et al (2008), Ultrasound-guided hydrosalpinx aspiration during oocyte collection improves pregnancy outcome in IVF: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 23, pp.1113-7.
4. Johnson N, van Voorst S, Sowter MC et al (2010), Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD002125
5. Kontovadis A, Makrakis E, Pantos K et al (2006), Proximal tubal occlusion and salpingectomy result in similar improvement in in vitro fertilization outcome in patients with hydrosalpinx, *Fertility & Sterility*, 86, pp.1642-8.
6. Moshin V, Hotineanu A (2006), Reproductive outcome of the proximal tubal occlusion prior to IVF in patients with hydrosalpinx. *Human Reproduction*, 21, pp.i193-i194.
7. Strandell A, Lindhard A, Waldenstrom U, Thorburn J, Janson PO, Hamberger L. Hydrosalpinx and IVF outcome: a prospective randomized multicentre trial in Scandinavia on salpingectomy prior to IVF. *Human Reproduction* 1999; **14**(11):2762-9.
8. Zeyneloglu HB, Arici A, Olive DL. Adverse effects of hydrosalpinx on pregnancy rates after in vitro fertilization -embryo transfer. *Fertility & Sterility* 1998;**70**:492-9.