



VÌ SAO CẦN CÂN NHẮC THỰC HIỆN PHẪU THUẬT BÓC U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG ?

BS. Âu Nhật Luân
Bộ môn Sản, đại học Y Dược TPHCM

ĐẶT VẤN ĐỀ

U lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng hay còn được gọi là nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng (ovarian endometriosis cyst) là một vấn đề rất thường gặp trong thực hành phụ khoa. Từ lâu, phẫu thuật được xem như một can thiệp chuẩn mực dành cho các nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Tuy nhiên, từ các chứng cứ thu thập được trong hai thập kỷ gần nhất, các nhà thực hành đã phải xem xét lại quan điểm về thái độ xử trí nang lạc nội mạc tử cung. Sự thay đổi trong quan điểm này đến từ những hiểu biết hiện đại về bệnh học của lạc nội mạc tử cung, vai trò của các gen, thay đổi đáp ứng miễn dịch, hiểu biết về dự trữ và đáp ứng của buồng trứng với kích thích, và quan trọng hơn cả là nhận thức về tương quan tác hại-lợi ích khi thực hiện điều trị một nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng.

Trước khi thực hiện bất cứ một can thiệp hay một điều trị nào, cũng cần phải xác lập mục tiêu điều trị. Mục tiêu tổng quát của một phẫu thuật là sự hiệu quả và tính an toàn. Hiệu quả của phẫu thuật được hiểu là (1) khả năng giải quyết của phẫu thuật trên vấn đề chủ của bệnh nhân và (2) dự phòng các diễn biến bất lợi hay biến chứng có thể có trong tương lai gần hoặc xa. Tính an toàn của phẫu thuật bao gồm (1) việc không để xảy ra biến chứng khi can thiệp và (2) không để lại di chứng hay sự tàn phế chức năng trên cơ quan bị can thiệp. Đúng trên quan điểm đó, phẫu thuật sẽ được lựa chọn trong trường hợp nó là (1) phương pháp duy nhất để xử lý vấn đề chủ, (2) hoặc là phương pháp hiệu quả nhất để xử lý vấn đề chủ và (3) là phương pháp an toàn nhất xử lý vấn đề chủ.

Vậy vấn đề chủ của nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng là gì? Là sự hiện diện của một khối u? Là đau? Là

hiếm muộn? Hay là những hồ nghi về khả năng ác tính? Và phẫu thuật có thể mang lại những gì nếu như nhà thực hành đi theo quan điểm giải quyết vấn đề chủ?

CÁC VẤN ĐỀ CHỦ CỦA U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

U lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng không phải là một u, mà là một khối thực thể-không tân lập ở buồng trứng

Theo phân loại mô học và phân loại của WHO 2003 (WHO classification of tumours, 2003), u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng được xếp vào nhóm các tình trạng tương tự khối u, mục các bệnh lý khác. Năm 1940, Sampson đưa ra giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Theo giả thuyết này, u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng xuất hiện do hiện tượng cấy ghép mô nội mạc tử cung lạc vị cùng mô đệm tùy hành trên bề mặt buồng trứng. Tuy nhiên, theo Bischoff và Simpson (2004), hiện tượng cấy ghép này chỉ là điều kiện cần nhưng chưa phải là điều kiện đủ để xuất hiện u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Nhất thiết phải tồn tại những điều kiện khác đủ để xảy ra sự phát triển của mảnh ghép như bất thường về miễn nhiễm, các đột biến... làm cho mô nội mạc tử cung cấy ghép có thể tiếp tục phát triển bên ngoài buồng tử cung. Như vậy, đúng trên quan điểm bệnh học, u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng không phải là một khối u, và vì thế tự thân nó không phải là một chỉ định can thiệp ngoại khoa.

Trước một khối bất thường, ba câu hỏi được đặt ra là (1) vì sao phải can thiệp phẫu thuật trên khối này, (2) phẫu thuật có giải quyết được vấn đề chủ hay không và (3) tương quan nguy cơ-lợi ích khi thực hiện phẫu thuật như thế nào? Chỉ định mổ một u tân lập là tuyệt đối. Tuy nhiên, u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng lại là một khối thực thể-không tân lập, nên chỉ định phẫu thuật trong u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng chỉ là tương đối. Như vậy, chính các vấn đề chủ là yếu tố quyết định trong chỉ định phẫu thuật u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng.

Dau trong u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng

Dau là triệu chứng kinh điển của mọi thể loại lạc nội mạc tử cung: endometriosis, adenomyosis, deep infiltrating endometriosis và endometrioma. Tự thân khối u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng có thể gây đau. Tuy nhiên, các chứng cứ không cho phép xác lập mối liên quan giữa độ nặng của tổn thương và của triệu chứng đau (ESHRE guideline 2008). Đau trong lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng có thể do căng ú máu bên trong nang, do phản ứng viêm ở phúc mạc, do tạo dính và xơ dây, do xâm nhiễm sâu ở cơ quan. Trên cơ sở bệnh học của đau, nhiều kỳ vọng được đặt ra cho phẫu thuật. Liệu phẫu thuật có giải quyết được đau trong u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng? Liệu có thể kiểm soát được đau mà không cần phẫu thuật?

Dựa trên các chứng cứ của Davis (2007), Prentice (2000), Selak (20007), ESHRE guideline 2008 đưa ra các khuyến cáo mức A, kết luận rằng các phương pháp điều trị đau trong u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng đều có hiệu quả cao, tuy nhiên chúng khác nhau về tác dụng phụ và thành giá. Hơn nữa, cũng với khuyến cáo mức A, vai trò điều trị đau bằng phẫu thuật lấy bỏ thương tổn chỉ thể hiện rõ rệt nhất trong đau do lạc nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu mà thôi.

Ung thư buồng trứng và endometriosis

Vlahos (2010) đưa ra các cơ sở dữ liệu ủng hộ giả thuyết cho rằng lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng có thể chuyển biến thành một ác tính (Vlahos, 2010). Tần suất mới mắc của ung thư buồng trứng trong dân số chung thay đổi tùy thuộc nhiều yếu tố, dao động quanh khoảng 10/100.000. Các tính toán cho thấy so với dân số chung, nguy cơ mắc ung thư buồng trứng tăng 1,32-1,9 lần ở bệnh nhân có lạc nội mạc tử cung, tuy nhiên mối liên hệ nhân-quả không được xác nhận. Phát triển của ung thư buồng trứng trên bệnh nhân với u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng dường như chịu ảnh hưởng của các khiếm khuyết di truyền và có liên quan đến hai dạng ung thư chuyên biệt là ung thư buồng trứng tế bào

sáng và endometrioid carcinoma phát triển từ lạc nội mạc tử cung. Sayasneh (2011), Kokcu (2011) đưa ra các cơ sở dữ liệu cho thấy rằng so với dân số chung, phụ nữ có lạc nội mạc tử cung nói chung có nguy cơ bị ung thư buồng trứng tăng gấp đôi, có nguy cơ bị ung thư vú tăng 30%, có nguy cơ bị ung thư hệ tạo huyết tăng 40%. Các chứng cứ này cho thấy mối liên quan gián tiếp của lạc nội mạc tử cung và khả năng xảy ra một ung thư.

Do mối liên hệ giữa u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng và nguy cơ ung thư buồng trứng không phải là mối liên hệ nhân-quả nên có nhiều quan điểm khác nhau, thậm chí đối lập trong việc xử lý các u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. ESHRE guideline 2008 đưa ra khuyến cáo, ở mức GPP, rằng trong trường hợp u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng có đường kính lớn hơn 4cm, nên khảo sát mô học để loại trừ khả năng xảy ra các tình huống ác tính hiếm gặp. Tuy nhiên, khuyến cáo này phải đối mặt với hai câu hỏi quan trọng: (1) nếu phẫu thuật là để nhận ra và loại trừ một tình huống ác tính hiếm gặp thì "number needed to treat" (NNT) là bao nhiêu và (2) tương tự, khi thực hiện một can thiệp xâm lấn để giải quyết một mục tiêu hiếm gặp thì "number needed to harm" (NNH) là bao nhiêu?

U lạc nội mạc tử cung và hiếm muộn

Mối liên quan giữa u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng và hiếm muộn đã được chứng minh. U lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng gây hiếm muộn thông qua các thay đổi cấu trúc giải phẫu vùng chậu, ảnh hưởng đến chức năng phóng noãn, tạo lập và phóng thích các yếu tố độc hại cho giao tử-hợp tử ở vùng giéng thụ tinh.

Phẫu thuật cho u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng:

pros

Như vậy, theo các khuyến cáo của ESHRE guideline 2008, có thể kỳ vọng rằng phẫu thuật có thể có hiệu quả trên khả năng có thai ở các phụ nữ bị hiếm muộn có u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Các khuyến cáo này dựa trên RCT của Jacobson (2002), cho rằng so với phẫu thuật chẩn đoán đơn thuần, việc lấy bỏ tổn

thương lạc nội mạc tử cung kèm gỡ dính cải thiện khả năng có thai tự nhiên (mức khuyến cáo A), và trên RCT của Beretta (1998) và Chapron (2002), cho rằng việc bóc u lạc nội mạc tử cung có đường kính >4cm cải thiện khả năng có thai so với thoát lưu và đốt vỏ nang (mức khuyến cáo B). Trong lĩnh vực sinh sản hỗ trợ, phẫu thuật nội soi bóc u lạc nội mạc tử cung được khuyến cáo (với mức A), khi đường kính nang #4cm nhằm xác nhận về mô học; giảm nguy cơ nhiễm trùng; cải thiện khả năng tiếp cận khi chọc hút noãn và có thể là cải thiện đáp ứng với kích thích.

*Phẫu thuật nội soi ổ bụng bóc u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng và kết cục có thai: **cons***

Tuy nhiên, đi kèm những kết cục đã trình bày, liệu phẫu thuật có phải là vô hại? Và nếu không phải là vô hại thì tương quan nguy cơ-lợi ích sẽ ra sao khi thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng bóc u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng? Có vẻ như rất tự mâu thuẫn với phần trước, nhóm phát triển ESHRE guideline 2008, dựa trên một RCT của Demirel (2006) để đưa ra một khuyến cáo mức A nói rằng việc nội soi bóc u lạc nội mạc tử cung có đường kính 3-6cm ở một bên buồng trứng trước chu kỳ IVF/ICSI có thể làm giảm đáp ứng buồng trứng mà không cải thiện kết cục của chu kỳ IVF-ICSI. Bệnh nhân cần được tư vấn về suy giảm chức năng và cạn kiệt dự trữ buồng trứng sau phẫu thuật. Cần cân nhắc quyết định nếu bệnh nhân đã từng bị can thiệp trên buồng trứng. Thực vậy, các khảo sát mới gần đây nhất của Hirokawa cho thấy sau phẫu thuật nội soi bóc u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, cả 1 bên lẫn 2 bên, dự trữ buồng trứng, thể hiện qua AMH, giảm nhanh và mạnh. Cần lưu ý rằng dự trữ noãn đã giảm ngay cả khi chưa thực hiện phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Chứng cứ hiện hành không cung cấp một bức tranh rạch ròi về thái độ xử lý một u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Vì thế, tiếp cận u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng dựa theo vấn đề chủ, có chú trọng cân nhắc đến tương quan nguy cơ-lợi ích là một thái độ hợp

PTNS bóc u LNMTC ở BT: pros và cons

Pros

Nguy cơ ung thư*
Khả năng có thai*
Kết cục IVF*

Cons

Giảm dự trữ BT
Tái phát*
Kết cục IVF*

Yếu tố tùy hành

Tuổi
Nguyên vọng có con
HSG, Tinh dịch đồ

Tình trạng u

Triệu chứng cơ năng
Kích thước và diễn biến
CA 125 và markers khác

Ý kiến bệnh nhân

Chất lượng cuộc sống
Hiểu biết nguy cơ
Lựa chọn liệu pháp

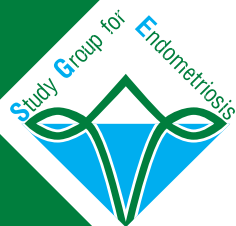
Sơ đồ 1. Xử lý u LNMTC ở buồng trứng dựa trên các yếu tố ảnh hưởng.

Âu Nhật Luân (2011)

lý, nhằm tận dụng tối đa lợi ích của phẫu thuật đồng thời hạn chế các động thái xâm lấn ảnh hưởng đến kết cục trên tương lai sinh sản của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmad Sayasneh, Dimitris Tsivos, and Robin Crawford. Endometriosis and ovarian cancer: a systematic review. ISRN Obstet Gynecol. 2011
2. Bischoff F. and Simpson J.L. Genetics of endometriosis: heritability and candidate genes. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. Vol. 18, No. 2, pp. 219–232, 2004
3. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Human Reprod 2005 Oct;20(10):2698-704. Epub 2005 Jun 24.
4. Kokcu A. Relationship between endometriosis and cancer from current perspective. Arch Gynecol Obstet. 2011 Aug 12
5. Sampson JA. The development of the implantation theory for the origin of peritoneal endometriosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1940; 40: 549–557.
6. Vlahos NF. Endometriosis, in vitro fertilisation and the risk of gynaecological malignancies, including ovarian and breast cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010
7. Wakana Hirokawa. The post-operative decline in serum anti-Mullerian hormone correlates with the bilaterality and severity of endometriosis. Human Reproduction, Vol.26, No.4 pp. 904–910, 2011
8. World Health Organization. WHO classification of tumours. Tumours of the breast and female genital organs. IARC press, 2003.



SỨ MỆNH

Nâng cao kiến thức và cải thiện thực hành lâm sàng của cán bộ y tế về bệnh học, chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung.

HOẠT ĐỘNG

SGE mong muốn thực hiện sứ mệnh thông qua các hoạt động liên quan bệnh lạc nội mạc tử cung:

- ✧ cập nhật và cung cấp thông tin chuyên ngành
- ✧ huấn luyện các kỹ năng chuyên môn
- ✧ thúc đẩy và thực hiện các nghiên cứu khoa học