

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

ThS. BS. Nguyễn Hữu Hoài, ThS. BS. Trần Đình Bảo Thắng

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

TỔNG QUAN

Lạc nội mạc tử cung là bệnh lý phụ khoa mạn tính, phức tạp, dễ tái phát, trong đó có sự hiện diện của mô giống mô tuyến ở nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành nằm ngoài buồng tử cung. Nội soi được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán lạc nội mạc tử cung. Tuy nhiên, với sự tiến bộ của hình ảnh học và sinh học định lượng những dấu ấn khối u (tumor marker), lạc nội mạc tử cung có thể được chẩn đoán chính xác mà không nội soi ổ bụng.

Lạc nội mạc tử cung có thể ảnh hưởng đến cuộc sống và sức khỏe như thống kinh, giao hợp đau và đau vùng chậu mãn tính không theo chu kỳ. Bên cạnh đó, lạc nội mạc tử cung có tác động liên quan đến khả năng sinh sản. Vị trí lạc nội mạc tử cung rất đa dạng, có thể ở cơ tử cung hay có thể ở mọi nơi trong ổ bụng. Theo phân loại quốc tế về bệnh tật (ICD), bệnh lạc nội mạc tử cung bao gồm các thể: lạc nội mạc tử cung ở phúc mạc, lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, lạc nội mạc tử cung sâu, bệnh tuyến cơ tử cung (hay còn gọi lạc nội mạc tử cung vào cơ tử cung). Các thể lạc nội mạc tử cung thường đi kèm với nhau trên cùng một bệnh nhân.

Điều trị lạc nội mạc tử cung có thể điều trị nội khoa, điều trị ngoại khoa hoặc phối hợp cả hai. Tuy nhiên, thời điểm nào và tiêu chí

nào để điều trị nội khoa hay ngoại khoa thì vẫn là vấn đề còn nhiều tranh cãi. Với nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng, phẫu thuật nội soi bóc nang đã được chấp nhận và ứng dụng rộng rãi vì đây là phương pháp điều trị có hiệu quả giảm đau tốt, đem lại tỷ lệ có thai tự nhiên và ít tái phát hơn. Đề tài được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả điều trị lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi.

Lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng là hình thái thường gặp với tỷ lệ 17 – 48%. Theo Dogan và cộng sự, lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng là một trong ba hình thái lạc nội mạc tử cung thường gặp và chiếm khoảng 35% những trường hợp có khối u buồng trứng lành tính.

Phân tích gộp gồm 16 nghiên cứu của Furness và cộng sự về việc đánh giá hiệu quả điều trị nội khoa trước và sau phẫu thuật lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả giảm đau, giai đoạn lạc nội mạc tử cung theo phân độ AFS, tỷ lệ có thai ở các nhóm bệnh nhân được điều trị nội tiết trước và sau phẫu thuật so với các bệnh nhân được phẫu thuật đơn thuần.

Theo hướng dẫn của ESHRE năm 2014, không chỉ định điều trị nội tiết nhằm chuẩn bị trước phẫu thuật, khi có chỉ định điều trị ngoại khoa để giảm đau. Không chỉ định điều

trị nội tiết trong mục đích hỗ trợ phẫu thuật để cải thiện thêm kết quả phẫu thuật.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn về kết quả điều trị lạc nội mạc tử cung bằng buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với liệu pháp hỗ trợ chất đồng vận GnRH, kết quả cho thấy bóc nang và gỡ dính lạc nội mạc tử cung chiếm tỷ lệ 85,5%, tỷ lệ tái phát nang lạc nội mạc tử cung chiếm 4,5%. Triệu chứng đau giảm rõ rệt từ tháng thứ 3 sau điều trị, và sau 6 tháng tất cả bệnh nhân không còn triệu chứng đau. Đau vùng chậu không theo chu kỳ trước điều trị là yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ tái phát đau sau điều trị.

Nghiên cứu của Trịnh Hồng Hạnh về ứng dụng của phẫu thuật nội soi trong chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung trong ổ bụng cho thấy nội soi ổ bụng có giá trị chẩn đoán chính xác lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng với tỷ lệ 97,2%.

Nghiên cứu của Đặng Thị Phương Minh và cộng sự về vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 08/2012 đến tháng 12/2014 cho thấy: thống kinh (80,3%) và đau vùng chậu 71,2% là hai triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất, tỷ lệ đến khám vì vô sinh chiếm 46,2%; tỷ lệ xuất hiện nang lạc nội mạc tử cung ở cả 2 buồng trứng là 7,6%. Nồng độ CA – 125 huyết thanh trung bình $69,2 \pm 33,1$ UI/ml. Kích thước khối u trung bình qua siêu âm $47,7 \pm 5,8$ mm. Nội soi chẩn đoán có độ nhạy 98,3%, độ đặc hiệu 68,8%. Tỷ lệ bóc khối nang lạc nội mạc tử cung bảo tồn buồng trứng là 83,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình $55,7 \pm 13,2$ phút. Thời gian hậu phẫu trung bình $5,1 \pm 1,1$ ngày. Sau phẫu thuật, giảm thống kinh 96,2%, giảm đau khi giao hợp 79,7%, có thai tự nhiên sau phẫu thuật 31,8%. Biến chứng trong và sau phẫu thuật là 3,8%. Tác giả đưa ra kết luận rằng: Phẫu thuật nội soi trong

bệnh lý lạc nội mạc tử cung là phương pháp chẩn đoán và điều trị có hiệu quả với tính an toàn cao.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà về đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi của Anti – Mullerian Hormone (AMH) sau phẫu thuật nội soi bóc nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng cho thấy nồng độ AMH trung bình giảm 47,94% sau phẫu thuật, sự thay đổi này không phụ thuộc vào số lần có thai, số con, tình trạng vô sinh hay nồng độ CA125. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi AMH sau mổ là vị trí nang ở một bên hay hai bên buồng trứng, kích thước nang lạc nội mạc tử cung, điểm rASRM, giai đoạn lạc nội mạc tử cung, nồng độ AMH trước mổ và tuổi của bệnh nhân.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian 2 năm từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2021, tại khoa Phụ Ngoại – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đã phẫu thuật cho 81 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận được một số kết quả như bên dưới đây.

Lý do đi khám

Đau bụng kinh là lý do chính khiến người bệnh đi khám phát hiện bệnh chiếm tỷ lệ là 35,8%. Đau bụng hạ vị chiếm tỷ lệ 25,9%. Khám vô sinh, tự sờ thấy u và rối loạn kinh nguyệt đều chiếm tỷ lệ < 10%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung cũng cho kết quả tương tự. Triệu chứng đau bụng gồm đau bụng kinh và đau hạ vị là hay gặp nhất đối với lạc nội mạc tử cung nói chung và lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng nói riêng nên đó cũng là điều khó chịu nhất khiến bệnh nhân phải đi khám.

Nồng độ CA – 125

Nồng độ CA – 125 tăng cao gặp trong nhiều bệnh lý phụ khoa lành tính hay ác tính. Có 12,3% bệnh nhân có nồng độ CA – 125 tăng > 200 U/ml. Nồng độ CA – 125 sẽ tăng lên khi lạc nội mạc tử cung ở giai đoạn tiến triển, mức độ dính nhiều hoặc nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng bị vỡ. Do đó, đối với các trường hợp nghi ngờ nang lạc nội mạc tử cung nhưng có nồng độ CA – 125 cao, phải có kế hoạch phẫu thuật chi tiết, cẩn thận để dự phòng các tai biến có thể xảy ra do bệnh đang ở giai đoạn tiến triển, mức độ dính nhiều.

Giá trị chẩn đoán của phẫu thuật nội soi và siêu âm

Đặc điểm chính trên siêu âm của nang lạc nội mạc tử cung là hình ảnh giảm âm lan tỏa (dạng kính mờ), nhưng không phải trường hợp nào cũng có hình ảnh như thế. Trong nghiên cứu này, siêu âm chẩn đoán đúng 84,0% nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng. Phẫu thuật nội soi chẩn đoán đúng 96,3%. Việc chẩn đoán nang lạc nội mạc tử cung qua phẫu thuật nội soi chủ yếu dựa vào tính chất dịch trong nang là dịch sánh màu sôcôla. Như vậy, so với siêu âm, phẫu thuật nội soi có khả năng chẩn đoán nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng chính xác hơn.

Phương pháp phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi đều tiến hành cả hai phương pháp: phẫu thuật nội soi và mổ mở (bao gồm cả nội soi chuyển mổ mở). Tỷ lệ phẫu thuật nội soi là 87,7%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Vũ Anh với tỷ lệ mổ nội soi là 85,0%. Đa số các trường hợp mổ mở hoặc chuyển mổ mở là do khối nang quá lớn, các tổ chức trong ổ bụng dính nhiều, bóc tách khó khăn và hạn chế khả năng tiếp cận khối nang.

Cách thức xử lý tổn thương

Tỷ lệ bóc nang lạc nội mạc tử cung ± gỡ dính 87,7%. Dính buồng trứng và cơ quan lân cận là đặc điểm thường thấy ở các trường hợp lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng. Điều này giải thích cho lý do tại sao tỷ lệ bóc nang lạc nội mạc tử cung + gỡ dính chiếm tỷ lệ cao như vậy.

Khi đánh giá cách xử lý tổn thương theo lứa tuổi, nhóm ≤ 40 tuổi có 94,2% được bóc nang lạc nội mạc tử cung ± gỡ dính. Tỷ lệ này trong nhóm > 40 tuổi 75,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Thời gian phẫu thuật

Đa số phẫu thuật được thực hiện ≤ 60 phút, chiếm tỷ lệ 61,7%. Nếu tính các trường hợp có thời gian phẫu thuật ≤ 90 phút thì tỷ lệ là 87,6%. Điều này là hợp lý bởi đa phần các trường hợp nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng được xử trí tổn thương bằng bóc nang lạc nội mạc tử cung ± gỡ dính.

Một trong những ưu điểm của phẫu thuật nội soi là có thời gian hậu phẫu ngắn hơn. Chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm phẫu thuật nội soi là nhanh hơn so với nhóm mổ mở + nội soi chuyển mổ mở, 61,2 ± 17,0 phút so với 82,0 ± 23,8 phút. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Hầu hết bệnh nhân đều trung tiện sau khoảng <24 giờ, chiếm tỷ lệ 51,8%. Thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật là 25,7 ± 7,7 giờ. Khi phân tích đánh giá mối liên quan giữa thời gian trung tiện và phương pháp phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật giữa phẫu thuật nội soi so với mổ mở, 25,0 ± 7,0 giờ so với 30,4 ± 10,6 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$. Nghiên cứu của Lê Hữu Tài cũng đưa ra kết luận tương tự. Như vậy có thể thấy phẫu thuật nội soi giúp thời gian phục hồi nhu động ruột nhanh hơn.

Biến chứng và tai biến trong và sau phẫu thuật

Tương tự như các loại phẫu thuật khác, phẫu thuật nội soi cũng có các biến chứng và tai biến bao gồm những nguy cơ tiềm tàng từ việc gây mê và trong khi phẫu thuật. Chúng tôi ghi nhận 5 bệnh nhân xảy ra biến chứng và tai biến, với tỷ lệ 6,2%, chủ yếu gặp trong và sau mổ mở. Ở nhóm phẫu thuật nội soi chỉ có 2 trường hợp có sốt sau phẫu thuật.

Chức năng dự trữ buồng trứng trước và sau mổ

Trong tổng số 81 bệnh nhân phẫu thuật có 25 bệnh nhân thuộc nhóm phụ nữ trẻ tuổi còn nguyện vọng mong con và được tư vấn xét nghiệm chỉ số AMH trước mổ và sau mổ 3 tháng. Chúng tôi ghi nhận được, nồng độ AMH trước mổ là $4,23 \pm 3,02$ ng/ml giảm có ý nghĩa thống kê so với 3 tháng sau mổ $2,34 \pm 1,45$ ng/ml với giá trị $p < 0,05$. Như vậy có thể thấy phẫu thuật nội soi lạc nội mạc tử cung cũng như mổ mở đều gây giảm chức năng dự trữ buồng trứng rất nhiều, vì vậy việc chỉ định phẫu thuật, thời điểm phẫu thuật cho bệnh nhân cần phải cân nhắc rất kỹ giữa bác sĩ lâm sàng và bác sĩ hỗ trợ sinh sản, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân vô sinh hiếm muộn.

KẾT LUẬN

Do phẫu thuật dù là mổ mở hay nội soi đều làm giảm dự trữ buồng trứng, nên cần cân nhắc kỹ. Trước khi quyết định mổ, nên điều trị nội khoa.

So với siêu âm, phẫu thuật nội soi chẩn đoán chính xác nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng hơn.

Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở: thời gian phẫu thuật ngắn hơn, thời gian trung tiện sau phẫu thuật ngắn hơn, ít tai biến và biến chứng hơn.

Nồng độ AMH trước mổ là $4,23 \pm 3,02$ ng/ml giảm có ý nghĩa thống kê so với 3 tháng sau mổ $2,34 \pm 1,45$ ng/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Dung (2015), Nhận xét điều trị nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Hữu Tài (2020), Tình hình phẫu thuật nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thu Trang (2017), Nghiên cứu khối u dạng lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Đinh Thị Phương Minh, Nguyễn Văn Tuấn, Hồ Thị Phương Thảo và c.s. (2016), Vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng tại Bệnh viện Trung ương Huế, Tạp Chí Phụ Sản, 14(3), 102 – 105.
5. Bộ Y Tế (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Nguyễn Đắc Hưng, Nguyễn Đắc Nguyên, và Lê Minh Tâm (2020), Nghiên cứu đặc điểm u lạc nội mạc tử cung buồng trứng ở các trường hợp vô sinh, Tạp Chí Phụ Sản, 18(4), 41 – 47.
7. Shaltout ME, elsheikhah A, Maged AM và c.s. (2019), A randomized controlled trial of a new technique for laparoscopic management of ovarian endometriosis preventing recurrence and keeping ovarian reserve, J Ovarian Res, 12(1), 66.
8. Del Forno S, Cofano M, Degli Esposti E và c.s. (2021), Long – Term Medical Therapy after Laparoscopic Excision of Ovarian Endometriomas: Can We Reduce and Predict the Risk of Recurrence?, Gynecol Obstet Invest, 86(1 – 2), 170 – 176.
9. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C và c.s. (2014), ESHRE guideline: management of women with endometriosis, Hum Reprod Oxf Engl, 29(3), 400 – 412.
10. Waller KG, Lindsay P, Curtis P và c.s. (2020), The prevalence of endometriosis in women with infertile partners, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 48(2), 135 – 139.