

TỒN THƯƠNG VÒI TRỨNG TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH: NHÌN NHẬN - XỬ TRÍ ?

BS. NGUYỄN BÁ MỸ NHI
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

1

Đặt vấn đề

Vòi trứng (VT) :

- giúp vận chuyển
- môi trường sinh lý cho giao tử và trứng vừa thụ tinh

Đảm bảo VT có chức năng :

- hoạt động phức hợp và liên kết của TK - cơ
- hoạt động của các TB lông chuyển
- sự chế tiết của nội tiết

2

Tổn thương VT có thể do tác động từ bên trong hay bên ngoài

Khả năng thụ thai của VT sau đó tùy thuộc:

- hậu quả
- mức độ tổn thương về mô học

→ **Đánh giá tổn thương VT nhằm tiên lượng**

- khả năng thụ thai
- nguy cơ thai ngoài tử cung

3

Bệnh lý VT chiếm 25 – 35% PN HM

Các tổn thương:

- đoạn gần (proximal)
- đoạn xa (distal)
- toàn bộ vòi trứng (entire)

Tổn thương thoáng qua (obstruction) hoặc vĩnh viễn (occlusion)

4

Yếu tố nguy cơ → tổn thương VT

- PID
- viêm ruột thừa
- lạc NMTC
- dính tiểu khung sau các PT tại vùng chậu
- đặt DCTC ...

Tổn thương VT sau PID một, hai và ba đợt 12%, 23%, và 54% (Westrom 1980)

Chlamydiae → tác nhân chính gây HM / VT (> 50%), đa ổ (Johnes 1982)

Viêm ruột thừa vô mủ : tăng nguy cơ HM 5 lần (Muller 1983)

Giải phẫu - chức năng VT

VT dài 9 – 11 cm, 3 lớp TM, cơ, NM

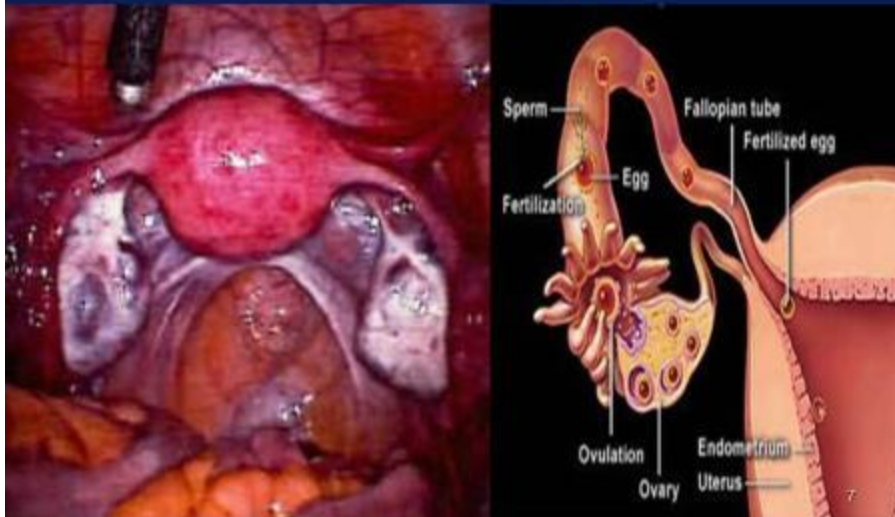
2 loại TB: chế tiết và lông chuyển

Cung cấp máu nhờ nhánh VT của ĐMTC, ĐM BT

4 đoạn: kẽ, eo, bóng, phễu loa

- **Đoạn kẽ (interstitium)**: 1cm, nối liền với buồng TC thông qua lỗ VT, chạy trong bề dày cơ TC
- **Đoạn eo (isthmic)**: 2 cm, thành cơ VT dày, về phía đoạn bóng lòng ống càng rộng, cơ VT mỏng lại.
- **Đoạn bóng (ampullar)**: 6 cm, lòng vòi trứng 4 mm, cơ VT mỏng, mở rộng đến phễu loa
- **Phễu loa (infundibular)**: phần tận cùng VT, mở vào xoang PM

Tử cung và 2 vòi trứng bình thường



Giải phẫu – chức năng VT

- tham gia quá trình sinh sản gđ rất sớm
- thu hút trứng
- vận chuyển TT từ buồng TC lên
- cung cấp môi trường thuận lợi cho sự thụ thai và phát triển phôi gđ sớm
- vận chuyển phôi về buồng TC
- dịch lòng VT → môi trường cần thiết duy trì sự sống của phôi mới thành hình
- thành phần và lượng dịch trong lòng VT cân đối nhờ sự điều hoà nội tiết

Bệnh lý vòi trứng

Viêm VT (salpingitis) → 3 loại : cấp, mãn, viêm granulomatous

- viêm cấp hay PID: liên quan đến nhiễm trùng TC, VT, cấu trúc lân cận → viêm mãn → thay đổi cấu trúc GP (sẹo xơ , ứ dịch VT...)
- Mycoplasma, lao: tác nhân chính → viêm VT granulomatous
- Viêm VT granul. có thể do actinomycosis, KST (shistosomiasis, echinococcus, cytocercosis) , bệnh hệ thống (sarcoidosis, bệnh Crohn), dị vật từ những PT trên VT...

Bệnh lý vòi trứng

Viêm VT dạng nốt ở eo (salpingitis isthmica nodosa)

- nguyên nhân không rõ
- túi thừa biểu mô VT phát triển vào cơ VT, khu trú tại eo, →kích thích cơ VT phì đại → u cục (Jenkins 1993); 2 VT đều bị (Benjamin và Beaver 1951)
- di chứng → HM và TNTC (Homore 1978)
- chẩn đoán: thường gặp ở nữ 25 – 50 tuổi, HSG có túi thừa ứ đọng cản quang tại eo, 2 bên VT

Bệnh lý vòi trứng

Tổn thương vòi trứng gây HM (tubal infertility)

- do nhiễm trùng, lạc NMTC, tiền căn PT vùng bụng, TNTC, nghẹt VT do dị vật, triệt sản
- viêm VT : nguyên nhân chủ yếu của HM / VT, 75% có KT kháng Chlamydiae
- nguy cơ vô sinh tăng dần sau các đợt PID
- tổn thương VT phân loại dựa vị trí GP : đoạn gần (eo - kẽ) , đoạn xa (bóng – loa), đa ổ

U tân sinh ở VT, cạnh VT (tubal and paratubal neoplasms)

Đánh giá tổn thương VT

Đánh giá tổn thương và sự thông thương VT → chìa khóa đánh giá khả năng có thai của một cặp vợ chồng HM

Một XN lý tưởng (“ tiêu chuẩn vàng”) đánh giá chính xác cho mọi PN có bệnh lý VT → là XN có thể tiên đoán được tỉ lệ có thai, cải thiện được tỉ lệ có thai vào cùng thời điểm với giá thành chấp nhận được

Nhiều XN đánh giá VT nhưng chỉ một số phổ biến trong thực hành LS

Đánh giá tổn thương VT

- NS (laparoscopy): Jacobaeus 1910, Palmer 1947
- X quang TC – VT cản quang (HSG hysterosalpingography) 1917
- Rubin's test: thông VT áp lực (tubal perfusions pressure) Oxygen - Rubin 1920 , carbon dioxide - Rubin 1952
- Bơm chất chỉ thị màu và chọc dò túi cùng sau : Decker 1952
- Bơm dd Xenon có gắn phóng xạ với sàng lọc chụp bằng tia gamma (Injection radiolabeled xenon solution with gamma camera screening) : Pertynski và cộng sự 1977

Khuyến cáo về sử dụng các XN đánh giá VT của RCOG

(RCOG recommendations for tubal assesement

Clinical Guideline
February 2004

- BN không có tiền căn hay nghi vấn PID, chưa từng bị TNTC , lạc NMTC → nên chụp HSG như một XN thường qui để phát hiện tắc nghẹt VT, vì là XN ít xâm hại , rẻ tiền (grade B)
- Cơ sở có kinh nghiệm có thể sử dụng HyCoSy cho những BN không có tiền sử gì đặc biệt (grade A)
- BN có tiền căn liên quan PID, TNTC, lạc NMTC → nên sử dụng NS đánh giá tổn thương và sự thông thương VT, tương quan về cấu trúc GP - cơ quan xung quanh (gradeB)

13

Đánh giá tổn thương VT

- Chụp VT có chọn lựa và thông vòi trứng (Selective salpingography and tubal catheterization) : Corfman và Taylor 1996
- Soi VT (Tuboscopy) : Brosens 1977
- Soi vòi Fallop (Falloposcopy): Kerin 1990
- Siêu âm có bơm TC cản quang (Hysterocontrast sonography) : Deichert 1993
- Soi vô sinh (Fertiloscopy): Watrelot 1999

→ Đánh giá VT và điều trị hiệu quả cho các BN HM → thường phối hợp nhiều kỹ thuật

14

Khuyến cáo từ guideline của ESHRE trong thực hành lâm sàng tốt hỗ trợ sinh sản

(Good clinical treatment in assisted reproduction of European society of human reproduction and embryology)

- Một cặp vợ chồng sau 1 năm cố gắng để có thai → nên làm một số XN tầm soát nguyên nhân, đầu tiên hết nên là tinh dịch đồ và khả năng rụng trứng
- ESHRE Capri 2000 → 3 XN liên quan HM : tinh dịch đồ, chức năng VT , khả năng rụng trứng
- ESHRE 2008 → tinh dịch đồ và khả năng rụng trứng nên được làm trước khi đánh giá VT, nhưng nếu BN có tiền căn PID → đánh giá và điều trị tổn thương VT nên được làm cùng lúc với 2 XN trên

→ ESHRE:

- BN không có tiền căn/ bệnh lý vùng chậu nghi ngờ → kích thích gây rụng trứng trong 3 CK
- nếu không hiệu quả → chụp HSG

15

Khuyến cáo của Hiệp hội y học sinh sản Hoa kỳ đối với đánh giá yếu tố vòi trứng (ASRM American society of reproductive medicine)

- Đánh giá yếu tố VT → chìa khóa chẩn đoán cho một cặp HM
- Mọi XN chẩn đoán đều có giới hạn của nó → cần xem xét kỹ khi nó có gì đó bất thường
- Chỉ định làm thêm XN chẩn đoán bổ sung thứ nhì → nên cân nhắc khi mà độ đặc hiệu cho chẩn đoán hay phác đồ điều trị tốt nhất đối với cặp HM này chưa rõ ràng

17

- Chức năng VT không thể đánh giá được chỉ bằng một XN duy nhất
- Không có một XN nào được xem là lý tưởng (an toàn, hiệu quả, không xâm lấn, có khả năng tiên lượng)

→ Hiện tại, dựa trên những chứng cứ y học các XN kinh điển là HSG và NS ổ bụng có bơm chỉ thị màu (dye test) vẫn còn có giá trị hữu ích

18

Phân độ tổn thương VT của J. Donnez

J. Donnez phân loại dựa trên kết quả (HSG)

- **độ I:** hẹp cổ loa vòi - vòi trứng vẫn còn thông
- **độ II:** nghẹt đoạn xa VT hoàn toàn - nhưng không làm dân VT
- **độ III:** dân đoạn bóng VT < 2,5 cm - nếp niêm mạc VT còn nhìn thấy
- **độ IV:** ứ dịch VT đơn thuần - dân VT > 2,5 cm, nếp niêm mạc còn nhìn thấy
- **độ V:** ứ dịch VT và thành VT dày cứng - mất các nếp niêm mạc

* Tỷ lệ có thai 50% ở độ I – II, 25 – 22% ở độ III – IV, 0% ở độ V

19

Phân độ tổn thương VT của Boer – Meisel

Boer- Meisel phân loại dựa trên soi vòi trứng (tuboscopy)

- **độ 1:** niêm mạc VT- nếp niêm mạc đều đặn- giàu mạch máu nuôi
- **độ 2:** ứ dịch VT, có thay đổi mất các nếp niêm mạc, xen lẫn một số vùng niêm mạc bình thường
- **độ 3:** mất các nếp niêm mạc

20

Phân độ tổn thương VT của Mage

Độ thông thương VT		HSG: nếp niêm mạc		NSOB: thành VT đoạn bóng	
Hẹp cổ loa	2	Bình thường	0	Bình thường	0
Ứ dịch VT	5	absent	5	Mỏng	5
		Ko có / Tổ ong	10	Dày/cứng	10

Độ I: 2-5; II: 6-10; III: 11-15; IV: >15

Mage G, 1986, Fertil Steril, 46:807-10

Khoa HM, BVTV 21

Phân độ tổn thương dính VT- BT của Mage

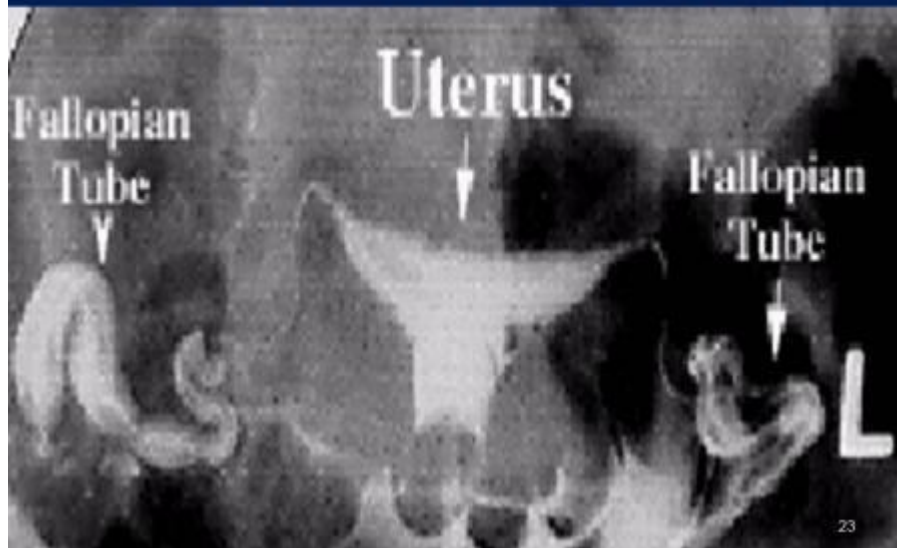
Vị trí	Đặc điểm	Vùng dính		
		1/3 bề mặt	2/3 bề mặt	3/3 bề mặt
BT	mỏng	1	2	4
	dày	4	8	16
Đoạn xa VT	mỏng	1	2	4
	dày	4	8	16

Dính nhẹ 1-6; vừa 7-15; nặng >16

(Mage G, 1986, Fertil Steril, 46:807-10)

Khoa HM, BVTV 22

HSG: TC và VT bình thường



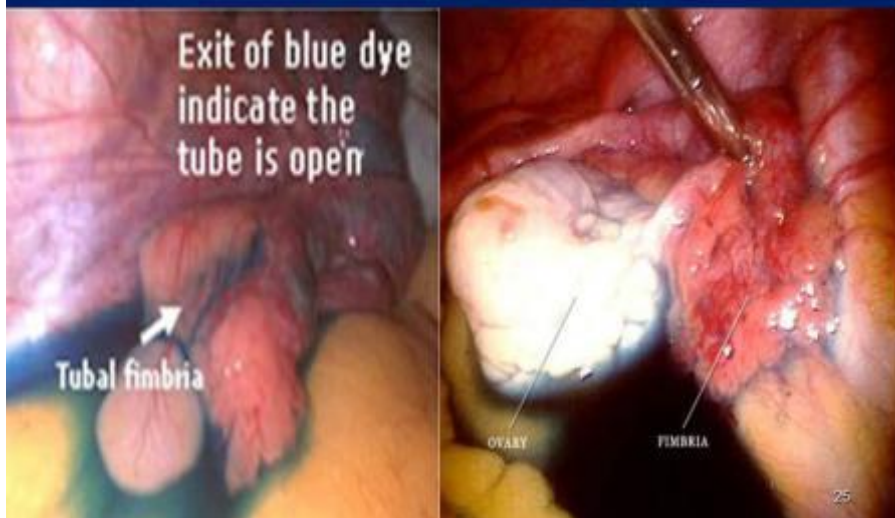
23

Hình ảnh TC và 2 pp bình thường



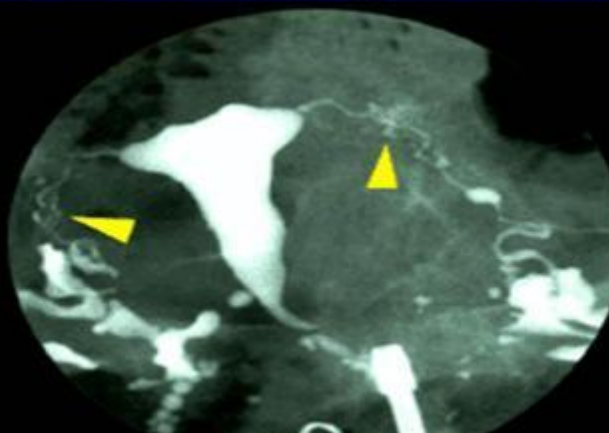
24

Hình ảnh TC – 2 VT bình thường

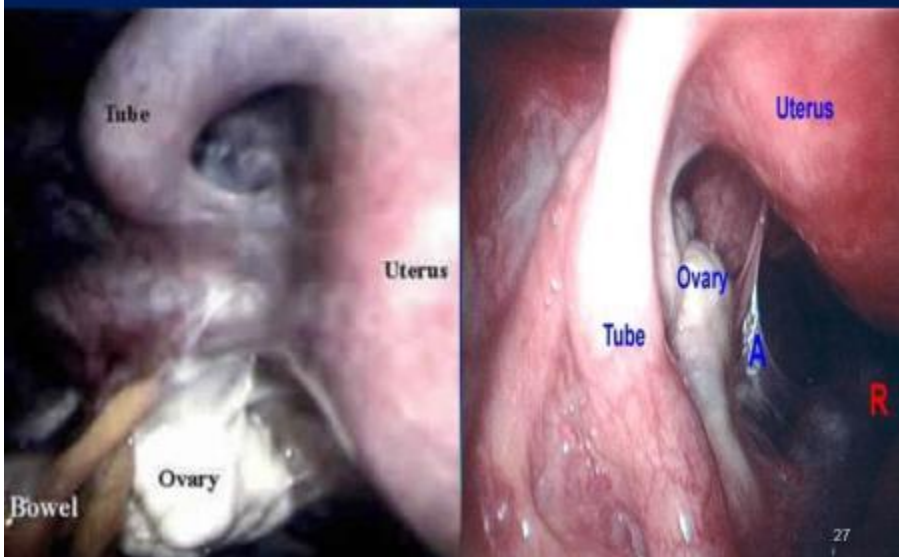


Tổn thương VT đoạn gần →Vi phẫu cắt nối thông VT

HSG showing diseased tubes (arrows).
Microsurgical resection and reanastomosis can be used to remove diseased portions.



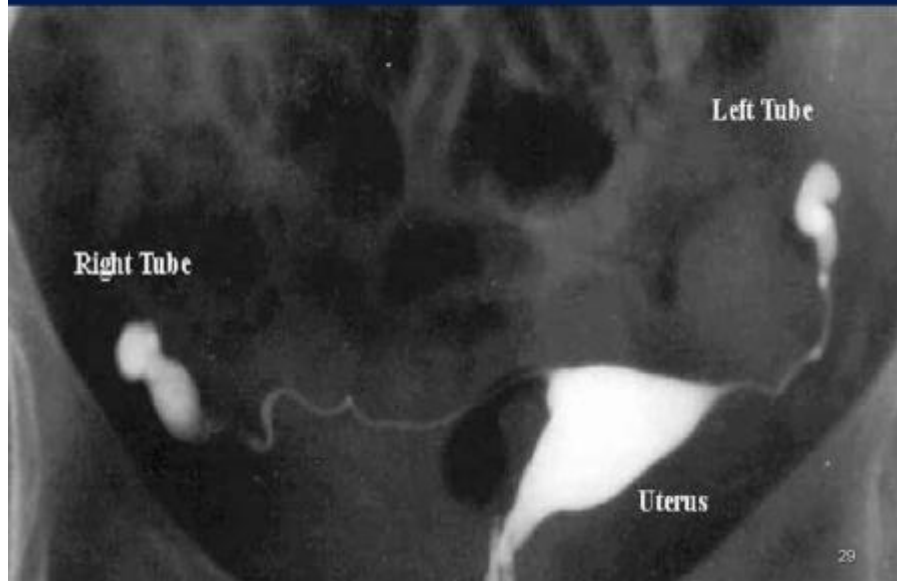
Tổn thương VT đoạn gần



Tổn thương VT T đoạn xa gây ứ dịch



HSG: tắc đoạn xa gây ứ dịch VT

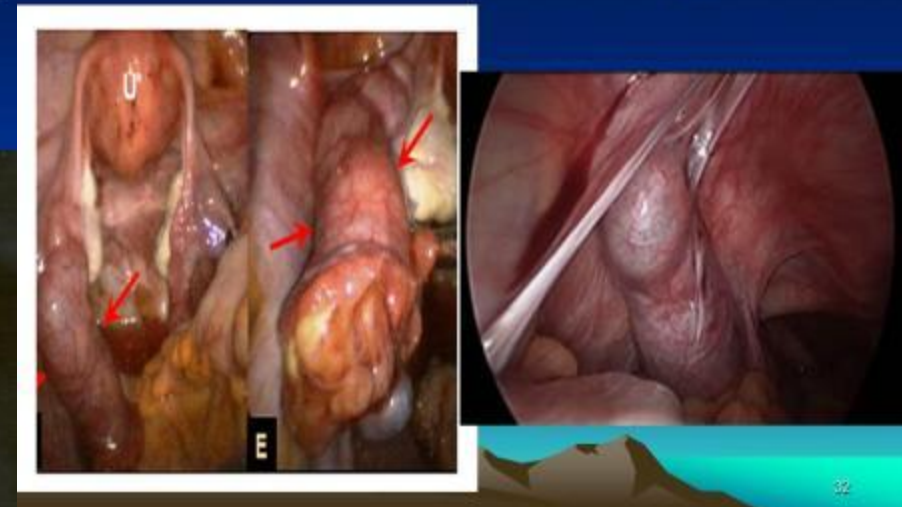


TC bình thường, 2VT có dính gây đọng thuốc khu trú



Nếp niêm mạc thấy trên HSG, dọc theo VT, màu tối xen kẽ trắng
Là phần của VT có lông chuyển đẩy trứng thụ tinh về buồng TC → nếu không lông chuyển, trứng không di chuyển đi được
→ còn thấy nếp niêm mạc là VT còn tốt, hoặc chỉ là tổn thương nhẹ
Khi không thấy nếp niêm mạc → VT không có đường lót trên HSG, có hình trái bóng → VT tổn thương vừa hay nặng

Tổn thương đoạn xa (VT phù nề, nhiễm trùng)

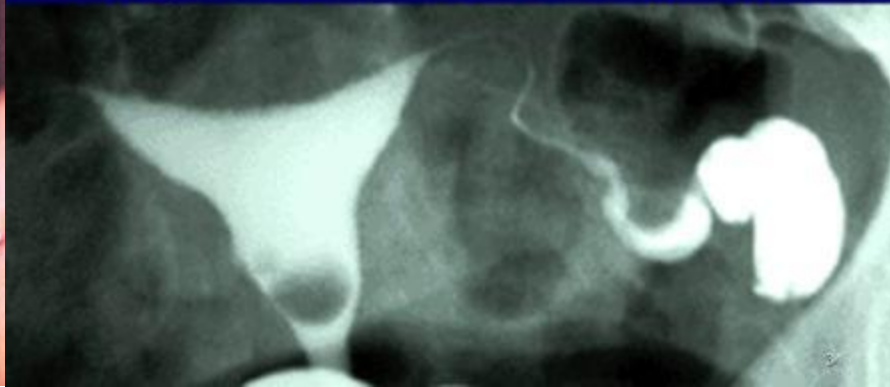


Tổn thương ứ dịch VT T



Tổn thương VT T đoạn xa gây ứ dịch

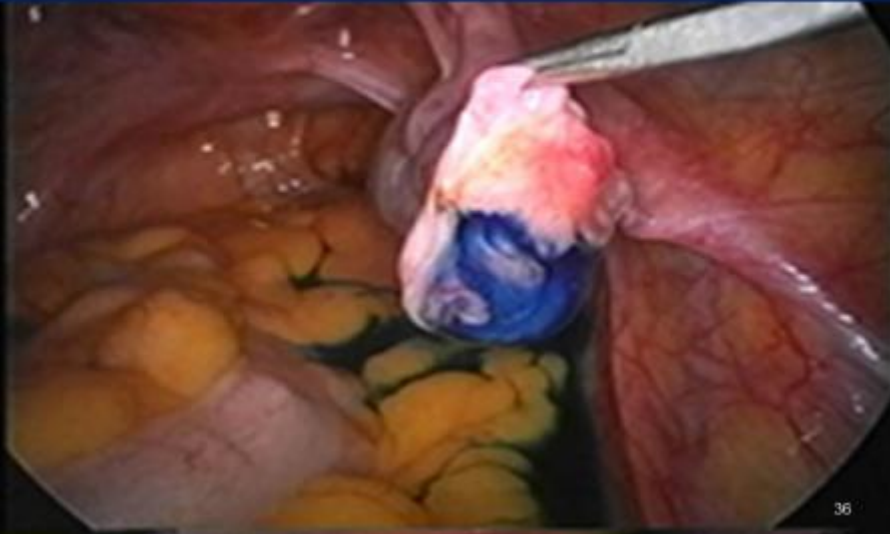
Left Hydrosalpinx (blocked and fluid-filled tube) repaired surgically. This patient conceived 2 months later.



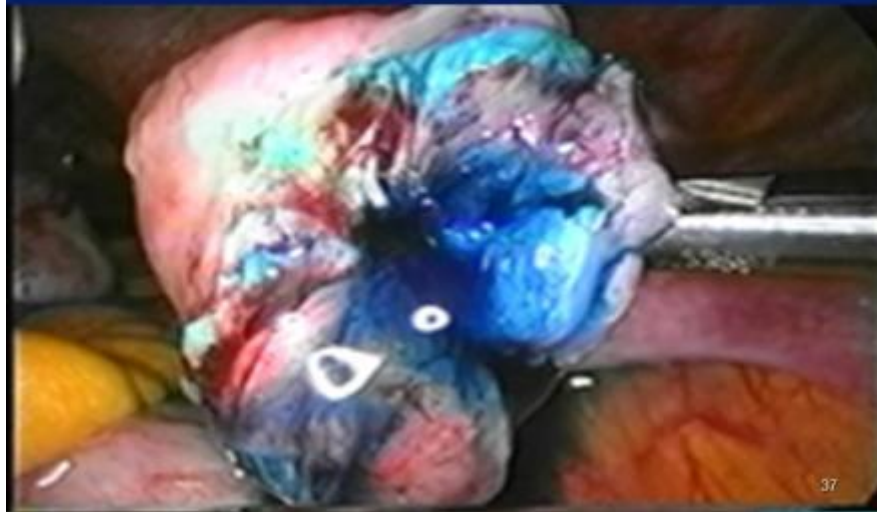
Tổn thương ứ dịch VT



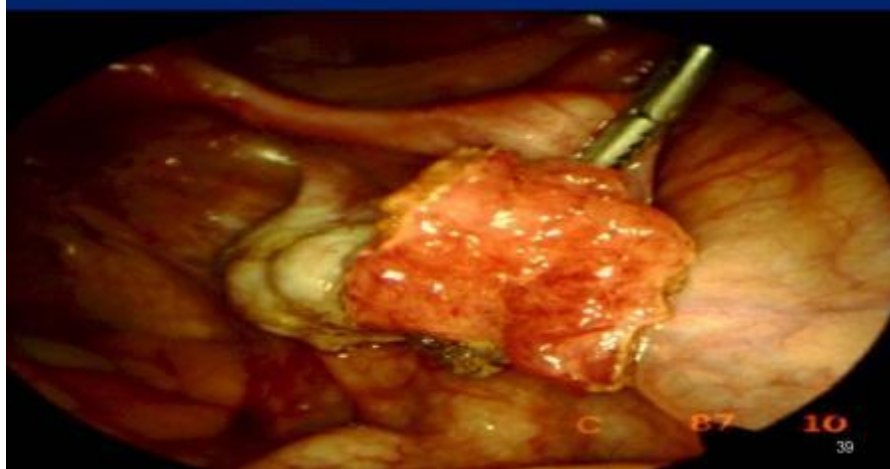
Tổn thương đoạn xa VT



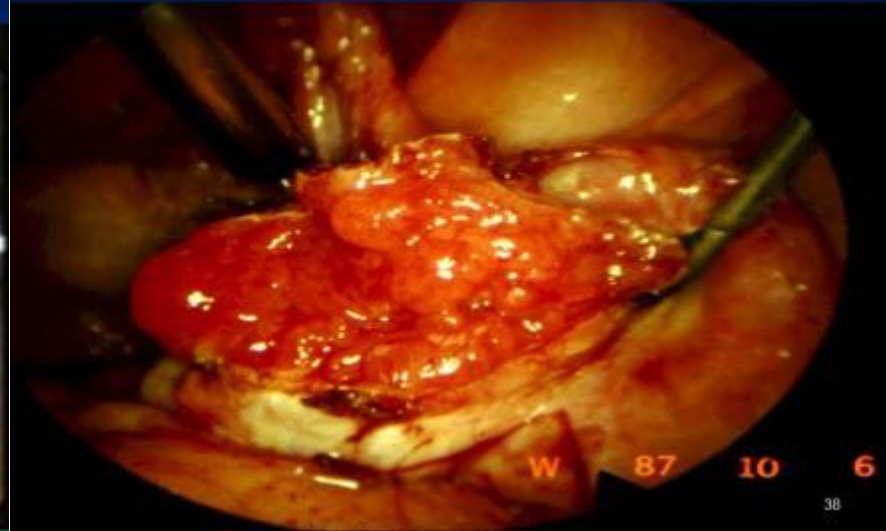
Tổn thương đoạn xa VT



Tổn thương nặng VT : dài dính chặt, nếp niêm mạc ít, có sẹo dính bên trong lòng VT → 3% PN có thai lại và 15% TNTC . Khi cả 2 VT bị ứ dịch nặng → TTTON tốt hơn PT và là chọn lựa duy nhất. Cắt bỏ 2 VT thường giúp bớt đau bụng dưới . Nếp niêm mạc có thể thấy trên HSG



Ứ dịch VT với tổn thương nhẹ có vài dải dính mỏng, niêm mạc còn tốt, không sẹo dính trong lòng VT → 60% PN có thể có thai lại và 3% TNTC → PT tốt hơn là TTTON



NS mở thông và tái tạo loa vòi



Tổn thương VT đa ổ



Kết quả PT tái tạo VT trong tổn thương đoạn xa gây ứ dịch VT

Tác giả	Năm	N	IUP %	EP %	NP %
Manhes	1987	19	48	10	42
Canis (<10)	1993	84	41.8	8.4	49.8
Canis	1991	87	33.3	7	59.7
Suchet	1991	28	32	14	54
Dubuisson	1990	31	26	13	61
Audebert	1992	142	20.4	4.2	75.4
Larue	1990	15	20	7	73
Vĩ phẫu ^{meta}	1993	1802	35	8	57
NSOBPT ^{meta}	1993	295	28	4	68

Bouquet de Jolintere, Références en Gynéco Obst. 1993(Oct):111-112

Tổn thương VT đoạn xa (ứ dịch VT hydrosalpinx)

Ứ dịch VT → sự dẫn của VT khi có tắc đoạn xa do nhiều nguyên nhân khác nhau

NC 730 PN trải qua TTON có tổn thương ứ dịch VT đi kèm:

- tỉ lệ sảy thai và làm tổ rất thấp
- có lẽ do NMTC bị ảnh hưởng xấu

(level 2b)

(Fertility assesement nice guideline 2004)

Tổn thương VT đoạn xa (ứ dịch VT hydrosalpinx)

3 NC RCT :

- NS cắt bỏ VT → tăng tỉ lệ sanh sống đáng kể (OR 2.13; 95% CI 1.24 - 3.65) và tăng tỉ lệ có thai (OR 1.75; 95% CI 1.07 - 2.86) so không cắt bỏ VT (level 1a)

- Không có sự khác biệt đáng kể về :

- tỉ lệ TNTC (OR 0.42; 95% CI 0.08 - 2.14)
- sảy thai (OR 0.49; 95% CI 0.16 - 1.52)
- biến chứng điều trị (OR 5.80; 95% CI 0.35 - 96.79)
- sự làm tổ (OR 1.34; 95% CI 0.87 - 2.05)

(Fertility assesement nice guideline 2004)

Tổn thương VT đoạn xa (ứ dịch VT hydrosalpinx)

Khuyến cáo :

PN có tổn thương VT gây ứ dịch nên được đề nghị NS cắt VT (salpingectomy), trước khi làm TTON; vì điều này có thể cải thiện kết quả điều trị giúp thai kỳ đó có cơ hội sinh sống (grade A)

(Fertility assesment nice guideline 2004)

15

1 NC ngẫu nhiên có nhóm chứng gần đây trên 115 BN bị ứ dịch VT

50 được cắt VT, 50 được cột VT, 15 không PT gì trước TTON

2 nhóm được PT → tăng đáng kể tỉ lệ có thai (37.8 và 55.3%) so với nhóm không PT (7.1%)

Dù chưa đủ mạnh để KL nhưng rõ ràng rằng gây tắc đoạn gần có thể làm tăng tỉ lệ có thai

Cần nhiều NC hơn nữa để có KL làm nghẹt đoạn gần cũng có hiệu quả làm tăng tỉ lệ có thai như cắt VT

Clinical pregnancy rates per embryo transferred in three retrospective studies comparing the tubal ligation and salpingectomy with no surgery in patients with hydrosalpinx before IVF.

AUTHOR, YEAR OF PUBLICATION	SALPINGECTOMY N/N (%)	TUBAL LIGATION N/N (%)	NO SURGERY N/N (%)
Murray et al., 1998 [35]	9/23 (39)	9/15 (60)	4/47 (8.5) P < 0.05
Stadtmauer et al., 2000 [43]	7/15 (47)	22/30 (73)	2/15 (13) P < 0.05
Surrey and Schoolcraft, 2001 [44]	16/28 (57)	7/15 (47)	—

Pregnancy rates and ectopic pregnancy rates after tubal surgery

According to published studies, approximate pregnancy rates by 12 months after tubal surgery are shown below. These numbers are average figures from a group of women that have had tubal surgery. In real life, each case is unique and should be assessed individually.

Type of surgery	Medical terminology	Pregnancy rate	Tubal pregnancy rate
Reconstruct damaged end of tube	Fimbrioplasty	50% over 1-2 years	12% of pregnancies
Cut away scar tissue on tubes or on ovary	Salpingolysis	45% over 1-2 years	6% of pregnancies
	Ovariolysis		
Make opening in blocked tube	Neosalpingostomy	25% over 1-2 years	25% of pregnancies
<u>Reconnect tubes after tubal ligation</u>	Tubal reanastomosis	40-70% over 1-2 years	4-15% of pregnancies
<u>In vitro fertilization</u> (for comparison)	IVF	50-60% per attempt at our clinic (age < 35, blocked tubes) <u>Our IVF success rates</u>	1-5% of pregnancies (women with blocked tubes)

Kết quả có thai sau điều trị PT

- NC 192 BN HM/VT → KQ có thai liên quan mức độ tổn thương VT, tỉ lệ sinh sống 69%, 48% and 9% tương ứng với độ I, II và III tổn thương VT (Akande 2004)
- Hồi cứu mở thông tái tạo VT do tắc đoạn xa trên 1128 BN được tái tạo VT do tắc đoạn xa → 23% TNTC (Marana 1988b) so với 118 BN cắm VT vào sừng TC chỉ có 8% (Marana 1988a)
- NC lớn hồi cứu ở Đan Mạch: 236 BN được PT trên VT và gỡ dính (lấy sẹo xơ quanh VT) → 16% TNTC (Mosgaard 1996)

Tỉ lệ TNTC cao hơn khi có gia tăng độ nặng tổn thương của VT (Akande 2004)

46

KẾT LUẬN

- Vòi trứng đóng vai trò quan trọng cho sự thụ thai tự nhiên, vận chuyển tinh trùng, nuôi dưỡng và vận chuyển phôi vào buồng tử cung.
- Có nhiều xét nghiệm đánh giá chức năng vòi trứng nhưng chủ yếu là dựa trên HSG và NS ổ bụng với bơm kiểm tra hai vòi trứng
- Cần chú ý đánh giá vòi trứng nghiêm túc về hình thể, chức năng để có hướng xử trí thích hợp.
- Các dữ kiện lâm sàng cho thấy những vòi trứng tổn thương độ nặng đều làm giảm đáng kể khả năng có thai và tỷ lệ sinh sống nên cần cắt bỏ trước khi tiến hành IVF.

53