

PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU NGẮN VÀ ĐÍNH 2 DÂY CHẰNG TỬ CUNG CÙNG TRONG ĐIỀU TRỊ SA TỬ CUNG

Nguyễn Bá Mỹ Nhi¹, Phan Thị Nga¹, Nguyễn Thị Yến Thu¹

TÓM TẮT

Đây là báo cáo hàng loạt ca nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp nội soi khâu ngắn và khâu đính dây chằng tử cung cùng vào tử cung trên các bệnh nhân bị sa tử cung tại Bệnh viện Từ Dũ. Trong khoảng thời gian từ 1/9/2013 đến 1/9/2014 tại Bệnh viện Từ Dũ có 34 trường hợp sa tử cung được mổ nội soi khâu ngắn và đính dây chằng tử cung cùng tham gia nghiên cứu. 47% đối tượng nghiên cứu có sa tử cung độ III (POP – Q), 73% bệnh nhân sa tử cung và sa bàng quang, 35% trường hợp có kèm cổ tử cung dài và 41% bệnh nhân có tiểu không kiểm soát khi gắng sức. Có 76% trường hợp có kèm các phẫu thuật phối hợp như đặt TOT hay cắt đoạn cổ tử cung. Thời gian phẫu thuật trung bình là 50 phút. Lượng máu mất trung bình là 50 mL. Thời gian nằm viện trung bình là 3 ngày. Hiệu quả điều trị được đánh giá sau mổ 4 tuần và 3 tháng, kết quả không có bệnh nhân sa tử cung độ III, 9% sa độ II và hầu hết bệnh nhân được đánh giá sa độ I hoặc không bị sa tử cung sau khi được khâu ngắn và khâu đính dây chằng tử cung cùng để điều trị sa tử cung.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, tử cung.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC UTEROSACRAL LIGAMENT SUSPENSION IN TREATMENT OF UTERINE PROLAPSE

Nguyen Ba My Nhi¹, Phan Thi Nga¹, Nguyen Thi Yen Thu¹

The present study is a case series of women who underwent laparoscopic uterosacral suture hysteropexy at Tu Du hospital. From 2013 to 2014, 34 hysteropexy procedures were performed by several consultant gynecologists. 47% patients suffered from uterine prolapse stage III (POP – Q). Women who had compartment involved apical plus anterior, apical plus cervical elongation and stress urinary incontinence were 73%, 35% and 41%, respectively. Median operating time for all associated procedures was 50 minutes. Median estimated blood loss was 50 mL. Average time of hospitalization was 3 days. The outcomes were evaluated at 4 weeks post operation and 3 months post operation. There were no patient suffering from recurrent stage III prolapse, 9% stage II and the majority of all subjects had stage I or no prolapse.

Key words: Endoscopic surgery, uterus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa tử cung âm đạo rất phổ biến, xảy ra ở nhiều độ tuổi khác nhau, và số lượng phụ nữ bị sa tử cung âm đạo ngày càng có khuynh hướng gia tăng theo tuổi trong dân số chung. Trong điều trị sa tử cung âm

đạo, phương pháp truyền thống thường được chọn lựa là phẫu thuật cắt tử cung ngã âm đạo – sửa hội âm và có thể kết hợp với vài phương pháp cố định móm cắt[1]. Việc cắt tử cung đơn thuần đã gây ra sự suy yếu hệ thống nâng đỡ tử cung, mà chủ yếu

1. Bệnh viện Từ Dũ, TP. HCM

- Ngày nhận bài (Received): 12/11/2015 ; Ngày phản biện (Revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Lê Sỹ Phương
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Bá Mỹ Nhi
- Email: dr.mynhi@yahoo.com ; ĐT:

Bệnh viện Trung ương Huế

là vào hệ thống nâng đỡ chính cho nó, là dây chằng chính - tử cung cùng; tại thời điểm cắt tử cung do sa tử cung âm đạo này, đã lấy đi các cơ quan không bị bệnh, làm tăng tỉ lệ các biến chứng do cắt tử cung ngã âm đạo và tử vong, cũng như tăng tỉ lệ sa móm cắt sau đó. Trong vòng 2 thập kỷ nay, phương pháp này mất dần ưu thế do quan điểm bảo tồn tử cung được chú trọng. Sự bảo tồn này giúp duy trì khả năng sinh sản đối với các phụ nữ trẻ [2], duy trì tính toàn vẹn về cấu trúc giải phẫu nâng đỡ sản chậu [3], giảm thiểu thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và thời gian nằm viện [4], và quan trọng hơn là làm cho người bệnh không bị mặc cảm nếu bị cắt tử cung [5].

Có nhiều phương pháp điều trị ngoại khoa sa tử cung âm đạo đã được phát triển, và cho đến hiện tại mặc dù vẫn còn nhiều tranh luận, nhưng khuynh hướng vẫn nghiêng về điều trị bảo tồn tử cung nếu không có chỉ định cắt, và phục hồi lại cấu trúc nâng đỡ chính của tử cung là hệ thống dây chằng chính - tử cung cùng.

Khâu dính dây chằng tử cung cùng có thể thực hiện bằng ngã âm đạo, ngã bụng và nội soi ổ bụng. Ngày nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, nội soi khâu ngắn và dính dây chằng tử cung cùng vào tử cung nhằm bảo tồn tử cung là phương pháp được chọn lựa thường xuyên. Đây là kỹ thuật nội soi tương đối đơn giản hơn so với tất cả kỹ thuật nội soi khác trong điều trị sa tạng chậu. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp nội soi khâu ngắn và khâu dính dây chằng tử cung cùng vào tử cung trên các bệnh nhân bị sa tử cung âm đạo tại Bệnh viện Từ Dũ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 1/9/2013 đến 1/9/2014 các bệnh nhân có chỉ định thực hiện phẫu thuật nội soi khâu ngắn và khâu dính dây chằng tử cung cùng tại Bệnh viện Từ Dũ được mời tham gia nghiên cứu. Tất cả các đối tượng được thăm khám đánh giá sa tạng chậu theo hệ thống POP-Q và bệnh sử trước mổ và sau mổ 4 tuần, sau mổ 3 tháng hoặc bất cứ khi nào bệnh nhân có triệu chứng bất thường sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Kỹ thuật khâu dây chằng tử cung cùng được áp

dụng dựa theo kỹ thuật của Lyons và Winer (năm 1995) với mục tiêu khâu ngắn và khâu dính dây chằng tử cung cùng vào cân thành sau cổ tử cung để duy trì trục âm đạo. Kỹ thuật được thực hiện qua nội soi ổ bụng bằng 4 trocars. Sau khi niệu quản 2 bên được xác định rõ, đoạn gần của mỗi dây chằng tử cung cùng được khâu ngắn lại. Sau đó 2 dây chằng được khâu dính lại vào cổ tử cung. Chỉ Prolene số 0 được dùng để thực hiện các mũi khâu. Tất cả các bệnh nhân đều được soi bằng quang kiểm tra sau khi khâu ngắn và khâu dính dây chằng tử cung cùng.

III. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ 1/9/2013 đến 1/9/2014 tại Bệnh viện Từ Dũ có tổng cộng 14953 ca phẫu thuật nội soi, trong đó có 110 ca nội soi điều trị sa tạng chậu. Có 34 trường hợp sa tử cung âm đạo được mổ nội soi khâu ngắn và dính dây chằng tử cung cùng tham gia nghiên cứu. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và tình trạng trước và sau mổ được trình bày trong các bảng bên dưới.

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N = 34
Tuổi, năm		47 ± 6 (35 – 57)
BMI, kg/m ²		18,9 (18,2 – 23,8)
Số lần sanh		2 (0 – 6)
Phẫu thuật âm đạo trước đó		4 (12%)
Mức độ sa tạng chậu (POP – Q)	Độ 1	0
	Độ 2	18 (53%)
	Độ 3	16 (47%)
	Độ 4	0
Các phần tạng bị sa / bệnh lý kèm	Sa tử cung	2 (6%)
	Sa tử cung + sa thành trước	25 (73%)
	Sa tử cung + sa thành sau	19 (56%)
	Sa tử cung + CTC dài	12 (35%)
	Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	14 (41%)

Phẫu thuật nội soi khâu ngắn và dính 2 dây chằng tử cung...

Bảng 2: Đặc điểm của cuộc mổ

Đặc điểm	N = 34
Các PT phối hợp	26 (76%)
Cắt đoạn CTC bằng PP Manchester	12
Đặt TOT	14
Thời gian phẫu thuật, phút	50 (30 – 95)
Lượng máu mất, mL	50 (30 – 100)
Thời gian nằm viện, ngày	3 (2 – 5)
Biến chứng	
Tổn thương niệu quản	0
Chảy máu/ máu tụ	3 (9%)

Bảng 3: So sánh mức độ sa tạng chậu trước và sau mổ

	Trước mổ N = 34	Sau mổ 4 tuần	Sau mổ 3 tháng
Thành trước âm đạo (điểm Ba / POP – Q)			
Độ 0	9 (29%)	6 (18%)	5 (15%)
Độ 1	4 (16%)	25 (73%)	26 (76%)
Độ 2	13 (52%)	3 (9%)	3 (9%)
Độ 3	8 (32%)	0	0
Độ 4	0	0	0
Thành sau âm đạo (điểm Bp POP – Q)			
Độ 0	15 (44%)	18 (53%)	18 (53%)
Độ 1	4 (12%)	12 (35%)	12 (35%)
Độ 2	15 (44%)	4 (12%)	4 (12%)
Độ 3	0		0
Độ 4	0		0
Tử cung (điểm C/ POP – Q)			
Độ 0	0	7 (20%)	9 (29%)
Độ 1	0	22 (65%)	23 (68%)
Độ 2	18 (53%)	5 (15%)	1 (3%)
Độ 3	16 (47%)	0	1 (3%)
Độ 4	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu hiện tại, có 47% đối tượng sa tạng chậu độ 3 (mức độ nặng) theo POP – Q, tuy nhiên phần lớn các phụ nữ này còn trẻ với tuổi trung bình là 47 nên phương pháp bảo tồn từ cung vẫn là ưu tiên chọn lựa hàng đầu. Có 76% trường hợp có kết hợp với phẫu thuật khác như cắt đoạn cổ tử cung bằng phương pháp Manchester (12 ca) và đặt sling dưới niệu đạo ngang qua lỗ bịt TOT 14 ca) do các phụ nữ này có kèm tình trạng cổ tử cung dài hoặc tiểu không kiểm soát khi gắng sức.

Tất cả 34 trường hợp đều được soi bàng quang kiểm tra hoạt động của niệu quản sau khi khâu dính dây chằng tử cung cùng. Không ghi nhận có trường hợp tổn thương niệu quản trong lúc phẫu thuật. Có 2 trường hợp chảy máu sau mổ 1 ngày và 1 trường hợp có máu tụ dưới da. 2 bệnh nhân chảy máu sau mổ được thực hiện cắt đoạn CTC, tình trạng này được điều trị bảo tồn bằng chèn meche âm đạo trong 24 giờ. Trường hợp máu tụ dưới da ở vị trí trocar bên phải và cũng được điều trị bảo tồn.

Về biến chứng sau mổ:

Không có tai biến nặng nào do kỹ thuật được ghi nhận.

Bảng 4: So sánh các biến chứng sau mổ

Đặc điểm	Chúng tôi N = 34	Diwan 2005 N = 25
Đau sau mổ	4 (19%)	-
Giao hợp đau	-	8%
Tổn thương niệu quản	0	0
Tiểu khó	2 (6%)	8%
Bón	3 (9%)	10%

Về tỷ lệ thành công:

Theo dõi tái khám hậu phẫu và thang điểm phân loại POP – Q được sử dụng để đánh giá qua các lần tái khám, cho thấy có 15 % trường hợp sa tạng chậu độ 2 sau mổ 4 tuần, và 3% (1/34) trường hợp sa tạng chậu độ 3 sau phẫu thuật 3 tháng. Ở trường hợp sa độ 3, bệnh nhân có cổ tử cung dài và phì đại, tình trạng này không được ghi nhận trước mổ và ở lần tái

khám sau mổ 4 tuần.

Về mức độ hài lòng sau phẫu thuật

Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân tại thời điểm 4 tuần cho thấy 89 % (30/34) các bệnh nhân cảm thấy rất tốt vì thấy tự tin, thoải mái, dễ chịu, không bị vướng víu do khối sa khi đi lại, 11% (3/34) cảm thấy tốt, thoải mái hơn do không vướng khối sa, nhưng vẫn có cảm giác tức nặng và chưa an tâm sợ bị sa lại vì không cắt bỏ luôn từ cung. Nhưng tại thời điểm 3 tháng sau mổ, 97% (33/34) các bệnh nhân cảm thấy rất tốt, chỉ còn 1 bệnh nhân không hài lòng do bị sa lại, đây là trường hợp có cổ tử cung dài phì đại, bệnh nhân vẫn bị căng nặng vướng víu do cổ cung nằm trong phần thấp âm đạo, trường hợp này đã được phẫu thuật lại cắt đoạn cổ tử cung.

IV. KẾT LUẬN

Sa tử cung là một thể của sa tạng chậu, xảy ra do sự suy yếu của hệ thống nâng đỡ chính là phức hợp dây chằng chính - tử cung cùng. Quan điểm điều trị bảo tồn tử cung bằng cách cố gắng thiết lập lại chức năng nâng đỡ tử cung thông qua việc phục hồi cấu trúc vững chắc của phức hợp dây chằng chính - tử cung cùng.

Có nhiều kỹ thuật phục hồi phức hợp nâng đỡ này, có thể qua ngã âm đạo, ngã bụng, ngã nội soi..., sự phát triển mạnh mẽ và nhiều ưu điểm vượt trội của nội soi, tai biến về kỹ thuật thấp, hiệu quả điều trị và sự hài lòng của bệnh nhân cao, cho thấy kỹ thuật nội soi khâu ngắn dây chằng tử cung cùng, trong điều trị sa tử cung mang tính khả thi.

Kỹ thuật này đòi hỏi người phẫu thuật viên phải am hiểu về cấu trúc nâng đỡ vùng chậu, phải có kỹ năng khâu may qua nội soi, vì vậy cần có những khóa huấn luyện phối hợp về bệnh lý sản chậu và phẫu thuật nội soi.

Phẫu thuật nội soi khâu ngắn và dính dây chằng tử cung cùng trong điều trị sa tử cung có thể được xem góp phần là một điều trị tham khảo trong quan điểm điều trị bảo tồn tử cung và phục hồi cấu trúc nâng đỡ ngày càng có khuynh hướng thay dần cho những điều trị kinh điển chưa triệt để trước đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bonney V. The principles that should underline all operations for prolapse. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1934;41:669–703.
2. Kovac SR, Cruikshank SH. Successful pregnancies and vaginal deliveries after sacrospinous uterosacral fixation in five of nineteen patients. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168:1778–1783.
3. Costantini E, Mearini L, Bini V, Zucchi A, Mearini E, Porena M. Uterus preservation in surgical correction of urogenital prolapse. *Eur Urol.* 2005;48:642–649.
4. Dietz V, Schraffordt Koops SE, van der Vaart CH. Vaginal surgery for uterine descent: which options do we have? A review of the literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20:349–356.
5. Neuman M, Lavy Y. Conservation of the prolapsed uterus is a valid option: medium term results of a prospective comparative study with the posterior intravaginal slingoplasty operation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18:889–893.
6. Hodgson B. AAGL Practice Guidelines on the Prevention of Apical Prolapse at the Time of Benign Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014 Apr 24. pii: S1553-4650(14)00242-8. doi: 10.1016/j.jmig.2014.04.001.
7. Diwan A, Rardin CR, Strohsnitter WC, Weld A, Rosenblatt P, Kohli N. Laparoscopic uterosacral ligament uterine suspension compared with vaginal hysterectomy with vaginal vault suspension for uterovaginal prolapse. *Int Urogynecol J.* 2006;17:79–83.
8. Cutner A, Kearney R, Vashisht A. Laparoscopic uterine sling suspension: a new technique of uterine suspension in women desiring surgical management of uterine prolapse with uterine conservation. *BJOG.* 2007;114:1159–1162.
9. Vanspauwen R, Seman E, Dwyer P. Survey of current management of prolapse in Australia and New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010;50:262–267.
10. Maher CF, Carey MP, Murray CJ. Laparoscopic suture hysteropexy for uterine prolapse. *Obstet Gynecol.* 2001;97:1010–1014.
11. Medina C, Takacs P. Laparoscopic uterosacral uterine suspension: a minimally invasive technique for treating pelvic organ prolapse. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13:472–475.
12. Uccella S, Ghezzi F, Bergamini V, et al. Laparoscopic uterosacral ligament plication for the treatment of uterine prolapse. *Arch Gynecol Obstet.* 2007;276:225–229.
13. Buller JL1, Thompson JR, Cundiff GW, Krueger Sullivan L, Schön Ybarra MA, Bent AE. Uterosacral ligament: description of anatomic relationships to optimize surgical safety. *Obstet Gynecol.* 2001 Jun;97(6):873–9.
14. Bedford ND1, Seman EI, O'Shea RT, Keirse MJ. Effect of uterine preservation on outcome of laparoscopic uterosacral suspension. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013 Mar-Apr;20(2):172–7. doi: 10.1016/j.jmig.2012.10.014. Epub 2013 Jan 13.
15. Zucchi A, Lazzeri M, Porena M, Mearini L, Costantini E. Uterus preservation in pelvic organ prolapse surgery. *Nat Rev Urol.* 2010;7:626–633.
16. Rardin CR1, Erekson EA, Sung VW, Ward RM, Myers DL. Uterosacral colpopexy at the time of vaginal hysterectomy: comparison of laparoscopic and vaginal approaches. *J Reprod Med.* 2009 May;54(5):273–80.
17. Price N1, Jackson SR. Advances in laparoscopic techniques in pelvic reconstructive surgery for prolapse and incontinence. *Maturitas.* 2009 Mar 20;62(3):276–80. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.01.010. Epub 2009 Feb 23.
18. Diwadkar GB1, Chen CC, Paraiso MF. An update on the laparoscopic approach to urogynecology and pelvic reconstructive procedures. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008 Oct;20(5):496–500. doi: 10.1097/GCO.0b013e32830fe3a3.
19. Carter JE1, Winter M, Mendehlsohn S, Saye W, Richardson AC. Vaginal vault suspension and enterocele repair by Richardson-Saye laparoscopic technique: description of training technique and results. *JSLs.* 2001 Jan-Mar;5(1):29–36.