

Cắt tử cung: khuynh hướng phẫu thuật nội soi hoặc đường âm đạo có hỗ trợ bằng nội soi

*Ths.Bs. Lê Quang Thanh
Bv Từ Dũ*

SUMMARY

TREND OF LAPAROSCOPIC OR LAPAROSCOPIC ASSISTED VAGINAL HYSTERECTOMIES

Hysterectomy is one of the most frequently performed major gynecologic procedures. A slow but gradually increasing trend has occurred towards laparoscopic or laparoscopic assisted vaginal hysterectomies, 0.3% in 1990 to 9.9% in 1997. Notably, 9% increase in laparoscopic hysterectomies from 1990 to 1997 corresponds to the decline in the rate of abdominal hysterectomies during the same period. The advantage of a laparoscopic approach over the open abdominal route in terms of intraoperative morbidity, and recovery has been demonstrated repeatedly. Recently, there has been a resurgence of interest in the supracervical hysterectomy for benign conditions. Advantages of this approach is the preservation of neurovascular integrity, and as a result less bowel, bladder, and sexual dysfunction, as well as complications, as reasons for offering supracervical hysterectomy. Defining guidelines for training, credentialing, and improvement in instrumentation will help in minimizing complications, decreasing operation time, and improving patient satisfaction.

Cắt tử cung là một trong những phẫu thuật thường được thực hiện nhất trong phẫu thuật phụ khoa, tại Hoa Kỳ ước tính có khoảng 600.000 trường hợp cắt tử cung mỗi năm. Vào thời điểm hiện nay, khi mà khuynh hướng ứng dụng kỹ thuật nội soi và phẫu thuật ít xâm lấn đang phát triển mạnh và hầu hết tất cả các loại phẫu thuật đều được thực hiện qua nội soi, thì một phần lớn các trường hợp cắt tử cung vẫn còn được thực hiện bằng mổ hở. Tuy nhiên, các phẫu thuật viên dần dần giảm mổ hở và có khuynh hướng chuyển sang mổ nội soi hoặc đường âm đạo có hỗ trợ bằng nội soi, bằng chứng là tỉ lệ cắt tử cung nội soi chỉ là 0,3% vào năm 1990 nhưng tới 9,9% vào năm 1997⁽¹⁾ Sự mở rộng nội soi từ chỗ chỉ để đánh giá vùng chậu và khả năng cắt tử cung ngã âm đạo tới thực hiện phẫu thuật phức tạp hơn như cắt rộng tử cung, nạo hạch vùng chậu và quanh động mạch chủ.⁽²⁾

Theo dữ liệu của Hoa Kỳ cho thấy, chỉ định nội soi cắt tử cung do UXTC là (28%), lạc nội mạc tử cung (19%), rong kinh rong huyết (15%), sa tử cung (13%), bệnh ác tính (5%), và viêm nhiễm vùng chậu (3%).⁽¹⁾

Ưu điểm của phẫu thuật nội soi so với mổ hở như giảm lượng máu mất, giảm biến chứng, rút ngắn thời gian hồi phục đã được chứng minh.⁽³⁻⁵⁾

Khuynh hướng nội soi cắt tử cung hoặc nội soi hỗ trợ đường âm đạo nói chung đang làm giảm dần tỉ lệ cắt tử cung đường âm đạo, diễn tiến cũng tương tự như đối với mổ hở cắt tử cung. Từ năm 1990 tới 1997 tỉ lệ nội soi cắt tử cung đã tăng 9% tương ứng với tỉ lệ giảm của cắt tử cung mổ hở⁽⁵⁾ Nói chung, cần cân nhắc trong những trường hợp đã có phẫu thuật ổ bụng trước đó hoặc viêm vùng chậu cần phải gỡ dính, lạc NMTC và khối u vùng chậu kết hợp. Những vấn đề như tử cung to, cắt phần phụ, phẫu thuật ở người béo phì và vai trò của nội soi đối với bệnh lý phụ khoa ác tính là một vấn đề đang được tranh luận và phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Hơn nữa, kinh nghiệm phẫu thuật đường âm đạo tiếp tục giảm theo các thế hệ phẫu thuật viên sau này, đồng thời với sự phát triển nhanh

của các kỹ thuật trong lĩnh vực nội soi, và càng ngày càng có nhiều dữ liệu chứng minh các ưu điểm của phương pháp này, do đó chỉ định cắt tử cung qua nội soi ngày càng được mở rộng.

Một số yếu tố làm hạn chế chỉ định nội soi là giá thành điều trị, tai biến nặng, kỹ thuật khó học, thời gian phẫu thuật dài và thiếu những chỉ định đúng. Về mặt giá thành điều trị, một số những nghiên cứu trong thập niên vừa qua chứng minh rằng sử dụng các dụng cụ dùng nhiều lần, giảm thời gian nằm viện, giảm thời gian phẫu thuật do nhiều kinh nghiệm, giá thành của cắt tử cung qua nội soi cũng chỉ ngang bằng với đường âm đạo và mổ hở^(6,7) Ích lợi của sự phục hồi và trở lại làm việc sớm, đồng thời giảm thăm khám sau mổ chắc chắn sẽ giảm được giá thành của phẫu thuật.⁽⁸⁾

Tỉ lệ biến chứng và thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm và chuyên khoa của phẫu thuật viên nội soi. Nezhat và cộng sự⁽⁹⁾ trong báo cáo 361 trường hợp cắt tử cung nội soi mà không có trường hợp nào tử vong, tổn thương mạch máu lớn, hoặc tổn thương đường tiết niệu, và chỉ 1 trường hợp tổn thương ruột non. Wattiez và cộng sự⁽¹⁰⁾ báo cáo 1647 trường hợp cắt tử cung nội soi trong hơn 10 năm cho thấy có sự giảm đáng kể tỉ lệ biến chứng nặng từ 5,6% xuống còn 1,3%, tỉ lệ chuyển mổ hở từ 4,7% xuống còn 1,4%, và thời gian phẫu thuật từ 115 phút xuống còn 90 phút, do phẫu thuật viên đã thêm kinh nghiệm.

Gần đây, một số tác giả lại quan tâm đến những lợi ích của phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần đối với những bệnh lý phụ khoa lành tính. Phương pháp này có những ưu điểm khiến người ta phải quan tâm là bảo tồn được hệ thống mạch máu thân kinh, và kết quả là giảm tổn thương ruột, bàng quang, và rối loạn tinh dục, cũng như là những biến chứng. Mặc dù vậy vẫn còn thiếu dữ liệu để có thể so sánh phương pháp này với nội soi cắt hoàn toàn tử cung hoặc nội soi hỗ trợ cắt tử cung đường âm đạo.^(11,12)

Tóm lại, cắt tử cung đường âm đạo nên được ưu tiên khi có đủ điều kiện. Phẫu thuật nội soi hoặc nội soi hỗ trợ đường âm đạo có thể thay thế cho hơn 90% các trường hợp cắt tử cung. Với chương trình đào tạo tốt, đáng tin cậy và cải thiện dụng cụ, phẫu thuật nội soi sẽ giúp giảm biến chứng, giảm thời gian phẫu thuật, và bệnh nhân hài lòng hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(2): 229-234.
2. Nezhat C, Burrell MO, Nezhat F, et al. Laparoscopic radical hysterectomy with para-aortic and pelvic node dissection. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 166: 864-865.
3. Nezhat C, Nezhat F, Gordon S. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. *J Repro Med.* 1992; 37: 247-250.
4. Garry R, Fountain J, Mason S. The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ.* 2004; 328 (7432): 129-136.
5. Olsson J, Ellstrom M, Hahlin M. A randomized prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Br J Obstet Gynecol.* 1996; 103: 345-350.
6. Nezhat C, Bess O, Admon D, Nezhat CH, Nezhat F. Hospital cost comparison between abdominal, vaginal, and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomies. *Obstet Gynecol.* 1994; 83(5 pt 1): 713-716.
7. Sculpher M, Manca A, Abbott J, Fountain J, Mason S, Garry R. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomized trial. *BMJ.* 2004; 328: 134-140.
8. Ellstrom M, Ferraz-Nunes J, Hahlin M, Olsson JH. A randomized trial with a cost-consequence analysis after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1998; 91(1): 30-34.
9. Nezhat CH, Nezhat C, Admon D, Seidman D, Nezhat F. Complications of 361 laparoscopic hysterectomies. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1994; 1(4 pt 2): S25.
10. Wattiez A, Soriano D, Cohen SB, et al. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002; 9(3): 339-345.

Đã đăng trên Tạp Chí Y học tháng 05/2006