

# Y học chứng cứ trong điều trị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng

*Ths. Bs. Lê Quang Thanh  
Bệnh viện Từ Dũ*

## SUMMARY

### EVIDENCE-BASED MANAGEMENT OF TUBAL INFERTILITY

Tubal disease is responsible for 25 – 35% of female infertility. While laparoscopic chromopertubation remains the gold standard in the diagnosis of tubal disease and hysterosalpingography is still widely used, newer modalities offer some advantages. Sonohysterography with the use of contrast medium is superior to hysterosalpingography and comparable to laparoscopic chromopertubation in diagnosis of tubal blockage. Chlamydia serology is the most cost-effective and least invasive diagnostic test for tubal disease, and it is comparable to, if not better than, hysterosalpingography. Depending on the nature and degree of tubal dysfunction as well as the age and ovarian reserve of the patient, various treatments for tubal infertility can be used. For proximal tubal obstruction, transcervical tubal cannulation with tubal flushing is a reasonable first approach. Surgical techniques for tubal repair, such as salpingostomy or fimbrioplasty for distal tubal obstruction, can provide good results. still, tubal factor remains a major indication for in-vitro fertilization and embryo transfer, which bypasses the tubal problem altogether. in certain situations, such as the presence of hydrosalpinx, prophylactic surgery can be used in conjunction with in-vitro fertilization and embryo transfer.

As with infertility in general, the diagnosis and management of tubal infertility should be tailored to individual patient. Future studies should help to further clarify the role of various diagnostic tests and therapeutic approaches for tubal infertility.

## MỞ ĐẦU

Bệnh lý vòi trứng (VT) là một nguyên nhân quan trọng gây hiếm muộn, trong số những trường hợp hiếm muộn nữ có đến 25 – 35% là do bệnh lý VT. Tổn thương tại VT rất đa dạng có thể chỉ ở đoạn gần hoặc đoạn xa, nhưng có khi là toàn bộ VT. Bệnh lý có thể chỉ là tạm thời nhưng cũng có khi là tổn thương vĩnh viễn không thể hồi phục.<sup>(1)</sup> Trong những nguyên nhân gây bệnh lý VT thì viêm vùng chậu là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm khoảng 50% các trường hợp<sup>(1,2)</sup> và có thể gây tổn thương ở nhiều vị trí của VT. Sau một đợt viêm vùng chậu, tỉ lệ hiếm muộn ước tính khoảng 11%, có thể tăng lên đến 23% sau 2 đợt viêm và 54% sau 3 đợt viêm.<sup>(1)</sup>

### *Bệnh lý ở đoạn gần VT*

Ngoài nguyên nhân do viêm nhiễm vùng chậu, tổn thương đoạn gần còn có thể do mảnh mô vụn trong lòng VT, dị tật bẩm sinh, lạc nội mạc tử cung (LNMTTC), và viêm túi thừa VT.<sup>(1)</sup> Trong trường hợp viêm túi thừa VT, túi thừa ở đoạn kẽ hoặc đoạn eo của VT sưng to làm hẹp lòng VT.<sup>(1)</sup> Trong hầu hết các trường hợp, viêm túi thừa xảy ra ở cả hai VT gây hiếm muộn và thai ngoài tử cung (TNTC).<sup>(1)</sup> Polyp vòi trứng, quan sát thấy trong 11% những mẫu mô cắt tử cung, cũng có thể gây tắc VT đoạn gần tạm thời. Tương tự, LNMTTC có thể ảnh

hường đến đoạn kẽ của VT, và chiếm khoảng 7% - 14% BN hiếm muộn do VT.<sup>(1)</sup>

### ***Bệnh lý ở đoạn xa VT***

Bệnh lý đoạn xa của VT cũng do nhiều yếu tố gây nên gồm viêm nhiễm, tiền căn triệt sản, dính do lần mổ trước, và LNMTC. Rock và cộng sự<sup>(3)</sup> đã phân loại bệnh lý đoạn xa theo mức độ nhẹ, vừa, nặng dựa trên kích thước của ứ dịch VT, mức độ dính, độ bảo tồn của loa vòi, và hình ảnh của lòng VT khi chụp cản quang buồng tử cung-VT (HSG). Sự phân loại này giúp đánh giá khả năng có thai và tỉ lệ TNTC trước và sau khi phẫu thuật trên VT.

### **Chẩn đoán hiếm muộn do VT**

Có nhiều phương pháp từ đơn giản đến phức tạp để chẩn đoán hiếm muộn do VT như huyết thanh chẩn đoán Chlamydia, siêu âm tử cung-VT có chất cản âm (SHG), chụp cản quang buồng tử cung-VT (SHG) và nội soi ổ bụng. Mỗi phương pháp có những lợi ích và hạn chế nhất định. Do đó, chọn phương pháp nào hoặc kết hợp với phương pháp nào phụ thuộc tình trạng của từng bệnh nhân (BN) cụ thể.

### ***Huyết thanh chẩn đoán nhiễm Chlamydia Trachomatis***

Đây là một phương pháp dựa trên cơ sở lý luận là đa số tổn thương VT là do viêm nhiễm, mà tác nhân gây viêm nhiễm VT thường là *Chlamydia trachomatis*. Do đó việc tầm soát *C. trachomatis* rất có giá trị dự đoán tổn thương VT.

Thử nghiệm tìm kháng thể để phát hiện tiền căn nhiễm *Chlamydia trachomatis* là một phương pháp rẻ tiền, hiệu quả và không xâm lấn để đánh giá VT.<sup>(4)</sup> Có 4 kỹ thuật huyết thanh học khác nhau: vi miễn dịch huỳnh quang, miễn dịch huỳnh quang, miễn dịch men oxy hoá và ELISA. Kỹ thuật vi miễn dịch huỳnh quang là đặc hiệu nhất vì chỉ phát hiện những kháng thể kháng *C. trachomatis* (IgG), trong khi đó những kỹ thuật kia phát hiện không chỉ những kháng thể kháng *C. trachomatis* mà cả *C. pneumonia*. Do đó làm độ nhạy tăng lên nhưng độ đặc hiệu thì giảm xuống.<sup>+</sup>

Mol và cs.<sup>(4)</sup> đã thực hiện thống kê từ nhiều nghiên cứu khác nhau, so sánh huyết thanh chẩn đoán nhiễm *C. trachomatis* với chụp cản quang buồng tử cung-VT và dùng nội soi ổ bụng làm tiêu chuẩn vàng. Kết quả cho thấy kỹ thuật vi miễn dịch huỳnh quang có độ nhạy và độ đặc hiệu là 75%, trong khi những kỹ thuật khác ít đặc hiệu hơn. Khả năng phát hiện tắc VT của huyết thanh chẩn đoán *C. trachomatis* có thể so sánh với chụp cản quang buồng tử cung-VT, và tác giả kết luận rằng có thể sử dụng huyết thanh chẩn đoán *C. trachomatis* thay cho chụp cản quang buồng tử cung-VT để tầm soát bệnh lý VT.<sup>(4)</sup> Tuy nhiên, huyết thanh chẩn đoán *C. trachomatis* bị hạn chế là không thể khảo sát được cấu trúc giải phẫu của tử cung-VT và không có khả năng điều trị như chụp cản quang buồng tử cung-VT.<sup>(4)</sup>

### ***Siêu âm buồng tử cung-vòi trứng (SHG)***

Siêu âm buồng tử cung-VT (SHG) là thuật ngữ để chỉ kỹ thuật siêu âm có kết hợp bơm chất cản âm vào buồng tử cung để đánh giá tổn thương ở buồng tử cung và VT chính xác hơn.<sup>(5-8)</sup> Đây là một phương pháp chọn lựa thay thế cho HSG. Chất cản âm thường dùng nhất là nước muối sinh lý hoặc khí. Mặc dù hình ảnh trên siêu âm có thể kém hơn X quang, siêu âm ngã bụng có độ nhạy tới 100% và độ đặc hiệu là 96%,<sup>(1)</sup> trong khi siêu âm đầu dò âm đạo

có độ nhạy là 89% và độ đặc hiệu là 100% khi phát hiện tắc nghẽn VT.<sup>(9)</sup> Đặc biệt trong một thống kê gần đây dựa trên tổng kết từ 3 nghiên cứu gồm hơn 1000 BN cho thấy phương pháp này hiệu quả hơn chụp cản quang buồng tử cung-vòi trứng và có thể so sánh với nội soi chẩn đoán.<sup>(10)</sup>

Trong trường hợp dùng khí làm chất cản âm, một lượng nhỏ Khí được bơm vào buồng tử cung, và siêu âm đánh giá những bóng khí thoát qua VT. Jeanty và cs.<sup>(11)</sup> phát hiện ra rằng phương pháp này chính xác 79,4% khi kiểm chứng với nội soi chẩn đoán, độ nhạy là 85% và độ đặc hiệu là 87%. Những nghiên cứu này cũng bị hạn chế là chỉ những BN không có thai mới được làm nội soi để kiểm chứng. Do đó, có sự thiên lệch về những BN có kết quả siêu âm bất thường.<sup>(11)</sup>

Lợi ích chính của siêu âm buồng tử cung-VT là khả năng phát hiện những bất thường của buồng tử cung (polyps và u xơ) rất cao, mà những tổn thương này cũng có thể gây hiếm muộn. Trong khi siêu âm có sử dụng khí phát hiện ra khoảng 85% bất thường buồng tử cung, thì chụp cản quang buồng tử cung-VT chỉ phát hiện khoảng 6%.<sup>(12)</sup> Hơn nữa siêu âm rẻ tiền hơn, nhanh hơn, và BN cảm thấy dễ chịu hơn.<sup>(13,14)</sup>

### ***Chụp cản quang buồng tử cung – vòi trứng (HSG)***

HSG là phương pháp kinh điển nhất để khảo sát buồng tử cung và VT. Cho tới lúc này HSG vẫn được sử dụng rộng rãi như là một phương tiện chẩn đoán đầu tay và có nhiều lợi ích như: không cần gây mê, thực hiện nhanh, và có hiệu quả điều trị khi sử dụng chất cản quang tan trong dầu.<sup>(15,16)</sup> Tính năng điều trị của HSG là có thể đẩy được những mảnh mô vụn trong lòng VT ra ngoài.<sup>(16)</sup> Hơn nữa, những nghiên cứu in vitro cho thấy thuốc cản quang tan trong dầu ngăn chặn được hiện tượng đại thực bào trong phúc mạc tán công tinh trùng và tăng tỉ lệ có thai ở chuột bị hiếm muộn.<sup>(16)</sup>

Hạn chế lớn nhất của HSG là gây co thắt VT, đặc biệt khi bơm thuốc cản quang áp lực cao. Dựa trên hình ảnh của phương pháp nong VT qua nội soi buồng tử cung, HSG cho kết quả dương tính giả khoảng 50% những trường hợp chẩn đoán tắc đoạn gần.<sup>(1)</sup> Một số giải pháp được đưa ra nhằm giải quyết sự co thắt như: bơm thuốc cản quang áp lực thấp, dùng các thuốc giảm co thắt như glucagon, diazepam, terbutaline.<sup>(1)</sup> Tuy nhiên, các thuốc giảm co thắt vẫn chưa được chứng minh là hiệu quả.<sup>(2)</sup> Sự tắc nghẽn gián đoạn trên HSG có thể gợi ý đến bệnh lý VT, đặc biệt là khi đã được bơm ở áp lực thấp.<sup>(2)</sup> Một nghiên cứu gần đây<sup>(17)</sup> đã gợi ý rằng trong hơn 50% những trường hợp tắc một bên VT đoạn kẽ có thể được giải quyết bằng cách xoay BN sao cho VT bị tắc ở vị trí thấp hơn.

Một tổng phân tích so sánh độ chính xác của HSG với tiêu chuẩn vàng là nội soi ổ bụng cho thấy độ nhạy là 65% và độ đặc hiệu là 83%.<sup>(18)</sup> Phân tích này bị hạn chế là chỉ khảo sát hồi cứu những BN được thực hiện cả hai phương pháp HSG và nội soi, nhưng không khảo sát được những người sau khi chụp HSG là đã có thai.<sup>(18)</sup> Tuy nhiên, trong một nghiên cứu khác<sup>(19)</sup> đã thực hiện nội soi toàn bộ những người được làm HSG, kết quả thu được cũng tương tự như nghiên cứu trên, độ nhạy là 54% và độ đặc hiệu là 83%. Một hạn chế khác của HSG là không phát hiện được dính quanh VT.<sup>(19)</sup>

### ***Nội soi ổ bụng kiểm tra VT***

Cho đến lúc này nội soi ổ bụng kiểm tra VT vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng để đánh giá VT.<sup>(18)</sup> Đồng thời nội soi cũng có những lợi thế mà các phương pháp khác không có được đó

là quan sát được hình ảnh thật sự về cấu trúc giải phẫu của cơ quan sinh dục, phát hiện và khi cần có thể kết hợp can thiệp để giải quyết các bệnh lý vùng chậu kèm theo như bóc u nang buồng trứng, tái tạo vòi trứng, bóc u xơ tử cung... Do đó nội soi ổ bụng được xem là phương tiện chẩn đoán xác định và có thể điều trị hiệu quả ở những BN có dấu hiệu tổn thương VT trên những phương tiện chẩn đoán khác ít chính xác hơn. Tuy được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lý VT, nhưng khi thực hiện phải hết sức thận trọng vì có một số trường hợp rất khó đánh giá và có thể làm cho chẩn đoán không chính xác như: kháng trở của hai VT khác nhau, mặc dù được gây mê toàn thân nhưng vẫn không loại trừ hoàn toàn được hiện tượng co thắt VT, hoặc thường gặp hơn nữa là thực hiện sai kỹ thuật.<sup>(18)</sup>

### ***Nội soi vòi trứng***

Nội soi VT là một phương pháp nội soi để phát hiện tổn thương trong lòng ống VT. Kỹ thuật được thực hiện trong lúc nội soi ổ bụng, đưa vào đoạn xa của VT một ống nội soi cứng, từ đó cho phép nhìn rõ niêm mạc của đoạn bóng. Người ta thấy rằng không có tương quan giữa dính trong lòng VT và dính quanh VT,<sup>(20)</sup> mà dính trong lòng VT mới thực sự là tổn thương khó hồi phục và làm giảm nhiều khả năng có thai.<sup>(21)</sup> Nội soi tách dính quanh VT chỉ có thể giữ được cấu trúc bên ngoài của VT và làm cho VT dễ bắt được trứng rụng, nhưng chức năng VT vẫn kém nếu như có tổn thương trong lòng VT.<sup>(22)</sup> Điều này đã được chứng minh trong một khảo sát 51 BN bị dính quanh VT hoặc ứ dịch VT, những BN này được nội soi tách dính quanh VT hoặc mở thông VT và nội soi VT.<sup>(20)</sup> Tỷ lệ có thai ở những BN có niêm mạc VT bình thường ở thời điểm nội soi là 71% nếu là tách dính quanh VT và 64% nếu là ứ dịch VT. Trong khi đó những BN có tổn thương trong lòng VT thì không người nào có thai trong tử cung.<sup>(20)</sup>

### **Điều trị hiếm muộn do VT**

Có nhiều yếu tố để quyết định chọn lựa biện pháp thích hợp để điều trị một trường hợp hiếm muộn do VT. Yếu tố đầu tiên cần đánh giá là loại và mức độ tổn thương VT, các yếu tố khác cũng cần phải cân nhắc đó là tuổi và mức độ dự trữ buồng trứng của BN, những yếu tố gây hiếm muộn của người chồng, điều kiện về kinh tế xã hội. các biện pháp điều trị hiếm muộn do VT có thể là: nong VT qua cổ tử cung (transcervical tubal cannulation) và chụp VT chọn lọc (selective salpingography), phẫu thuật tái tạo VT, thụ tinh trong ống nghiệm (TTTÔN).

### ***Tắc đoạn gần VT***

Tắc đoạn gần VT được chẩn đoán khi chụp cản quang buồng tử cung-VT là khi thuốc cản quang không vào được đoạn kẽ hoặc đoạn eo của VT, chiếm khoảng 10-30% các trường hợp.<sup>(4)</sup> Phương pháp điều trị có thể nong VT qua cổ tử cung (CTC), phẫu thuật tái tạo lại đoạn kẽ-eo của VT, và TTTÔN.

### **Nong VT qua CTC VÀ chụp VT chọn lọc**

Khi chụp VT chọn lọc, một catheter được đưa từ cổ tử cung lên lỗ VT (tubal ostium) vào đoạn gần, thuốc cản quang sẽ được bơm theo catheter này tạo nên áp lực cao có thể đẩy được những mảnh mô vụn trong lòng VT ra ngoài.

Nong VT qua cổ tử cung để phục hồi tắc đoạn gần VT có thể được thực hiện dưới sự hướng dẫn của X quang, siêu âm, nội soi buồng tử cung.<sup>(1)</sup> Kỹ thuật được thực hiện bằng

cách luồn một catheter nhỏ, không gây sang chấn vào VT để thông chỗ tắc.<sup>(2)</sup> Trong khi 85% các trường hợp tắc nghẽn có thể giải quyết được, tỉ lệ tắc lại vẫn còn cao tới 30%, và tai biến thủng VT là 3 – 11%. Mặc dù những lỗ thủng này thường là nhỏ và tự lành, tổn thương kết hợp và viêm nhiễm có thể đưa tới dính và rối loạn chức năng VT sau này.<sup>(2)</sup>

### **Phẫu thuật tái tạo lại đoạn kẽ của VT**

Phương pháp này nên được thực hiện bằng vi phẫu thuật với ống kính có độ phóng đại từ 10 tới 20 lần.<sup>(23)</sup> Báo cáo cho thấy tỉ lệ có thai sau vi phẫu thuật khoảng 38 tới 56%, cao hơn hẳn so với phẫu thuật thông thường không dùng kính phóng đại. Hơn nữa, khi không dùng kỹ thuật vi phẫu sẽ có tỉ lệ biến chứng hẹp VT cao (tới 80%).<sup>(2)</sup>

### **Tắc đoạn xa VT**

Tắc đoạn xa VT chiếm khoảng 85% tất cả những trường hợp hiếm muộn do VT.<sup>(1)</sup> Ngoài phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm (TTÔN) thì phẫu thuật mở thông VT và tái tạo loa vòi cũng là một chọn lựa điều trị.

### **Mở thông VT (SALPINGOSTOMY)**

Có thể mở thông VT trong những trường hợp dính VT, áp-xe phần phụ, ứ dịch VT, và TNTC. Tổng tỉ lệ có thai sau khi mở thông VT chỉ khoảng 30% trong ĐÓ ¼ là bị TNTC.<sup>(1)</sup> Khi BN bị tổn thương VT nhẹ thì tỉ lệ có thai sau khi mở thông VT là 81%, khi tổn thương trung bình thì tỉ lệ có thai là 31%, và nếu tổn thương nặng tỉ lệ có thai chỉ còn 16%.<sup>(1)</sup> Đồng thời, tỉ lệ TNTC cũng liên quan đến tổn thương VT, khi tổn thương trung bình và nặng thì tỉ lệ TNTC cao hơn tổn thương nhẹ.<sup>(1)</sup> Nhưng có một nghịch lý là khi tổn thương VT nặng thì tỉ lệ TNTC lại cao hơn so với tổn thương vừa, điều này có thể giải thích là trong trường hợp tổn thương nặng thì VT hoàn toàn mất khả năng bắt trứng.<sup>(24)</sup>

Thống kê tại BV Từ Dũ<sup>(25)</sup> cho thấy, tỉ lệ có thai sau khi thực hiện nội soi tái tạo VT là 28,6%, trong đó TNTC chiếm tỉ lệ là 1/3. Khi VT tổn thương nhẹ thì tỉ lệ có thai trong tử cung sau phẫu thuật 1 năm là 45,5%, trong khi đó khi VT tổn thương nặng hơn thì tỉ lệ có thai trong tử cung chỉ còn 8,2%.

### **Tái tạo loa vòi**

Tái tạo, tách dính hoặc nong rộng loa để phục hồi chức năng của loa vòi.<sup>(24)</sup> Nhằm mục đích cải thiện khả năng bắt trứng, tái tạo loa vòi đã làm tăng tỉ lệ có thai lên gấp đôi (khoảng 60%) trong những trường hợp mở thông VT khi bị tắc hoàn toàn đoạn xa VT.<sup>(1)</sup> Hơn nữa với việc ứng dụng kỹ thuật vi phẫu, tỉ lệ thai trong tử cung (59%) và TNTC (42%) đã được cải thiện đáng kể so với phẫu thuật thông thường là 42% và 14%.<sup>(26)</sup> Vi phẫu thuật qua nội soi hay mở bụng hở đều cho kết quả tốt tuy nhiên khi thực hiện qua nội soi tỉ lệ TNTC có thể lên đến 14%.<sup>(1)</sup>

Thống kê tại BV Từ Dũ<sup>(25)</sup> cho thấy mức độ dính quanh VT là một yếu tố làm hạn chế khả năng có thai sau phẫu thuật. Khi không có dính thì tỉ lệ có thai trong tử cung sau phẫu thuật nội soi tái tạo VT 1 năm là 42,9%, nhưng khi có dính nhẹ thì tỉ lệ có thai trong tử cung giảm chỉ còn 21,6%, khi dính nặng thì 100% BN không có thai trong tử cung sau phẫu thuật 1 năm.

## **Ứ DỊCH VT**

Tắc VT đoạn xa do nhiễm trùng có thể dẫn đến ứ dịch VT.<sup>(27)</sup> Ứ dịch VT không có độc tính trực tiếp trên phôi người, nhưng nó ức chế sự phát triển của phôi do thiếu chất dinh dưỡng cơ bản và dự trữ năng lượng.<sup>(1)</sup> Hơn nữa, sự dò rỉ dịch ứ ở VT vào buồng tử cung làm ảnh hưởng xấu đến sự làm tổ, không chỉ do thay đổi môi trường nội mạc tử cung mà còn làm bong phôi bào ra khỏi bề mặt niêm mạc tử cung.<sup>(1)</sup>

Thông kê dựa trên những khảo sát hồi cứu<sup>(27)</sup> so sánh nhóm hiếm muộn do VT với nhóm hiếm muộn do nguyên nhân khác đã cho thấy rằng ở nhóm bị ứ dịch VT tỉ lệ có thai, làm tổ, sanh giảm chỉ còn một nửa và tỉ lệ sảy thai tự nhiên sau TTTÔN tăng gấp 2 lần so với nhóm không bị ứ dịch VT.<sup>(27)</sup> Chọn lựa điều trị đối với ứ dịch VT bao gồm chọc hút dịch, mở thông VT, kẹp cắt đoạn gần VT và cắt VT.<sup>(28)</sup>

## **Chọc hút dịch VT**

Hút dịch VT qua ngã âm đạo dưới sự hướng dẫn của siêu âm trước chu kỳ làm TTTÔN hoặc ở thời điểm chọc hút trứng là kỹ thuật ít xâm lấn nhất. Những nghiên cứu thực nghiệm không ngẫu nhiên đã cho những kết quả mâu thuẫn nhau về hiệu quả do ứ dịch có khuynh hướng tái phát. Tuy nhiên, không nên chọc hút dịch ở thời điểm chọc hút trứng làm TTTÔN do dịch viêm nhiễm ở VT có thể ảnh hưởng tới chất lượng của trứng và phôi.<sup>(29)</sup>

## **Mở thông vòi trứng**

Đã có bằng chứng cho thấy rằng khoảng 1/3 BN bị ứ dịch VT có tiên lượng tốt để có thai tự nhiên sau khi phẫu thuật tái tạo VT.<sup>(29)</sup> Tuy nhiên, người ta thấy rằng cần phải xem lại tiêu chuẩn chọn bệnh, bao gồm cả việc sử dụng nội soi VT để đánh giá chất lượng VT cho chính xác (những nghiên cứu này đã không thực hiện). Cho tới lúc này vẫn chưa có một thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nào so sánh giữa mở thông VT với nội soi cắt VT trong trường hợp ứ dịch VT.

## **Kẹp cắt đoạn gần VT (Proximal tubal ligation)**

Có 2 nghiên cứu hồi cứu có cỡ mẫu nhỏ cho thấy tỉ lệ có thai được cải thiện sau khi kẹp cắt đoạn gần VT so với cắt bỏ VT ở phụ nữ làm TTTÔN bị ứ dịch VT.<sup>(1)</sup> Tuy nhiên, vẫn chưa có một thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nào chứng minh cho nhận định này.

## **Cắt bỏ VT (Salpingectomy)**

Theo nhiều khảo sát hồi cứu và hai thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nhỏ gợi ý đến lợi ích của cắt VT, Strandell<sup>(30)</sup> thực hiện một thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đánh giá vai trò của nội soi cắt VT so với không điều trị trước khi làm TTTÔN. Khảo sát cho thấy có sự tăng đáng kể tỉ lệ có thai (37%) và sanh (29%) ở nhóm cắt VT so với nhóm không điều trị là 24% và 16%.

## **Triệt sản Nữ (Đình sản)**

Triệt sản nữ (Đình sản) là một phương pháp ngừa thai khá thông dụng trên thế giới. Do đây là một phương pháp ngừa thai vĩnh viễn nên rất dễ có nguy cơ gây nên sự hối tiếc sau đó

và nhiều phụ nữ đã yêu cầu có thai trở lại sau khi triệt sản. Đánh giá trên cơ sở dữ liệu của 2253 phụ nữ đã triệt sản cho thấy thường có sự hối tiếc ở những phụ nữ triệt sản trẻ tuổi và khi có sự thay đổi trong hôn nhân.<sup>(1)</sup> Để giải quyết nhu cầu mang thai lại ở những người này chỉ có 2 cách: vi phẫu tái tạo lại VT và TTTÔN.

### **Tái tạo lại VT**

Một số yếu tố để quyết định tái tạo lại VT chỉ có thể thực hiện được khi VT còn lại vẫn còn đủ độ dài cần thiết, không bị tổn thương nặng sau khi triệt sản.<sup>(1)</sup> Do đó, phương pháp triệt sản trước đó cũng ảnh hưởng đến kết quả của tái tạo. Đối với những trường hợp triệt sản bằng kẹp bấm (clip), thì khi tái tạo lại VT cho kết quả tốt hơn những trường hợp triệt sản bằng phương pháp khác.<sup>(1)</sup> Những trường hợp triệt sản bằng phương pháp đốt điện, đặc biệt là khi dùng đầu đốt đơn cực sẽ làm tăng nguy cơ TNTC sau khi tái tạo VT. Đối với những trường hợp triệt sản bằng những phương pháp có cắt đoạn VT sẽ làm ngắn VT và gây tổn thương nặng sẽ ảnh hưởng nhiều đến kết quả khi tái tạo lại VT.<sup>(1)</sup> Những yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến sự thành công của tái tạo VT là vị trí tái tạo, nếu tái tạo ở đoạn eo-eo sẽ cho kết quả tốt nhất với tỉ lệ có thai là 81%, tuổi của BN, và có hay không sự hiện diện của bệnh lý VT kèm theo.<sup>(31)</sup>

Mặc dù TTTÔN thường được thực hiện ở nhiều trung tâm cho những trường hợp này, vẫn chưa có thực nghiệm lâm sàng có đối chứng nào so sánh giữa 2 phương pháp phẫu thuật phục hồi VT và TTTÔN.<sup>(32)</sup> Đối với những phụ nữ trẻ tuổi thì tỉ lệ thành công cao hơn và có thể có thai nhiều lần.<sup>(31)</sup> Trong khi đó đối với những phụ nữ lớn tuổi hơn thì vẫn còn là vấn đề đang được tranh luận. Quyết định thực hiện phẫu thuật được dựa trên tuổi và mức độ dự trữ buồng trứng của BN kết hợp với chiều dài và tình trạng của VT còn lại.<sup>(31)</sup>

### **Chọn lựa TTTÔN hay phẫu thuật**

TTTÔN có thể giải quyết được toàn bộ vấn đề tắc nghẽn VT, dựa trên cơ sở dữ liệu 1999 cho thấy tỉ lệ sanh là 30% cho một chu kỳ.<sup>(32)</sup> Tỉ lệ thành công của TTTÔN phụ thuộc nhiều vào tuổi của BN, càng lớn tuổi tỉ lệ thành công càng thấp, ở người dưới 30 tuổi tỉ lệ thành công khoảng 50%, ở người 35 – 38 tuổi tỉ lệ thành công khoảng 28% và ở người trên 40 tuổi tỉ lệ thành công chỉ còn 9%.<sup>(24)</sup> Một cơ sở dữ liệu cho thấy những BN bị hiếm muộn do VT, bất kể có kèm theo yếu tố gây hiếm muộn khác hay không, hơn 70% sẽ có thai sau 4 chu kỳ TTTÔN.<sup>(24)</sup> Tuy nhiên, TTTÔN có giá thành khá đắt nên không thể đáp ứng cho tất cả mọi đối tượng. Một thực nghiệm lâm sàng gần đây so sánh giữa việc sử dụng những phương pháp kinh điển và TTTÔN như là điều trị đầu tay cho thấy phương pháp kinh điển cho kết quả tốt hơn và rẻ tiền hơn.<sup>(33)</sup>

Chưa có thực nghiệm lâm sàng nào so sánh phẫu thuật và TTTÔN để điều trị hiếm muộn do VT. Tuy nhiên, dựa trên những bằng chứng đã có, người ta đã đưa ra những đề nghị sau.<sup>(24)</sup> Phẫu thuật nên được lựa chọn như một điều trị đầu tay, đặc biệt nếu được thực hiện bằng nội soi, rất phù hợp trong những trường hợp tổn thương VT nhẹ hoặc vừa nếu BN trẻ tuổi và có dự trữ buồng trứng tốt. Những BN này nên được chỉ định TTTÔN nếu như không có thai sau phẫu thuật một năm.<sup>(24,34)</sup>

Những BN lớn tuổi và những người bị tổn thương VT nặng nên được chỉ định ngay TTTÔN để tạo cơ hội có thai ngay và tránh được những biến chứng của phẫu thuật.<sup>(24)</sup> Trong trường hợp tổn thương nặng VT thì phẫu thuật không đem lại kết quả tốt, trong một thống kê gần đây người ta thấy rằng tỉ lệ có thai là 12,5% và không có trường hợp sanh sống nào trong

vòng 2,5 năm sau khi phẫu thuật tái tạo VT.<sup>(1)</sup> Trong những trường hợp này, trước khi thực hiện kỹ thuật TTTÔN, có thể áp dụng điều trị đầu tay bằng phẫu thuật cắt VT nếu có ứ dịch VT hoặc TNTC nhiều lần nhằm mục đích tạo cơ hội tối đa cho BN có thai trong tử cung.<sup>(30)</sup>

Tóm lại, chọn lựa phương pháp phẫu thuật, TTTÔN, hoặc cả hai cần dựa trên từng trường hợp cụ thể như có kết hợp với những yếu tố gây hiếm muộn khác, tỉ lệ thành công của TTTÔN tại địa phương, và giá thành điều trị.<sup>(24)</sup>

## KẾT LUẬN

Ngoài tiêu chuẩn vàng là nội soi chẩn đoán đánh giá VT, một số những phương tiện chẩn đoán khác gồm chụp cản quang buồng tử cung-vòi trứng, siêu âm tử cung-vòi trứng có sử dụng thuốc cản âm, nội soi VT và huyết thanh chẩn đoán Chlamydia cũng được sử dụng để đánh giá VT và có nhiều lợi ích. Tuy thuộc vào đặc tính và mức độ tổn thương VT cũng như tuổi và dự trữ buồng trứng của BN, một số phương pháp điều trị hiếm muộn do VT đã được sử dụng. Trong khi can thiệp phẫu thuật là một điều trị hiệu quả đối với hầu hết vấn đề VT, thì tổn thương VT vẫn là một chỉ định cơ bản của TTTÔN. Tuy nhiên, trong một số trường hợp như TNTC tái phát và ứ dịch VT, phẫu thuật cắt bỏ VT dự phòng có thể được sử dụng với TTTÔN để cải thiện hiệu quả điều trị.

## Tài liệu tham khảo

1. Kodaman PH, Arici A, Seli E. Evidence-based diagnosis and management of tubal factor infertility. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29.
2. Honore GM, Holden AE, Schenken RS. Pathophysiology and management of proximal tubal blockage. *Fertil Steril* 1999; 71: 785-95.
3. Rock JA, Katayama P, MARTIN EJ, et al. Factors influencing the success of salpingostomy techniques for distal fimbrial obstruction. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 591-96.
4. Mol BWJ, Dijkman B, Wertheim P, et al. The accuracy of serum chlamydial antibodies in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1997; 67: 1031-37.
5. Reis MM, Soares SR, Cancado ML. Hysterosalpingo-contrast sonography (HyCoSy) with SH U 454 (Echovist) for the assessment of tubal patency. *Hum Reprod* 1998; 13: 3049-52.
6. Halmilton JA, Larson AJ, Lower AM. Evaluation of the performance of hysterosalpingo-contrast sonography in 500 consecutive, unselected, infertile women. *Hum Reprod* 1998; 13: 1519-26.
7. Dietrich M, Suren A, Hinney B. Evaluation of tubal patency by hysterocontrast sonography (HyCoSy, Echovist) and its correlation with laparoscopic findings. *J Clin Ultrasound* 1996; 24: 523-527.
8. Fleisher AC, Vasquez JM, Cullinam JA. Sonohysterography combined with sonosalpingography: Correlation with endoscopic findings in infertility patients. *J Ultrasound Med* 1997; 16: 381-85.
9. Schlieff R, Diechert U. Hysterosalpingo-contrast sonography of the uterus and fallopian tubes: results of a clinical trial of a new contrast medium in 120 patients. *Radiology* 1991; 178: 213-15.
10. Holz K, Becker R, Schumann R. Ultrasound in the investigation of tubal patency. A meta-analysis of three comparative studies of Echovist-2000 including 1007 women. *Zentralbl gynakol* 1997; 119: 366-73.
11. Jeanty P, Besnard S, Arnold A, et al. air-contrast sonohysterography as a first step



assessment of tubal patency. *J Ultrasound Med* 2000; 19: 519-27.

12. Chenia F, Hofmeyr GJ, Moolia S, et al. Sonographic hydrotubation using agitated saline: A new technique for improving fallopian tube visualization. *Br J Radiol* 1997; 70: 833-36.

13. Korell M, Seehaus D, Strowitzki T. Radiologic versus ultrasound fallopian imaging: painfulness of the examination and diagnostic reliability of hysterosalpingography and hysterosalpingo-contrast ultrasonography with Echovist 200 [in Germany]. *Ultraschall in der Medizin* 1997; 18: 3-7.

14. Exacoustos C, Zupi E, Carusotti C, Lanzi G, et al. Hysterosalpingo-contrast sonography compared with hysterosalpingography and laparoscopic dye perturbation to evaluate tubal patency. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10: 367-72.

15. Nugen D, Watson AJ, Killick SR, et al. a randomized controlled trial of tubal flushing with lipoidal for unexplained infertility. *Fertil Steril* 2002; 77: 173-75.

16. Watson A, Vandekerckhove P, Lifford R, et al. A meta-analysis of the therapeutic role of oil soluble contrast media at hysterosalpingography: a surprising result? *Fertil Steril* 1994; 61: 470-77.

17. Hurd WW, Wyckoff ET, Reynolds DB, et al. Patient rotation and resolution of unilateral corneal obstruction during hysterosalpingography. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 1275-78.

18. Swart P, Mol B, Van der Veen F, et al. The accuracy of hysterosalpingography in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1995; 64: 486-91.

19. Swolin K, Rozencrantz M. Laparoscopy versus hysterosalpingography in sterility investigations, a comparative study. *Fertil Steril* 1972; 23: 270-273.

20. Marana R, Catalano GF, Muzil L, et al. The prognostic role of salpingoscopy in laparoscopic tubal surgery. *Hum Reprod* 1999; 14: 2991-95.

21. De Bruyne F, Puttemans P, Boeck W, Brosen I. The clinical value of salpingoscopy in tubal infertility. *Fertil Steril* 1989; 51: 339-340.

22. Marana R, Catalano GF, Muzil L. Salpingoscopy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15: 333-36.

23. Gomel V. Reconstructive tubal surgery. In: Rock JA, Thompson J, editors. *Telinde's operative gynecology*. Philadelphia: Lippincott-Raven. pp. 549-84.

24. Benadiva CA, Kligman I, Davis O, Rozenwaks Z. In vitro fertilization versus tubal surgery: Is pelvic reconstructive surgery obsolete? *Fertil Steril* 1995; 64: 1051-61.

25. Lê Quang Thanh và cộng sự. Hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng. *Thời sự y dược học*. THÁNG 4-2005, Bộ X Số 2, TRANG: 73-76.

26. Lavy G, Diamond MP, Decherney AH. Ectopic pregnancy: its relationship to tubal reconstructive surgery. *Fertil Steril* 1987; 47: 543-56.

27. Camus E, Poncelet C, Goffinet F, et al. Pregnancy rates after in-vitro fertilization in cases of tubal infertility with and without hydrosalpinx: a meta-analysis of published comparative studies. *Eur Soc Hum Reprod Embryol* 1999; 14: 1243-49.

28. Zeyneloglu HB. Hydrosalpinx and assisted reproduction: options and rationale for treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001; 13: 281-86.

29. Andersen AN, Lindhard A, Loff A, et al. The infertile patient with hydrosalpinx: ivf with or without salpingectomy? *Hum Reprod* 1996; 11: 2081-84.

30. Strandell A, Lindhard A, Waldenstrom U, et al. Hydrosalpinx and IVF outcome: a prospective, randomized multicentre trial in Scandinavia on salpingectomy prior to IVF. *Hum Reprod* 1999; 14: 2762-69.

31. Trimbos-Kemper TCM. Reversal of sterilization in women over 40 years of age: a multicenter survey in the Netherlands. *Fertil Steril* 1990; 53: 575-77.

32. Assisted reproductive technology in the United States: 1999 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertil Steril* 2002; 78: 918-31.
33. Karande VC, Korn A, Morris R. Prospective randomized trial comparing the outcome and cost of in vitro fertilization with that of a traditional treatment algorithm as first-line therapy for couples with infertility. *Fertil Steril* 1999; 71: 468-75.
34. Watson A, Vandekerckhove P, Lifford R. Techniques for pelvic surgery in subfertility. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3:CD000221.