

## ĐẶT VẤN ĐỀ

### ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU

### PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU NỮ CÓ ĐẶT MÀNH GHÉP TỔNG HỢP

### TẠI BỆNH VIỆN TỬ DŨ

*Bs Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Bs Phan Thị Nga, Bs Văn Phụng  
Thống, Bs Nguyễn Thị Vĩnh Thành, Bs Nguyễn Thị Thanh  
Tâm, Bs Hồ Kỳ Thu Nguyệt, Bs Nguyễn Bá Mỹ Ngọc*

- Sa tạng chậu (POP pelvic organ prolapsus) :
  - suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu
  - sự tụt xuống của các tạng vào Âm Đ
- Hậu quả:
  - RLCN sàn chậu → ảnh hưởng chất lượng sống
  - Triệu chứng tiết niệu, sinh dục, đại tiện, ...

Chiếm 1/5 chỉ định mổ PK

50% PN độ tuổi 15 - 60 bị sa tạng chậu → ngày càng có nhiều PN khám vì các RLCN

Hoa Kỳ: 400.000 ca mổ / năm → PT điều trị các RLCN do sa tạng chậu gây ra rất lớn

125.000 ca tái phát (31,25%) → thất bại PT điều trị sa tạng chậu không thấp

Mong muốn:

1. Cải thiện chất sống
2. Sinh thêm
3. Tình dục sau MK
4. Tâm lý vẫn là PN, còn khả năng làm vợ, mẹ

→ Vấn đề:

1. phục hồi GP sàn chậu
2. giải quyết các RLCN
3. hạn chế tối đa phá vỡ cấu trúc nâng đỡ

Lựa chọn điều trị tùy:

- Tạng bị sa
- Độ sa
- RLCN sàn chậu
- Tình trạng sức khỏe BN
- Khả năng PTV
- Điều kiện cơ sở y tế

Các phương pháp điều trị:

– Nội khoa

- vật lý sàn chậu
- thuốc uống
- pessary ...

– Ngoại khoa

- cắt TC +/- nâng đỡ sàn chậu
- bảo tồn TC + nâng đỡ sàn chậu

### **SÀN CHẬU LÀ MỘT THỂ THỐNG NHẤT (CONCEPT OF THE PELVIC FLOOR AS A UNIT)**

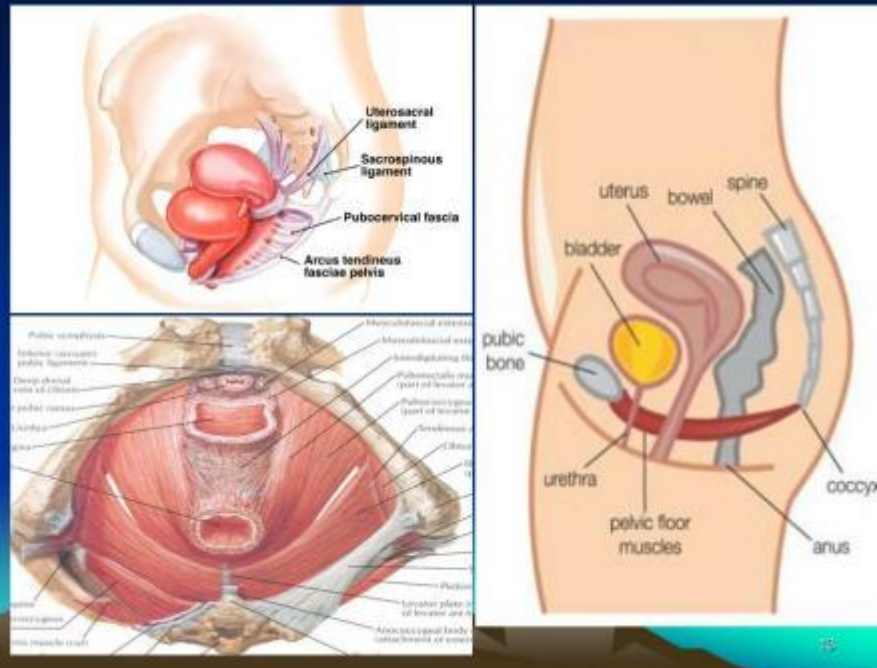
- Sẽ là điều trị hiệu quả nhất khi dựa trên quan điểm sàn chậu là thể thống nhất
- Không đánh giá dựa trên sàn chậu là một thể thống nhất
  - điều trị bệnh riêng lẻ từng RLCN
  - gởi bệnh đến các CK khác nhau: niệu khoa, phụ khoa, và đại trực tràng

### **Sàn chậu theo chiều dọc (vertical)**

- tách rời các CK khác nhau
- ưu thế về phần điều trị của mình, như niệu khoa (BQ, NB, NQ, thận), phụ khoa (TC AD, TSM), đại trực tràng (đại tràng, trực tràng, hậu môn)
- chỉ làm tốt cho cơ quan mình chịu trách nhiệm







- Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của phương pháp này → rút kinh nghiệm và cung cấp dữ liệu tham khảo cho các nhà LS
- NC với mục tiêu: “Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp sử dụng mảnh ghép tổng hợp polypropylene trong phẫu thuật điều trị phục hồi sàn chậu trên các bệnh nhân sa tạng chậu tại BV Từ Dũ từ 7/ 2009 – 12/2010”

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo hàng loạt ca: 132 trường hợp sa tạng vùng chậu được phẫu thuật phục hồi sàn chậu có đặt mảnh ghép tại BV Từ Dũ trong 17 tháng (7/2009-12/2010)

## TỔNG QUAN Y VĂN

Beck 1991 : sa tạng chậu có ở 50% PN đã sanh đẻ

Brubaker 2002: tỉ lệ chung các loại PT phối hợp > 10 - 30 / 10.000 PN / năm

### PHÂN LOẠI TẠNG BỊ SA VÀ MỨC ĐỘ SA

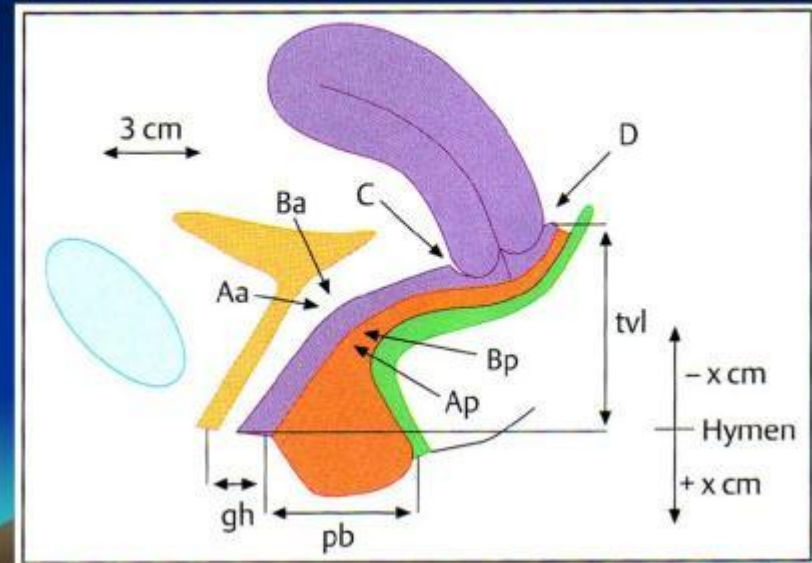
- Sa BQ: thường được mô tả như sa thành trước ÂĐ
- Sa cổ BQ: có hay không kèm sa BQ, niệu đạo
- Sa TC : sa TC, CTC
- Sa mỏm cắt: sau cắt TC
- Sa TT: sa phần dưới thành sau ÂĐ
- Sa ruột: sa túi cùng TT- ÂĐ, sa phần trên thành sau ÂĐ (chứa ruột non)
- Sa thành trước, thành sau ÂĐ



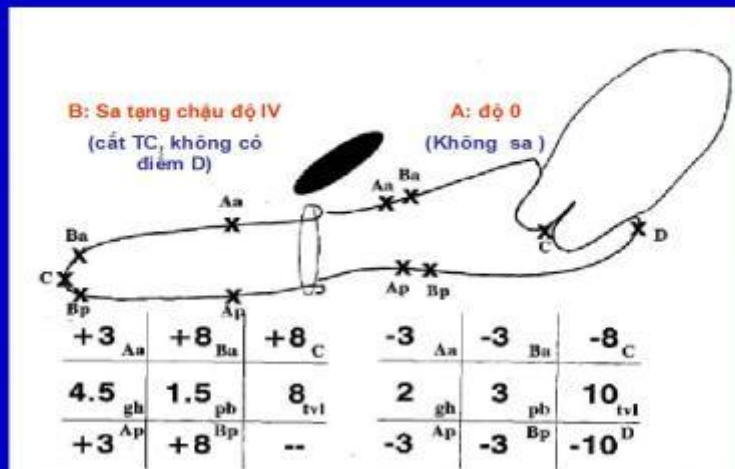
## Mục tiêu phẫu thuật

- phục hồi lại cấu trúc ÂĐ bình thường
- phục hồi hoặc duy trì chức năng BQ
- phục hồi hoặc duy trì chức năng của ruột
- phục hồi hoặc duy trì chức năng tinh dục

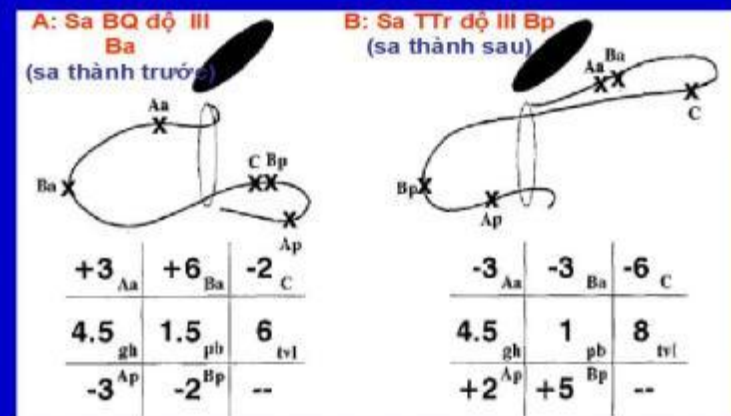
## ĐÁNH GIÁ ĐỘ SA THEO POP-Q



## ĐÁNH GIÁ ĐỘ SA THEO POP-Q



## ĐÁNH GIÁ ĐỘ SA THEO POP-Q



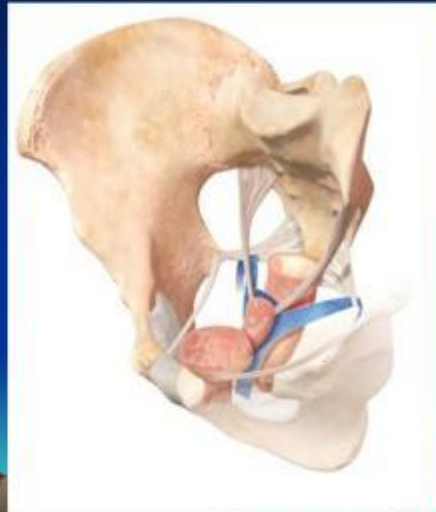
## KT ĐẶT MẢNH GHÉP THÀNH TRƯỚC AD

1. Gây tê tùy sống
2. Nằm ngửa, tư thế PK
3. Rạch dọc niêm mạc thành trước ÂĐ, đẩy BQ lên cao ra xa, tách hố cạnh BQ 2 bên
4. Đặt mảnh ghép 4 chi qua 2 lỗ bịt
5. Khâu lại niêm mạc thành ÂĐ che phủ mảnh ghép



## KT ĐẶT MẢNH GHÉP THÀNH SAU ÂM ĐẠO

1. Nằm ngửa, tư thế PK
2. Rạch niêm mạc thành sau ÂĐ, tách đẩy TT lên cao ra xa
3. Đặt mảnh ghép 2 chi cố định dây chằng cùng gai, cân CTC, nút thớ trung tâm
4. Đóng lại niêm mạc các thành ÂĐ che phủ mảnh ghép



## KT đặt mảnh ghép thành sau





## KT ĐẶT MẠNH GHÉP THÀNH TRƯỚC VÀ SAU ÂM ĐẠO

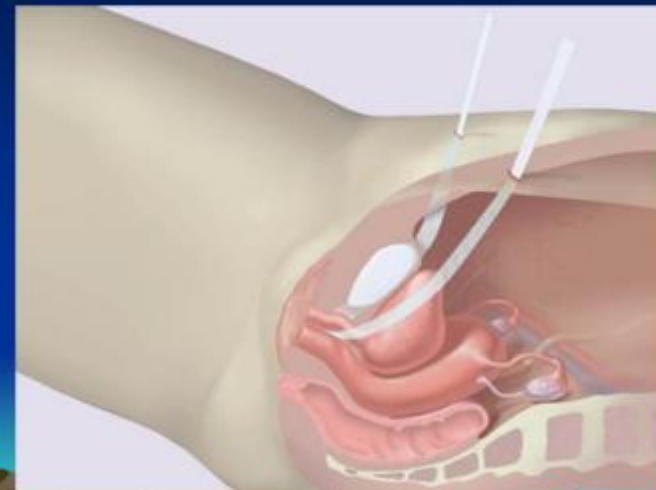


## KT ĐẶT TOT

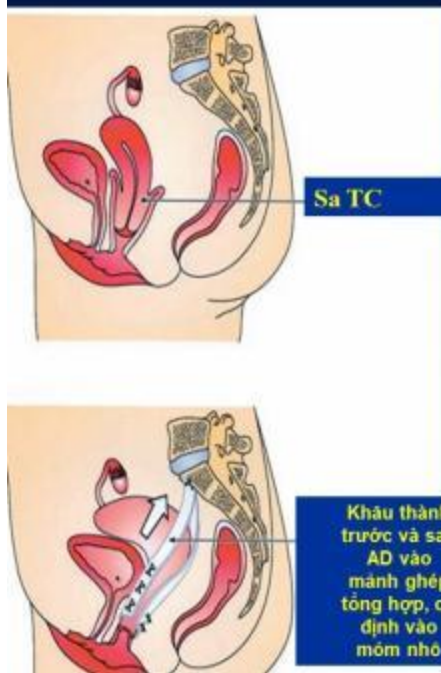
1. Rạch niêm mạc thành trước âm đạo dưới lỗ niệu đạo 1,5cm
2. Tạo đường hầm dưới niêm mạc hướng về 2 lỗ bịt
3. Đặt sling dưới niệu đạo giữa qua 2 lỗ bịt, tension – free
4. Đóng lại niêm mạc Âm Đạo



## TVT



GYNECARE TVT



### NỘI SOI CÓ ĐỊNH SÀN CHẬU VÀO MỒM NHỎ

1. Nằm ngửa, tư thế PK, Trendelenbourg
2. Tạo đường hầm từ mồm nhỏ đến cùng đồ sau; bóc lộ thành trước và sau AD, hố cạnh TTr
3. Đặt mảnh ghép thành trước và sau AD, TC – cùng, cơ nâng → mồm nhỏ
4. Phủ PM che mảnh ghép
5. KT niệu quản (P)

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

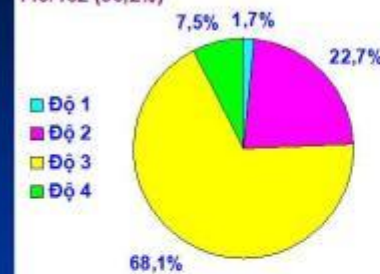
Sau 17 tháng theo dõi các trường hợp sa tạng chậu được can thiệp ngoại khoa có sử dụng mảnh ghép tổng hợp, chúng tôi ghi nhận như sau

### ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NC

Đặc điểm	Trung bình – số người (tỷ lệ %)
Tuổi	57±10 (28 – 83)
Số lần sanh	4±2 (1 – 13)
Sanh ≥ 3 lần	105 (79,5%)
BMI	22,5±2,4 (16,4 – 29,7)
Béo phì ≥ 26	9 (8,1%)
Mãn kinh	72 (63,7%)
Tiểu đường	5 (3,8%)
CHA	14 (10,6%)

### SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

Sa Bàng quang  
119/132 (90,2%)

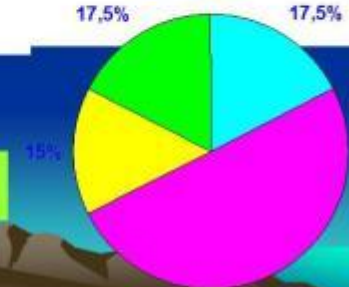


Sa Tử cung  
79/132 (59,8%)



Có 8/132 (6,1%) TH sa mồm, trong đó 5 TH sa độ 4

Sa Trực tràng  
44/132 (33,3%)





## SỐ TR. HỢP PT VÀ ĐẶC ĐIỂM

Phương pháp phẫu thuật	Số ca	Thời gian PT	Lượng máu mất	Số ngày nằm viện
NS treo TC/MC vào mỏm nhô	20 / 132 (15,2%)	122±43 (40 – 180)	36±23 (10-100)	4,7±2,7 (2-15)
NS cố định sàn chậu và TC vào mỏm nhô	2 / 132 (1,5%)	75±21 (60 – 90)	28 (5-50)	4,5 (4 – 5)
Mesh thành sau AD	26 / 132 (19,7%)	48±14 (25-75)	41±22 (5-100)	
Mesh thành trước ÂĐ	111 / 132 (84,1%)	34±24 (10-140)	46±22 (10-100)	4,4±1,8 (2-12)
Mesh thành trước và sau/AD	26 / 132 (19,7%)	73±16 (45-110)	56±23 (20-100)	4,6±1 (3-12)

- Ngã NS: 1 ca ns cắt TC - treo mỏm cắt vào mỏm nhô bị thủng BQ khi đặt TOT → lưu sonde tiểu 10 ngày, sau đó BN bị nhiễm trùng tiểu điều trị đến N15 xuất viện
- Ngã AD: 1 ca nằm viện 12 ngày do tiểu khó, cắt sling N9 sau mổ

33

## CÁC PT KÈM THEO

- TOT: 76 (57,6% 16 SURGIMESH, 58 PROLENE, 1 OPTILENE, 1 DESARA)
- TVT: 8 (6,1%) GYNECARE
- Cắt TC: 6 (4,5%) ( UXTC, CIN, ...)
- Sửa thành trước AD: 0
- Sửa thành sau AD: 13 (9,8% 11 ca đặt mảnh ghép thành sau AD , 2 ca NS treo TC mỏm nhô)

34

## THỜI GIAN THEO DÕI SAU PT

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian theo dõi (tháng)
Mesh thành trước AD	5,7±3,7 (0,7 – 18)
Mesh thành sau AD	3,8±2,4 (0,7 – 7,2)
Mesh thành trước và sau AD	3,8±2,4 (0,7 – 7,2)
NS treo TC/MC vào mỏm nhô	6,2±2,9 (2,6 – 11,4)
NS cố định sàn chậu và TC vào mỏm nhô	1,7 (1,3 – 2,1)

35

## TAI BIẾN TRONG VÀ SAU PT

- 16 ca tiểu tồn lưu > 100ml (12%): 12 ca kèm sling → 10 đặt MG thành trước ngã AD (9% 10/111), 2 NS treo TC - mỏm nhô (10% 2/20), 4 chỉ đặt MG thành trước ngã A
- 2/16 ca tiểu tồn lưu ( tiểu khó, rất ít) → được nói lỏng, cắt sling (do sai vị trí nằm ở cổ BQ); 2 ca này đều đặt MG thành trước ngã AD
- Xói mòn 4 / 111 (3,03%) (Kdous 6%, Tayrac 4,2 %) tr hợp nâng BQ ngã ÂĐ/Prolene MG thời điểm 1 – 5 – 6 tháng sau mổ; 1 ca cắt bỏ MG thành trước AD, các ca còn lại điều trị bảo tồn
- Không có ca nào xói mòn MG ở nhóm BN NS đặt MG

36



## TAI BIẾN TRONG VÀ SAU PT

- Không tổn thương ruột, mạch máu lớn, không tổn thương BQ trên BN ko kèm đặt sling dưới niệu đạo
- 02 trường hợp thủng BQ ở thì đặt Sling dưới niệu đạo: 1 TOT (kèm NS treo MC), 1 TVT (kèm đặt MG thành trước)
- 1 trường hợp mất máu nhiều phải truyền máu do hematome lớn ở thành trước trái AD/MG thành trước, sau AD, đặt TOT → gỡ bỏ sling và MG thành trước
- Đau vùng bẹn sau mổ : 3 / 111 (2,7%)
- Đau vùng xương cụt : 8/26 ca treo dc cùng – gai (30,7%)<sup>37</sup>

## CÁC LOẠI MẠNH GHÉP SỬ DỤNG

Phương pháp phẫu thuật	SURGIMESH PROLAPSE	PROLENE MESH	GYNECARE	KHÁC
Mesh thành trước AD	32 / 111 (28,8%)	37 / 111 (33,3%)	8 / 111 (7,2%)	2 / 111 (1,8%)
Xói mòn AD	1 / 32 (0,3%)	2 / 37 (5,4%)	1 / 8 (12,5%)	0
Co rút AD	1 / 32 (0,3%)	11 / 37 (29,7%)	1 / 8 (12,5%)	0
Mesh thành sau AD	0	26 / 26 (100%)	0	0
Xói mòn AD		0		
Co rút AD		3 / 26 (11,5%)		
NS treo TC/MC vào móm nhỏ	0	20 / 20 (100%)	0	0
Xói mòn AD		0		
Co rút AD		0		
NS đặt mesh cố định TC, sản chậu vào móm nhỏ	0	2 / 2 (100%)	0	0
Xói mòn AD		0		
Co rút AD		0		

## TÁI PHÁT SA TẠNG - SA MỚI THÊM

- 2 ca sa BQ tái phát ở thời điểm 1 tháng, 4 tháng sau mổ:
  - 1 ca sau NS cố định sản chậu và TC vào móm nhỏ
  - 1 ca nâng BQ và cố định TC vào dc cùng gai hai bên bằng chỉ Prolene
  - Cả 2 ca đều sa phối hợp nhiều tạng BQ-TC-TT độ 4
- 1 ca sa TT tái phát sau mổ 1 tháng: BN mổ vì sa MC 3 - BQ 3 – TT 2 → nâng BQ + đặt TOT + may lại cân TT-AD
- 1 ca sa mới TT độ 3: BN mổ nâng BQ + đặt TOT 4 tháng vì Sa BQ 3 – Sa TT 1 - TKKSKGS

## XUẤT HIỆN RL ĐI TIỂU MỚI SAU MỔ

- **TKKSKGS**: 5 / 20 (25%) ca NS treo TC/MC vào móm nhỏ, không ca nào sau PT đặt MG ngả AD
- **OAB**: 1 ca sau mổ nâng BQ, đặt TOT 4 tháng tiểu tồn lưu nhiều 360ml, bất đồng vận cơ thắt, Pdet max 26cm H20



## KẾT LUẬN

- Sa tạng chậu (POP = pelvic organ prolapsus) xảy ra do suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu → tụt xuống cơ quan vùng chậu vào Âm Đ
- Không đe dọa trực tiếp tính mạng, ảnh hưởng đáng kể chất lượng sống
- PT điều trị RL do sa tạng chậu gây ra là vấn đề phổ biến, với tỉ lệ tái phát không thấp (31, 25%) → tìm kiếm giải pháp hữu hiệu hơn
- PT tùy độ sa, tạng sa, sức khỏe BN, khả năng PTV... → sử dụng MG ngă Âm Đ hay NS

41

## KẾT LUẬN

- Sử dụng MG tổng hợp phục hồi GP chức năng sàn chậu, nhằm nâng đỡ, thay thế các cấu trúc bị tổn thương, **được đề nghị sử dụng ngay trong lần mổ đầu tiên** → hạn chế thấp nhất khả năng tái phát, giảm tổn kém do tái phát sa tạng
- Hiệu quả tức thì sau mổ 100%, tỉ lệ tái phát thấp, kiểm soát nguyên nhân tái phát, tỉ lệ tai biến trong mổ, tai biến gần, xa sau mổ, phù hợp với các tác giả khác trong y văn → PT phục hồi sàn chậu có sử dụng MG tổng hợp có tính khả thi, cải thiện được chất lượng sống BN
- Cần thêm nhiều thời gian NC và TD → để có thể KL chính xác

42

## CHẤT LƯỢNG SỐNG TỐT NHẤT...

From Incontinent to Independent



CHÂN THÀNH CẢM ƠN

44

