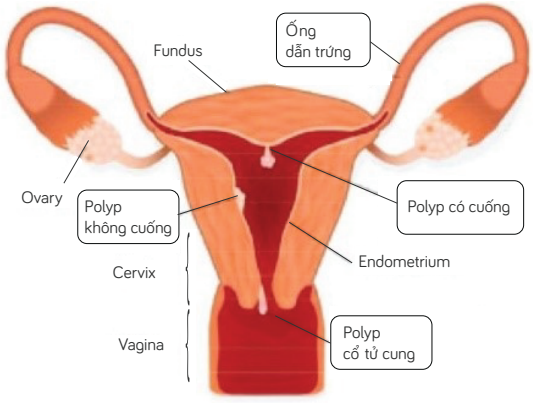
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ POLYP NỘI MẠC TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

BS. Nguyễn Thị Thanh Dung[1], BS. Lý Thiện Trung[2], ThS. BS. Nguyễn Phan Vinh[1]

[1]Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ; [2]Bệnh viện Mỹ Đức Phú Nhuận

TỔNG QUAN

Polyp nội mạc tử cung là sự phát triển quá mức của các tuyến nội mạc tử cung, thường nhô vào lòng tử cung. Thông thường polyp có bản chất lành tính nhưng có nhiều ảnh hưởng bất lợi đến phụ nữ cả trong độ tuổi sinh sản và sau mãn kinh. Polyp nội mạc tử cung là một trong những nguyên nhân thường gặp gây hiếm muộn với hai cơ chế. Đầu tiên là cơ chế vật lý, polyp phát triển choán chỗ trong lòng tử cung sẽ gây trở ngại cho sự di chuyển của tinh trùng và ngăn cản sự làm tổ của phôi. Thêm vào đó, polyp có thể tạo ra phản ứng viêm nội mạc tử cung hoặc gia tăng sản xuất glycodelin, một loại glycoprotein đã được chứng minh là có tác dụng ức chế hoạt động của tế bào làm giảm khả năng tiếp nhận phôi của nội mạc tử cung[1].



Hình 1. Polyp nội mạc tử cung[6].

Sự tương tác giữa phôi và nội mạc tử cung là một phần quan trọng của quá trình làm tổ, cho phép phôi bám vào nội mạc tử cung. Khoảng 40 – 50% phụ nữ hiếm muộn có tổn thương buồng tử cung, như polyp nội mạc tử cung. Nhiều nghiên cứu cho thấy lợi ích của việc cắt bỏ polyp nội mạc tử cung sẽ giúp tăng tỷ lệ có thai.

ĐỊNH NGHĨA

Polyp nội mạc tử cung là sự phát triển bất thường có chứa các tuyến, mô đệm và mạch máu nhô ra từ niêm mạc tử cung và làm choán chỗ buồng tử cung. Polyp nội mạc tử cung được tìm thấy trong cả giai đoạn sinh sản và sau mãn kinh. Chúng có kích thước từ vài mm đến lớn hơn thậm chí có thể chiếm hết toàn bộ buồng tử cung.

Dựa vào hình thái bên ngoài, polyp nội mạc tử cung được chia làm hai loại: polyp có cuống và không cuống. Nếu polyp được gắn vào bề mặt nội mạc tử cung bằng một cuống dài hẹp, thì nó được gọi là có cuống. Nếu chúng có phần đế phẳng lớn, không có cuống thì chúng được gọi là không cuống.

CHẨN ĐOÁN

Siêu âm đầu dò âm đạo (Transvaginal Ultrasound – TVUS)

Công cụ chính để chẩn đoán ban đầu

polyp nội mạc tử cung là siêu âm đầu dò âm đạo. Điều này thực hiện bằng cách đưa đầu dò siêu âm qua ngả âm đạo để quan sát toàn bộ vùng chậu, từ đó có thể nhận biết các cấu trúc tổn thương trong buồng tử cung. Polyp nội mạc tử cung xuất hiện dưới dạng tổn thương tăng âm, các đường viền đều đặn với hình ảnh khối khu trú hoặc dày lên. TVUS có độ nhạy 19 – 96%, độ đặc hiệu 53 – 100%, giá trị chẩn đoán dương 75 – 100% và giá trị chẩn đoán âm 87 – 97%. Siêu âm Doppler năng lượng có thể cải thiện khả năng chẩn đoán của TVUS vì nó cho thấy một mạch máu nuôi duy nhất điển hình của polyp nội mạc tử cung và đã được báo cáo là giúp tăng độ nhạy lên khoảng 97%[1].

Siêu âm bơm nước buồng tử cung (Saline Infusion Sonohysterography – SIS)

Siêu âm bơm nước buồng tử cung là phương pháp đánh giá buồng tử cung bằng cách bơm một lượng nước muối sinh lý vào buồng tử cung qua ngả âm đạo, sau đó dùng siêu âm để quan sát buồng tử cung.

Đầu tiên bác sĩ sẽ đặt mỏ vịt, sau đó đưa một catheter vào buồng tử cung qua ngả âm đạo rồi bơm nước vào buồng tử cung. Nước này là nước muối sinh lý vô khuẩn, không gây dị ứng. Sau đó bác sĩ sẽ thực hiện siêu âm đầu dò âm đạo và quan sát các bất thường. Nước muối sinh lý sẽ tách thành trước và thành sau của nội mạc tử cung, làm tăng độ tương phản của nội mạc tử cung cho phép dễ dàng quan sát kích thước, vị trí và các đặc điểm của các cấu trúc bất thường trong buồng tử cung.

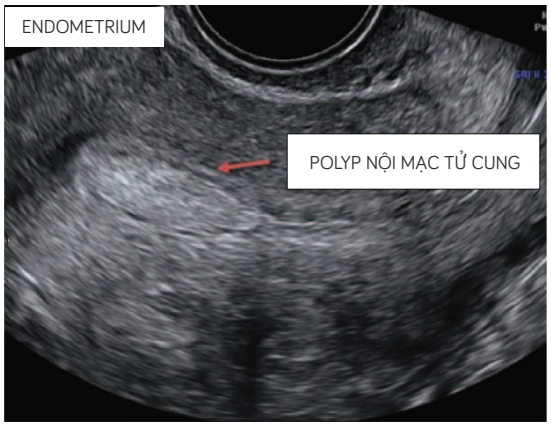
SIS được khuyến cáo thực hiện khi TVUS nghi ngờ có polyp nội mạc tử cung. Điều này sẽ giúp định hướng cho phẫu thuật nội soi buồng tử cung, giảm can thiệp phẫu thuật không cần thiết. Thêm vào đó SIS còn giúp làm tăng độ chính xác của chẩn đoán đối với các polyp nhỏ dễ bị bỏ sót và quan sát được những bất thường của nội mạc tử cung[8].

Mặc dù có nhiều ưu điểm nhưng bệnh nhân cũng than phiền vấn đề khó chịu do đau khi sử dụng bóng của sonde foley cố định hoặc tình trạng chảy nước muối trong âm đạo ra bên ngoài sau khi thực hiện thủ thuật[4].

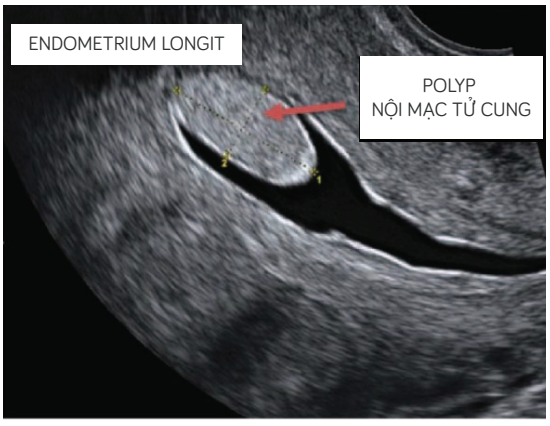
Nội soi buồng tử cung (Hysteroscopy)

Nội soi buồng tử cung được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán polyp nội mạc tử cung. Nội soi buồng tử cung là phương pháp sử dụng một ống nội soi đường kính khoảng 4mm đưa vào buồng tử cung để quan sát, chẩn đoán và điều trị các bất thường trong buồng tử cung.

Bệnh nhân được tiền mê, sau đó bác sĩ bộc lộ cổ tử cung, đưa ống nội soi có gắn máy



Hình 2. Polyp nội mạc tử cung[6].



Hình 3. Hình ảnh siêu âm bơm nước buồng tử cung[6].

camera và nguồn sáng vào buồng tử cung rồi bơm nước làm căng giãn ra. Qua màn hình được kết nối với camera, bác sĩ nhìn thấy toàn bộ buồng tử cung và phát hiện các bệnh lý nếu có.

XỬ TRÍ POLYP NỘI MẠC TỬ CUNG

Phương pháp xử trí

Polyp nội mạc tử cung thông thường sẽ được xử trí ngay tại thời điểm chẩn đoán bằng nội soi buồng tử cung. Thông qua màn hình được kết nối với camera, polyp sẽ được xử trí bằng phương pháp xâm lấn tối thiểu, hiệu quả về chi phí và thời gian. Đây là một thủ thuật an toàn, không cần mổ mở bệnh nhân, không tổn thương cơ tử cung, ít đau sau mổ, hồi phục sức khỏe nhanh, bệnh nhân có thể xuất viện sớm và trở lại công việc sinh hoạt hằng ngày nhanh với tỷ lệ biến chứng thấp[14].

Cắt polyp qua nội soi buồng tử cung đã được khuyến cáo là phương pháp điều trị tối ưu để loại bỏ polyp nội mạc tử cung. Việc cắt polyp bằng nội soi buồng tử cung cho kết quả khả quan cao, giảm triệu chứng chảy máu cho bệnh nhân. Khi có bất thường, bác sĩ cũng có thể sử dụng dụng cụ phẫu thuật để cắt và sinh thiết chính xác các tổn thương nghi ngờ. Bệnh phẩm sẽ được gửi giải phẫu bệnh lý để quan sát dưới kính hiển vi giúp chẩn đoán chính xác đặc điểm mô học của tổn thương[2].

Biến chứng

Nội soi buồng tử cung có tỷ lệ biến chứng rất thấp (0,28%). Các biến chứng trong cuộc phẫu thuật nội soi buồng tử cung bao gồm: thủng tử cung (0,76%), quá tải dịch (0,2%), chảy máu (0,16%)[13].

Biến chứng xa đáng lo ngại sau nội soi buồng tử cung là dính buồng tử cung, nhưng rất hiếm gặp. Dính buồng tử cung là hiện tượng niêm mạc tử cung bị tổn thương có thể do các nguyên nhân: sau nạo hút, thai lưu, sẩy thai hoặc một số thủ thuật nạo niêm mạc buồng tử cung, cắt polyp nội mạc tử cung khiến lớp niêm mạc buồng tử cung bị mất đi và lộ ra lớp dưới niêm mạc. Lớp dưới niêm mạc có tính chất gây dính nên tạo thành những dải xơ dính trong buồng tử cung khiến diện tích buồng tử cung hẹp lại, ngăn cản sự làm tổ của phôi thai[10]. Nội soi buồng tử cung tại phòng khám sau phẫu thuật cho thấy 88% và 76% phụ nữ có hình thành dính buồng tử cung mới sau khi cắt vách ngăn và tách dính, tỷ lệ cao hơn nhiều so với sau phẫu thuật cắt bỏ nhân xơ tử cung (40%) và cắt polyp nội mạc tử cung (0%)[11].

HIỆU QUẢ CỦA CẮT POLYP BUỒNG TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN HIẾM MUỘN

Phẫu thuật cắt polyp nội mạc tử cung ở bệnh nhân hiếm muộn có thể cải thiện kết quả điều trị cả về tỷ lệ có thai tự nhiên, sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intrauterine insemination – IUI) hoặc thụ tinh trong ống nghiệm (in – vitro fertilization – IVF).

Hiệu quả trong cải thiện tỷ lệ có thai tự nhiên

Các nghiên cứu quan sát trước đây đã chỉ ra rằng việc cắt bỏ polyp nội mạc tử cung có thể cải thiện tỷ lệ có thai tự nhiên, đặc biệt ở những bệnh nhân hiếm muộn không rõ nguyên nhân. Trong một nghiên cứu hồi cứu trên 78 bệnh nhân, tỷ lệ có thai là 78,3% được ghi nhận sau khi cắt polyp so với tỷ lệ có thai 42,1% ở những bệnh nhân có polyp nội mạc tử cung chưa được can thiệp phẫu thuật. Tương tự, tỷ lệ thụ thai tự nhiên là 76% và 50% đã được báo cáo sau khi cắt bỏ polyp nội mạc tử cung so với chưa can thiệp[15].

Ở những phụ nữ hiếm muộn, cắt polyp qua nội soi buồng tử cung có thể cải thiện khả năng sinh sản, với tỷ lệ có thai dao động từ 43% đến 80%[9].

Hiệu quả trong cải thiện tỷ lệ có thai sau IUI

Một nghiên cứu thực hiện trên 215 phụ nữ hiếm muộn điều trị IUI có polyp nội mạc tử cung được chẩn đoán bằng siêu âm. Phương pháp can thiệp của nhóm nghiên cứu là cắt polyp qua nội soi buồng tử cung, soi buồng tử cung chẩn đoán kết hợp với sinh thiết polyp đã được thực hiện trong nhóm đối chứng. Tổng cộng có 93 ca có thai, 64/107 ca trong nhóm nghiên cứu và 29/108 ca trong nhóm chứng. Phụ nữ trong nhóm nghiên cứu có khả năng có thai cao hơn sau khi cắt polyp (95% KTC, 1,5 – 2,9, p<0,001). Điều này cho thấy rằng, việc nội soi cắt polyp nội mạc tử cung trước IUI giúp làm tăng tỷ lệ đậu thai[7].

Hiệu quả trong cải thiện tỷ lệ có thai sau IVF

Nhiều tác giả đã báo cáo rằng việc trữ phôi toàn bộ sau đó phẫu thuật cắt bỏ polyp qua nội soi buồng tử cung và chuyển phôi trữ là lựa chọn tối ưu cho các trường hợp phát hiện polyp nội mạc tử cung.

Tuy nhiên, hiện tại có ít bài viết nói về khoảng thời gian tối ưu giữa cắt polyp nội mạc tử cung và chuyển phôi trữ trong thực hành lâm sàng. Điều này có thể liên quan đến thời gian nội mạc tử cung lành lại và sự tái phát của polyp nội mạc tử cung có ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của các chu kỳ chuyển phôi trữ. Khi khoảng thời gian này được xác định sẽ giúp cho các bác sĩ có thêm thông tin trong thực hành lâm sàng để cải thiện kết cục của chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm[6].

Một nghiên cứu hồi cứu của Yi – An Tu thực hiện từ khoảng tháng 1 năm 2009 đến tháng 11 năm 2019 cho thấy chuyển phôi trữ được thực hiện trong khoảng thời gian 120 ngày sau khi cắt polyp, tỷ lệ có thai (73,2%, 45,2%, P = 0,007) và tỷ lệ thai lâm sàng (64,8%, 41,9%, P = 0,032) khi so sánh với các khoảng thời gian lớn hơn 120 ngày. Không có sự khác biệt đáng kể trong tỷ lệ làm tổ và tỷ lệ sinh sống. Tóm lại là, tỷ lệ có thai sau chuyển phôi trữ ở những bệnh nhân đã được cắt bỏ polyp nội mạc tử cung tương đương với tỷ lệ có thai sau chuyển phôi trữ ở những bệnh nhân không có polyp nội mạc tử cung. Phân tích phân nhóm cho thấy khoảng thời gian lớn hơn 120 ngày giữa phẫu thuật cắt bỏ polyp nội soi và chuyển phôi trữ có liên quan đến việc giảm tỷ lệ mang thai[10].

KẾT LUẬN

Polyp nội mạc tử cung là một trong những nguyên nhân gây hiếm muộn thường gặp ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Các phương pháp chẩn đoán bao gồm siêu âm qua đầu dò âm đạo, siêu âm bơm nước buồng tử cung, nội soi buồng tử cung. Trong đó nội soi buồng tử cung là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và điều trị polyp nội mạc tử cung.

Nội soi buồng tử cung để chẩn đoán và xử trí polyp nội mạc tử cung được khuyến cáo ở những bệnh nhân hiếm muộn vì có hiệu quả trong việc cải thiện tỷ lệ có thai tự nhiên hay trong hỗ trợ sinh sản.

Cần có thêm các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng với cỡ mẫu lớn về khoảng thời gian tối ưu giữa cắt polyp nội mạc tử cung và chuyển phôi trữ giúp cải thiện kết cục của chu kỳ thụ tinh ống nghiệm trong thực hành lâm sàng.

Mời xem tiếp ở trang 42

Tiếp theo bài ở trang 38

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ POLYP NỘI MẠC TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babacan, A., Gun, I., Kizilaslan, C., Ozden, O., Muhcu, M., Mungen, E., & Atay, V. (2014). Comparison of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of uterine pathologies. International journal of clinical and experimental medicine, 7(3), 764.
2. Carneiro, M. M. (2014). What is the role of hysteroscopic surgery in the management of female infertility? A review of the literature. Surgery Research and Practice, 2014.(4 – 6)
3. Check, J. H., Bostick – Smith, C. A., Choe, J. K., Amui, J., & Brasile, D. (2011). Matched controlled study to evaluate the effect of endometrial polyps on pregnancy and implantation rates following in vitro fertilization – embryo transfer (IVF – ET). Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology, 38(3), 206 – 208.
4. Exalto, N., Stappers, C., van Raamsdonk, L. A., & Emanuel, M. H. (2007). Gel instillation sonohysterography: first experience with a new technique. Fertility and sterility, 87(1), 152 – 155.
5. Opinion ACOG Committee (2020), "The Use of Hysteroscopy for the Diagnosis and Treatment of Intrauterine Pathology". Obstetrics & Gynecology, 135 (3).
6. Nijkang, N. P., Anderson, L., Markham, R., & Manconi, F. (2019). Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment. SAGE open medicine, 7, 2050312119848247.
7. Pérez – Medina, T., Bajo – Arenas, J., Salazar, F., Redondo, T., Sanfrutos, L., Alvarez, P., & Engels, V. (2005). Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. Human reproduction, 20(6), 1632 – 1635.
8. Schwärzler, P., Concin, H., Bösch, H., Berlinger, A., Wohlgenannt, K., Collins, W. P., & Bourne, T. H. (1998). An evaluation of sonohysterography and diagnostic hysteroscopy for the assessment of intrauterine pathology. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 11(5), 337 – 342.
9. Spiewankiewicz, B., Stelmachow, J., Sawicki, W., Cendrowski, K., Wypych, P., & Swiderska, K. (2003). The effectiveness of hysteroscopic polypectomy in cases of female infertility. Clinical and experimental obstetrics & gynecology, 30(1), 23 – 25.
10. Tu, Y. A., Yang, P. K., Chen, S. U., & Yang, J. H. (2020). Optimal time interval between hysteroscopic polypectomy and frozen – thawed blastocyst transfer: A retrospective study. Plos one, 15(10), e0240882.
11. Yang, J. H., Chen, M. J., Chen, C. D., Chen, S. U., Ho, H. N., & Yang, Y. S. (2013). Optimal waiting period for subsequent fertility treatment after various hysteroscopic surgeries. Fertility and Sterility, 99(7), 2092 – 2096.
12. Wang, B., Meng, N., Zhang, W., Kong, P., Liu, Z., Liu, W., ... & Guan, Y. (2022). Optimal waiting period for frozen embryo transfer after hysteroscopic polypectomy: A propensity score matching analysis. Frontiers in Endocrinology, 13.
13. Jansen, F. W., Vredevoogd, C. B., Van Ulzen, K., Hermans, J. O., Trimbos, J. B., & Trimbos – Kemper, T. C. (2000). Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. Obstetrics & Gynecology, 96(2), 266 – 270.
14. Zelivianskaia, A., & Robinson III, J. K. Office Hysteroscopy, Obstet Gynecol Clin N Am 49 (2022) 315 – 327
15. Varasteh, N. N., Neuwirth, R. S., Levin, B., & Keltz, M. D. (1999). Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy and myomectomy in infertile women. Obstetrics & Gynecology, 94(2), 168 – 171.