

# Mục lục

<b>Chuyên đề sản khoa</b> .....	
Nhiễm CMV - cytomegalovirus (CMV) và thai kỳ .....	1
Prise en charge de l' hemorrhagie du post partum immediat .....	7
Băng huyết sau sanh .....	23
Hiệu quả của bóng chèn lòng tử cung điều trị băng huyết sau sanh .....	35
Screening for preeclampsia .....	42
Tầm soát tiền sản giật .....	43
Screening and prevention of spontaneous preterm delivery .....	44
Tầm soát và phòng tránh sanh non .....	45
Pathologies gynécologiques et grossesse .....	46
Bệnh lý phụ khoa và thai kỳ .....	47
Thai suy trong chuyển dạ .....	48
Hiệu quả phương pháp đo nồng độ lactate máu da đầu thai nhi trong chẩn đoán thai suy cấp .....	53
<b>Chuyên đề PTNS</b> .....	<b>64</b>
Vai trò khâu may trong phẫu thuật nội soi phụ khoa .....	65
Hiệu quả và tác dụng phụ của kháng sinh dự phòng liều duy nhất doxycycline 200mg trong hút thai ba tháng đầu .....	66
Nghiên cứu một số lý do và đánh giá hiệu quả của misoprostol trong phá thai từ 17 đến 22 tuần tại bệnh viện Phụ sản Trung ương .....	72
Vai trò của siêu âm bơm nước buồng tử cung trước phẫu thuật trong xác định vị trí u xơ tử cung dưới niêm mạc .....	80
Histoire de la coelioscopie ou laparoscopie .....	86
Lịch sử phẫu thuật nội soi .....	89
Hysterectomie coelioscopique élargie avec assistance robotique .....	92
Cắt rộng tử cung qua nội soi với kỹ thuật robot .....	95
Que reste-il de la microchirurgie tubaire par laparotomie ? .....	97
la coeliochirurgie conservatrice et reparatrice des annexes doit etre atraumatique .....	98
La coeliochirurgie conservatrice et reparatrice des annexes doit etre atraumatique .....	98
<b>Chuyên đề Ung thư phụ khoa</b> .....	
Định danh human papillomavirus (HPV) ở phụ nữ có kết quả phết mỏng cổ tử cung bất thường .....	103
Định danh human papillomavirus (HPV) ở phụ nữ có kết quả phết mỏng cổ tử cung bất thường .....	104
Human papillomavirus (HPV) genotyping in women with abnormal pap's results .....	105
Phát hiện thương tổn tiền ung thư và ung thư cổ tử cung bằng phương pháp quan sát cổ tử cung sau bôi acetic acid .....	112
Cancer du col de l'uterus: depistage et prevention .....	122
Ung thư cổ tử cung : tầm soát và dự phòng .....	123
Référentiel de traitement des cancers du col utérin de type histologique épidermode et adénocarcinome élaboré par la SFOG .....	124
Tiêu chuẩn điều trị ung thư ctc dạng thượng mô và carcinom tuyến được chẩn đoán mô học tại SFOG .....	127
Utilisation de la coeliochirurgie en cancerologie gynecologique .....	130
Introduction .....	130
Materiel et methode .....	130
Discussion .....	132

<b>Chuyên đề hiếm muộn .....</b>	<b>133</b>
L'assistance médicale à la procréation (AMP) aujourd'hui et perspectives pour demain .....	134
Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản – hiện tại và hướng tương lai .....	136
Reproductive technologies in developing countries .....	138
Kỹ thuật HTSS ở các nước đang phát triển .....	140
Active ageing .....	142
Liên quan giữa số lượng tinh trùng di động và thành công của bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) .....	144
Hỗ trợ phôi thoát màng bằng laser tại bệnh viện Từ Dũ .....	149
Hiệu quả điều trị của hcg trên bệnh nhân vô sinh nam suy hạ đồi- tuyến yên .....	151
Chẩn đoán và điều trị vô tinh do bế tắc .....	160
Xuất tinh sớm .....	169
<b>Chuyên đề chẩn đoán hình ảnh chẩn đoán tiền sản .....</b>	<b>170</b>
The prenatal screening and diagnosis program for Down syndrome .....	170
The prenatal screening and diagnosis program for Down syndrome .....	171
Sàng lọc và chẩn đoán hội chứng down trước sanh .....	171
Kết quả các thai kỳ có độ mờ da gáy dày .....	177
Outcome of fetuses with enlarged nuchal translucency .....	179
Siêu âm Doppler màu đánh giá tình trạng sức khỏe thai .....	181
Fetal well – being: the role of colour doppler .....	182
Cardiac malformations: prognosis and indications for termination of pregnancy .....	183
Những bất thường tim: tiên lượng và chỉ định chấm dứt thai kỳ .....	184
Troubles du rythme cardiaque foetal .....	185
Rối loạn nhịp tim thai .....	192
Fetal brain .....	209
Não bộ thai nhi .....	210
Other ultrasound methods used in first trimester screening for chromosome abnormalities. ....	211
Các dấu chứng khác trên siêu âm được dùng để sàng lọc bất thường nhiễm sắc thể ở quý một thai kỳ .....	212
Prenatal diagnosis and management of congenital pulmonary adenomatoid malformation (CPAM): is there a place for laser therapy? .....	213
Chẩn đoán và xử trí tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi: vai trò của liệu pháp laser .....	214
The fetal akinesia deformation sequence syndromes (FADS): ultrasound features and molecular genetic diagnosis. ....	215
Hội chứng biến dạng mất vận động thai (FADS): các dấu chứng trên siêu âm và chẩn đoán di truyền phân tử .....	216
Quality assured screening for Down syndrome .....	217
Đánh giá chất lượng sàng lọc hội chứng down .....	218
Using ultrasound to predict risk of obstetric complications .....	219
Ứng dụng siêu âm trong tiên đoán các biến chứng sản khoa .....	220
Fetal therapy .....	221
Liệu pháp điều trị bào thai .....	222
Prenatal diagnosis: what is ahead? .....	223
Chẩn đoán tiền sản: con đường phía trước .....	224
<b>Chuyên đề phẫu thuật thẩm mỹ .....</b>	<b>225</b>
Nâng to ngực bằng túi ngực .....	226
Phẫu thuật tạo hình thu gọn vú phì đại ở phụ nữ việt nam .....	227
Phẫu thuật tạo hình âm đạo bằng các vật có cuống ở phụ nữ việt nam .....	235
Place du chirurgien plasticien dans le traitement du cancer du sein .....	240
Vị trí của phẫu thuật chỉnh hình trong điều trị ung thư vú .....	241

Lipectomies abdominales .....	242
Phẫu thuật lấy mỡ bụng .....	244
Augmentation mammaire et ptose .....	246
Professeur elisa lebreton .....	246
Kỹ thuật nâng ngực và kỹ thuật tạo hình vú sa trệ .....	247
Complications spécifiques de la chirurgie plastique du sein .....	248
Biến chứng chuyên biệt trong phẫu thuật thẩm mỹ tạo hình vú .....	249

**CHUYÊN ĐỀ**  
**SẢN KHOA**

# NHIỄM CMV - CYTOMEGALOVIRUS (CMV) VÀ THAI KỲ

## GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

Siêu vi CMV lần đầu tiên được phân lập từ một bệnh nhân mắc bệnh “tế bào to có chứa túi to trong nhân và túi nhỏ hơn trong tế bào chất” (cytomegalic inclusion disease), hiện nay được xem là một tác nhân quan trọng gây nhiều bệnh cho mọi nhóm tuổi, từ các khuyết tật bẩm sinh nặng nề cho đến các rối loạn bệnh lý đi từ bệnh cảnh không triệu chứng, nhiễm âm thầm, đến hội chứng “tế bào to đơn nhân” rồi nhiễm toàn thân ở người suy giảm miễn dịch.

CMV gồm nhiều loại siêu vi, thuộc nhóm  $\beta$  herpes virus, thường ẩn trong nguyên bào sợi để phân chia và tăng trưởng.

### 1. Dịch tễ học

CMV có mặt trên toàn cầu. Ở Hoa Kỳ, khoảng 1% sơ sinh bị nhiễm CMV; ở các nước đang phát triển, tỷ lệ này còn nhiều hơn.

Cuộc sống cộng đồng và vệ sinh cá nhân kém là điều kiện thuận lợi cho bệnh phát triển. Nhiễm ở tuổi chu sinh và trẻ em nhỏ xảy ra rất thường xuyên.

CMV có thể hiện diện trong sữa mẹ, nước miếng, phân người và nước tiểu. Sự lây truyền có thể bắt đầu từ các nhà trẻ, các bé đem virus về nhà lây cho mẹ rồi từ mẹ lại lây truyền tiếp cho thai nhi và sơ sinh. Khi trong nhà có một bé bị lây nhiễm thì trong vòng 6 tháng sau, 50% thành viên gia đình sẽ có CMV (+).

CMV không lây truyền qua một vài tiếp xúc mà cần có thời gian tiếp cận khá lâu dài.

CMV còn có thể lây truyền qua đường tình dục, hiện diện âm thầm trong tinh dịch và chất dịch tiết ở cổ tử cung.

Truyền máu cũng là một cách lây truyền CMV.

**Một khi đã bị nhiễm thì người bệnh sẽ mang CMV đến trọn đời**, mặc dù không triệu chứng. Các đợt tái phát (reactivation) sẽ xảy ra khi các tế bào miễn dịch T bị suy yếu, có thể do bệnh như nhiễm HIV hoặc do thuốc ức chế miễn dịch sử dụng trong ghép tủy, ghép nội tạng.

<b>Đối tượng</b>	<b>Yếu tố nguy cơ</b>	<b>Triệu chứng chính</b>	<b>Điều trị</b>	<b>Dự phòng</b>
<b>Thai nhi</b>	Mẹ nhiễm nguyên phát trong 3 tháng đầu thai kỳ	Bệnh “tế bào to chứa “hạt virus” trong nhân và tế bào chất (cytomegalic inclusion disease)	Không có (ganciclovir?)	Mẹ tránh bị nhiễm, có thể sử dụng immunoglobuline trong khi mang thai?
<b>Bệnh nhân ghép nội tạng</b>	Tình trạng nhiễm của người cho và người nhận, chế độ sử dụng thuốc ức chế miễn dịch	Sốt, bạch cầu giảm, viêm phổi, bệnh lý đường tiêu hóa	Ganciclovir hoặc valganciclovir	Tầm soát CMV ở người cho nội tạng; điều trị dự phòng bằng ganciclovir hay valganciclovir

<b>Bệnh nhân ghép tủy</b>	Tuổi; các bệnh ở người cho và người nhận; CMV (+)	Viêm phổi, bệnh lý đường tiêu hóa	Ganciclovir hoặc thêm CMV immunoglobuline	Tầm soát CMV ở người cho nội tạng; điều trị dự phòng bằng ganciclovir hay valganciclovir
<b>Bệnh nhân AIDS</b>	TB CD4+T dưới 100/mL huyết thanh; CMV (+)	Viêm võng mạc, bệnh lý đường tiêu hóa, thần kinh	Ganciclovir, valganciclovir, foscarnet hay cidofovir	Uống valganciclovir

## 2. Cơ chế sinh bệnh

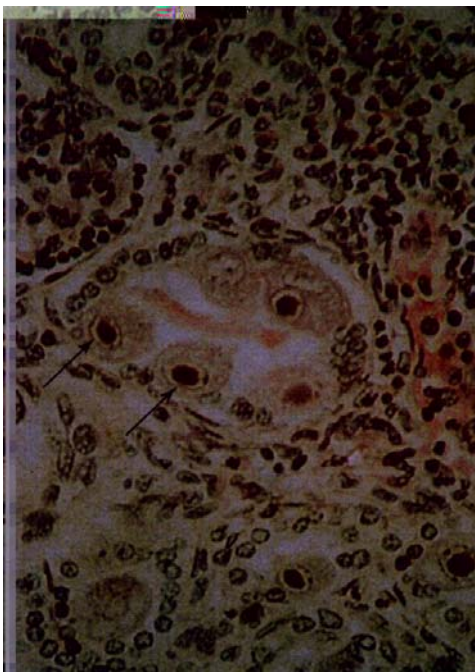
### 1. Nhiễm CMV ở thai nhi (CMV bẩm sinh)

có thể do mẹ nhiễm CMV tiên phát hay CMV có sẵn trong cơ thể mẹ tái hoạt động. Tuy nhiên, nếu thai hay sơ sinh nhiễm CMV có biểu hiện triệu chứng lâm sàng thì gần như luôn luôn là mẹ đã bị nhiễm tiên phát trong khi mang thai. Các yếu tố xác định và tiên lượng bệnh nặng chưa rõ, có thể do cơ thể bị suy yếu miễn dịch.

2. Nhiễm CMV ở người lớn hoặc trẻ em thường gây ra phản ứng mạnh của các tế bào lymphô T, đưa đến hội chứng đa bào đơn nhân (mononucleosis) giống như nhiễm siêu vi Epstein-Barr: trong máu ngoại vi có nhiều tế bào lymphô không điển hình, chủ yếu là tế bào lymphô T (CD8+). Tế bào B hoạt hóa đa dòng gây ra yếu tố dạng thấp khớp (rheumatoid factors) và các kháng thể tự miễn khác.

3. **Một khi đã nhiễm, CMV sẽ tồn tại suốt đời trong cơ thể người nhiễm bệnh.** Nơi CMV tồn lưu có thể là nhiều loại tế bào và ở nhiều cơ quan khác nhau. Khi truyền máu hay ghép tạng, có thể làm lây truyền CMV sang người nhận máu hay tạng. Tuyến nước bọt hay ruột là nơi nhiễm tiềm tàng, nơi CMV ẩn náu. Khi phản ứng miễn dịch của tế bào T bị suy yếu có thể do bệnh là do sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, siêu vi CMV ẩn náu trong cơ thể sẽ tái hoạt động, gây bệnh. CMV cũng có thể gây giảm đáp ứng của tế bào T, làm cơ thể bệnh nhân dễ nhiễm các loại vi khuẩn hay siêu vi khác như Pneumocystis, tác nhân đưa đến viêm phổi kẽ.

## 3. Bệnh học



Sau khi nhiễm CMV, các tế bào biểu bì phình to lên gấp 2 – 4 lần tế bào bình thường. Trong nhân tế bào có một mảnh vụn khoảng 10 µm nằm lệch một bên, bao quanh bởi một vòng sáng, giống như “mắt cú”. Các tế bào này được nhìn thấy ở nhiều cơ quan như tuyến nước bọt, phổi, gan, thận, ruột, tụy, tuyến thượng thận và hệ thần kinh trung ương.

Phản ứng viêm được tìm thấy ở tế bào huyết tương, tế bào lymphô, bạch cầu đơn nhân-thực bào. Đôi khi còn có phản ứng mô hạt, thường có ở gan. Nhiễm CMV có thể dẫn đến viêm cầu thận.

Đáp ứng miễn dịch kháng thể - kháng nguyên đặc trưng cho CMV xảy ra sau tuần lễ thứ 6.

## 4. Biểu hiện lâm sàng

### Nhiễm CMV bẩm sinh

Thai nhi nhiễm CMV có thể có nhiều dạng biểu hiện lâm sàng: từ không có triệu chứng đến những thể nặng và lan rộng toàn thân.

Gần như chỉ những thai nhi có mẹ bị nhiễm CMV lần đầu trong khi mang thai mới có triệu chứng lâm sàng:

- Đốm xuất huyết, gan lách to, vàng da: 60 – 80%.
- Sọ nhỏ và não teo +/- vôi hóa nhu mô não, chậm phát triển trong TC: 30-50%.
- Thoát vị bẹn và viêm võng mạc ít thấy hơn.

Xét nghiệm cận lâm sàng: men gan tăng, giảm tiểu cầu, bilirubine cao, tán huyết, protein trong dịch não tủy cao.

Tiền lượng rất xấu đối với các bé nhiễm CMV bẩm sinh thể nặng: tử vong khoảng 20 – 30% và nếu có sống sót thì cũng hiếm khi không bị chậm phát triển trí tuệ hoặc điếc khi lớn lên sau này. Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp CMV bẩm sinh không có triệu chứng lâm sàng rõ rệt và sau này, 5 – 25% sẽ bị chậm phát triển tâm thần, điếc, mù, răng hỏng bất thường.

Chẩn đoán phân biệt: nhiễm bẩm sinh Rubella, giang mai, Toxoplasmosis, Herpes simplex, Enterovirus và nhiễm khuẩn huyết.

### Nhiễm CMV chu sinh

Bé sơ sinh có thể bị nhiễm CMV khi đi ngang qua âm đạo để sô thai hoặc nhiễm sau sinh khi bú mẹ hay do tiếp xúc với các dịch tiết khác của mẹ.

40 – 60% bé sơ sinh bú mẹ hơn một tháng mà mẹ có huyết thanh dương tính với CMV sẽ bị lây nhiễm. Bé sơ sinh còn có thể bị lây truyền CMV khi truyền máu, cho nên cần sàng lọc máu kỹ trước khi truyền cho bé.

Hầu hết các bé nhiễm CMV trong khi sinh hay sau sinh đều không có triệu chứng. Tuy nhiên, một số bé sơ sinh non tháng nhiễm CMV trong hay sau sinh có thể có triệu chứng viêm phổi kẽ kéo dài; tác nhân gây bệnh có thể là Chlamydia trachomatis, Pneumocystis hay Ureaplasma urealyticum.

Triệu chứng thường gặp nữa là: cân nặng lúc sinh thấp, viêm hạch, nổi mẩn, viêm gan, thiếu máu và tế bào lym-phô tăng cao, không điển hình. CMV có thể được thải ra bằng đường ruột hay nước miếng kéo dài nhiều tháng, thậm chí nhiều năm.

### Nhiễm CMV ở người lớn và trẻ em lớn

Mặc dù nhiễm CMV có thể thấy ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở thanh niên có hoạt động tình dục nhiều hơn.

*Thời gian ủ bệnh: 20 – 60 ngày,*

*Thời gian có thể có triệu chứng bệnh: 2 – 6 tuần*

Triệu chứng:

- Sốt cao kéo dài, đôi khi lạnh run, mệt mỏi nhiều, khó chịu;

- Nặng hơn thì bệnh nhân thường bị đau cơ, nhức đầu, lách to;
- Ít khi bạch cầu đơn nhân tăng, viêm họng xuất tiết và viêm hạch bạch huyết ở cổ.
- Đôi khi bệnh nhân nổi mẩn giống như Rubella, viêm phổi kẽ, viêm màng tim, viêm màng phổi, viêm khớp và viêm não.
- Xét nghiệm: tế bào lympho trong máu ngoại vi tăng, khoảng 10% là tế bào không điển hình, men gan tăng; đôi khi có thể có tán huyết, tiểu cầu và bạch cầu giảm trong giai đoạn bình phục.
- Hầu hết bệnh nhân hồi phục không di chứng tuy vẫn bị mệt mỏi kéo dài.
- Rất hiếm khi nhiễm CMV đưa đến tử vong, ngoại trừ các trường hợp bệnh nhân đã có sẵn suy giảm miễn dịch.

## 5. Chẩn đoán

Chẩn đoán nhiễm CMV không thể chỉ dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

Có 3 xét nghiệm giúp chẩn đoán xác định nhiễm CMV: phân lập siêu vi CMV, tìm kháng thể - kháng nguyên CMV và tìm CMV-DNA bằng PCR.

- Phân lập siêu vi CMV

CMV hiện diện trong nước bọt, nước tiểu, dịch tiết âm đạo, trong tinh dịch... Cây các dịch nói trên bằng nguyên bào sợi của người có thể tìm được CMV. Nếu số lượng CMV cao, có thể phát hiện được các tế bào đặc hiệu của bệnh trong vài ngày (tế bào biểu mô phình to, chứa virus trong một túi không-bào). Nếu số lượng CMV ít thì phải chờ đến vài tuần mới thấy được hiện tượng trên.

- Xét nghiệm tìm CMV-DNA bằng PCR

Có thể cho kết quả nhanh hơn cây tìm CMV.

Định lượng CMV-DNA trong máu có thể giúp chúng ta tiên lượng được diễn tiến của bệnh.

Xác định CMV-DNA trong dịch não tủy giúp chúng ta trong chẩn đoán viêm não hay tủy do CMV

- Xét nghiệm kháng thể-kháng nguyên CMV

Chỉ tìm được kháng thể của CMV sớm nhất là 4 tuần sau khi nhiễm, và kháng thể CMV tồn tại lâu, nhiều năm sau.

CMV-IgM dương tính cho chúng ta biết bệnh nhân mới nhiễm hoặc mới tái phát (tái hoạt động - reactivation).

CMV-IgG, nếu chỉ một lần xét nghiệm dương tính không thể cho chúng ta biết bệnh mới xảy ra hay đã lâu. Cần xét nghiệm 2 lần; nếu CMV-IgG tăng lên gấp 4 lần thì bệnh vừa tái hoạt động.

## 6. Điều trị

- Chủ yếu là dự phòng

- Sàng lọc kỹ máu, tủy xương, tạng ghép trước khi đưa vào người nhận.
- Chưa có vaccine dự phòng CMV.



- Có thể sử dụng CMV-globuline miễn dịch tiêm để hạn chế bớt các bội nhiễm cho người ghép tạng hoặc dự phòng nhiễm cho các bé có mẹ nhiễm tiên phát CMV trong lúc mang thai.
  - Acyclovir hay Valacyclovir có thể hạn chế bớt lây nhiễm CMV cho người nhận tạng ghép.
- Điều trị chưa được chứng minh là có hiệu quả
    - Ganciclovir có thể có hiệu quả làm nhẹ bớt triệu chứng khi bị nhiễm CMV ở người suy giảm miễn dịch: 70 – 90% bệnh nhân AIDS bị viêm võng mạc hay viêm đại tràng có đáp ứng với Ganciclovir. Thuốc này cũng có tác dụng tương tự đối với các trường hợp ghép tủy hay tạng có sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Điều trị Ganciclovir trên 3 tháng có thể đưa đến kháng thuốc, có lẽ do đột biến gen UL97.
    - Valganciclovir có thể được sử dụng bằng đường uống, chuyển hóa trong ruột và gan thành Ganciclovir.
    - Một loại thuốc khác có thể được sử dụng là Foscarnet. Foscarnet ức chế men CMV-DNA polymerase. Tuy nhiên, loại thuốc này rất nhiều tác dụng phụ và khó sử dụng.

Tóm lại, nhiễm CMV:

- Thường xảy ra, thường nhiễm âm thầm, ít triệu chứng.
- Thời gian ủ bệnh: 20 – 60 ngày, bệnh kéo dài khoảng 2 – 6 tuần.
- Ít khi bệnh để lại di chứng.
- Điều quan trọng là, một khi đã nhiễm vào cơ thể con người, CMV sẽ tồn lưu suốt đời trong tế bào các cơ quan của cơ thể và có thể bùng phát trở lại khi bệnh nhân giảm sức đề kháng.
- Nhiễm CMV tiên phát ở các phụ nữ đang mang thai có thể gây sảy thai hoặc gây nhiễm CMV bẩm sinh cho thai nhi.
- Nhiễm CMV bẩm sinh có tỷ lệ tử vong sơ sinh rất cao; nếu không tử vong, các bé cũng dễ bị nhiều triệu chứng bất thường khác như chậm phát triển tâm thần, điếc, mù, hư răng...

*Tài liệu tham khảo*

1. ASAHI-OZAKI Y et al: Quantitative analysis of Kaposi sarcoma-associated herpesvirus (KSHV) in KSHV-associated diseases. J Infect Dis 193:773, 2006
2. CANNON MJ et al: Blood-borne and sexual transmission of human herpesvirus 8 in women with or at risk for human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 344:637, 2001.
3. HALL CB et al: Characteristics and acquisition of human herpesvirus (HHV)-7 infections in relation to infection with HHV-6. J Infect Dis 193:1063, 2006.
4. HEINEMAN TC et al: A phase 1 study of 4 live, recombinant human cytomegalovirus. Towne/Toledo chimeric vaccines. J Infect Dis 193:1350, 2006.
5. KALIL AC et al: Meta-analysis: The efficacy of strategies to prevent organ disease by cytomegalovirus in solid organ transplant recipients. Ann Intern Med 143:870, 2005.
6. MARTIN DF et al: A controlled trial of valganciclovir as induction therapy for cytomegalovirus retinitis. N Engl J Med 346:1119, 2002.

7. MBULAITEYE S et al: Molecular evidence for mother-to-child transmission of Kaposi sarcoma-associated herpesvirus in Uganda and K1 gene evolution within the host. *J Infect Dis* 193:1250, 2006.
8. NIGRO G et al: Passive immunization during pregnancy for congenital cytomegalovirus infection. *N Engl J Med* 353:1350, 2005.
9. OGATA M et al: Human herpesvirus 6 DNA in plasma after allogeneic stem cell transplantation: Incidence and clinical significance. *J Infect Dis* 193:68, 2006.
10. ZERR DM et al: A population-based study of primary human herpes-virus 6 infection. *N Engl Med* 352:768, 2005.

# PRISE EN CHARGE DE L' HEMORRAGIE DU POST PARTUM IMMEDIAT

**J. Lansac**

*Professeur Emérite à l'université François Rabelais Tours*

L' hémorragie du post partum reste une complication majeure de l'accouchement. Elle est en France la cause de 90 % des morts maternelles (Levy, 1998). Si les progrès de la réanimation ont permis d'en réduire la gravité, elle demeure encore à l'heure actuelle responsable d'un certain nombre de décès ou de complications graves compromettant la possibilité de grossesses ultérieures , en particulier lorsqu'il existe un trouble de la coagulation. La survenue, souvent imprévisible, d'une hémorragie grave, nécessite d'appliquer, avant que la situation ne se dégrade, une conduite à tenir appropriée tant par l'obstétricien que par l'anesthésiste-réanimateur.

## Définition .

L'hémorragie du post partum se définit comme une perte de sang supérieure à 500 ml dont l'origine se situe au niveau du tractus génital, survenant dans les 24 premières heures suivant l'expulsion fœtale par les voies naturelles ou par césarienne ( définition de l'OMS). Elle est dite retardée ou secondaire si elle survient entre 24 heures et 6 semaines après l'accouchement.

Le terme d'hémorragie du post partum est plus juste que celui d'hémorragies de la délivrance qui théoriquement ne comporte que les hémorragies liées à la délivrance et à la non rétraction utérine après la sortie plus ou moins complète du placenta .

## Fréquence

Les pertes sanguines sont souvent sous-estimées. Dans la littérature, pour les accouchements par voie basse, la fréquence des hémorragies supérieures à 500 cm<sup>3</sup> est de 18 à 26 %, les hémorragies sévères (supérieures à 1 litre) de 3 à 4,5 %, voire jusqu'à 6 % après césarienne.

## Les causes des hémorragies des hémorragies du post partum

Les hémorragies survenant immédiatement après l'accouchement peuvent provenir de trois causes :

- Une pathologie de la délivrance, essentiellement représentée par la rétention placentaire et l'inertie utérine. C'est « l'hémorragie de la délivrance » proprement dite (tableau .1) ;
- Une lésion génitale : utérine et/ou vaginale ;
  - Une pathologie de l'hémostase.

**Tableau I.** Les causes des hémorragies de la délivrance.

Troubles de la dynamique utérine		Anomalies du placenta	Fautes techniques
<i>Inertie</i>	<i>Hypertonie</i>	- Placenta :	- Traction sur le cordon

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accreta</li> <li>• Increta</li> <li>• Percreta</li> <li>– Cotylédons accessoires</li> <li>– Anomalies d'insertion du placenta praevia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Expression utérine</li> <li>– Inversion utérine</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Épuisement (travail prolongé)</li> <li>– Surdistension : jumeaux, hydramnios</li> <li>– Atonie (travail trop rapide)</li> <li>– Anomalie du muscle (fibrome, malformations)</li> <li>– Iatrogène : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluothane,</li> <li>• Bêta-mimétiques.</li> <li>• Arrêt des ocytociques</li> </ul> </li> </ul>	Enchatonnement du placenta		

## La pathologie de la délivrance

### L' inertie utérine

Elle peut être cause de saignement après l'expulsion d'un placenta complet. \_

Les facteurs d'inertie utérine sont multiples :

- épuisement musculaire du fait :
  - d'un travail prolongé ;
  - d'une surdistension du muscle utérin dans les grossesses gémellaires ou multiples ;
    - d'un hydramnios ;
    - d'une macrosomie fœtale ;
    - atonie après accouchement trop rapide ;
- anomalie utérine modifiant les capacités contractiles tels un fibrome ou une malformation ;
- inertie iatrogène après anesthésie au fluothane, utilisation de bêta-mimétiques, arrêt des ocytociques après l'expulsion de l'enfant.

Outre le retard de la délivrance qu'elle entraîne, l'inertie utérine peut se rencontrer après l'expulsion du placenta et être responsable d'hémorragies importantes. \_

### 4.1 La rétention placentaire

Elle est définie par la persistance de la totalité ou d'un fragment de placenta dans la cavité utérine.

Elle résulte de circonstances isolées ou associées :

- Troubles dynamiques à type d'inertie ou d'hypertonie utérine ;
- Adhérences anormales du placenta à la caduque et/ou au myomètre (Placenta accreta) ;
- Anomalies morphologiques placentaires : cotylédon aberrant, anomalie d'insertion ;
- Fautes techniques, causes fréquentes des rétentions placentaires par traction prématurée sur le cordon et expression utérine.

### Les troubles dynamiques utérins

Ils représentent la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance.

**En cas d'inertie utérine après l'accouchement**, le décollement placentaire est retardé ou empêché. Les facteurs d'inertie utérine ont été vus plus haut.

**À l'inverse, une hypertonie sous forme de contractures utérines localisées** peut réaliser un anneau de striction responsable d'une rétention du placenta décollé au-dessus de la contracture. Cette contracture peut siéger au niveau de l'orifice interne du col et entraîner une incarceration du placenta, ou au niveau d'une corne, et réaliser l'enchatonnement d'un ou de plusieurs cotylédons ..

### **Les anomalies du placenta**

**Les adhérences anormales** : elles sont essentiellement représentées par le placenta accreta où les villosités placentaires adhèrent au myomètre sans interposition de caduque basale. Parfois, même les villosités pénètrent profondément dans le myomètre (placenta increta) et peuvent traverser tout le myomètre jusqu'à la séreuse (placenta percreta).

Cette éventualité est heureusement assez rare (1/10 000 accouchements), car la délivrance n'est possible qu'au prix d'une lésion de la paroi utérine rendant souvent nécessaire une hystérectomie d'hémostase. Le placenta accreta peut être partiel, localisé et se rencontrer dans la zone utérine où la prolifération déciduale est amoindrie, au niveau du segment inférieur notamment, ou en cas d'anomalie de la paroi utérine : cicatrice, synéchie, fibrome, hypoplasie de l'endomètre, adénomyose, endométrite, malformation.

**Les anomalies morphologiques** : il s'agit des cotylédons accessoires séparés du gâteau placentaire principal et sur lesquels les contractions utérines n'ont pas assez de prise pour les décoller.

**Les anomalies d'insertion** : l'insertion du placenta siège sur le segment inférieur, sur une cloison d'un utérus malformé, sur une zone où la paroi est plus mince et l'action des contractions utérines est moins efficace pour le décoller.

### **Des fautes techniques**

Il s'agit de manœuvres intempestives pratiquées avant la délivrance dans le but de hâter celle-ci :

- tractions sur le cordon pouvant entraîner une déchirure placentaire avec rétention de cotylédons ;
- expression utérine avant le décollement placentaire.

### **4.2 L' inversion utérine**

Elle représente une complication grave de la délivrance. Elle est rare : 1/100 000 accouchements en France.

Elle peut être spontanée en cas de distension utérine après un accouchement rapide ou favorisée par la présence d'un myome sous-muqueux, ou provoquée par traction intempestive sur le cordon, ou expression utérine violente déprimant le fond utérin. Trois degrés sont décrits suivant l'importance de l'inversion.

La symptomatologie associe une douleur violente, une hémorragie modérée entraînant un état de choc souvent sévère. La réduction est d'autant plus facile qu'elle est pratiquée plus précocement.

### **4.3 Les lésions génitales traumatiques**

### **4.4 Les ruptures utérines**

Elles représentent 1 pour 1 500 accouchements (fig. 26.2).

On peut en distinguer trois types.

### **Les ruptures par altération de la paroi utérine**

Elles surviennent :

- sur un utérus cicatriciel (césarienne, myomectomie avec ouverture de la cavité utérine, résection hystéroscopique, Brett Palmer, hystéroplastie, antécédents de perforation et ruptures suturées) ;
- sur un utérus fragilisé (multiparité, curetages répétés, hydramnios, grossesses multiples, malformations utérines).

### **Les ruptures par disproportion fœtopelvienne ou travail prolongé**

#### **Les ruptures iatrogènes**

Elles relèvent de trois causes : manœuvres obstétricales, extractions instrumentales, administration d'ocytociques.

### **4.5 Les lésions vaginales**

Il en existe deux types.

#### **Les déchirures des parois et du dôme vaginal**

Elles sont faciles à diagnostiquer lorsqu'elles prolongent une déchirure périnéale. Souvent, il faut les rechercher par une exploration soignée à l'aide de valves. Les déchirures du dôme vaginal sont souvent associées à une déchirure du col utérin. Elles peuvent être favorisées par une fragilité de la muqueuse vaginale : malformation, cicatrice, infection et sont souvent provoquées par un accouchement dystocique.

#### **Le thrombus vulvo-vaginal**

Il représente 1 pour 1 000 accouchements environ et est la conséquence d'une rupture vasculaire se constituant dans l'épaisseur du vagin, après laminage de la paroi. Il réalise un hématome de la région vulvo-vaginale. Les facteurs favorisants sont la primiparité, les extractions instrumentales, la toxémie gravidique, les grossesses gemellaires, les varices vulvo-vaginales. La patiente décrit après la délivrance une envie de pousser comme cela se voit dans l'inversion utérine. Cet hématome est modéré dans la plupart des cas, mais il peut se rompre au cours d'une déchirure ou d'une épisiotomie rendant celle-ci particulièrement hémorragique. Il peut aussi augmenter de volume et s'étendre dans l'espace pelvi-rectal supérieur et la région péri-utérine. L'hémostase de ces thrombus extensifs est souvent difficile à réaliser. L'embolisation peut trouver ici une bonne indication (Riethmuller, 1997).

#### ***4.6 Les déchirures cervicales***

Toute hémorragie du post-partum immédiat doit faire rechercher une déchirure cervicale, car elles sont fréquentes (11 % des accouchements de primipares, 4 % chez les multipares).

Elles sont en général latérales au niveau d'une commissure et peuvent s'étendre au dôme vaginal le plus souvent, mais parfois au segment inférieur rendant leur traitement difficile.

Elles peuvent se rencontrer après des efforts expulsifs à dilatation incomplète, après des manœuvres obstétricales et après un accouchement rapide.

#### ***4.7 Les déchirures vulvaires et périnéales***

Elles sont rarement responsables d'hémorragies graves. Mais le retard dans leur réparation peut entraîner une spoliation sanguine non négligeable.

##### **La pathologie de l'hémostase**

La survenue d'une coagulopathie est particulièrement grave. Elle peut se rencontrer au cours de certaines pathologies obstétricales :

- hématome rétro-placentaire ;
- embolie amniotique ;
- rétention de fœtus mort ;
- infection intra-utérine.

Elle vient très souvent compliquer une hémorragie du post partum si celle-ci n'est pas traitée rapidement.

La coagulation intravasculaire disséminée désigne une décompensation globale de l'hémostase, à laquelle participent les parois vasculaires, les plaquettes et les systèmes de la coagulation, de la fibrinolyse, des kinines et du complément.

Divers facteurs déclenchants, dont l'action est essentiellement modulée par des facteurs favorisants, conduisent à une activation intravasculaire de la coagulation. Une activation intense de la coagulation peut conduire à une coagulopathie de consommation. De plus, les dépôts de fibrine peuvent activer secondairement la fibrinolyse. Tous ces facteurs peuvent entraîner une tendance hémorragique.

L'activation intravasculaire de la coagulation peut être induite par trois mécanismes différents :

- l'activation de la voie extrinsèque de la coagulation due au relargage de thromboplastines tissulaires. C'est le mécanisme le plus souvent mis en jeu en obstétrique. L'œuf est en effet très riche en thromboplastines tissulaires ;
- l'activation de la voie intrinsèque de la coagulation ;
- l'activation directe du facteur II (c'est-à-dire la prothrombine) ou du facteur X (c'est-à-dire le facteur Stuart) par des enzymes protéolytiques. La conduite à tenir

---

#### ***Le traitement préventif***

L'idéal est bien sûr de prévenir les hémorragies du post partum

Il faut donc respecter les règles de bonnes pratiques concernant la délivrance, en particulier :

- éviter les tractions intempestives sur le cordon, les massages ou les expressions utérines ;
- pratiquer une délivrance artificielle en l'absence de délivrance spontanée 30 minutes après l'accouchement ;

- examiner très soigneusement le délivre, toute délivrance incomplète doit faire pratiquer immédiatement une révision utérine ;
  - rechercher et suturer immédiatement toutes les déchirures des parties molles, en particulier vagin et col ;
  - Suturer rapidement les épisiotomies ou déchirures du périnée ou au moins poser une pince sur les artérioles qui saignent en jet .
- utiliser un traitement préventif de l'inertie utérine. Celui-ci comporte l'injection systématique de 5 unités ou 10 unités d'ocytocine synthétique ( *Syntocinon*®) en intraveineux direct lors du dégagement de l'épaule antérieure dans les présentations céphaliques de grossesse monofoetale uniquement. C'est la délivrance dirigée (ou assistée) . Chez les patientes prédisposées à l'inertie (multipare, utérus surdistendu par un hydramnios, grossesse gémellaire), on complète par la pose d'une perfusion d'ocytocine (*Syntocinon* ®) : 10 unités dans 500 cm<sup>3</sup> de sérum glucosé à 5 % après la délivrance.

Rappelons que de trop fortes doses d'ocytocine peuvent induire une hypotension, une tachycardie, une réduction de la diurèse.

La méthylergobasine ( *Méthergin*) ne doit plus être employée du fait d'accidents médicaux graves qui ont été rapportés.

---

### ***La conduite d'urgence***

Certains gestes élémentaires doivent être pratiqués pendant que l'obstétricien et l'anesthésiste-réanimateur se préparent :

- mise en place d'une bonne voie d'abord veineuse;
- oxygénation de la patiente ;
- mise en position de Trendelenburg ;
- ouvrir une feuille de surveillance et noter les paramètres de surveillance et l'heure de début des troubles
- surveillance du pouls et de la tension artérielle ;
- mesure des pertes sanguines en utilisant un sac plastique gradué disposé sous les fesses de la parturiente
- Prélever un premier bilan sanguin de référence comportant au minimum NFS plaquettes et bilan de coagulation. Dans l'attente des résultats, une mesure de la concentration d'hémoglobine capillaire par un appareil de type Hemocue® dont la présence est obligatoire dans le secteur d'accouchement est de grand intérêt.

Rappelons que toute patiente doit avoir dans son dossier une carte de groupage phénotypé avec double détermination et une recherche d'anticorps irréguliers anti-érythrocytaires faite systématiquement en début de grossesse et vérifiée à l'arrivée en salle de naissance car leur détermination doit être inférieure à 3 jours. Sans ces éléments, il n'est pas possible de transfuser sans risque. Dans les cas extrêmes, la classification « Urgence Vitale Immédiate » va permettre d'obtenir des concentrés globulaires O rhésus négatif et de transfuser en l'absence de RAI.

---

### ***Le traitement étiologique***

Il faut envisager le traitement propre aux différentes causes d'hémorragies.\_  
**Le traitement de la pathologie de la délivrance**



#### **4.8 La rétention placentaire**

Deux circonstances peuvent se rencontrer :

- le placenta est toujours en place ;
- le placenta a été expulsé.

#### **Le placenta est dans l'utérus: délivrance artificielle**

Si l'hémorragie se produit alors que le placenta est toujours dans l'utérus, il faut immédiatement évacuer le placenta de l'utérus pour qu'il puisse se contracter, c'est la délivrance artificielle.

Il importe d'effectuer cette délivrance en une seule manœuvre et de ne pas sortir et rentrer la main plusieurs fois dans l'utérus car, à chaque fois, on risque de favoriser une infection endo-utérine.

Après cette délivrance, il est nécessaire de vérifier la bonne rétraction de l'utérus, que l'on peut favoriser par l'administration d'un ocytocique, et l'absence de lésions traumatiques utérines ou vaginales vérifiées par un examen sous valves. Rappelons que la vérification du col utérin et du vagin doit être systématique lors d'une révision utérine pour hémorragie de la délivrance

Une éventualité, heureusement rare, peut se rencontrer, c'est le placenta accreta, rendant le clivage très difficile. Dans certains cas, la délivrance n'est possible qu'au prix d'une lésion de la paroi utérine nécessitant des ligatures artérielles, une embolisation voire une hystérectomie d'hémostase.

#### **Le placenta a été expulsé révision utérine**

Si l'hémorragie se produit alors que le placenta a déjà été expulsé, trois diagnostics principaux doivent être évoqués :

- une rétention placentaire ;
- une inertie utérine ;
- une lésion traumatique des voies vaginales.

Une exploration est indispensable : la révision utérine avec vérification de la filière génitale. Elle est pratiquée avant l'utilisation d'ocytociques.

La technique est voisine de celle de la délivrance artificielle, après aseptie de la vulve et du périnée, et mise en place des champs, la patiente est endormie si possible, à moins qu'elle ne soit sous péridurale : la main droite gantée est alors introduite dans la cavité utérine et l'explore soigneusement. Elle perçoit parfois un fragment resté collé à l'utérus, le détache et l'évacue. Souvent la révision ne ramène que quelques débris de membranes dont la rétention pourrait être la cause d'hémorragies et d'infections dans les suites de couches.

Il faut faire un examen très soigneux à la recherche d'une rupture utérine. Il faut bien explorer tout l'utérus et en particulier l'angle gauche de la cicatrice utérine.

La révision ne ramène souvent que des caillots, trouve une cavité intacte, et le massage utérin constitue le premier temps du traitement de l'inertie utérine.

Après avoir contrôlé la vacuité utérine, on profite de l'anesthésie pour explorer systématiquement la filière génitale, à la recherche de lésions cervicales, vaginales ou vulvaires.

L'examen est conduit avec un bon éclairage, à l'aide de valves vaginales en essuyant avec une compresse le sang présent dans la cavité vaginale. Parfois, la dépression du périnée et de la paroi vaginale postérieure, à la main, peuvent bien exposer le col utérin et le dôme vaginal. On vérifie soigneusement le col, les deux commissures, le dôme vaginal, les culs-de-sac et les

quatre faces du vagin. C'est après la révision utérine sans attendre la fin des sutures des lésions cervicales, vaginales ou périnéales que l'on administre des ocytociques pour traiter l'inertie utérine.

La révision utérine avec vérification de la filière génitale est donc le premier geste à effectuer en cas d'hémorragie. Il permet de traiter une pathologie de la délivrance et de diagnostiquer une lésion traumatique éventuelle.

#### **Le traitement de l'inertie utérine**

Le massage utérin au cours de la révision, puis par voie transabdominale, avec compression du fond utérin, constitue le premier geste élémentaire.

#### **4.9 Les ocytociques**

L'administration d'ocytociques est mise en œuvre dès la fin de la révision utérine.

Une perfusion d'ocytocine (*Syntocinon*®) 20 unités dans 250 cm<sup>3</sup> de sérum glucosé à 5 % est installée.

L'injection intramyométriale de 10 unités de *Syntocinon*® par voie intracervicale est également très efficace.

#### **4.10 Les prostaglandines**

En cas d'échec des thérapeutiques précédentes (évaluer leur efficacité sur 1/2 h), il faut avoir recours aux prostaglandines rapidement. (ANAES 2004)

On utilise des prostaglandines E2 de synthèse (*Sulprostone*, *Nalador*®) 1 ampoule de *Nalador*® 500 µg dans 50 ml de sérum salé isotonique à la seringue électrique. La perfusion est commencée à un débit de 10ml/h et on augmente par paliers de 10 ml/h toutes les 15 min jusqu'à l'amélioration clinique. On maintient le débit efficace pendant 2 heures. On ne dépasse pas un débit maximum de 50 ml/h et un total de 3 ampoules de *Nalador*®. La perfusion est ensuite arrêtée progressivement sur 12 h. Il faut insister sur les contre-indications de ces prostaglandines : affection cardiovasculaire et en particulier les patientes présentant des facteurs de risque coronariens, antécédent thrombo-embolique, comitialité, glaucome, asthme, celui-ci étant une contre indication très relative.

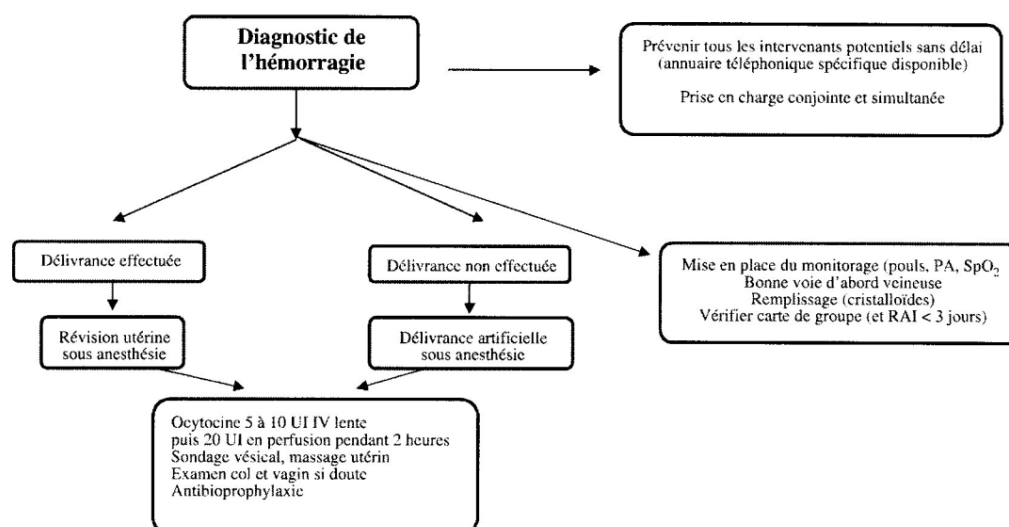


Tableau II : Recommandations pour la pratique clinique sur l'hémorragie du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ;33 (supp. Au n° 4S 130-4S136.)

### **Le traitement des lésions traumatiques**

La réparation d'une déchirure cervico-vaginale et/ou utérine doit être systématique.

#### **4.11 La rupture utérine**

Elle peut se manifester au cours du travail sur un utérus fragilisé avec un tableau clinique plus ou moins évocateur . Parfois, la rupture utérine est asymptomatique pendant la dilatation et peut être provoquée lors de l'expulsion, notamment en cas de manœuvre obstétricale pour extraire l'enfant.

C'est par la révision utérine pratiquée systématiquement ou en raison d'une hémorragie survenant après l'accouchement que l'on peut en faire le diagnostic.

Il peut s'agir soit d'une simple déhiscence, soit d'une rupture plus ou moins franche.

Le diagnostic d'une rupture au cours de la révision utérine chez une patiente présentant une hémorragie du post-partum impose la laparotomie. Le traitement consiste, en fonction du siège et de l'importance des lésions, en une simple suture au fil résorbable ou une hystérectomie.

#### **4.12 Les déchirures du col utérin**

Elles sont assez fréquentes mais de gravité variable. Pour bien les explorer et les suturer, il est capital d'être bien éclairé et bien aidé.

Les déchirures sous-vaginales se traduisent par une hémorragie apparue dès la naissance de l'enfant, persistant après la délivrance. Elles sont reconnues par l'examen sous valves . Il faut apprécier soigneusement la lésion, et bien voir l'angle supérieur de la déchirure.

Lorsque la déchirure est sus-vaginale, la réparation est plus délicate, souvent gênée par la constitution d'un hématome pelvien.

Si la déchirure est sous-péritonéale, elle peut en général être réparée par voie basse . Dans les deux cas, la suture est faite à l'aide d'une aiguille sertie de fil résorbable type *Vicryl 0*. Les berges sont suturées par des points en X.

En cas de déchirure intra-péritonéale, on rejoint le cas de la rupture utérine nécessitant une laparotomie.

#### **4.13 Les déchirures vaginales**

Les déchirures du dôme vaginal sont souvent associées aux déchirures cervicales. Elles sont responsables d'hémorragies assez abondantes. Il faut les rechercher soigneusement comme les lésions du col, au cours de toute hémorragie. Le traitement consiste en une suture simple par points séparés ou par surjets de *Vicryl 0* ou 1. Les déchirures des parois vaginales prolongent en général la déchirure périnéale. La suture est assurée par un surjet de *Vicryl 0* ou 1.

#### **4.14 Les hématomes périgénitaux ou thrombus**

Le traitement dépend du siège de l'hématome, de sa taille, et de sa date d'apparition.

Les hématomes périvulvaires de faible volume, observés après l'accouchement, ne nécessitent habituellement aucun traitement chirurgical. En cas d'hématome très abondant, on assurera l'hémostase de la loge par tamponnement intra-vaginal. Dans les suites de couches, il est parfois nécessaire de les évacuer, par une incision dans le sillon lympho-hyménéal.

Les hématomes périvaginaux de faible taille justifient l'abstention chirurgicale. Toutefois, la lenteur de résorption conduit parfois à intervenir. L'évacuation de la collection doit être retardée au maximum en raison du risque d'hémorragie profuse qui peut lui succéder et dont l'hémostase directe est souvent impossible. Il est alors nécessaire de mécher la loge ou de la comprimer par un tamponnement intra- vaginal serré.

L' hématome pelvi-abdominal pose des problèmes très délicats. S'il résulte d'une déchirure du segment inférieur de l'utérus, la laparotomie s'impose et souvent l'hystérectomie est nécessaire.

En l'absence de lésions utérines, si l'hématome n'entraîne pas d'état de choc, l'abstention chirurgicale immédiate est justifiée.

En cas d'hématome extensif, l'intervention chirurgicale s'impose, mais l'hémostase est délicate. L'embolisation vasculaire peut alors efficacement compléter le geste chirurgical.

#### ***4.15 Le traitement conservateur : l'embolisation***

Si après 30 minutes de perfusion de Sulprostone il n'est pas noté d'amélioration clinique ou si la situation s'aggrave il faut recourir à d'autres stratégies thérapeutiques.

L'embolisation pelvienne est utilisée depuis plus de 30 ans, initialement dans les saignements incoercibles d'origine traumatique (Ring, 1973) puis dans les hémorragies de la délivrance (Brown, 1979). C'est une procédure d'occlusion artérielle qui peut se substituer au traitement chirurgical. La durée du geste varie entre 45 minutes et 2 heures.

L'indication doit être posée de façon pluridisciplinaire entre les équipes d'obstétrique, d'anesthésie-réanimateur et de radiologie interventionnelle (une astreinte 24h/24 de radiologie interventionnelle est nécessaire). La décision d'embolisation doit être réalisée sur une patiente hémodynamiquement stable après échec du traitement médical et des mesures obstétricales et avant une ligature éventuelle des artères utérines. Elle est réalisée dans une salle d'angiographie sous la surveillance d'une équipe d'anesthésie réanimateur et d'obstétricien.

L'embolisation consiste à réaliser un Seldinger artériel fémoral le plus souvent droit puis de cathétériser sélectivement avec une Sonde adaptée (Cobra) de 4 ou 5 French les artères utérines, l'extrémité de la Sonde étant placée dans le segment paramétrial des artères utérines au niveau de la crosse. Après repérage de l'hypervascularisation utérine, l'occlusion sélective des artères utérines ou moins sélective des troncs antérieurs (spasmes importants, pronostic vital immédiat en jeu) est réalisée avec des fragments résorbables de gélatine (Curaspon, Gelfoam ...). Ces fragments vont migrer en distalité, au niveau des zones d'hypervascularisations utérines (« blushs »). L'embolisation des troncs antérieurs nécessite de respecter les branches pariétales du tronc postérieur (risque de nécrose glutéale). L'effet des matériaux résorbables est de quelques jours à quelques semaines et leur utilisation permet la bonne vascularisation ultérieure de l'utérus. Certains auteurs utilisent des particules non résorbables avec une taille minimale de 600 microns afin de ne pas passer les anastomoses physiologique utéro-ovariques. Dans le cas des fistules artério-veineuses, de pseudo-anévrismes ou sur certaines extravasations, les colles acryliques et les spires métalliques peuvent s'avérer efficaces.

Les anastomoses entre l'artère utérine droite et l'artère utérine gauche expliquent les échecs de l'embolisation unilatérale. Parfois, les artères du ligament rond et les artères ovariennes vascularisent préférentiellement l'utérus, rendant la procédure d'embolisation plus complexe. L'utilisation de drogues vasoconstrictrices ou d'utérotoniques favorise les spasmes artériels, empêchant parfois le cathétérisme sélectif des artères utérines avec une embolisation moins efficace en profondeur.

L'introducteur est laissé en place après le geste, permettant une deuxième embolisation en cas de reprise hémorragique.

Le taux de succès dans l'hémorragie de la délivrance est important, de 90 %. L'embolisation doit également être discutée en cas d'hémorragie persistante après ligature

artérielle ou hystérectomie. Une situation hémodynamique instable peut faire renoncer à une embolisation. La connaissance préalable d'un placenta accreta et/ou percreta doit à notre avis contre-indiquer l'embolisation qui risque de retarder l'hystérectomie d'hémostase.

Les causes principales d'échec sont le placenta accreta et percreta, la vascularisation préférentielle de l'utérus par d'autres artères (gonadiques, ligament ronds, pudendales ...), la présence de spasmes multiples avec reprise en charge de la vascularisation de l'utérus par un riche réseau de collatérales pelviennes.

Les complications sont rares, de nature ischémique (tissu musculaire, vésical) et neurologiques liés à des troubles de la vascularisation des racines sciatiques ou du nerf fémoral en fonction de la sélectivité de l'embolisation. Le risque de nécrose utérine est exceptionnelle (Cottier, 2002). Aucun cas de nécrose ovarienne n'est décrit dans la littérature.

L'embolisation préserve enfin les possibilités de grossesse ultérieures (Pelage, 1999).

En pratique l'embolisation est une excellente technique qui évite un certain nombre d'hystérectomies, lorsqu'elle est possible sur le plan médical, technique et architectural. Elle nous semble recommandée en cas d'hémorragie survenant en salle d'accouchements après accouchement par voie basse ou en post-opératoire sur une patiente sortie du bloc. En per-opératoire il faut privilégier les ligatures vasculaires(ANAES 2004). Enfin en cas de placenta accreta ou percreta connu à l'avance, il est souvent préférable, sauf cas particulier, de réaliser une hystérectomie d'emblée après avoir prévenu la patiente auparavant et réalisé une césarienne par laparotomie médiane et incision utérine longitudinale fundique.

Lorsque la patiente est transférée en salle de radiologie interventionnelle il faut arrêter la perfusion de prostaglandines pour que le radiologue ne soit pas gêné par la vasoconstriction.

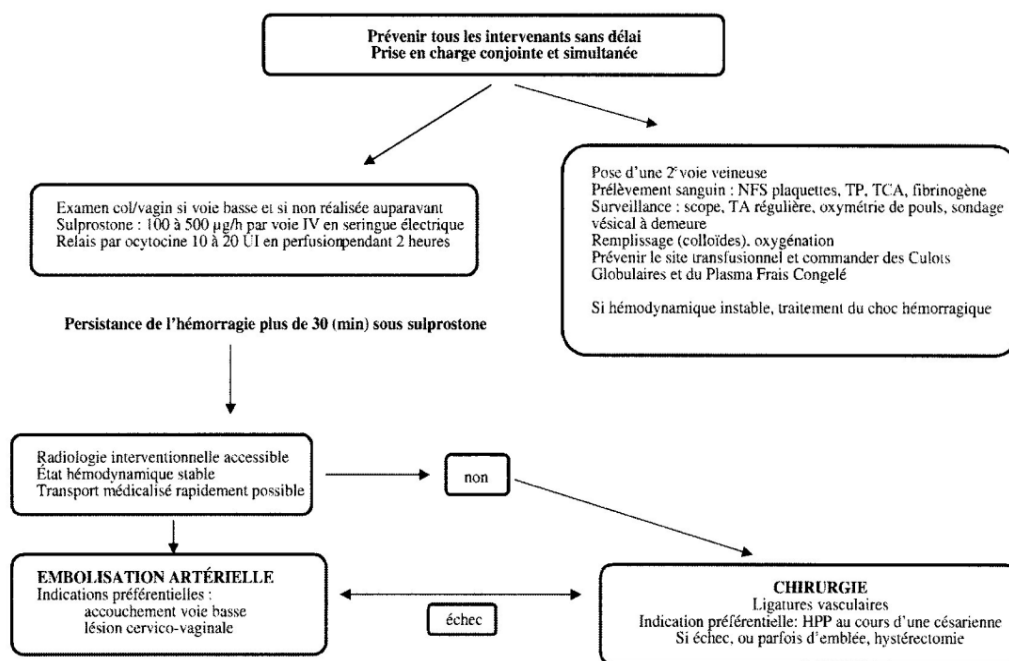


Tableau III Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat qui persiste au-delà de 15-30 minutes Recommandations pour la pratique clinique sur l'hémorragie du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ;33 (supp. Au n°8)

## **Le traitement chirurgical**

En cas d'échec de ces traitements médicaux, il faut avoir recours au traitement chirurgical. Quatre solutions heureusement exceptionnelles doivent être discutées.

**Le tamponnement intra-utérin**, proposé par les auteurs anciens, peut assurer l'hémostase si son volume est suffisant (7 boîtes de 7 m de gaze nouées bout à bout).

Il paraît donc logique de tenter cette manœuvre thérapeutique avant de décider d'une intervention chirurgicale majeure et mutilante ; elle peut éviter certaines interventions ou du moins diminuer l'hémorragie et le risque de coagulopathie surajoutée avant l'intervention. Plus récemment, certains auteurs ont proposés de réaliser ce geste par la pose en intra-utérin d'une Sonde de Blakemore (utilisée dans le contrôle des varices œsophagiennes), le ballonnet est gonflé à 300 ml pendant 10 min et dégonflé progressivement sur 24 h.

**L'application d'une série de pinces de Museux** sur le col de l'utérus pour effectuer une traction, avec ou sans rotation, pendant 6 à 8 heures peut être proposée avant l'intervention.

**La ligature des vaisseaux utérins selon la technique de Tsurulnikov** afin de conserver son utérus à une femme jeune, cette technique comporte une triple ligature du ligament rond, des artères utéro-ovariennes et des artères utérines .

Une technique plus récente (Stepwise) consiste à lier de façon élective et progressive les pédicules afférents de l'utérus en cinq étapes successives. On effectue une ligature de l'artère utérine à sa partie haute d'un côté puis de l'autre côté, puis de façon symétrique une ligature à la partie basse. Puis on termine par une ligature de l'artère ovarienne si possible unilatérale.

B-Lynch (1997) a décrit une ligature en masse qui a pour but de lutter contre l'inertie utérine en comprimant le corps utérin. À ventre ouvert avec une aiguille sertie de 70 mm de fil résorbable 0 ou 1, il perfore le segment inférieur 3 cm en dessous de l'hystérotomie (ou à ce niveau s'il n'y a pas eu de césarienne). L'aiguille ressort 3 cm au-dessus de l'incision puis contourne le fond utérin et redescend en arrière en dedans des cornes utérines pour perforer à nouveau le segment inférieur postérieur, remonter de l'autre côté sur la face postérieure, enjamber le fond et redescendre sur la face antérieure ou elle rentre à nouveau dans le segment inférieur comme du côté opposé. Après avoir comprimé l'utérus l'opérateur serre les fils et noue de façon à maintenir la compression. Cette technique peut rendre service évitant l'hystérectomie et permettant ultérieurement (car les fils se résorbent) grossesse et accouchement.

**La ligature des artères hypogastriques** constitue une alternative intéressante à l'hystérectomie d'hémostase dans la mesure où la patiente est jeune et exprime un désir de grossesse ultérieure.

Elle est moins facile à réaliser que les méthodes précédentes et n'apporte pas de résultat supérieur.

**L'hystérectomie d'hémostase** est la solution la plus radicale et la plus sûre. Mais elle sacrifie évidemment l'avenir obstétrical de la patiente. La technique varie très peu de celle décrite en dehors de la grossesse. Il ne semble pas exister de différence entre hystérectomie totale et subtotale en terme d'efficacité. Nous préférons l'hystérectomie totale car il est souvent difficile surtout s'il y a des troubles de la crase sanguine de faire correctement l'hémostase du moignon.

### **4.16 L'inversion utérine**

Elle représente une complication très rare de la délivrance.

Les symptômes sont représentés par une douleur violente, une hémorragie d'abondance variable, un état de choc souvent plus important que ne le voudrait l'importance de l'hémorragie et une envie de pousser qui ne se voit que dans deux circonstances après la délivrance : l'inversion utérine et le thrombus vaginal ou pelvien.

Suivant le degré, la palpation abdominale perçoit une dépression au niveau du fond utérin, ou n'arrive plus à palper l'utérus. Le toucher vaginal trouve une masse intravaginale friable, molle, douloureuse, pouvant se contracter, cerclée par le bourrelet du col à son niveau supérieur. Le diagnostic est confirmé à la révision utérine.

Si le diagnostic est précoce, la réduction par taxis est possible au cours de la révision. Après la réduction, il faut maintenir la main dans l'utérus jusqu'à contraction efficace de celui-ci sous l'effet des ocytociques.

En cas d'échec, il faut avoir recours à une intervention chirurgicale (colpo-hystérotomie par voie vaginale, traction sur fond utérin ou hystérotomie par voie abdominale). L'hystérectomie n'est envisagée qu'en dernier recours.

### **Le traitement des troubles de la coagulation**

Dans certaines circonstances pathologiques ou lorsque l'hémorragie de la délivrance est particulièrement abondante, une coagulopathie d'abondance variable va survenir.

Le tableau se manifeste par une hémorragie générale de sang incoagulable, persistant après traitement obstétrico-chirurgical des lésions traumatiques de l'appareil génital, et après vérification de la vacuité utérine.

#### ***4.17 Les éléments du diagnostic biologique***

Ils sont assez simples :

- allongement du temps de Quick, donc baisse de la prothrombine ;
- allongement du temps de céphaline activée (TCA) ;
- thrombopénie interprétée en fonction du chiffre initial, pouvant être sévère ;
- baisse du taux de fibrinogène , grave si le taux est inférieur à 1 gramme, ou la diminution supérieure à 50% du taux initial.

L'augmentation des produits de dégradation de la fibrine (PDF et D. Dimères).

#### ***4.18 Les moyens thérapeutiques***

##### **Le traitement substitutif des facteurs manquants**

Il doit être appliqué dans tous les cas. Il est destiné à apporter les facteurs de la coagulation consommés ou déficitaires (en pratique « frais »). Le plasma frais congelé contient tous les facteurs de coagulation et ses inhibiteurs naturels. Les concentrés du fibrinogène sont indiqués dans les fibrinopénies dès diminution nette de son taux (< 1 g). Pour de nombreux auteurs, le fibrinogène a fait la preuve de son innocuité et de son efficacité. Les fractions coagulantes du PPSB sont prohibées car elles contiennent des facteurs activés de la coagulation qui favorisent les processus de la coagulation intravasculaire disséminée et n'apportent pas de facteur V, très souvent déficitaire dans les coagulations intravasculaires disséminées.

##### **Les antifibrinolytiques par voie générale**

Ils doivent être utilisés avec prudence car ils peuvent être néfastes. En effet, les coagulations intravasculaires disséminées s'accompagnent de thromboses capillaires, et la fibrinolyse est alors un moyen de défense qu'il ne faut pas supprimer. Ils sont parfois prescrits dans des situations où la fibrinolyse serait prédominante, mais le diagnostic en est difficile, car les tests utilisés ne permettent pas le plus souvent de trancher. On se limitera aux antiplasmines (Trasylo®), les antiactivateurs (Hémocaprol®,...) étant eux contre indiqués et le PPSB (Kaskadil®) totalement prohibé.

#### **4.19 La conduite pratique**

Il s'agit d'un travail d'équipe faisant intervenir ensemble la sage-femme, l'obstétricien et l'anesthésiste-réanimateur qui doivent être présents sans délai.

Le rôle de l'anesthésiste-réanimateur est capital. Il doit être prévenu dès l'apparition d'un saignement anormal. En effet, les actes obstétricaux et chirurgicaux nécessitent une couverture anesthésique, et l'anesthésiste s'occupera de la réanimation de la patiente et du traitement médical.

Il faut rapidement, passée la première phase de prise en charge et devant la persistance des troubles ou d'emblée dans les cas graves, doubler voire tripler les voies veineuses de gros calibres. La mise en place d'un Desilet par voie fémorale peut s'avérer nécessaire. Cette voie est privilégiée en raison de sa facilité et des fréquents troubles d'hémostase rendant les accès sous clavier et jugulaire plus dangereux.

#### **Les moyens de surveillance**

Outre la surveillance cardio-vasculaire classique (pouls, tension artérielle par cardioscope saturation en O<sub>2</sub>), la diurèse doit être suivie par la mise en place d'une Sonde à demeure. En cas d'intubation trachéale la surveillance de la capnographie est un bon marqueur de la dégradation hémodynamique. Dans les cas sévères, on posera rapidement une pression artérielle sanglante permettant la surveillance en continu et facilitant les prélèvements sanguins.

#### **Le traitement de l'hypovolémie et des troubles hémodynamiques**

Il n'est pas différent de celui d'un choc hémorragique en début de travail

Il faut la traiter en priorité par un remplissage vasculaire :

- soit par des cristalloïdes (*Ringer*) ;
- soit par des colloïdes comme les hydroxy-ethyl-amidon (*Hesténil*®, *Voluven*®) sans

aucune réserve puisque l'on est en post partum.

On adjoindra si nécessaire des catécholamines au premier rang desquelles l'Ephédrine (3 à 9 mg en bolus) et très rapidement dans les cas sévères de la noradrénaline (*Levophed*®), 0,5 à 1 mg/heure.

#### **La transfusion**

Elle traite la spoliation sanguine c'est-à-dire l'anémie aiguë responsable de souffrance tissulaire.

Le volume à perfuser donc le nombre de concentrés globulaires est fonction des pertes ; celles-ci n'ayant pu être chiffrées de façon précise, ce volume adapté à l'état hémodynamique ( fréquence cardiaque, tension artérielle, éventuellement pression veineuse centrale). On s'aidera d'appareils permettant la transfusion rapide de sang réchauffé qui doivent être disponibles dans le secteur obstétrical..

On peut, dans certains cas, proposer au bloc opératoire des techniques de récupération sanguine (*Cell Saver*) à distance de l'extraction fœtale.

L'albumine concentrée (unités de 20 g, 1 à 2 ) qui diminue le volume d'apport de transmission virale est un appoint utile.

#### **La diurèse**

Elle doit être maintenue ou relancée le plus rapidement possible. Il faut vérifier que la compensation des pertes soit suffisante et administrer du Furosémide (*Lasilix*®) et voire mettre la patiente sous *Dopamine* (250 mg/50 ml) à faibles doses (1 à 4 mcg/kg/min) administrée par pousse-seringue (efficacité discutée).



## Le traitement des troubles de la coagulation

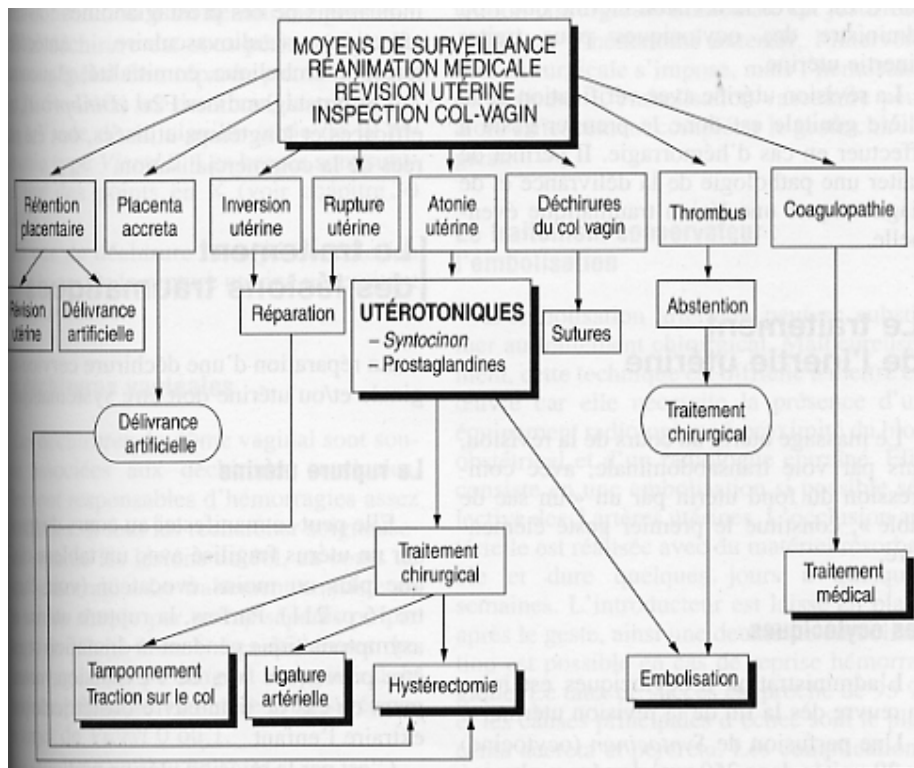
Il repose sur l'apport de fibrinogène, de plaquettes sanguines, et de plasma frais congelé selon les résultats biologiques.

Après normalisation du bilan de coagulation et arrêt de l'hémorragie, une prévention thrombo-embolique par une héparine de bas poids moléculaire est nécessaire, du fait du haut risque de thrombose créé par l'hémorragie importante et le trouble de la coagulation (tableau III).

## L'antibiothérapie et la prévention de l'iso-immunisation Rhésus

Dans ce contexte où de nombreuses manœuvres utérines et vaginales ont été effectuées, l'antibiothérapie et la prévention de l'iso-immunisation Rhésus ne doivent pas être oubliées. L'infection peut aggraver une pathologie pré-existante. Il faut couvrir les anaérobies et les bacilles Gram négatifs car le syndrome de défibrination peut être déclenché par une infection non contrôlée.

Tableau III : Indications thérapeutiques :



## Conclusion

La gravité des hémorragies obstétricales du post-partum immédiat incite à une attitude préventive non agressive tout au long de la dilatation et de l'accouchement.

En cas d'hémorragie, une collaboration étroite entre anesthésiste-réanimateur et obstétricien est nécessaire.

Après mise en place des conditions élémentaires de surveillance, une révision utérine soignée avec examen minutieux de la filière génitale et administration d'ocytociques permet de traiter l'hémorragie de façon efficace et rapide dans la plupart des cas : car les causes les plus fréquentes sont l'inertie utérine, la rétention placentaire et la déchirure cervicale.

**4.20** Dans les autres étiologies, le traitement adapté est mis en œuvre en fonction du diagnostic précis de la cause de l'hémorragie.

---

**POUR EN SAVOIR PLUS**

- ALAMIA V., MEYER B. A. – Peripartum hemorrhage. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.*, 1999, 26, 385-397.
- BARBARINO-MONNIER P., BARBARINO A., BAYOUMEU F. et coll. – Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum. Choc hémorragique. *Encycl. Med. Chir.* (Paris France), 5-082-A10-1998, 11 p.
- Conference de consensus. – Utilisation des solutions d'albumine humaine en anesthésie-réanimation chirurgicale chez l'adulte. Paris, ANDEM, 1995, 1 : 72.
- COOMBS C. A., MURPHY E. L., LANOS L. K. – Factors associated with post partum haemorrhage with vaginal birth and caesarean deliveries. *Obstet. Gynecol.*, 1991, 77: 69-82.
- COTTON D. B., READ J. A., PAUL R. H., QUILLAGAN E. J. – The conservative aggressive management of placenta previa. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1980; 137: 687-695.
- GOFFINET F. et coll. – Practical use of sulprostone in the treatment of hemorrhages during delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 1995. 172 (1 Pt 1): p. 175-9.
- LEVY G., BOUVIER-COLLE M. H. – Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. *Mises à jour en gynécologie obstétrique*. H. J. Philippe. Vigot, Paris 1998 : 293-305.
- Levy G, Goffinet F, Carbonne B, :Recommandations pour la pratique clinique : Hémorragies du post Partum immédiat . *J. Gynecol.Obstet .Biol. Reprod .* 2004 33 4S6-4S36.
- LYNCH C. B., COKER A., LAWAL A. – The B-Lynch surgical technique for the control of massive post partum haemorrhage: an alternative to Hysterectomy? Five cases reported. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1997, 104: 372-375.
- MARPEAU L., RHIMI Z., LARUE L. et coll. – Le rôle de l'embolisation artérielle pelvienne dans le traitement des hémorragies graves de la délivrance, *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, Paris, 1992 ; 21 (2) : 233-5.
- PELAGE J. P., LE DREF O., SOYER P. – Prise en charge des hémorragies graves du post partum par embolisation artérielle sélective. *J. Gynecol. Obstet. Biol. ; Reprod.* 1999; 28: 55-61.
- RIETHMULLER D., PEQUEGNOT-JEANNIN C., RABENJA C. A. – Une cause rare d'hémorragie du post partum : le thrombus génital. *J. Obstet. Gynecol. Biol. reprod.* 1997, 26 : 154-158.
- ROSSIGNOL M., FIGUET S., BENLOLO S., PAYEN D. – Prise en charge anesthésique des hémorragies du post partum Elsevier 2004 – Conférences d'actualisation SFAR 2004 p 653-672
- SCHALLER M. D., ECKERT P., TAGAN D. – Choc cardiogénique. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier Paris) *Anesthésie-Réanimation*, 36-840-C-10, 1999, 14 p.
- SHOLL J. S. – Abruptio placentae: clinical management in nonacute cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1987; 156: 40-51.
- THOULON J. M., PUECH F., BOOG G. – *Obstétrique*, Ellipses, Paris, 1995.
- UZAN S. – *Embolie amniotique*. Mises à jour du Collège des gynécologues obstétriciens français. Vigot, Paris, 1989 ; 287-309.
- UZAN V., HADDAD B., UZAN S. – Hématome rétro-placentaire. *Encycl. Med. Chir.*, Paris, 5-0741-A10-1995, 8 p.
- ANAES – Indications et contre-indications des transfusions de produits sanguins labiles. *Recommandations pour la pratique clinique*, novembre 1997.
- ANAES – Recommandations pour la pratique clinique sur l'hémorragie du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ;33 (supp. Au n°8)

# BĂNG HUYẾT SAU SANH

## J. Lansac

Băng huyết sau sanh (BHSS) là biến chứng thường gặp khi sanh. Tại Pháp, đây là nguyên nhân tử vong chủ yếu chiếm 90% (Levy, 1998). Nếu những tiến bộ của hồi sức đã cho phép giảm bớt trầm trọng những BHSS hiện vẫn là nguyên nhân của 1 số tử vong hoặc biến chứng nặng, đặc biệt khi có rối loạn đông máu. Khi có chảy máu nhiều (thường khó dự đoán), cần xử trí ngay trước khi tình trạng nặng xảy ra. Việc xử trí phải phối hợp giữa BS sản và BS GMHS.

### 1. Định nghĩa

BHSS khi lượng máu mất >500ml từ đường sinh dục, xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau sanh ngã âm đạo hay MLT (theo WHO). Cũng có thể xảy ra trễ sau 24 giờ đến 6 tuần sau sanh. Từ “BHSS” thích hợp hơn từ “Băng huyết lúc sơ thai” vì BHLST trên lý thuyết chỉ bao gồm những trường hợp xuất hiện liên quan đến sơ nhau và liên quan đến sự không co hồi của tử cung sau khi nhau ra hết hay còn sót lại.

### 2. Tần suất

Lượng mất máu thường bị đánh giá thấp hơn thực tế. Theo y văn, khi sanh ngã âm đạo, tần suất mất máu trên 500 cm<sup>3</sup> chiếm 18 – 26%, mất máu nặng (trên 1 lít) chiếm 3 – 4,5% so với sau MLT là 6%.

### 3. Các nguyên nhân BHSS

BHSS có thể do 3 nguyên nhân :

- Sơ nhau bệnh lý, chủ yếu do sót nhau và đờ tử cung. Các tình trạng « chảy máu lúc sơ thai » được thể hiện qua bảng 1 ;
- Tổn thương đường sinh dục : tử cung hay/và âm đạo
- Rối loạn đông máu

**Bảng I.** Các nguyên nhân chảy máu lúc sơ nhau

Rối loạn động học tử cung		Bất thường bánh nhau	Lỗi kỹ thuật
<i>Đờ tử cung</i>	<i>Co hồi kém</i>	– Nhau cài răng lược các mức độ: <ul style="list-style-type: none"><li>• Accreta</li><li>• Increta</li><li>• Percreta</li></ul> – Bánh nhau phụ – Vị trí bám bất thường trong nhau tiền đạo	– Kéo dây rốn – Đẩy tử cung – Lộn tử cung

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiệt sức (chuyển dạ kéo dài)</li> <li>- TC quá căng: song thai, đa ối</li> <li>- Đờ TC (cd quá nhanh)</li> <li>- Bất thường cơ TC (UXTC, dị dạng)</li> <li>- Do xử trí : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluothane,</li> <li>• Bêta-mimétiques.</li> <li>• Ngừng oxytocine</li> </ul> </li> </ul>	Kẹt nhau		
---	----------	--	--

## **Sổ nhau bất thường**

### **4.1 Đờ tử cung**

Có thể là nguyên nhân chảy máu sau sổ nhau hoàn toàn

Có nhiều yếu tố gây đờ TC:

- Cơ suy yếu do :

- Chuyển dạ kéo dài;
- Cơ TC căng quá mức trong song thai hay đa thai;
  - Đa ối;
  - Thai to;
  - Đờ TC sau CD quá nhanh;

- Bất thường TC do sự thay đổi của cơ TC như UXTC hay dị dạng TC

- Đờ tử cung sau gây mê với fluothane, dùng bêta-mimétiques, ngừng dùng oxytocine sau sổ nhau

Ngoài việc làm chậm sổ nhau, đờ tử cung còn có thể gặp sau sổ nhau và là nguyên nhân của mất máu quan trọng.

### **4.2 Sốt nhau**

Còn một phần hay toàn bộ bánh nhau trong buồng tử cung.

Có thể là hậu quả của:

- Rối loạn cơ co dạng đờ TC hay TC co hồi kém;
- Nhau bám bất vào màng rụng hay/và cơ TC (nhau cài răng lược)
- Hình dạng bánh nhau bất thường: búi nhau lạc chỗ, nhau bám bất thường
- Lỗi kỹ thuật, nguyên nhân thường gặp của sót nhau là do kéo dây rốn sớm và đẩy tử cung

### **Rối loạn co tử cung**

Nguyên nhân thường gặp:

Trong trường hợp **Đờ tử cung sau sổ thai**, nhau không bong hoặc bị chậm trễ. Các yếu tố gây đờ tử cung đã được thấy ở phần trên.

Ngược lại **Tử cung co thắt mạnh, co hồi từng phần có thể gây ra kẹt nhau tại vị trí co thắt**. Việc co thắt này thường xảy ra lỗ trong CTC và dẫn đến kẹt nhau, hay ở góc tử cung gây kẹt một hay nhiều phần bánh nhau.

### **Bánh nhau bất thường**

**Bám dính bất thường** : điển hình là nhau cài răng lược, nhau bám thẳng vào cơ TC không có màng rụng ở giữa . Đôi khi, chính gai nhau ăn sâu vào cơ TC (Nhau cài răng lược) và có thể xuyên qua đến lớp thanh mạc (Placenta percreta).

May mắn là việc này cũng hiếm khi xảy ra (1/10 000 TH sanh), do số nhau chỉ có thể thực hiện với giá của 1 tổn thương ở thành tử cung, làm cho thường phải cắt tử cung cầm máu. Nhau cài răng lược có thể bán phần, khu trú và thấy ở phần tử cung nơi có màng rụng mỏng, đặc biệt là đoạn dưới tử cung, hoặc trong trường hợp có bất thường ở thành tử cung: sẹo mổ cũ, dính lòng tử cung, uxtc, thiếu sản nội mạc, LNMTC, viêm NMTC, dị dạng.

**Bất thường về hình thái:** bánh nhau phụ nằm riêng với bánh nhau chính và con co tử cung không làm bong nhau được.

**Vị trí bám bất thường:** nhau bám ở đoạn dưới tử cung, trên vách ngăn TC, vùng mỏng nhất của tử cung và nơi mà con co tử cung không đủ hiệu quả để bong nhau.

### **Lỗi kỹ thuật**

Nghiệm pháp lấy nhau sớm:

- Kéo dây rốn có thể dẫn đến rách bánh nhau và gây sót nhau.
- Đẩy tử cung trước khi bong nhau.

### **4.3 Lộn tử cung**

Đây là tai biến nghiêm trọng. Tần suất hiếm: 1/100 000 ca sanh tại Pháp

Có thể tự xảy ra trong trường hợp tử cung quá căng sau sanh nhanh hay do có UXTC dưới niêm mạc, hay do kéo dây rốn quá mạnh, hay đẩy đẩy tử cung thô bạo. Ba mức được mô tả tùy theo mức độ lộn.

Triệu chứng đau dữ dội, chảy máu nhiều có thể dẫn đến choáng nặng. Nếu xử trí sớm có thể giảm được biến chứng này.

### **Tổn thương đường sinh dục do sang chấn**

#### **4.4 1) Võ tử cung**

Tỉ lệ 1/ 1 500 TH sanh (fig. 26.2).

Có 3 loại.

#### **Võ tử cung trên tử cung có thay đổi cấu trúc thành**

Xảy ra:

- Trên tử cung có sẹo mổ cũ (MLT, Bóc nhân xơ phạm vào buồng TC, NS cắt đốt buồng tử cung, Brett Palmer, mổ tái tạo TC, tiền căn thủng TC và võ tử cung đã được khâu lại);
- Trên tử cung yếu (đa thai, nao nhiều lần, đa ối, đa thai, tử cung dị dạng).

#### **.Võ tử cung do BXĐC hay chuyển dạ kéo dài**

#### **.Võ tử cung do thầy thuốc**

Có 3 nguyên nhân: thủ thuật sản khoa, sanh dụng cụ, dùng ocytocinee.

#### **4.5 2) Các chấn thương âm đạo**

Có hai loại.

#### **Rách thành và vòm âm đạo**

Rất dễ chẩn đoán khi vết rách từ âm hộ đi sâu vào trong. Thường phải kiểm tra bằng van. Các vết rách vòm âm đạo thường có kèm rách CTC. Rách niêm mạc âm đạo thường do niêm mạc âm đạo mỏng manh: dị dạng, sẹo cũ, nhiễm khuẩn và thường là do đẻ khó

## **Huyết khối âm hộ âm đạo**

Khoảng 1/1.000 ca sanh do vỡ mạch máu trong thành âm đạo. Tạo thành khối máu tụ tại âm hộ âm đạo. Các yếu tố thuận lợi: con so, giúp sanh bằng dụng cụ, TSG, song thai, dẫn tĩnh mạch âm hộ - âm đạo. BN có cảm giác mắc rặn sau sinh giống như trong TH lộn tử cung. Phần lớn khối máu tụ không lớn lắm, có thể vỡ trong khi rách hay cắt TSM làm chảy máu nhiều. Nhưng cũng có thể gia tăng kích thước và lan rộng vào khoảng trực tràng chậu biên hay vùng quanh TC. Châm máu những trường hợp thủng khó có thể làm thuyên tắc mạch trong trường hợp này (Riethmuller, 1997).

### **4.6 Rách cổ tử cung**

*4.7 Tất cả các trường hợp BHSS liền ngay phải kiểm tra CTC, có bị rách hay không vì thường xảy ra (11% với người con so, 4% với con rạ).*

Thường ở bên mép CTC và có thể lan đến vòm âm đạo, nhưng đôi khi có thể đến đoạn dưới tử cung làm cho việc điều trị khó khăn.

Có thể gặp trong TH rặn quá mức khi CTC chưa nở trọn, sau thủ thuật sản khoa và sau cuộc đẻ nhanh

### **4.8 Rách âm hộ và TSM**

Hiếm khi gây băng huyết. Nhưng chậm trễ trong xử trí có thể dẫn đến việc mất máu không đáng có.

## **Rối loạn đông máu**

Thường là nặng nếu có RLDM. Có thể gặp trong 1 số bệnh lý sản khoa:

- Nhau bong non;
- Thuyên tắc ối;
- Thai lưu;
- Nhiễm khuẩn trong tử cung.

Thường dẫn đến BHSS nếu không xử trí nhanh

Đông máu nội mạch lan tỏa cho thấy mất bù toàn bộ cơ chế đông máu, với sự đóng góp của các thành mạch, các tiểu cầu và các hệ thống đông máu, ly giải sợi huyết, các kinines và bổ thể.

Các yếu tố khởi phát khác nhau, đưa đến sự hoạt hóa đông máu nội mạch. Một sự hoạt hóa tích cực của hiện tượng đông máu có thể dẫn đến bệnh lý đông máu do tiêu thụ qua mức quá mức. Thêm vào đó, việc tích tụ fibrine có thể hoạt hóa thứ phát ly giải sợi huyết. Tất cả các yếu tố này có thể dẫn đến khuynh hướng chảy máu.

Có 3 cơ chế khác nhau trong hoạt hóa đông máu nội mạch

- Hoạt hóa đường đông máu ngoại sinh.
- Hoạt hóa đông máu ngoại sinh;
- Hoạt hóa yếu tố II (prothrombine) hay yếu tố X (yếu tố Stuart)

## **4. Xử trí**

### **4.1 Điều trị dự phòng**

Lý tưởng nhất đương nhiên là dự phòng băng huyết sau sanh

Cần tuân thủ các nguyên tắc liên quan đến thực hành trong giai đoạn sổ nhau

- Tránh kéo không đúng lúc dây rốn, xoa bóp hay bóp ép TC
- Bóc nhau khi không sổ nhau sau 30.
- Quan sát kỹ bánh nhau, mọi trường hợp sót nhau phải được soát tử cung
- Phát hiện và khâu ngay những chỗ rách của phần mềm: AD, CTC
- Khâu ngay vết cắt tầng sinh môn hay rách TSM hay có thể nhất là kẹp cầm máu những mạch máu nhỏ đang chảy máu thành tia.
- Điều trị dự phòng đờ TC.

Sổ nhau chỉ huy: Oxytocine 5 – 10 UI tiêm tĩnh mạch ngay khi sổ vai trước trong trường hợp ngôi đầu đơn thai. Đối với sản phụ có nguy cơ đờ TC như đa sản, TC to quá mức trong đa ối đa thai: truyền bổ sung 10 UI Oxytocin trong 500ml dd glucose 5% sau sổ nhau

\*Chú ý quá liều Oxytocine có thể gây ra tụt huyết áp, nhịp tim nhanh thiếu niệu.

Méthylergobasine (Méthéagin) không được dùng vì những tai biến nặng đã được báo cáo

#### **4.2 Xử trí cấp cứu**

Một vài xử trí ban đầu trong khi chờ bác sĩ sản và bác sĩ gây mê hồi sức chuẩn bị

- Đặt đường truyền tĩnh mạch
- Cho sản phụ thở oxy
- Đặt nằm ở tư thế trendelenburg
- Lập phiếu theo dõi và ghi nhận giờ bắt đầu xảy ra bất thường và những dấu hiệu theo dõi
- Theo dõi mạch huyết áp
- Đo lượng máu mất bằng một túi nylon có khắc vạch đặt dưới mông sản phụ
- Thử CTM, đông máu toàn bộ. Trong khi chờ đợi kết quả, nếu có thể đo lượng hermolobin mao mạch.

\*Chú ý: là mọi sản phụ nên có thể ghi nhóm máu và kháng thể kháng hồng cầu được làm một cách thường quy vào đầu thai kỳ và được xác minh lại khi vào phòng sinh. Không có những yếu tố này sẽ không thực hiện được truyền máu không nguy cơ. Trong những trường hợp thật khẩn cấp có thể dùng hồng cầu cô đặc Rh âm.

#### **4.3 Điều trị căn nguyên**

Sót nhau có 2 trường hợp có thể gặp

- Nhau còn nằm trong tử cung
  - o Thì bóc nhau bằng tay
  - o Kiểm tra CTC, ÂĐ
  - o Cho oxytocine
- Đã sổ nhau có 3 trường hợp: sót nhau, đờ TC, tổn thương đường sinh dục
  - o Cần soát
  - o Kiểm tra đường sinh dục
  - o Cho oxytocine

#### **4.4 Điều trị đờ TC**

Xoa TC trong lúc thực hiện kiểm tra TC, sau đó xoa TC qua thành bụng và đè đáy TC.

*Oxytocin*

20 UI trong 250 ml dd glucose 5% truyền tĩnh mạch

10 UI tiêm cơ TC qua đường CTC cũng rất hiệu quả

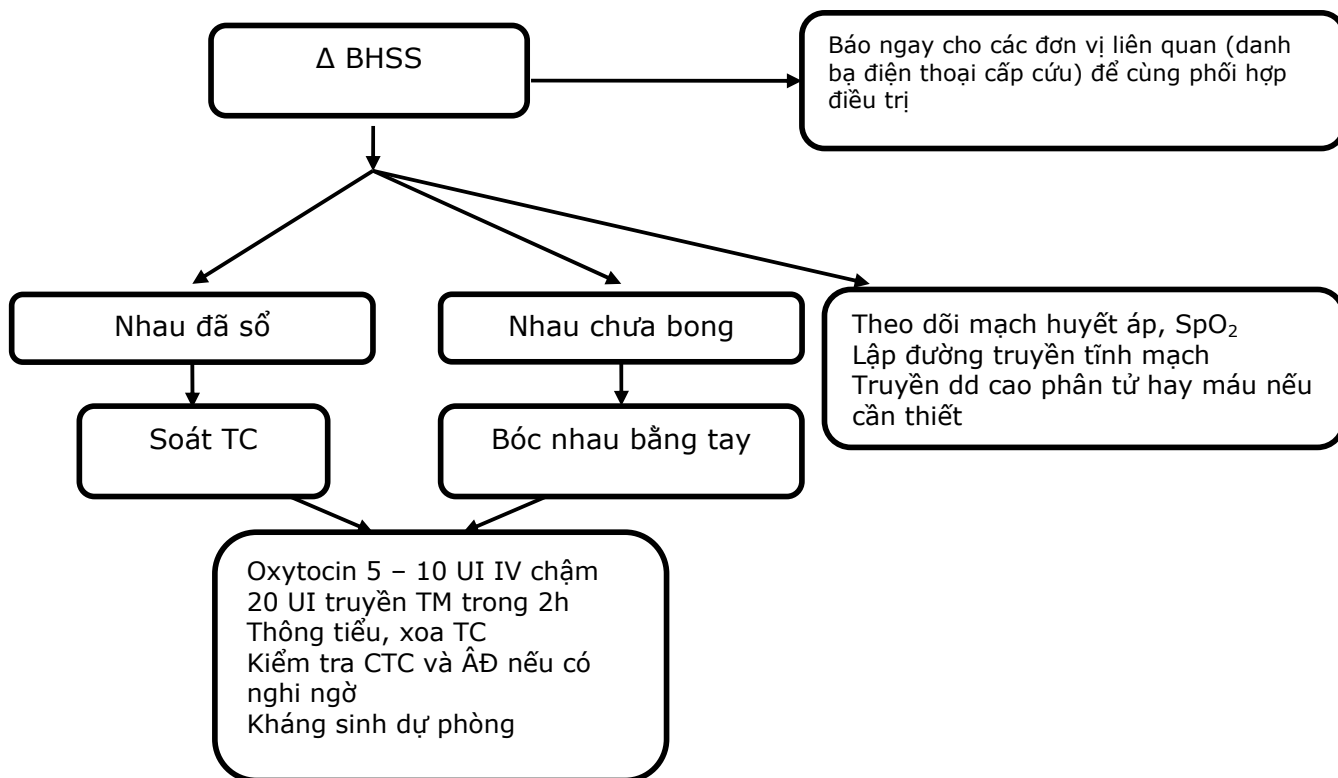
*Prostaglandine*

*Thất bại điều trị oxytocin sau 30'*:

Prostaglandine E2 tổng hợp (Sulprostone, Nalador(R)): 1 ống Nalador 500 $\mu$ g trong 50ml dd nước muối đẳng trương truyền bơm điện với tốc độ 10ml/giờ và gia tăng 10ml/giờ mỗi 15' cho đến khi có hiệu quả. Duy trì liều có hiệu quả trong 2giờ

\***Lưu ý**: tốc độ không được quá 50ml/giờ, tổng liều không quá 3 ống Nalador

Chống chỉ định: bệnh tim mạch, đặc biệt là những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành, tiền căn huyết khối, động kinh, tăng nhãn áp, hen phế quản



Bảng II: Thực hành lâm sàng về băng huyết sau sanh

#### 4.5 Điều trị tổn thương đường sinh dục

\_ **Vỡ TC**: soát TC khi có băng huyết sau sanh hoặc làm thủ thuật sản khoa để phát hiện vỡ TC  
→ phẫu thuật mở bụng, khâu vết rách hoặc cắt tử cung phụ thuộc vào tổn thương tử sản phụ và khả năng sinh sản.

\_ **Rách CTC**:

- Phần trong âm đạo → may lại
- Phần trên âm đạo thường được biểu hiện bằng khối máu tụ vùng chậu:
  - o Nếu chưa rách tới thanh mạc thường có thể khâu bằng đường dưới bằng kim liền chỉ tiêu loại Vicryl 0, khâu mũi chữ X
  - o Trong trường hợp rách thanh mạc cần phải mở bụng

\_ **Rách âm đạo**:



- Rách ở vòm âm đạo thường phối hợp với rách CTC → khâu mũi rời hay mũi liên tục bằng Vicryl 0 hay 1
- Rách thành âm đạo thường do rách sâu tầng sinh môn → may lại bằng Vicryl 0 hay 1 mũi liên tục.

**Khối máu tụ đường sinh dục** điều trị phụ thuộc vào kích thước, thời gian xuất hiện  
 Khối máu tụ, âm hộ kích thước nhỏ xuất hiện ngay sau sinh không cần thiết điều trị phẫu thuật. Khối máu tụ lớn rạch ra, may cầm máu.

#### 4.6 Điều trị bảo tồn: Thuyên tắc động mạch

Nếu sau 30 phút truyền tĩnh mạch Sulprostol, triệu chứng lâm sàng không cải thiện hoặc diễn biến xấu đi thì cần phải đổi chiến lược điều trị.

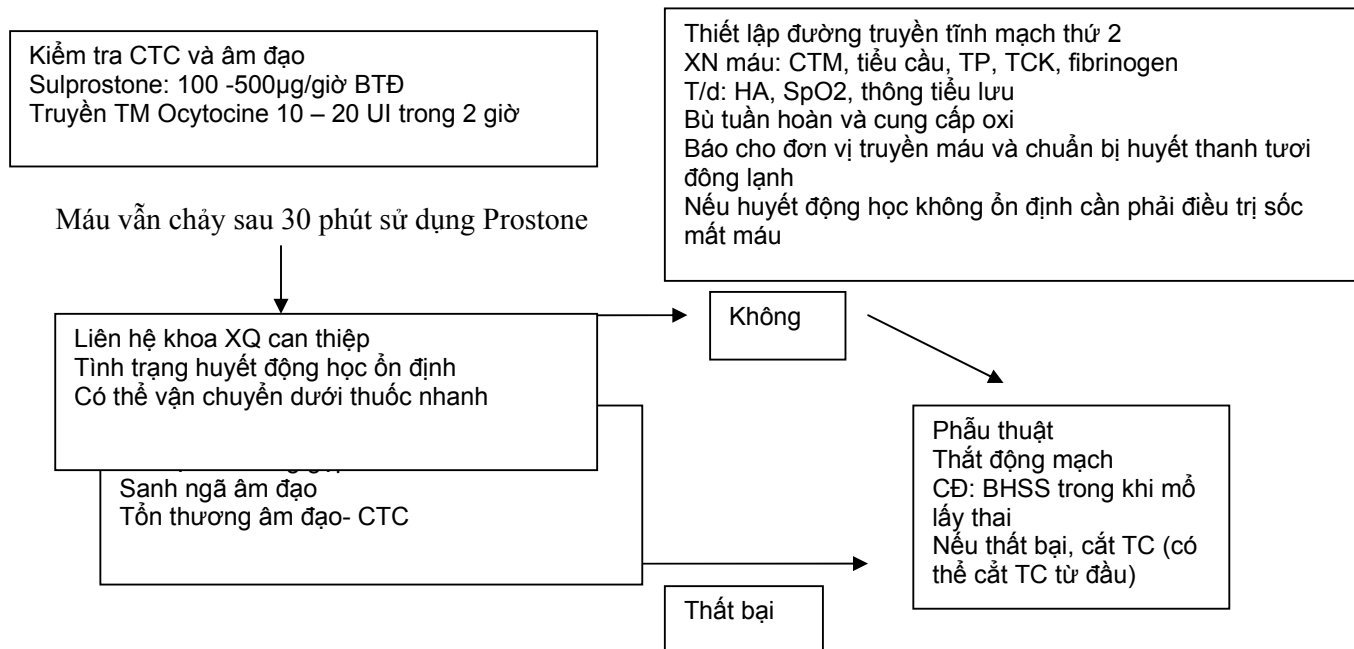
Phương pháp điều trị bằng cách làm thuyên tắc động mạch chậu đã được ứng dụng hơn 30 năm nay, trong những trường hợp chảy máu không kiểm soát do chấn thương (Ring, 1973), sau đó là băng huyết sau sanh (Brown, 1979). Đó là kỹ thuật làm tắc động mạch, nó có thể thay thế điều trị phẫu thuật. Thời gian tiến hành có thể dao động từ 45 phút cho đến 2 giờ. Chỉ định cần sự nhất trí giữa các chuyên khoa như Sản khoa, Gây mê hồi sức, Hình ảnh học can thiệp (Khoa hình ảnh học can thiệp cấp cứu 24/24). Quyết định thuyên tắc động mạch được chỉ định cho bệnh nhân có huyết động học ổn định, nhưng thất bại trong điều trị nội khoa và các phương pháp sản khoa khác, trước khi nghĩ đến việc thắt động mạch tử cung. Nó được thực hiện trong phòng chụp mạch máu dưới sự giám sát của đội ngũ bác sĩ gây mê hồi sức và sản khoa.

Kỹ thuật thuyên tắc động mạch được thực hiện bằng thủ thuật Seldinger động mạch đùi, thường là động mạch đùi phải, thông chọn lọc các động mạch TC ống thông Cobra có 4 hoặc 5 F, đầu ống thông được đẩy đến đoạn chu TC của động mạch TC ngang vị trí quai. Sau khi kiểm tra sự tưới máu rộng rãi vào tử cung, tiến hành làm tắc chọn lọc động mạch tử cung hay làm tắc ít chọn lọc hơn thân trước của động mạch tử cung (có thể gây co thắt mạnh gây tử vong) bằng các mảnh chất gélatine có thể phân hủy được (Curaspon, Gelfoam,..). Những mảnh keo này sẽ di chuyển ra xa vào vùng giàu mạch máu của tử cung (« blushes »). Việc làm thuyên tắc thân trước động mạch tử cung đòi hỏi phải tôn trọng các nhánh thành của thân sau (để tránh nguy cơ hoại tử cơ nặng). Và chất keo này có tác dụng vài ngày đến vài tuần, đảm bảo cho hoạt động trở lại của các mạch máu tử cung. Vài tác giả sử dụng những tiểu phân tử không tan với kích thước tối thiểu 600 microns để chúng không thể vượt qua các thông nối sinh lý TC – buồng trứng. Trong những trường hợp rò động - tĩnh mạch, giả phình động mạch hay trong 1 số trường hợp thoát mạch, chất keo acrylic hay các vòng xoắn kim loại tỏ ra có hiệu quả.

Việc làm thuyên tắc động mạch tử cung 1 bên thường thất bại do có sự thông nối của động mạch tử cung bên phải và trái. Thịnh thoảng, động mạch của dây chằng tròn và động mạch buồng trứng lại là những động mạch chính cung cấp máu cho tử cung, làm cho thủ thuật thuyên tắc động mạch tử cung trở nên phức tạp. Việc sử dụng những thuốc gây co mạch hoặc co cơ làm cho việc thuyên tắc tử cung chọn lọc trở nên kém hiệu quả ở vùng sau do những thuốc này gây co thắt mạch.

Thông dẫn được lưu tại chỗ lại phòng ngừa cho thủ thuật làm thuyên tắc lần 2 ở những trường hợp chảy máu tái phát.

Báo ngay cho các đơn vị có liên quan  
 Tiến hành phối hợp và đồng thời



#### 4.7 Phẫu thuật : Khi thất bại trong điều trị nội khoa

4 phương pháp can thiệp ngoại khoa ít khi được dùng đến cần phải được nghĩ đến.

**Chèn gạc trong buồng tử cung**, được đề ra bởi các tác giả trước đây, có thể bảo đảm sự cầm máu nếu thể tích gạc đủ (7 hộp gạc, mỗi gạc dài 7m cột thành dây)

Đây là phương pháp hợp lý điều trị thử trước khi quyết định can thiệp phẫu thuật, nhằm tránh những can thiệp ngoại khoa, hoặc ít ra làm hạn chế lượng máu mất và nguy cơ rối loạn đông máu. Trong thời gian gần đây, một số tác giả thực hiện phương pháp này bằng cách đặt vào trong tử cung 1 ống thông Blakemore ( ống thông dùng để kiểm soát vỡ giãn tĩnh mạch thực quản), bong bóng sẽ được bơm lên khoảng 300ml và giữ trong 10 phút và thể tích này sẽ được làm xẹp từ từ trong vòng 24h.

**Đặt pincex de Museux** trên cổ tử cung nhằm kéo xuống trong vòng 6 đến 8 giờ có thể được đặt ra trước phẫu thuật.

**Thắt ĐMTC theo kỹ thuật Tsirulnikov**, nhằm giữ TC đối với những phụ nữ trẻ. Kỹ thuật này bao gồm: thắt dây chằng tròn, thắt dây chằng TC-BT, thắt ĐM TC.

Kỹ thuật mới nhất (Stepwise) là thắt chọn lọc và dần dần các cuống của tc theo 5 bước. Thực hiện thắt phần cao của đmtc 1 bên, sau đó đến bên đối diện, kế đến là phần thấp đmtc. Sau cùng kết thúc bằng khâu đm bt, nếu có thể được 1 bên.

B-Lynch (1997) đã mô tả cách khâu thành khối bằng cách ép thân tc để phòng chống đờ tc, dùng kim 70 chỉ tan số 0, hay 1, đâm ở đoạn dưới cách vết rạch đoạn dưới 3 cm (hay ngay ở đoạn dưới nếu không có MLT). Kim đã đâm ra lại trên chỗ rạch 3 cm sau đó đi vòng qua đáy tc và đi ra phía sau bên trong sừng tc. Để đâm vào đoạn dưới phía sau, đưa mũi chỉ qua phía đối bên mặt sau, vòng lên đáy tc và xuống ở mặt trước rồi trở về nằm ở vị trí đoạn dưới tc giống như mũi chỉ đối bên. Sau khi nén chặt thân tc, PTV tiến hành siết chỉ và thắt nút nhằm duy trì lực nén. Kỹ thuật này giúp cho sản phụ không bị cắt tc và duy trì khả năng sinh sản.

**Thắt ĐM hạ vị** là chỉ định được ưu chuộng hơn cắt tc cầm máu trên bn trẻ tuổi và còn mong muốn có con. Kỹ thuật này không dễ hơn các kỹ thuật trước đây và kết quả cũng không tốt hơn

**Cắt TC** là giải pháp triệt để, nhưng ảnh hưởng đến tương lai sản khoa của bệnh nhân. Không có sự khác biệt rõ ràng về hiệu quả cầm máu giữa cắt tc toàn phần và bán phần. Cắt tc toàn phần được yêu thích hơn vì cắt tc bán phần thường khó khăn nếu có chảy máu mồm cắt.

#### **Lộn tử cung**

Đây là biến chứng rất nặng của sổ nhau, các triệu chứng của lộn tc là đau dữ dội, chảy máu rất nhiều kèm theo shock, đồng thời có sự tăng co bóp tc do kích thích tổng xuất (chỉ thấy trong 2 tình huống sau sổ nhau là lộn tc và huyết khối âm đạo/vùng chậu). Tùy theo mức độ, chúng ta có thể cảm nhận được trương lực qua sờ nắn đáy tc hay không thể sờ được tc. Thăm âm có thể thấy 1 khối bờ, mềm đau, có thể co thắt và bịt kín do vành đai của CTC ở phía trên. Chẩn đoán được xác định qua soi tử cung.

Nếu chẩn đoán sớm, việc làm giảm áp lực bằng cách chuyển hồi nên được thực hiện lúc kiểm tra tử cung. Sau khi đã làm giảm áp lực, phẫu thuật viên phải giữ tay trong tử cung cho đến khi tử cung co hồi tốt cùng với việc sử dụng oxytocin.

Trong trường hợp thất bại, cần phải tiến hành can thiệp ngoại khoa (kéo đáy tử cung, mở tử cung ngã bụng hay ngã âm đạo). chỉ định cắt tử cung được xem như là lựa chọn sau cùng.

#### **4.8 Điều trị rối loạn đông máu:**

Trong vài bệnh lý hay trong chảy máu sau sanh lượng nhiều, bệnh lý về rối loạn đông máu thường xuất hiện đột ngột.

Trong bối cảnh này sẽ cho thấy một tình trạng máu chảy không đông và kéo dài sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác như vết rách đường sinh dục, hay sót nhau..

##### **Sinh hóa:**

Kéo dài TQ, Prothrombin giảm

Kéo dài thời gian TCA, TCK

Giảm tiêu cầu, có thể nghiêm trọng, cần so sánh với số lượng ban đầu

Giảm tỷ lệ Fibrinogen, nặng nếu như <1 g, hoặc giảm nhiều hơn 50% so với tỷ lệ ban đầu.

Sự tăng các sản phẩm phân hủy của fibrin (PDF hay D.Dimer)

#### **Các phương pháp điều trị**

##### **Bổ sung các yếu tố thiếu:**

Trong tất cả các trường hợp cần phải bổ sung các yếu tố đông máu tiêu thụ hoặc bị thiếu hụt. Huyết tương tươi đông lạnh bao gồm tất cả các yếu tố đông máu và các chất ức chế tự nhiên. Fibrinogen được chỉ định trong các trường hợp lượng fibrine giảm một cách rõ rệt <1 g. Theo nhiều tác giả, fibrinogen là vô hại và khá là hiệu quả. Những thành phần đông máu trong PPSB bị cấm sử dụng vì nó bao gồm các yếu tố hoạt hóa đông máu, tạo thuận lợi cho diễn tiến đến đông máu nội mạch lan toả và sản phẩm này không chứa yếu tố V là yếu tố thường xuyên bị thiếu hụt trong đông máu nội mạch lan toả.

##### **Chất ức chế tiêu sợi huyết:**

*Cần phải sử dụng thận trọng vì nó có thể gây nguy hại. Trên thực tế, đông máu nội mạch lan toả thường dẫn đến tình trạng hình thành cục máu đông trong các mao mạch và hiện tượng*

tiêu huyết lúc này sẽ là một cách bảo vệ không thể loại bỏ của cơ thể. Chất ức chế tiêu sợi huyết được chỉ định trong những tình huống tiêu huyết trầm trọng, nhưng việc chẩn đoán thường là khó khăn do các test được sử dụng thường không cho kết quả rõ ràng. Chúng ta cần hạn chế chỉ sử dụng chất ức chế plamin (Trasylo1®), các chất kháng hoạt hóa, ...) là các chất chống chỉ định và PPSB (Kaskadil®) là chống chỉ định tuyệt đối.

#### **4.9 Xử trí thực tế**

Cần phải có sự phối hợp làm việc của một ekip gồm nữ hộ sinh, bác sĩ sản khoa, và bác sĩ gây mê hồi sức, những người này phải luôn có mặt ngay.

Vai trò của bác sĩ gây mê hồi sức là chính yếu. Họ cần phải được thông báo trước tiên khi có sự chảy máu bất thường. Trên thực tế, các nhà sản khoa và phẫu thuật luôn cần có sự hỗ trợ gây mê từ phía đội ngũ gây mê hồi sức và nhà gây mê làm nhiệm vụ hồi sức và điều trị nội khoa cho bệnh nhân.

Qua giai đoạn đầu của việc hồi sức, và trong những trường hợp nặng, chảy máu không ngừng hay tái phát, cần phải thiết lập 2, thậm chí 3 đường truyền tĩnh mạch có khẩu kính lớn gấp 2 hay 3 lần.. Đặt Desilet qua tĩnh mạch đùi có thể trở nên cần thiết, đường tĩnh mạch này được ưu tiên vì tính dễ thực hiện và vì các rối loạn đông máu thường xuyên làm cho các đường tiếp cận tĩnh mạch dưới đòn hay tĩnh mạch cảnh nguy hiểm hơn.

#### **Các phương tiện theo dõi**

Ngoài việc theo dõi hệ tim mạch cổ điển (mạch, huyết áp, độ bão hòa O<sub>2</sub>), cần phải đặt thông tiểu lưu để theo dõi lượng nước tiểu. Trường hợp đặt nội khí quản, theo dõi biểu đồ thở cho phép biết được tình trạng suy giảm huyết động học. Và trong trường hợp nặng cần phải nhanh chóng đặt catheter đo áp suất động mạch (CVP) cho phép theo dõi liên tục và lấy máu dễ dàng.

#### **Điều trị giảm thể tích máu và rối loạn huyết động học**

Không có sự khác biệt với điều trị sốc mất máu

Điều trị ưu tiên là đổ đầy mạch máu

- Bồi các dung dịch điện giải (Ringer)
- Bồi các dung dịch keo như Hydroxyl-Ethyl-Amidon (*Hestérial*®, *Voluven*® ) dùng không giới hạn vì thai đã sỏ

Và nếu cần thiết cần cho thêm các Catécholamine mà hàng đầu là Ephédrine (3 đến 9 mg tiêm mạch nhanh) và trong trường hợp nghiêm trọng cần tiêm nhanh chóng Noradrenaline (*Levophed*®), từ 0,5 đến 1 mg/giờ.

#### **Truyền máu:**

Truyền máu nhằm điều trị tình trạng thiếu máu cấp tính của các mô trong cơ thể. Thể tích máu cần truyền phụ thuộc lượng máu mất mà lượng máu mất lại không thể đánh giá bằng một con số chính xác do đa phần lượng máu được đổ về để cung cấp máu cho chủ mô thận. Thể tích máu cần truyền phải đáp ứng với tình trạng huyết động học (Mạch, huyết áp, và áp lực tĩnh mạch trung tâm). Và việc làm ấm sản phẩm máu trước khi truyền là cần thiết.

Trong một số trường hợp, chúng ta cần đề nghị kỹ thuật thu hồi máu cách xa lúc lấy thai.(máy cell saver)

Albumine cô đặc ( đơn vị là 20 g, từ 1 đến 2 đơn vị) làm giảm lượng truyền của virus khá giúp ích.

#### **Sự thành lập nước tiểu**

Phải được duy trì hay tái lập lại càng sớm càng tốt. Cần phải đảm bảo rằng đã cung cấp đầy đủ lượng thiếu hụt và lợi tiểu được sử dụng là Furosemide (*Lasilix*®), và thậm chí cho cả Dopamin liều thấp (bơm chậm 1 đến 4 mcg/kg/phút) (hiệu quả còn đang thảo luận).

**Điều trị rối loạn đông máu :**

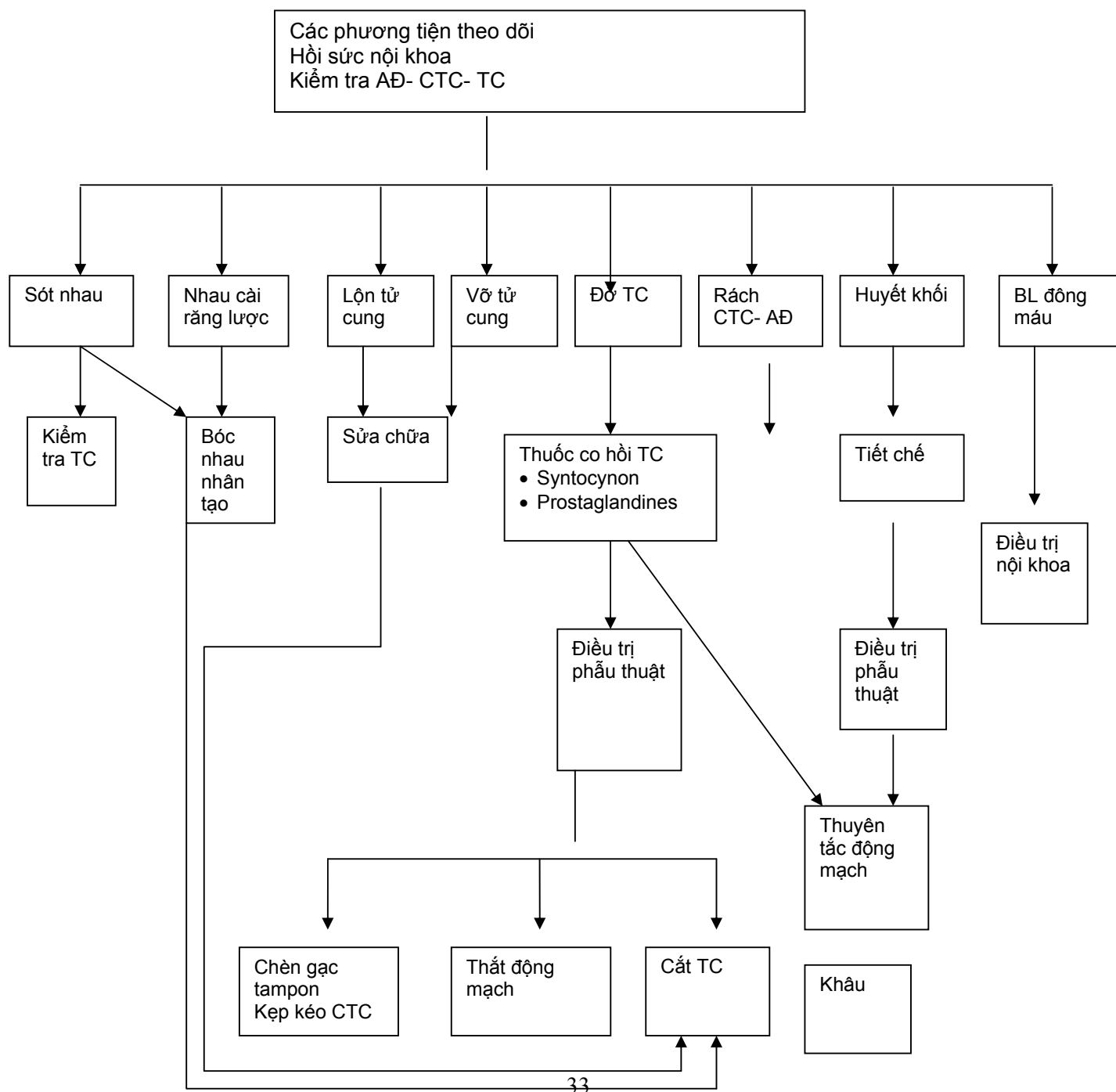
Tùy theo kết quả sinh hóa mà có những bổ sung thích hợp về fibrinogen, tiểu cầu hay huyết tương tươi đông lạnh.

Sau khi kết quả bilan đông máu bình thường và ngừng chảy máu, héparin phân tử nhẹ được dùng để ngăn ngừa tắc nghẽn do huyết khối, tạo ra sau một tình trạng chảy máu dữ dội và rối loạn đông máu. (bảng 3)

**Kháng sinh liệu pháp và phòng ngừa tự miễn do yếu tố Rhésus:**

Đây là điều trị không được phép bỏ qua. Tình trạng nhiễm trùng có thể làm nặng thêm bệnh lý trước đó. Hội chứng giảm fibrin trong máu có thể phát động do nhiễm trùng không kiểm soát được, do đó kháng sinh cần phải phủ luôn cả vi khuẩn kỵ khí và trực khuẩn Gram âm.

Bảng 3: Chỉ định điều trị:



## **5. Kết luận:**

Mức độ nghiêm trọng của băng huyết sau sanh đòi hỏi bác sĩ sản khoa phải có thái độ đề phòng trong suốt quá trình chuyển dạ.

Trong trường hợp băng huyết, cần phải có sự phối hợp của bác sĩ sản khoa và đội ngũ gây mê hồi sức.

Băng huyết sau sanh thường do đờ tử cung, sót nhau, hay rách cổ tử cung, do đó sau khi thiết lập các điều kiện theo dõi cơ bản, cần phải tiến hành kiểm tử cung, kiểm cổ tử cung và cho oxytocine, đó là các công việc đem lại hiệu quả trong đa số các trường hợp.

Trong các trường hợp khác, thì cần tìm nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân.

# HIỆU QUẢ CỦA BÓNG CHÈN LÒNG TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SANH

Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sanh là một trong năm tai biến sản khoa: băng huyết sau sanh, vỡ tử cung, sản giật, nhau bong non, nhiễm trùng hậu sản; và cũng là nguyên nhân gây tử vong mẹ hàng đầu ở các nước kém và đang phát triển<sup>[3],[5],[13],[14]</sup>. Ở những nước công nghiệp, băng huyết sau sanh luôn là một trong ba nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ cùng với thuyên tắc ối và rối loạn huyết áp trong thai kỳ<sup>[3],[8],[9]</sup>. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong mẹ trung bình 165/100000 các trường hợp sinh sống, tại miền núi, tỷ lệ này còn cao hơn (411/100000)<sup>[11]</sup>. Một số tác giả ghi nhận do có một tỷ lệ đáng kể thai phụ bị thiếu máu thiếu sắt, cao huyết áp do thai, dinh dưỡng kém nên gần 50% sản phụ Việt Nam sẽ có tình trạng băng huyết sau sanh nặng hơn, làm tăng bệnh suất và tử suất ở thai phụ<sup>[11]</sup>.

Tại bệnh viện Từ Dũ, theo số liệu báo cáo của Khoa sanh, băng huyết sau sanh chiếm tỷ lệ từ 0,22 % đến 0,58 %, trong đó băng huyết sau sanh không do tổn thương đường sinh dục thường gặp nhất là do tử cung gò kém (55%).

Điều trị băng huyết sau sanh có nhiều phương pháp: nội khoa và ngoại khoa. trong 100% các trường hợp băng huyết sau sanh được điều trị nội khoa ban đầu bằng oxytocine và misoprostol 1.000g, gần 22% cần can thiệp điều trị ngoại khoa sau đó. Năm 2005 có 14 trường hợp băng huyết sau sanh cắt tử cung, năm 2006 có 12 trường hợp cắt tử cung, 2 trường hợp thắt động mạch tử cung và động mạch hạ vị.<sup>[2],[12]</sup>

Phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí băng huyết sau sanh do tử cung gò kém hay do nhau bám thấp hiện đã và đang nghiên cứu sử dụng tại các nước trên thế giới. Tại bệnh viện Hùng Vương, phương pháp bóng chèn lòng tử cung cũng đã được đưa vào phác đồ điều trị băng huyết sau sanh. Đây là một phương pháp điều trị bảo tồn tử cung đơn giản, dễ thực hiện. Khi điều trị nội khoa thất bại, phương pháp này đem lại một cơ hội bảo tồn tử cung cho bệnh nhân, đặc biệt đối với những người chưa có đủ số con; so với phương pháp điều trị ngoại khoa, phương pháp này làm giảm đáng kể chi phí điều trị, số ngày nằm viện, và tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Hơn nữa, điều trị ngoại khoa như thắt động mạch hạ vị và cắt tử cung cũng có những tai biến nhất định, nhất là trên những bệnh nhân sau điều trị băng huyết sau sanh bằng nội khoa thất bại, nguy cơ mổ lại gia tăng do tình trạng rối loạn đông máu, cơ địa thiếu máu.

Tại bệnh viện Từ Dũ hiện chưa có nghiên cứu nào về tính hiệu quả và tính an toàn của phương pháp bóng chèn lòng tử cung, một phương pháp nếu thành công có thể giúp sản phụ tránh được nguy cơ mở bụng và cắt tử cung trong điều trị băng huyết sau sanh. Vì những lý do trên, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu “Hiệu quả của bóng chèn lòng tử cung điều trị BHSS” với mục đích đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí bhss không do tổn thương đường sinh dục tại bệnh viện Từ Dũ. Kết quả của nghiên cứu này có thể là cơ sở cho tuyển dưới tham khảo trong xử trí băng huyết sau sanh nhằm góp phần làm giảm bệnh suất và tử suất thai phụ và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/08/07 đến tháng 05/2008, chúng tôi thực hiện nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng không nhóm chứng trên 56 sản phụ có chẩn đoán băng huyết sau sanh không do tổn thương đường sinh dục tại phòng sanh bệnh viện Từ Dũ.

Mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} p (1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu dùng cho nghiên cứu

$\alpha$ : xác suất sai lầm loại 1, chọn  $\alpha = 0,05$

p: tỷ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung, chọn  $p = 0,875$  theo nghiên cứu Condous<sup>[4]</sup>.

d: độ chính xác tuyệt đối đúng về phía tỷ lệ, chọn  $d = 0,1$ .

Vậy  $n = 42,0175$ .

Như vậy, cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 43 trường hợp. Thực tế, chúng tôi đã tiến hành 56 trường hợp.

Sản phụ sau khi sỏ thai, tiến hành lấy nhau tích cực giai đoạn III chuyển dạ.

Nếu sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu (có chẩn đoán BHSS) tiến hành: ghi nhận thời gian chẩn đoán BHSS (thời gian tính từ sau khi sỏ thai đến lúc chẩn đoán BHSS), lượng máu mất khi chẩn đoán BHSS, ghi nhận có sự thay đổi tổng trạng, sinh hiệu trên lâm sàng.

Xoa ép đáy tử cung qua thành bụng bằng hai tay.

Kết hợp các thuốc điều trị nội khoa.

Nếu sau các bước trên, máu vẫn tiếp tục chảy ra âm đạo.

Thực hiện bóng chèn lòng tử cung:

Ghi nhận các yếu tố: nguyên nhân thất bại, xử trí tiếp theo.

24 - 48 giờ sau khi thực hiện thủ thuật đánh giá biến chứng: viêm nội mạc tử cung, viêm vùng chậu (có dấu hiệu nhiễm trùng, sốt, sản dịch hôi, tử cung co hồi kém, có thể có phản ứng thành bụng, bạch cầu  $> 15000/\text{mm}^3$ , CRP  $> 6\text{mg/l}$ ).

Nghiên cứu của chúng tôi không vi phạm y đức vì đây là nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng đem lại lợi ích cho người tham gia nghiên cứu vì phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí BHSS đã được nghiên cứu và chứng minh có hiệu quả cũng như tính an toàn trên nhiều quốc gia.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 7 năm 2007 đến tháng 5 năm 2008, nghiên cứu đã thực hiện 56 trường hợp. Số trường hợp thành công là 54, chiếm 96,43%.

Bảng phân bố đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=56)

Lớp tuổi	n	% trong mẫu
Dưới 20 tuổi	2	3,57
20 – 35 tuổi	49	87,50
Trên 35 tuổi	5	8,93
<b>Nơi cư trú</b>		
Tp Hồ Chí Minh	25	44,64
Tỉnh khác	31	55,36
<b>Nghề nghiệp</b>		
Nội trợ	18	32,14
Công nhân viên	14	25,00



Công nhân	13	23,21
Buôn bán	3	5,36
Học sinh – sinh viên	2	3,57
Khác	6	10,71
<b>Tiền thai</b>		
Con so	19	33,93
Sanh con lần 2	24	42,86
Sanh con lần 3	8	14,29
Sanh con trên 4 lần	5	8,93

Nhận xét:

Sản phụ ở tỉnh và tại thành phố Hồ Chí Minh phân bố gần bằng nhau trong mẫu nghiên cứu. Hầu hết các sản phụ có độ tuổi từ 20 – 35 tuổi, chiếm 87,50%. Điều này cũng phù hợp vì đây là nhóm tuổi trong độ tuổi sinh sản.

Nhóm sản phụ là công nhân viên và công nhân chiếm phân nửa các trường hợp trong mẫu nghiên cứu.

Nhóm sản phụ sanh con lần 2 chiếm khoảng hơn 2/5 các trường hợp.

Nhóm sanh con lần 3 và 4 chiếm khoảng 1/5 trường hợp.

#### 4. Đặc điểm những trường hợp thành công

##### 4.1 Lượng máu mất thêm khi chẩn đoán thành công

##### 4.2 Bảng phân bố lượng máu mất thêm khi chẩn đoán thành công

	Trường hợp	Tỷ lệ %
10 ml	4	7,42
20 ml	8	14,81
30 ml	13	24,07
50 ml	29	53,70
Tổng	54	100%

Nhận xét: lượng máu mất thêm khi chẩn đoán thành công trung bình:  $37,77 \pm 14,23$  (10 - 50ml). Lượng máu mất thêm khi chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung thành công là từ 10 đến 50 ml, lượng máu mất thêm trung bình là  $37,77 \pm 14,23$  ml.

##### **Thời gian chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu**

Bảng: Thời gian chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung chèn có hiệu quả

	Trường hợp	Tỷ lệ %
10 - 12 phút	12	22.22%
13 - 15 phút	26	48.15%
15 phút	16	29.63%
Tổng	54	100%

Nhận xét: thời gian trung bình chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu  $14,5 \pm 2,06$  phút (10 – 17 phút).

##### **Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung**

Bảng phân bố thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung

	Trường hợp	Tỷ lệ %
6 -< 7 giờ	19	35,19
7 - 8 giờ	35	64,81
Tổng	54	100%

Nhận xét: Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung trung bình:  $7,1 \pm 0,82$  giờ (6 – 8 giờ).

### **Đặc điểm 2 trường hợp thất bại**

Nhận xét: Trong nghiên cứu có hai trường hợp thất bại, một trường hợp sản phụ con so và một trường hợp sản phụ con rạ lần hai. Sản phụ con so là thai dị tật bẩm sinh, đa ối, nhau bám thấp, cân nặng con 2100 g. Sản phụ con rạ là thai bình thường, nhau bám thấp, đa ối, cân nặng con 3400 g. Cả hai sản phụ đều có thời gian theo dõi tại khoa Sản trên 32 giờ, đều có lượng máu mất lúc chẩn đoán BHSS trên 700 ml, đều có thời gian can thiệp phương pháp bóng chèn lòng tử cung sau chẩn đoán BHSS từ 14 đến 16 phút. Lượng máu mất thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung là 200 ml nhưng thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung của hai trường hợp trên là 15 phút và 6 giờ.

*Trường hợp 1:* lưu bóng chèn lòng tử cung 15 phút chúng tôi thấy máu vẫn tiếp tục chảy ra qua ống dẫn lưu lòng tử cung nhưng quan trọng hơn là máu đỏ tươi vẫn tiếp tục chảy từ lòng tử cung như trước khi đặt bóng chèn lòng tử cung. Do đó chúng tôi đã chuyển qua một phương pháp can thiệp khác là mở bụng và thắt động mạch tử cung hai bên, khi đó tình trạng BHSS đã được cải thiện, mạch, huyết áp ổn định.

*Trường hợp 2:* lưu bóng chèn lòng tử cung 6 giờ, sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung máu chảy từ ống dẫn lưu giảm dần. Sau khi theo dõi và điều trị kết hợp truyền máu tình trạng mạch, huyết áp dao động, chúng tôi thực hiện rút bóng chèn lòng tử cung. Ngay sau rút máu đỏ tươi vẫn tiếp tục chảy ra từ lòng tử cung. Do đó, chúng tôi đã chuyển bệnh nhân qua phương pháp phẫu thuật tử thất động mạch tử cung, động mạch hạ vị nhưng tình trạng chảy máu vẫn không cầm được, tử cung gò kềm, mạch, huyết áp không cải thiện nên chúng tôi quyết định cắt tử cung. Sản phụ này đã có hai con.

## **5. BÀN LUẬN**

Chúng tôi chọn thiết kế nghiên cứu là thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên không nhóm chứng, vì đây là thiết kế phù hợp để đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị, hơn nữa, vì vấn đề y đức, chúng tôi không chọn nhóm chứng. Thuốc gò tử cung là chọn lựa đầu tay trong xử trí BHSS đã được chứng minh về tính hiệu quả cũng như tính an toàn. Trước đây, khi điều trị BHSS bằng nội khoa thất bại, điều trị bằng ngoại khoa như mở bụng thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung là xử trí tiếp theo. Tại bệnh viện Từ Dũ, từ năm 2005 đến 2007, trong 100% các trường hợp BHSS điều trị nội khoa ban đầu gần 22% các trường hợp cần can thiệp ngoại khoa sau đó.

Cỡ mẫu trong nghiên cứu là tối thiểu 43 trường hợp, thực tế chúng tôi đã thực hiện phương pháp chèn lòng tử cung cho 56 trường hợp, là mẫu tương đối tốt để có thể đánh giá về tính hiệu quả và an toàn của phương pháp.

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã có những buổi tập huấn để thống nhất về chọn mẫu, phương pháp thực hiện, các tiêu chuẩn đánh giá kết quả thành công hay thất bại nên đã hạn chế tối đa sai số do chủ quan của người thực hiện.

Chúng tôi chọn ống thông Foley để làm bóng chèn lòng tử cung vì ống đơn giản, rẻ tiền, dễ kiểm tra... phù hợp với điều kiện kinh tế. Hơn nữa đã có nghiên cứu về tính an toàn và hiệu quả của bóng chèn lòng tử cung loại ống thông Foley.

### **Lượng máu mất khi chẩn đoán bằng huyết sau sanh**

Hai trường hợp sản phụ có lượng máu mất là 300ml vẫn được chẩn đoán là BHSS vì có sự thay đổi về sinh hiệu trên lâm sàng như mạch lần lượt là 110 và 115 lần/phút, huyết áp lần lượt là 90/60mmHg và 85/60mmHg, vã mồ hôi và thấy lạnh. Hai trường hợp này ghi nhận trước khi sanh có tình trạng thiếu máu nhẹ (Hb 9mg% và Hb 10,5mg%). Hơn nữa, hai trường hợp này có nhiều nguy cơ BHSS như thời gian chuyển dạ kéo dài (47,3 giờ và 26,05 giờ), con to (3750 và 3850g), vị trí nhau bám thấp. Hai trường hợp này sau đó có lượng máu mất thêm trước khi đặt bóng chèn lòng tử cung là 250 và 300ml. Hai trường hợp này đã được chẩn đoán sớm và xử trí tích cực nên tổng lượng máu mất chỉ có 550 và 600ml do đã đề phòng BHSS ngay sau sơ thai và chuẩn bị đầy đủ dụng cụ hồi sức. Những trường hợp có yếu tố nguy cơ cao đã được các bác sĩ có kinh nghiệm trực tiếp theo dõi và đỡ sanh.

Nhóm sản phụ có lượng máu mất từ 450 – 500 ml và từ 550 đến 750ml chiếm tỉ lệ tương đương nhau 46,43% và 44,4%. Có 3 trường hợp sản phụ có lượng máu mất từ 800 đến 1000ml, đều cho kết quả thành công. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Akhter S., ông đã sử dụng bóng chèn lòng tử cung trong hai trường hợp máu mất 750 và 1000ml, và cũng cho kết quả tốt.

### **Tỉ lệ thành công của nghiên cứu**

Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới đều có số trường hợp thực hiện dưới 20 trường hợp. Chỉ có 1 nghiên cứu của Khoa sản Trường viện Dhaka – Bangladesh là nghiên cứu 23 trường hợp. Tại bệnh viện Từ Dũ chúng tôi hằng năm có trên 45000 trường hợp vào sanh, và là tuyến cuối điều trị các thai kỳ có nguy cơ, xử trí các tai biến sản khoa từ tuyến dưới chuyển lên, do vậy số trường hợp thực hiện trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp 2 lần so với những nghiên cứu đã được báo cáo trên thế giới.

Tỉ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung là 96,43%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu khác, tỷ lệ thành công từ 87,50% đến 100%<sup>[1],[6],[10]</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng ống thông Foley làm bóng chèn lòng tử cung, so với các nghiên cứu khác sử dụng ống thông Sengstaken-Blakemore, bóng Rusch, tỷ lệ thành công phù hợp. Do hiệu quả cầm máu của bóng chèn lòng tử cung dựa vào nguyên lý chèn một áp lực lớn hơn áp lực tại vị trí chảy máu nên dùng ống thông Foley làm bóng chèn lòng tử cung cũng cho hiệu quả cao.

### **Đặc điểm những trường hợp thành công**

Thời gian chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu trung bình là 14,5 ± 2,06 phút, lâu nhất là 17 phút. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Đa số các trường hợp cầm máu rõ trong vòng 15 phút sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung. Do tác dụng cầm máu tại chỗ dựa trên nguyên tắc tạo một áp lực lên đoạn dưới tử cung (nơi không có lớp cơ chéo nên tác dụng cầm máu tại chỗ yếu) và tại vị trí nhau bám, khi tử cung càng gò, áp lực lên các vị trí chèn của bóng càng tăng, càng tăng tác dụng cầm máu. Máu chảy ra từ ống dẫn lưu là máu chảy trong buồng tử cung ngoài khoảng đặt bóng (bao gồm cả lượng máu còn ứ lại trong buồng tử cung trước khi đặt bóng), lượng máu chảy ra này sẽ ngày càng giảm và ngừng dần khi tử cung gò tốt.

### **Đặc điểm của những ca thất bại**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp chẩn đoán thất bại. Cả hai trường hợp này đều có nhiều yếu tố nguy cơ BHSS như tình trạng đa ối, nhau bám thấp, thời gian theo dõi tại phòng sanh dài là 32 giờ và 47 giờ. Thời gian chẩn đoán BHSS là 10 phút. Thời gian từ lúc chẩn đoán BHSS đến lúc đặt bóng chèn lòng tử cung trung bình là 15 phút nên lượng máu mất thêm khá nhiều (250 – 300 ml). Lượng máu mất tổng cộng từ 1200 – 1500 ml. Do đó, trên sản phụ có nhiều nguy cơ BHSS cần theo dõi sát để chẩn đoán BHSS sớm, xử trí kịp thời. Nguyên nhân băng huyết được nghĩ là do chảy máu từ vị trí nhau bám và do tử cung gò kém, do đó, lượng dịch bơm vào (130 -150 ml) có thể tạo áp lực không đủ để có tác dụng cầm

máu. Có một trường hợp sau khi rút bóng chèn lòng tử cung máu vẫn tiếp tục chảy (lưu bóng 6 giờ) có thể do bóng không chèn được hết vào các vị trí chảy máu trong buồng tử cung và do ống dẫn lưu theo dõi lượng máu chảy ra từ buồng tử cung bị nghẽn nên cho hiệu quả cầm máu giả. Do đó, các trường hợp sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung cần được theo dõi sát về tổng trạng, sinh hiệu trên lâm sàng để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu ẩn trong buồng tử cung.

Theo nghiên cứu của Katesmark<sup>[7]</sup> và cộng sự báo cáo nghiên cứu thực hiện dùng ống thông Sengstaken-Blakemore làm bóng chèn lòng tử cung phối hợp oxytocin trên 17 trường hợp BHSS điều trị nội thất bại, ghi nhận có 2 trường hợp thất bại nguyên nhân được nghĩ là do bơm không đủ lượng dịch vào bóng chèn lòng tử cung. Hai trường hợp này có lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung là 200 ml và 300 ml. Theo nghiên cứu của Seror và cộng sự<sup>[10]</sup>, nghiên cứu dùng ống thông Sengstaken-Blakemore xử trí 17 trường hợp BHSS thất bại với điều trị nội khoa và Hb trung bình là 4 mg%, có 2 trường hợp thất bại do rách cổ tử cung, 1 trường hợp có biến chứng nhiễm trùng tử cung.

## 6. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 56 trường hợp bóng chèn lòng tử cung điều trị băng huyết sau sanh chúng tôi rút ra một số kết luận như sau

Tỉ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí băng huyết sau sanh không do tổn thương đường sinh dục là 96,43% (54/56 trường hợp). Thời gian trung bình chẩn đoán phương pháp bóng chèn lòng tử cung có hiệu quả cầm máu từ 10 – 17 phút. Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung từ 6 -8 giờ. Lượng dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung từ 130 – 200 ml. Lượng máu mất thêm sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung đến khi chẩn đoán phương pháp thành công không đáng kể: từ 10 đến 50ml. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào gặp tai biến trong suốt quá trình nghiên cứu.

Điều trị băng huyết sau sanh không do tổn thương đường sinh dục sau điều trị nội thất bại bằng phương pháp bóng chèn lòng tử cung là một phương pháp điều trị bảo tồn an toàn và hiệu quả.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akhter S, Begum MR, Kabir J. Foley hydrostatic tamponade for massive postpartum hemorrhage. *Int J Gynecol Obstet* 2005;90:134-5.
2. Báo cáo tổng kết kết khoa sanh năm 2005, 2006, 2007, 6 tháng đầu năm 2008.
3. Cameron M J, Robson SC; Vital statistics: an overview; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 11 – 16.
4. Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I. The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2003;101:767 - 72.
5. Cunningham FG, Gant NF, Jevono KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD, Postpartum Hemorrhage. *Williams Obstetrics* 21st edition 2001. New York. McGraw-Hill, p: 823-843
6. Johanson R, Kumar M, Obrain M. Management of massive postpartum hemorrhage: use of a hydrostatic balloon catheter to avoid laparotomy. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108:420-2.
7. Katesmark M, Brown R, Raju KS. Successful use of a Sengstaken-Blakemore tube to control massive postpartum hemorrhage. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994;101:259–260.
8. Lanlonde A. B., Daviss B. A., Acosta A., Postpartum hemorrhage today; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006, p 2 – 10.
9. Luis Gomes Sambo; Maternal mortality in developing world. A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006
10. Maier RC., Seror M. Control of postpartum hemorrhage with uterine packing. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;169:317–321

11. Nguyễn Đức Vy, Tình hình chảy máu sau đẻ tại viện bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 6 năm (1996 – 2001), Tạp chí thông tin y học số 3 năm 2002, trang 36 – 39.
12. Phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Từ Dũ, Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện – 2006
13. Rosenfield A. Maternal mortality in developing countries. An ongoing but neglected 'epidemic.' JAMA. 1989;262:376
14. SJ Duthie; Postpartum hemorrhage in Asian countries; A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing 2006; p 453 – 461. 27

## SCREENING FOR PREECLAMPSIA

**Leona Poon**

*University of London, England*

Preeclampsia (PE), which affects about 2-4% of pregnancies, is a major cause of maternal and perinatal morbidity and mortality. There is no proven effective method for the prevention of PE. Nevertheless, routine prenatal care in the last 50 years has evolved with the aim of early identification of women at high-risk for PE which could potentially improve pregnancy outcome. Intensive maternal and fetal monitoring in such patients would lead to an earlier diagnosis of the clinical signs of the disease and the associated fetal growth restriction and avoid the development of serious complications through such interventions as the administration of antihypertensive medication and early delivery. Early identification of the high-risk group for development of PE is also important for future studies investigating the potential role of pharmacological interventions starting from the first-trimester to improve placentation and reduce the prevalence of the disease.

The traditional method of screening for PE is maternal history. The likelihood of developing PE is increased in Black compared to White women, in nulliparous than parous women, in those with a high body mass index (BMI), in those with a prior or family history of PE. However, screening on the basis of such history would identify about 30% of cases destined to develop PE, for a false positive rate of 5%.

In women who develop hypertensive disorders during pregnancy the mean arterial pressure (MAP) and uterine artery pulsatility index (PI) are increased and the serum concentrations of pregnancy associated plasma protein-A (PAPP-A) and placental growth factor (PIGF) are decreased at 11-13 weeks of gestation. Furthermore, the patient-specific risk for the development of these complications can be derived by algorithms combining maternal racial origin, BMI and personal or family history of PE with the measurements of MAP, uterine artery PI, PAPP-A and PIGF.

Early screening for hypertensive disorders by a combination of maternal factors, MAP, uterine artery PI, PAPP-A and PIGF is particularly effective in identifying severe early onset PE than late PE with respective detection rates of about 90% and 35%. First-trimester screening can identify a high proportion of pregnancies destined to develop hypertensive disorders and it was estimated that one in five pregnancies classified as being screen-positive would develop such disorders. Such high detection rates and positive predictive values cannot be achieved by the traditional approach of screening which relies entirely on maternal history. Consequently, if our results are confirmed by further prospective studies the proposed combined approach to screening could be incorporated into routine care for early assessment of patient-specific risk for hypertensive disorders.

## TẦM SOÁT TIỀN SẢN GIẬT

**Leona Poon**

*University of London, England*

Tiền sản giật (TSG), tần suất 2-4%, là nguyên nhân chính của bệnh tật và tử vong mẹ cũng như tử vong chu sinh. Chưa có phương pháp ngăn ngừa TSG nào được chứng minh có hiệu quả. Tuy nhiên, việc chăm sóc trước sinh trong 50 năm nay đã phát triển nhờ vào việc phát hiện sớm những thai phụ có nguy cơ cao TSG, góp phần cải thiện tiên lượng thai. Việc theo dõi tích cực sức khỏe mẹ và thai ở những phụ nữ này giúp chẩn đoán sớm được các triệu chứng lâm sàng, sự giới hạn phát triển của thai nhi, cũng như việc sử dụng thuốc hạ áp và chấm dứt thai kỳ sớm giúp tránh được các biến chứng nguy hiểm. Việc phát hiện sớm nhóm nguy cơ cao TSG rất quan trọng cho những nghiên cứu sau này về vai trò của những can thiệp được lý từ tam cá nguyệt đầu để cải thiện chức năng nhau và giảm tần suất mắc bệnh.

Phương pháp cổ điển để tầm soát TSG là hỏi bệnh sử. nguy cơ TSG nặng ở nhóm phụ nữ da đen cao hơn nhóm phụ nữ da trắng, ở những phụ nữ chưa có con cao hơn những phụ nữ đã có con, nguy cơ này còn cao ở nhóm phụ nữ có BMI cao, nhóm phụ nữ có tiền căn bản thân và gia đình bị TSG. Tuy nhiên, tầm soát bệnh sử như trên chỉ phát hiện được khoảng 30% trường hợp có thể tiến triển tới TSG nặng, với tỷ lệ dương tính giả 5%.

Ở những phụ nữ rối loạn huyết áp thai kỳ, huyết áp động mạch trung bình (MAP) và chỉ số động mạch tử cung (PI) tăng cao, nồng độ PAPP-A huyết thanh và PIGF huyết thanh giảm thấp ở tuần thứ 11-13 thai kỳ. Hơn nữa, nguy cơ xảy ra biến chứng được tính toán từ những yếu tố như: chủng tộc của mẹ, BMI, tiền sử bản thân và gia đình bị TSG, huyết áp động mạch trung bình (MAP), chỉ số động mạch tử cung (PI), nồng độ PAPP-P và PIGF huyết thanh.

Sự phối hợp giữa các chỉ số của mẹ, MAP, PI, PAPP-A và PIGF trong tầm soát rối loạn huyết áp đặc biệt rất hiệu quả đối với TSG nặng khởi phát sớm với tỷ lệ phát hiện là 90%, trong khi đó chỉ phát hiện 35% các trường hợp TSG xuất hiện muộn. Tầm soát ở tam cá nguyệt đầu có thể phát hiện phần lớn các thai kỳ có nguy cơ rối loạn huyết áp và 1/5 thai phụ có kết quả tầm soát dương tính sẽ xuất hiện các rối loạn kể huyết áp kể trên. Tỷ lệ phát hiện cao và giá trị chẩn đoán dương tính cao sẽ không đạt được nếu chỉ dùng các phương pháp tầm soát cổ điển (chỉ dựa vào bệnh sử của mẹ). Vì vậy, nếu kết quả của chúng ta được khẳng định thêm bằng những nghiên cứu tiền cứu khác thì việc tầm soát nhờ phối hợp nhiều yếu tố có thể được sử dụng kết hợp trong quy trình sàng lọc trước sinh để đánh giá nguy cơ bị rối loạn huyết áp cho từng bệnh nhân.

## **SCREENING AND PREVENTION OF SPONTANEOUS PRETERM DELIVERY**

**Leona Poon**

*University of London, England*

Prematurity is responsible for more than half of all neonatal deaths and whilst advances in neonatal care have dramatically improved survival of extremely premature infants, there remains a significant risk of handicap and disability in survivors and an associated social and economic burden. Although all births before 37 weeks of gestation are defined as preterm, most damage and death occurs in infants delivered before 34 weeks. Premature birth rates have not decreased in the last 20 years and in most developed countries continue to rise despite advances in knowledge of the risk factors and mechanisms related to preterm labour. There are essentially two reasons for this failure to reduce premature birth: firstly, the absence of an effective screening test to identify the women at high-risk and secondly, the lack of an effective intervention to prevent this complication.

The prophylactic administration of progesterone beginning in midgestation to women who previously had a preterm birth has been shown to reduce the rate of recurrence. However, a strategy in which therapeutic intervention is limited to women with a previous preterm delivery is likely to have a small effect on the overall rate of prematurity, because only about 15% of spontaneous early preterm births occur in women with this history. A method that is more effective in identifying women at risk is ultrasonographic measurement of cervical length at 22 weeks of gestation. Asymptomatic women found to have a cervical length of 15 mm or less are at greatly increased risk for spontaneous early preterm delivery. A recent publication has shown that the prophylactic administration of progesterone beginning in midgestation to women who with a short cervix almost halves the rate of spontaneous preterm birth before 34 weeks.

The rate of spontaneous premature birth before 34 weeks is about 13 times higher in twin pregnancies (13%) than in singleton pregnancies (1%). Potential methods for the prevention of preterm delivery include bed rest, cervical cerclage and prophylactic administration of progesterone. Randomized studies in twin pregnancies reported that bedrest was associated with a significant increase in the rate of early preterm delivery. Furthermore, randomized studies in twin pregnancies have reported that cervical cerclage in those with a short cervix doubles the risk of premature birth, and prophylactic administration of progesterone in women with a history of premature birth does not reduce the risk of premature birth. There is some evidence that the rate of premature birth in women at risk can be reduced by the insertion of a vaginal cerclage pessary. The pessary consists of flexible silicone and is designed for the treatment of pregnant women. It is used to support the cervix and change its direction towards the sacrum. Currently, a randomized study is being carried out worldwide to assess the effect of cerclage pessary on the incidence of spontaneous delivery in asymptomatic women with singleton pregnancies found at routine mid-trimester screening to have a cervix of 25 mm in length or less and in twin pregnancies.



## TÂM SOÁT VÀ PHÒNG TRÁNH SANH NON

**Leona Poon**

*University of London, England*

Sanh non là chiếm hơn 1/2 nguyên nhân tử vong sơ sinh. Những tiến bộ đáng kể của ngành chăm sóc sơ sinh đã có thể cứu sống những trẻ sanh cực non, nhưng vẫn để lại nguy cơ tàn tật, cũng như gánh nặng kinh tế và xã hội cho những trẻ này. dù tất cả trẻ sanh trước 37 tuần đều là sanh non nhưng tử vong và tàn tật thường xảy ra ở những trẻ sanh trước 34 tuần. Tỷ lệ sanh non không giảm trong 20 năm nay, và ở những nước phát triển, dù họ đã có những kiến thức nhất định về những yếu tố nguy cơ và cơ chế sanh non nhưng tỷ lệ này vẫn tiếp tục gia tăng. Sự thất bại trong việc giảm tỷ lệ sanh non có 2 nguyên nhân chủ yếu: thứ nhất, thiếu các xét nghiệm tâm soát hiệu quả để phát hiện nhóm nguy cơ cao, thứ hai, thiếu những can thiệp hiệu quả để phòng tránh biến chứng.

Progesterone, có hiệu quả bảo vệ từ giữa thai kỳ, cho những phụ nữ đã từng sanh non, có thể làm giảm tỷ lệ tái phát sanh non. Tuy nhiên, một can thiệp điều trị mà chỉ giới hạn ở những phụ nữ có tiền căn sanh non thì tác động quá ít đến tỷ lệ chung sanh non, vì chỉ 15% các trường hợp sanh non xảy ra ở những người có tiền căn sanh non. một phương pháp xác định nhóm nguy cơ hiệu quả hơn là siêu âm đo chiều dài cổ tử cung ở tuần thứ 22 thai kỳ. Những thai phụ không triệu chứng có chiều dài cổ tử cung  $\leq 15$  mm, là nhóm nguy cơ cao sanh non. một công bố gần đây cho thấy progesterone được sử dụng từ giữa thai kỳ ở những thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn có thể làm giảm  $\frac{1}{2}$  tỷ lệ sanh non trước 34 tuần. Tỷ lệ sanh non trước 34 tuần cao gấp 13 lần ở trường hợp song thai (13%) so với đơn thai (1%). biện pháp phòng tránh sanh non bao gồm: nghỉ ngơi tại giường, khâu cổ tử cung và liệu pháp progesterone. Tuy nhiên, thử nghiệm ngẫu nhiên ở những trường hợp song thai cho thấy nhóm nghỉ ngơi tại giường có sự gia tăng đáng kể tỷ lệ sanh non. Hơn nữa, nhóm thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn áp dụng biện pháp khâu cổ tử cung có tỷ lệ sanh non gấp đôi, và nhóm thai phụ có tiền căn sanh non được sử dụng progesterone cũng không giảm nguy cơ sanh non lần này. Có vài bằng chứng cho thấy tỷ lệ sanh non ở nhóm nguy cơ có thể giảm bằng cách sử dụng dụng cụ nâng đỡ CTC (cerclage pessary). Dụng cụ này có tác dụng nâng đỡ và chuyển hướng cổ tử cung về phía xương cùng. Hiện nay, một nghiên cứu ngẫu nhiên đang được tiến hành khắp thế giới để đánh giá hiệu quả của dụng cụ nâng đỡ trên tỷ lệ sanh non ở những thai phụ không triệu chứng, song thai hay đơn thai có kèm chiều dài cổ tử cung đo được  $\leq 25$  mm ở giữa thai kỳ.

## **PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES ET GROSSESSE**

**Docteur Georges-Fabrice BLUM**

**Professeur Conventionné à l'Université de Haute-Alsace**

*Vice-président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français*

*Clinique du Diaconat, Mulhouse, France*

L'auteur a voulu rappeler les principales pathologies gynécologiques rencontrées au cours de la grossesse, en tentant de donner pour chacune d'elles, des lignes de conduite pratiques et sécuritaires pour le bien de la future mère et de son enfant.

Il a abordé successivement le retentissement des pathologies mammaires, utérines, ovariennes, des malformations utéro-vaginales et des infections cervico-vaginales sur la grossesse.

Pour le Cancer du sein et grossesse, l'auteur a rappelé qu'il est souhaitable d'attendre 3 ans avant d'entreprendre une nouvelle grossesse après avoir eu un cancer du sein, que la contraception orale oestro-progestative est interdite après un cancer du sein, que l'allaitement est possible après qu'une femme ait eu un cancer du sein, que les traitements des cancers du sein sont les mêmes que la femme soit enceinte ou non, encore que la chimiothérapie ne doit être jamais débutée avant 14 semaines d'aménorrhée, mais que les traitements anti-cancéreux mammaires peuvent induire une hypertrophie fœtale et une prématurité iatrogène.

Pour le fibrome et grossesse, l'auteur précise que s'il y a eu myomectomie avant la grossesse, une césarienne sera plus souvent réalisée, qu'il ne faut plus faire de myomectomie durant les césariennes, qu'en cas de fibrome découvert durant une grossesse, il y aura plus souvent des anomalies d'insertion placentaire, des menaces d'accouchements prématurés si le fibrome mesure plus de 5 cm de diamètre, qu'il y aura des risques d'hémorragies de la délivrance, et des risques de nécrobiose aseptique des fibromes utérins.

Pour les kystes de l'ovaire, la chirurgie ne doit s'imposer durant la grossesse que si le kyste mesure plus de 5 cm de diamètre, et n'est à réaliser qu'après la 12<sup>ième</sup> semaine d'aménorrhée et par coelioscopie chirurgicale de préférence.

Pour les cancers de l'ovaire découverts durant une grossesse, le dosage du CA 125 est inefficace, et le traitement doit être complet c'est-à-dire chirurgie et chimiothérapie avec interruption médicale de la grossesse si le diagnostic est fait avant le 3<sup>ième</sup> trimestre.

Pour le cancer du col utérin et grossesse, il faut éviter de réaliser une conisation durant la grossesse, et si le diagnostic de cancer du col est posé avant le 4<sup>ième</sup> mois l'interruption médicale de la grossesse doit s'imposer. Si la femme désire encore une nouvelle grossesse, et que la tumeur mesure moins de 2 cm, on doit lui proposer une trachélectomie avec lymphadénectomie.

En cas de malformations congénitales de l'utérus chez une femme devenue enceinte, on retrouve une fréquence supérieure de fausses-couches, de dystocies, de toxémies, et le pourcentage de césariennes avoisine les 50%. Le cerclage cervical ne se justifie qu'en cas de béance cervico-isthmique confirmée.

Enfin pour lutter efficacement contre les infections néonatales, le prélèvement bactériologique vaginal s'impose de façon systématique chez toutes les femmes entre 35 et 37 semaines d'aménorrhée à la recherche du streptocoque du groupe B. Une antibioprofylaxie doit aussi être faite lors de toute césarienne, et le port du masque doit être rendu obligatoire pour tout personnel travaillant en salle de naissance.

## **BỆNH LÝ PHỤ KHOA VÀ THAI KỲ**

**BS Georges-Fabrice BLUM**

**Giáo sư Đại Học Haute-Alsace**

*Phó chủ tịch hiệp hội sản phụ khoa Pháp*

*BV Diaconat, Mulhouse, France*

Tác giả muốn nhắc lại những bệnh lý phụ khoa thường gặp trong thai kỳ, đối với mỗi bệnh lý đưa ra thái độ xử trí và đảm bảo tương lai cho người mẹ và em bé.

Tác giả đề cập lần lượt ảnh hưởng bệnh lý tuyến vú, tử cung, buồng trứng, dị tật tử cung-âm đạo và nhiễm trùng cổ TC - âm đạo trong thai kỳ.

Đối với ung thư vú và thai, tác giả nhắc lại là sau khi bị ung thư vú, nên chờ 3 năm trước khi có thai lại, cấm sử dụng thuốc viên ngừa thai estro-progestative sau khi bị ung thư vú, vẫn có thể cho con bú, điều trị ung thư vú giống nhau ở người có thai hay không, hóa trị liệu không bao giờ bắt đầu trước tuần lễ thứ 14 vô kinh, nhưng điều trị kháng ung thư có thể đưa đến thai suy dinh dưỡng và sinh non do thuốc.

Đối với UXTC và thai, tác giả khẳng định rằng nếu có phẫu thuật bóc UXTC trước khi mang thai thường sẽ phải mổ lấy thai, không bóc UXTC trong lúc mổ lấy thai, trong trường hợp phát hiện UXTC trong thai kỳ thì thường có bất thường về vị trí nhau bám, dọa sanh non nếu u xơ đường kính trên 5cm, có nguy cơ băng huyết sau sanh và nguy cơ hoại tử vô trùng khối UXTC.

Đối với UNBT, phẫu thuật trong thai kỳ chỉ đặt ra khi khối u đường kính trên 5cm và chỉ thực hiện sau 12 tuần vô kinh và phẫu thuật nội soi được ưa chuộng hơn.

Đối với ung thư buồng trứng phát hiện trong thai kỳ, CA125 không có ý nghĩa và điều trị phải đầy đủ gồm phẫu thuật và hóa trị sau khi chấm dứt thai kỳ nếu chẩn đoán trước 3 tháng cuối thai kỳ.

Đối với ung thư cổ TC và thai, tránh thực hiện khoét chóp cổ TC trong thai kỳ và nếu phát hiện ung thư cổ TC trước tháng thứ 4 thì nên chấm dứt thai kỳ. Nếu BN vẫn mong muốn có thai và khối u < 2 cm, cân nhắc điều trị phẫu thuật cắt rộng cổ TC và nạo hạch.

Trong trường hợp dị tật bẩm sinh của tử cung ở sản phụ, tỉ lệ sảy thai cao, đẻ khó, TSG và tỉ lệ mổ lấy thai khoảng 50%. Khâu cổ TC chỉ được đặt ra trong trường hợp xác định là hở eo tử cung.

Cuối cùng để phòng chống một cách có hiệu quả nhiễm trùng sơ sinh, thực hiện thường qui lấy mẫu vi trùng ở âm đạo ở sản phụ trong khoảng 35 – 37 tuần vô kinh để tìm Streptocoque nhóm B. Kháng sinh dự phòng thực hiện ở tất cả trường hợp mổ lấy thai và tất cả nhân viên trong phòng sanh bắt buộc phải đeo khẩu trang.

# THAI SUY TRONG CHUYỂN DẠ

**Trần Ngọc Hải**  
*BV Từ Dũ*

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Suy thai cấp là một tình trạng thiếu oxy máu gây toan hóa thai. Tình trạng toan hô hấp có thể sẽ diễn tiến thành toan biến dưỡng, khó điều chỉnh, dẫn đến tử xuất và bệnh xuất thai nhi cao. Trẻ có điểm số Apgar thấp sau sanh và thường có những di chứng thần kinh về sau. Thai suy là một thuật ngữ để chỉ một tình trạng thai có nguy cơ tổn thương, hay thai chết trong chuyển dạ. Có một số thuật ngữ dễ nhầm lẫn hay được xem là hậu quả của thai suy cần được phân biệt:

**Bại não:** là tình trạng gây ra do sự thiếu oxy hay toan chuyển hóa, hay bất thường lưu lượng máu trong não thai nhi trước sanh.

**Bệnh lý thiếu oxy não** là tình trạng gây ra do tăng nồng độ lactate trong máu thai nhi ở giai đoạn chuyển dạ hay giai đoạn sổ thai. Bệnh lý này bao gồm toan chuyển hóa thai, trẻ lúc sanh có Apgar thấp, tổn thương đa cơ quan không đo nhiễm trùng, hay các bất thường chuyển hóa, hay các dị tật thai, có thể gặp trong các sang chấn sản khoa khi sổ thai.

## 2. SINH LÝ BỆNH VÀ NGUYÊN NHÂN THAI SUY

Nguyên nhân chính gây suy thai cấp trong chuyển dạ là do tình trạng nhiễm toan chuyển hóa, được biểu hiện bởi sự tăng nồng độ Lactate trong máu thai nhi.

Lactate là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa yếm khí, đây là chất chính gây độc, gây tổn thương không hồi phục cho não và thần kinh. Lactate có tính chất gây co mạch não và tích tụ các chất gây độc thần kinh như: tăng glutamate, tăng prostaglandins, tăng hypoxanthine và tăng thành lập gốc oxy tự do trong thì tưới máu. Dữ liệu lâm sàng ở người: Lactate > 6,1 Mmol/l trong quá trình sinh sẽ gây bệnh lý thiếu oxy não. Dữ liệu lâm sàng ở cừu thì chất xám tổn thương khi lactate > 6,0 Mmol/l trong vòng 15 phút hay hơn.

Giảm nồng độ oxy, tăng nồng độ CO<sub>2</sub> trong máu thì ít nguy hiểm vì không gây tổn thương não. Ngay cả khi pH máu ≤ 7,0 thì khi sanh trẻ vẫn có thể bình thường nếu đây chỉ do tăng nồng độ CO<sub>2</sub> trong máu.

Vì vậy, mọi nguyên nhân làm giảm lưu lượng máu tới thai nhi đều có thể gây nên tình trạng thiếu oxy não, tăng nồng độ CO<sub>2</sub>, giảm độ pH máu và đặc biệt làm tăng nồng độ Lactate trong máu thai nhi.

Nguyên nhân:

- Làm giảm lưu lượng máu mẹ: chảy máu, nhau bong non, nhau tiền đạo, cơn gò cường tính, hạ huyết áp, suy tim, nhiễm trùng, nhiễm độc ...
- Chức năng bánh nhau bất thường: tiền sản giật, thai già tháng.
- Giảm lưu lượng máu trong dây rốn: chèn ép rốn, dây rốn thắt nút.
- Giảm trao đổi oxy trong bánh nhau: nhau bong non.
- Giảm lưu lượng tổng máu của tim thai nhi: nhịp chậm do chèn ép đầu thai nhi kéo dài.

## 3. CHẨN ĐOÁN THAI SUY CẤP TRONG CHUYỂN DẠ

Những thay đổi bất thường của nhịp tim thai được ghi nhận bằng biểu đồ tim thai trong giai đoạn chuyển dạ có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán thai suy cũng như sự thay

đổi của màu sắc nước ối. Đặc biệt là vai trò quan trọng của nồng độ Lactate hay pH máu thai nhi để chẩn đoán và tiên lượng tình trạng thai suy cấp.

Các thay đổi của nhịp tim thai trên biểu đồ bao gồm tăng tần số vừa hay trầm trọng, cũng như giảm tần số vừa hay trầm trọng.

- Nhịp giảm: giảm sớm, giảm muộn, giảm bất định.
- Biên độ giao động nội tạng của tim thai tăng hay giảm.
- Tim thai hình sin

Các biểu hiện bất thường này có thể diễn ra đơn lẻ hay kết hợp nhiều yếu tố trên cùng một biểu đồ tim thai.

Lúc này vấn đề đặt ra là các dấu hiệu trên xuất hiện trong thời gian bao lâu thì được gọi là bệnh lý hay thai suy cấp cần phải được giải quyết ngay, dấu chỉ là dấu hiệu báo động cần theo dõi sát và theo dõi như thế nào trong bao lâu nhằm đảm bảo sinh ra một trẻ có chỉ số Apgar cao, hay không phải mổ lấy thai khi chưa thật sự cần thiết. Tỷ lệ dương tính thật và dương tính giả của các dấu hiệu trên.

Ngày nay nhiều tác giả đã thống nhất đưa yếu tố thời gian vào các yếu tố bất thường trên biểu đồ tim thai để tăng mức độ chính xác khi chẩn đoán thai suy. Biểu đồ tim thai cần mô tả 4 tính chất: nhịp tim thai cơ bản, biên độ giao động nội tạng, nhịp bất thường (có yếu tố thời gian), tăng nhịp tim thai khi có cử động thai.

**Theo dõi biểu đồ tim thai trong chuyển dạ (RCOG 2001)**

TTCB	ĐĐNT	Nhịp giảm	Nhịp tăng	Kết quả
110-160	> 5	Không	Có	Đáp ứng Bình thường
100-109 161-180	≤ 5 ( 40-90 phút)	Giảm sớm Giảm bất định 1 nhịp giảm kéo dài 3 phút	Không có nhịp tăng/ không có bất thường khác	Không đáp ứng Nghỉ ngơi
< 100 > 180 Nhịp giảm hình sin > 10'	< 5 ( > 90 ph )	Giảm bất định trầm trọng Giảm muộn Giảm kéo dài > 3 phút	không có ý nghĩa chẩn đoán	Bất thường

Nhịp giảm sớm là do sự chèn ép rốn, làm tăng áp lực ở quai động mạch chủ, kích thích áp cảm thụ quan tại đây làm chậm nhịp tim, hay do chèn ép đầu thai nhi khi ngôi thai đi vào tiêu khung làm tăng áp lực nội sọ và tăng áp lực mạch máu gay kích thích làm giảm nhịp tim. Đây là hai cơ chế hết sức quan trọng của cơ thể thai nhi, để tự bảo vệ trước các tình huống có thể gây nguy hại tới thai nếu để kéo dài.

Tiêu chuẩn	Kết quả
Cả 4 đặc điểm đều đáp ứng	Bình thường
Có 1 đặc điểm KHÔNG ĐÁP ỨNG và 3 đặc điểm ĐÁP ỨNG	Nghi bệnh lý
Có $\geq 2$ đặc điểm KHÔNG ĐÁP ỨNG hay Có $\geq 1$ đặc điểm BẤT THƯỜNG	Bệnh lý

Nhịp giảm muộn hay giảm biên độ dao động nội tại, ngoài nguyên nhân do chu kỳ thức ngủ của thai hay do thuốc còn lại hầu hết là biểu hiện của một thai bệnh lý liên quan đến thiếu lưu lượng máu tới thai. Khi có cơn co tử cung thì áp lực PO<sub>2</sub> trong máu thai nhi giảm còn 1,5 – 1,8 kPa, bình thường PO<sub>2</sub> = 1,8 – 2,5 kPa và khi hết cơn gò PO<sub>2</sub> trong máu thai nhi giảm < 1,5 kPa (theo RCOG guidelines 2001). Khi nồng độ oxy trong máu thấp sẽ kích thích làm tim đập chậm lại để bảo vệ các cơ quan trọng như: não, tim, gan và khi nồng độ oxy trở về bình thường thì tim thai phục hồi.

Một thai nhi bình thường khi có đủ 4 tiêu chuẩn trên và có tiên lượng trước sanh rất tốt, hầu hết trẻ không bị toan hóa trong vòng 24 giờ. Ngược lại khi nhịp tim thai giảm, kết hợp với cơn gò Braxton – Hicks thì hầu hết thai có khả năng bị toan hóa và có thể tử vong trong vòng 3 ngày nếu vẫn còn để thai trong tử cung. Ngay cả khi xuất hiện nhịp giảm muộn hay nhịp giảm trầm trọng, hay có sự hiện diện phân su trong nước ối thì tỷ lệ thai suy thật sự cũng chỉ chiếm hơn phân nửa trong số này. (theo RCOG guidelines 2001).

Yếu tố quan trọng và quyết định để chẩn đoán thai suy cấp là đo nồng độ Lactate máu thai nhi, để biết mức độ nhiễm toan và mức độ nguy hiểm của thai và sẽ được phản ánh sau sanh bằng chỉ số Apgar, đo nồng độ Lactate hay pH máu da đầu thai nhi chỉ thực hiện được ở ngôi chòm và giai đoạn hoạt động khi ngôi thai đã đi vào tiểu khung, kỹ thuật này được thực hiện trong vòng 5 – 7 phút.

Kết quả:

pH	Trung gian	7,18 - 7,25
	Cho sanh	< 7,18
Lactate	Trung gian	4,8 – 5 mmol/L
	Cho sanh	> 5mmol/l

#### 4. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Khi phát hiện tim thai bất thường trên biểu đồ tim thai hay sự hiện diện phân su trong nước ối ở giai đoạn I chuyển dạ chúng ta phải có chế độ theo dõi tim thai, cơn gò bằng máy liên tục để đánh giá chính xác diễn tiến của thai nhi, không để quá trễ làm ảnh hưởng đến thai hay giải quyết quá sớm khi chưa cần thiết.

Nên dựa vào bảng phân loại biểu đồ tim thai trên để xác định biểu đồ bình thường, nghi ngờ hay bệnh lý dựa vào 4 đặc điểm.

Phải giải quyết cấp cứu ngay các trường hợp đang đe dọa đến tính mạng thai bằng cách giúp sanh khi đủ điều kiện hay mổ lấy thai trong các trường hợp trên như biểu đồ tim thai có: nhịp nhanh phức tạp và sự hiện diện phân su trong nước ối, nhịp giảm trầm trọng kết hợp với cơn gò Braxton – Hicks, hay có nhịp xoang, sau đó tìm nguyên nhân sau.

**Nếu biểu đồ tim thai dạng nghi ngờ hay bệnh lý:**

Hồi sức bao gồm thay đổi tư thế sản phụ, truyền dung dịch đẳng trương, có thể thở oxy.

**Nếu biểu đồ tim thai vẫn còn nghi ngờ hay không thay đổi sau hồi sức** nên tiến hành đo nồng độ Lactate máu da đầu thai nhi khi cổ tử cung mở > 4cm, ối đã vỡ, ngôi chằm đã đi vào tiêu khung và không có các chống chỉ định.

**Nếu nồng độ Lactate > 5Mmol/l** thì nên lấy thai ngay bằng cách giúp sanh khi đủ điều kiện hay mổ lấy thai.

**Nếu nồng độ Lactate < 5Mmol/l** thì tiếp tục theo dõi chuyển dạ. Khi này sản phụ và thai nhi cần được các BS và NHS có kinh nghiệm theo dõi nhằm đảm bảo an toàn cho trẻ và tránh mổ lấy thai khi chưa cần thiết.

Nếu ở giai đoạn II của cuộc chuyển dạ vẫn phải tôn trọng sinh lý giai đoạn sổ thai, không cho sản phụ cố rặn hay rặn liên tục vì:

- Khi đó càng làm pH máu thai nhi giảm hay pH còn giảm hơn nữa nếu đã có tình trạng giảm tưới máu thai nhi trước đó.
- Lưu lượng máu tới tử cung – nhau sẽ bị giảm khi áp lực ổ bụng > 300 mmHg.
- Việc tưới máu tới thai sẽ không bị ảnh hưởng nếu sản phụ không cố gắng rặn (theo Roberts 2005, J. Midwifery Womens Health. 47, 2).

Nếu cần thiết chúng ta có thể giúp sanh khi đủ điều kiện.

Khi kết hợp theo dõi tim thai bằng máy liên tục ở những thai kỳ có nguy cơ, kết hợp với đo nồng độ Lactate máu da đầu thai nhi đã làm giảm đáng kể tỷ lệ trẻ bị ngạt sau sanh, giảm tỷ lệ mổ lấy thai khi chưa cần thiết và không có trường hợp nào thai chết trong chuyển dạ (Henry Muray hội nghị sản phụ khoa Châu Á Thái Bình Dương 4/2008 – tại TP. HCM). Độ chính xác của phương pháp này là 96% trong khi độ đặc hiệu của biểu đồ tim thai khoảng 50%

Như vậy, đo nồng độ máu Lactate da đầu thai nhi khi có biểu hiện bất thường hay bệnh lý của biểu đồ tim thai trong giai đoạn I chuyển dạ là cần thiết để đảm bảo sanh ra một trẻ có chỉ số Apgar tốt và tránh được cuộc mổ lấy thai khi chưa thực sự cần thiết.

Tuy nhiên, vẫn còn một số ít trường hợp sản phụ được theo dõi chuyển dạ bằng máy liên tục nhưng vẫn bị bỏ sót một số trường hợp thai có nguy cơ bị tổn thương hay thiếu oxy não là do:

- Sự diễn dịch của biểu đồ tim thai không được tiêu chuẩn hóa.
- Sự giải thích giữa biểu đồ tim thai và tình trạng thai không phù hợp.
- Chưa có sự hiểu biết rõ về mối liên hệ giữa thay đổi bất thường tim thai và tình trạng cân bằng kiềm toan. (Theo Parer and King, Am J Obstet Gynecol 2000)

Ở đây nhấn mạnh lên vai trò quan trọng trong chẩn đoán thai suy của BS sản khoa.

## 5. KẾT LUẬN

Thai suy trong chuyển dạ là vấn đề gặp thường ngày trong các đơn vị sản khoa, là nguy cơ thường xuyên đe dọa thai trước mỗi cuộc sanh, vì vậy đòi hỏi sự chẩn đoán chính xác và xử trí kịp thời nhằm đảm bảo cho trẻ không bị ngạt sau sanh cũng như hạn chế các trường hợp phải mổ lấy thai khi chưa cần thiết, vì tỷ lệ mổ lấy thai hiện nay ngày càng có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển.

Theo dõi tim thai liên tục bằng máy ở những thai kỳ có nguy cơ và đo nồng độ Lactate máu da đầu thai nhi khi đủ điều kiện đã mang lại kết quả rất tốt cho trẻ sanh ra và sản phụ.

Nếu chưa đo được nồng độ Lactate máu thai nhi thì việc đọc và diễn giải biểu đồ tim thai theo phân tích các tác giả Anh, Mỹ là hết sức cần thiết khi diễn giải biểu đồ tim thai bất thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bretscher J, Saling E. *pH values in the human fetus during labor*. Am J Obstet Gynecol 1967;97:906-11. [\[ISI\]](#) [\[Medline\]](#)

2. Ingemarsson I, Ingemarsson E, Spencer JAD. *Fetal heart rate monitoring*. A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 1993.
3. Kruger K, Hallberg B, Blennow M, Kublickas M, Westgren M. *Predictive value of fetal scalp blood lactate concentration and pH as marker for neurologic disability*. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1072-8.[CrossRef][ISI][Medline]
4. Nordstrum L, Ingemarsson I, Kublickas M, Persson B, Shimojo N, Westgren M. *Scalp blood lactate—a new test strip method for monitoring fetal well-being in labour*. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:894-9.
5. Shimojo N, Naka K, Uenoyama H, Hamamoto K, Yoshioka K, Okuda K. *Electrochemical assay system with single-use electrode strip for measuring lactate in whole blood*. *Clin Chem* 1993;39:2312-4.
6. Smith NC, Soutter W, Sharp F. *Fetal scalp blood lactate as an indicator of intrapartum hypoxia*. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90:821-31.
7. Tuffnell D, Haw WL, Wilkinson K. *How long does a fetal scalp blood sample take?* *BJOG* 2006;113:332-4.
8. Vintzileos AM, Nochimson DJ, Antsaklis A, Varvarigos I, Guzman I, Knuppel RA. *Comparison of intrapartum electronic fetal heart monitoring versus intermittent auscultation in detecting fetal acidemia at birth*. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1021-4.
9. Westgren M, Kuger K, Ek S, Grunevald C, Kublickas M, Naka K, et al. *Lactate compared with pH analysis at fetal scalp blood sampling: a prospective randomised study*. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:29-33.
10. Yoshioka T, Roux JF. *Correlation of fetal scalp blood pH, glucose, lactate and pyruvate concentration with cord blood determinations at time of delivery and cesarean section*. *J Reprod Med* 1970;5:63-8.



# HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP ĐO NỒNG ĐỘ LACTATE MÁU DA ĐẦU THAI NHI TRONG CHẨN ĐOÁN THAI SUY CẤP

**Bs. Trần Ngọc Hải**

*BV Từ Dũ*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp đo lactate máu da đầu thai nhi trong chẩn đoán thai suy cấp tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 9/2008 đến 2/2009. **Thiết kế nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng. **Cách tiến hành:** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành lấy máu da đầu 67 trường hợp thai nhi có biểu đồ tim thai trong chuyển dạ nghi ngờ để xác định nồng độ lactate giúp chẩn đoán xác định tình trạng thai suy cấp.

## THE EFFICACY OF MEASURING LACTATE IN FETAL SCALP FOR DIAGNOSIS OF FETAL DISTRESS

**Objective:** To determine effectiveness of measuring lactate in fetal scalp for diagnosis of fetal distress at Tu Du Hospital from September 2008 to February 2009. **Methods:** Clinical Trial. In time of rerearch, fetal scalp blood samples were obtained during labour from 67 fetuses, who have abnormal fetal heart monitoring for diagnose fetal distress.

### 1. Đặt vấn đề

Suy thai cấp là một tình trạng thiếu oxy đến thai gây toan hóa thai. Tình trạng toan hô hấp này sẽ diễn tiến thành toan biên dưỡng, khó điều chỉnh, dẫn đến tử xuất và bệnh xuất thai nhi cao. Điểm số Apgar thấp sau sanh thường có những di chứng thần kinh về sau.

Năm 1966 Hammancher lần đầu tiên đã trình bày lợi ích lâm sàng của việc nghiên cứu biến động tim thai (phương pháp khảo sát sức khỏe thai nhi không gây sang chấn) đã đưa ra một cuộc cách mạng trong chẩn đoán sớm suy thai cấp, tuy nhiên phương pháp này chỉ là một phương pháp tầm soát, có độ nhạy cao, tỷ lệ dương tính giả cao (50 – 75%), nhưng tỷ lệ m tính giả rất thấp. Kết quả tim thai bình thường cho thấy thai nhận đủ oxy.<sup>[8]</sup> Tuy nhiên, khi biểu đồ tim thai bình thường nhưng có một tỷ lệ thai thật sự có tình trạng thiếu oxy<sup>[2]</sup>. Và ngược lại, có một tỷ lệ thai không có tình trạng toan hóa máu nhưng biểu đồ tim thai bệnh lý hay nghi ngờ. Hơn nữa, kết quả biểu đồ tim thai không đánh giá chính xác được mức độ nặng của tình trạng suy thai và khả năng chịu đựng của thai.

Năm 1962 Saling đã nghiên cứu phân tích pH máu da đầu thai nhi trong chuyển dạ để đánh giá tình trạng thai thiếu oxy<sup>[1]</sup>. Từ đó, kỹ thuật này được xem như phương pháp lý tưởng để chẩn đoán xác định tình trạng toan hóa thai (bao gồm cả tăng nồng độ carbondioxide và lactate trong máu thai nhi). Phương pháp này có độ nhạy 93%, dương tính giả 6%. Việc phân tích pH máu da đầu thai nhi thì phức tạp, hơn nữa mẫu máu thử cần đủ lớn để đánh giá (30-50 µl), tỷ lệ lấy mẫu sai khoảng 11-20%<sup>[7,9]</sup>.

Từ năm 1970, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đo lường lactate trong máu da đầu thai nhi trong chẩn đoán tình trạng toan chuyển hóa, thiếu oxy mô<sup>[3,4,6,10]</sup>. Kết quả lactate máu cũng cho những tiên lượng như kết quả pH máu da đầu thai nhi. Tuy nhiên, phương pháp này lại đơn giản hơn và mẫu máu cần ít hơn (5 µl)<sup>[5]</sup>. Tại Bệnh viện Từ Dũ hiện chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả của phương pháp đo lactate máu da đầu thai nhi trong chuyển dạ để chẩn đoán xác định tình trạng suy thai cấp, hơn nữa, từ sau Hội Nghị Việt Pháp năm 2008, chúng tôi được cung cấp rất nhiều kiến thức và kỹ năng về phương pháp này, cùng với sự quan tâm của Ban Giám Đốc bệnh viện, chúng tôi thực hiện đề tài “**Đánh giá hiệu quả của phương pháp đo lactate máu da đầu thai nhi trong chẩn đoán thai suy cấp**” với mong muốn chẩn đoán chính xác tình trạng suy thai cấp để có xử trí chính xác và kịp thời, giảm tỷ lệ mổ lấy thai dự phòng khi biểu đồ tim thai nghi ngờ bệnh lý.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ 9/2008 đến tháng 2/2009, chúng tôi thực hiện nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng cho 67 trường hợp thai nhi có biểu đồ tim thai trong chuyển dạ nghi ngờ tại Bệnh viện Từ Dũ.

Mẫu tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} p (1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu dùng cho nghiên cứu

p: tỷ lệ mổ lấy thai do tim thai suy năm 2006, p= 0.15

d: độ chính xác tuyệt đối đứng về phía tỷ lệ, chọn d = 0,1

Vậy n = 49

Thực tế chúng tôi đã tiến hành 67 trường hợp.

Sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu, có chỉ định chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai cấp cứu hay sanh giúp) vì tim thai suy chẩn đoán qua biểu đồ theo dõi tim thai – cơn gò. Tiến hành: hồi sức thai. Giải thích, tư vấn cho sản phụ về lợi ích và tai biến của phương pháp đo lactate máu da đầu thai nhi, ký giấy cam kết. Nếu sản phụ đồng ý thực hiện. Tiến hành lấy máu da đầu thai nhi đo nồng độ lactate. Sản phụ được theo dõi chuyển dạ qua máy theo dõi tim thai – cơn gò và chế độ theo dõi thai kỳ nguy cơ cao theo phác đồ của khoa.

Đọc và đánh giá kết quả :

- Lactate  $\geq 5$  mmol/l: cần cho sanh ngay bằng giúp sanh nếu đủ điều kiện hoặc mổ lấy thai ngay.
- Lactate trung gian: 4,8 – 5 mmol/l: theo dõi tiếp chuyển dạ qua biểu đồ tim thai + hồi sức tim thai tiếp tục.
- Nếu biểu đồ tim thai nghi ngờ hay bệnh lý tiến hành lặp lại kỹ thuật như trên sau 1 giờ đến 2 giờ để đánh giá chỉ số lactate máu.
- Số lần thực hiện lấy máu tối đa 3 lần.
- Ghi nhận các yếu tố: can thiệp: mổ lấy thai hay sanh giúp, sanh thường. Chỉ số lactate máu khi quyết định can thiệp. Sự tương quan giữa kết quả lactate máu da đầu thai nhi với biểu đồ tim thai. Và chỉ số APGAR khi mổ lấy thai hay sanh ngã âm đạo. Chỉ số APGAR 1 phút, 5 phút. Khi bé xuất viện: thời gian nằm tại khoa dưỡng nhi, có nhiễm trùng sơ sinh hay không.

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 11.5. Trình bày số liệu dưới dạng bảng hay biểu. Phân tích thống kê mô tả, so sánh các tỷ lệ, phân tích các yếu tố liên quan bằng hồi quy

đơn giản. Nghiên cứu chúng tôi không vi phạm y đức do sản phụ được tư vấn và giải thích rõ về những lợi ích và nguy cơ. Phương pháp do những bác sĩ lâm sàng có kinh nghiệm thực hiện. Sản phụ không phải trả thêm chi phí thực hiện.

### 3. Kết quả

#### Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Lớp tuổi	N	%
Dưới 20 tuổi	1	1,49
20 - 35 tuổi	41	61,19
Trên 35 tuổi	26	37,31
Nơi cư trú		
Tp Hồ Chí Minh	58	86,57
Tỉnh khác	9	13,43
Nghề nghiệp		
Công nhân viên	38	56,72
Nội trợ	13	19,40
Khác	16	23,88
Tiền thai		
Con so	52	77,61
Sanh con lần 2	13	19,40
Sanh con lần 3	2	2,99

Nhận xét:

- Hầu hết các sản phụ trong nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 20 – 35
- Nơi cư trú tại TP Hồ Chí Minh là chủ yếu
- Hơn 50% các sản phụ sanh con so.

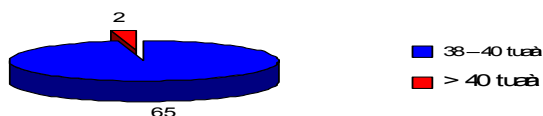
Đặc điểm thai kỳ

Tình trạng bệnh lý nội khoa	n	%
Suyễn	1	1,5
Basedow	1	1,5
Không bệnh lý	65	97
Tổng	67	100
Tình trạng bệnh lý ngoại khoa		
MỔ NS TNTC	1	1,5
MỔ VRT	1	1,5
Không bệnh lý	65	97

Nhận xét: 97% sản phụ có thai kỳ bình thường, không có bệnh lý nội – ngoại khoa. Chỉ có 2 trường hợp: 1 bệnh suyễn và 1 basedow đang điều trị.

## Đặc điểm cuộc chuyển dạ

### Tuổi thai



Tất cả các sản phụ có tuổi thai > 38 tuần. Hầu hết không có bất thường về thai, nhau, ối trên siêu âm. Chỉ có 3 trường hợp thiếu ối nhẹ và 1 trường hợp đa ối, 1 trường hợp nhau bám thấp.

### Thời gian chuyển dạ

Tăng co	30 phút – 4 giờ 20 phút ( $3 \pm 0,95$ giờ )
Giai đoạn hoạt động	4 – 11 giờ (trung bình $6,53 \pm 2,34$ giờ)
Số thai	15 phút – 60 phút (trung bình $40 \pm 7$ phút )

Thời gian chuyển dạ hoạt động trung bình trong nghiên cứu là 6,53 giờ. Có 1 trường hợp thời gian chuyển dạ hoạt động 11 giờ và sau đó mổ lấy thai vì thai trình ngưng tiến triển. Con gái 2800g, Apgar 7/8.

Chuyển dạ tự nhiên chiếm 71%. Tăng co giai đoạn hoạt động 18%.

### Tình trạng màu ối trước sanh

	n	%
Trắng đục	46	68,8
Vàng loãng	10	14,9
Xanh loãng	4	5,9
Xanh sệt	2	2,9
Không rõ màu	5	7,5
	67	100,00

### Tình trạng màu ối sau sanh

	n	%
Trắng đục	46	68,6
Vàng loãng	15	22,39
Xanh loãng	4	5,9
Xanh sệt	2	2,9
	67	100,00

Không có trường hợp nào đổi màu nước ối từ trắng đục qua xanh. 71,64% là nước ối trắng đục, chỉ có 2,9% có phân su trong nước ối, 25% nước ối có màu vàng và xanh lơng.

Tình trạng dây rốn sau sanh

	n	%
Bình thường	58	86,57
Ngắn	2	2,99
Quấn cổ	5	7,46
Thắt nút	1	1,49
Teo	1	1,49
	67	100,00

Trong nghiên cứu 86,57% các trường hợp ghi nhận dây rốn bình thường sau sanh. Có 1 trường hợp dây rốn bị thắt nút, được sanh thường. Dây rốn quấn cổ 5 trường hợp, 2 trường hợp sanh hút và 3 trường hợp sanh thường

*Đặc điểm biểu đồ theo dõi tim thai trong chuyển dạ*

1 đặc điểm không đáp ứng và 3 đặc điểm đáp ứng	TTCB > 160 l/p	2
	Nhịp giảm sớm	9
	Nhịp giảm bất định	25
2 đặc điểm không đáp ứng đặc điểm đáp ứng	TTCB > 160 l/p + nhịp giảm bất định	4
	TTCB < 110 + nhịp giảm bất định	10
1 đặc điểm bất thường	ĐDNT < 5 + nhịp giảm sớm	5
	Nhịp giảm hình sin > 10 phút	1
	Nhịp giảm bất định kéo dài > 3 phút	8
	TTCB > 160 l/p + nhịp giảm muộn	2
	Nhịp giảm muộn	20

Trong giai đoạn chuyển dạ hoạt động khi biểu đồ tim thai có 1 đặc điểm như TTCB tăng, có nhịp giảm sớm, nhịp giảm muộn hay nhịp giảm bất định chiếm 53,73%. Các trường hợp bất thường khác như dao động nội tại giảm kết hợp với nhịp giảm sớm, nhịp hình sin, nhịp giảm bất định kéo dài hay các trường hợp nhịp tim thai bất thường kết hợp với nhau trong cùng 1 biểu đồ tim thai chiếm 46,27%. Tất cả các trường hợp có biểu hiện nghi ngờ hay bất thường tim thai trên biểu đồ tim thai mà nồng độ Lactate máu da đầu thai nhi < 5 mmol/l đều được theo dõi liên tục bằng monitor cho đến khi sổ thai nhằm sinh ra một trẻ có chỉ số Apgar bình thường, tránh được các trường hợp bị ngạt sẽ được bàn luận sau.

*Kết quả lactate máu da đầu thai nhi*

	n	%
2 – 4 Mmol/l	36	53,73

4,1 – 4,9 Mmol/l	27	40,30	Trong nghiên cứu đo nồng độ lactate đầu thai nhi 1 lần 73,13%, 2 lần 26,87%. Không có trường hợp nào thực hiện lấy máu da đầu thai lần 3. Nồng độ lactate máu da đầu thai nhi từ 2 – 4,9 Mmol/l chiếm 94,03%. Nồng độ lactate máu da đầu thai nhi lớn hơn 5 Mmol/l chiếm 5,97%.
≥ 5 Mmol/l	4	5,97	
Toàn	67	100	

### Kết quả lactate máu da đầu thai nhi

	n	%
2 – 4 Mmol/l	36	53,73
4,1 – 4,9 Mmol/l	27	40,30
≥ 5 Mmol/l	4	5,97
Toảng	67	100

Trong nghiên cứu đo nồng độ lactate đầu thai nhi 1 lần 73,13%, 2 lần 26,87%. Không có trường hợp nào thực hiện lấy máu da đầu thai lần 3. Nồng độ lactate máu da đầu thai nhi từ 2 – 4,9 Mmol/l chiếm 94,03%. Nồng độ lactate máu da đầu thai nhi lớn hơn 5 Mmol/l chiếm 5,97%.

### Đặc điểm bé sau sanh

#### Cách sanh

	n	%
Sanh thường	57	85,07
Sanh hút	4	5,97
Sanh kim	2	2,99
Mổ lấy thai	4	5,97
	67	100,00

Trong nghiên cứu 85.07% được sanh thường. Mổ lấy thai 5,97%

#### Cân nặng con

	n	%
2700 – 2800 g	2	2,99
2900 – 3200 g	55	82,09
3300 – 3500 g	7	10,45
≥ 3600g	3	4,48
	67	100,00

Cân nặng từ 2900 – 3200 chiếm 82,09%. Điều này phù hợp với cân nặng trung bình của người Việt Nam. Tuy nhiên, có 1 trường hợp con 3800g sanh hút.

#### Apgar 1 phút

	n	%
5- 6	2	2,99
7	56	83,58
8	9	13,43
	67	100,00

#### Apgar 5 phút

	n	%
7	2	2,99
8	56	83,58
9	9	13,43
	67	100,00

**Nhận xét:** có 2,99% trẻ sinh ra có Apgar 1 phút = 6

## 4. Bàn luận

Với các đặc điểm nghiên cứu hầu hết đối tượng nghiên cứu không thuộc nhóm thai kỳ nguy cơ cao.

Đứng trước biểu đồ tim thai có nhiều thay đổi nghi ngờ và bất thường như nhịp giảm sớm kéo dài > 40 phút, nhịp giảm muộn kéo dài, nhịp giảm bất định, giảm nhịp tim thai cơ bản, giảm dao động nội tại, hay các yếu tố này kết hợp với nhau. Các nhà sản khoa thường lo lắng liệu thai nhi có bị suy thật sự không tức có toan hóa máu hay không, hay chỉ là một biểu hiện sinh lý bình thường trong giai đoạn hoạt động. Để có quyết định đúng đắn nhằm cho ra đời 1 em bé khỏe mạnh.



Nếu không hiểu rõ sinh lý bệnh của quá trình toan hóa làm tổn thương no không hồi phục sẽ để lại di chứng, ảnh hưởng đến phát triển tâm thần vận động cho trẻ sau này. Có khi chúng ta sanh một bé bị ngạt do theo dõi quá lâu, hoặc chúng ta sẽ mổ lấy thai ngay khi các dấu hiệu đó là chỉ là dấu hiệu dương tính giả trên biểu đồ tim thai vì tỷ lệ là 50 – 75%<sup>[8]</sup>. Như vậy sẽ làm tăng chi phí cho sản phụ và gia đình của họ do chi trả cho cuộc mổ cao hơn, chi phí thời gian nằm viện lâu hơn so với cuộc sanh ngã âm đạo nhưng với điều kiện hết sức quan trọng là đảm bảo trẻ sinh ra không bị ngạt, không tai biến.

Trong nghiên cứu, trên biểu đồ tim thai có 53,7% tim thai có một đặc điểm nghi ngờ riêng lẻ, còn 46,3% là tim thai được xếp ở dạng bệnh lý: nhịp giảm muộn, hay có hơn một đặc điểm nghi ngờ. Nhưng khi kiểm tra lại để khẳng định trẻ có bị nhiễm toan bằng đo nồng độ lactate máu da đầu thai nhi thì chỉ có 5,97% có nồng độ lactate > 5Mmol/l. Với cơ sở này chúng tôi đã giữ lại và theo dõi cho sanh ngã âm đạo 94,03%. Chỉ mổ lấy thai 4 trường hợp: 2 trường hợp có nồng độ lactate >5Mmol/l và chỉ số apgar 5 – 7 có một ca kèm dây rốn teo nhỏ chứng tỏ đã có tình trạng thiếu máu nuôi trước đó. Khi quyết định cho sanh ngã âm đạo, tất cả thai phụ đều được theo dõi sát chuyên dạ bằng monitor cho tới lúc sổ thai, được một bác sỹ có kinh nghiệm trực tiếp theo dõi và đỡ sanh và có thẩm quyền quyết định khi mổ lấy thai để đảm bảo an toàn cho trẻ khi sinh ra.

Mặc dù với cơ sở khoa học sinh lý bệnh thai suy do tăng nồng độ lactate trong máu thai nhi khi nhiễm toan và đo nồng độ này đã được thực hiện thường quy ở nhiều bệnh viện sản trên thế giới, trong nước, chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu nào và lần đầu thực hiện vì vậy đứng trước mỗi trường hợp nghiên cứu chúng tôi hết sức thận trọng vì sự an toàn của trẻ, vì trách nhiệm của mình.

Tất cả trẻ sinh ra trong nhóm nghiên cứu không có trẻ nào có chỉ số apgar < 5 trong một phút đầu. Chỉ có hai trẻ có chỉ số apgar bằng 5 trong phút đầu và bằng 7 sau 5 phút, cả hai trẻ này đều được mổ lấy thai do có nồng độ lactate máu da đầu >5Mmol/l. Trong phút đầu tiên có 2,99% trẻ có apgar 5, 9,97% trẻ có apgar >6 và sau 5 phút tất cả các trẻ đều có chỉ số apgar bằng hay trên 7. Điều này cũng phù hợp với kết quả đo nồng độ lactate máu da đầu thai nhi dưới 5Mmol/l chiếm 94,03%.

Tỷ lệ trẻ sau sinh có apgar <7 trong nghiên cứu của chúng hơi thấp hơn so với Low.Ja và CS 1999 tỷ lệ là 56%, và 40% (luận án tốt nghiệp CKII BS Nguyễn Kim Hoàng 2005).

Đo nồng độ lactate máu da đầu rất có giá trị trong chẩn đoán thai suy, loại đi được các trường hợp dương tính giả trong thai suy nếu chỉ dựa vào biểu đồ tim thai hay tình trạng nước ối có phân su, khi kết hợp với theo dõi liên tục bằng monitor đã mang lại kết quả rất tốt cho thai nhi giảm tỷ lệ ngạt sau sanh.

Trong nghiên cứu có 31,2% trường hợp nước ối bất thường hay nghi ngờ và không có ca nào đổi màu nước ối trong chuyên dạ. Ngay cả khi nước ối có phân su tất cả đều có nồng độ lactate dưới 5Mmol/l và theo dõi sanh ngã âm đạo không trường hợp nào phải mổ lấy thai và các trẻ sinh ra đều có chỉ số apgar từ 7 đến 9. Điều này cũng phù hợp với tổng kết của [www.rcog.org.uk](http://www.rcog.org.uk) 2001 khi có nước ối xanh khoảng 50% có thể là thai suy, còn lại do phản xạ thai khi chuyên dạ. Họ khuyến cáo nên đo nồng độ lactate máu da đầu ở trường hợp này khi đủ điều kiện để có chẩn đoán chính xác trước khi xử trí tiếp theo tránh mổ lấy thai khi chưa cần thiết. Theo Philip.J.Steer và CS 1999 phân su hiện diện trong nước ối 30% ở thai 40 tuần và 50% ở thai 42 tuần. Đây có thể là biểu hiện sinh lý bình thường nhưng cũng có thể là biểu hiện tình trạng thiếu oxy của thai hay do nhiễm trùng bào thai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi biểu đồ tim thai bất thường hay nghi ngờ 13,43% liên quan đến dây rốn như: dây rốn quấn cổ(7,46%), thắt nút(1,49%) và dây rốn teo nhỏ(1,49%). Những thay đổi này do sự chèn ép rốn trong chuyên dạ không có ý nghĩa bệnh lý, nhưng để quá trình này kéo dài thì có thể trở thành bệnh lý khi có nhiễm toan chuyên hóa. Khi kiểm tra nồng độ lactate máu da đầu chỉ có bốn trường hợp >5Mmol/l và mổ lấy thai phát hiện một trường hợp dây rốn teo nhỏ. Còn lại đều được sanh ngã âm đạo và có chỉ số apgar tốt trên 6.

Thời gian chuyển dạ hoạt động trung bình 6,53 giờ và số thai 40 phút cũng nằm trong chuyển dạ bình thường. Trong nghiên cứu chúng tôi đã tôn trọng sinh lý chuyển dạ đặc biệt ở giai đoạn số thai, không rút ngắn giai đoạn này vì khi sản phụ càng rặn nhiều, rặn liên tục làm áp lực ổ bụng tăng làm ảnh hưởng đến tưới máu tử cung và càng làm tăng nguy cơ nhiễm toan càng làm trẻ bị tổn thương. pH máu thai nhi giảm khi thai phụ cố gắng rặn sanh. *pH thay đổi do thay đổi tưới máu tử cung khi rặn. Đặc biệt khi áp lực trong ổ bụng lên đến 300mmHg. Khi rặn chủ động pH tụt 0.1 đơn vị mỗi 25 phút, (mỗi 18 phút ở người con rạ. pH còn sẽ giảm nhiều hơn khi đã có tình trạng giảm tưới máu thai nhi trước đó (Steer et al, 2000, High Risk Obstetrics).* Việc tưới máu tử cung không bị ảnh hưởng nếu như không có cố gắng rặn sanh của thai phụ ( Roberts 2005, *J Midwifery Womens Health*, 47, 2).

Như trình bày ở trên các trẻ sinh ra đều không bị ngạt sau 5 phút và có tỷ lệ sanh thường 85,07%, đây là tỷ lệ đáng được quan tâm và tiếp tục nghiên cứu trước các trường hợp tim thai bất thường hay bệnh lý trong giai đoạn II của chuyển dạ.

Tỷ lệ giúp sanh 8,96%, các trường hợp này thường được thực hiện trong những ca đầu do chưa có kinh nghiệm và lo lắng, khi có kết quả khi sanh tốt chúng tôi đã can thiệp thận trọng hơn ở giai đoạn số thai và trẻ sinh ra đều có kết quả tốt. Chỉ định mổ lấy thai trong nghiên cứu này 5,97%, thấp hơn nhiều so với báo cáo của Vương Đình Hoàng Dũng tại hội nghị sản phụ khoa toàn quốc 2007 tỷ lệ này 66,1%.

Khi đo nồng độ lactate máu da đầu thai nhi chủ yếu chúng tôi đo một lần 73,13% và theo dõi chuyển dạ, cả bốn trường hợp mổ lấy thai đều được thực hiện một lần và nồng độ lactate > 5Mmol/l, kết quả mổ lấy thai có hai trẻ có Apgar 5 – 7. Trong quá trình theo dõi sau khi đã hồi sức thai bằng dịch truyền và thay đổi tư thế vẫn còn 26,87% biểu đồ tim thai còn nghi ngờ hay bệnh lý. Thực hiện đo lần hai có sự thay đổi về nồng độ lactate từ 2 đến 4,9 Mmol/l này đều được theo dõi và sanh được ngã âm đạo với Apgar đều lớn hơn hay bằng 7.

Đứng trước thay đổi tim thai trong giai đoạn chuyển dạ hoạt động ta cố gắng phân tích thấu hiểu điều gì đang xảy ra với thai nhi, đâu là dấu hiệu đe dọa thật sự thai, đâu là dấu hiệu giả. Ngay cả khi có sự kết hợp của các yếu tố bệnh lý hay nghi ngờ như nhịp giảm muộn, giảm nhịp tim cơ bản, giảm dao động nội tại, nhịp bất định cần phải được theo dõi liên tục bằng monitor và các bác sỹ có kinh nghiệm, đặc biệt đo nồng độ lactate máu da đầu thai nhi cho ta biết chính xác trẻ có bị nhiễm toan hay không. Khi đó ta sẽ xử trí được đúng mức nhằm sinh ra một trẻ không bị ngạt. Nếu không có bằng chứng này chúng ta sẽ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai hiện đang có xu hướng gia tăng, làm tăng chi phí cho sản phụ và gia đình.

Trong nghiên cứu khi kết hợp giữa biểu đồ tim thai trong chuyển dạ và đo nồng độ lactate máu da đầu thai nhi thì thai suy thật sự 5,9%, đã loại được 94,1% thai suy giả nếu chỉ dựa vào biểu đồ tim thai và màu sắc nước ối. Phương pháp này thật sự cần thiết và có lợi cho sản phụ và thai nhi, là bằng chứng đáng tin cậy cho các nhà sản khoa, góp một phần nhỏ làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai vốn là vấn đề thời sự hiện nay mà vẫn đảm bảo một trẻ khỏe mạnh khi chào đời.

## 5. Kết luận

Khi có biểu hiện tim thai nghi ngờ hay bất thường trên biểu đồ theo dõi tim thai trong giai đoạn chuyển dạ hoạt động chúng ta tiến hành đo nồng độ lactate máu da đầu thai nhi vì:

1. Giúp loại được 94,1% trường hợp thai suy giả nếu chỉ dựa vào biểu đồ tim thai.
2. Tỷ lệ mổ lấy thai vì thai suy 5,97% khi biểu đồ tim thai nghi ngờ hay bất thường.
3. Khi theo dõi sanh ngã âm đạo cần monitor theo dõi liên tục tới khi số thai, và được bác sỹ theo dõi.
4. Tất cả trẻ sinh ra đều có chỉ số apgar >7 sau 5 phút.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bretscher J, Saling E. *pH values in the human fetus during labor*. *Am J Obstet Gynecol* 1967;97:906-11.
2. Ingemarsson I, Ingemarsson E, Spencer JAD. *Fetal heart rate monitoring*. A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 1993.
3. Kruger K, Hallberg B, Blennow M, Kublickas M, Westgren M. *Predictive value of fetal scalp blood lactate concentration and pH as marker for neurologic disability*. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1072-8.
4. Nordstrum L, Ingemarsson I, Kublickas M, Persson B, Shimojo N, Westgren M. *Scalp blood lactate—a new test strip method for monitoring fetal well-being in labour*. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:894-9.
5. Shimojo N, Naka K, Uenoyama H, Hamamoto K, Yoshioka K, Okuda K. *Electrochemical assay system with single-use electrode strip for measuring lactate in whole blood*. *Clin Chem* 1993;39:2312-4.
6. Smith NC, Soutter W, Sharp F. *Fetal scalp blood lactate as an indicator of intrapartum hypoxia*. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90:821-31.
7. Tuffnell D, Haw WL, Wilkinson K. *How long does a fetal scalp blood sample take?* *BJOG* 2006;113:332-4.
8. Vintzileos AM, Nochimson DJ, Antsaklis A, Varvarigos I, Guzman I, Knuppel RA. *Comparison of intrapartum electronic fetal heart monitoring versus intermittent auscultation in detecting fetal acidemia at birth*. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1021-4.
9. Westgren M, Kuger K, Ek S, Grunevald C, Kublickas M, Naka K, et al. *Lactate compared with pH analysis at fetal scalp blood sampling: a prospective randomised study*. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:29-33.
10. Yoshioka T, Roux JF. *Correlation of fetal scalp blood pH, glucose, lactate and pyruvate concentration with cord blood determinations at time of delivery and cesarean section*. *J Reprod Med* 1970;5:63-8.

**CHUYÊN ĐỀ**  
**PHỤ KHOA – PTNS**

## **VAI TRÒ KHÂU MAY TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA**

**BS Nguyễn Bá Mỹ Nhi**

*BV Từ Dũ TP. Hồ Chí Minh*

Ngày nay sự phát triển của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã khẳng định tính ưu việt của mình, và đang thay thế dần phẫu thuật mổ hở kinh điển trong nhiều chuyên ngành ngoại khoa khác nhau.

Những loại phẫu thuật đơn giản như cắt vòi trứng trong thai ngoài tử cung, hay bóc u nang nhỏ không dính, chỉ cần sử dụng đốt điện lưỡng cực đã có thể giúp phẫu thuật thành công trọn vẹn, nhưng trong các bệnh lý phức tạp hơn như bóc nhân xơ hay cắt tử cung thì thành công của phẫu thuật đòi hỏi phẫu thuật viên phải có những kỹ năng đặc biệt không thể thiếu, đó là khâu may qua nội soi.

Khâu may qua nội soi có vai trò quan trọng giúp phục hồi cấu trúc giải phẫu của các cơ quan bị tổn thương do chính tự bản thân có sẵn tổn thương, hoặc do quá trình phẫu thuật gây ra, đồng thời hạn chế các tổn thương do quá trình đốt điện gây ra.

Nghiên cứu tổng kết lại từ y văn thế giới từ các thư viện Cochrane, up to date, Springerlink, Highwire press, Pubmed, các bài lấy từ Google và Yahoo cho thấy vai trò quan trọng không thể thiếu của khâu may trong nội soi, đặc biệt trong nội soi về phụ khoa.

# HIỆU QUẢ VÀ TÁC DỤNG PHỤ CỦA KHÁNG SINH DỰ PHÒNG LIỀU DUY NHẤT DOXYCYCLINE 200MG TRONG HÚT THAI BA THÁNG ĐẦU

BS. CKII DƯƠNG PHƯƠNG MAI, GS.TS TRẦN THỊ LỢI

## *Efficacy and side effects of preventive antibiotics of single-dose Doxycycline 200mg in the first trimester abortion.*

**Introduction:** Abortion is a major problem in reproductive health care, especially in developing country. Antibiotics is necessary in prevention of infection during abortion. **Objective:** The study compared efficacy and side effects of preventive antibiotics of single-dose Doxycycline 200mg in the first trimester abortion and Doxycycline treatment 5 days after abortion. **Design:** double-blind controlled randomized clinical trial. **Setting:** Family Planning Departement, Tu Du hospital, Ho Chi Minh city. **Results:** Two hundred and eighty four individuals were met inclusive criteria. No case of infection was identified in both groups. About side effects: no statistically difference on nausea and its degree on the day of procedure and the first two following days. In the treatment group, nausea was 4-5 times more than preventive treatment (OR:5,341; 95% confidence interval: 1,149-24,829). No statistically difference on vomiting and numbers of vomiting per day in both groups in the day of procedure, the first three following days and the fifth day after induced abortion. The risk of vomiting reduced up to 51% in the preventive group compared to the treatment group on the fourth day after induced abortion (RR: 0,434; 95%CI: 0,434-0,552). The treatment group had compliance less than the preventive group, however no statistically difference was identified. **Conclusion:** Preventive antibiotics of single-dose Doxycycline 200mg in the first trimester abortion showed the same efficacy to the treatment Doxycycline 200mg per day in five days; but little side effects.

## 1. Đặt vấn đề

Phá thai là vấn đề lớn trong chăm sóc sức khỏe sinh sản, đang được thế giới quan tâm vì những năm gần đây tỷ lệ này tăng dần, nhất là ở các nước đang phát triển. Việt Nam là một trong những nước có tỉ lệ phá thai cao nhất trên thế giới và trong khu vực. Hàng năm theo thống kê của Bộ Y tế trung bình có khoảng 1 triệu trường hợp phá thai tại Việt Nam<sup>[3]</sup>. riêng tại bệnh viện Từ Dũ có khoảng 30.000 trường hợp phá thai mỗi năm, chủ yếu là các đối tượng trẻ.

*Chlamydia trachomatis* (*c.trachomatis*) là tác nhân gây viêm cổ tử cung thường gặp nhất<sup>[1]</sup> và có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe sinh sản phụ nữ nếu không được điều trị đúng cách. Trong quá trình hút thai với môi trường thuận lợi tạo điều kiện cho vi khuẩn ngược dòng và tái hoạt động từ đó gây ra các biến chứng như: viêm nội mạc tử cung, áp xe phần phụ, viêm vùng chậu, vô sinh do tắc ống dẫn trứng, thai ngoài tử cung<sup>[3]</sup>. Doxycycline là kháng sinh được lựa chọn hàng đầu vì nó có khả năng làm giảm nguy cơ nhiễm trùng sau nạo hút thai xuống 42% so với nhóm không được điều trị<sup>[30]</sup> và đã được sử dụng tại Khoa kế hoạch gia đình (KHGD) bệnh viện Từ Dũ. Tuy nhiên, phác đồ sử dụng doxycycline uống 5 ngày sau hút thai như kháng sinh điều trị, nên thường gây ra một số tác dụng phụ như: chóng mặt, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, rối loạn chủng khuẩn tại đường tiêu hoá. đối với trường hợp không có bằng chứng nhiễm *c.trachomatis* tại cổ tử cung, thì theo y văn có thể dùng liều 200mg Doxycycline trước thủ thuật cũng cho hiệu quả dự phòng tốt, ít tác dụng phụ và dễ dàng được đối tượng chấp nhận điều trị<sup>[10]</sup>.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên mù đôi có nhóm chứng, đối tượng là 284 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18-49 tuổi với tuổi thai từ 6 đến 12 tuần muốn chọn phương pháp hút thai thực hiện tại khoa KHGD BV Từ Dũ trong thời gian thực hiện từ 01/08/2007 đến 30/01/2008, đồng ý tham gia nghiên cứu. **Tiêu chuẩn loại trừ** khi có một trong các yếu tố sau: dị ứng với doxycycline hoặc tetracycline, đang bị nhiễm trùng, sử dụng bất cứ một loại kháng sinh nào trong 1 tuần trước hoặc đang điều trị kháng sinh, tiền căn phẫu thuật van tim hoặc thay van tim, uống rượu (từ 2ly/ ngày trở lên), hút heroine hoặc cocaine, cho con bú. Nhóm chứng (nhóm dùng kháng sinh điều trị) được uống 2 viên giả dược trước thủ thuật và 10 viên doxycycline 100mg vào 5 ngày tiếp theo. Nhóm dùng kháng sinh dự phòng dùng 2 viên doxycycline 100mg trước thủ thuật và 10 viên giả dược trong 5 ngày sau đó.

**Các yếu tố được nghiên cứu bao gồm :**

- Nhiễm trùng sau hút thai bao gồm viêm nội mạc tử cung, vòi trứng, phúc mạc chậu. được chẩn đoán khi: sốt >39,5<sup>0</sup>c kèm lạnh run và kéo dài trên 12 giờ, khám chạm CTC đau, di động tử cung đau, xét nghiệm máu có bạch cầu và CRP tăng.
- Các tác dụng phụ: buồn nôn, nôn mửa.

## 3. Kết quả nghiên cứu

Tổng cộng có 284 phụ nữ thỏa các tiêu chuẩn nghiên cứu. Phụ nữ trong nhóm nghiên cứu phân bố tương đối đồng đều giữa hai nhóm. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 28.19 ± 6,409 năm

**Bảng 1:** Phân bố đặc điểm dân số và xã hội

Đặc điểm của phụ nữ tham gia nghiên cứu	Nhóm dùng kháng sinh dự phòng (tần suất, tỷ lệ %) (n =142)	Nhóm dùng kháng sinh điều trị (n =142)
<b>Nhóm tuổi:</b> 18-25 tuổi	58(40,8%)	56(39,45%)
26-35 tuổi	61(43%)	63(44,4%)
36-50 tuổi	23(16,2%)	23(16,2%)
<b>Hôn nhân:</b> độc thân	16(11,3%)	28(19,7%)
Đang sống với chồng	126(88,7%)	114(80,3%)
<b>Số lần sanh:</b> chưa sanh	77(54,3%)	76(53,6%)
1 con	34(23,9%)	38(26,8%)
2 con	20(14,1%)	21(14,8%)
trên 2 con	11(7,7%)	7(4,9%)
<b>Bỏ thai:</b> chưa	97(68,3%)	85(59,9%)
1 lần	35(24,7%)	39(27,5%)
2 lần	6(4,2%)	13(9,1%)
trên 2 lần	4(2,8%)	5(3,5%)
<b>Số tuần tuổi thai theo siêu âm</b>		
Từ 6 đến 9 tuần	119(84%)	126(88,7%)
Trên 9 tuần	23(16%)	16(11,3%)

Không có trường hợp nào nhiễm trùng sau hút thai ở cả hai phác đồ nghiên cứu. Các trường hợp này đều được kiểm tra nhiệt độ và không có trường hợp nào bị sốt, công thức máu và CRP kiểm tra lúc tái khám cho kết quả không tăng so với các trị số trước hút thai. Khám không có dấu hiệu viêm vùng chậu.

**Bảng 2 :** Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu: n = 142

	Nhóm dùng KS dự phòng (tần suất, tỷ lệ %)	Nhóm dùng kháng sinh điều trị (tần suất, tỷ lệ%)

<b>Công thức bạch cầu:</b>		
dưới 10 000	74(52,1%)	83(58,5%)
từ 10 000 đến 15000	65(45,8%)	53(37,3%)
trên 15000	3(2,1%)	6(4,2%)
<b>CRP:</b>		
dưới 6 mg/l	139(97,9%)	137(96,5%)
trên 6 mg/l	3(2,1%)	5(3,5%)

Về tác dụng phụ: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng buồn nôn, mức độ buồn nôn trong ngày hút thai và hai ngày đầu sau hút thai.

**Bảng 3 :** So sánh tác dụng phụ buồn nôn

	Dùng kháng sinh dự phòng	Nhóm dùng giả dược hay nhóm chứng
Trong ngày hút thai	21/142(14,8%)	14/142(9,9%)
Ngày 1	17/142(12%)	17/142(12%)
Ngày 2	6/142(4,2%)	13/142(9,1%)
Ngày 3	3/142(2,1%)	12/142(8,4%)
Ngày 4	2/142(1,4%)	10/142(7%)
Ngày 5	2/142(1,4%)	10/142(7%)

Không có sự khác biệt về triệu chứng cũng như số lần nôn mửa giữa hai nhóm nghiên cứu trong ngày hút thai, ba ngày đầu và ngày thứ năm sau hút thai.

**Bảng 4 :** So sánh tác dụng phụ nôn mửa

	Dùng kháng sinh dự phòng	Nhóm dùng giả dược hay nhóm chứng
Trong ngày hút thai	22/142(15,5%)	13/142(9,2%)
Ngày 1	2/142(1,4%)	6/142(4,2%)
Ngày 2	3/142(2,1%)	5/142(3,5%)
Ngày 3	1/142(0,7%)	7/142(4,9%)
Ngày 4	1/142(0,7%)	6/142(4,2%)
Ngày 5	0/142	1/142(0,7%)

Nhóm dùng kháng sinh điều trị ít tuân thủ chế độ điều trị hơn so với nhóm dùng kháng sinh dự phòng do tác dụng phụ: buồn nôn, nôn mửa, cảm giác mệt khi uống thuốc, tuy nhiên chưa phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

**Bảng 5 :** Tình trạng dùng thuốc nghiên cứu n = 142

	Nhóm dùng kháng sinh dự phòng (tần suất, tỷ lệ %)	Nhóm dùng kháng sinh điều trị (tần suất, tỷ lệ %)
Uống thuốc đầy đủ	136(95,8%)	131(92,3%)
Ngưng uống thuốc	6(4,2%)	11(7,7%)
Kiểm định $\chi^2 = 1,527$		Trị số p = 0,217

Trong nhóm dùng kháng sinh điều trị lý do ngưng thuốc vì buồn nôn, nôn là 4 trường hợp, trong khi nhóm dùng kháng sinh dự phòng không có trường hợp nào. Các nguyên nhân ngưng thuốc khác phân bố đều trong 2 nhóm và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$

**Bảng 6 :** Phân bố các lý do ngưng thuốc giữa đợt nghiên cứu

	Nhóm dùng kháng sinh dự phòng (tần số, tỷ lệ %)	Nhóm dùng kháng sinh điều trị
Uống thuốc đầy đủ	136(95,8%)	131(92,3%)
Ngưng uống vì buồn nôn, nôn	0(0%)	4(2,8%)
Cảm giác mệt khi uống thuốc	2(1,4%)	3(2,1%)



Đau bụng	1(0,7%)	1(0,7%)
Mất thuốc	2(1,4%)	0(0%)
Quên thuốc	1(0,7%)	2(1,4%)
Viêm lợi	0(0%)	1(0,7%)

#### 4. Bàn luận

Làm mù được thực hiện một cách triệt để, cả tác giả, các cộng tác viên cũng như đối tượng tham gia nghiên cứu đều không biết thuốc đang sử dụng là doxycycline hay giả dược. Vì các thuốc này có hình dạng, kích thước, màu sắc, mùi vị như nhau và được bao bì tương tự. Các mã số thuốc được đại học Pittsburgh lưu giữ được mở ra sau khi đã hoàn tất thu thập mẫu và nhập số liệu. các đối tượng nghiên cứu với cùng một phác đồ điều trị như: gây tê cạnh cổ từ cung cho tất cả các đối tượng để loại trừ những tình huống biến chứng do thuốc giảm đau toàn thân như: nôn, buồn nôn, chóng mặt, hoa mắt có thể trùng lặp với tác dụng phụ của doxycycline. Những biến số của nghiên cứu được đánh giá đặc biệt như: buồn nôn, mức độ nôn. Chúng tôi dùng thước đo thị giác có thang điểm là 100 tương ứng với 100mm, đối tượng nghiên cứu được huấn luyện trước khi đánh giá với những ví dụ cụ thể dễ hiểu.

##### **Bàn luận về biến chứng nhiễm trùng sau hút thai:**

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị nhiễm trùng trong hai nhóm nghiên cứu. Tuy vậy, do cỡ mẫu phân tích trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, nhưng vẫn không có trường hợp nào nhiễm trùng. Có sự khác biệt này so với các tác giả khác là do chúng tôi đã sử dụng xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *c.trachomatis* trước hút thai nếu kết quả dương tính chúng tôi sẽ loại khỏi nghiên cứu và điều trị theo đúng phác đồ mà CDC khuyến cáo, nên tỷ lệ nhiễm trùng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn do phát hiện và điều trị đúng tác nhân gây bệnh. Nghiên cứu chúng tôi có 7 trường hợp tái khám giữa đợt có nghi ngờ nhiễm trùng với các triệu chứng sau: sốt ớn lạnh, ra huyết nhiều, đau bụng dữ dội. Tuy nhiên, qua thăm khám và làm xét nghiệm cận lâm sàng đã không phát hiện nhiễm trùng tại tiêu khung và các đối tượng này đều không bị nhiễm *c.trachomatis*. Các nguyên nhân gây ra các triệu chứng này là do sót nhau thai, ứ dịch lòng tử cung nhiều và có sự phân bố đồng đều giữa hai nhóm. Tỷ lệ các biến chứng (chủ yếu sót thai, nhau) trong nghiên cứu này là 1,8% và ở mức giới hạn thấp hơn so với các tác giả khác, có lẽ do cơ sở y tế cũng như cỡ mẫu khác nhau. Các trường hợp này đều được hút kiểm tra và tiếp tục dùng thuốc nghiên cứu, không có trường hợp nào nhiễm trùng theo dõi đến cuối đợt.

Nghiên cứu của Colin B <sup>[9]</sup> dùng doxycycline 500mg liều duy nhất trước hút thai, cho thấy có sự khác biệt tỷ lệ nhiễm trùng sau hút nạo của nhóm này so với nhóm dùng giả dược. Tuy nhiên, đối tượng phải chịu tác dụng phụ quá nhiều nhất là buồn nôn và nôn [9]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ dùng liều doxycycline 200mg trước hút thai cho thấy không có trường hợp nào nhiễm trùng sau hút thai và đối tượng có ít tác dụng phụ hơn. Nghiên cứu của Levallois, 1988 dùng doxycycline 100mg uống trước hút thai 1 giờ và 200mg sau 2 giờ hút thai, cho thấy giảm nguy cơ nhiễm trùng sau hút nạo đến 88% (RR:0,12 với khoảng tin cậy 95% là 0,08-0,38) so với nhóm dùng giả dược [12]. Phác đồ này gần với cách dùng của chúng tôi, cho thấy hiệu quả phòng ngừa nhiễm trùng sau hút thai của kháng sinh dự phòng cao.

##### **Bàn luận về tác dụng phụ buồn nôn**

Ngay trong hút thai, nhóm dùng kháng sinh dự phòng tỷ lệ buồn nôn gần 12% cao hơn so với nhóm dùng giả dược (tỷ lệ này là 7,8%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Thường sau uống thuốc, doxycycline kích ứng niêm mạc dạ dày thực quản gây phản xạ thần kinh giao cảm, từ đó gây phản xạ co thắt và buồn nôn. Các đối tượng nghiên cứu đều được yêu

cầu ăn một ít trước khi dùng thuốc và bắt buộc phải chọn phương pháp giảm đau tại chỗ, để tránh tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân như: chóng mặt, buồn nôn và nôn.

Tỷ lệ buồn nôn này tăng lên gần 15% trong nhóm dùng kháng sinh dự phòng trong ngày đầu tiên khi đối tượng rời khỏi bệnh viện, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Trong hai ngày đầu sau hút thai cho thấy có tăng rõ rệt tỷ lệ buồn nôn ở nhóm dùng kháng sinh điều trị khoảng 12%, trong khi nhóm dùng kháng sinh dự phòng đã giảm chỉ còn khoảng 5% vào ngày thứ hai sau hút thai. Nhóm điều trị bắt đầu dùng doxycycline nên làm tăng tác dụng phụ này. tuy nhiên, chưa có khác biệt thống kê giữa hai nhóm do nhóm dùng kháng sinh dự phòng thuốc vẫn còn tác dụng trong 48 giờ [11].

Từ ngày thứ 3 sau hút thai, nhóm dùng kháng sinh dự phòng đã giảm rõ rệt triệu chứng buồn nôn, chỉ còn hai trường hợp nôn kéo dài đến ngày thứ năm là do đối tượng này bị sót thai mà chưa đi khám lại. Trong khi nhóm dùng kháng sinh điều trị tỷ lệ này giảm ít khoảng 8,5% và kéo dài đến khi hết dùng thuốc. Nhóm điều trị có 4 trường hợp phải bỏ thuốc giữa đợt vì buồn nôn và nôn nặng, trong khi nhóm dùng kháng sinh dự phòng không có trường hợp nào bỏ cuộc.

#### **Bàn luận về tác dụng phụ nôn mửa**

Không có sự khác biệt triệu chứng nôn mửa trong lúc hút thai giữa hai nhóm nghiên cứu, có lẽ thuốc chưa có tác dụng trên đường tiêu hóa do các đối tượng này thường phải dùng thuốc trước thủ thuật 30 phút. Tuy nhiên, trong ngày đầu hút thai, nhóm dùng kháng sinh dự phòng có tỷ lệ nôn mửa nhiều hơn (15,5%) so với nhóm dùng giả dược tỷ lệ là khoảng 9,2%. Mặc dù vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong hai ngày đầu sau hút thai, tỷ lệ nôn mửa giảm rõ rệt ở nhóm dùng kháng sinh dự phòng chỉ còn 2%, trong khi nhóm điều trị giảm ít hơn.

Những ngày sau khi hút thai, nhóm dùng kháng sinh dự phòng chỉ còn 1 trường hợp nôn là đối tượng sót thai. trong khi nhóm dùng kháng sinh điều trị vẫn không thay đổi và có 4 đối tượng phải bỏ thuốc vì nôn mửa nặng và có sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê. nhóm dùng kháng sinh dự phòng cho thấy giảm nguy cơ bị nôn xuống 51% so với nhóm điều trị.

#### **Các yếu tố ngưng điều trị**

Nhóm dùng kháng sinh điều trị có 11 trường hợp bỏ điều trị chiếm tỷ lệ 7,7%, so với nhóm dùng kháng sinh dự phòng có 6 trường hợp (4,2%). Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê có lẽ cỡ mẫu còn nhỏ. Lý do ngưng thuốc trong nhóm dùng kháng sinh điều trị chủ yếu do tác dụng phụ của thuốc: buồn nôn, nôn mửa, mệt khi uống thuốc, viêm lợi. Trong khi nhóm dùng kháng sinh dự phòng lý do chủ yếu là quên, mất thuốc. Số viên thuốc không uống trong nhóm dùng kháng sinh điều trị nhiều hơn, tuy vậy các đối tượng này không có nhiễm trùng sau hút thai do đã loại trừ nhiễm *c.trachomatis* và chỉ cần doxycycline 200 mg là đủ tác dụng phòng ngừa nhiễm trùng sau hút thai.

### **5. Kết luận**

Nghiên cứu cho thấy vai trò phòng ngừa nhiễm trùng sau hút thai của việc sử dụng kháng sinh đơn liều trước hút thai. Phác đồ điều trị hiện tại có quá nhiều tác dụng phụ như: buồn nôn, nôn và không cần thiết phải dùng dài ngày khi không có bằng chứng nhiễm trùng tại chỗ trước khi tiến hành hút thai. Khi có nhiễm trùng tại chỗ như nhiễm *c.trachomatis* thì phác đồ này chưa đủ để điều trị triệt để tác nhân này.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1 Bộ môn sản ĐHYD (2007). Viêm sinh dục. *Sản phụ khoa tập 2*, 756-759.
- 2 Bộ Y tế (2002). Doxycyclin. *Dược thư quốc gia Việt Nam, lần xuất bản thứ nhất*, 411-413.
- 3 Bộ Y tế Việt Nam (2003). Chuẩn quốc gia về sức khỏe sinh sản.
- 4 Dương Thị Cương (1989). Bước đầu theo dõi ảnh hưởng lâu dài của hút điều hòa kinh nguyệt đối với phụ nữ. *Hội nghị tổng kết nckh và điều trị năm 1989*, 57-60.

- 5 Lê Diễm (1989). Tai biến do hút điều hòa kinh nguyệt tại bệnh viện phụ sản TP.Hải Phòng trong 5 năm 1983-1987. *Báo cáo chuyên đề trong đại hội lần thứ XII hội phụ sản SĐKH Việt Nam TP.HCM*, 17-21.
- 6 Vũ Thị Nhung (2002). Nghiên cứu những tai biến và biến chứng của nạo hút thai tại TP.HCM. *Luận án tiến sĩ y học*, 88-109.
- 7 Trung tâm BVSKBMTE & KHHGD. (1993-1998). Báo cáo công tác BVSKBMTE & KHHGD TP HCM.
- 8 Nguyễn Thị Tuyên (1998). Nhận xét về tình hình hút và nạo phá thai năm 1993-1994 tại TTBVSKBMTE\_KHHGD tỉnh Thanh Hóa. *Nội san phụ sản Vinagofpa(1)*, 80-88.
- 9 Colin brewer. (1980). Prevention of infection after abortion with a supervised single dose of oral doxycycline. *Br j obstet gynaecol*, 281, 780-781.
- 10 George f sawaya and deborah grady. (1996). Antibiotics at the times of induced abortion: the case for universal prophylaxis bases on a meta-analysis. *Bbstet gynecol*, 87(2), 884-890.
- 11 Laurence brunton keith pauker. (2008). Protein synthesis inhibitor and miscellaneous antibacterial agent. *Goodman and gilman, manual of pharmacology and therapeutics, chapter 46*, 762-766.
- 12 Levallois p rioux je. (1988). Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: results of a clinical controlled trial. *american journal of obstetrics & gynecology*, 158(1), 100-105.
- 13 Mundigo ai and indriso c. (1999). Abortion in the developing world. *New delhe, vistaar publications for the who*.

# NGHIÊN CỨU MỘT SỐ LÝ DO VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA MISOPROSTOL TRONG PHÁ THAI TỪ 17 ĐẾN 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

PGS.TS. Vương Tiến Hoà, BSCK2. Phan Thanh Hải

**\*Tóm tắt:** Tỷ lệ phá thai to phá thai do giới tính đang tăng gây mất cân bằng giới. Mục tiêu nghiên cứu: tìm hiểu lý do, hiệu quả và tác dụng không mong muốn của MSP trong phá thai to. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng tiến cứu với cỡ mẫu là 154 trường hợp phá thai 17 - 22 tuần tuổi bằng MSP tại Bệnh viện phụ sản trung ương từ 2-9/2008. Kết quả: Phá thai do chưa kết hôn 48,05%; thai bất thường 27,92%; vì giới tính (thai gái) 18,18%, thai ngoài ý muốn 1,95%. Với liều 200mcg/4liều/24giờ, tỷ lệ thành công cao: 95,45%; thai ra trong 48h đầu là 78,91%. Tác dụng không mong muốn chiếm tỉ lệ rất ít và hầu như không phải điều trị gì. Không có tai biến do phá thai bằng MSP khi sử dụng 800mcg.

**Kết luận:** Phá thai do lựa chọn giới (nữ) chiếm tỷ lệ rất cao. Với tổng liều là 800mcg MSP, đặt âm đạo 200mcg cách 6h đặt một lần, tỷ lệ thành công cao, ra thai sớm và không có tác dụng không mong muốn cũng như tai biến

## \*Summary:

**Overview:** It is increasing of the late and sex elected abortion resulted sex unbalance. **Objective:** understanding the reasons, effectiveness and side effective of MSP on late abortion. **Method** clinical trial study with 154 pregnats women at National Hospital of Obstetric and Gynecology from Fabruary to September - 2008. **Result:** abortion cause of unmarried: 48,05%; anormal pregnancies: 27,92%; sex elected: 18.18%; unwanted pregnancies is 1,95%. The rate of the dose 200mcg/4 times /24h, the rate of abortion is 95,45% in which 48 first hours is 78,91%. The side effective is little and no need to treatment. There is not any complication. **Conclusion** : The rate of sex elected abortion (female) is too height. The total dose 800mcg of MSP, inserting vagina, the rate of successful is height and there is not side effective or complications

## 1. Đặt vấn đề

Việt Nam là nước được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xếp loại có tỷ lệ phá thai cao nhất châu Á và là một trong năm nước phá thai nhiều nhất trên thế giới. Trong 2 năm (2004 – 2005), BVPSTU có 11.826 trường hợp phá thai, có 1.080 trường hợp phá thai to, chiếm tỷ lệ 9,1% [6]. Mặt khác, dường như đang có sự lựa chọn giới tính trong phá thai to. Ở một số tỉnh, tỷ lệ sinh con trai nhiều hơn con gái. Theo Khuất Thu Hồng và cộng sự (2007) tại Hà Tây, tỷ lệ sơ sinh trai/gái là 112/100; Bắc Ninh là 123/100 và Bình Định là 107/100 [10]. Một số nhà hoạch định lo ngại rằng khoảng 15 -20 năm nữa, Việt Nam sẽ mất cân bằng nghiêm trọng về giới. Nguyễn Đức Vy – Vương Tiến Hoà và cộng sự (2007) nghiên cứu tại một số Bệnh viện Phụ Sản và Trung tâm sức khoẻ sinh sản thấy có một số yếu tố tác động đến nạn phá thai to ở phụ nữ chưa có con sống và phụ nữ chỉ có con gái như điều kiện làm việc, chưa có chồng, kinh tế khó khăn, đặc biệt có 10,47% phụ nữ phá thai vì giới tính (thai gái) bao gồm được chẩn đoán qua siêu âm (2,89%) và số còn lại là sợ đẻ ra con gái [8]. Những nghiên cứu về sử dụng MSP để phá thai cả thai bình thường và thai bệnh lý đã cho thấy nhiều ưu điểm nhưng liều sử dụng và đường dùng cũng như

kết quả của MSP và tác dụng không mong muốn (TDKMM) trong phá thai to vẫn còn nhiều tranh luận vì vậy mục tiêu của nghiên cứu đề tài này là:

1. Tìm hiểu một số lý do phá thai to từ 17-22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
2. Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn của MSP để phá thai từ 17-22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Những thai phụ có yêu cầu phá thai to tại Khoa Điều trị tự nguyện Bệnh viện phụ sản Trung ương từ 2/2008 đến 9/2008 có tuổi thai từ tuần thứ 17 đến tuần thứ 22. Tiêu chuẩn lựa chọn: tự nguyện phá thai, tuổi thai từ 17 đến 22 tuần tính theo ngày kinh cuối cùng, hoặc đường kính lưỡng đỉnh của thai theo siêu âm từ 33 đến 50mm, một thai và thai sống, không mắc các bệnh mãn tính. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng tiền cứu không so sánh. Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2}$$

P : tỷ lệ điều trị thành công phá thai bằng misoprostol của Bunxu Inthapatha năm 2007 là 91,2% [7]; q = 1 - p ; Có kết quả là 154 .Thuốc có biệt dược là Alsoben, dạng viên nén, hàm lượng 200 mcg . Đường dùng: đặt âm đạo với liều 200mcg/4liều/24giờ. Tổng liều có thể đạt tới 12 viên trong 72 giờ cho đến khi sảy thai. Liều của chúng tôi khác với phác đồ trước đây chỉ dùng 3liều/24h, đã được Bunxu Inthapatha nghiên cứu năm 2007 có thời gian ra thai trung bình (TGSTTB) là 46,20 giờ và liều lượng thuốc gây sảy thai trung bình là 1300mcg. Đánh giá kết quả: **Thành công** sảy thai hoàn toàn (được xác định bằng lâm sàng). **Không thành công**: không gây được sảy thai. Các tác dụng không mong muốn (TDKMM): Tăng HA:  $\geq 140/90$ mmHg; Sốt, tiêu chảy, buồn nôn, nôn, đau đầu... Tai biến: Chảy máu, vỡ tử cung, rách CTC...

## 3. Kết quả nghiên cứu

### 3.1. Lý do ph, thai : Chia làm 6 nhóm sau.

Bảng 3.1. Lý do ph, thai

Lý do ph, thai	n	%	p
Thai ngoài ý muốn	4	2,60	< 0,001
Chưa kết hôn	73	47,40	
Thai bất thường	43	27,92	
Giới tính	28	18,18	
Sợ dư luận xã hội	2	1,30	
Bệnh của mẹ	4	2,60	
<b>Tổng</b>	<b>154</b>	<b>100.00</b>	

Sẽ ph, thai lý do ch-a kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất (47,40%). Ph, thai vì giới tính 18,18%.

### 3.2. Tuổi của STNC

Bảng 3.2. Tuổi của STNC :

Tuổi	n	%	p
------	---	---	---

≤ 19	24	15,58	< 0,001
20 - 24	45	29,22	
25 - 29	33	21,43	
30 - 34	23	14,94	
35 - 39	23	14,94	
≥ 40	6	3,90	
<b>Tæng</b>	<b>154</b>	<b>100,00</b>	
<b>Tuæi trung b×nh</b>	<b>26,78 ± 7,05</b>		

Tuæi thÊp nhÊt ph, thai lụ 14 tuæi ( 1 tr-Êng híp), chiÕm 0,65%. Tuæi cao nhÊt ph, thai lụ 45 tuæi (1 tr-Êng híp), chiÕm 0,65%.

### 3.3. NghÒ nghiÖp

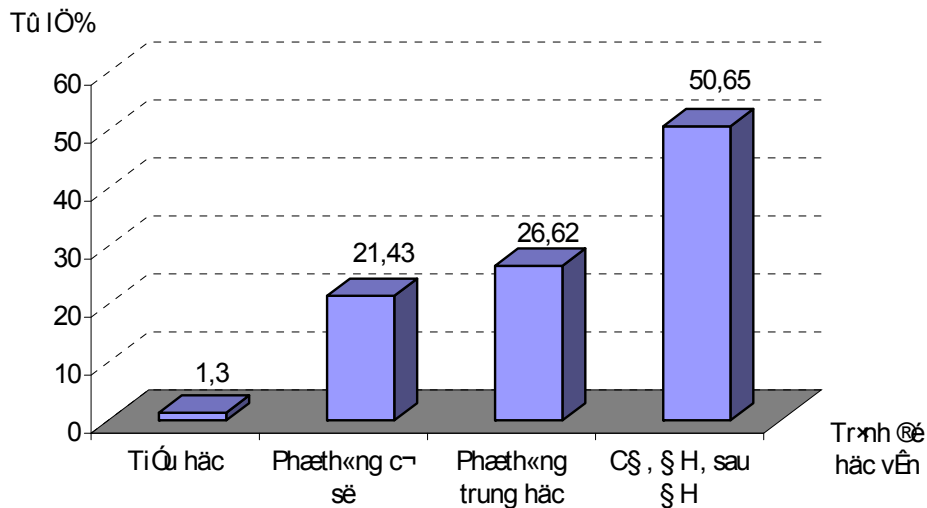
*B¶ng 3.3. NghÒ nghiÖp c¶a @èi t-Êng nghiªn cøu*

NghÒ nghiÖp	n	%	p
C,n bé, c«ng chøc	46	29,87	< 0,001
Néi trÊ	55	35,71	
Hæc sinh, sinh viªn	48	31,17	
Kh,c	5	3,25	
<b>Tæng</b>	<b>154</b>	<b>100,00</b>	

- §TNC lụ Hæc sinh, sinh viªn chiÕm tØ lÖ cao 31,17%.

- Sù kh,c biÕt vÒ nghÒ nghiÖp c¶ ý nghiª thÈng kª, §TNC néi trÊ cao nhÊt chiÕm tØ lÖ 35,71%

### 3.4. Tr×nh ®é hæc vÊn

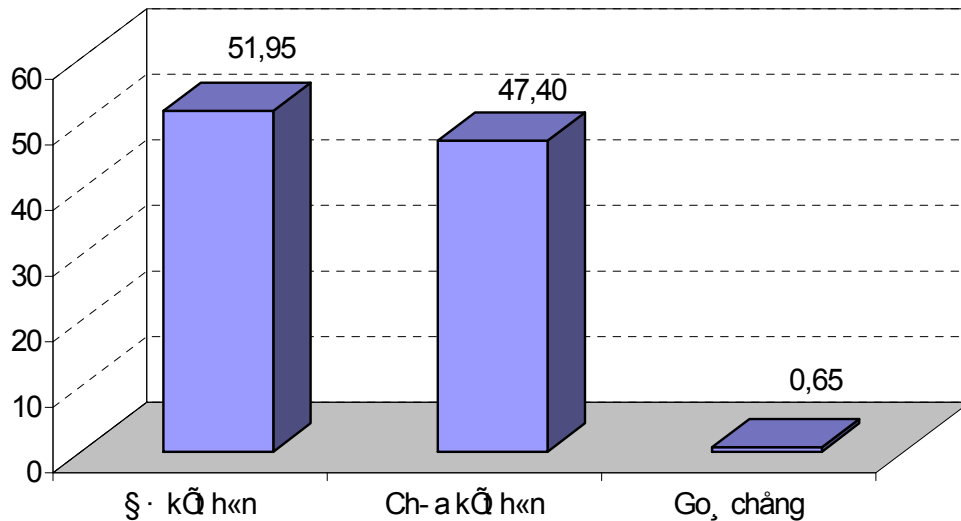


Biểu đồ 3.1. Tr«nh «é hắc v«n

Sê §TNC chø hắc «õn tiếu hắc r«t Ýt, chi«m 1,30%. - Phçn lín sê §TNC l«i lự tr«nh «é C§ - §H vự sau §H, chi«m 50,65%.

### 3.5. Tr«nh tr«ng h«n nh«n

Biểu đồ 3.4. Ph«n bè theo tr«nh tr«ng h«n nh«n



Biểu đồ 3.2. Ph«n bè «èi t-«ng nghi«n cøu theo h«n nh«n

Sê «· k«t h«n (51,95%) vự sê ch-a k«t h«n (47,40%) lự gçn t-«ng «-«ng nhau.

### 3.6. H«nh thøc ra thai

Biểu đồ 3.5. H«nh thøc ra thai

H«nh thøc ra thai	n	%	P
S«y thai h«n t«n	147	95,45	< 0,05
CTC chÝn muãi n«ng, g¾p d«	6	3,90	

dụng			
Truyền Oxytocin	1	0,65	
<b>Tổng</b>	<b>154</b>	<b>100,00</b>	

Cả 6 tr-êng híp nong vụ gáp dđ dụng do vì ãi sđm chiđm 3,90%. Chđ cũ 1 tr-êng híp ph, thai theo ph-đng ph,p đđt tđi n-đc vđ khđng đ,p đng vđi MSP, chiđm 0,65%. Sđ sđy thai hđn tđn chiđm 95,45%.

### 3.7. Tđ lđ thđnh cđng vụ sđ liđu đđt Misoprostol

Bđng 3.6. Tđ lđ thđnh cđng liđn quan vđi sđ liđu đđt Misoprostol

Sđ liđu Viđn - mcg	Thđnh cđng		Khđng thđnh cđng		P
	n	%	n	%	
1 - (200mcg)	0		0		
24- (4.800mcg)	2	1,36%	1	14,29%	
26- (5.200mcg)	2	1,36%	0		
29- (5.800mcg)	1	0,68%	0		
<b>Tđng</b>	<b>147</b>	<b>100,00%</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>	
<b>Liđu TB</b>	<b>6,8 viđn</b> <b>1367,34 ± 1033,95</b>		<b>11 viđn</b> <b>2200,00 ± 1624,80</b>		

### 3.8. Thđi gian sđy thai trung bđnh (n=1470)

Thđi gian sđy thai nhanh nhđt (giđ): **3,50**. Thđi gian sđy thai lđu nhđt (giđ) **215,00**. Thđi gian sđy thai trung bđnh: **40,05 ± 13,22**

### 3.9. T,c đđng khđng mong muđn

Buđn nđn lđ 0,65%, khđng cũ tr-êng híp nđn nđn. §au đđ cũ 4 tr-êng híp, chiđm 2,60%. Tiđu chđy cũ 1 tr-êng híp, chiđm 0,65%. Tđt cđ c,c t,c đđng khđng mong muđn trđn đđu khđng phđi đđng thuđc gx.

**3.10. C,c tai biđn** - Trong 154 tr-êng híp ph, thai khđng cũ tai biđn nđn.

## 4. Bàn luận

### 4.1. Giđi tđnh cũa thai

Nđm 2007, Nguyđn Đức Vy, Vương Tiđn Hođ và cđng sđ, nghiđn cđu: "Tìm hiđu một số yđu tđ tác đđng đđn nđo phá thai ở phđ nữ chưa con và phđ nữ chỉ có con gái tại một số bđnh viđn Phđ sản và cơ sđ dđc vụ SKSS nđm 2006"[8], có 2,53% thai phđ phá thai vì thai gái, tỉ lđ này thđp vì phá thai khi tuđi thai còn nhđ (96,39% thai dđi 13 tuđn). Nghiđn cđu của chúng tđi đđ phát hiđn đđc 28 trđng hđp phá thai vì giđi tđnh. Thđc tđ có thđ còn cao hơn nữa, nhưng với tỉ lđ 18,18% là phá thai vì giđi tđnh trong tđng số các trđng hđp phá thai chung và chiđm 38% trong các trđng hđp phá thai đđ kđt hđn thì tỉ lđ phá thai vì giđi tđnh cũng đđ ở trong tđnh trđng báo đđng rđi. Quan sát khi thai ra thì không thđy có trđng hđp nào bị nhđm giđi tđnh cho thđy viđc siđu âm đđ chđn đđn giđi tđnh của các bác sĩ siđu âm là rất "lđnh nghđ"bđi vì trong 18,18% phá thai



vì giới tính này đều là thai gái. Cần phải có thể chế gắt gao hơn nữa để kiểm soát chân đoàngiới qua siêu âm và tuyên truyền giáo dục cho cộng đồng về

#### 4.2. Lứa tuổi phá thai

Tuổi vị thành niên có 24 trường hợp, tuổi ít nhất là 14 tuổi và trường hợp này còn đang học phổ thông trung học (chiếm 0,65%) cho thấy họ còn ít hiểu biết về SKSS cũng như được cung cấp, sử dụng các biện pháp tránh thai. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Cần (1993-1997), tỉ lệ phá thai vị thành niên cao nhất (chiếm 27%), có thể ở giai đoạn này sự hiểu biết của trẻ vị thành niên về giáo dục giới tính, SKSS còn nhiều hạn chế so với hiện tại và các phương pháp thăm dò chẩn đoán có thai cũng chưa phát triển như hiện nay [3].

#### 4.3. Nghề nghiệp và học vấn

Tỷ lệ Cán bộ, công chức, nội trợ, học sinh gần tương đương như nhau. 31,17% là học sinh, sinh viên phá thai vì chưa có gia đình, một tỉ lệ rất cao, đây là một vấn đề lớn của toàn xã hội rất đáng quan tâm vì họ là thế hệ tương lai của đất nước, đại diện cho tầng lớp trí thức trẻ, nhưng bản thân họ lại chưa được trang bị đầy đủ các kiến thức về sinh lý con người, về giáo dục giới tính, về tình dục an toàn và các biện pháp tránh thai. Với thực trạng này mong rằng các cơ quan chức năng nên sớm có những kế hoạch để đưa giáo dục giới tính và SKSS trong các nhà trường

Trình độ từ cao đẳng trở lên chiếm 50,65%. Y cũng là một vấn đề đáng quan tâm và bàn luận, những người có học vấn cao thì lại là những người phá thai to nhiều nhất.

#### 4.4. Tình trạng hôn nhân.

Tỷ lệ chưa kết hôn (47,40%) gần tương đương với số người đã kết hôn (51,95%). Tất cả các trường hợp phá thai vì giới tính và thai dị dạng đều nằm trong số đã kết hôn. Nếu chỉ so sánh riêng trong nhóm đã kết hôn thì tỉ lệ phá thai vì giới tính chiếm tới 35,44 %. Số chưa kết hôn là 47,40%, trong đó vị thành niên là 15,58%. Phần lớn số ĐTNC này có thể không biết mình có thai hoặc quá lo sợ nên muốn giấu gia đình, đến khi đi khám thì tuổi thai đã to rồi.

#### 4.5 Hình thức thai ra

- **Sẽy thai hoàn toàn (thụnh c<ng):** Sẽy thai hoàn toàn (thụnh c<ng) chiếm 95,45%. So sánh với một số nghiên cứu khác: Bugalho [9], vụ Srisomboon J [10] (tỷ lệ thụnh c<ng tới 84% @ôn 92%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Tết Đồng (1996), vụ Phạm Minh Dũng (2001), tỷ lệ này là 88%

- **Vì ềi sím:** cả 6 trường hợp (chiếm 3,90%) vì ềi sím @-íc nông vụ g&ap phá thai. Thời tiết @-íc ti&on h<nh kh, nhanh do ĐTNC @. @-íc d<ng MSP tr-íc v< v&ey CTC mềm n<an th< nông CTC d&od dụng vụ ĐTNC công th&ey ýt @au h<n. Sau th< nông việc g&ap phá thai vụ rau công th&ey l&ai vụ kh<ng g&oy ra tại biển n&uo

**Không đáp ứng với MSP:** Có 1 (0,65%) không đáp ứng với MSP phải truyền Oxytocin

#### - Li&eu l&uong thuốc

Bảng 4.1. So sánh liều thuốc trung bình gây s&ay thai với nghiên cứu khác

Tác giả	n	Li&eu thuốc trung bình gây s&ay thai (mcg)
Bunxu Inthapatha (2007) [2]	284	1.300
Nguyễn Huy Bảo (2007) [1]	200	2.380
Phan Thanh Hải – Vương Tiến Hoà (2008)	154	1.367

Bảng 3.6. Cho thấy thành công với số thuốc ít nhất là 2 viên (400mg) với 10 trường hợp (chiếm 6,8%). Tỷ lệ thành công nhiều nhất là 3 viên (600mg) là 28 thai phụ (chiếm 19,05%). Số thuốc trung bình gây s&ay thai là 1.367,34 ± 1.033,95mcg. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Huy Bảo thì liều thuốc trung bình gây s&ay thai là: 2.380mcg. Vì tác giả đã dùng liều thuốc đặt

cao gấp 4 lần so với liều chúng tôi sử dụng. Nghiên cứu của Bunxu Inthapatha thì liều thuốc trung bình gây sảy thai là: 1.300 mcg.

**- Tác dụng không mong muốn**

Bảng 4.2. So sánh tác dụng không mong muốn với các nghiên cứu khác

Tác dụng không mong muốn	Nguyễn Huy Bảo [1] (%)	Phan Văn Quý [7] (%)	Phan Thanh Hải Vãng Tiễn Họp (%)
Rối run	0	0	0
Mạch nhanh (> 90 nhịp/phút)	15	0	0
Sốt (> 37,5°C)	16	6	
Buồn nôn	11	4,2	0,65
Nôn	30	2,6	
Sau Ớc	0	0	2,06
Tiểu chảy	0	0	0,65

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng không mong muốn gồm 0,65% buồn nôn, 0,65% tiêu chảy và 2,06% đau đầu ở mức độ nhẹ chưa phải can thiệp gì và sau đó tự khỏi. So với nghiên cứu của Nguyễn Huy Bảo thì tác dụng không mong muốn cao hơn khá nhiều. Cũng có thể do liều MSP mà tác giả dùng liều cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, là (400mcg/3h) vì vậy các tác dụng không mong muốn cũng cao hơn.

**- Các tai biến:** Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có tai biến.

**5. Kết luận**

**Lý do phá thai:**

- Phụ nữ chưa có chồng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,05%.
- Thai bất thường 27,92%.
- Phá thai vì giới tính (thai gái) chiếm 18,18%.
- Thai ngoài ý muốn chỉ chiếm 1,95%.

**Hiệu quả của phác đồ:** Với liều 200mcg/4liều/24gi

**Tỷ lệ thành công:**

- Tỷ lệ thành công cao: 95,45%
- Thai ra trong 48h đầu là 78,91%.

**Tính an toàn của phương pháp:**

- Tác dụng không mong muốn chiếm tỉ lệ rất ít và hầu như không phải điều trị gì.
- Không có tai biến do phá thai bằng MSP khi sử dụng tổng liều là 800mcg MSP với đặt âm đạo 200mcg cách 6h đặt một lần

**Tài liệu tham khảo**

1. Nguyễn Huy Bảo (2007), "Nghiên cứu sử dụng misopristol liều 400 microgam để phá thai từ tuần thứ 13 đến 22". *Tạp chí Y học thực hành*, 8. tr 91-94.
2. Bunxu Inthapatha (2007), *Nghiên cứu sử dụng Mioprostol đơn thuần trong phá thai với tuổi thai từ 17 đến 24 tuần tại Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2006*. Luận văn tốt nghiệp BSCK2, Trường ĐHY Hà Nội.
3. Nguyễn Hữu Cần (1999), "Tình hình phá thai to viện BVBM TSS trong 5 năm 1993-1997". *Tạp chí Thông tin y dược tháng 12/1999*, tr 169-171.
4. Trần Tất Dũng và CS. (1996). Áp dụng Prostaglandin E1 vào việc phá thai và mở rộng chỉ định phá thai. *Nội san Sản phụ khoa* 6/1996, tr.115-116.
5. Phạm Ánh Dương (2001). Sử dụng Cytotec để xử lý thai chết lưu và gầy sảy thai to ở khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương quân đội 108. *Nội san Sản Phụ khoa*, tr. 36-39
6. Phan Thành Nam (2006). Nhận xét tình hình phá thai ba tháng giữa tại Bệnh viện phụ sản trung

ương hai năm 2004 – 2006. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội

7. Phan Văn Quý (2001). “ Sử dụng Cytotec gây sảy thai 3 tháng giữa của thai kỳ”, *Nội san Sản phụ khoa*, tr. 30 -33.
8. Nguyễn Đức Vy – Vương Tiến Hoà và cs. (2007), “Tìm hiểu một số yếu tố tác động đến nạo phá thai ở phụ nữ chưa con và phụ nữ chỉ có con gái tại một số Bệnh viện Phụ sản và cơ sở dịch vụ SKSS năm 2006”. *Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ* (Ủy ban dân số, Gia đình và Trẻ em).
9. Bulgalo A. Bique C. Almeida L, Faundes A. (1999). The effectiveness of intravaginal Misoprostol (cytotec) in inducing abortion after eleven weeks of pregnancy. *Studies Fam. Plan.* 24, 319-23.
10. Khuat Thu Hong et all (2007). New “Common sence” : Family planning policy and sex ratio in Vietnam, finding from a quantitative study in Bacninh, Hatay, and Binhding. 4<sup>th</sup> Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual health and rights. October 29-31, Hyderabad, India.
11. Srisomboon J. Tongsong T., Pongpisutinun S. (1997). Termination of second trimester pregnancy with intracervicovaginal misoprostol. *J. Med. Assc. Thai*, 80, 242-6

# VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM BƠM NƯỚC BUỒNG TỬ CUNG TRƯỚC PHẪU THUẬT TRONG XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ U XƠ TỬ CUNG DƯỚI NIÊM MẠC

**Bs. Hồ Nguyễn Tiên, Ts.Bs. Lê Minh Toàn.**

*Khoa Phụ Sản – Bệnh viện Trung Ương Huế*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Vai trò của siêu âm bơm nước buồng tử cung tiền phẫu trong xác định vị trí u xơ tử cung dưới niêm mạc

**Đối tượng:** 45 bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung dưới niêm mạc trên siêu âm đường âm đạo hoặc đường bụng.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $40,9 \pm 12,9$ . Thời gian làm siêu âm bơm nước buồng tử cung khoảng 10 phút (5 – 10'), tỷ lệ thực hiện thành công là 91,11%, hầu hết bệnh nhân đều dung nạp tốt, không có bệnh nhân nào cần phải dừng khi thực hiện, không có biến chứng nào xảy ra, chỉ có 3 bệnh nhân bị đau cần phải dùng thuốc. Kích thước trung bình của u xơ là  $2,3 \pm 1,2$ cm, có 5 trường hợp kích thước u xơ trên 4cm. Vị trí u xơ chia theo thành cơ tử cung: type 0 48,78%, Type 1 21,70%, type 2 19,52%. Vị trí u xơ chia theo buồng tử cung: mặt sau 39,02%, mặt trước 17,07%, mặt bên 17,07%, đáy 14,63%, eo 7,3%, sừng 4,9%. Bề dày lớp cơ an toàn trên 5mm là 78%.

**Kết luận:** Xác định vị trí (sơ đồ hóa) và đánh giá u xơ dưới niêm mạc trước phẫu thuật là rất cần thiết. Siêu âm bơm nước buồng tử cung là một phương pháp dễ thực hiện, cung cấp các thông số để đặt ra chỉ định điều trị, lựa chọn phương pháp phẫu thuật và các tiêu chuẩn tiên lượng hiệu quả của điều trị bảo tồn trong u xơ dưới niêm mạc tử cung.

## ABSTRACT

**Study aim:** The role of the hysterosonography in preoperative cartography of submucous uterine fibroids

**Patients and methods:** Between May 2005 and October 2008, 45 patients were diagnosed submucous uterine fibroids by abdominal or vaginal echography

**Results:** The average age was  $40,97 \pm 12,9$ , the mean time to do hysterosonography was 10 mins, the rate of success was 91,11%, most patients were satisfied, no patients needed to cease while performing, no complications occurred, only 3 patients painful need to use the tables. The mean size of leiomyomas was  $2,3 \pm 1,2$  cm, 5 leiomyoma were larger than 4cm. the position of leiomyoma versus uterine wall: type 0 48,7%, , type 1 21,7%, type 2 19,6%. The position of leiomyoma of cavity uterine: posterior 39,0%, anterior 17,1%, lateral 17,1%, fundic 14,6%, isthmus 7,3%, corner 4,9%. The thicker than 5mm security wall was 78%.

**Conclusion:** Preoperative cartography and estimate of the submucous uterine was indispensable. The hysterosonography is an easy method to realize and supply the parameters to pose the therapeutics indications, to choose methods for surgery, to establish the effective prognostic criteria of the conservatives treatments.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là những khối u lành tính ở tử cung hay gặp trong bệnh lý phụ khoa và cũng là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao trong chỉ định cắt tử cung toàn phần. Có khoảng 20 đến 50% phụ nữ trên 30 tuổi mắc bệnh này, trong đó có khoảng 20-40% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Các trường hợp u xơ tử cung có chỉ định phẫu thuật bóc nhân xơ hay thủ thuật làm tắc mạch chiếm 20-30%, còn lại là các chỉ định cắt tử cung toàn phần bằng đường nội soi hoặc mổ hở. Điều trị bảo tồn tử

cung chỉ được thực hiện sau khi thăm dò kỹ tình trạng chung của tử cung, buồng tử cung, hay hồ chậu qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại<sup>[5]</sup>

Phân loại u xơ dưới niêm mạc theo Donnez: type 0: u xơ trong buồng tử cung, type 1: u xơ chiếm phần lớn trong buồng tử cung, một phần nhỏ trong cơ tử cung; type 2: u xơ chiếm phần lớn trong cơ tử cung, một phần nhỏ trong buồng tử cung. Gần đây, phân loại theo Hiệp hội nội soi buồng tử cung châu Âu được ứng dụng nhiều nhất. Mục tiêu của phân loại này là tiên lượng độ dễ dàng thực hiện cắt u xơ dưới niêm mạc qua nội soi buồng tử cung.

-Type 0: u xơ tử cung dưới niêm mạc nằm hoàn toàn trong buồng tử cung, có cuống

-Type 1: u xơ tử cung phần lớn (> 50%) nằm trong buồng tử cung.

-Type 2: u xơ tử cung trong cơ tử cung, có một phần nhỏ nằm trong buồng tử cung.

Triệu chứng chính của u xơ tử cung dưới niêm mạc là rong kinh, rong huyết, vô sinh, ra máu âm đạo sau mãn kinh. Số lượng nhân xơ thay đổi có thể một cho đến nhiều nhân xơ. Chỉ định điều trị phẫu thuật khi xuất hiện các triệu chứng hoặc u xơ tử cung dưới niêm mạc là nguyên nhân gây vô sinh hay sảy thai<sup>[3],[6]</sup>.

Nội soi buồng tử cung phẫu thuật là chỉ định lựa chọn đầu tiên trong bệnh lý u xơ tử cung dưới niêm mạc, cắt u xơ tử cung dưới niêm mạc qua nội soi buồng tử cung là biện pháp thay thế bóc nhân xơ tử cung bằng đường bụng. Cắt u xơ qua nội soi buồng tử cung trong trường hợp kích thước u xơ lớn, u xơ type 2, nhiều u xơ thường được thực hiện 2 hoặc 3 thì.

Siêu âm bằng đường bụng là chỉ định thăm dò đầu tiên trong chẩn đoán u xơ tử cung, tiếp theo là siêu âm bằng đường âm đạo. Siêu âm bơm nước vào buồng tử cung, nội soi buồng tử cung và cộng hưởng từ hạt nhân cho phép đánh giá tốt hơn về số lượng, kích thước, vị trí chính xác của khối nhân xơ và loại trừ một số bệnh lý về viêm tử cung- phần phụ<sup>[5]</sup>.

Siêu âm buồng tử cung có bơm nước đánh giá rất tốt giới hạn của cấu trúc niêm mạc và lớp dưới niêm mạc buồng tử cung, và có một ưu điểm vượt bậc khác. Đây là một kỹ thuật đã có từ lâu (Parsons và Lense 1993), sử dụng nhiều, không tốn kém, thực hiện dễ dàng, ít xâm nhập và dung nạp tốt, không ảnh hưởng gì đến kết quả phẫu thuật. Siêu âm buồng tử cung có bơm nước là một kỹ thuật thay thế siêu âm bằng đường bụng hoặc đường âm đạo khi gặp khó khăn<sup>[7]</sup>.

Trên phương diện siêu âm: Mô tả chi tiết chính xác u xơ tử cung và đề ra phương hướng xử trí. Lựa chọn kỹ thuật mổ phụ thuộc vào những thông tin từ siêu âm. Trong phiếu mô tả thường phải ghi rõ những thông tin như sau :

- Số lượng nhân xơ.
- Kích thước của mỗi nhân xơ.
- Tình trạng của nội mạc tử cung (tùy thuộc vào loại u xơ)
- Vị trí của u xơ trong buồng tử cung.
- Độ dày của cơ tử cung còn nguyên vẹn ở ngoại vi u xơ, hay « thành cơ an toàn tử cung quanh u xơ »

Ưu điểm chính của siêu âm bơm nước buồng tử cung là đánh giá chính xác về u xơ tử cung qua các thông số trước khi chỉ định điều trị ngoại khoa, ngoài ra nó còn định hướng thăm dò và thiết lập tiêu chuẩn tiên lượng hiệu quả trong điều trị bảo tồn. Từ những lợi ích trên chúng tôi tiến hành một nghiên cứu: « *Vai trò của siêu âm bơm nước buồng tử cung trước mổ trong xác định vị trí của u xơ dưới niêm mạc* » với mục tiêu sau : *Vai trò của siêu âm bơm nước buồng tử cung tiền phẫu trong sơ đồ hóa u xơ tử cung dưới niêm mạc và thiết lập tiêu chuẩn tiên lượng hiệu quả trong điều trị bảo tồn*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### **Đối tượng:**

45 bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung dưới niêm mạc trên siêu âm đường âm đạo hoặc đường bụng từ tháng 5/2005 đến tháng 10/2008.

### **Phương tiện nghiên cứu:**

Một số dụng cụ cần thiết:

- Bàn khám phụ khoa có thể di chuyển lên và xuống.

- Gói dày và màng đặt dưới mô bệnh nhân.
- Mỏ vịt có kích thước phù hợp, pince dài, kim Pozzi,
- Vật liệu sát khuẩn: Bétadine xanh, bông vô trùng.
- Ống xông tiêu Foley số 10, bơm tiêm 50ml bu to, bơm tiêm 5ml
- Máy siêu âm với đầu dò âm đạo.

**Phương pháp tiến hành :**

Bệnh nhân phải được thực hiện vào những ngày đầu của chu kỳ kinh sau khi sạch kinh, bệnh nhân phải được loại trừ có thai. Không cần sử dụng thuốc giảm đau hay kháng sinh gì trước khi tiến hành. Nếu như bệnh nhân có tồn tại đau khi làm siêu âm bơm nước vào buồng tử cung trước đó thì nên sử dụng Spasfon trước khi thực hiện.

Bệnh nhân được đặt nằm ở tư thế phụ khoa. Thủ thuật được các bác sĩ chuyên khoa sản thực hiện: đặt mỏ vịt, sát trùng cổ tử cung, đặt ống Sondee. Kim Pozzi không phải lúc nào cũng dùng một cách hệ thống, đưa Sondee vào đúng trục cổ tử cung từ lỗ ngoài đến lỗ trong, không dùng sức đẩy mạnh ống Sondee, cố định ống Sondee qua pince kẹp lại đầu ống.

Ống thông được đặt vào buồng tử cung và bơm khoảng 2ml nước vào bóng, bóng của ống thông phải được đặt ngay cạnh lỗ trong của cổ tử cung để không làm trở ngại khi quan sát và không bị rò rỉ nước. Khi bơm nước vào buồng tử cung cần phải bơm nhẹ nhàng để tránh áp suất căng đột ngột gây đau cho bệnh nhân, nhất là ở những phụ nữ mãn kinh. Tồn tại các máu cục hay mảnh hoại tử nội mạc tử cung đều là yếu tố gây nhiễu. Buồng tử cung được thăm dò qua 2 bình diện: cắt ngang, cắt dọc. U xơ tử cung dưới niêm mạc được mô tả thông qua các thông số như số lượng, vị trí, kích thước, loại u xơ tử cung, độ dày phần cơ an toàn quanh u xơ, độ dày của niêm mạc tử cung. Sau khi khảo sát xong, rút nước ở buồng tử cung và ở bóng rồi lấy ống thông ra nhẹ nhàng [5].

### 3. KẾT QUẢ

**Đặc điểm chung :**

Từ 1/05/2005 đến 30/10/2008, trong nghiên cứu chúng tôi bao gồm 45 trường hợp được tiến hành làm siêu âm bơm buồng khi siêu âm phụ khoa phát hiện có u xơ tử cung nằm trong buồng tử cung hoặc u xơ tử cung có làm thay đổi nội mạc tại khoa Phụ Sản – Bệnh viện Trung Ương Huế.

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $40,9 \pm 12,9$  tuổi, có 11 trường hợp chiếm 24,4% quanh mãn kinh. Số con trung bình 1,7 (0-6). Có 15 trường hợp chiếm 35% có phối hợp với vô sinh, trong đó vô sinh I có 5 trường hợp chiếm 11%, vô sinh II có 10 TH chiếm 22,2%. Trong đó có 8 TH u xơ dưới niêm mạc là nguyên nhân gây vô sinh, 7 TH vô sinh kết hợp với rối loạn kinh nguyệt.

20 trường hợp được bóc nhân xơ bằng nội soi buồng tử cung, 10 TH bóc nhân xơ qua đường bụng và 15 TH cắt tử cung toàn phần đường âm đạo. Tất cả đều được làm giải phẫu bệnh lý.

**Kết quả thực hiện của phương pháp:**

Thời gian trung bình làm siêu âm bơm buồng là 10 phút (5-20 phút). Tỷ lệ thành công là 91,1% (41 Trường hợp). Bốn TH thất bại (chiếm 8,9%) đều do chít hẹp cổ tử cung nên không đưa Sondee vào ống cổ tử cung được.

**Biến chứng:**

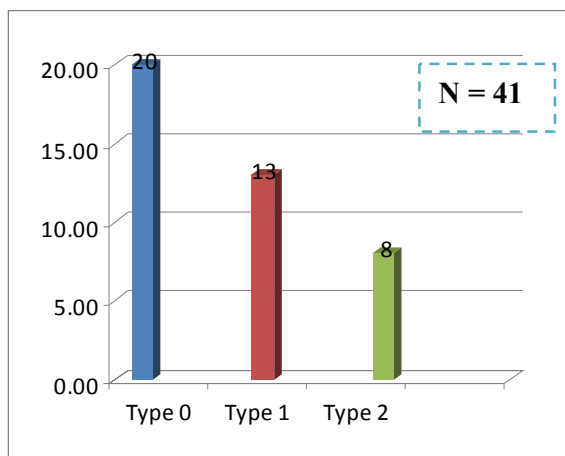
Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân dung nạp tốt, không có TH nào phải dừng trong khi thực hiện ( trừ 4TH thất bại). Không đau chiếm 22,0%, đau ít có tỷ lệ cao nhất chiếm 56%, đau vừa chiếm 14,5% và đau nhiều cần phải dùng thuốc giảm đau chiếm tỷ lệ thấp nhất ( 7,3%)

**Đặc điểm lâm sàng và siêu âm bơm buồng :**

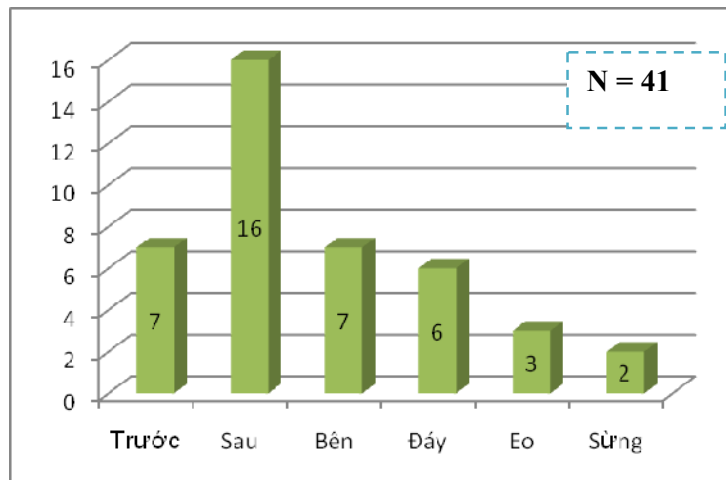
Triệu chứng chính của nhóm nghiên cứu là rối loạn kinh nguyệt chiếm 84,4% (n = 38), vô sinh nguyên nhân do u xơ chiếm 28,9%, trong đó vô sinh có phối hợp với rong kinh – rong huyết chiếm 22,2%. Rong kinh – rong huyết gây thiếu máu (Hb dưới 8g/dl) chiếm 11,1%.

Hầu hết trường hợp đều có một nhân xơ, chỉ có 2 trường hợp có đa nhân xơ chiếm 4,8% (1 TH có 2 nhân xơ, 1 TH có 4 nhân xơ), cả hai trường hợp đều đến khám do vô sinh và cả hai đều có thai sau khi cắt u xơ qua nội soi buồng.

Vị trí của u xơ so với thành tử cung (type) và giải phẫu buồng tử cung được thể hiện ở biểu đồ 1 và 2. Type 0 chiếm tỷ lệ cao nhất: 48,7%, type 1 chiếm 31,7% và type 2 chiếm 19,6%. Vị trí u xơ theo giải phẫu buồng tử cung, u xơ ở mặt sau tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 14,6%, ở sừng chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,8%.



Biểu đồ 1: Vị trí u xơ so với thành tử cung



Biểu đồ 2: Vị trí u xơ so với giải phẫu buồng tử cung

Kích thước trung bình của u xơ là  $2,3 \pm 1,2$ cm (1-5,5cm), trong đó có 5 u xơ có kích thước lớn hơn 4cm (bảng 1)

Bảng 1: Phân bố kích thước u xơ

Kích thước	Số lượng N = 41	%
$\leq 3$	27	65,8%
3 - 4	9	21,9%
> 4	5	12,3%

Các thông số khác là độ dày vùng cơ an toàn của thành cơ tử cung quanh u xơ và các bệnh lý khác. Độ dày vùng cơ an toàn của thành cơ tử cung quanh u xơ lớn hơn 5mm chiếm 78%. Bệnh lý phối hợp chiếm 36,6% (bảng 2).

Bảng 2: Sự phân bố thành cơ an toàn quanh và bệnh lý phối hợp.

	Số lượng (N = 41)	Phần trăm
<b>Thành cơ an toàn quanh u xơ</b>		
$\geq 5$ mm	32	78,00%
< 5mm	9	22,00%
<b>Bệnh lý phối hợp</b>		
U xơ khác	5	12,20%
Khó u phần phụ	4	9,8%
Khác	6	14,6%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 45 trường hợp đều được phẫu thuật. Bóc u xơ qua nội soi buồng chiếm 53,3%, bóc u xơ qua đường bụng chiếm 20,0%, cắt tử cung 13,3%.

Bảng 3: Phân bố chỉ định điều trị

	Bóc u xơ qua Nội soi buồng	Bóc u xơ qua đường bụng	Cắt tử cung toàn phần
U xơ dưới niêm mạc type 0 (20)	14	2	4
U xơ dưới niêm mạc type 1 (13)	7	3	3

<b>U xơ dưới niêm mạc type 2 (8)</b>	3	4	1
<b>Bệnh phối hợp khác</b>		<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Tổng</b>	24	9	12 (4 thất bại)

#### 4. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Bernard và cộng sự<sup>[1]</sup>, tỷ lệ thất bại của Bernard là 3%. Nguyên nhân thất bại chủ yếu là do không đưa được Sonde vào ống cổ tử cung, thường ở những phụ nữ mãn kinh, phụ nữ chưa sinh con. Rất nhiều tác giả có tỷ lệ thất bại khác nhau (0 đến 15%) nhưng hầu hết đều có thể khắc phục được chỉ có tỷ lệ rất nhỏ thất bại do chít hẹp cổ tử cung ở những phụ nữ có thời gian mãn kinh lâu thì không thể khắc phục được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thất bại là 8,9%, tất cả đều do không đưa ống Sonde vào ống cổ tử cung do chít hẹp ống cổ tử cung vì mãn kinh, cả 4 trường hợp đều được cắt tử cung do có u xơ và ra máu bất thường quanh mãn kinh<sup>[1]</sup>.

Chúng tôi chia mức độ đau theo Rogerson Lynne là mức độ đau theo mô tả bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau nhiều cần dùng thuốc tỷ lệ thấp nhất chiếm 7,3%. Theo Rogerson thì siêu âm bơm buồng ít đau hơn nội soi buồng chẩn đoán và Soares đã mô tả có một ca viêm phần phụ sau vài ngày. Emily Bery nghiên cứu siêu âm bơm buồng với sự phân tán tế bào ung thư vào ổ phúc mạc trên nhóm ung thư nội mạc tử cung, tác giả kết luận rằng khả năng phân tán tế bào ung thư của siêu âm bơm buồng là rất thấp (1/16 ca) [2], [9].

Kích thước trung bình của u xơ là  $2,3 \pm 1,2$ cm, theo bảng 1 kích thước u xơ chủ yếu dưới 3cm (chiếm 65,8%) và trên 3cm chiếm 34,2%. Đây là một trong những tiêu chuẩn của chúng tôi lựa chọn chỉ định điều trị cắt u xơ bằng nội soi buồng khi kích thước u xơ  $\leq 3$ cm vì chúng tôi chưa có kinh nghiệm nhiều. Theo Fernandez nghiên cứu (n=200) kết quả cắt u xơ dưới niêm mạc qua nội soi buồng, tác giả đã đưa ra các thông số tiên lượng để thất bại trong cắt u xơ dưới niêm mạc qua nội soi buồng là: kích thước u xơ  $> 5$ cm, số lượng  $> 3$ , u xơ dưới niêm mạc type 2, kích thước buồng tử cung  $> 12$ cm. Cũng theo tác giả tỷ lệ thành công khi kích thước u xơ  $\leq 3$ cm là 94,0% và  $> 5$ cm là 44,0%; một u xơ thì tỷ lệ thành công là 88,0% và dưới 50% nếu  $\geq 4$  nhân xơ; type 0 và 1 tỷ lệ thành công là 88% và type 2 là 67%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 ca có 4 nhân xơ và 1 ca có 2 nhân xơ cả hai đều được cắt u xơ qua nội soi (làm 2 lần) và cả hai đều có thai sau 1 năm. Yếu tố tiên lượng khác là vị trí u xơ theo giải phẫu buồng tử cung: trong cắt u xơ qua nội soi buồng thì u xơ ở mặt sau là dễ nhất và ở sừng là khó nhất<sup>[4], [6]</sup>.

Một thông số khác rất quan trọng để chỉ định cắt u xơ qua nội soi buồng tử cung hay không, chỉ định cắt u xơ qua nội soi khi bề dày lớp cơ quanh u xơ (lớp cơ an toàn)  $\geq 5$ mm. Theo nhiều tác giả nếu lớp cơ an toàn  $< 5$ mm thì nguy cơ thủng tử cung khi cắt u xơ qua nội soi<sup>[4], [6]</sup>.

#### 5. KẾT LUẬN

Siêu âm bơm buồng là một phương pháp rẻ tiền, dễ thực hiện, tỷ lệ thành công cao (91,1%) để đánh giá tốt hơn về số lượng, kích thước, type, vị trí, thành cơ tử cung an toàn trong u xơ tử cung dưới niêm mạc và các bệnh lý phối hợp khác.

Sơ đồ hóa và đánh giá u xơ dưới tử cung niêm mạc trước phẫu thuật là rất cần thiết. Siêu âm bơm buồng là một phương pháp dễ thực hiện và cung cấp những thông số (số lượng, kích thước, type, vị trí, thành cơ tử cung an toàn) để lựa chọn phương pháp điều trị và các yếu tố tiên lượng của điều trị bảo tồn u xơ dưới niêm mạc.

#### REFERENCES

1. Bernard J. P., Mertzger U. et al. Hystérosonographie. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2002 ; 30 : 882-889.
2. Berry E, Lindheim SR, Connor JP, et al. Sonohysterography and endometrial cancer: incidence and functional viability of disseminated malignant cells. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199: 240-240.



3. Cohen M., Dechaud H. Fibrome et assistance médicale à la procréation. *Réalités en Gynécologie – Obstétrique* 2008 ; 132 : p 23-27.
4. Cravello L., Angostini A., et al. Résultats des myomectomies hystéoscopiques. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2004 ; 32 : 825-828.
5. Fazel A., Abitbol M., et al. Exploration des fibromes utérine. *Réalités en Gynécologie – Obstétrique* 2008 ; 132 : p 9-16.
6. Fernandez H., Kadoch O. Capella - Allouc S., Gervaise A. Taylor S., Frydman R., Résection hystéoscopique des fibromes sous muqueux: résultats à long terme. *Ann chir* 2001 ; 126 : 58-64.
7. Parson A. K., Lense J. J. et al. Sonohysterography for endometrial abnormalities: preliminary results. *J clin Ultrasound* 1993; 21: 87-95
8. Poncelet C., Benifla J. L. et al. Myome et infertilité : analyse da la littérature. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2001 ; 29 : 413-421.
9. Rogerson L., Jane B. et al. A comparison of outpatient hysteroscopy with saline infusion hysterosonography. *International journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 109: 800-804.

## **HISTOIRE DE LA COELIOSCOPIE OU LAPAROSCOPIE.**

**Pr MA BRUHAT.**

*Doyen Honoraire.*

*Membre de l'Académie Nationale de Médecine.*

Que dire de la chirurgie gynécologique depuis 200 Ans quelle existe vraiment !

Bien des choses. Je prendrai cet aspect particulier et original de notre chirurgie gynécologique

### **LA LAPAROSCOPIE CHIRURGICALE.**

Elle est particulière car elle ne concerne qu'une partie de la chirurgie gynécologique qui a l'originalité d'avoir, aussi, la chirurgie vaginale ;

Elle est significative ; car elle montre l'explosion de notre Spécialité dans les 40 dernières années : la cœlioscopie se situe au milieu de ses Révolutions : Enregistrement de la Souffrance fœtale, Diagnostic des malformations fœtales, F.I.V...

Elle a par ailleurs bouleversé la chirurgie en général, qui a adopté massivement la voie coelioscopique.

### **HIER.**

RAOUL PALMER en 1940 invente à Paris la technique pratiquement complète pour étudier le bassin de ses femmes stériles.

Notre groupe, à partir de 1970, parallèlement à des amis allemands, décrit la vraie chirurgie gynécologique complètement réalisée par laparoscopie.

### **PATHOLOGIE.**

Les **ANNEXES** sont abordées de façon élective, les risques étant minimes.

La **GROSSESSE EXTRA UTERINE** dont la 1<sup>ère</sup> fut faite dans notre groupe, en 1973.

Après incision mono polaire et extraction de l'œuf, un effet inattendu apparaît : la cicatrisation spontanée en deux couches de la trompe incisée et le nombre élevé de grossesses intra utérines

La **STERILITE**. La levée des adhérences non inflammatoires fut un des triomphes de la cœlioscopie opératoire. L'Obstruction distale fit l'objet de neosalpingostomies, voire même avec éversion spontanée, grâce à la technique du Laser CO2 que nous avons inventée ainsi que l'Endoscope porteur de ce laser. L'Obstruction proximale, tout en utilisant la laparoscopie bénéficie des méthodes microchirurgicales (Ch.KOH.)

**Les OVAIRES** : les **KYSTES OVARIENS** sont l'indication de la cœlioscopie la plus fréquente en France mais aussi la plus dangereuse du fait de la possibilité de cancer. Dans notre expérience : 40 cas de cancer de l'ovaire sur 2500 kystes opérés en 15 ans. La diffusion des cellules néoplasiques doit être l'inquiétude de l'opérateur. L'imagerie échographique préopératoire et per-opératoire aide grandement au diagnostic étiologique.

**L'UTERUS** : L'**HYSTERECTOMIE TOTALE**, symbolique de notre chirurgie fut réalisée par **HARRY REICH** en 1989. 6 mois après nous réalisons la 1<sup>ère</sup> **HYSTERECTOMIE RADICALE**. La coagulation de l'artère utérine n'a pas induit de complications hémorragiques ou autres dans notre série de 2000 cas étudiés.

### **TECHNOLOGIES.**

Elles devaient nous permettre d'obéir à plusieurs contraintes chirurgicales.

**IL FALLAIT VOIR** : Ce fut le rôle du gaz séparant la paroi des organes permit une vision correcte. Le manipulateur intra- utérin, mobilisant l'utérus permit une excellente vision de la face postérieure de l'utérus et des ovaires.

**IL FALLAIT MANIPULER** : Ce fut le rôle de la 2<sup>nd</sup> Puncture, puis de la 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> que d'introduire des instruments nombreux arrivant dans des directions différentes.

**IL FALLAIT INTRODUIRE DE NOUVELLES ENERGIES** : mécaniques, électriques, laser, etc. ...

IL FALLAIT EVALUER, de façon réelle, stricte, académique et loin des pressions intéressées. Nous devons démontrer que la voie coelioscopique dans ses résultats était au moins équivalente à la voie laparotomique qu'elle prétendait remplacer. Ceci nous obligeât à présenter nos résultats devant les Sociétés Savantes qui se montrèrent exigeantes.

### **AUJOURD'HUI.**

Toutes les **PATHOLOGIES** ont été visitées par des chirurgiens entreprenants.

**ENDOMETRIOSE.** Les Nodules superficiels sont résectionnés ou vaporisés. Les Kystes de l'ovaire

sont énucléés. Les Nodules profonds sont enlevés avec traitement du Rectum ou du Vagin si nécessaire. L'Adénomyose est l'objet d'une résection endométriale délicate voire d'une Hystérectomie. La coelioscopie a bouleversé la thérapeutique de l'endométriose, redonnant sa place à la chirurgie ; prévenant vraisemblablement l'extension de la maladie ; donnant des résultats satisfaisants dans les traitements pour stérilité

**PROLAPSUS.** Nous avons essayé de comprendre les mécanismes de la descente des organes pelviens chez la femme : le colpocystogramme de Bethoux nous montrait la défaillance du système antérieur ou postérieur. L'Urocytomanométrie différenciait l'incontinence de l'irritabilité vésicale. Nous avons décliné par la coelioscopie les gestes que nous faisons par laparotomie dans la Technique de HUGUIER : Les prothèses inter vesico-vaginales ou inter vaginorectales **suspendaient au promontoire les organes descendus. La Technique de BURCH suspend** aux branches osseuses ilio-pubiennes le col vésical incontinent. La MYORRAPHIE des Releveurs de l'anus répare la béance vaginale. Le VAGINAL REPAIR corrige la béance vaginale.

C'est la réhabilitation de la voie haute souvent préférée par les équipes françaises.

**CANCERS.** C'était l'enjeu le plus lourd, mais bien sur le plus significatif de l'efficacité de la méthode.

**CANCER DU COL;** Retenons quelques **Premières notables** : 1989, 1ère Hystérectomie Radicale M. Canis, G. Mage ; Trachelectomie D. Dargent ; 2000 Dix 1ères Exentérations Pelviennes ;

Cancer de l'Utérus, considéré comme moins grave reste bien évalué par les endoscopies quelles soient hystérosopiques, quelles soient coelioscopiques.

**Cancer de l'Ovaire.** Le rôle de la coelioscopie est majeur à tous les moments de la démarche diagnostique et thérapeutique. L'imagerie préopératoire et per-opératoire (Elastométrie) a un rôle irremplaçable. La diffusion des cellules néoplasiques est un souci constant. Le traitement doit être mis en place rapidement. Ce n'est pas toujours le cas (Maiman ; Blanc et Canis)..

**LYMPHADENECTOMIES.** Furent l'objet d'un intérêt soutenu en France. Introduites par D. DARGENT elles furent sous iliaques, sous ou trans péritonéales dans les cancers du col et de l'utérus. Dans les cancers de l'ovaire D. Querleu fit remonter les lymphadénectomies jusqu'au-dessus de l'artère rénale.

F. SUZANNE dans notre groupe inventa la lymphadénectomie axillaire évitant les gros bras résiduels.

Entre 1985 et 1995 l'Ecole Française : Lille, Lyon, et Clermont-Ferrand tint une place privilégiée dans l'Oncologie Gynécologique Mondiale.

Mais Il faut retenir mon travail à l'Académie de Médecine : en France en 2006 dans l'ensemble des Cancers traités par coelioscopie : 30 pour cent des cancers urologiques, 29 des cancers digestifs, 9 des cancers gynécologiques. Quelle relative faiblesse !

### **TECHNOLOGIES.**

Quelques grandes questions se sont posées à nous ; Nous allons citer trois de ces questions actuelles :

**ERGONOMIE** : La miniaturisation du matériel et son introduction en canon de fusil par une voie unique fait rechercher des solutions qui nous rappellent la période du « one puncture ».

La recherche du rapport « BENEFICE-QUALITE » amène à comparer sans cesse l'efficacité

d'une méthode chirurgicale et son cout global .Enfin l'une des questions majeures qui restent à résoudre est celle du TRAINING et de la FORMATION à des gestes chirurgicaux adaptés aux lésions et au statut clinique des patients. L'accès à des MODÈLES, des SIMULATEURS D'ENTRAINEMENT est essentiel pour les nouveaux chirurgiens. On ne conçoit pas la conduite d'une voiture sans avoir tenu réellement le volant ; on ne conçoit pas un jeune chirurgien commençant une hystérectomie sans avoir répéter le geste sur des modèles et réalisant l'intervention elle-même sans le regard d'un moniteur.

## **DEMAIN**

- **Les PATHOLOGIES**, nous l'avons dit, ont toutes été explorées par des chirurgiens entreprenants. Même la pathologie du sein grâce à notre collègue F. SUZANNE a été investiguée.
- **Les TECHNOLOGIES** par contre nous promettent des innovations nombreuses :
  - . ROBOT avec la chirurgie à distance permise et les nombreux degrés de liberté des instruments. Bien sur, il serait bon d'ajouter le retour d'effort à ce merveilleux instrument.
  - . N.O.T.E.S.(Natural Orifice Techniques Endoscopic Surgery) se propose d'éviter toute cicatrice en faisant pénétrer l'endoscope par un orifice naturel : estomac, vagin, intestin ? Nous retrouverons là, les difficultés du «one puncture » d'il y a trente ans ou, dans un seul trocart , pénétraient plusieurs instruments. Il est sur que la technologie a augmenté leur degré de liberté.
  - . De nombreuses tentatives sont faites pour améliorer le degré de liberté des **instruments**, leur agilité, le retour d'effort qu'ils permettent et la qualité de l'imagerie embarquée (Elastometrie)
- L'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE ne peut être passée sous silence. Associant la qualité extrême des images et les progrès des interventions peu invasives, elle occupe de plus en plus de place ; jusqu'à remplacer des champs entiers de la chirurgie traditionnelle. Voire l'embolisation des fibromes en gynécologie voire la place importante qu'elle occupe dans la chirurgie cardiaque
- En conclusion, nous avons connu la **CHIRURGIE LAPAROTOMIQUE** cycle royal aux grandes incisions ; nous avons participé au 2ème grand cycle de la **CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE** .Arrive le cycle des Images sophistiquées permettant des gestes opératoires **L'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE**.

# LỊCH SỬ PHẪU THUẬT NỘI SOI

**Giáo sư MA BRUHAT.**

*Chủ tịch danh dự.*

*Thành viên viện hàn lâm quốc gia y khoa*

Phải nói gì về phẫu thuật phụ khoa trong 200 năm tồn tại! Rất nhiều điều. Tôi sẽ đề cập đến phương diện đặc thù và độc đáo của phẫu thuật nội soi.

## 1. PHẪU THUẬT NỘI SOI.

PTNS là phẫu thuật đặc thù vì nó chỉ liên quan đến một phần của phẫu thuật phụ khoa mà đặc thù là bao gồm cả phẫu thuật đường âm đạo;

PTNS là phẫu thuật có ý nghĩa vì cho thấy bùng nổ của chuyên ngành chúng ta trong 40 năm cuối cùng : phẫu thuật nội soi đứng ở vị trí trung tâm của các cuộc cách mạng: biểu đồ suy thai, chẩn đoán dị tật thai nhi, thụ thai trong ống nghiệm...

Nó cũng đã làm đảo lộn ngành phẫu thuật nói chung, đường nội soi đã được chấp nhận đại trà.

## 2. QUÁ KHỨ

RAOUL PALMER vào năm 1940 ở Paris đã phát minh ra kỹ thuật gần như đầy đủ để nghiên cứu vùng chậu của các phụ nữ vô sinh. Nhóm chúng tôi từ năm 1970, song song với các bạn người Đức, đã mô tả phẫu thuật phụ khoa thực sự được thực hiện hoàn toàn bằng nội soi.

### BỆNH LÝ HỌC

**Các phần phụ** được tiếp cận một cách chọn lọc, các nguy cơ là tối thiểu. TNTC được thực hiện trong nhóm đầu tiên vào năm 1973.

Sau khi rạch bằng dao đơn cực và hút phôi, một tác dụng không mong chờ xuất hiện: sự lành sẹo tự nhiên làm hai lớp của vòi trứng đã được rạch và số lượng bào trong TC tăng đáng kể.

**VÔ SINH.** Sự giải bỏ các dây dính không viêm là một trong những chiến thắng lớn trong phẫu thuật nội soi. Tắc đoạn xa đã trở thành đối tượng của phẫu thuật tái tạo loa vòi, thậm chí có cả sự lộn niêm tự nhiên nhờ vào kỹ thuật Laser CO2 mà chúng tôi đã phát minh kèm với ống nội soi mang. Tắc đoạn gần mặc dù dùng nội soi vẫn được lợi từ các kỹ thuật vi phẫu (Ch.KOH.)

**Buồng trứng:** chỉ định mổ nội soi thường gặp nhất ở Pháp là u nang buồng trứng nhưng đồng thời cũng là chỉ định nguy hiểm nhất điều rất nguy hiểm vì khả năng ung thư. Trong kinh nghiệm của chúng tôi có khoảng 40 ca ung thư buồng trứng trong 2500 u nang được phẫu thuật trong 15 năm. Sự phát tán các tế bào tân sinh phải là mối lo lắng của phẫu thuật viên. Hình ảnh siêu âm trước và trong mổ giúp đỡ rất nhiều để chẩn đoán bệnh căn.

**TỬ CUNG :** cắt tử cung toàn phần biểu trưng cho phẫu thuật PU, được thực hiện bởi HARRY REICH vào năm 1989. Sáu tháng sau, chúng tôi thực hiện cắt tử cung tận gốc lần đầu. Việc đốt cầm máu từ tử cung đã không gây ra biến chứng chảy máu hoặc các biến chứng khác trong 2000 ca nghiên cứu.

### CÁC KỸ THUẬT.

Các kỹ thuật phải cho phép chúng ta tuân thủ một số nguyên tắc phẫu thuật

Cần phải nhìn thấy rõ: đây là vai trò của khí làm tách thành các cơ quan cho phép nhìn rõ hơn. Cây điều khiển đặt trong lòng tử cung, di động tử cung cho phép nhìn rất tốt mặt sau tử cung và buồng trứng.

Cần phải thao tác được: đây là vai trò của lỗ đâm thứ hai, ba, bốn giúp đưa vào nhiều dụng cụ theo những hướng khác nhau.

Cần sử dụng các nguồn năng lượng mới: cơ học, điện, laser...

Cần phải đánh giá được: một cách thật sự chắc chắn, chuẩn mực và xa khỏi các áp lực có liên quan. Chúng ta phải chứng minh rằng kết quả phẫu thuật nội soi ít ra cũng tương đương với phẫu thuật mở bụng mà nó muốn thay thế. Điều này buộc chúng ta phải giới thiệu những thành quả trước các tổ chức hiệp hội chuyên khoa khó tính.

### 3. HIỆN TẠI

Tất cả các bệnh lý đều được các ptv dám nghĩ dám làm thực hiện.

**LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG.** Các nốt lạc nội mạc nông được cắt bỏ hoặc hóa hơi. Các UNBT lạc nội mạc được bóc chừa mô lành. Các nốt sâu được lấy đi với xử lý trực tràng hoặc âm đạo nếu cần. Lạc nội mạc cơ tử cung được cắt bỏ nội mạc tử cung một cách cẩn thận, đôi khi phải cắt tử cung. Phẫu thuật nội soi đã làm đảo lộn điều trị lạc nội mạc tử cung, trả lại vị trí cho phẫu thuật; ngăn cản thật lan rộng của bệnh lý; mang lại những kết quả đáng hài lòng trong điều trị vô sinh.

**DẪN SÀN CHẬU.** Chúng ta đã cố gắng tìm hiểu cơ chế sa xuống của các cơ quan vùng chậu phụ nữ: tử cung-bàng quang đồ của Bethoux cho thấy sự suy yếu hệ thống phía trước hay phía sau. Niệu động học bàng quang giúp phân biệt tiểu không tự chủ và bàng quang dễ kích thích. Chúng tôi đã không thực hiện trong nội soi các động tác trong mở bụng – kỹ thuật của HUGUIER: các miếng lưới tổng hợp giữa BQ-ÂĐ hoặc giữa âm đạo trực tràng treo các cơ quan sa vào mỏm nhô. Kỹ thuật BURCH treo cổ BQ vào ngành chậu - mu. Thủ thuật khâu cơ nâng hậu môn sửa chữa lỗ hở âm đạo. Thủ thuật “Vaginal repair” sửa âm đạo, chữa hở âm đạo. Đó là kỹ thuật tái tạo việc đi tiểu bình thường bằng ngã bụng được các phẫu thuật viên Pháp ưa chuộng **UNG THƯ.** Đây là thách thức nhất, nhưng dĩ nhiên cũng có ý nghĩa nhất về tính hiệu quả của.

**UNG THƯ CỔ TỬ CUNG;** nhắc lại một số điểm mốc : 1989, phẫu thuật cắt tử cung tận gốc lần đầu tiên M.Carnis, G.Mage ; Trachelectomie D.Dargent ;

Ung thư tử cung, được xem không nặng nề bằng được đánh giá tốt bằng nội soi dù là nội soi buồng tử cung hay nội soi ổ bụng.

**Ung thư buồng trứng.** Nội soi đóng vai trò chủ yếu từ chẩn đoán cho đến điều trị. Chẩn đoán hình ảnh trước và trong phẫu thuật có vai trò không thể thay thế. Nỗi lo âu thường xuyên về sự phát tán các tế bào tân sinh. Việc điều trị phải được thực hiện nhanh chóng. Nhưng không bao giờ cũng được như vậy phải trong mọi trường hợp. (Maiman ; Blanc et Canis)..

**NAO HẠCH.** Là đối tượng quan tâm liên tục ở Pháp. Được thực hiện đầu tiên bởi D.DARGENT phẫu thuật bao gồm nạo hạch chậu, dưới hoặc xuyên qua phúc mạc trong các phẫu thuật ung thư cổ tử cung hoặc tử cung. Trong các ung thư của buồng trứng D.Querleu thực hiện nạo hạch đến trên động mạch thận.

F.SUZANNE trong nhóm chúng tôi đã thực hiện nạo hạch nách để tránh di chứng phù cánh tay. Giữa những năm 1985 và 1995 ở các trường phái Pháp tại Lille, Lyon, và Clermont-Ferrant đã giữ một vị trí đặc biệt trong ngành ung thư phụ khoa thế giới.

Nhưng cần phải ghi nhận công trình của tôi trong viện hàn lâm Y học : ở Pháp trong năm 2006 trong tổng số các ung thư được điều trị qua nội soi : 30 phần trăm các ung thư niệu khoa, 29% các ung thư đường tiêu hóa, 9% các ung thư phụ khoa khá là thấp.

### KỸ THUẬT

Một vài vài câu hỏi lớn đặt ra cho chúng ta, có thể kể ra 3 câu hỏi chính:

Tổ chức hợp lý: các dụng cụ thu nhỏ và việc đưa chúng qua một ống nòng súng đòi hỏi phải tìm kiếm các giải pháp gợi lên cho chúng ta thời kỳ “một phát châm kim”

Sự tìm kiếm tỷ số “lợi ích-chất lượng” dẫn đến việc so sánh không ngừng hiệu quả của một phương pháp phẫu thuật và tổng thể giá thành. Cuối cùng một trong những câu hỏi chủ yếu còn cần phải giải quyết là vấn đề huấn luyện và đào tạo những động tác phẫu thuật thích hợp với những tổn thương và bệnh trạng của bệnh nhân. Việc tiếp cận đào tạo với các mô hình và các chương trình giả lập rất quan trọng cho các phẫu thuật viên mới. Người ta không thể cảm nhận

được việc lái xe nếu không chạm vào tay lái; người ta không thể cảm nhận một phẫu thuật viên trẻ bắt đầu cắt tử cung mà không thực hiện lặp lại các động tác trên mô hình và thực hiện phẫu thuật mà không dưới sự kiểm soát của người hướng dẫn.

#### 4. TƯƠNG LAI

Các bệnh lý như chúng tôi đã nói đều được các phẫu thuật viên dám nói dám làm thực hiện. Ngay cả bệnh lý tuyến vú đồng nghiệp chúng tôi là SUZANNE thực hiện.

Các kỹ thuật hứa hẹn cho chúng ta nhiều cải tiến.

ROBOT với phẫu thuật tầm xa cho phép và với nhiều mức độ tự do của các dụng cụ tuyệt vời này.

N.O.T.E. ( Kỹ thuật phẫu thuật nội soi qua các lỗ tự nhiên) đưa ra nhằm tránh tạo sẹo bằng cách đưa dụng cụ qua các lỗ tự nhiên : dạ dày, âm đạo, ruột non ? chúng ta sẽ lại thấy những khó khăn của “ một phát châm kim” 30 năm về trước, qua một lỗ trocar đưa vào nhiều dụng cụ. Một điều chắc chắn rằng kỹ thuật đã làm tăng mức độ tự do.

Có rất nhiều những thể nghiệm để cải thiện mức độ tự do của các dụng cụ, sự thoải mái và chất lượng hình ảnh kèm theo.

Không thể không nhắc đến hình ảnh học can thiệp.

Phối hợp những hình ảnh chất lượng cực tốt và những tiến bộ của các can thiệp ít xâm hại hình ảnh học can thiệp ngày càng có vai trò lớn; có thể thay thế hoàn toàn số lãnh vực trong phẫu thuật truyền thống. Cả việc gây tắc mạch các u xơ tử cung trong phụ khoa và cả đến vai trò ngày càng to lớn trong phẫu thuật tim.

Để kết luận chúng ta đã biết phẫu thuật mở bụng chu trình vương giả với các đường mổ rộng; chúng ta tham gia chu trình thứ 2 với phẫu thuật nội soi. Đến chu trình các hình ảnh tinh tế cho phép các động tác phẫu thuật hình ảnh học can thiệp.

## **HYSTERECTOMIE CŒLIOSCOPIQUE ELARGIE AVEC ASSISTANCE ROBOTIQUE**

N. Monsarrat <sup>1</sup>, P. Collinet <sup>1</sup>, B Castelain <sup>2</sup> D. Vinatier <sup>1 3</sup>

<sup>1</sup> *Pôle de Gynécologie, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille*

<sup>2</sup> *Département de Cancérologie Gynécologique, Centre Oscar Lambret, Lille*

<sup>3</sup> *Université de Lille 2, Faculté de Médecine Henri Warembourg*

### **Introduction :**

Les avantages de la coelioscopie sur la laparotomie en terme de pertes sanguines, de douleurs postopératoires, de préjudice esthétique ou de durée de convalescence sont bien connus [1,2]. L'hystérectomie élargie (HE) par coelioscopie a été décrite par Canis et al [3] au début des années 90. Il semble actuellement que pour les cancers du col de stade précoce, cette chirurgie offre des taux de récurrence et de survie comparables à ceux de la laparotomie [4,5]. Son utilisation reste toutefois limitée en raison des contraintes techniques propres à la coelioscopie (vue bidimensionnelle, image instable, instruments n'ayant que 4 degrés de liberté). La courbe d'apprentissage est longue. L'assistance robotisée a apporté certains progrès techniques à la coelioscopie. Le système Da Vinci™, dernière génération de robots, offre une vision en trois dimensions (3D) stable, une plus grande maniabilité des instruments et une meilleure ergonomie. L'HE constitue l'une de ses principales applications en chirurgie oncologique gynécologique.

### **Patientes et méthodes :**

La plupart des séries d'HE assistées par robot ont été rapportées avec le robot Da Vinci™, pour des cancers du col de stade IA ou IB de FIGO. La chirurgie pratiquée peut être une HE de type II ou III de Piver [6], en général associée à un curage pelvien et parfois lombo-aortique. La patiente est placée en décubitus dorsal, la tour comportant les bras du robot positionnée entre ses jambes. L'optique et les 2 à 3 instruments supportés par les bras sont placés dans des trocars introduits après insufflation intra-péritonéale. Le chirurgien dirige les instruments à l'aide de poignées, depuis une console placée à distance de la table d'opération. Les mouvements qu'il imprime avec ses mains aux poignées sont transmis aux instruments par l'intermédiaire des bras du robot. Les instruments, dont la pointe micro-articulée offre 7 degrés de liberté, sont manipulés de façon « intuitive ». Le système binoculaire de la console offre au chirurgien une vision 3D et l'immerge dans le champ opératoire.

### **Résultats :**

Marchal et al [7] ont été les premiers à rapporter une série d'HE assistées par le robot da Vinci pour des cancers du col de stade I. Kim et al [8] ont rapporté 10 HE de type proximal assistées par le robot da Vinci pour des cancers de stade IA2 et IB1. Un curage pelvien y était associé. La durée opératoire totale était de 207 min, le nombre de ganglions retirés de 27,6 et les pertes sanguines de 355 ml en moyenne. Les auteurs ne constataient pas de récurrence au terme d'un suivi moyen de 9 mois. Fanning et al [9] ont rapporté une série d'HE de type III de Piver [6] avec le robot da Vinci chez 20 patientes présentant un cancer du col de stade IB-IIA. Un curage pelvien et lombo-aortique étaient également effectués. La médiane de la durée opératoire était de 6,5 h (3,5-8,5), celle du nombre de ganglions retirés de 18 (15-35) et celle des pertes sanguines de 300 ml (100-475). Toutes les patientes sortaient du service le lendemain de l'intervention. Les auteurs déploraient une plaie de vessie et une fistule urétéro-vaginale. Magrina et al [10] ont rapporté leurs résultats dans les HE à l'aide du robot chez 27 patientes. L'indication pouvait être un cancer du col (stade IA2 à IB2) ou un cancer de l'endomètre (stade IB à IIIC). L'HE pratiquée (radicale ou radicale modifiée soit à peu près l'équivalent d'un type III ou II de Piver [6]) s'appuyait sur la classification de Mayo [11]. Un curage pelvien était réalisé, complété d'un



curage lombo-aortique chez 3 patientes. La durée opératoire était de 189,6 min, les saignements de 133,1 ml et la durée d'hospitalisation de 1,7 j en moyenne. Boggess et al [12] ont rapporté une série de 51 HE (type III de Piver [6]) effectuées à l'aide du robot Da Vinci™ pour des cancers de stade IA1 à IIA. Un curage pelvien était réalisé. Les auteurs rapportaient une durée opératoire totale de 210,9 min, des pertes sanguines de 96,5 ml, un nombre de ganglions retirés de 33,8 et une durée d'hospitalisation d'un jour en moyenne.

Discussion :

Magrina et al [10] sont à ce jour les seuls auteurs qui ont comparé leurs résultats avec le robot avec ceux obtenus en laparotomie et en cœlioscopie. La durée opératoire moyenne à l'aide du robot était comparable à celle en laparotomie mais réduite par rapport à la cœlioscopie (189,6 min vs 220,4 min,  $p < 0,001$ ). Les saignements et la durée d'hospitalisation moyens étaient réduits avec le robot par rapport à la laparotomie (133,1 ml vs 443,6 ml et 1,7 j vs 3,6 j respectivement,  $p < 0,001$ ) et comparables à ceux de la cœlioscopie. Il n'existait pas de différence significative concernant le nombre de ganglions retirés ou les complications entre les 3 groupes. Boggess et al [12] ont comparé leur série avec 49 procédures par laparotomie et ont constaté une réduction significative de la durée opératoire, des pertes sanguines et de la durée d'hospitalisation avec le robot. Le nombre de ganglions retirés était significativement augmenté. Sert et Abeler [13] ont eux comparé 7 HE assistées par le robot Da Vinci™ avec 8 procédures cœlioscopiques. Les pertes sanguines et la durée d'hospitalisation étaient réduites avec le robot. Nezhat et al [14] n'ont à l'inverse pas retrouvé de différence significative entre les résultats obtenus avec le robot ( $n=13$ ) et en cœlioscopie ( $n=30$ ). Ces séries comportent évidemment de faibles effectifs et leurs résultats ne peuvent être interprétés qu'avec prudence. Indépendamment de ces comparaisons, Boggess et al [12] ont souligné l'apport du robot dans la pratique de l'HE dont ils n'avaient pas l'expérience en cœlioscopie et une courbe d'apprentissage courte, puisque la durée opératoire moyenne était significativement réduite au terme des 12 premières procédures dans leur expérience.

Conclusion :

L'assistance robotisée dans la pratique de l'HE est faisable. Elle semble au moins pouvoir offrir, comme la cœlioscopie conventionnelle, une réduction des saignements et de la durée d'hospitalisation par rapport à la voie ouverte. Elle pourrait permettre à de nombreuses équipes qui n'en avaient pas l'expérience en cœlioscopie en raison de difficultés techniques de pratiquer cette intervention par voie endoscopique. Des études sont nécessaires pour mieux définir sa place et ses résultats à moyen et long terme dans la chirurgie du col utérin. Son impact médico-économique doit par ailleurs être évalué.

[1] Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 109-14.

[2] Lo L, Pun TC, Chan S. Tubal ectopic pregnancy: an evaluation of laparoscopic surgery versus laparotomy in 614 patients. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999; 39: 185-7.

[3] Canis M, Mage G, Wattiez A, Pouly JL, Manhes H, Bruhat MA. Does endoscopic surgery have a role in radical surgery of cancer of the cervix uteri? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1990; 19: 921.

[4] Abu-Rustum NR, Gemignani ML, Moore K, Sonoda Y, Venkatraman E, Brown C et al. Total laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy using the argon-beam coagulator: pilot data and comparison to laparotomy. *Gynecol Oncol* 2003; 91: 402-9.

[5] Frumovitz M, dos Reis R, Sun CC, Milam MR, Bevers MW, Brown J et al. Comparison of total laparoscopic and abdominal radical hysterectomy for patients with early-stage cervical cancer. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 96-102.

[6] Piver MS, Rutledge F, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974; 44: 265-72.

- [7] Marchal F, Rauch P, Vandromme J, Laurent I, Lobontiu A, Ahcel B et al. Telerobotic-assisted laparoscopic hysterectomy for benign and oncologic pathologies: initial clinical experience with 30 patients. *Surg Endosc* 2005; 19: 826-31.
- [8] Kim YT, Kim SW, Hyung WJ, Lee SJ, Nam EJ, Lee WJ. Robotic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for cervical carcinoma: a pilot study. *Gynecol Oncol* 2008; 108: 312-6.
- [9] Fanning J, Fenton B, Purohit M. Robotic radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 649.e1-4.
- [10] Magrina JF, Kho RM, Weaver AL, Montero RP, Magtibay PM. Robotic radical hysterectomy: comparison with laparoscopy and laparotomy. *Gynecol Oncol* 2008; 109: 86-91.
- [11] Symmonds RE. Some surgical aspects of gynecologic cancer. *Cancer* 1975; 36: 649-60.
- [12] Boggess JF, Gehrig PA, Cantrell L, Shafer A, Ridgway M, Skinner EN et al. A case-control study of robot-assisted type III radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection compared with open radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 357.e1-7.
- [13] Sert B, Abeler V. Robotic radical hysterectomy in early-stage cervical carcinoma patients, comparing results with total laparoscopic radical hysterectomy cases. The future is now? *Int J Med Robot* 2007; 3: 224-8.
- [14] Nezhat FR, Datta MS, Liu C, Chuang L, Zakashansky K. Robotic radical hysterectomy versus total laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for treatment of early cervical cancer. *JSLs* 2008; 12: 227-37.

# CẮT RỘNG TỬ CUNG QUA NỘI SOI VỚI KỸ THUẬT ROBOT

**N. Monsarrat<sup>1</sup>, P. Collinet<sup>1</sup>, B. Castelain<sup>2</sup>, D. Vinatier<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> *Pôle de Gynécologie, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille*

<sup>2</sup> *Département de Cancérologie Gynécologique, Centre Oscar Lambret, Lille*

<sup>3</sup> *Université de Lille 2, Faculté de Médecine Henri Warembourg*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những lợi ích của PT nội soi so với mổ bụng hở như: máu mất, đau hậu phẫu, tính thẩm mỹ, thời gian hồi phục, đã được biết đến nhiều [1,2]. Cắt rộng tử cung bằng nội soi được Canis và cộng sự mô tả từ đầu những thập niên 90 [3]. Hiện tại, đối với ung thư CTC, phẫu thuật NS cắt rộng tử cung có tỷ lệ tái phát và sống còn cũng như trong mổ bụng hở [4,5]. Tuy nhiên, sử dụng PTNS cắt rộng TC vẫn còn giới hạn là do những hạn chế riêng của PT này ( hình ảnh 2 chiều, hình ảnh không ổn định, dụng cụ chỉ 4 độ tự do), thời gian học nghề dài. Sự hỗ trợ Robot đã mang lại những tiên bộ kỹ thuật trong PTNS. Hệ thống Da Vinci, thế hệ robot mới, cho thấy hình ảnh 3 chiều ổn định, dụng cụ rất dễ điều khiển và hợp lý. Cắt rộng tử cung là một trong những áp dụng chính trong phẫu thuật ung thư phụ khoa.

## 2. CHỌN BỆNH VÀ PHƯƠNG PHÁP

Phần lớn bệnh nhân cắt rộng TC được hỗ trợ hệ thống robot Da Vinci là UTCTC giai đoạn IA, IB theo FIGO. Phẫu thuật có thể là cắt rộng Tử cung loại II hay III theo Piver [6], có kèm nạo hạch chậu và đôi khi hạch chủ bụng. Bệnh nhân nằm ngửa, tất cả dụng cụ tay robot đặt giữa hai chân. Kính soi và 2 hoặc 3 dụng cụ thao tác, gắn với những cánh tay của robot, được đưa vào ổ bụng qua các trocars, sau khi bơm khí. Phẫu thuật viên điều khiển dụng cụ bằng tay nắm, đặt cách xa bàn mổ. Những cử động của bàn tay trên tay nắm sẽ được truyền đến dụng cụ qua trung gian của những cánh tay robot. Những dụng cụ với những vi mạch có được 7 độ tự do được điều khiển một cách trực giác. Hệ thống điều khiển 2 mắt giúp phẫu thuật viên nhìn được hình ảnh 3 chiều và cảm nhận rõ phẫu trường.

## 3. KẾT QUẢ

Marchal và cộng sự<sup>[7]</sup>, lần đầu tiên báo cáo loạt trường hợp cắt rộng tử cung hỗ trợ bằng robot Da Vinci trong ung thư cổ tử cung giai đoạn I. Kim và cộng sự<sup>[8]</sup> báo cáo 10 trường hợp cắt rộng tử cung hỗ trợ robot Da Vinci trong ung thư giai đoạn IA2 đến IB1, có kèm nạo hạch chậu. Thời gian mổ trung bình là 207 phút, số hạch được lấy là 27,6, lượng máu mất trung bình 355ml. Các tác giả không ghi nhận tái phát trong thời gian theo dõi trung bình 9 tháng.

Fanning và cộng sự<sup>[9]</sup> báo cáo một nghiên cứu cắt rộng tử cung loại III Piver<sup>[6]</sup> hỗ trợ robot Da Vinci trên 20 bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn IB - IIA, có nạo hạch chậu và hạch chủ bụng. Thời gian phẫu thuật trung bình 6,5 giờ ( 3,5 – 8,5 ), số hạch được lấy trung bình là 18 ( 15 -35 ), máu mất trung bình 300ml ( 100- 475 ). Tất cả bệnh nhân đều được xuất viện 1 ngày sau mổ. Ghi nhận 1 trường hợp thủng bàng quang và 1 trường hợp dò niệu âm đạo.

Magrina và cộng sự<sup>[10]</sup> báo cáo 27 trường hợp cắt rộng TC được hỗ trợ bằng robot, chỉ định phẫu thuật có thể là ung thư cổ tử cung ( GD IA2 - IB 2), hoặc ung thư nội mạc tử cung ( IB - IIIC). Cắt rộng tử cung dựa trên phân loại của Mayo [11], (tận gốc hoặc tận gốc cải tiến gần giống với nhóm III hoặc II của Piver). Có thực hiện nạo hạch chậu, có nạo hạch chủ bụng 3 trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình 189,6 phút, máu mất 133,1 ml, nằm viện trung bình 1,7 ngày.

Boggess và cộng sự<sup>[12]</sup> báo cáo loạt 51 trường hợp cắt rộng tử cung (loại III Piver [6]) hỗ trợ robot Da Vinci trong ung thư cổ TC IA1 đến IIA, có nạo hạch chậu. Thời gian phẫu thuật trung bình 210,9 phút, máu mất 96,5 ml, số hạch được lấy 33,8 và thời gian nằm viện trung bình 1 ngày.

#### 4. BÀN LUẬN

Magrina và cộng sự<sup>[10]</sup> là những tác giả duy nhất so sánh kết quả của phẫu thuật robot với mổ bụng hở và nội soi. Thời gian mổ trung bình của robot giống như mổ bụng hở, nhưng thời gian này ngắn hơn so với mổ nội soi cổ điển (189.6” so với 220.4”,  $p < 0.001$ ).

Lượng máu mất trung bình và thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật robot giảm hơn so với mổ bụng hở (133.1ml so với 443.6 ml, 1.7 ngày so với 3.6 ngày,  $p < 0.001$ ) và giống như trong mổ NS. Số hạch được lấy khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm. Boggess và cộng sự [12] đã so sánh loạt ca với 49 trường hợp mổ bụng hở và cho thấy thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và thời gian nằm viện có giảm đối với phẫu thuật robot. Số lượng hạch được lấy nhiều hơn. Sert và Abeler<sup>[13]</sup> so sánh 7 trường hợp cắt rộng tử cung có hỗ trợ robot Da Vinci với 8 trường hợp phẫu thuật nội soi đơn thuần. Lượng máu mất và thời gian nằm viện của phẫu thuật robot giảm. Nezhat và cộng sự<sup>[14]</sup> cũng có kết quả không thấy sự khác nhau giữa phẫu thuật robot (n=13) so với phẫu thuật nội soi đơn thuần (n=30). Kết quả nghiên cứu này chưa có tính thuyết phục và kết quả nghiên cứu chỉ có thể giải thích một cách thận trọng độc lập với những so sánh trên.

Boggess và cộng sự<sup>[12]</sup> đã chứng minh rằng trong PT bằng robot cắt rộng TC thì không cần kinh nghiệm nội soi và đào tạo ngắn hơn, cũng như thời gian mổ trung bình giảm một cách đáng kể trong 12 trường hợp đầu tiên theo kinh nghiệm của họ.

#### 5. KẾT LUẬN:

Kỹ thuật cắt rộng tử cung được hỗ trợ bằng robot là khả thi. Phương pháp này có những lợi điểm như nội soi cổ điển, lượng máu mất và thời gian nằm viện giảm hơn so với mổ bụng hở. Nó có thể áp dụng cho những nhóm phẫu thuật ít kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi. Cần có nhiều nghiên cứu hơn để đánh giá vai trò và kết quả lâu dài của nó trong phẫu thuật cổ tử cung. Mặc khác cần phải đánh giá hiệu quả của kinh tế trong lãnh vực y khoa.

## **QUE RESTE-IL DE LA MICROCHIRURGIE TUBAIRE PAR LAPAROTOMIE ?**

**D.K. TRAN ( NICE – FRANCE )**

Pendant de longues années, la microchirurgie tubaire par laparotomie a été la technique de référence pour traiter la stérilité tubaire. Les progrès de la Fécondation in vitro et plus récemment la Coeliomicrochirurgie (C.KOH) ont restreint les indications, mais pas ne remplacent pas encore complètement cette technique.

Les statistiques recueillies ( ceux de FIVNAT en France comme ceux des Etats Unis de 2001 et publiés en 2007 par l'ASRM ) ont montré un taux de grossesse avec enfant vivant de 25 à 31% par tentative (alors que la réparation tubaire par microchirurgie est définitivement acquise) ; il est clair que lorsque les résultats de la microchirurgie sont inférieurs à ce taux, il est préférable d'avoir recours à la FIV, c'est le cas de toutes les lésions tubaires de mauvais pronostic (50% des lésions distales et 30% des lésions proximales). Par contre il est préférable d'opérer les lésions tubaires de bon pronostic (50% des lésions distales et 70% des lésions proximales) car un bon résultat de réparation tubaire est définitivement acquis et le plus souvent la femme peut avoir plusieurs enfants. Nous allons voir dans quel cas on peut avoir recours à la réparation tubaire par coeliochirurgie actuellement à condition que celle-ci soit une chirurgie utilisant les principes de la microchirurgie, c'est la coeliomicrochirurgie préconisée par C.KOH..

Pour les lésions du segment proximal de la trompe de bon pronostic aucune méthode ne détrône encore la microchirurgie par laparotomie. En effet, nous obtenons 75% de grossesse intrautérine (356 patientes/475 opérées) dont 68% avec enfant vivant (323/475 opérées) et seulement 4% de grossesse extrautérine (20/475 opérées).

Pour les lésions tubaires distales de bon pronostic, le taux de grossesse avec enfant vivant se situe entre 22 et 33% en coeliochirurgie ; alors que nous obtenons en microchirurgie par laparotomie 80% de grossesse (210/263 opérées) dont 75,6% avec enfant vivant (199/263) et seulement 10 G.E.U. (3,8%) en cas de fimbrioplastie. Quant à la salpingonéostomie, le taux de grossesse est de 60% (146/244 opérées) dont 55% avec enfant vivant (134/244) et 6,5% de G.E.U. (16/244). La différence est due peut être au fait qu'en coeliochirurgie on utilise trop de coagulation monopolaire et on ne maîtrise pas parfaitement les techniques de suture avec des fils de 8/0 et 7/0, parfois on n'utilise même pas de suture.

Pour les réanastomoses tubaires, en microchirurgie par laparotomie, le taux de grossesse est de 84,8% (386/455 opérées) dont 80% avec enfant vivant (364/455) et 1,5% de G.E.U. (7/455). En coeliomicrochirurgie C.KOH arrive à obtenir 73 à 75% de grossesse avec enfant vivant, les résultats sont donc comparables mais le taux de G.E.U. est en général plus élevé (entre 3 et 8%) en coeliomicrochirurgie car malgré tout la perfection technique est meilleure en laparotomie.

### **CONCLUSIONS :**

Il reste toujours de la place pour la microchirurgie tubaire par laparotomie, ce sont les Jeunes qui ne veulent plus apprendre !!! Il reste à espérer que l'introduction du robot, l'amélioration de l'instrumentation de la robotique, surtout l'amélioration de la technique de suture pourront faire progresser la coeliomicrochirurgie.

## QUAND FAUT – IL OPERER UNE PATIENTE ATTEINTE D'ENDOMETRIOSE EXTERNE ? STRATEGIE THERAPEUTIQUE

D. K. TRAN ( NICE – FRANCE )

### GENERALITES :

L'endométriiose est une MALADIE CHRONIQUE, CYCLIQUE et EVOLUTIVE donc RECIDIVANTE et INFLAMMATOIRE. Toute stratégie thérapeutique correcte des conséquences de la maladie : infertilité et douleurs pelviennes, doit tenir compte de l'ensemble de ces quatre facteurs.

### LES CARACTERISTIQUES DE L'ENDOMETRIOSE EXTERNE :

Les multiples localisations de l'endométriiose externe : péritonéales, ovariennes, adhérentielles, tubaires, espace rectovaginal ne doivent pas être assimilées à des tumeurs bénignes qu'on doit enlever mais ce sont les localisations d'une maladie péritonéale, peut-être immunologique, avec retentissement sur l'état général et psychologique de la patiente. On doit traiter la maladie dans son ensemble et ne pas se contenter de l'exérèse de ces multiples « tumeurs ».

L'endométriiose est une MALADIE CYCLIQUE donc CHRONIQUE et EVOLUTIVE. En effet les implants n'ont pas le temps d'être neutralisés naturellement par les défenses de l'organisme qui mettent plus longtemps que le cycle de 28/30 jours, et d'autres implants arrivent au cycle suivant, les lésions ne peuvent pas cicatrifier et s'ajoutent les unes aux autres ; ainsi de mois en mois et d'année en année, se constitue un ensemble de lésions chroniques et de plus en plus évolutives. Une étude d'une équipe de LILLE (D. HUBERT, J.L. LEROY) démontre que les facteurs de pronostic ne sont pas liés aux stades de l'AFS (ASRM), mais à l'âge de la patiente, à l'ancienneté de la maladie, à l'atteinte tubaire et au facteur masculin associé. Avant d'envisager tout acte chirurgical il faut interrompre le cycle pour aider l'organisme à lutter contre cette agression répétée du péritoine par la résorption et la cicatrisation spontanées.

L'endométriiose est une maladie INFLAMMATOIRE : Cette notion a été signalée par HALME J.K., TERAKAWA N. & HARADA T. au congrès de YOKOHAMA en 1996. Le G.E.E. (Groupe d'étude de l'endométriiose) a démontré dans son étude épidémiologique des années 1984-1986 que le facteur inflammatoire était d'autant plus important que le stade de l'endométriiose était plus élevé. En conséquence, une endométriiose découverte par la coelioscopie ne doit être opérée immédiatement dans le même temps car l'ETAT INFLAMMATOIRE constitue une contre-indication immédiate (mais temporaire) de tout acte chirurgical, il faut d'abord interrompre le cycle, traiter éventuellement l'inflammation et opérer secondairement. Si cette contre-indication n'est pas respectée, la chirurgie peut entraîner deux graves conséquences : la récurrence et la formation des ADHÉRENCES avec la chirurgie itérative des récurrences et la DESTRUCTION DES TISSUS FONCTIONNELS : trompes et ovaires. De multiples travaux ont noté la RECIDIVE, en cas de CHIRURGIE ISOLEE dans 15 à 36% en 1 an et 33 à 64% en 5 ans. Par contre la chirurgie pratiquée après une préparation médicale de 3 à 6 mois montre plus d'efficacité (AUDEBERT A. – DESCAMPS P.). Le comité de pratique médicale de l'ASRM (American Society of Reproductive Medicine) préconise, en 2004, un traitement médical préopératoire pour interrompre le cycle, réduire l'inflammation, la taille des implants et la vascularisation et ainsi réduire le risque hémorragique de la chirurgie et le risque d'adhérences postopératoires.

De nombreux travaux ont en effet signalé le risque adhérentiel (des interventions répétées aussi bien en laparotomie qu'en coelioscopie des récidives) qui peut rendre stérile définitivement une patiente qui était seulement infertile au départ : SCAR GROUP en 2004 – JASON D. & PARKER en 2005, Gere S. di ZEREGA en 2007 par exemple. L'équipe de Clermont Ferrand (2006) a récemment préconisé l'arrêt de l'intervention lorsqu'on se trouve dans un pelvis apparemment inopérable, mais c'est déjà trop tard, il fallait prendre la décision de ne pas opérer en territoire inflammatoire avant tout geste d'adhésiolyse. Le risque de DESTRUCTION des tissus fonctionnels que sont les trompes et les ovaires est lié soit à l'exérèse des tissus fonctionnels normaux car il n'y a pas toujours un plan de clivage net entre l'implant et le tissu normal soit à l'excessive destruction des tissus par l'arme de destruction massive constituée par l'électrocoagulation. Ce risque a été signalé d'abord par WILLIAMW C.M. (1998), par HUANG HY (1997) puis par LOH F.H. (1999), par BUSACEA (2006) et de nombreux autres auteurs. Cette destruction tissulaire peut obstruer les trompes et surtout rendre les ovaires en état de ménopause précoce.

### QUELLE PEUT ETRE LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE ?

Il faut d'abord faire un inventaire très précis des lésions en utilisant toutes les données cliniques (douleurs et retentissement psychologique – infertilité – âge – ancienneté des lésions – facteur masculin...), paracliniques (échographie, IRM, coelioscopie, marqueurs biologiques éventuels...). Il faut traduire toutes ces données sur un diagramme simple mais précis pouvant dicter une conduite thérapeutique.

La classification universellement utilisée de l'ASRM (anciennement AFS puis rAFS) n'est pas assez descriptive car utilisant des coefficients choisis de façon arbitraire, dans un même stade on peut avoir des lésions très différentes, ainsi elle ne peut pas avoir une valeur pronostique et on ne peut pas connaître de façon précise les lésions (sauf si on se réfère aux schémas), et savoir ce qu'on doit traiter. La classification FOATI du G.E.E. permet d'avoir une description précise des localisations en utilisant le principe de la classification T.N.M. des tumeurs, en utilisant dans les coefficients, non pas un score arbitraire, mais la notion de fonction (perméabilité tubaire, mobilité des annexes, fonction ovarienne...) et l'influence des lésions sur ces fonctions ; de plus on introduit de nouveaux facteurs : inflammation et lésions de l'espace recto-vaginal. Elle a été révisée en 2007/2008, par la simplification des coefficients en 0-1-2 : 0 désignant l'absence des lésions, 2 désigne une lésion importante pouvant expliquer soit l'infertilité soit la douleur donc ayant une valeur pronostique certaine et 1 une lésion intermédiaire présente mais n'ayant pas nécessairement une valeur pronostique. Cette classification dresse une cartographie précise des lésions en utilisant tous les moyens de diagnostic, possède une valeur pronostique certaine, elle permet de décrire toutes les lésions par une formule simple qui permet la comparaison entre les différentes patientes, un échange facile des dossiers entre les gynécologues même lorsqu'ils sont dans des continents différents sans utiliser trop de mémoire d'ordinateur, et aussi une comparaison entre le stade précédant le traitement et l'aspect post-thérapeutique permettant ainsi de juger de l'efficacité des différentes méthodes thérapeutiques.

### COMMENT PEUT ON CONCEVOIR LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE ?

Lorsque l'inventaire des lésions montre l'existence de facteurs mécaniques ayant une influence certaine sur la fertilité ou la douleur : A2, T2, RVS1 ou 2, O2, la chirurgie est nécessaire mais il faut un traitement médical préopératoire de 3 à 6 mois, donc la chirurgie se fera dans un deuxième temps après le temps diagnostique de la coelioscopie. La chirurgie

des lésions de l'espace recto-vaginal doit être une chirurgie multidisciplinaire avec la participation des chirurgiens digestifs et des urologues, elle se fait le plus souvent par coelioscopie en un seul temps car dans ce cas exceptionnel les explorations préopératoires sont déjà très précises et que le traitement préopératoire n'est peut être pas nécessaire car selon Donnez il s'agit d'un autre type d'endométriose et qu'il s'agit ici d'une chirurgie d'exérèse. La chirurgie tubaire doit être une microchirurgie par laparotomie car il s'agit le plus souvent de lésions du segment proximal de la trompe. La chirurgie ovarienne peut se faire par coelioscopie ou par laparotomie mais toujours avec les principes de la microchirurgie en évitant au maximum la coagulation et en utilisant des sutures avec des fils de petit calibre 6/0 ou 7/0. Il faut continuer le traitement suspensif en période post-opératoire. Si la femme désire une grossesse il faut stimuler les ovaires à la reprise du cycle pour essayer d'obtenir une grossesse avant la reprise des lésions. Si la femme ne désire pas une grossesse dans l'immédiat il faut utiliser les progestatifs ayant une action atrophiante sur l'endomètre jusqu'à ce qu'elle désire faire une grossesse et stimuler ses ovaires à ce moment.

Lorsque l'inventaire ne montre aucun facteur mécanique ayant une valeur pronostique certaine (coefficient 0 ou 1), le traitement est médical. Il comprend d'abord un traitement suspensif pendant 3 à 6 mois, puis une stimulation ovarienne pour 2 raisons : premièrement les femmes endométriosiques sont moins fertiles que les femmes normales, deuxièmement il faut gagner du temps, c'est-à-dire obtenir une grossesse avant la reprise des lésions. Si la femme ne désire pas dans l'immédiat une grossesse, il faut utiliser aussi des progestatifs ayant une action atrophiante sur l'endomètre..

#### PEUT ON MIEUX FAIRE ?

Les facteurs de mauvais pronostic sont surtout l'âge des patientes et l'ancienneté des lésions. Il faut donc faire un diagnostic très précoce avant le stade douleurs chroniques ou infertilité, Nous pensons qu'il faut faire des explorations avancées allant même jusqu'à la coelioscopie chez les jeunes femmes ayant des dysménorrhées et des dyspareunies. Si l'endométriose est diagnostiquée, il s'agit le plus souvent de lésions sans facteur mécanique, il faut traiter médicalement ces patientes jusqu'au moment où elles désirent une grossesse. Il existe un cas particulier, c'est l'endométriome ovarien n'atteignant pas encore le coefficient 2, le traitement médical ne peut pas faire disparaître ce genre de lésion, nous pensons qu'il faut opérer quand même ces patientes après 3 mois de traitement suspensif, poursuivre le traitement suspensif après l'intervention, et prolonger par les progestatifs. On peut ainsi éviter l'aggravation de l'endométriose.

#### CONCLUSIONS

La maladie endométriosique est une maladie complexe, la stratégie thérapeutique doit être réfléchie. Le traitement doit être une association médicochirurgicale avec surtout un traitement suspensif préopératoire. Au cas où la chirurgie est indispensable, elle doit réussir dès la première fois car la chirurgie itérative entraîne des dégâts irréversibles.



## **LA COELIOCHIRURGIE CONSERVATRICE ET REPARATRICE DES ANNEXES DOIT ETRE ATRAUMATIQUE**

**D.K. TRAN** ( Nice – France )

### **GENERALITES :**

En cas de chirurgie d'exérèse, la coeliochirurgie constitue actuellement la voie d'abord idéale et les techniques coeliochirurgicales peuvent être considérées comme des techniques de référence. Mais dans le cas de la chirurgie conservatrice et réparatrice des annexes, les techniques habituellement utilisées ne peuvent pas encore être considérées comme des techniques à traumatisme minimal de l'organisme..

**LA COELIOCHIRURGIE CONSERVATRICE ET REPARATRICE DES ANNEXES EST-ELLE UNE CHIRURGIE A TRAUMATISME MINIMAL ?**

La réponse est oui pour les suites opératoires immédiates : réduction de la douleur, lever précoce, reprise rapide du transit, réduction de la durée de l'hospitalisation... Mais ces progrès sont liés aussi et surtout aux progrès de l'anesthésie qui gère mieux la douleur et les troubles du transit en période postopératoire. En effet on constate presque les mêmes progrès en laparotomie..

La réponse est beaucoup moins affirmative quant aux conséquences postopératoires à long terme. En effet les techniques habituellement utilisées actuellement exposent à deux risques : la formation des adhérences et la destruction des tissus fonctionnels : trompe et ovaire.

La formation des adhérences postopératoires est due aux gestes d'adhésiolyse en période infectieuse ou inflammatoire (en cas d'endométriose évolutive) car la plupart des coeliochirurgiens veulent régler tous les problèmes en un seul temps opératoire et oublient qu'une des règles fondamentales de la chirurgie des annexes a toujours été la contre-indication absolue (mais temporaire) en cas de lésions infectieuses ou inflammatoires encore évolutives. Elle peut être due aussi à l'imperfection des gestes chirurgicaux créant des traumatismes du péritoine. : dilacération des tissus entraînant un risque hémorragique qui ne se manifeste pas en période d'hyperpression mais qui peut survenir après l'exsufflation, dessiccation des séreuses, ischémie et nécrose tissulaire par une excessive coagulation, absence de repéritonisation des zones pathologiques cruentées qui vont créer des adhérences avant que ne survienne la cicatrisation spontanée du péritoine. Le phénomène de formation des adhérences après agression du péritoine a été déjà bien décrit dans le schéma de THOMPSON J.N. (1995). Divers auteurs ont noté la formation des adhérences postopératoires en coeliochirurgie : DIAMOND M.P. (1991), JANSEN, LUNDORFF (1991) etc.... Des études expérimentales ont aussi démontré qu'il existait autant d'adhérences postopératoires en coeliochirurgie qu'en laparotomie (FILMAR en 1987, MARAMA en 1994...). Le SCAR GROUP écossais, dans une étude rétrospective de 24046 patientes, a écrit en 2004 qu'il y avait autant d'adhérences après coelioscopie qu'après laparotomie.

La destruction tissulaire peut se voir aussi avec les techniques habituellement utilisées en coeliochirurgie. Dans une série de 412 patientes opérées par les équipes de garde avec conservation de la trompe, suivies par la suite pour infertilité, entre 1993 et 2003, l'hystérosalpingographie montre une obstruction totale ou partielle du site opératoire dans 55% des cas. Toutes ces trompes ont été ouvertes par le crochet monopolaire au moment de

l'extraction de l'œuf. Dans les séries de chirurgie distale coelioscopique, le taux de grossesse intrautérine ne dépasse pas 33%, alors qu'avec la microchirurgie par laparotomie, nous arrivons à 55% de grossesse intrautérine avec enfant vivant en cas de salpingonéostomie. La destruction du tissu fonctionnel de l'ovaire a été signalée par WILLIAMS C.M. en 1998, par HUANG HY en 1997, par LOH F.H. en 1999 et aussi par BUSACEA en 2006.

#### COMMENT FAIRE POUR RENDRE LA COELIOCHIRURGIE CONSERVATRICE ET REPARATRICE MOINS TRAUMATIQUE ?

Il faut d'abord respecter les contre-indications (souvent temporaires) du geste chirurgical : ne pas opérer en terrain infectieux ou inflammatoire évolutif : par exemple le cas de l'endométriose sans préparation médicale. Pour les coeliochirurgiens, il faut admettre la notion de chirurgie en 2 temps : la coelioscopie diagnostique, le traitement médical puis la deuxième intervention réparatrice des trompes ou des ovaires.

Il faut ensuite restreindre au maximum l'utilisation de l'arme de destruction massive constituée par l'électrocoagulation : ne pas ouvrir la G.E.U. avec le crochet mais avec une pointe fine, ne pas coaguler l'ovaire mais savoir suturer un ovaire qui saigne... il faut savoir en fait opérer en coeliochirurgie avec les principes de la microchirurgie : maniement doux et atraumatique des tissus, hémostase soignée mais élective (on ne doit coaguler que les vaisseaux qui saignent et non les tissus environnants), éviter le dessèchement surtout des séreuses, maîtriser la technique de suture utilisant des fils à résorption lente de fin calibre 8/0, 7/0 pour les trompes, 6/0 pour les ovaires et le péritoine, enlever les tissus nécrosés par la coagulation pour éviter la mobilisation des cellules de résorption, repéritoniser les surfaces cruentées pathologiques car les adhérences vont se faire avant la restauration du péritoine si la zone déperitonisée est trop vaste. Cet appel de l'utilisation des principes de microchirurgie a été préconisé par le groupe SCAR en 1997, par CANIS en 2001, et plus récemment par le comité de pratique médicale de l'ASRM ( American Society of Reproductive Medecine) en 2007.

#### CONCLUSIONS:

La coeliochirurgie conservatrice et réparatrice des annexes doit être pratiquée avec les règles de la chirurgie minimale invasive, c'est-à-dire pratiquée avec les principes de la microchirurgie. Elle doit cesser d'être une chirurgie de paria, de faisabilité, pour devenir adulte afin de faire bénéficier aux patientes tous les avantages de cette merveilleuse voie d'abord.

**CHUYÊN ĐỀ**  
**UNG THƯ PHỤ KHOA**

## **ĐỊNH DANH HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) Ở PHỤ NỮ CÓ KẾT QUẢ PHẾT MỎNG CỔ TỬ CUNG BẤT THƯỜNG**

**BS CKII Phạm Việt Thanh, bệnh viện Từ Dũ**

### **TÓM TẮT**

Nhiễm Human Papillomavirus (HPV) là điều kiện cần để gây ra ung thư cổ tử cung (UTCTC). Nghiên cứu thực hiện xét nghiệm phát hiện nhiễm HPV và định danh các týp HPV ở phụ nữ có kết quả phết mỏng tế bào cổ tử cung (CTC) bất thường góp phần làm tăng hiệu quả chương trình tầm soát UTCTC.

**MỤC TIÊU:** xác định tỉ lệ nhiễm HPV, các týp HPV ở các phụ nữ có kết quả phết mỏng cổ tử cung (PMCTC) bất thường theo phân loại Bethesda 2001. Xác định một số yếu tố liên quan đến nhiễm HPV.

**PHƯƠNG PHÁP:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện ở 488 phụ nữ tuổi từ 18 trở lên có kết quả PMCTC bất thường (ASCUS, LSIL, HSIL, AGUS), đồng ý tham gia nghiên cứu. Các phụ nữ được phỏng vấn bằng bảng câu hỏi soạn sẵn và thực hiện xét nghiệm định danh HPV DNA. Kỹ thuật xét nghiệm nhiễm HPV và định danh HPV được sử dụng trong nghiên cứu là HPV-DNA PCR ELISA. Mức độ phù hợp của kỹ thuật này so với giải trình tự gen đạt trên 90%.

**KẾT QUẢ:** Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có kết quả Pap's bất thường: ASCUS (46,1%), LSIL (36,7%), HSIL (16,0%), AGUS (1,2%). Tỉ lệ nhiễm HPV tính chung trong nhóm nghiên cứu là 62,1%, trong đó nhiễm HPV týp nguy cơ cao lên đến 53,1%. Trong dân số nhiễm HPV, 51,2% là đơn týp và 48,8% là đa týp. Nhiễm HPV týp 16 chiếm tỉ lệ cao nhất 33,0%, kế đến là HPV týp 6/11 là 17,8% và HPV týp 18 là 12,3%. Tỉ lệ nhiễm HPV (nguy cơ cao và nguy cơ thấp) trong nhóm tổn thương ASCUS là 53,8%, trong nhóm LSIL là 64,2%, HSIL là 84,6% và AGUS 16,7%. Tỉ lệ nhiễm HPV týp nguy cơ cao trong nhóm tổn thương ASCUS là 43,6%, trong nhóm LSIL là 54,1%, HSIL là 80,8% và AGUS 16,7%. Mang thai trên 2 lần làm tăng nguy cơ nhiễm HPV týp nguy cơ cao lên 2.4 lần so với chưa mang thai [OR=2,4 (1,4-4,2)].

**KẾT LUẬN:** Nhiễm HPV týp nguy cơ cao tăng theo mức độ nặng ở nhóm tổn thương tiền ung thư. Do đó xét nghiệm định danh HPV giúp định hướng theo dõi các trường hợp phết mỏng CTC bình thường nhưng kết quả cho biết nhiễm týp nguy cơ cao.

# HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) GENOTYPING IN WOMEN WITH ABNORMAL PAP'S RESULTS

Pham Viet Thanh <sup>1</sup>

## ABSTRACT

Human Papillomavirus (HPV) is the main cause of cervical cancer. Study on HPV genotype in women with abnormal Pap's will enhance the effective of cervical cancer screening program.

**AIMS:** Determining HPV infection prevalence and HPV genotype in women with abnormal Pap smear result.

**METHODS:** A cross-sectional study was conducted on 488 women with age over 17 years old who had abnormal Pap's including ASCUS, LSIL, HSIL and AGUS classified by Bethesda system 2001. All the recruited subjects were interviewed and taken cervical samples for HPV genotyping. HPV DNA PCR-ELISA technique was used to genotype HPV type. The corresponding rate of this technique is more than 90% in compared with HPV sequencing.

**RESULTS:** The prevalence of abnormal Pap's distributed in ASCUS (46.1%), LSIL (36.7%), HSIL (16.0%) and AGUS (1.2%). 62.1% of participants have been infected with HPV. The percentage of women who is infected with one type of HPV and more than one type 51,2% and 48,8%, respectively. Oncogenic or high risk types are involved in 53.1% of them. The most common types are HPV16, HPV6/11 and HPV 18 with the rate of 32.6%, 17.8% and 11.9%, respectively. The high risk HPV infection rate among ASCUS, LSIL, HSIL and AGUS is 43.6%, 54.1%, 80.8% and 16.7%, respectively. Being pregnant more than 2 times is the risk HPV infection [OR=2.4 (1.4-4.2)].

**CONCLUSIONS:** The high risk HPV infection rate is increased with cancerous precursor lesions. HPV genotyping is useful for follow-up women with normal Pap's, but being infected with high risk HPV .

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

HPV hiện nay là một trong những tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục thường gặp nhất<sup>[15]</sup>. HPV là điều kiện cần gây ra UTCTC. Khi nhiễm bệnh, HPV sẽ tương tác với cơ thể ký chủ thông qua gắn kết HPV DNA vào gen tế bào, phá hủy chu trình sinh lý bình thường gây bất ổn định về gen. Hậu quả làm tế bào biến đổi bất thường và tiếp tục sản sinh các dòng tế bào bất thường khác, gây ra hiện tượng tân sinh trong biểu mô CTC. Các nghiên cứu cho biết 60-80% các trường hợp nhiễm HPV thoát qua, biến mất trong vòng 8-10 tháng và hết hẳn trong vòng 2 năm<sup>[6],[3],[5]</sup>. Các trường hợp nhiễm HPV kéo dài có xu hướng phát triển theo hướng tân sinh biểu mô CTC và chuyển sang UTCTC<sup>[12]</sup>. Nhiễm HPV týp nguy cơ thấp thường gây ra tổn thương lành tính trong khi HPV týp nguy cơ cao gây UTCTC. 70% các trường hợp UTCTC do HPV 16,18 gây ra. Việc định danh HPV ở các phụ nữ có phết mỏng CTC bất thường giúp các nhà lâm sàng theo dõi và xử trí hiệu quả hơn trong công tác tầm soát UTCTC. Chính vì vậy, ***Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu xác định tỉ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ có kết quả PMCTC bất thường.***

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang. Các phụ nữ đến khám phụ khoa định kỳ tại bệnh viện Từ Dũ có kết quả PMCTC (Pap's) bất thường: ASCUS, LSIL, HSIL, AGUS được giải thích mời tham gia vào nghiên cứu. Xét nghiệm Pap's được đọc theo hệ thống phân loại Bethesda 2001. Một BS chuyên về tế bào đọc kiểm tra lại các mẫu phết mỏng CTC để xác nhận đúng tổn thương. Tiêu chuẩn chọn đối tượng vào mẫu nghiên cứu bao gồm: (1) có kết quả Pap's bất thường, (2) tuổi 18 – 65, (3) đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi mẫu bao gồm: (1) đang mang thai, (2) đang mắc các bệnh lý ung thư, (3) đã được điều trị cắt tử cung, đốt hoặc khoét chóp, (4) tâm thần hoặc giao tiếp

không bình thường. Tổng cộng có 488 phụ nữ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Các phụ nữ này được phỏng vấn bằng bảng câu hỏi soạn sẵn có nội dung liên quan đến nhân khẩu, xã hội học. Các phỏng vấn viên đã được huấn luyện sử dụng bảng câu hỏi thu thập thông tin.

Đối tượng đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được thực hiện xét nghiệm định danh HPV bằng phương pháp HPV PCR ELISA. Kỹ thuật này đã được kiểm tra với xét nghiệm giải trình tự gen (Sequencing) cho kết quả phù hợp > 90%. Khi đưa vào phân tích, dân số nghiên cứu sẽ được phân nhóm có nhiễm HPV týp nguy cơ cao và (nguy cơ thấp+không nhiễm). Các týp HPV nguy cơ cao phát hiện trong xét nghiệm HPV PCR ELISA bao gồm: 16,18,31,33,35,39,45,58. Phần mềm xử lý và phân tích số liệu sử dụng STATA 8.0.

## I. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 06/2006 đến tháng 06/2007 có tổng cộng 488 phụ nữ thỏa điều kiện tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ phân loại kết quả PMCTC bất thường xuất hiện ở các trường hợp nghiên cứu như sau: ASCUS (46.1%), LSIL (36.7%), HSIL (16.0%) và AGUS (1.2%). Tuổi trung bình của phụ nữ tham gia nghiên cứu là  $40,3 \pm 9,2$  tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 41-50 chiếm tỉ lệ cao nhất 40,4%. 55,5% đối tượng nghiên cứu sống ở các tỉnh thành khác ngoài TP.HCM.

Tỉ lệ nhiễm HPV tính chung là 62,1%. Trong số này, tỉ lệ nhiễm HPV týp nguy cơ cao là 53,1%, nguy cơ thấp 9,0% (xem bảng 3.1). Ở các phụ nữ bị nhiễm HPV, tỉ lệ nhiễm đơn týp HPV là 51,2% và đa týp là 48,8% (xem bảng 3.2).

**Bảng 3.1 Tỉ lệ nhiễm HPV ở các phụ nữ tham gia nghiên cứu**

	Tần số	Tỉ lệ%
<b>HPV (+)</b>	303	62,1
Týp nguy cơ cao	259	53,1
Týp nguy cơ thấp	44	9,0
<b>HPV (-)</b>	185	37,9
<b>Tổng số</b>	488	100,0

**Bảng 3.2 Tỉ lệ nhiễm HPV đơn týp và đa týp ở các phụ nữ tham gia nghiên cứu**

	Tần số	Tỉ lệ%*
<b>Nhiễm HPV đơn týp</b>	<b>155</b>	<b>51,2</b>
<b>Nhiễm HPV đa týp</b>	<b>148</b>	<b>48,8</b>
2 týp	81	26,7
3 týp	56	18,5
4 týp	5	1,7
5 týp	2	0,6
6 týp	4	1,3

\* Tỉ lệ được tính trên tổng số các trường hợp nhiễm HPV

Trong các týp HPV dương tính, HPV16 chiếm tỉ lệ cao nhất 33,0%, đứng thứ nhì là HPV6/11 với tỉ lệ 17,8% và kế tiếp là HPV18 12,3% (xem bảng 3.3).

**Bảng 3.3 Tỉ lệ lượt nhiễm các týp HPV ở phụ nữ tham gia nghiên cứu**

HPV týp	Tần số	Tỉ lệ%
16	159	33,0
18	58	12,3
31	27	5,9
33	30	6,1
35	28	6,1
39	13	2,7
45	03	0,6

58	39	8,0
6	87	17,8
11	87	17,8

Tổn thương PMCTC xuất hiện cao nhất ở nhóm tuổi 40-49. Tỷ lệ nhiễm HPV týp nguy cơ cao cũng cao ở nhóm tuổi này theo các loại tổn thương tế bào học (Bảng 3.4).

**Bảng 3.4 Phân bố tổn thương Pap's và nhiễm HPV týp nguy cơ cao theo tuổi các đối tượng nghiên cứu**

	Tuổi				
	< 20	20-29	30-39	40-49	≥ 50
<b>Pap's</b>					
ASCUS (%) HPV	1 (0%)	30 (36,7%)	68 (41,2%)	89 (49,4%)	37 (40,5%)
LSIL (%) HPV	1 (100%)	33 (39,4%)	48 (56,3%)	69 (58,0%)	28 (57,1%)
HSIL (%) HPV	-	7 (63,6%)	20 (90,0%)	35 (77,1%)	12 (91,7%)
AGUS (%) HPV	-	-	1 (0%)	4 (25,0%)	1 (0%)
TS (%) HPV	2 (50,0%)	74 (41,9%)	137 (53,3%)	197 (56,9%)	78 (53,8%)

Tỷ lệ nhiễm HPV và HPV týp nguy cơ cao tăng dần dần từ nhóm ASCUS đến HSIL. Riêng nhóm AGUS, tỷ lệ nhiễm HPV týp nguy cơ cao rất thấp. HPV týp nguy cơ thấp không phân bố đặc hiệu theo tổn thương (Bảng 3.5)

**Bảng 3.5 Tổn thương Pap's và tỷ lệ nhiễm HPV**

	NC cao	NC Thấp	Âm tính	Tổng số
<b>Pap's</b>				
ASCUS (%) ASCUS	98 (43,6%)	23 (10,2%)	104 (46,2%)	225 (100%)
LSIL (%) LSIL	107 (54,1%)	18 (10,1%)	64 (35,8%)	179 (100%)
HSIL (%) HSIL	63 (80,7%)	3 (3,8%)	12 (15,5%)	78 (100%)
AGUS (%) AGUS	1 (16,7%)	0	5 (83,3%)	6 (100%)
Tổng (%)	216 (44,2%)	44 (9,0%)	185 (37,9%)	488 (100%)

Chúng tôi phân tích mối các liên quan với nhiễm HPV nguy cơ cao, mang thai 3 lần trở lên hoặc sinh nhiều con có liên quan với nhiễm HPV týp nguy cơ cao. Các yếu tố khác: nơi cư ngụ, bạn tình, sử dụng thuốc ngừa thai uống, hút thuốc, tuổi giao hợp lần đầu, tiền căn viêm sinh dục 2 vợ chồng không có liên quan với nhiễm HPV týp nguy cơ cao (Bảng 3.6).

**Bảng 3.6. Các yếu tố liên quan đến nhiễm HPV týp nguy cơ cao**

Yếu tố	Nhiễm HPV	Nhiễm HPV týp NC thấp	OR	p
--------	-----------	-----------------------	----	---

	týp NC cao	hoặc không nhiễm		
<b>Tuổi</b>				
≤ 29	32	44	1	
30-39	73	64	1,6(0,9-2,8)	0,119
40-49	112	85	1,8(1,1-3,1)	0,030
≥ 50	42	36	1,6(0,8-3,0)	0,146
<b>Trình độ học vấn</b>				
≤ cấp I	40	46	1	
Cấp II	92	67	1,6(0,9-2,6)	0,090
Cấp III	76	81	1,1(0,6-1,8)	0,777
Cao đẳng	26	16	1,9(0,9-3,9)	0,104
Đại học, sau ĐH	25	19	1,5(0,7-3,1)	0,267
<b>Số lần mang thai</b>				
0				
1-2	27	43	1	
> 2	86	90	1,5(0,9-2,7)	0,145
	146	96	2,4(1,4-4,2)	0,001
<b>Số con</b>				
0	55	64	1	
1-2	122	117	1,2(0,8-1,9)	0,390
>2	82	48	1,9(1,2-3,3)	0,008

Sau khi phân tích hồi qui đa biến, chỉ còn yếu tố mang thai > 2 lần có liên quan với nhiễm HPV týp nguy cơ cao [OR=1,5 (1,1-2,1)] (không trình bày bảng).

### 3. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nhiễm HPV trong nghiên cứu chúng tôi là 62,1% (HPV týp nguy cơ cao 53,1%), thấp hơn trong nghiên cứu tác giả Vũ Thị Nhung (2007)<sup>[2]</sup> và cao hơn một số tác giả khác (Bảng 4.1). Tỉ lệ nhiễm HPV trong các nghiên cứu khác nhau do quần thể dân số nghiên cứu khác nhau và tỉ lệ % các loại tổn thương trong PMCTC khác nhau. Nếu tổn thương nghiên về phía HSIL nhiều thì tỉ lệ nhiễm HPV sẽ tăng lên và ngược lại.

**Bảng 4.1 So sánh tỉ lệ nhiễm HPV với các nghiên cứu khác**

Nghiên cứu	Dân số Nghiên cứu	Tỉ lệ nhiễm HPV (%)
Takazawa A (1992) <sup>[14]</sup>	CIN, UTCTC	32,0
Zhao Li (2001) <sup>[17]</sup>	CIN, UTCTC	41,0
Alice Lytwyn (2000) <sup>[8]</sup>	Pap's bất thường	54,3
Leslie R. Rowe (2004) <sup>[11]</sup>	Pap's bất thường	78,8
Vũ Thị Nhung (2007) <sup>[2]</sup>	Pap's bất thường	73,6
Lê Minh Nguyệt (2002) <sup>[1]</sup>	CIN, UTCTC	35,4
Phạm Việt Thanh (2007)	Pap's bất thường	62,1

Trong NC chúng tôi thực hiện, tỉ lệ nhiễm HPV16 cao nhất, kết quả này phù hợp với các tác giả khác trong khu vực (Bảng 4.2). Týp 16 là týp thường gặp nhất trên thế giới với tỉ lệ dao động xung quanh 50% trong khi týp 18 xuất hiện với tỉ lệ thấp hơn vào khoảng 6,6-11,9%.



**Bảng 4.2 So sánh tỉ lệ nhiễm HPV với các nghiên cứu khác**

Týp HPV	16	18
Vũ Thị Nhung <sup>[2]</sup>	22,65	6,6
Shalini L Kulasingam <sup>[7]</sup>	28,7	8,4
Phạm Việt Thanh (2007)	33,0	12,3

Tỉ lệ nhiễm HPV týp nguy cơ cao cao nhóm tuổi 40-49 và cao nhất ở nhóm tổn thương HSIL. Điều này có giá trị trong tầm soát và theo dõi các trường hợp tân sinh biểu mô CTC vì phần lớn ở nhóm tuổi này khi nhiễm HPV týp nguy cơ cao, khả năng tiến triển sang UTCTC cao (Bảng 3.4).

Trong nhóm tổn thương ASCUS, tỉ lệ HPV (+) là 53,8% thấp hơn tác giả Vũ Thị Nhung (2007) <sup>[2]</sup> là 76,5% và cao hơn Shalini L Kulasingam <sup>[7]</sup> là 35,7% (Bảng 4.3). Tỉ lệ nhiễm HPV trong nhóm tổn thương ASCUS có khả năng khác nhau do tỉ lệ thoái triển bệnh ở mỗi quần thể nghiên cứu hay ít.

**Bảng 4.3 Tỉ lệ nhiễm HPV trong nhóm tổn thương ASCUS**

ASCUS	Tỉ lệ nhiễm HPV (%)
Vũ Thị Nhung (2007) <sup>[2]</sup>	76,5
Castle et al (2006) <sup>[4]</sup>	62,0
Solomon D (2001) <sup>[13]</sup>	50,6
Shalini L Kulasingam (2002) <sup>[7]</sup>	35,7*
Monsonogo et al (2006) <sup>[9]</sup>	48,0%*
Lesie R. Rowe (2004) <sup>[11]</sup>	40,2**
Phạm Việt Thanh (2007)	53,8

\* Nhiễm HPV týp nguy cơ cao.

\*\* Pap's thực hiện bằng kỹ thuật Thin Prep

Tỉ lệ HPV (+) ở nhóm tổn thương LSIL là 64,2% thấp hơn tác giả Vũ Thị Nhung (2007) <sup>[2]</sup> là 69,6% và cao hơn Shalini L Kulasingam <sup>[7]</sup> và một số tác giả ngoài nước (Bảng 4.4).

**Bảng 4.4 Tỉ lệ nhiễm HPV trong nhóm tổn thương LSIL**

LSIL	Tỉ lệ nhiễm HPV (%)
Vũ Thị Nhung (2007) <sup>[2]</sup>	69,6
Castle et al (2006) <sup>[4]</sup>	62,0
Shalini L Kulasingam (2002) <sup>[7]</sup>	64,4*
Monsonogo et al (2006) <sup>[9]</sup>	76,3%*
Lesie R. Rowe (2004) <sup>[11]</sup>	88,6**
Phạm Việt Thanh (2007)	64,2

Tổn thương LSIL là một dấu hiệu chỉ điểm nhiễm HPV, một nghiên cứu đa phân tích meta-analysis gần đây cho biết tỉ lệ nhiễm HPV ở nhóm LSIL lên đến 76,6%. Trong khi đó khả năng phát hiện tổn thương trên soi CTC từ CIN2 trở lên ở lần soi đầu tiên dao động từ 12-16% <sup>[16]</sup>. Do đó thực hiện xét nghiệm định danh HPV có vai trò quyết định cần theo dõi sát các trường hợp Pap's có kết quả soi CTC bình thường hay không.

Tỉ lệ nhiễm HPV ở nhóm tổn thương HSIL là 84,5%, kết quả này cũng gần phù hợp với các nghiên cứu khác (Bảng 4.5).

**Bảng 4.5 Tỉ lệ nhiễm HPV trong nhóm tổn thương HSIL**

HSIL	Tỉ lệ nhiễm HPV (%)
Vũ Thị Nhung (2007) <sup>[2]</sup>	70,0
Castle et al (2006) <sup>[4]</sup>	94,0
Ronnet BM (1999) <sup>[10]</sup>	89-93
Shalini L Kulasingam (2002) <sup>[7]</sup>	82,0

Khi phân tích đơn biến các yếu tố liên quan, nhóm tuổi 41-50 làm tăng nguy cơ nhiễm HPV nguy cơ cao lên 1,8 lần so với nhóm tuổi  $\leq 29$  tuổi (Bảng 3.6). Điều này cho thấy ở nhóm tuổi này khả năng UTCTC sẽ tăng cao vì nguy cơ nhiễm HPV tít nguy cơ cao tăng lên. Mang thai trên 2 lần và sinh trên 2 con đều làm tăng nguy cơ nhiễm HPV tít nguy cơ cao lên so với chưa mang thai hoặc chưa sinh lần nào (Bảng 3.6). Mối liên quan giữa tình trạng sinh nhiều và nhiễm HPV vẫn còn có nhiều giả thuyết: sinh đẻ nhiều lần tạo ra các sang chấn đường sinh dục làm tăng tình trạng viêm nhiễm, đề kháng với HPV. Ngoài ra mang thai nhiều lần và sinh đẻ nhiều, đường ranh giới giữa biểu mô gai và tuyến có khuynh hướng lộ ra ngoài nhiều tạo điều kiện dễ lây nhiễm HPV hơn.

#### 4. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm HPV nói chung và HPV tít nguy cơ cao tăng dần theo phân loại tổn thương tế bào học trong PMCTC. Vì vậy, xét nghiệm định danh HPV khi kết hợp với PMCTC sẽ giúp theo dõi, có hướng xử trí phù hợp để phát hiện sớm UTCTC.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Lê Minh Nguyệt. (2002). "Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV với nghịch sản và ung thư cổ tử cung". *Luận án chuyên khoa cấp II chuyên ngành sản phụ khoa*.
- 2 Vũ Thị Nhung. (2007). "Liên quan giữa các tít HPV và các tổn thương tiền ung thư - ung thư cổ tử cung tại bệnh viện Hùng Vương". *Hội nghị sản phụ khoa Việt Pháp Châu Á Thái Bình Dương lần thứ VII*.
- 3 Brown, D. R., Shew, M. L., Qadadri, B., Neptune, N., Vargas, M., Tu, W., et al. (2005). A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. *J Infect Dis*, 191(2), 182-192.
- 4 Castle P. E., Sadorra M., Garcia F., Holladay E. B. & Kornegay J. (2006). "Pilot study of a commercialized human papillomavirus (HPV) genotyping assay: comparison of HPV risk group to cytology and histology". *J Clin Microbiol*, Vol 44(11), pp.3915-3917.
- 5 Giuliano, A. R., Harris, R., Sedjo, R. L., Baldwin, S., Roe, D., Papenfuss, M. R., et al. (2002). Incidence, prevalence, and clearance of type-specific human papillomavirus infections: The Young Women's Health Study. *J Infect Dis*, 186(4), 462-469.
- 6 Ho, G. Y. F., Bierman, R., Beardsley, L., Chang, C. J. & Burk, R. D. (1998). Natural History of Cervicovaginal Papillomavirus Infection in Young Women. *N Engl J Med*, 338(7), 423-428.
- 7 Kulasingam S. L., Hughes J. P., Kiviat N. B., Mao C., Weiss N. S., Kuypers J. M., et al. (2002). "Evaluation of human papillomavirus testing in primary screening for cervical abnormalities: comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral". *Jama*, Vol 288(14), pp.1749-1757.
- 8 Lytwyn Alice, Sellors John W., Mahony James B., Daya Dean, Chapman William, Ellis Noella, et al. (2000). "Comparison of human papillomavirus DNA testing and repeat Papanicolaou test in women with low-grade cervical cytologic abnormalities: a randomized trial". *CMAJ*, Vol 163(6), pp.701-707.
- 9 Monsonogo J., Pintos J., Semaille C., Beumont M., Dachez R., Zerat L., et al. (2006). "Human papillomavirus testing improves the accuracy of colposcopy in detection of cervical intraepithelial neoplasia". *Int J Gynecol Cancer*, Vol 16(2), pp. 591-598.
- 10 Ronnett B. M., Manos M. M., Ransley J. E., Fetterman B. J., Kinney W. K., Hurley L. B., et al. (1999). "Atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS): cytopathologic features, histopathologic results, and human papillomavirus DNA detection". *Hum Pathol*, Vol 30(7), pp.816-825.

- 11 Rowe L. R., Aldeen W. & Bentz J. S. (2004). "Prevalence and typing of HPV DNA by hybrid capture II in women with ASCUS, ASC-H, LSIL, and AGC on ThinPrep Pap tests". *Diagn Cytopathol, Vol 30(6)*, pp.426-432.
- 12 Schlecht, N. F., Kulaga, S., Robitaille, J., Ferreira, S., Santos, M., Miyamura, R. A., et al. (2001). Persistent Human Papillomavirus Infection as a Predictor of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *JAMA, 286(24)*, 3106-3114.
- 13 Solomon D., Schiffman M. & Tarone R. (2001). "Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial". *J Natl Cancer Inst, Vol 93(4)*, pp.293-299.
- 14 Takazawa A, Inoue M & Saito J. (1992). "Detection of Human Papilloma Virus in exfoliated cervical cells using polymerase chain reaction". *Int J Gynaecol obstet, Vol 37(1)*, pp.13-18.
- 15 Weinstock, H., Berman, S. & Cates, W., Jr. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspect Sex Reprod Health, 36(1)*, 6-10.
- 16 Wright T. C., Massad L. S., Dunton C. J., Spitzer M., Wilkinson E. J. & Solomon D. (2007). "2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests". *Am J Obstet Gynecol, Vol 197(4)*, pp.346-355.
- 17 Zhao F., Li N. & Ma J. (2001). "Study of the association between human papillomavirus infection and cervical cancer in Xianguan county, Shanxi province". *Zhonghua Liu Vol 22(5)*, pp.375-378.

# PHÁT HIỆN THƯƠNG TỔN TIỀN UNG THƯ VÀ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP QUAN SÁT CỔ TỬ CUNG SAU BÔI ACETIC ACID

Nguyễn Vũ Quốc Huy và cộng sự\*

## Detection of cervical premalignant lesions and cancer using visual inspection after acetic acid application

**Objectives:** 1. To assess the features and prevalence of cervical benign and malignant lesions after application of acetic acid (visual inspection after acetic acid - VIA). 2. To identify the diagnostic values of VIA in detection of cervical premalignant and cancerous lesions. **Materials and methods:** Cross-sectional study on 1,125 women aged 20 or older, sexually active visited the Outpatient Section, Department of Obstetrics and Gynecology, Hue Central Hospital from Jan 01, 2006 to June 30, 2007. Routine cervical cytology and VIA were performed, women with abnormal cytology and/or VIA were subjected to colposcopy/biopsy for confirmation. **Results:** Prevalence of benign lesions: cervicitis and ectropion 36.8%; cervicitis 18.9%; cervical polyps 3.1%; regeneration and Nabothian cysts 7.8%; Nabothian cysts only 6.6%; cervical warts 0.6%. Abnormal VIA occurs in 17.8% of cases with VIA (+) in 155 cases (13.8%) and VIA (+), suspected for invasive cancer in 45 cases (4.0%). Diagnostic values of VIA in detection of cervical premalignant and cancerous lesions: VIA/cervical cytology: sensitivity 90.9%; specificity 97.8%, positive predictive value (PPV) 90.0% and negative predictive value (NPV) 98.1%; VIA/colposcopy: sensitivity 90.5%, specificity 23.4%, PPV 47.5%, NPV 76.7%; VIA/histology: sensitivity 94.4%, specificity 21.4%, PPV 69.9% và NPV 66.7%. **Conclusions:** VIA and cervical cytology yielded comparable diagnostic parameters for detection of cervical precancerous lesions and invasive cancer; when using colposcopy/histology as “gold standard”, VIA has a high sensitivity but low specificity. VIA can be considered for cervical cancer screening at health care levels with insufficient cervical cytology service.

## 1. Đặt vấn đề

Tổ chức Y tế thế giới ước tính hàng năm có trên 520.000 trường hợp mắc mới ung thư cổ tử cung (UTCTC), trên 90% xảy ra ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Tại nhiều nước đang phát triển, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế bị hạn chế, không có chương trình sàng lọc UTCTC hoặc chương trình chỉ tiếp cận được một lượng nhỏ các khách hàng cần thiết. Mặc dù đã có nhiều nỗ lực trong lĩnh vực tầm soát phát hiện sớm ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm tế bào học hàng loạt nhưng tỷ lệ phụ nữ ở các nước đang phát triển được làm tế bào học cũng thấp [18]. Ngay từ năm 1994, Tổ chức Y tế thế giới đã bắt đầu khuyến cáo việc thử nghiệm và khảo sát các lợi ích của phương pháp quan sát cổ tử cung bằng mắt thường sau bôi dung dịch axit axêtic (VIA: Visual Inspection with Acetic acid) như là một phương pháp thay thế trong sàng lọc ung thư cổ tử cung tại các quốc gia đang phát triển [19]. Đây là phương pháp tương đối đơn giản, ít tốn kém, không đòi hỏi nhiều thời gian để tích lũy kinh nghiệm và đã được triển khai tại nhiều nước đang phát triển với kết quả đáng khích lệ [1, 2, 3, 11, 12, 16].

Chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu *khảo sát các đặc điểm, tần suất xuất hiện các hình ảnh ở cổ tử cung sau khi bôi axit axêtic trong 2 nhóm tổn thương lành tính và ác tính và xác định các giá trị chẩn đoán (độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và âm tính) của phương pháp quan sát cổ tử cung sau bôi axit axêtic trong chẩn đoán thương tổn tiền ác tính và ác tính ở cổ tử cung.*

---

\**Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế* (NVQ Huy TS.BS)

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** gồm 1.125 phụ nữ đến khám tại Phòng Khám Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian 01.01.2006 đến tháng 30.06.2007, thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ dưới đây.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục, quanh mãn kinh và mãn kinh, đã quan hệ tình dục, đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp thông tin.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** đang hành kinh, không quan sát được vùng chuyên tiếp khi khám bằng mỏ vịt, đã cắt tử cung toàn phần, đã phát hiện thương tổn tiền ác tính - ác tính và được điều trị trước đó

**Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả

### Các bước tiến hành

Bước 1: Thu thập thông tin liên quan đến bệnh nhân, ghi nhận các số liệu vào phiếu nghiên cứu.

Bước 2: Khám âm đạo

Bước 3: Làm tế bào cổ tử cung

Bước 4: Tiến hành kỹ thuật VIA

Bước 5: Soi cổ tử cung và sinh thiết tổn thương nếu VIA dương tính.

## 3. Kết quả nghiên cứu

**Bảng 1.** Kết quả của VIA

Kết quả	n	%
VIA (-)	925	82,2
VIA (+)	155	13,8
VIA (+), nghi ngờ ung thư	45	4,0
<b>Tổng</b>	<b>1.125</b>	<b>100,0</b>

Trong mẫu 1.125 phụ nữ được thực hiện VIA, tỷ lệ (+) chiếm 17,8 %, trong đó có 155 trường hợp VIA (+), chiếm 13,8 % và 45 trường hợp VIA (+) nghi ngờ ung thư chiếm 4,0 %.

**Bảng 2.** Tỷ lệ các thương tổn lành tính trong nhóm VIA (-)

Thương tổn	n	%
CTC bình thường	246	26,6
Viêm + lộ tuyến CTC	340	36,8
Viêm CTC	175	18,9
Polyp CTC	29	3,1
Tái tạo + nang Naboth	72	7,8
Nang Naboth đơn thuần	57	6,6
U nhú	6	0,6
<b>Tổng</b>	<b>925</b>	<b>100,0</b>

Thương tổn viêm + lộ tuyến cổ tử cung chiếm tỷ lệ đến 36,8%; tỷ lệ u nhú gợi ý nhiễm HPV chỉ chiếm 0,6%.

**Bảng 3.** Các loại thương tổn trong nhóm VIA (+)

Thương tổn	n	%
Hình ảnh trắng với acetic	144	72
U nhú + hình ảnh trắng với acetic	6	3
Mảng trắng	5	2,5

Nghi ngờ ung thư xâm lấn	45	22,5
<b>Tổng</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Hình ảnh trắng với acetic chiếm đến 72% trong nhóm VIA (+), tỷ lệ u nhú và mảng trắng đơn thuần thấp.

**Bảng 4.** Đối chiếu kết quả bất thường ở CTC với chẩn đoán lâm sàng

Chẩn đoán lâm sàng	Số phụ nữ	VIA (+)		VIA (+), nghi ngờ ung thư	
		n	%	n	%
		Bình thường	0	0	0
Lộ tuyến CTC	33	32	20,6	1	2,2
Viêm CTC	80	80	51,6	0	0
Polyp CTC	16	15	9,7	1	2,2
Loét trợt, chảy máu	39	27	17,5	12	26,7
Nghi ngờ ung thư	32	1	0,6	31	68,9
<b>Tổng</b>	<b>200</b>	<b>155</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ VIA bất thường gặp nhiều ở các trường hợp loét trợt, chảy máu (26,7 %) và nghi ngờ ung thư chiếm (68,9 %).

**Bảng 5.** Kết quả tế bào học cổ tử cung

Kết quả tế bào học	n	%
Không có bất thường biểu mô / ác tính	927	82,4
ASC-US / ASC-H	99	8,8
AGUS	4	0,4
LSIL	30	2,7
HSIL	21	3,6
Ung thư tế bào lát xâm lấn	24	2,2
<b>Tổng</b>	<b>1.125</b>	<b>100,0</b>

Hầu hết số phụ nữ đến khám có kết quả TBH bình thường hoặc các biến đổi lành tính, chiếm tỷ lệ 82,4 %. Tỷ lệ tế bào học bất thường chiếm 17,6 %.

**Bảng 6.** Kết quả soi CTC

Kết quả soi CTC	n	%
Bình thường	44	18,1
Bất thường, điển hình	34	13,9
Bất thường, bất điển hình	36	14,8
Nghi ngờ ung thư xâm lấn	35	14,4
Không đạt yêu cầu	5	2,1
Hình ảnh khác (lành tính)	89	36,6
<b>Tổng</b>	<b>243</b>	<b>100,0</b>

Trong 243 trường hợp soi CTC có 105 trường hợp soi CTC (+) chiếm 43,1 %, trong đó có 29,2% (71/243) trường hợp bất thường bất điển hình và nghi ngờ ung thư xâm lấn, đòi hỏi sinh thiết.

**Bảng 7.** Kết quả mô học

Mô học	n	%	Phù hợp TBAD	Tỷ lệ phù hợp với TBAD
Biến đổi lành tính	17	20,7	12	70,6
CIN I	14	17,1	10	71,4
CIN II	13	15,9	18	78,3
CIN III	10	12,2	28	100
Ung thư biểu mô xâm lấn	28	34,1	28	100
<b>Tổng</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>82,9</b>

Trong 82 trường hợp sinh thiết có 20,7 % kết quả mô học lành tính, tỷ lệ CIN II & III là 28,1% và ung thư biểu mô xâm lấn là 34,1%. Tỷ lệ phù hợp với kết quả tế bào học CTC thấp nhất là CIN I, chiếm 71,4%.

**Bảng 8.** Giá trị chẩn đoán của VIA

	Tế bào học *		Soi cổ tử cung **		Mô học ***	
	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
VIA (+): 200	180	20	95	105	51	22
VIA (-): 925	18	907	10	33	3	6
<b>Tổng: 1.125</b>	<b>198</b>	<b>927</b>	<b>105</b>	<b>138</b>	<b>54</b>	<b>28</b>

\* Tế bào học (+): ASC-US +;

\*\* Soi CTC (+): Nhóm II và III

\*\*\* Mô học (+) : CIN II +

Giá trị chẩn đoán của VIA được tính từ bảng 8 như sau

- VIA so với tế bào học

Độ nhạy	90,9% (180/198)
Độ đặc hiệu	97,8% (907/ 927)
PPV	90,0% (180/200)
NPV	98,1% (907/925)

- VIA so với soi CTC

Độ nhạy	90,5% (95/105)
Độ đặc hiệu	23,4% (33/138)
PPV	47,5% (95/200)
NPV	76,7% (33/43)

- VIA so với mô học

Độ nhạy	94,4% (51/54)
Độ đặc hiệu	21,4% (6/28)
PPV	69,9% (51/73)
NPV	66,7% (6/9)

## 4. Bàn luận

### Kết quả VIA

Được bắt đầu đề cập đến từ đầu thập niên 1990, trong các năm 1996-2004 trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về VIA được thực hiện và công bố kết quả. Bảng 9 dưới đây cho thấy các dữ liệu nghiên cứu về giá trị chẩn đoán của VIA, với độ nhạy từ 65% và độ đặc hiệu từ 64% trở lên với đầu ra là phát hiện thương tổn từ HSIL trở lên tại các quốc gia có nguồn lực hạn chế như Trung quốc, Nam Phi, Zimbabwe và đặc biệt tại nhiều bang của Ấn độ, nơi có tần suất ung thư cổ tử cung rất cao [6, 9, 16]. Dữ liệu từ các nghiên cứu này là cơ sở để IARC/WHO đưa ra khuyến cáo về ứng dụng rộng rãi VIA như một phương pháp sàng lọc sơ cấp/thay thế trong điều kiện hạn chế về nguồn lực, đặc biệt khi thiếu hụt nhân lực và vật lực để triển khai các chương trình sàng lọc cộng đồng bằng tế bào học cổ tử cung [4, 20]. Vào tháng 12.2005, Hội nghị toàn cầu về Phòng chống UTCTC áp dụng cho cơ sở có nguồn lực hạn chế đã được JHPIEGO tổ chức tại Bangkok, Thái Lan. Trọng tâm của Hội nghị này là trình bày các kết quả ứng dụng thử nghiệm của một chương trình sàng lọc sơ cấp UTCTC bằng VIA kết hợp với điều trị thương tổn tiền UTCTC bằng áp lạnh đã được thực hiện thành công tại một Tỉnh của Thái Lan

**Bảng 9.** Chất lượng test VIA trong sàng lọc sơ cấp ung thư cổ tử cung tại cơ sở có nguồn lực hạn chế

cứu	Quốc gia	Số trường hợp	HSIL và UT	
			Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Belinson (2001)	Trung Quốc	1.997	71%	74%
Denny et al. (2000)	Nam Phi	2.944	67%	84%
Sankaranarayanan et al. (1999)	Ấn độ	1.351	96%	68%
U. Zimbabwe/JHPIEGO (1999)	Zimbabwe	2.148	77%	64%
Sankaranarayanan et al. (1998)	Ấn độ	2.935	90%	92%
Megevand et al. (1996)	Nam Phi	2.426	65%	98%
Sankaranarayanan et al. (2004)	Ấn độ	56,939	76.8%	85.5%

Tại Huế, từ năm 2004, VIA đã được triển khai thử nghiệm tại các Phòng Khám Phụ khoa của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế, sau đó được thử nghiệm trong các nghiên cứu hẹp, so sánh với tế bào học cổ tử cung trong chẩn đoán thương tổn tiền UTCTC với những kết quả bước đầu khả quan, gần như tương đương với các kết quả sàng lọc bằng xét nghiệm tế bào học tại cùng địa điểm nghiên cứu đã được công bố trước đó.

Nghiên cứu này của chúng tôi với cỡ mẫu 1.125 đối tượng đã có 82,2% (925/1.125) có kết quả VIA (-), trong đó có 26,6% các đối tượng có CTC hoàn toàn không có thương tổn gì lạ, 36,8% các đối tượng có tình trạng viêm + lộ tuyến CTC, 18,9% viêm CTC đơn thuần (có thể phối hợp với viêm âm đạo). Đặc biệt tỷ lệ u nhú gợi ý tình trạng nhiễm HPV lâm sàng chỉ chiếm 0,6% các đối tượng, điều này cũng phù hợp với các khảo sát dịch tễ học ở nước ngoài về u nhú sinh dục do HPV.

Tổng tỷ lệ VIA bất thường lên đến 17,8% (200/1.125), trong đó VIA (+) chiếm 13,8% và VIA (+) – nghi ngờ ung thư chiếm 4%. Các thương tổn CTC được ghi nhận trong nhóm bất thường này bao gồm hình ảnh trắng với acid acetic 72%; hình ảnh trắng với acid acetic kèm u nhú 3%, mảng trắng nổi rõ ngay khi chưa bôi acid acetic 2,5% và nghi ngờ ung thư xâm lấn 22,5%. Do tỷ lệ các thương tổn HSIL (+) trong quần thể dao động trong khoảng 5-8%, với tổng tỷ lệ VIA bất thường khá cao như vậy người ta sẽ chờ đợi một tỷ lệ dương tính giả không nhỏ. Tuy vậy các nghiên cứu khác tại các nước đang phát triển, đặc biệt trong giai đoạn triển khai ban đầu đều báo cáo tỷ lệ VIA(+) tương tự.



Trong quá trình thực hiện tỷ lệ các trường hợp được xếp loại VIA (+) hàng ngày trong khoảng thời gian 3 tháng đầu khá cao, tuy vậy lại giảm dần theo thời gian thực hiện, điều này hoàn toàn phù hợp với y văn thế giới, đặc biệt khi so với nghiên cứu được thực hiện tại Thái Lan. Đây là hiện tượng “tích lũy kinh nghiệm” (learning curve) xảy ra đối với tất cả các kỹ thuật mới được áp dụng, đặc biệt khi được thực hiện bởi nhiều cán bộ y tế với các mức độ thành thạo khác nhau.

Mặc dù dung dịch làm test VIA có nồng độ acid nhẹ nhưng ngay trước khi thực hiện chúng tôi đều báo trước cho bệnh nhân về khả năng có cảm giác rát nhẹ ở vùng âm đạo - cổ tử cung. Trong quá trình làm test hầu hết bệnh nhân đều không có cảm giác bỏng rát này hoặc chỉ có cảm giác hơi nóng nhẹ vùng âm đạo và biến mất nhanh sau 15 - 30 giây.

Basu và cộng sự (2007) tại Ấn Độ đã khảo sát khả năng chấp nhận và chất lượng dịch vụ của test VIA sàng lọc tại cộng đồng do các nhân viên y tế được huấn luyện thực hiện trên 498 đối tượng phụ nữ nông thôn. Có 94,2% đối tượng cho rằng không có triệu chứng đau hay chỉ có cảm giác khó chịu nhẹ khi làm test; 5,8% đối tượng có cảm giác bỏng nhẹ ở âm đạo, đa số chỉ tồn tại trong thời gian ngắn. Đa số (94,6%) hài lòng với toàn bộ quy trình test và 97% nói rằng họ sẽ khuyến cáo test này cho những phụ nữ khác. Lý do không hài lòng bao gồm thời gian chờ đợi lâu và không được điều trị các bệnh lý khác kèm theo [5].

Trong một số trường hợp khi hình ảnh VIA chưa rõ hoặc gặp khó khăn khi kết luận, chúng tôi đã lau sạch chất nhầy và thực hiện lại test sau 1-2 phút, điều này giúp quan sát rõ hơn bề mặt cổ tử cung và phát hiện một vài thương tổn nhẹ nhàng tiềm ẩn.

#### **Kết quả tế bào học**

Theo quy trình nghiên cứu, khảo sát tế bào học cổ tử cung được làm thường quy ngay trước khi thực hiện test VIA. Hầu hết các đối tượng đến khám có kết quả TBH bình thường hoặc các biến đổi lành tính, chiếm tỷ lệ 82,4 %. Tỷ lệ tế bào học bất thường chiếm 17,6%, trong đó ASC-US / ASC-H chiếm 8,8%; AGUS 0,4%, LSIL 2,7%, HSIL 3,6% và ung thư tế bào lát xâm lấn 2,2%.

**Bảng 10.** Tỷ lệ xét nghiệm tế bào cổ tử cung (+) tại các trung tâm xét nghiệm của Hoa Kỳ

<b>Thương tổn</b>	<b>Số trung tâm xét nghiệm</b>	<b>Tỷ lệ chung</b>
LSIL	243	2,06 %
HSIL	233	0,7 %
ASCUS	237	3,81%
ASC-H	148	0,48 %
ASC/SIL+	220	1,82 %

So sánh với các kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi với số liệu tổng hợp từ nhiều Phòng xét nghiệm tại Hoa Kỳ theo Bảng 10 trên đây, mẫu nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tế bào cổ tử cung (+) cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác. Có lẽ lý do chủ yếu đằng sau sự khác biệt bất thường này là do làm trên mẫu khám tại bệnh viện, hầu hết đối tượng đã có ít nhất một biểu hiện của bệnh lý phụ khoa mới đi khám, số lượng các trường hợp khám kiểm tra sức khỏe định kỳ còn rất thấp.

Tỷ lệ dương tính này của tế bào cổ tử cung cũng khá khác biệt giữa một số các tác giả trong và ngoài nước khác [1, 2, 13]:

- Theo Dương Thị Minh Diễm (2005), trong 525 trường hợp khám phụ khoa tại Bệnh viện Trung ương Huế có 3,3% tế bào cổ tử cung (+).

- Theo Phạm Việt Thanh (2005), Chương trình tầm soát ung thư CTC bệnh viện Từ Dũ đã thực hiện xét nghiệm tế bào cổ tử cung cho 123.588 phụ nữ, tỷ lệ tế bào cổ tử cung (+) chiếm 1,3%.

- Doh và cộng sự (2004) nghiên cứu trên 4.767 phụ nữ ở Cameroon, cho tỷ lệ tế bào cổ tử cung (+) là 5,2%; độ nhạy 47,7%, độ đặc hiệu 94,2% trong phát hiện thương tổn tiền ung thư cổ tử cung.

- de Vuyst và cộng sự (2004) nghiên cứu trên 653 phụ nữ cho kết quả tỷ lệ tế bào cổ tử cung (+) chiếm 3,7%, độ nhạy 83,3%, độ đặc hiệu 94,6% .

Một nghiên cứu đa phân tích đã kết luận rằng tế bào cổ tử cung có độ nhạy từ 37-84% và độ đặc hiệu 86-100%. Điều này có nghĩa là xét nghiệm sẽ có một tỷ lệ các trường hợp âm tính giả và giá trị tiên đoán âm không cao. Chính vì vậy phải thực hiện xét nghiệm nhiều lần liên tiếp để giảm bớt các trường hợp âm tính giả này. Khoảng thời gian giữa các lần xét nghiệm liên tiếp càng ngắn thì tỷ lệ UT CTC càng giảm đi nhiều. Thống kê của IARC cho thấy nếu thời gian giữa hai lần xét nghiệm PAP cách nhau một năm giảm tỷ lệ ung thư CTC cộng dồn đạt đến 93,5%; chính vì vậy các tác giả khuyến cáo khoảng cách hai lần xét nghiệm là từ 6-12 tháng. Độ nhạy của xét nghiệm còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố lấy mẫu, xử lý và bảo quản mẫu, đọc kính hiển vi và độ sai lệch giữa các kỹ thuật viên đọc mẫu. Kể từ khi xét nghiệm được áp dụng, nó đã góp phần làm giảm tỷ lệ ung thư CTC và tỷ lệ tử vong xuống 2/3 trường hợp vì cho phép phát hiện sớm tổn thương tiền ác tính CTC, để điều trị kịp thời cũng như đánh giá kết quả điều trị và theo dõi diễn biến của các tổn thương CTC.

### **Kết quả soi cổ tử cung**

Theo quy trình nghiên cứu, nếu VIA (+) thì soi CTC được thực hiện sau đó từ 1-2 phút, lúc một số hình ảnh xuất hiện do tương tác với axit axêtic đã mất đi và cổ tử cung quay trở về trạng thái như trước khi làm test.

Trong nghiên cứu này có 243 trường hợp đã được soi CTC sau khi có test VIA (+) và/hoặc kết quả tế bào học cổ tử cung từ ASCUS trở lên. Kết quả soi CTC được ghi nhận dựa theo danh pháp mới nhất của Liên đoàn Quốc tế về soi CTC và bệnh học CTC (2003). Tỷ lệ bình thường chiếm 18,1%; nhóm hình ảnh bất thường chiếm 28,7%, trong đó bất thường, điển hình chiếm 13,9% và bất thường, bất điển hình chiếm 14,8%; nghi ngờ ung thư xâm lấn 14,4 %; các hình ảnh lành tính khác 36,6%; có 2,1% không đạt yêu cầu, chủ yếu do viêm nặng. Nhóm không đạt yêu cầu đã được điều trị bằng các thuốc chống nhiễm trùng và kiểm tra lại sau 1 tuần, không phát hiện trường hợp hình ảnh bất thường nào trong nhóm này ở lần kiểm tra lại.

Một nghiên cứu của S. Bomfim và cộng sự năm 2005 tại Brazil cho thấy NPV và PPV của soi CTC là 100% và 54,4%, của tế bào cổ tử cung là 75,3% và 54,5% [7]. Nghiên cứu này còn chỉ ra độ nhạy của soi CTC 100% cho cả LSIL hoặc HSIL, độ đặc hiệu của soi CTC đối với LSIL là 69,1%, đối với HSIL là 51,7%. Trong khi độ nhạy của tế bào cổ tử cung với LSIL là 14,8%, của HSIL (+) là 14,3%, độ đặc hiệu của tế bào cổ tử cung với LSIL là 95,4%, với HSIL là 92,8%. Soi CTC làm tăng giá trị tiên đoán dương tính của VIA gấp 3 lần (15,6- 54,4%) và đối với ngưỡng cao PPV 100%. Ngoài ra soi CTC có thể giúp định vị tổn thương và sinh thiết khi cần thiết.

Việc thực hiện các chứng nghiệm Hinselmann, Schiller và/hoặc sinh thiết hầu như không bị ảnh hưởng gì bởi test VIA trước đó.

### **Kết quả mô học**

Có 82 trường hợp có kết quả soi CTC bất thường đã được chỉ định sinh thiết với kết quả biến đổi lành tính 20,7%; CIN I 17,1%; CIN II 15,9%; CIN III 12,2% và ung thư biểu mô xâm lấn chiếm 34,1%. Tỷ lệ phù hợp với kết quả tế bào âm đạo dao động trong khoảng 70 – 100%, trong đó cao nhất là nhóm ung thư biểu mô xâm lấn, riêng nhóm HSIL bao gồm CIN II và III chỉ chiếm 78,3%.

Rochanawutanon (2007) khi khảo sát 103 bệnh phẩm mô học các thương tổn được phát hiện qua VIA đã thấy rằng phần trắng với acetic nổi rõ lên có mối liên quan chặt chẽ với thương tổn mức độ cao, với độ nhạy của VIA lên đến 98,6%, độ đặc hiệu 82,4%, PPV 91,9% và NPV 96,6%; ngược lại thương tổn trắng nhưng phẳng, thường được xếp vào nhóm VIA (-) chủ yếu cho kết quả CIN 1 hoặc thay đổi dạng tế bào rộng của u nhú phẳng. Nghiên cứu này trên mô được cắt ra một lần nữa cho thấy giá trị chấp nhận được của VIA trong phát hiện thương tổn cổ tử cung mức độ cao [15].

### **Giá trị chẩn đoán thương tổn tiền ác tính của VIA**

Năm 1993, Cecchini và cộng sự nghiên cứu trên 2.105 phụ nữ, cho độ nhạy VIA 88% so với tế bào cổ tử cung (63%), độ đặc hiệu của VIA 82%.

Năm 1994 Frisch và cộng sự nghiên cứu 95 ca, giá trị dự báo âm tính của VIA và tế bào cổ tử cung là 91%, cao hơn hẳn so với tế bào cổ tử cung đơn thuần là 67%. Giá trị dự báo dương tính của cả hai là 57% so với tế bào cổ tử cung đơn thuần là 82% và kết luận VIA như là một xét nghiệm bổ trợ của tế bào cổ tử cung. Đồng thời trong nghiên cứu cũng đưa ra kết luận tỷ lệ âm tính giả giảm theo thời gian và kinh nghiệm tích lũy được, tỷ lệ âm tính giả của VIA là 82,8% và 86,8% đối với nhân viên y tế đã làm thử <100 lần so với 76,8% đối với nhân viên y tế >100 lần.

Năm 1997 Londhe và cộng sự nghiên cứu trên 372 phụ nữ xác định độ nhạy VIA 72%, độ đặc hiệu 54% và tế bào cổ tử cung có độ nhạy 13%, độ đặc hiệu 96%.

Denny và cộng sự (2002) nghiên cứu 2.754 ca xác định độ nhạy VIA 70% so với tế bào âm đạo 57%, độ đặc hiệu VIA 79% so với tế bào âm đạo 90%<sup>[9]</sup>.

Năm 2003 trong một phân tích tổng hợp Gaffikin đã chỉ ra rằng các giá trị độ nhạy và độ đặc hiệu của ba phương pháp được sử dụng để sàng lọc UTCTC là gần như tương đương nhau (Bảng 10). Đó là một lý do quan trọng để nhiều tổ chức quốc tế khuyến cáo sử dụng VIA như là một phương pháp thay thế/sàng lọc sơ cấp<sup>[12]</sup>.

**Bảng 11.** Giá trị sàng lọc UTCTC của các phương pháp khác nhau

	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Tế bào học	44% - 94%	60% - 97%
Xét nghiệm ADN HPV	81% - 98%	51% - 89%
VIA	66% - 98%	64% - 98%

Trong một nghiên cứu năm 2006 của Elit và cộng sự trên 2009 phụ nữ Mông Cổ từ 30 tuổi, có gia đình và chưa bao giờ được khám sàng lọc đã ghi nhận tỷ lệ VIA bất thường là 12,6% và tế bào học ASCUS+ là 3%. VIA có độ nhạy 82,9%, độ đặc hiệu 88,6%, PPV 12,2% và NPV 99,7%. Các trị số tương ứng của tế bào học là 88,6%, 98,5%, PPV 51,7% và NPV 99,8%. Với các kết quả đó các tác giả kết luận rằng có thể chấp nhận VIA như là một test sàng lọc cộng đồng tại Mông cổ<sup>[10]</sup>.

Trong nghiên cứu này, sử dụng điểm cắt của tế bào cổ tử cung là ASCUS, của soi CTC là nhóm II và III và của mô học là CIN II, VIA có độ nhạy dao động trong khoảng 90-95%, tuy nhiên độ đặc hiệu so với “tiêu chuẩn vàng” rất thấp, trong khoảng 21-24%. Tuy soi CTC và đặc biệt mô học được xem là “tiêu chuẩn vàng” khi chẩn đoán các thương tổn CTC, trong điều kiện nguồn lực hạn chế, ngay cả một số nghiên cứu trên số lượng lớn đối tượng thực hiện tại cộng đồng không phải luôn luôn có thể kiểm tra tính chính xác của chẩn đoán do VIA/tế bào học/soi CTC đặt ra. Cùng với tính đơn giản về kỹ thuật, chi phí thấp và kết quả có ngay tức thời, VIA là một lựa chọn đáng giá cho các địa bàn với điều kiện nguồn lực hạn chế<sup>[20]</sup>.

## 5. Kết luận:

Qua nghiên cứu trên 1.125 phụ nữ được tại Phòng Khám Phụ Sản Bệnh Viện Trung Ương Huế trong khoảng thời gian từ 01.01.2006 đến 01.12.2007, chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

Các đặc điểm và tần suất xuất hiện các hình ảnh ở cổ tử cung sau khi bôi axit axêtic trong 2 nhóm tổn thương lành tính và ác tính

- Tỷ lệ các thương tổn lành tính CTC: viêm + lộ tuyến 36,8%; viêm CTC 18,9%; polyp CTC 3,1%; hình ảnh tái tạo + nang Naboth 7,8%; nang Naboth đơn thuần 6,6%; u nhú 0,6%.

- Tỷ lệ VIA bất thường chiếm 17,8 %, trong đó có 155 trường hợp VIA (+), chiếm 13,8 % và 45 trường hợp VIA (+) nghi ngờ ung thư, chiếm 4,0 %.

Các giá trị chẩn đoán của phương pháp VIA trong chẩn đoán thương tổn tiền ác tính và ác tính ở cổ tử cung

- VIA so với tế bào học:

+ Độ nhạy: 90,9% (180/198)

+ Độ đặc hiệu: 97,8% (907/ 927)

- + PPV: 90,0% (180/200)
- + NPV: 98,1% (907/925)
- VIA so với soi CTC:
- + Độ nhạy: 90,5% (95/105)
- + Độ đặc hiệu: 23,4% (33/138)
- + PPV: 47,5% (95/200)
- + NPV: 76,7% (33/43)
- VIA so với mô học:
- + Độ nhạy: 94,4% (51/54)
- + Độ đặc hiệu: 21,4% (6/28)
- + PPV: 69,9% (51/73)
- + NPV: 66,7%(6/9)

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thị Minh Diễm, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Tôn Nữ Minh Quang (2005). "Giá trị chẩn đoán của phương pháp quan sát cổ tử cung sau bôi acid axêtic trong các thương tổn lành tính và ác tính cổ tử cung". Y học thực hành (522): 582-8.
2. Nguyễn Thị Trúc Hà (2002). Góp phần phát hiện tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y khoa Huế.
3. Huỳnh Thị Hiền (2005). Đánh giá chứng nghiệm acid acetic trong sàng lọc tổn thương cổ tử cung và điều trị lộ tuyến cổ tử cung bằng phương pháp đốt điện, Luận án Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y khoa Huế.
4. Nguyễn Vũ Quốc Huy (2006). "Tiếp cận phòng chống ung thư cổ tử cung theo hướng cộng đồng". Y học thực hành (550): 33-44.
5. Basu P, G. M., Chattopadhyay K, Mittal S, Das P, Choudhury D, Chattopadhyay U (2006). "Cervical screening by visual inspection with acetic acid (VIA) is well accepted by women--results from a community-based study in rural India." Asian Pac J Cancer Prev 7(4): 604-8.
6. Belinson J, e. a. (2001). "Shanxi Province Cervical Cancer Screening Study: a cross-sectional comparative trial of multiple techniques to detect cervical neoplasia." Gynecol Oncol 83(2): 439-44.
7. Bomfim S, S.-F. E., Bahamondes L. (2005). "Visual inspection with acetic acid for cervical cancer detection." Int J Gynaecol Obstet. 88(1): 65-6.
8. Claeys P, D. V. H., Gonzalez C, Garcia A, Bello RE, Temmerman M (2003). "Performance of the acetic acid test when used in field conditions as a screening test for cervical cancer." Trop Med Int Health 8(8): 704-9.
9. Denny L, K. L., Pollack A, Wright TC Jr. (2002). "Direct visual inspection for cervical cancer screening: an analysis of factors influencing test performance." Cancer(94): 1699-1707.
10. Elit L, B. G., Tan J, Munkhtaiwan A (2006). "Assessment of 2 cervical screening methods in Mongolia: cervical cytology and visual inspection with acetic acid." J Low Genit Tract Dis 10(2): 83-8.
11. Gaffikin L, B. P., Emerson M, Limpaphayom K (2003). "Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project." Lancet 361: 814-20.
12. Gaffikin L., L. M., Blumenthal PD (2003). "Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: a qualitative summary of evidence to date." Obstet Gynecol Surv 58(8): 543-550.
13. Huy, N. V. Q. (2003). Identification of progressive cervical squamous intraepithelial lesions using DNA-image-cytometry - A study on diagnostic validity and reliability, University of Duesseldorf, Germany. PhD Thesis.

14. Megevand E, D. L., Dehaeck K, Soeters R, Bloch B (1996). "Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening." *Obstet Gynecol Surv* 88(3): 383-6.
15. Rochanawutanon M, S. S. (2007). "The histopathologic patterns of cervical lesions and visual inspection with acetic acid on excised uterine cervixes." *Int J Gynecol Cancer* 17(4): 827-32.
16. Sankaranarayanan R, S. B. e. a. (1999). "Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors." *Int J Cancer* 80(1): 161-3.
17. Sankaranarayanan R, S. S., Basu P, et al (2004). "The role of low-level magnification in visual inspection with acetic acid for the early detection of cervical neoplasia." *Cancer Detect Prev* 28(5): 345-51.
18. Sherris J, H. C. (2000). "Preventing Cervical Cancer in Low-Resource Settings." *Outlook* 18(1).
19. WHO (1996). "Cervical cancer control in developing countries: memorandum from a WHO meeting." *Bull World Health Organ*(74): 345-51.
20. WHO (2006). *Comprehensive cervical cancer control : a guide to essential practice*. Geneva, World Health Organization.

## **CANCER DU COL DE L'UTERUS: DEPISTAGE ET PREVENTION.**

**Prof. Philippe JUDLIN**

Le cancer du col utérin est responsable dans le monde de 500.000 nouveaux cas par an et plus de 250.000 décès. Ceux-ci surviennent surtout dans les pays en voie de développement. Jusqu'à présent, la seule prévention disponible consistait en une prévention secondaire par dépistage des anomalies cytologiques cervicales à l'aide du frottis. Cela supposait la répétition des frottis tous les 2 ou 3 ans selon les recommandations, chez toutes les femmes ayant déjà débuté leur vie sexuelle. De telles politiques de dépistage sont proposées dans tous les pays développés soit sous forme de programme organisé, soit en dépistage individuel comme en France. Cette forme de prévention secondaire a naturellement permis de faire significativement le nombre de cancers cervicaux mais le taux de femmes bien surveillées varie beaucoup d'un pays à l'autre et il ne dépasse pas 60% en France malgré l'accès très facile aux soins. Dans les pays moins développés, le dépistage par frottis cervicaux n'est pas généralement pas disponible pour l'ensemble de la population féminine en raison du manque de moyens médicaux et d'information du public.

C'est pourquoi la vaccination prophylactique HPV, qui constitue un moyen de dépistage primaire en évitant l'infection par les principaux virus HPV à haut risque 16 et 18, est un moyen complémentaire et efficace pour diminuer l'incidence du cancer cervical. Deux vaccins de type VLP sont disponibles : GARDASIL® (MERCK) prévient les HPV 16 et 18 mais aussi les HPV à bas risque 6 et 11 ; CERVARIX® (GSK) prévient les HPV 16 et 18. Ces 2 vaccins nécessitent chacun 3 injections étalées sur 6 mois et assurent une excellente protection proche de 100% vis-à-vis des lésions cervicales dues aux HPV 16 et 18. Ceux-ci sont responsables de plus de 72% des cancers cervicaux invasifs et d'environ 60% des lésions cervicales de haut grade. L'obstacle principal à la diffusion de la vaccination est le coût élevé de cette vaccination dans les pays développés où elle est déjà disponible (plus de 400 € par personne vaccinée) mais les laboratoires fabricants se sont engagés à moduler le prix en fonction du niveau de vie du pays. La politique de santé publique la plus efficace consiste à proposer systématiquement et gratuitement la vaccination HPV aux jeunes filles avant le début de l'activité sexuelle.

## UNG THƯ CỔ TỬ CUNG : TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG

### GS. Philippe JUDLIN

Mỗi năm trên thế giới có khoảng 500.000 trường hợp ung thư cổ tử cung (UTCTC) với hơn 250.000 người tử vong, thường ở các nước đang phát triển. Cho đến nay duy nhất chỉ có phết tế bào là biện pháp dự phòng thứ cấp có sẵn nhằm tầm soát các tế bào bất thường CTC. Phết tế bào CTC được khuyến cáo mỗi 2 đến 3 năm, ở mọi phụ nữ bắt đầu có sinh hoạt tình dục.

Tại các nước phát triển, chính sách tầm soát được đề nghị hoặc dưới hình thức tổ chức thành chương trình, hoặc tầm soát cá nhân như tại Pháp.

Dĩ nhiên, hình thức dự phòng thứ cấp cho phép giảm đáng kể số lượng ung thư CTC nhưng tỷ lệ những phụ nữ được theo dõi đúng đắn thay đổi rất nhiều tùy theo từng nước và không vượt quá 60% tại Pháp cho dù việc chăm sóc dễ được tiếp cận. Tại các nước kém phát triển, tầm soát bằng phết tế bào CTC nói chung khó thực hiện đại trà do thiếu phương tiện y khoa và truyền thông.

Vì vậy vắc-xin dự phòng HPV vốn là một cách tầm soát sơ cấp bằng cách để tránh lây nhiễm các HPV chủ yếu có nguy cơ cao 16 và 18; là phương cách bổ sung có hiệu quả để giảm tần suất UTCTC. Có 2 loại vắc-xin tuýp VLP: GARDASIL® (MERCK) chủng ngừa HPV 16 và 18 và 2 chủng nguy cơ thấp là 6 và 11 ; CERVARIX® (GSK) chủng ngừa HPV 16 và 18. Hai loại vắc-xin này cần tiêm 3 mũi trải dài trong 6 tháng và khả năng bảo vệ đạt gần 100% đối với tổn thương CTC do HPV 16 và 18. Đây là chủng gây hơn 72% ung thư CTC xâm lấn và khoảng 60% tổn thương grade cao.

Rào cản chủ yếu cho việc phổ biến vắc-xin là giá thành cao ngay tại các nước phát triển (hơn 400 €/người tiêm chủng) nhưng các hãng dược cũng đang điều chỉnh giá cả tùy theo từng nước.

Chính sách sức khỏe cộng đồng hiệu quả nhất là đề nghị tiêm chủng miễn phí HPV cho trẻ gái trước khi có quan hệ tình dục.

# RÉFÉRENTIEL DE TRAITEMENT DES CANCERS DU COL UTÉRIN DE TYPE HISTOLOGIQUE ÉPIDERMOÏDE ET ADÉNOCARCINOME ÉLABORÉ PAR LA SFOG\*

Pr Denis Vinatier CHRU de Lille – France

\*Société Française d'Oncologie Gynécologique, Président: Professeur Denis Querleu;

Secrétaire: Professeur Pascal Bonnier

Siège social : Institut Gustave Roussy 39, rue Camille Desmoulins, 94800 Villejuif

## Bilan d'extension pré thérapeutique

- **Examen clinique** pelvien, abdominal et des aires ganglionnaires
  - options: sous anesthésie générale, cystoscopie, rectoscopie
- **IRM pelvienne**: critères nécessaires:
  - évaluation de la taille et de l'extension tumorale, extension utérine, atteinte extra-utérine
  - évaluation de l'atteinte ganglionnaire pelvienne, iliaques commune, aortique
  - recherche d'une dilatation urétérale
- **Exploration abdominale** : IRM ou tomodensitométrie
- **TEP TDM**: option recommandée à partir des stades IB1
- **Evaluation radiologique** thoracique à partir des stades IB1
- **Dosage du SCC** pour les cancers épidermoïdes (afin de prévoir son utilisation dans la surveillance)
- **Dans les formes infracliniques**, une conisation est recommandée pour la caractérisation histologique dont les mensurations de la lésion et la recherche d'embolies lymphatiques péri-tumoraux

## Prise en charge thérapeutique

Par stade, selon la classification TNM et FIGO (TNM Classification of Malignant Tumours, 6th Edition, Wiley ed., 2002)

### Stade IA1

Le diagnostic nécessite une conisation

Présence d'embolies sur pièce de conisation: prise en charge identique à celle des **stades IA2**

Absence d'embolie sur pièce de conisation:

- Exérèse en tissus sains

Surveillance

- Exérèse en limite non saine :

Seconde conisation; option: hystérectomie totale simple

### Stades IA2-IB1 sans atteinte ganglionnaire à l'imagerie

5 options sont possibles: les 3 premières concernent la prise en charge globale; les 2 dernières correspondent aux traitements conservateurs de l'utérus et/ou des ovaires

**Option 1** : lymphadénectomie pelvienne coelioscopique première

Si pN(0) :

Deux options:



- colpohystérectomie élargie aux paracervix proximaux (indication préférentielle : stade IA2)
- curiethérapie utérovaginale suivie d'hystérectomie extrafasciale ou élargie proximale (indication préférentielle pour les tumeurs de plus de 2 cm ou de moins de 2 cm avec emboles péritumoraux)

Si pN(1) :

- Radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie utérovaginale.

Etendue des champs d'irradiation en fonction d'une éventuelle atteinte iliaque commune et / ou aortique infrarénale;

- Hystérectomie complémentaire en cas de tumeur résiduelle après l'irradiation

**Option 2:** curiethérapie utéro-vaginale première suivie d'une colpohystérectomie avec lymphadénectomie pelvienne

Si pN(0) : pas de traitement complémentaire

Si pN(1) :

- Radiochimiothérapie concomitante;

- Etendue des champs d'irradiation en fonction d'une éventuelle atteinte iliaque commune et / ou aortique infrarénale;

**Option 3 :** Irradiation exclusive par irradiation externe et curiethérapie

**Option 4:** Traitement chirurgical conservateur de l'utérus et des ovaires possible pour les stades précoces de patientes jeunes et dans des conditions précises :

- Conisation pré-thérapeutique et, âge compatible avec une grossesse et, désir de grossesse et, plus grande taille tumorale inférieure à 2cm et,
- absence d'embolie et, pN (0) pelvien et, marge endocervicale  $\geq$  8mm.

**Option 5:** Traitement chirurgical conservateur des ovaires

- Cancer épidermoïde de plus grande taille tumorale inférieure à 2 cm

- et pN(0) pelvien

- et âge inférieur à 40 ans.

- Transposition ovarienne possible pour l'option « curiethérapie première » (option2)

### **Stades IA2-IB1 N(1) à l'imagerie**

L'atteinte ganglionnaire doit être prouvée par cytologie ou histologie

Radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie

L'irradiation est étendue à la région aortique en cas d'adénopathies aortiques ou iliaques communes à l'imagerie, à la TEP ou à la lymphadénectomie.

Une exérèse chirurgicale complémentaire peut être discutée en cas de reliquat utérin ou ganglionnaire.

### **Stades IB2, IIA-IIB, III, IVA**

Le traitement de référence est la radiochimiothérapie concomitante

Radiochimiothérapie concomitante pelvienne et curiethérapie utérovaginale.

L'irradiation est étendue à la région aortique en cas d'adénopathies aortiques ou iliaques communes à l'imagerie, à la TEP ou à la lymphadénectomie.

Option: lymphadénectomie iliaque commune et aortique endoscopique première sauf en cas d'adénopathies caractérisées à l'imagerie

Option: chirurgie complémentaire (colpo-hystérectomie éventuellement élargie et lymphadénectomie pelvienne et aortique ou exentération) en cas de reliquat tumoral opérable et sans extension extrapelvienne (TEP TDM postthérapeutique récent)

### **Stade IVB ou carcinose péritonéale**

Chimiothérapie et/ou radiothérapie

### **Récidive**

En cas de récidive locorégionale résécable en tissus sains

une exentération pelvienne doit être si le TEP TDM récent ne montre pas de lésions à distance

En cas de carcinose péritonéale ou de récidive extra-pelvienne ou de récidive locorégionale latérale fixée

discuter une chimiothérapie et éventuellement une radiothérapie

### Surveillance

Les récurrences surviennent le plus souvent dans les 2 ans mais 10% surviennent après un délai 5 ans.

Modalités générales de surveillance:

- \* Examen clinique seul sans frottis en cas d'hystérectomie
- \* La réalisation systématique d'examens radiologiques n'est pas standard;
- \* Les examens complémentaires seront utilisés uniquement en cas de symptôme
- \* Option : dosage du SCC en cas d'élévation initiale (uniquement pour les cancers épidermoïdes)

En cas de trachélectomie

- \* Frottis au minimum annuel
- \* Option : IRM

Rythme

Tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans puis annuel

# TIÊU CHUẨN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CTC DẠNG THƯỢNG MÔ VÀ CARCINOM TUYẾN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN MÔ HỌC TẠI SFOG

**Gs. Denis Vinatier CHRU de Lille – France**

*\*Hiệp hội ung thư phụ khoa Pháp, Chủ tịch: Gs Denis Querleu;*

*Thư ký: Gs. Pascal Bonnier*

*Địa chỉ : Viện Gustave Roussy 39, đường Camille Desmoulins, 94800 Villejuif*

## **Xét nghiệm tiền phẫu**

- Khám lâm sàng: khung chậu bụng, nhóm hạch  
Các lựa chọn: dưới gây mê, ns bàng quang, ns trực tràng
- IRM vùng chậu: Tiêu chuẩn cần thiết:  
Đánh giá kích thước và độ lan rộng của khối u, mức độ lan rộng tại TC, các tổn thương ngoài TC  
Đánh giá tổn thương hạch chậu, hạch đm chậu chung, hạch đm chủ  
Tìm dấu hiệu dẫn niệu quản
- Tầm soát vùng bụng : IRM hay CT scan
- TEP TDM: lựa chọn được khuyến cáo khởi đầu từ giai đoạn IB1
- X-quang ngực ngay từ giai đoạn IB1
- Định lượng SCC đối với ung thư thượng mô (sẽ dùng để theo dõi)
- Các dạng dưới lâm sàng: khoét chóp để xác định đặc tính mô học bao gồm và đánh giá kích thước của tổn thương, tìm thuyên tắc mạch bạch huyết quanh khối u

## **Điều trị**

Tùy theo giai đoạn, theo phân loại FIGO và TNM (TNM Classification of Malignant Tumours, 6<sup>th</sup> Edition, Wiley ed., 2002)

### **Giai đoạn IA1**

#### **Việc chẩn đoán đòi hỏi phải có khoét chóp**

Nếu có khối huyết tắc trên mảnh khoét chóp: xử trí giống như giai đoạn IA2

Không có huyết tắc trên mẫu khoét chóp

-Mẫu cắt ở giữa mô lành

Theo dõi

-Mẫu cắt có biên không lành

Khoét chóp lần hai; chọn lựa: cắt tử cung toàn phần đơn giản

### **Giai đoạn IA2-IB1 không tổn thương hạch trên hình ảnh học**

5 lựa chọn có thể: 3 lựa chọn đầu tiên liên quan đến xử trí toàn thể

2 lựa chọn còn lại liên quan điều trị bảo tồn tử cung và/hoặc buồng trứng

**Lựa chọn 1:** Nạo hạch chậu qua nội soi tiên khởi

*Nếu PN (0):*

Hai lựa chọn:

- Cắt tử cung – cô tử cung mở rộng đến chu cung gần (chỉ định đặc hiệu: Giai đoạn IA2)

- Tử cung âm đạo theo sau là cắt tử cung ngoài hoặc cắt tử cung gần (chỉ định đặc hiệu cho  $u > 2$  cm, hoặc  $< 2$  cm, với huyết tắc quanh khối u)

*Nếu PN (1):*

- Hoá xạ trị liệu đồng thời và Curie trị liệu tử cung âm đạo

Trường phát xạ tùy vào có hay không tổn thương ĐM chậu chung và/hay ĐM chủ dưới thận  
– Cắt TC bổ sung trong trường hợp khối u tồn lưu sau khi xạ

**Lựa chọn 2:** Curie trị liệu TC - âm đạo tiên khởi theo sau là cắt tử cung - CTC âm đạo với nạo hạch chậu

*Nếu PN (0):* không điều trị bổ sung

*Nếu PN (1):*

- Hoá xạ trị liệu đồng thời

- Trường phát xạ tùy vào có hay không tổn thương ĐM chậu chung và/hay ĐM chủ dưới thận

**Lựa chọn 3:** chỉ xạ hay với xạ ngoài và curie trị liệu

**Lựa chọn 4:** Có thể phẫu thuật bảo tồn TC và buồng trứng cho các giai đoạn sớm ở những bệnh nhân trẻ, và trong những điều kiện nhất định:

- Khoét chóp tiền phẫu thuật và tuổi mang thai, và mong muốn có thai và kích thước khối u lớn nhất < 2cm và

- Không có huyết tắc và PN (0) chậu và biên cổ trong  $\geq 8$ mm.

**Lựa chọn 5: Điều trị phẫu thuật bảo tồn buồng trứng**

- Ung thư dạng thượng mô có kích thước lớn nhất > 2 cm

- Và PN (0) chậu

- Tuổi < 40

- Có thể chuyển đổi vị trí buồng trứng nếu chọn “curie liệu pháp khởi đầu” (tùy chọn 2)

**Giai đoạn IA2-IB1 N (1) trên hình ảnh học**

- Các tổn thương hạch bạch huyết phải được chứng minh bằng mô học hay tế bào học  
Hóa xạ đồng thời và curie liệu pháp

Phát xạ rộng đến vùng ĐM chủ trong trường hợp có hạch cạnh chủ hay hạch chậu chung, dùng TEP hay nạo hạch chậu

Phẫu thuật cắt bỏ bổ sung có thể được thảo luận trong trường hợp mảnh tử cung hay hạch còn sót lại

**Giai đoạn IB2, IIA-IIB, III, IVA**

**Điều trị đặc hiệu là hóa xạ đồng thời**

Hóa xạ đồng thời vùng chậu và curie liệu pháp tử cung âm đạo.

Phát xạ rộng đến ĐM chủ trong trường hợp có hạch ĐM chủ hay ĐM chậu chung dùng TEP hay nạo hạch chậu.

**Tùy chọn:** Nạo hạch chậu chung và hạch động mạch chủ bằng nội soi thùy đầu, trừ trường hợp có tổn thương hạch đặc trưng trên hình ảnh học.

**Tùy chọn:** Phẫu thuật nội soi (cắt TC và CTC có thể cắt rộng và nạo hạch chậu, hạch chủ hay đoạn chậu) trong trường hợp khối u tồn lưu còn phẫu thuật được và không lan rộng chu cung (TEP TDM hậu điều trị gần đây)

**Giai đoạn IVB hay carcinose phúc mạc**

Hoá trị và/hay xạ trị

**Tái phát**

Trong trường hợp tái phát tại vùng có thể phẫu thuật chừa mô lành

Đoạn chậu nếu TEP TDM gần đây không cho thấy có tổn thương xa

Trong trường hợp carcinose phúc mạc hay tái phát ngoài chậu hay tái phát cố định vùng bên

Thảo luận dùng hoá trị và có thể xạ trị cùng lúc

**Theo dõi**

Tái phát xuất hiện thường nhất trong vòng 2 năm nhưng 10% xuất hiện sau 5 năm

*Cách thức chung để theo dõi*

\* Chỉ khám không phết tế bào trong trường hợp cắt tử cung

\* X-quang thường quy không phải là chuẩn mực

\* CLS chỉ làm khi có triệu chứng

\* Tùy chọn: định lượng SCC trong trường hợp tăng cao từ đầu (Chỉ dùng cho ung thư thượng mô)

*Trong TH cắt cổ TC*

\* Phết tế bào âm đạo tối thiểu mỗi năm 1 lần

\* Tùy chọn: IRM

*Mật độ*

Mỗi 4 tháng trong 2 năm kế đó là mỗi 6 tháng trong 3 năm kế đó là mỗi năm.

# UTILISATION DE LA COELIOCHIRURGIE EN CANCEROLOGIE GYNECOLOGIQUE

## *ENQUETE DE PRATIQUE RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE :*

### **A propos de 675 interventions au cours de l'année 2005**

Cl. Le Roux, L. Catala, Ph. Morice, E. Leblanc, E. Daraï, S. Uzan,  
C. Mathevet, G. Houvenaeghel, G. Mage, F. Lecuru, D. Querleu,  
E. Stöeckle, D. Vinatier, C. Hocke, P. Madelenat, H. Fernandez, J. Leveque,  
P. Dessogne, L. Marpeau, L. Cravello, J.-M. Classe, Ph. Descamps.  
Service de gynécologie obstétrique, CHU d'Angers.

## ABSTRACT

### INTRODUCTION

S'il est prouvé depuis plusieurs années que toutes les interventions de chirurgie oncologique pelvienne peuvent être pratiquées par coelioscopie, peu d'études en ont étudié la diffusion. Notre travail consiste en une enquête de pratique rétrospective descriptive multicentrique française, concernant l'utilisation de la coelioscopie en cancérologie gynécologique au cours de l'année 2005.

### MATERIEL ET METHODE

65 centres hospitaliers universitaires et anticancéreux nationaux ont été questionnés. Ont été incluses les patientes présentant un cancer du col de l'utérus, de l'endomètre, ou de l'ovaire (Tumeurs Borderline comprises), tous stades confondus, et ayant bénéficié d'une prise en charge coelioscopique au cours de l'année 2005.

Le délai moyen de suivie est de 6 mois.

Notre étude a colligé 675 interventions.

### RESULTATS

La coelioscopie a été utilisée par **64,5%** des centres et concerne **51,1%** des patientes atteintes d'un cancer gynécologique.

Il existe une différence statistiquement significative ( $p < 0,008$ ) en faveur d'une utilisation moindre dans les cancers de l'ovaire. Les cancers du col représentent une population significativement plus importante ( $p < 0,01$ ). L'âge moyen de la prise en charge pour cancer dans notre population est de 53,3 ans.

Les équipes chirurgicales sont constituées en moyenne 3.8 chirurgiens.

Le CO<sub>2</sub> a été quasi exclusivement utilisé pour créer le pneumopéritoine. Il existe une différence statistiquement significative ( $p < 0,029$ ) en faveur de l'open coelioscopie versus aiguille de Veress.

Le taux de complications peropératoires s'élève à **4,3%**.

Une conversion en laparotomie a eu lieu dans **16,9%**.

Le taux de complications post opératoires s'élève à **12,6%**. Aucun décès lié à la technique n'est rapporté.

*— Cancer de l'endomètre :*

**L'hystérectomie totale non conservatrice extra faciale** accompagnée d'une **lymphadénectomie pelvienne** a été effectuée dans **70,9%** des cas. Nous rapportons 8,4 % de complications peropératoires et 13,2 % de laparo-conversions. On note 9,9 % de complications post-opératoires. Un morcellement de la pièce a été réalisé dans 2,2% des cas et aucune métastase trocart, mais le recul est faible.

La technique est diffusée à l'ensemble des équipes.

*— Cancer du col :*

Notre série comprend **72 colpohystérectomies élargies**.

**49** comprennent un temps vaginal associée ( colpohystérectomie élargie vaginale coeliopréparée) et **23** ont lieu par voie coelioscopique exclusive. La technique ne concernait que les stades IB1 et IB2.

La durée moyenne était de 230 min, avec des pertes sanguines mesurées à 175 cc. Les complications peropératoires ne concernaient que 3 dossiers (4,2% des cas) avec nécessité une laparoconversion dans 2 cas.

Les complications postopératoires représentaient **36,1%** des cas avec essentiellement des complications urologiques. Il existe significativement moins de complications postopératoires dans la population des interventions avec un temps vaginal ( $p=0.013$ ). On retrouve par ailleurs à une morbidité urinaire moindre ( $p=0.06$ ) mais nous manquons de puissance statistique pour conclure de façon formelle.

Dix équipes ont pratiqué cette intervention en 2005.

*— Cancers de l'ovaire :*

**-Cancers borderlines** : 68 cas. La morbidité de cette technique est limitée et le traitement des BL est donc possible dans une grande majorité des cas par voie coelioscopique exclusive.

-La chirurgie des **stades précoces** a été effectuée de manière complète par voie coelioscopique dans 13 cas.

-La chirurgie de **debulking** pour les stades avancés, bien que décrite par voie endoscopique, n'est effectuée par aucun des centres qui ont participé à cette étude, par contre, une coelioscopie exploratrice, permettant un bilan de réséquabilité des lésions, a été réalisée en 1ere intention par l'intégralité des opérateurs concernés. Une conversion en laparotomie a été pratiquée dans un cas sur deux.

-La chirurgie de **2<sup>nd</sup> look** par coelioscopie concerne 33 patientes. Une conversion a été nécessaire dans 21,2% des cas. Les adhérences sont fréquentes.

*— Curages pelviens et lombo-aortiques*

**-Curages pelviens** pour les cancers du col et de l'endomètre (282 dossiers). La voie d'abord transpéritonéale est significativement ( $p<0,05$ ) plus utilisée (97,6 %) que la voie rétro péritonéale ( 2,4%). Des algies obturatrices et des grosses jambes ont été rapportées.

**La procédure sentinelle** concerne 40 de nos curages pelviens (13,8%).

**Trachélectomies élargies** avec lymphadénectomie pelvienne coelioscopique (17 dossiers)

Les lymphadénectomies percoelioscopiques sont diffusées à toutes les équipes.

**-Curages lombo-aortiques** (111 dossiers) L'analyse a été effectuée en groupant les 3 cancers gynécologiques.

Les pertes sanguines sont estimées à 40cc. Les complications peropératoires s'élèvent à 6,3% avec un taux de conversion de 1,8%. Nous avons observé la survenue d'une complication postopératoire dans 17% des cas avec près de 10% de lymphocèles. Nous comparons les lymphadénectomies lombo-aortiques infrarénales par voie transpéritonéale (48 interventions) et par voie rétropéritonéale (50 interventions). Dans notre série, il n'existe pas de différence significative entre les deux techniques même si la voie rétro-péritonéale semble plus rapide dans

sa réalisation. Dix équipes pratiquent la voie transpéritonéale, et 5 la voie rétropéritonéale (pour un total de 7 opérateurs).

## **DISCUSSION**

Nos résultats sont comparés aux données de la littérature.

## **CONCLUSION**

L'évaluation des pratiques de la coelioscopie et leur diffusion en oncologie pelvienne en France en 2005 montre qu'elle est en train de devenir le gold standard pour la prise en charge des cancers gynécologiques.

La technique chirurgicale doit être rigoureuse et réalisée par des opérateurs entraînés pour éviter des prises en charge non optimales. L'enseignement et la diffusion de la technique constituent un véritable challenge.

Une étude multicentrique voit le jour en France en 2008, et permettra de compléter ce travail.



**CHUYÊN ĐỀ**  
**HIỂM MUỘN**

## **L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) AUJOURD'HUI ET PERSPECTIVES POUR DEMAIN**

**Bernard Hédon**

*Département de Médecine de la Reproduction*

*Service de Gynécologie-Obstétrique*

*Pôle Naissances et Pathologies de la Femme*

*Centre Hospitalier Universitaire A. de Villeneuve*

*Faculté de Médecine, Université Montpellier Sud de France*

*34295 Montpellier 05 (France)*

*[b-hedon@chu-montpellier.fr](mailto:b-hedon@chu-montpellier.fr)*

Les techniques d'assistance médicale à la procréation ont pris aujourd'hui une place très importante au sein de l'arsenal thérapeutique de prise en charge de l'infécondité conjugale. De façon plus limitée, mais cela joue un grand rôle pour les couples concernés, les possibilités du diagnostic pré-implantatoire permettent d'éviter la naissance d'enfants porteurs d'anomalies génétiques qui risqueraient de lourdement handicaper leur vie. Cette place, les techniques d'AMP la doivent aux multiples progrès cliniques et biologiques accomplis au fil des années et qui ont permis de maîtriser chaque jour un peu plus les diverses étapes.

Aujourd'hui on peut résumer ainsi la pratique de l'AMP :

1° Indication : si beaucoup de causes d'infécondité conjugale peuvent tirer bénéfice de la pratique d'une technique d'AMP, toutes les indications ne doivent pas être retenues. Notamment l'âge constitue une limite importante.

2° Préparation du couple : il y a bien sûr les aspects psychologiques et matériels. Mais la préparation est aussi d'ordre médical. Un certain nombre d'exams doivent être réalisés afin d'adapter le mieux possible la technique aux besoins spécifiques du couple. C'est une condition importante du résultat. Notamment, il est indispensable de faire une évaluation précise de la réserve ovarienne dont dépend la capacité de réponse ovarienne à la stimulation de l'ovulation.

3° Stimulation de l'ovulation : au-delà des protocoles, le but poursuivi est celui de la recherche de l'ovocyte idéal, celui qui va donner l'embryon de bonne qualité qui aura la capacité de s'implanter et donner naissance à un enfant. La pratique de la stimulation de l'ovulation a beaucoup évolué. La tendance d'aujourd'hui est de tendre vers des stimulations plus douces, plus respectueuses de la physiologie de la maturation ovocytaire. Elles sont aussi moins coûteuses, moins risquées pour la patiente, et éthiquement plus acceptables.

4° Aspiration des follicules : la technique est maintenant bien établie depuis des années, par ponction trans-vaginale sous contrôle échographique.

5° Préparation du sperme et fécondation in vitro : les progrès accomplis sont principalement de l'ordre de la rigueur et de la qualité des pratiques de laboratoire. Traçabilité et contrôles sont les mots-clés. L'ICSI (injection intra-cytoplasmique du spermatozoïde) est pratiqué de façon de plus en plus fréquente.

6° Le transfert embryonnaire ne doit surtout pas être négligé. C'est le moment important du choix de l'embryon à transférer. Une bonne « politique » de transfert est une condition de la réussite. C'est aussi l'expression du respect de l'embryon et de la considération qu'on a vis-

à-vis de la patiente et de son conjoint. Le geste lui-même doit être parfaitement maîtrisé car toutes les étapes antérieures dépendent de lui.

Grâce à cet ensemble de maîtrises, on peut espérer offrir aux couples jusqu'à une chance sur deux d'obtenir la grossesse désirée. Faire mieux que la fécondité humaine naturelle ? Là n'est sans doute pas le but, mais au moins aujourd'hui on peut offrir à beaucoup de couples inféconds une réponse adaptée qui leur permettent de garder l'espoir.

Demain, quels seront les nouveaux progrès ?

Ils seront dans le domaine de l'implantation embryonnaire, grâce à la meilleure connaissance de l'embryon et de l'endomètre. Les « omiques » (génomique, protéomique, métabolomique) vont prendre une grande place pour permettre d'analyser la capacité vitale de l'embryon de façon non invasive, et d'apprécier le degré de préparation de l'endomètre.

Les progrès ne seront pas dans les pseudo-exploits qui défrayent de temps en temps la chronique des journaliers marchands de papier qui jouent sur l'émotion en exploitant la détresse morale. Ces faits divers sont révélateurs de la société qui les produit et ne sont pas à leur honneur. Il faut les éviter grâce à une réglementation stricte qui respecte les besoins des couples de recourir à l'AMP. Quand ils se produisent, il faut les condamner fermement et sans équivoque. La rigueur éthique est une condition de la poursuite du développement de l'AMP pour les couples qui en ont réellement besoin.

# KỸ THUẬT HỖ TRỢ SINH SẢN – HIỆN TẠI VÀ HƯỚNG TƯƠNG LAI

## **Bernard Hédon**

*Département de Médecine de la Reproduction*

*Service de Gynécologie-Obstétrique*

*Pôle Naissances et Pathologies de la Femme*

*Centre Hospitalier Universitaire A. de Villeneuve*

*Faculté de Médecine, Université Montpellier Sud de France*

*34295 Montpellier 05 (France)*

*[b-hedon@chu-montpellier.fr](mailto:b-hedon@chu-montpellier.fr)*

Ngày nay, Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (KTHTSS) giữ một vị trí rất quan trọng giữa vô vàn các phương pháp điều trị vô sinh. Khả năng chẩn đoán tiên làm tổ cho phép chúng ta tránh cho ra đời những đứa trẻ mang các bất thường về gen có nguy cơ gây ra bất lợi trầm trọng cho cuộc sống của chúng, điều này có vai trò chủ yếu đối với các cặp vợ chồng vô sinh. Với vai trò đó, trong nhiều năm qua, KTHTSS đã có nhiều phát triển về lâm sàng và sinh học càng cho chúng ta khả năng kiểm soát ở nhiều giai đoạn khác nhau.

Ngày nay, có thể tóm tắt thực hành htss như sau:

1. Chỉ định: Rất nhiều các nguyên nhân vô sinh của các cặp vợ chồng được can thiệp bởi các phương pháp thực hành htss. Không phải tất cả các chỉ định đều được giữ lại, nhất là vấn đề tuổi là một giới hạn quan trọng.
2. Chuẩn bị cho các cặp vợ chồng:

Tất nhiên sự chuẩn bị bao gồm nhiều phương diện về tinh thần và vật chất, nhưng cần tiến hành chuẩn bị theo trình tự chuyên môn. Cần thực hiện nhiều xét nghiệm kiểm tra tương ứng với kỹ thuật nhằm phục vụ tốt nhất cho nhu cầu đặc biệt của cặp vợ chồng. Đây là một điều kiện rất quan trọng cho kết quả điều trị. Nhất là không được bỏ qua việc đánh giá chính xác dự trữ buồng trứng, thể hiện khả năng đáp ứng của buồng trứng đối với kích thích buồng trứng.

3. Kích thích buồng trứng:

Bằng nhiều phác đồ, mục đích của kích thích buồng trứng nhằm có được trứng tốt, lý tưởng, để sẽ cho phôi có chất lượng tốt, qua đó giúp tăng khả năng làm tổ, giúp cho ra đời những đứa bé. Thực hành kích thích buồng trứng đã có nhiều bước phát triển. Khuynh hướng ngày nay hướng đến những phác đồ kích thích nhẹ nhàng hơn, tôn trọng sinh lý trưởng thành buồng trứng hơn. Đồng thời, khuynh hướng ngày nay cũng hướng đến những phác đồ rẻ tiền hơn, ít rủi ro hơn cho bệnh nhân và dễ chấp nhận hơn về mặt đạo đức.

4. Chọc hút trứng:

Kỹ thuật chọc hút trứng đã được thực hiện từ nhiều năm là chọc hút trứng qua ngã âm đạo dưới hướng dẫn của siêu âm.

5. Chuẩn bị tinh trùng và thụ tinh trong ống nghiệm

Những tiến bộ, phát triển chủ yếu là trình tự nghiêm ngặt, chất lượng thực hành của phòng thí nghiệm ISCI ngày càng được quan tâm.

## 6. Chuyển phôi:

Nhất định không được cầu thả. Thời điểm quan trọng là lúc chọn lựa phôi để chuyển. Một “chiến lược” chuyển phôi tốt là điều kiện cho sự thành công. Điều đó cũng thể hiện sự tôn trọng phôi và cân nhắc trên bệnh nhân và các vấn đề liên quan. Thao tác chuyển phôi phải được hoàn toàn kiểm soát bởi tất cả những giai đoạn trước đó đều tùy thuộc vào việc này. Nhờ vào sự kiểm soát này, chúng ta có thể hy vọng mang đến cho các cặp vợ chồng một cơ hội có thai như mong muốn. Liệu chúng ta có thể làm tốt hơn sự sinh sản tự nhiên ở người không? Đó không phải là mục đích; ít nhất, cho đến ngày hôm nay, chúng ta có thể mang đến cho các cặp vợ chồng hiếm muộn một sự đáp ứng phù hợp, cho phép họ vẫn còn hy vọng vào điều trị.

Ngày mai, sẽ có những thành tựu mới nào?

Chính là lĩnh vực phôi làm tổ, nhờ vào sự hiểu biết tốt hơn, sâu hơn về phôi học và nội mạc tử cung. Nhóm “omiques” (genomique, proteomique, metabolomique) sẽ giữ vai trò quan trọng, cho phép phân tích khả năng sống còn của phôi bằng các phương pháp không xâm lấn, và đánh giá mức độ chuẩn bị của nội mạc tử cung.

Cùng với sự phát triển ngày càng có ảnh hưởng về mặt tinh thần. Phải tránh những điều đó dựa vào những quy định, nguyên tắc chặt chẽ nhằm tôn trọng nhu cầu của các cặp vợ chồng đến với kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

## REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN DEVELOPING COUNTRIES

**Adriana Arent**

Sixty to 80 million people experience infertility around the world, and most of those people live in developing countries (WHO, 1991). Infertility in developing countries is pervasive and a serious concern. Further, there is evidence that the infertility rates that are generally quoted are, in fact, underestimates. In addition to the personal grief and suffering it causes, the inability to have children especially in poor communities can create broader problems, particularly for the woman, in terms of social stigma, economic hardship, social isolation and even violence. In some societies, motherhood is the only way for women to improve their status within the family and the community. On a practical level, many families in developing countries depend on children for economic survival. It is not surprising therefore that the demand for assisted

reproductive technologies (ART) is growing in all regions. But how can the provision of these technologies, which are expensive and have a success rate of less than 30% be justified in developing countries with poorly developed health services that are still struggling with infectious and chronic diseases, such as tuberculosis, malaria and HIV/ AIDS?

While many people, therefore, would not consider infertility a disease in itself, it can certainly be said to be a social and public health issue as well as an individual problem. Are there any ethical concerns about reproductive technologies that are specific or unique to developing countries? Three ethical concerns often mentioned specifically in regard to developing countries are (1), the "overpopulation argument"; (2) the limited resources argument; and (3) the ethical problem of poorly trained practitioners offering their services to unsuspecting and uninformed infertile individuals or couples.

There are over 186 million couples in developing countries alone (excluding China) today who are affected by infertility (both primary and secondary). Rates of infertility vary considerably from country to country; in the worst-affected areas, over 25% of couples may be unable to have children. Most of the infertility in developing countries is attributable to damage caused by infections of the reproductive tract, notably gonorrhoea and chlamydial infection.

The argument from overpopulation suggests that an overpopulated country should not prioritize infertility management, for the overpopulation poses a demographic problem for the country and for the global community. The primary response to this argument is that individuals should be able to reproduce "if, when and as often as they wish," as it was stated in the definition of reproductive health adopted by the United Nation's 1994 International Conference on Population and Development. References in both the *Universal Declaration of Human Rights* and the *Convention on the Elimination of All Discrimination Against Women* may also be interpreted to argue for a right to access to infertility treatment through ART. Some think that infertile people should adopt children, given the number of children in developing countries that are available for adoption. Many regional studies indicate a lack of availability of such children and the social customs that resist giving children up for adoption. The argument that infertile people should adopt instead of having their own biological children, in the context of the overpopulation problem, is rather weak. For why should fertile people not have one less child and adopt one instead, for example? Proposing

adoption as the only alternative for infertile couples, in the context of global overpopulation, denies the importance of reproductive autonomy and it distributes social responsibility for overpopulation unjustly upon the infertile.

The second argument, the limited resources argument, suggests that developing countries should not allocate resources for expensive technology that can benefit only a few. Proponents maintain that a country's resources should be directed toward the prevention of infertility. The idea that infertility treatment is not a health care priority is based on the fallacious assumption that it does not have devastating, material and life-threatening consequences. Indeed, since the consequences of infertility are so severe in developing countries, infertility treatment should assume an even higher priority in developing countries than it does in developed countries. Finally, if governments cite scarce resources as the justification for not funding ART, this is a cause for governments to think creatively about infertility solutions, rather than a justification for rejecting all ART advances and development.

In an effort to make much needed ARTs to developing countries accessible and affordable, developing countries should look to public-private partnerships (PPPs). These partnerships can bring technical expertise, research, equipment and supplies to low-resource settings. At the same time, PPPs can offer services at lower costs that are more realistic in developing countries. In addition, PPPs can help influence the establishment of standards, regulations and policies to safeguard the health of couples undergoing treatment. Cooperative public and private partnerships have the potential to make infertility care affordable and to make access more just.

Source:

ESHRE Monographs 2008 2008(1):12-14; doi:10.1093/humrep/den147

WHO, September 2001. "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"

1. Infertility and assisted reproductive technologies in the developing world

## KĨ THUẬT HTSS Ở CÁC NƯỚC ĐANG PHÁT TRIỂN

**Adriana Arent**

Trên thế giới có 60 đến 80 triệu con người bị hiếm muộn, và hầu hết ở các nước đang phát triển (theo WHO, 1991). Hiếm muộn tại các nước đang phát triển khá phổ biến và là một mối quan tâm lớn. Hơn thế nữa, những số liệu về tỉ lệ hiếm muộn đã được công bố là đánh giá thấp hơn so với thực tế. Ngoài ra, những người hiếm muộn bất hạnh, không thể có con đặc biệt là tại các nước nghèo, có thể làm cho vấn đề trầm trọng hơn, đặc biệt là với phụ nữ, họ gặp nhiều áp lực xã hội, khó khăn về kinh tế, sự cô lập của xã hội và kẻ cả bạo lực.. Trong một số xã hội, chức năng làm mẹ là con đường duy nhất cho phụ nữ cải thiện vị trí của họ trong gia đình và cộng đồng. Trên thực tế, nhiều gia đình tại các nước đang phát triển dựa vào trẻ em để mưu sinh. Không ngạc nhiên rằng nhu cầu về kĩ thuật hỗ trợ sinh sản đang tăng lên ở mọi nơi. Nhưng bằng cách nào sự cung cấp các kĩ thuật này, vốn đắt đỏ và có tỉ lệ thành công dưới 30% trở nên phù hợp tại các nước đang phát triển, nơi mà các dịch vụ chăm sóc sức khỏe còn kém phát triển và vẫn đang phải chiến đấu với sự bệnh truyền nhiễm và với các bệnh mãn tính như lao, sốt rét và HIV/AIDS?

Trong khi nhiều người không xem hiếm muộn là một căn bệnh, hiếm muộn vẫn là một vấn đề xã hội và sức khỏe cộng đồng, và là một vấn đề của mỗi cá nhân. Về phương diện đạo đức, có những mối quan tâm nào về kĩ thuật hỗ trợ sinh sản chuyên biệt và duy nhất cho các nước đang phát triển không? Có 3 mối quan tâm thường được đề cập đặc biệt với các nước được xem là đang phát triển, đó là: (1) tranh cãi về vấn đề bùng nổ dân số, (2) tranh cãi vấn đề nguồn tài nguyên hạn chế và (3) vấn đề đạo đức của những nhà lâm sàng được đào tạo sơ sài, cung cấp dịch vụ sức khỏe của họ cho những bệnh nhân hay cặp vợ chồng hiếm muộn cả tin và thiếu thông tin.

Ngày nay, có trên 186 triệu cặp vợ chồng tại các nước đang phát triển (không tính Trung Quốc) bị hiếm muộn (nguyên phát và thứ phát). Mức độ hiếm muộn thay đổi nhiều giữa các quốc gia, những nơi bị hiếm muộn nhiều nhất, trên 25% các cặp vợ chồng không có khả năng có con. Hầu hết các trường hợp hiếm muộn tại các nước đang phát triển là do các tổn thương do viêm nhiễm đường sinh dục, nổi bật là lậu và Chlamydia.

Những tranh cãi về bùng nổ dân số cho rằng các nước đông dân không nên ưu tiên điều trị hiếm muộn, vì bùng nổ dân số tạo nên các vấn đề về nhân khẩu học cho quốc gia và cộng đồng quốc tế. Phản ứng đầu tiên cho ý kiến trên là: mỗi cá nhân nên có quyền sinh sản “nếu, khi nào và bao nhiêu lần tùy theo ý họ muốn”, điều này được nêu trong định nghĩa về sức khỏe sinh sản được thông qua bởi Hội nghị dân số và phát triển năm 1994 của Liên hiệp quốc. Tham khảo Tuyên ngôn quốc tế về nhân quyền và Hội nghị chống phân biệt đối xử với phụ nữ có thể giải thích cho các tranh cãi về quyền được điều trị hiếm muộn bằng các kĩ thuật hỗ trợ sinh sản. Một vài người cho rằng, những người hiếm muộn nên nhận con nuôi, dựa trên số lượng trẻ có thể nhận nuôi ở các nước đang phát triển. Nhiều nghiên cứu trong vùng cho biết khó có được trẻ em để được nhận nuôi, hơn nữa xã hội chống lại việc bỏ con để làm con nuôi người khác. Trong bối cảnh bùng nổ dân số, ý kiến rằng những người hiếm muộn nên nhận con nuôi thay vì có con về mặt sinh học của chính họ khó có sức thuyết phục. Ví dụ: vì sao những người hiếm muộn không có đủ chi 1 con và nhận 1 con nuôi thay vào đó? Gia tăng nhận con nuôi như là lựa chọn duy nhất cho các cặp vợ chồng hiếm muộn đồng



nghĩa với bác bỏ tầm quan trọng của quyền tự do sinh sản, và điều đó thật không công bằng cho những người hiếm muộn trong phân chia trách nhiệm xã hội đối với bùng nổ dân số.

Ý kiến tranh cãi thứ 2, hạn chế tài nguyên, đề nghị rằng các quốc gia đang phát triển không nên dành tài nguyên cho các kĩ thuật đắt tiền vốn chỉ mang lại lợi ích cho thiểu số. Những người ủng hộ đề nghị rằng tài nguyên quốc gia nên dùng trực tiếp cho việc phòng chống hiếm muộn. Ý kiến cho rằng điều trị hiếm muộn không phải là ưu tiên chăm sóc sức khỏe dựa trên một định kiến sai lầm rằng hiếm muộn không gây hại hay đe dọa cuộc sống. Thực tế là, vì những hậu quả của hiếm muộn tại các nước đang phát triển là rất nặng nề, điều trị hiếm muộn nên được ưu tiên nhiều hơn tại các nước đang phát triển hơn là tại các nước phát triển. Cuối cùng, nếu chính phủ lấy việc thiếu tài nguyên để sự biện hộ cho việc không hỗ trợ tài chính cho HTSS, họ nên suy nghĩ sáng tạo hơn các giải pháp cho hiếm muộn, hơn là biện hộ cho việc từ chối mọi tiến bộ và phát triển của các kĩ thuật HTSS.

Trong một nỗ lực nhằm đưa các kĩ thuật HTSS cần thiết tại các nước đang phát triển trở nên dễ tiếp cận và phù hợp với thu nhập, các nước này cần xem xét sự hợp tác cộng đồng – tư nhân (PPPs-public private partnerships). Những sự hợp tác này có thể mang lại các chuyên gia kĩ thuật, các nghiên cứu, thiết bị và vật tư cho các nơi ít tài nguyên. Đồng thời PPPs còn có thể mang đến những dịch vụ giá rẻ mang tính thiết thực hơn với các nước đang phát triển. Ngoài ra, PPPs có thể gây ảnh hưởng lên việc thiết lập các tiêu chuẩn, quy tắc và chính sách bảo vệ sức khỏe cho các cặp vợ chồng đang điều trị. Sự hợp tác cá nhân và cộng đồng có khả năng làm cho việc điều trị hiếm muộn nằm trong khả năng chi trả và dễ tiếp cận hơn.

## ACTIVE AGEING

**Adriana Arent**

*“Active Ageing-the process of optimising opportunities for physical, social and mental wellbeing throughout the life course in order to extend healthy life expectancy and the quality of life in older age.”* World Health Organisation

Population ageing is one of humanity’s greatest triumphs. It is also one of our greatest challenges. The World Health Organization argues that countries can afford to get old if governments, international organizations and civil society enact “active ageing” policies and programmes that enhance the health, participation and security of older citizens.

Worldwide, the proportion of people age 60 and over is growing faster than any other age group. Between 1970 and 2025, a growth in older persons of some 694 million or 223 percent is expected. Population ageing refers to a decline in the proportion of children and young people and an increase in the proportion of people age 60 and over. As populations age, the triangular population pyramid of 2002 will be replaced with a more cylinder-like structure in 2025

**Active ageing** is a recent concept (2002) developed by the European Commission and used also in Human Resource Management. This concept evokes the idea of longer activity, with a higher retirement age and working practices adapted to the age of the employee. Active ageing allows people to realize their potential for physical, social, and mental well-being throughout the life course and to participate in society, while providing them with adequate protection, security and care when they need.

The word “active” refers to continuing participation in social, economic, cultural, spiritual and civic affairs, not just the ability to be physically active or to participate in the labour force. Older people who retire from work, ill or live with disabilities can remain active contributors to their families, peers, communities and nations. Active ageing aims to extend healthy life expectancy and quality of life for all people as they age. “Health” refers to physical, mental and social well being as expressed in the WHO definition of health. Maintaining autonomy and independence for the older people is a key goal in the policy framework for active ageing.

The World Health Organization argues that countries can afford to get old if governments, international organizations and civil society enact “active ageing” policies and programmes that enhance the health, participation and security of older citizens. In all countries and in developing countries in particular, measures to help older people remain healthy and active are a necessity, not a luxury. In both developed and developing countries, the ageing of the population raises concerns about whether or not a shrinking labour force will be able to support that part of the population who are commonly believed to be dependent on others (i.e., children and older people).

If ageing is to be a positive experience, longer life must be accompanied by continuing opportunities for health, participation and security. The World Health Organization has adopted the term “active ageing” to express the process for achieving this vision.

Source: Active ageing: a policy framework. WHO/nmh/nph/02.8

## ACTIVE AGEING

**Adriana Arent**

*Active ageing- quá trình tối ưu hoá các cơ hội để đạt được tình trạng thể chất, xã hội và tinh thần tốt trong cuộc sống nhằm kéo dài thời gian sống khoẻ mạnh và có chất lượng cuộc sống khi tuổi già”* Tổ chức y tế thế giới.

Dân số già đi là một trong những thành tựu lớn nhất và cũng là một trong những thử thách lớn nhất của loài người. Tổ chức Y tế thế giới cho rằng các quốc gia có thể bảo đảm cuộc sống của dân số già nếu chính quyền, các tổ chức quốc tế và đoàn thể xã hội ban hành chính sách “active ageing” và chương trình nâng cao về sức khoẻ, hòa nhập và an toàn cho các công dân già.

Trên thế giới, tỉ lệ từ 60 tuổi trở lên đang tăng nhanh hơn bất kì nhóm tuổi nào khác. Từ năm 1970 đến năm 2025, dự đoán gia tăng dân số già khoảng 694 triệu hay 223%. Dân số già đi liên quan đến sự giảm tỉ lệ trẻ em và người trẻ và sự tăng tỉ lệ những người từ 60 tuổi trở lên. Khi dân số già đi, hình tháp dân số của năm 2002 sẽ bị thay thế bởi một cấu trúc giống hình trụ trong năm 2025

“Active ageing” là một khái niệm mới phát triển bởi Ủy ban Châu Âu (2002) và cũng được dùng bởi Ban quản lý tài nguyên con người. Khái niệm này dẫn đến ý kiến về thời gian làm việc dài hơn, tuổi về hưu cao hơn và công việc tương ứng với tuổi người lao động. “Active ageing” cho phép con người nhận ra tiềm năng của họ về tình trạng thể chất, xã hội và tinh thần trong quá trình sống và hội nhập xã hội, bằng cách cung cấp đầy đủ sự bảo vệ, an toàn và chăm sóc khi họ cần.

Thuật ngữ “active” liên quan với việc tham dự liên tục vào các công việc xã hội, kinh tế, văn hoá, tinh thần và cộng đồng, không chỉ là khả năng hoạt động thể chất hoặc tham gia lao động chân tay. Người già đã nghỉ hưu, bệnh hoặc tàn tật có thể vẫn chủ động đóng góp cho gia đình, bạn bè, cộng đồng và quốc gia. “Active aging” nhắm đến việc làm tăng thời gian và chất lượng sống cho tất cả mọi người khi họ già đi. “Sức khoẻ” liên quan đến tình trạng thể chất, tinh thần và xã hội như định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới. Duy trì sự tự lực và độc lập cho người già là một trong những mục tiêu then chốt trong cơ cấu chính sách của “active ageing”.

Tổ chức Y tế thế giới tranh luận rằng các quốc gia có khả năng đảm bảo cho sự già đi của dân số nếu chính quyền, các tổ chức quốc tế và đoàn thể xã hội ban hành các chính sách “active ageing” và chương trình tăng cường sức khoẻ, hòa nhập và an toàn cho các công dân già. Trong tất cả các quốc gia, cụ thể là các nước đang phát triển, các biện pháp giúp đỡ người già mạnh khoẻ và năng động là cần thiết và không hề xa hoa. Trong cả nước phát triển và đang phát triển, sự lão hoá của dân số gia tăng những mối quan tâm về tình hình lực lượng lao động suy giảm còn có thể đảm đương hay không việc hỗ trợ nhóm dân số vẫn thường được cho là phụ thuộc vào các nhóm khác (như trẻ em, người già)

Nếu lão hoá trở thành một trải nghiệm tích cực, cuộc sống dài hơn sẽ phải tương ứng với cơ hội liên tục được khoẻ mạnh, hội nhập xã hội và an toàn. Tổ chức Y tế thế giới đã chấp thuận thuật ngữ “active ageing” để diễn đạt quá trình đạt được viễn cảnh này.

## LIÊN QUAN GIỮA SỐ LƯỢNG TINH TRÙNG DI ĐỘNG VÀ THÀNH CÔNG CỦA BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI)

BS. Dương Khuê Tú, Cô Phí Thị Ý Nhi, Hoàng Thị Diễm Tuyết

BV Từ Dũ, TP. HCM

**Giới thiệu:** Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intrauterine insemination – IUI) là một phương pháp điều trị vô sinh được áp dụng rất nhiều đối với các trường hợp thiếu hụt tinh. Hiệu quả của IUI phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó phải kể đến chất lượng tinh trùng. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá mối liên quan giữa số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa và hiệu quả của IUI.

**Phương pháp thực hiện:** Đây là nghiên cứu thống kê mô tả, được thực hiện trên 806 chu kỳ IUI tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 1.2007 tới tháng 12.2008 với chỉ định IUI chỉ do nguyên nhân thiếu hụt tinh (được đánh giá theo tiêu chuẩn của WHO). Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng clomiphene citrate, hMG hoặc FSH tái tổ hợp, có thể kèm GnRH agonist. Bơm tinh trùng được thực hiện sau tiêm hCG 36-40 giờ. Tiêu chuẩn đánh giá là tỉ lệ thai lâm sàng/chu kỳ.

**Kết quả :** Tỉ lệ thai lâm sàng nói chung trên chu kỳ là 12,8% . Khi tổng số tinh trùng di động sau lọc rửa  $< 5 \times 10^6$ , tỉ lệ thai lâm sàng là 10,5%, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ thai lâm sàng của các trường hợp tinh trùng di động sau lọc rửa  $\geq 5 \times 10^6$  (13,1%) ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Khi thực hiện bơm tinh trùng vào buồng tử cung đối với các trường hợp thiếu hụt tinh, tỉ lệ thành công tăng đáng kể khi số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa  $\geq 5 \times 10^6$ . Điều này góp phần tiên lượng và tư vấn cho bệnh nhân trước khi điều trị.

### Influence of the postwash total motile sperm count on the success of intrauterine insemination (IUI)

Duong Khue Tu, Co Phi Thi Y Nhi, Hoang Thi Diem Tuyet

**Background:** Intrauterine insemination has been widely applied for the treatment of oligoasthenospermia. The outcome of IUI depends on many factors including the semen parameters. Our objective is defining the influence of the postwash total motile sperm count on the success of IUI.

**Methods:** This is a descriptive retrospective study comprising 806 IUI cycles at Tu Du hospital from January 2007 to December 2008. The indication for IUI was only oligoasthenospermia (evaluated according to the WHO standard criteria). All IUI cycles were preceded by ovarian stimulation with clomiphene citrate, hMG or recombinant FSH, with or without GnRH agonist. The IUI was performed 36-40 hours after hCG injection. The main outcome measure was the clinical pregnancy rate/cycle.

**Results:** The overall clinical pregnancy rate/cycle was 12.8%. When the postwash total motile sperm count (TMC) was  $< 5 \times 10^6$ , the clinical pregnancy rate/cycle was 10,5%, significantly lower than in the group with the postwash TMC  $\geq 5 \times 10^6$  (13.1%) ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The outcome of IUI used for treating oligoasthenospermia is significantly improved when the postwash TMC  $\geq 5 \times 10^6$ . This contributes to prognosis and counseling IUI patients before treatment.

### **Giới thiệu**

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intrauterine insemination – IUI) là một phương pháp điều trị vô sinh được áp dụng phổ biến trong các trường hợp thiếu hụt tinh. Hiệu quả của IUI phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó phải kể đến số lượng và chất lượng tinh trùng.

Nhiều tác giả trên thế giới đã tiên lượng thành công của IUI dựa vào chất lượng tinh trùng sau lọc rửa. Theo một số nghiên cứu, ngưỡng số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa tối thiểu được đề nghị khi thực hiện IUI dao động từ  $0,8 \times 10^6$  -  $20 \times 10^6$  [1-8]. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá mối liên quan giữa số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa và hiệu quả của IUI.

### **Phương pháp tiến hành**

Đây là nghiên cứu thống kê mô tả với mẫu là các cặp vợ chồng điều trị IUI tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 1.2007 đến tháng 12.2008 với chỉ định điều trị chỉ do nguyên nhân thiếu hụt tinh (loại trừ các nguyên nhân do vợ lớn tuổi, tắc vòi trứng, rối loạn phóng noãn...), thời gian vô sinh từ 12 tháng trở lên.

Các xét nghiệm cơ bản bệnh nhân cần thực hiện bao gồm xét nghiệm HIV, HbsAg, BW cho hai vợ chồng; siêu âm, chụp HSG cho người vợ, xét nghiệm nội tiết nếu cần; tinh dịch đồ cho người chồng. Tinh dịch đồ được đánh giá theo tiêu chuẩn của WHO (Mật độ  $\geq 20 \times 10^6$ /ml, tổng số tinh trùng  $\geq 40 \times 10^6$ , tinh trùng di động tiến tới  $\geq 50\%$ ), riêng hình dạng bình thường theo tiêu chuẩn nghiêm ngặt (strict criteria)  $\geq 15\%$ .

Tinh trùng được lọc rửa bằng phương pháp swim-up hoặc gradient, sau đó được đánh giá mật độ và độ di động. Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng clomiphene citrate, hMG hoặc FSH tái tổ hợp, có thể kèm GnRH agonist. Siêu âm đầu dò âm đạo được thực hiện nhằm theo dõi sự phát triển nang noãn và nội mạc tử cung. Kích thích rụng trứng bằng hCG 5000IU khi có ít nhất 1 nang kích thước tối thiểu 17-19mm. Bơm tinh trùng được thực hiện sau tiêm hCG 36-40 giờ. Catheter dùng để bơm tinh trùng là Spermcath hoặc Braun. Sau khi bơm bệnh nhân đặt âm đạo micronized progesterone 200mg/ngày trong hai tuần, sau đó xét nghiệm  $\beta$ hCG để xác định thai.

Tiêu chuẩn đánh giá là tỉ lệ thai lâm sàng/chu kỳ. Thai lâm sàng được xác định bằng  $\beta$ hCG dương tính và có túi thai trên siêu âm.

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS. So sánh các tỷ lệ bằng phép kiểm  $\chi^2$ .

### **Kết quả và Bàn luận**

Tuổi trung bình của vợ là  $28,7 \pm 3,6$ . Thời gian vô sinh trung bình là  $36,2 \pm 26,8$  tháng.

Tỉ lệ thai lâm sàng nói chung trên chu kỳ là 12,8%.

Khi tổng số tinh trùng di động sau lọc rửa  $< 5 \times 10^6$ , tỉ lệ thai lâm sàng là 10,5%, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ thai lâm sàng của các trường hợp tinh trùng di động sau lọc rửa  $\geq 5 \times 10^6$  (13,1%) ( $p < 0,05$ ). (Bảng 1)

Tỉ lệ thai lâm sàng của IUI tăng đáng kể ở nhóm tinh trùng di động sau lọc rửa  $\geq 5 \times 10^6$ . Ngưỡng tinh trùng di động này phù hợp với ngưỡng đề nghị của nhiều tác giả khác trên thế giới [1, 4, 6]

Bảng 1

Số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa ( $\times 10^6$ )	Số thai lâm sàng	Tổng số chu kỳ	Tỷ lệ thai lâm sàng/chu kỳ(%)
< 5	9	86	10,5
$\geq 5$	94	720	13,1

Chúng tôi cũng nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ thai lâm sàng giữa nhóm nội mạc tử cung < 8mm và  $\geq 8$ mm (Bảng 3), cũng như giữa nhóm  $\geq 3$  nang có đường kính tối thiểu 16mm và < 3 nang có đường kính tối thiểu 16mm (Bảng 5). Như vậy ngoài yếu tố tinh trùng, độ dày nội mạc tử cung và số nang vượt trội cũng ảnh hưởng lên tỉ lệ thành công của IUI.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày nội mạc tử cung (Bảng 2) và số nang vượt trội trung bình (Bảng 4) ở 2 nhóm tinh trùng di động sau lọc rửa <  $5 \times 10^6$  và  $\geq 5 \times 10^6$  không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số liệu của chúng tôi được so sánh tỉ lệ với nghiên cứu của Seddigeh và cs.[9]. Đây là nghiên cứu trên các chu kì IUI do nguyên nhân tinh trùng hoặc không rõ nguyên nhân, độ dày nội mạc tử cung trung bình ở nhóm có thai là  $10,1 \pm 3,0$ , số nang vượt trội trung bình ở nhóm có thai là  $2,8 \pm 2,6$ . Như vậy, tỉ lệ thai lâm sàng giữa 2 nhóm tinh trùng di động sau lọc rửa <  $5 \times 10^6$  và  $\geq 5 \times 10^6$  trong nghiên cứu của chúng tôi không phụ thuộc vào độ dày nội mạc tử cung và số nang vượt trội.

Bảng 2

Số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa ( $\times 10^6$ )	Nội mạc tử cung trung bình (mm)
<5	10,64
$\geq 5$	10,27

Bảng 3

Số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa ( $\times 10^6$ )	Tỉ lệ thai lâm sàng/chu kỳ (%) khi độ dày nội mạc tử cung (mm)	
	<8	$\geq 8$
<5	33,3	8,8
$\geq 5$	11,0	13,4
Tất cả các trường hợp	12,4	12,8

Bảng 4

Số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa ( $\times 10^6$ )	Số nang $\geq 16$ mm trung bình
<5	2,69
$\geq 5$	2,37

Bảng 5

Số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa ( $\times 10^6$ )	Tỉ lệ thai lâm sàng/chu kỳ (%) khi số nang $\geq 16$ mm		
	1 nang	2 nang	$\geq 3$ nang

<5	13,5	6,7	8,8
≥5	9,1	14,0	18,7
Tất cả các trường hợp	10,9		17,3

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ loại trừ được các yếu tố như tuổi, các nguyên nhân do vợ, độ dày nội mạc tử cung và số nang vượt trội. Thành công của IUI còn phụ thuộc vào các yếu tố khác như tỉ lệ tinh trùng có hình dạng bình thường, kỹ thuật bơm, dụng cụ bơm tinh trùng... Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế vì chưa khảo sát được các yếu tố trên. Các nghiên cứu phân tích nhiều yếu tố hơn tác động lên kết quả của IUI có thể tiên lượng được cơ hội có thai của bệnh nhân trước khi được điều trị. Tuy nhiên, nếu chỉ dựa trên số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa thì chúng ta nên cân nhắc chỉ định IUI cho bệnh nhân nếu số lượng này thấp hơn  $5 \times 10^6$ .

Mặt khác, nếu nghiên cứu khảo sát trên ảnh hưởng của các đặc tính của tinh trùng (được mô tả trên tinh dịch đồ) lên kết quả của IUI thì nghiên cứu sẽ giúp các nhà lâm sàng có thể tư vấn cho bệnh nhân lựa chọn phương pháp điều trị sớm hơn, không phải chờ tới thời điểm sau lọc rửa để IUI.

### Kết luận

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thai lâm sàng của nhóm bệnh nhân có tinh trùng di động sau lọc rửa  $< 5 \times 10^6$  thấp hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân có tinh trùng di động sau lọc rửa vượt trên mức này. Điều này cho phép chúng tôi tiên lượng được tỉ lệ thành công của IUI dựa trên số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa. Đây là nền tảng giúp cho công tác tư vấn cơ hội mang thai của bệnh nhân ngay trước khi thực hiện IUI.

### Tài liệu tham khảo

1. Ahmed Badawy, A.E., *Effect of sperm morphology and number on success of intrauterine insemination*. Fertility and Sterility, 2008.
2. Berg U, B.C., *Effect of motile sperm count after swim-up on outcome of intrauterine insemination*. Fertility and Sterility, 1997. **67**(4): p. 747-50.
3. Emmett F.Branigan, M.A.E., *Advanced semen analysis: a simple screening test to predict intraterine insemination*. Fertility and Sterility, 1999. **71**(3): p. 547-550.
4. Huang HY, L.C., *The impact of the total motile sperm count on the success of intrauterine insemination with husband's spermatozoa*. J Assist Reprod Genet, 1996. **13**(1): p. 56-63.
5. Janne-Meije van Weert, S.R., *Performance of the postwash total motile sperm count as a predictor of pregnancy at the time of intrauterine insemination: a meta-analysis*. Fertility and Sterility, 2004. **82**(3): p. 612-620.
6. M.V. Chazaro, A.J.M., I.O. Carmona, P. Galache, P. Diaz, P. Pasquale, *Total motile sperm count (TMS) as a predictor of pregnancy after sperm capacitation in intrauterine insemination*. Fertility and Sterility, 2008. **90**: p. S460.
7. Robert Wainer, M.A., *Influence of the number of motile spermatozoa inseminated and of their morphology on the success of intrauterine insemination*. Human Reproduction, 2004. **19**(9): p. 2060-2065.
8. Tay PY, R.V., Kulenthiran A, Sitizawiah O, *Prognostic factors influencing pregnancy rate after stimulated intrauterine insemination*. Med J Malaysia, 2007. **62**(4): p. 286-9

9. Seddigeh Esmailzadeh, M.D.a., Mahbobeh Faramarzi, *Endometrial thickness and pregnancy outcome after intrauterine insemination*. *Fertility and Sterility*, 2007. **88**(2): p. 432-437.



# HỖ TRỢ PHÔI THOÁT MÀNG BẰNG LASER TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

**BS Trần Huy Dũng**

*BV Từ Dũ, TP. HCM*

Hỗ trợ phôi thoát màng là một kỹ thuật làm mỏng hoặc tạo lỗ thoát trên màng của phôi nhằm cải thiện tỉ lệ có thai và tỉ lệ làm tổ của phôi. Kỹ thuật mới nhất và đang được ứng dụng nhiều nơi trên thế giới đó là Hỗ trợ thoát màng bằng Hệ thống quang học laser hồng ngoại. Khoa Hiếm muộn Bệnh viện Từ Dũ là trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên trong cả nước chính thức trang bị Hệ thống laser quang học hồng ngoại nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ 30/10/2008 đến 4/1/2009 chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật mới này cho 119 bệnh nhân đạt tỷ lệ thai lâm sàng là 32,8% so với tỷ lệ thai chung năm 2008 là 28,33%. Đặc biệt ở nhóm chuyển phôi tươi, tỷ lệ thai 47,17% so với 27,65% (2008). Nhóm phôi trữ <35 tuổi, tỷ lệ thai 40,91% so với 38,42% (2008).

Hỗ trợ phôi thoát màng bằng laser bước đầu cho thấy đã cải thiện tỷ lệ thành công tại Đơn vị Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện Từ Dũ. Tuy nhiên, cần có thêm những nghiên cứu để đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này trên từng nhóm bệnh cụ thể.

## **Laser Assisted Hatching**

Assisted hatching has been proposed as one technique of thinning or breaching the zona pellucida artificially to improve implantation and pregnancy rates following *in vitro* fertilization (IVF) program. The latest and most applicated method is assisted hatching with the infrared laser optical system. Department of Infertility in Tu Du Hospital is the first IVF center in Vietnam armed with the zona infrared laser system to improve the outcome of IVF cycles.

We carried out 119 cases from December 30, 2008 to January 4, 2009 with the clinical pregnancy rate is 32.8% vs 28.33% for the overall pregnancy rate of the year 2008. Especially in fresh cycles, the pregnancy rate is 47,17% vs 27,65% (2008). In young women (<35 years old) with thawed embryos, the pregnancy rate is 40,91% vs 38,42% (2008).

Laser assisted hatching preliminarily improve the successful rate at Assisted Reproductive Technology Unit – Tu Du Hospital. However, studies to evaluate this technique's benefit in more specific groups should be conducted.

## **References:**

Antinori S, Panci C, Selman HA, Caffa B, Dani G, Versaci C. Zona thinning with the use of laser: a new approach to assisted hatching in humans. *Hum Reprod.* 1996 Mar;11(3):590-4.

Antinori S, Selman HA, Caffa B, Panci C, Dani GL, Versaci C. Zona opening of human embryos using a non-contact UV laser for assisted hatching in patients with poor prognosis of pregnancy. *Hum Reprod.* 1996 Nov;11(11):2488-92.

Blake DA, Forsberg AS, Johansson BR, Wikland M. Laser zona pellucida thinning--an alternative approach to assisted hatching. *Hum Reprod.* 2001 Sep;16(9):1959-64.

Cohen, J. (1991) Assisted hatching of human embryos. *J. In Vitro Fert. Embryo Trans.*, 8, 179–190.

Frydman N, Madoux S, Hesters L, Duvernoy C, Feyereisen E, Le Du A, Tachdjian G, Frydman R, Fanchin R. A randomized double-blind controlled study on the efficacy of laser zona pellucida thinning on live birth rates in cases of advanced female age. *Hum Reprod.* 2006 Aug;21(8):2131-5

Makrakis E, Angeli I, Agapitou K, Pappas K, Dafereras A, Pantos K. Laser versus mechanical assisted hatching: a prospective study of clinical Outcomes. *Fertil Steril.* 2006 Dec;86(6):1596-600

Montag M, van der Ven H. Laser-assisted hatching in assisted reproduction. *Croat Med J.* 1999 Sep;40(3):398-403.

Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. The role of assisted hatching in in vitro fertilization: a review of the literature. A committee opinion. *Fertil Steril.* 2006 Feb;85(2):544-6. Review

# HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA HCG TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH NAM SUY HẠ ĐÔI- TUYẾN YÊN

BS. Nguyễn Xuân Quý, BS. Bùi Trúc Giang

*Khoa Hiếm Muộn, Bệnh Viện Từ Dũ*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Lượng giá hiệu quả của hCG trong khởi phát và duy trì quá trình sinh tinh ở những bệnh nhân vô sinh nam suy hạ đôi- tuyến yên (suy sinh dục do suy trung tâm- hypogonadotropic hypogonadism).

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại khoa hiếm muộn, bệnh viện Từ Dũ từ 5/2006- 12/2008. Tổng số 11 bệnh nhân được xác định suy sinh dục do suy hạ đôi- tuyến yên dựa trên các đặc điểm sinh dục thứ phát, thể tích tinh hoàn (tinh hoàn teo nhỏ) và xét nghiệm nội tiết (nồng độ FSH và LH huyết thanh thấp dưới mức bình thường, đặc biệt là nồng độ testosterone huyết thanh nhỏ hơn 100 ng/dL hay nhỏ hơn 3,5 nmol/L). Tất cả bệnh nhân đều không có tinh dịch hoặc tinh trùng khi xuất tinh. Những bệnh nhân này được tiêm bắp hCG (Pregnyl) 1500 IU/lần x 3 lần/tuần. Trong suốt quá trình điều trị các bệnh nhân được khám mỗi 3- 6 tháng để đo thể tích tinh hoàn và làm tinh dịch đồ. Thời gian điều trị kéo dài cho đến khi mật độ tinh trùng đạt được tối đa hoặc là bệnh nhân có thai.

**Kết quả:** Trong số 11 bệnh nhân có 2 trường hợp là suy sinh dục mắc phải, số còn lại là suy sinh dục bẩm sinh. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là  $33,3 \pm 7,6$ . Thời gian điều trị trung bình là  $13 \pm 4,5$  tháng. Thể tích tinh hoàn tăng, từ thể tích trung bình ban đầu là  $4,9 \pm 2,4$  ml đến  $11,8 \pm 3,0$  ml tại thời điểm cuối của quá trình điều trị. Bên cạnh đó, tất cả bệnh nhân đều cải thiện rõ rệt về đặc tính sinh dục thứ phát. 10 bệnh nhân có tinh trùng khi xuất tinh (mật độ tinh trùng trung bình là  $9,5 \pm 8,8$  million/ml). Bệnh nhân còn lại bị tinh hoàn ẩn một bên không có tinh trùng. Có 4 trường hợp có thai trong đó 2 trường hợp là có thai tự nhiên (tỉ lệ 18%), 1 trường hợp có thai sau IUI (tỉ lệ 9%) và 1 trường hợp có thai sau ICSI (tỉ lệ 9%).

**Kết luận:** So với các phác đồ chuẩn trên thế giới kết hợp hMG và hCG thì điều trị bằng hCG đơn thuần cho bệnh nhân vô sinh nam suy hạ đôi- tuyến yên cũng cho hiệu quả không kém và rẻ tiền hơn.

## EFFECTIVE TREATMENT OF HCG ON MALE INFERTILITY WITH HYPOGONADOTROPIC HYPOGONADISM

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the efficacy of hCG on induction and maintenance of spermatogenesis in male infertility with hypogonadotropic hypogonadism.

**Subjects and methodology:** The cross- sectional study was performed at infertility department, Tu Du hospital from May 2006 to December 2008. A total of 11 patients who were determined of hypogonadotropic hypogonadism based on the secondary sex characteristics, testicular volume (testicular atrophy) and hormonal detection (both serum FSH and LH level were lower than normal range, especially serum testosterone less than 100 ng/dL equivalent to 3,5 nmol/L). All of them have no either semen or sperm in the ejaculation. These patients received 1500 IU hCG (Pregnyl) three times per week intramuscularly. During the course of treatment, the examinations were performed every 3 to 6 months including testicular volume measurement and semen analysis. The duration of each

patients's therapy prolonged until the value of spermatozoa concentration reached maximum or achieving pregnancy.

**Results:** Among 11 patients, there were 2 men with acquired hypogonadotropic hypogonadism, the remaining was congenital hypogonadotropic hypogonadism. Mean age of the patients was  $33,3 \pm 7,6$  years. Mean duration of treatment was  $13 \pm 4,5$  months. Testicular volumes increased from an initial mean of  $4,9 \pm 2,4$  ml to  $11,8 \pm 3,0$  ml at the endpoint of treatment. Beside that, all patients improved obviously the secondary sex characteristics. 10 patients have sperm in the ejaculation (mean spermatozoa concentration was  $9,5 \pm 8,8$  million/ml). The other who had uni-crytochidism remained azoospermia. Pregnancies occurred in four cases which included two naturally achieved pregnancies (18%), one by IUI (9%) and one by ICSI (9%).

**Conclusion:** In comparison to the standard protocol with the combination of hMG- hCG, therapy with hCG alone is effective and cheaper in male hypogonadotropic hypogonadism.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hạ đồi- tuyến yên là một bệnh lý gây ra bởi tổn thương vùng hạ đồi, tuyến yên là nơi sản sinh ra các gonadotropin giúp duy trì chức năng sinh dục bao gồm các đặc tính sinh dục thứ phát và chức năng sinh sản. Bệnh có tần suất 1/10000 ở nam, có thể là do bẩm sinh hay mắc phải<sup>[1]</sup>. Về lâm sàng bệnh có biểu hiện giảm hoặc không có râu, lông, suy giảm khả năng tình dục, một số trường hợp có vú to ở nam, loãng xương, không xuất tinh hoặc xuất tinh ít và không có tinh trùng. Về điều trị có nhiều lựa chọn tùy thuộc nhu cầu có con của bệnh nhân:

- Điều trị bằng testosterone đơn thuần: có thể cải thiện đặc tính sinh dục thứ phát và khả năng tình dục nhưng nếu điều trị lâu dài sẽ làm thể tích tinh hoàn giảm, ức chế quá trình sinh tinh<sup>[2]</sup>.
- Điều trị bằng bơm tiêm GnRH dưới da: kích thích sản sinh FSH và LH nội sinh, dẫn đến kích thích và duy trì sự sinh tinh, Hoffman và Crowley (1982) đã cấy dưới da máy bơm GnRH cho những bệnh nhân suy hạ đồi tuyến yên. Kết quả sau 1 tuần điều trị, gonadotropin đã gia tăng đến mức bình thường và sự sinh tinh đã được hồi phục<sup>[11]</sup>.
- Điều trị bằng FSH phối hợp với hCG.
- Điều trị bằng hCG đơn thuần.

Trong các phác đồ trên thì phác đồ điều trị bằng hCG đơn thuần thì đơn giản và rẻ tiền nhất và nhiều báo cáo trên thế giới cũng cho thấy hiệu quả trong khởi phát và duy trì quá trình sinh tinh<sup>[3]</sup>. Do đó chúng tôi làm nghiên cứu này để chứng minh hiệu quả điều trị của hCG đơn thuần trên bệnh nhân vô sinh nam suy hạ đồi- tuyến yên.

### TỔNG QUAN Y VĂN

Nam giới bị suy sinh dục do suy hạ đồi nguyên phát thường là do bẩm sinh, đặc trưng bởi không phát triển hoặc phát triển một cách không đầy đủ về sinh dục ở tuổi 18. Bệnh gây ra bởi sự khiếm khuyết trong sự chế tiết GnRH của hạ đồi lên tuyến yên dẫn đến tuyến yên không bị kích thích bởi GnRH nên không tiết các gonadotropin (FSH và LH) là các hormon có tác dụng điều khiển chi phối sự sản xuất hormon steroid sinh dục testosterone và quá trình sinh tinh trùng tại tinh hoàn. Do đó bệnh có kiểu hình hoàn toàn không dậy thì ở nam giới. Dương vật và tiền liệt tuyến kém phát triển, lông mu thưa thớt hoặc không có, bìu nhỏ, tinh hoàn nhỏ (khoảng 3ml trong khi tinh hoàn ở người bình thường  $>12$  ml), một số trường hợp có tinh hoàn ẩn 1 bên hoặc 2 bên, trường hợp có vú to ở nam giới thì hiếm gặp<sup>[12]</sup>. Một số triệu chứng lâm sàng khác như mất khứu giác (hội chứng Kallmann), hở hàm ếch, giảm thính giác<sup>[4]</sup>. Những bệnh nhân suy sinh dục do suy hạ đồi nếu không điều trị thì sẽ không có hoặc giảm khả năng quan hệ tình dục, xuất tinh không có tinh dịch hoặc không có tinh trùng, biến

chứng lâu dài của việc không điều trị là loãng xương [12]. Về xét nghiệm nội tiết thì FSH, LH, testosterone đều giảm (nồng độ testosterone huyết thanh < 100 ng/dL hoặc < 3,5 nmol/l) [4].

Về điều trị có thể dùng GnRH ngoại sinh theo nhịp để kích thích tuyến yên sản sinh các gonadotropin nội sinh, hoặc cung cấp hẳn các gonadotropin ngoại sinh. Hai cách điều trị này có thể khôi phục sự phát triển dậy thì bình thường trong khi liệu pháp androgen chỉ có thể làm phát triển biểu hiện nam tính ở bề ngoài, nhưng nếu điều trị androgen trong thời gian dài sẽ ức chế sinh tinh.

Đối với bệnh nhân suy tuyến yên hoặc suy hạ đồi thì nhiều tác giả đề nghị phác đồ phối hợp hCG 1000- 2500 IU/lần x 2 lần/tuần với 150 IU hMG hoặc với 150 IU rFSH x 3 lần/tuần [5]. Riêng với bệnh nhân suy hạ đồi còn có một lựa chọn thứ hai cho điều trị là dùng bom GnRH liều lượng là 5- 20 µg GnRH mỗi 120 phút (dùng bom tiêm dưới da bụng hiệu Zyklomat của hãng Ferring) [5].

Một số tác giả khác lại đề nghị phác đồ điều trị bao gồm 4 giai đoạn: [6]

- Giai đoạn 1: điều trị bằng testosterone (testosterone enanthate 250mg/ngày tiêm bắp trong thời gian 14- 28 ngày).
- Giai đoạn 2: điều trị hCG đơn thuần (500- 2500 IU hCG/lần x 2 lần/tuần).
- Giai đoạn 3: hCG phối hợp với hMG (tiếp tục điều trị với hCG, phối hợp thêm với 150 IU hMG hoặc 150 IU rFSH x 3 lần/tuần).
- Giai đoạn 4: điều trị duy trì bằng hCG đơn thuần (sau khi sự sinh tinh đã xảy ra (có tinh trùng, có thai): 500- 2500 IU hCG/lần x 2 lần/tuần).

Một số tác giả khác lại cho rằng chỉ cần điều trị bằng hCG đơn thuần có thể khởi phát và duy trì quá trình sinh tinh, dựa trên cơ sở hCG có thể thay thế LH kích thích tế bào Leydig tổng hợp và chế tiết testosterone nội sinh trong tinh hoàn, testosterone nội sinh này có vai trò kích thích sinh tinh trùng trong ống sinh tinh và trưởng thành tinh trùng trong mào tinh [11]. Nhiều nghiên cứu cho thấy quá trình sinh tinh vẫn có thể xảy ra ở những người bị đột biến gen gây bất hoạt thụ thể với FSH trên tế bào Sertoli, điều này chứng tỏ testosterone có thể bù trừ cho sự thiếu hụt FSH tại tinh hoàn [11]. Vicary năm 1992 đã chứng minh có thể khởi phát quá trình sinh tinh bằng hCG đơn thuần [7]. Phác đồ điều trị là 500- 2500 IU hCG/lần x 2 lần/tuần.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Mô tả cắt ngang:** 11 bệnh nhân suy sinh dục do suy hạ đồi không xuất tinh hoặc xuất tinh không có tinh trùng được điều trị bằng hCG (pregnyl 1500 IU – Organon) tiêm bắp 1500 IU/lần x 3 lần/tuần, điều trị liên tục trong nhiều tháng. Quá trình điều trị kết thúc trên từng bệnh nhân khi họ đạt được mức tinh trùng tối đa (mật độ tinh trùng tối đa) hoặc là có thai.

Các dữ liệu như tuổi, thể tích tinh hoàn (thể tích tinh hoàn đo bằng thước đo Prader), nồng độ FSH, LH, testosterone huyết thanh, mật độ tinh trùng,... được nhập và xử lý phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 11.5

## KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung

Trong số 11 bệnh nhân suy sinh dục do suy trung tâm thì có 2 trường hợp là mắc phải (acquired hypogonadotropic hypogonadism), còn lại 9 trường hợp đều là do bẩm sinh (congenital hypogonadotropic hypogonadism). Hỏi bệnh sử đều không có tiền căn chấn thương vùng đầu, hay tiền căn mổ hoặc xạ trị vùng đầu. Không ghi nhận có hội chứng Kallmann.

### 2. Đặc điểm riêng của từng bệnh nhân

**Đặc điểm lâm sàng trước điều trị.**

Bệnh nhân	Tuổi	Đặc tính SD thứ phát	Đặc tính khác	Phân loại	Aspermia hay Azoospermia	Có tinh hoàn ẩn
1	51	Lông mu ít	Không	Mắc phải	Aspermia	Không
2	38	Lông mu ít	Không	Mắc phải	Azoospermia	Không
3	36	Lông mu (-)	Hở hàm ếch	Bẩm sinh	Aspermia	Không
4	30	Lông mu (-)	Hở hàm ếch	Bẩm sinh	Aspermia	Không
5	38	Lông mu ít	Không	Bẩm sinh	Azoospermia	Không
6	34	Lông mu ít	Không	Bẩm sinh	Azoospermia	Không
7	33	Lông mu ít	Không	Bẩm sinh	Aspermia	Không
8	30	Lông mu (-)	Không	Bẩm sinh	Aspermia	Không
9	27	Lông mu ít	Không	Bẩm sinh	Azoospermia	Không
10	25	Lông mu (-)	Không	Bẩm sinh	Aspermia	Không
11	24	Lông mu ít	Không	Bẩm sinh	Azoospermia	Có 1 bên

**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (thể tích tinh hoàn, xét nghiệm nội tiết) trước điều trị.**

BN	Thể tích TH (ml)	FSH (mIU/ml)	LH (mIU/ml)	Testosterone (nmol/l)
1	10	1,2	0,6	0,2
2	8	1,8	0,6	1,2
3	4	2	2	1,1
4	4	1,2	0,9	0,8
5	6	0,5	0,5	1,7
6	5	0,7	0,6	1,2
7	6	1,1	0,3	0,1
8	3	1,2	0,9	0,9
9	2	0,6	0,8	1
10	3	0,7	0,8	1,3
11	3	1,2	0,8	0,9

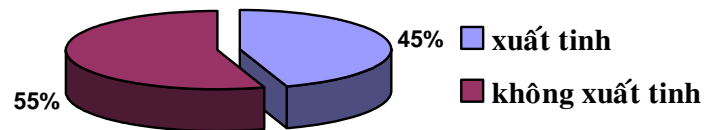
**Đặc điểm bệnh nhân sau điều trị.**

Bệnh nhân	Thời gian ĐT (tháng)	Thể tích TH (ml)	Mật độ TT (triệu/ml)	Độ di động A (%)	Độ di động B (%)	Hình dạng BT (%)	Có thai
1	6	18	25	3	20	7	Sau IUI
2	9	15	16	0	10	4	Không
3	19	12	20	4	20	8	Tự nhiên

4	18	12	4	0	5	2	Không
5	8	10	6	0	6	4	Sau ICSI
6	18	14	18	3	18	8	Tự nhiên
7	14	12	10	0	8	3	Không
8	15	11	3	0	5	1	Không
9	14	8	2	0	0	1	Không
10	15	10	1	0	0	0	Không
11	9	8	0	0	0	0	Không

### 3. Phân tích kết quả

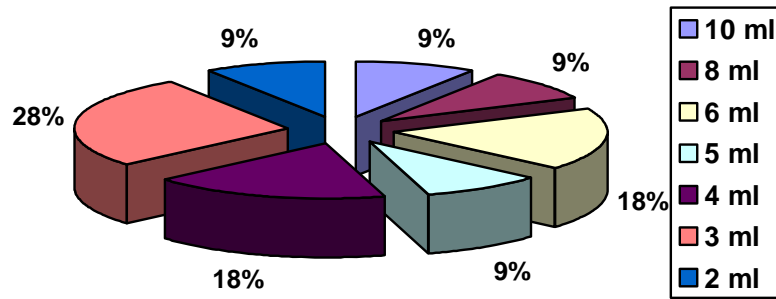
- Tuổi trung bình của bệnh nhân:  $33,3 \pm 7,6$  (nhỏ nhất 24, lớn nhất 51).
- Trong 11 bệnh nhân thì có 2 trường hợp là suy sinh dục mắc phải (acquired hypogonadotropic hypogonadism), chiếm tỉ lệ 18,2%, còn lại là suy sinh dục bẩm sinh (congenital hypogonadotropic hypogonadism).
- Có 2 trường hợp hormone đều thuộc suy sinh dục bẩm sinh, chiếm tỉ lệ 18,2%.
- Có 1 trường hợp tinh hoàn ẩn, chiếm tỉ lệ 9,1%.
- Tất cả bệnh nhân đều quan hệ tình dục được, tuy kém, có trường hợp xuất tinh được, có trường hợp không xuất tinh, theo phân bố như sau:



- Thể tích tinh hoàn trung bình trước điều trị là:  $4,9 \pm 2,4$  ml.
- Thể tích tinh hoàn trung bình sau điều trị là:  $11,8 \div 3,0$  ml (lớn nhất 18 ml, nhỏ nhất là 8 ml).

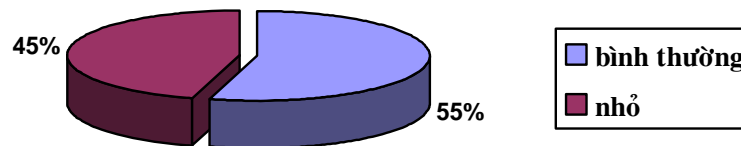
Theo Nieschlag và cộng sự thì thể tích tinh hoàn dưới 12 ml được xem là nhỏ <sup>[12]</sup> và cũng theo nghiên cứu mới đây của BS Nguyễn Thành Như tại bệnh viện Bình Dân thì thể tích tinh hoàn ở người đàn ông Việt Nam trưởng thành từ 12- 30 ml. Căn cứ vào cơ sở này chúng tôi thấy 100% các bệnh nhân trước điều trị đều có tinh hoàn nhỏ. Chúng ta có phân bố tần suất thể tích tinh hoàn như sau.

### Phân bố thể tích tinh hoàn trước điều trị



Sau điều trị, thể tích tinh hoàn đã tăng lên rõ rệt, thể tích tinh hoàn trung bình có thể nói đạt ở mức gần như bình thường (12 ml). Sau điều trị 100% bệnh nhân đều có thể tích tinh hoàn tăng, nếu ta lấy mốc thể tích tinh hoàn từ 12 ml trở lên là bình thường thì ta có phân bố tần suất bệnh nhân có tinh hoàn bình thường và tinh hoàn nhỏ như sau.

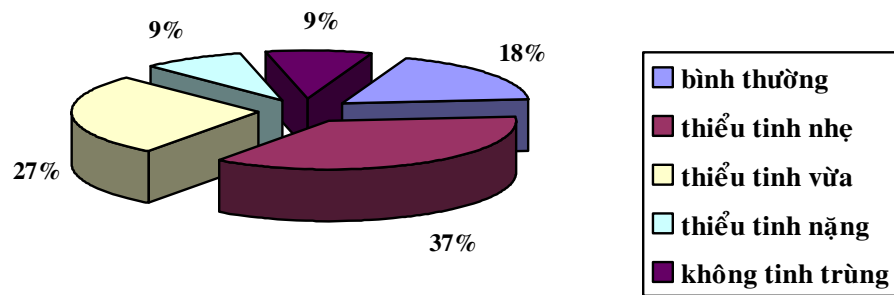
### Phân bố thể tích tinh hoàn sau điều trị



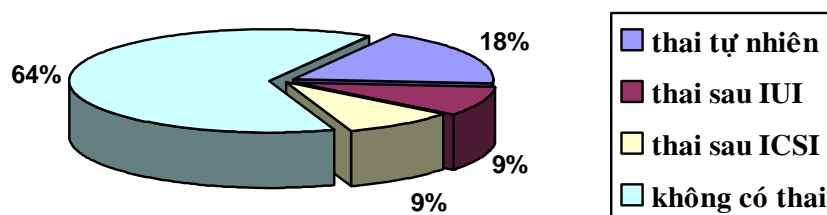
- Về xét nghiệm nội tiết thì 100% bệnh nhân đều có nồng độ FSH, LH và testosterone huyết thanh thấp (testosterone đều dưới 3,5 nmol/l).
- Thời gian điều trị trung bình là:  $13 \pm 4,5$  tháng (lớn nhất 19, nhỏ nhất 6 tháng).
- Mật độ tinh trùng trung bình sau điều trị là:  $9,5 \pm 8,8$  triệu/ml (lớn nhất 25, nhỏ nhất 0). Theo phân loại của tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới về tinh dịch đồ chúng tôi phân làm 5 nhóm: nhóm có mật độ tinh trùng bình thường (từ 20 triệu/ml trở lên), nhóm thiếu tinh nhẹ (có mật độ tinh trùng trong khoảng 6- 19 triệu/ml), nhóm thiếu tinh trung bình (có mật độ tinh trùng từ 2 đến 5 triệu/ml), nhóm thiếu tinh nặng (có mật độ tinh trùng từ 0 đến 1 triệu/ml) và nhóm không tinh trùng. Các nhóm có phân bố tần suất như sau.



### Phân bố mật độ tinh trùng sau điều trị



### Tỷ lệ có thai sau điều trị



Trong các trường hợp không có thai thì có trường hợp làm ICSI thất bại, có trường hợp có chỉ định làm ICSI nhưng chưa làm cũng xếp vào nhóm không có thai.

### BÀN LUẬN

Với bệnh nhân suy sinh dục do suy trung tâm (Hypogonadotropic Hypogonadism), một cách chính xác chúng ta phải hiểu là các bệnh nhân này suy sinh dục (suy tinh hoàn) do thiếu các gonadotropin (FSH, LH) do tuyến yên tiết ra. Mà tuyến yên không tiết ra các gonadotropin thì có thể là do:

- Vùng dưới đồi không tiết GnRH theo nhịp dẫn đến tuyến yên suy yếu do không nhận được kích thích: các nhà lâm sàng xếp loại này vào nhóm bệnh lý gây ra bởi vùng dưới đồi (hypothalamic disorders) bao gồm idiopathic hypogonadotropic hypogonadism và hội chứng Kallmann. Điều trị nhóm bệnh lý này có thể dùng GnRH hoặc hCG/hMG<sup>[5]</sup>.
- Suy tuyến yên (hypopituitarism): có thể do u tuyến yên, chiếu xạ vùng tuyến yên, hay do chấn thương, nhiễm trùng,.... Việc điều trị suy sinh dục ở nhóm bệnh lý này chỉ có một cách duy nhất bằng hCG/hMG<sup>[12]</sup>.

Việc phân biệt 2 nhóm bệnh lý này có thể dễ dàng bằng test GnRH: tiêm 1 liều duy nhất 100 $\mu$ g GnRH. Đo nồng độ LH trước và sau khi tiêm. Nếu nồng độ LH tăng gấp đôi so với trước khi tiêm là bình thường (Santen 1987). Chúng tôi không có điều kiện làm test này nên điều trị theo hướng cung cấp gonadotropin ngoại sinh.

Việc dùng hCG có thể thay thế cho LH gây phóng noãn ở nữ thì ở nam hCG cũng có thể thay thế LH kích thích tế bào Leydig tổng hợp và chế tiết testosterone nội sinh trong tinh hoàn, góp phần khởi phát và duy trì điều hoà quá trình sinh tinh.

Trong số 11 bệnh nhân chúng tôi có 2 bệnh nhân bị hở hàm ếch, đây cũng là một đặc điểm lâm sàng gặp trong bệnh cảnh suy sinh dục do suy trung tâm<sup>[4]</sup>.

Trong số 11 bệnh nhân chúng tôi, có 2 trường hợp là suy sinh dục do mắc phải. Ở 2 bệnh nhân này chúng tôi nhận thấy đáp ứng tốt với điều trị (thời gian điều trị ngắn hơn, hiệu quả cao thể hiện qua chất lượng tinh trùng). Điều này cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả khác, tuy nhiên cũng chỉ là suy đoán vì số liệu thống kê chưa đầy đủ <sup>[8]</sup>.

Trong nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân bị tinh hoàn ẩn gần như không đáp ứng với điều trị (sau điều trị vẫn không có tinh trùng). Theo nhiều tác giả khác thì ở những bệnh nhân suy sinh dục do suy trung tâm có kèm theo tinh hoàn ẩn thì hầu như không đạt kết quả sau điều trị <sup>[9]</sup>.

Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới thì việc điều trị ở những bệnh nhân suy sinh dục do suy hạ đồi tuyến yên gọi là thành công mỹ mãn khi mật độ tinh trùng chỉ đạt trên con số 1,5 triệu/ml <sup>[8]</sup>, <sup>[10]</sup>. Qua đó cho thấy kết quả sau điều trị của chúng tôi khá khả quan, đa số mật độ tinh trùng của các bệnh nhân đều trên 2 triệu/ml. Ngoài khả quan về mật độ tinh trùng, các thông số khác của tinh dịch đồ như độ di động của tinh trùng, hình dạng tinh trùng bình thường cũng cho thấy kết quả rất khích lệ, góp phần nâng cao khả năng có thai tự nhiên hay can thiệp bằng thụ tinh nhân tạo hay thụ tinh trong ống nghiệm.

## **KẾT LUẬN**

Tóm lại, bệnh lý vô sinh nam do suy hạ đồi- tuyến yên hay nói cách khác là suy trung tâm có nhiều phác đồ điều trị khác nhau. Trong tình hình hiện nay, chúng ta chưa phổ biến cách điều trị bằng bơm tiêm theo nhịp GnRH (nếu thực sự bệnh nhân bị suy hạ đồi) nên việc điều trị chủ yếu vẫn là bằng các gonadotropin ngoại sinh. Qua nghiên cứu này cho thấy hiệu quả của hCG trong điều trị nhóm bệnh lý này so với hMG hay rFSH không kém mà lại rẻ tiền hơn rất nhiều.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Silveira LF, MacColl GS, Bouloux PM. Hypogonadotropic hypogonadism. *Semin Repro Med* 2002; 20: 327-38.
2. Howles CM, Tanaka T, Matsuda T. management of male hypogonadotropic hypogonadism. *Endocr J* 2007; 54: 177-90.
3. Johnsen SG. Maintenance of spermatogenesis induced by hMG treatment by means of continuous hCG treatment in hypogonadotropic men. *Acta Endocrinologica* 1978; 89: 763-69.
4. Taneli Raivio, John Falardeau, Andrew Dwyer. Reversal of idiopathic hypogonadotropic hypogonadism. *N Engl J Med* 2007; 357: 863-73.
5. Dorothee Buchter, Hermann M Behre, Sabine Kliesch and Eberhard Nieschlag. Pulsatile GnRH or human chorionic gonadotropin/human menopausal gonadotropin as effective treatment for men with hypogonadotropic hypogonadism: a review of 42 cases. *European Journal of Endocrinology* 1998; 139: 298-303.
6. Marion Depenbusch, Sigrid von Eckardstein, Manuela Simoni and Eberhard Nieschlag. Maintenance of spermatogenesis in hypogonadotropic hypogonadal men with human chorionic gonadotropin alone. *European Journal of Endocrinology* 2002; 147: 617-624.
7. Vicary E, Moncada ML, Sidoti G, Polosa P et al. Therapy with human chorionic gonadotropin alone induces spermatogenesis in men with isolated hypogonadotropic hypogonadism: long term follow- up. *International Journal of Andrology* 1992; 14: 320-329.

8. Burgues S, Calderon MD. Subcutaneous self- administration of highly purified follicle stimulating hormone and human chorionic gonadotropin for the treatment of male hypogonadotropic hypogonadism. Spanish Collaborative Group on male Hypogonadotropic Hypogonadism. Hum Reprod 1997; 12: 980-6.
9. Finkel DM, Phillips JL, Snyder PJ. Stimulation of spermatogenesis by gonadotropins in men with hypogonadotropic hypogonadism. N Engl J Med 1985; 313: 651-5.
10. Okada H, Nimi H, Matsuda T, Tanaka T, Matsuyima K. combination therapy with recombinant human follicle stimulating hormone ( follitropin alfa) and human chorionic gonadotropin is effective and well tolerated in azoospermic Japanese men with hypogonadotropic hypogonadism. Clin Endocrinol (Japan) 2006; 54: 725-32.
11. G.F Weinbauer, J. Gromoll, M. Simoni, E. Nieschlag. Physiology of Testicular Function. Andrology Springer 2000: 23-55.
12. H.M. Behre, E. Nieschlag, D. Meschede, C.J. Partsch. Diseases of the Hypothalamus and Pituitary Gland. Andrology Springer 2000: 125-139.

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VÔ TINH DO BẾ TẮC

BS Nguyễn Thành Như

Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân, TP HCM

### Tóm tắt

Vô tinh (vô sinh không tinh trùng trong tinh dịch) do tinh hoàn không sản xuất tinh trùng hay tinh hoàn sản xuất bình thường tinh trùng nhưng đường dẫn tinh bị tắc. Chẩn đoán vô tinh do bế tắc dựa vào đo thể tích tinh hoàn, định lượng nội tiết và chủ yếu là mô học tinh hoàn qua sinh thiết tinh hoàn. Những bệnh nhân này có thể có con sinh học nhờ vi phẫu thuật nối ống dẫn tinh - ống dẫn tinh, ống dẫn tinh – mào tinh, cắt đốt nội soi ống phóng tinh hay thụ tinh trong ống nghiệm với tinh trùng được trích từ tinh hoàn hay mào tinh, trong đó phẫu thuật điều trị bệnh nên là chọn lựa đầu tiên.

### Diagnosis and treatment of obstructive azoospermia.

Azoospermia (absence of both spermatozoa and spermatogenic cells in semen) caused by failure of spermatogenesis or normal spermatogenesis associated with seminal tract obstruction. Diagnosis of obstructive azoospermia based on testicular volume, hormonal levels and, testicular histology as the gold standard. These patients can be biological fathers by microsurgical vaso-vasostomy, epididymo-vasostomy, transurethral resection of ejaculatory ducts or invitro-fertilization with testicular or epididymal sperm retrieval, in which therapeutic surgery should be the first choice.

Vô tinh do bế tắc (VTBT) là tình trạng không có tinh trùng và tế bào sinh tinh trong tinh dịch do tắc hoàn toàn đường dẫn tinh<sup>10</sup>. VTBT chiếm một tỉ lệ đáng kể trong những nguyên nhân hiếm muộn do vô tinh nói riêng (19-43%)<sup>[6,23]</sup> và hiếm muộn nói chung (3-14%)<sup>[42,44]</sup>. VTBT là dạng hiếm muộn nam có thể điều trị được bằng phẫu thuật<sup>[17]</sup>.

### Nhắc lại giải phẫu<sup>[8]</sup>

Tinh hoàn (TH) là một tuyến nằm treo trong bìu vừa ngoại tiết (tạo tinh trùng từ tế bào mầm), vừa nội tiết (chế tiết testosterone từ tế bào Leydig). Tinh trùng ra khỏi tinh hoàn đến đầu mào tinh (MT) bằng 6-8 ống nhỏ, gọi là các ống xuất. Các ống này đổ vào một ống MT duy nhất. Ống này dài khoảng 6m, đường kính 0,15mm, uốn lượn và xếp nếp trong một bao xơ, tạo thành phần thân và đuôi MT. Ống dẫn tinh (ODT) bắt đầu từ đuôi MT và tận cùng tại ống phóng tinh. Mỗi ODT dài khoảng 25-45 cm. Bóng tinh là phần giãn của đoạn cuối ODT. Túi tinh là những cấu trúc dạng thùy, dài khoảng 5-10 cm và rộng khoảng 2-5 cm, nằm bên cạnh bóng tinh. Các túi tinh không dự trữ tinh trùng, bình thường trong túi tinh chỉ có vài tinh trùng chết<sup>[37]</sup>. Ống phóng tinh tạo nên từ sự hợp lưu của ống túi tinh và bóng tinh, xuyên qua tuyến tiền liệt, tận cùng tại ụ núi.

### Trục Sinh Dục-Yên-Hạ Đồi

Tiền yên tiết ra hai hóc-môn kiểm soát chức năng tinh hoàn là FSH và LH. Sự phóng thích FSH và LH phụ thuộc vào sự kích thích theo nhịp của GnRH (của hạ đồi) với nhịp độ khoảng 60 phút/lần. LH kích thích tế bào Leydig tinh hoàn sản xuất testosterone; testosterone tác động phản hồi âm tính lên sự phóng thích LH từ tuyến yên. FSH chịu trách nhiệm khởi đầu và duy trì sự sinh tinh và tác động trên tế bào Sertoli. Inhibin là một polypeptit do tế bào Sertoli tiết ra, có tác động ức chế sự phóng thích FSH từ tuyến yên<sup>[21]</sup>.

### Các khảo sát trong vô tinh

#### Tinh dịch đồ

Tinh dịch đồ cần được thực hiện ít nhất là hai lần. Vô tinh nghĩa là không có tinh trùng trong mẫu tinh dịch sau quay ly tâm ở độ phóng đại 40 lần<sup>46</sup>. Nếu không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch, phần tinh lỏng hay toàn bộ tinh dịch cần được quay ly tâm (600 vòng/phút trong 15 phút). Cận lẳng cần được khảo sát vi thể tìm tinh trùng.

### Thể tích tinh hoàn

Do các ống sinh tinh và các thành phần mầm chiếm khoảng 90% thể tích TH, nên giảm số lượng tế bào mầm sẽ gây giảm rõ rệt thể tích hay teo TH. Có thể đo thể tích TH bằng thước đo Praeder hay bằng siêu âm. Bình thường TH có thể tích trên 20 ml ở người châu Âu<sup>[2]</sup>, và trên 12 ml ở người châu Á và người Việt Nam<sup>[29]</sup>.

### Hóc-môn sinh dục

Theo Islam, định lượng hóc-môn sinh dục FSH, LH, testosterone giúp phân biệt hiếm muộn trước, tại hay sau tinh hoàn, và giúp tiên lượng khả năng phục hồi sinh tinh của tinh hoàn (bảng 1)<sup>[21]</sup>. Khi FSH tăng cao chứng tỏ có bất thường về sinh tinh. Tuy nhiên, một số trường hợp bất thường sinh tinh nhưng nồng độ FSH vẫn bình thường. 96% trường hợp vô tinh do bế tắc (VTBT) có FSH/máu  $\leq 7,6$  mIU/ml, và 89% trường hợp vô tinh không bế tắc (VTKBT) có FSH/máu  $> 7,6$  mIU/ml.

**Bảng 1:** Tình trạng hóc-môn sinh dục trong các bệnh cảnh lâm sàng (theo Sigman<sup>[40]</sup>).

<i>Bệnh cảnh lâm sàng</i>	<i>FSH mIU/ml</i>	<i>LH mIU/ml</i>	<i>Testosteron nmol/l</i>
BT hay tắc	BT	BT	BT
Sinh tinh bị tổn hại	↑	BT	BT
TH bị hư hại	↑	↑	BT hay ↓
GNTSD	↓	↓	↓

\* BT: bình thường, GNTSD: giảm năng tuyến sinh dục do giảm tiết hóc-môn hướng sinh dục (Hypogonadotropic hypogonadism)

### Sinh thiết tinh hoàn

Hiện tại, sinh thiết tinh hoàn vẫn là cơ sở giúp phân biệt giữa hai nhóm VTBT và VTKBT. Với kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (intracytoplasmic sperm injection, ICSI), sinh thiết tinh hoàn hiện nay còn được dùng để trích tinh trùng (testicular sperm extraction, TESE) cho thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON)<sup>[9]</sup>.

### Phân loại và nguyên nhân

**Bế tắc trong tinh hoàn** chiếm 15% trường hợp VTBT<sup>[36]</sup>. Nguyên nhân bẩm sinh (không kết nối giữa lưới tinh và các ống xuất) ít gặp hơn mắc phải (bế tắc hậu viêm hay hậu chấn thương).

**Bế tắc mào tinh** chiếm khoảng 49% VTBT<sup>[16]</sup>. Bế tắc bẩm sinh MT thường biểu hiện cả hai bên thân MT và/hoặc bất sản bẩm sinh ODT hai bên, và 65% trường hợp có kèm đột biến gen CF (Cystic Fibrosis) của bệnh xơ nang. Hội chứng Young (tam chứng viêm xoang mạn tính, giãn phế quản và VTBT) là một thể bẩm sinh hay gặp, chiếm 29% VTBT. Trong hội chứng này, chất nhầy làm tắc lòng ống MT ở đầu MT<sup>14</sup>.

Trong những thể mắc phải, tắc nghẽn do viêm MT cấp tính (lậu) hay bán cấp (*Chlamydia trachomatis* ở người trẻ và *E coli* ở người trên 35 tuổi) thường gặp nhất. Chấn thương cấp hay mạn tính cũng có thể gây tổn thương MT. Trong những người được thực hiện phẫu thuật phục hồi ODT sau triệt sản, có 5-10% trường hợp bế tắc thứ phát tại MT do tắc nghẽn lâu ngày. Ngoài ra, nhiều trường hợp tắc MT không rõ nguyên nhân<sup>[15]</sup>.

**Bế tắc ống dẫn tinh đoạn gần** có nguyên nhân mắc phải hay gặp nhất là triệt sản [13,44]. Nguyên nhân bẩm sinh gây tắc ODT thường gặp nhất là bất sản ODT hai bên, thường gặp trong bệnh xơ nang.

**Bế tắc ống dẫn tinh đoạn xa** bao gồm bất sản ODT hai bên, tổn thương ODT (gặp trong phẫu thuật phục hồi thành bẹn do thoát vị bẹn).

**Bế tắc ống phóng tinh** gặp trong 1-3% trường hợp VTBT [36], có thể chia thành hai thể: thể nang và thể hậu viêm. Bế tắc do nang thường có nguồn gốc bẩm sinh do sự tồn tại của nang ống Mueller hay xoang niệu dục - ống phóng tinh. Bế tắc hậu viêm của ống phóng tinh thường thứ phát sau viêm tuyến tiền liệt - niệu đạo cấp, bán cấp hay mạn tính.

### **Bế tắc chức năng**

Bên cạnh bế tắc cơ học, bế tắc chức năng túi tinh có thể do tổn thương thần kinh hay do thuốc làm mất khả năng co thắt của túi tinh hay hệ cơ ODT. Một thí dụ điển hình của tổn thương thần kinh là nạo hạch sau phúc mạc trong ung thư tinh hoàn [18].

## **Chẩn đoán**

### **Lâm sàng**

Phân bệnh sử cần chú ý các dấu hiệu của viêm nhiễm: tình trạng xuất tinh máu, viêm niệu đạo, viêm tuyến tiền liệt, kích thích đi tiểu, sưng hay đau bìu, tiền sử phẫu thuật bìu, chấn thương bẹn, lao phổi, lao sinh dục.... [23]

Khám bìu, đo thể tích tinh hoàn (trong VTBT, thể tích tinh hoàn > 8 cc) và sờ nắn MT để xác định sự hiện diện của đầu, đuôi và thân MT, cũng như độ căng của MT. Khi MT căng to, có khả năng do tắc MT. Sờ nắn ODT để xác định sự hiện diện của ODT. Không sờ thấy ODT gợi ý bất sản ODT.

### **Tinh dịch đồ**

Trong VTBT, cần chú ý đến thể tích và pH tinh dịch. Thể tích tinh dịch <1 ml, pH <7 gợi ý có bế tắc ống phóng tinh hay bất sản ống dẫn tinh hai bên. Thể tích tinh dịch >1 ml và pH tinh dịch >7 gợi ý vị trí tắc ở trong bìu [32].

### **Xét nghiệm hóc-môn sinh dục** (xem bảng 1)

### **Sinh thiết tinh hoàn**

Trong VTBT, khả năng sinh tinh bình thường nhưng các ống sinh tinh có thể giãn và thành dày do bị tắc lâu ngày [23].

### **Siêu âm bìu**

Chỉ định chính của siêu âm bìu là chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh, u TH, nang mào tinh và tràn dịch tinh mạc. Ngoài ra, siêu âm bìu còn giúp đo thể tích TH, nhưng khó khảo sát được MT. Công thức tính thể tích TH là [19]:

$$\text{Thể tích (ml)} = \text{Dài (cm)} \times \text{Rộng (cm)} \times \text{Trước-Sau (cm)} \times 0,52$$

### **Siêu âm qua ngã trực tràng**

Siêu âm qua ngã trực tràng giúp chẩn đoán tắc ống phóng tinh (giãn ống phóng tinh, nang Mueller hay nang xoang niệu dục và canxi hoá ống phóng tinh) [19]. Siêu âm qua ngã trực tràng còn giúp phát hiện bất sản bẩm sinh túi tinh. Nhìn chung, siêu âm qua ngã trực tràng có giá trị trong chẩn đoán VTBT do bất sản ODT, nhưng để xác định vị trí tắc ở ống phóng tinh thì cần phải chụp ODT [45].

## Phẫu thuật thám sát bìu và chụp ống dẫn tinh

Thám sát bìu và chụp ODT, chỉ nên thực hiện trên bệnh nhân đã có chẩn đoán xác định là VTBT (vô tinh/tinh dịch đồ và sinh tinh bình thường/sinh thiết tinh hoàn). Thám sát bìu nhằm xác định vị trí tắc. Phẫu thuật thám sát bìu và phục hồi sự thông thương đường dẫn tinh thường được thực hiện cùng lúc<sup>[16]</sup>.

Nếu MT xẹp, không căng giãn thì vị trí tắc nằm trong TH. Nếu MT căng và dịch ODT không có tinh trùng thì chắc chắn có tắc tại MT. Vị trí tắc trên MT được xác định qua quan sát MT, là ranh giới giữa MT bên trên căng giãn và MT bên dưới xẹp. Khi đó, chụp ODT nhằm xác định sự thông thương của ODT đoạn xa để tiến hành phẫu thuật nối ODT - MT. Nếu có tắc ODT đoạn xa, không phẫu thuật nối ODT - MT được<sup>[40]</sup>.

Các biến chứng thường gặp của chụp ODT là tắc ODT tại vị trí xẻ, tổn thương động mạch ODT, tụ máu và u hạt tinh trùng<sup>[19]</sup>.

**Điều trị:** người bị VTBT có thể có con nhờ phẫu thuật thông nối hoặc TTTON.

### Bế tắc trong tinh hoàn

Do không thể thông thương đường dẫn tinh tại vị trí này, trích tinh trùng TH bằng phẫu thuật mở (TESE) hay hút tinh trùng TH bằng kim (Testicular sperm aspiration, TESA) được chỉ định để TTON (bảng 2)<sup>[12]</sup>.

**Bảng 2 :** Kết quả có thai của 300 trường hợp trích tinh trùng (theo Nhu và cs., 2005<sup>[33]</sup>).

Thủ thuật	Tỉ lệ có thai (%)
PESA	45,3
MESA	52,1
PESA-MESA	57,1
TESA	100,0
TESE	60,0
PESA-MESA-TESE	31,3
Chung	47,9

**Bế tắc mào tinh:** vi phẫu thuật nối ODT-MT hay TTTON.

**Thụ tinh trong ống nghiệm:** vi phẫu thuật hút tinh trùng MT (microsurgical epididymal sperm aspiration, MESA) hay hút qua da (percutaneous epididymal sperm aspiration, PESA) để TTON. MESA và PESA được chỉ định trong VTBT do bất sản ODT hai bên, VTBT mắc phải do tắc đường dẫn tinh mà không thể phẫu thuật nối được hay nối thất bại (bảng 2). Thông thường, một lần thực hiện MESA là đủ cung cấp tinh trùng cho nhiều chu kỳ TTON nhờ trữ lạnh<sup>[1]</sup>.

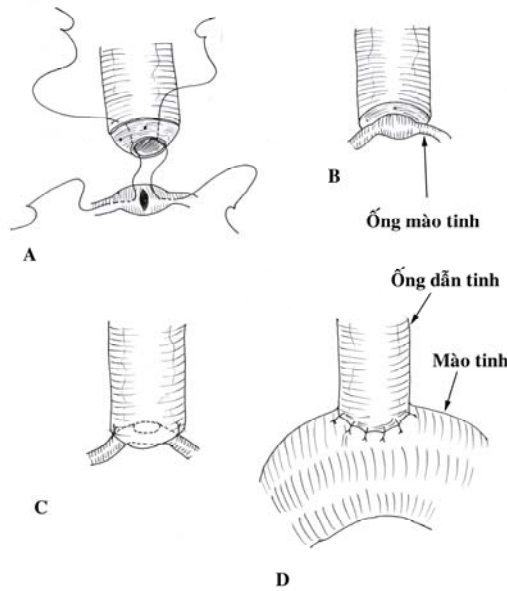
**Phẫu thuật nối ống dẫn tinh – mào tinh:**

**Kỹ thuật nối ODT với bao xơ MT bên-bên**

Kỹ thuật được mô tả từ năm 1902 bởi Martin<sup>[27]</sup>. Ưu điểm: dễ thực hiện, không đòi hỏi kỹ thuật vi phẫu, hút được nhiều tinh trùng để trữ đông. Nhược điểm: tỉ lệ thành công thấp; theo Hendry, tỉ lệ thông thương 43% nếu nối tại đuôi MT và 12% tại đầu MT. Tỉ lệ có thai lần lượt là 30% và 3% (bảng 3)<sup>[17]</sup>.

**Kỹ thuật khâu lồng ống mào tinh vào trong lòng ODT tận – bên** (hình 1). Thời gian mổ là 35-45 phút cho mỗi bên [26].

Đánh giá sự thông thương sau phẫu thuật (tinh trùng hiện diện trong tinh dịch) đòi hỏi thời gian khá dài. Theo Matthews, xem là không thông, nếu tinh dịch đồ vẫn vô tinh sau 6 tháng đối với nối ODT-ODT, và sau 12 tháng đối với nối ODT-MT [28]. Theo Boeckx, nếu tinh dịch đồ vẫn vô tinh sau 2 năm thì phẫu thuật nối ODT-MT được xem là thất bại [7].



**Hình 1.** Vi phẫu thuật nối ODT – MT kiểu lồng hai mũi tận – bên (Nguyễn Thành Như)

### Kết quả

Tỉ lệ thông thường là 60%-88% và có thai là 25%-57% (bảng 3) [3].

**Bảng 3:** So sánh hiệu quả của các kỹ thuật nối ODT-MT.

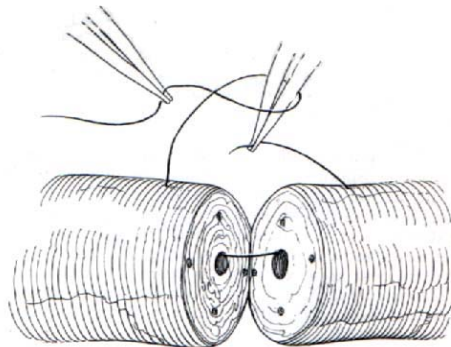
<b>Kỹ thuật nối</b>	<b>Thành công (%)</b>	<b>Có thai (%)</b>	<b>Tắc tái phát (%)</b>
Tận-tận [39,41]	70-86	21-31	13
Tận-bên [35,43]	66-78	21,3-41,9	21
Tận-bên lồng tam giác [5,38]	68-92	15,8	8
Tận-bên lồng 2 mũi ngang [25,26]	48 - 77	-	0
Tận-bên lồng 2 mũi dọc [38]	80	23,5	0
Tận bên lồng 2 mũi (Như [34])	63,0	37,0	0
Bên-bên [ 17,24]	43	14,2	7,11
Bên-bên (Như [34])	15,4	08,3	0

Đa số trường hợp có tinh trùng trong tinh dịch sau 3-6 tháng, và theo dõi càng lâu thì khả năng có tinh trùng trong tinh dịch càng cao. Do đó, đánh giá kết quả tinh dịch đồ của một



trường hợp nổi thành công cần có cái nhìn biện chứng: hiện tại mật độ và chất lượng tinh trùng có thể còn kém, nhưng chúng sẽ cải thiện dần theo thời gian [34]. Ngoài ra, mật độ tinh trùng tuy thấp nhưng bệnh nhân vẫn có khả năng có thai.

### Bê tắc ống dẫn tinh đoạn gần



**Hình 2:** Vi phẫu thuật nối ODT-ODT một lớp.

Điều trị tắc ODT đoạn gần sau triệt sản bằng kỹ thuật nối ODT vi phẫu không nòng 11 (hình 2) hay TTTON với TT trích từ MT hay TH. Kết quả nối phụ thuộc nhiều vào thời gian triệt sản (bảng 4). Nhìn chung, tỉ lệ thông thương và có thai lần lượt là 86% và 52% nếu nối lần đầu, và 75% và 43% nếu nối lại lần hai [3].

**Bảng 4.** Liên quan giữa kết quả nối và thời gian tắc (theo Belker, 1991 [4])

Thời gian tắc (năm)	Kết quả	
	Thông (%)	Có thai (%)
<3	97	76
3-8	88	53
9-14	79	44
≥15	71	30

### Tắc ống dẫn tinh đoạn xa

Mất một đoạn dài ODT hai bên do vô ý cắt bỏ khi phẫu thuật phục hồi thành bẹn trước đó (do thoát vị bẹn) thường không thể phẫu thuật nối thông được [13]. Trong trường hợp này, có thể trích tinh trùng từ TH hay MT để TTTON (bảng 2).

### Tắc ống phóng tinh

Điều trị tắc ống phóng tinh bằng cắt đốt nội soi ống phóng tinh. Phẫu thuật này giúp có tinh trùng trở lại trong tinh dịch ở 65-70% trường hợp và có thai tự nhiên 20-30% [36]. Biến chứng có thể gặp là xuất tinh ngược dòng do tổn thương cổ bàng quang, ngược dòng nước tiểu vào trong các túi tinh - ODT, tổn thương trực tràng, tiểu không kiểm soát do tổn thương cơ vòng vân niệu đạo, tổn thương niệu đạo, rối loạn cương.

Ngoài cắt đốt nội soi ống phóng tinh, có thể trích tinh trùng từ TH, MT để TTTON (bảng 2).

### Kết luận

Sinh thiết tinh hoàn giúp phân biệt giữa VTBT và VTKBT. Các xét nghiệm hóc-môn sinh dục, nhất là FSH, và thể tích TH có giá trị rất lớn trong phân biệt giữa các nhóm vô tinh trước TH, tại TH và sau TH. Ngoại trừ các trường hợp VTBT do triệt sản và bất sản hoàn toàn ODT hai bên, chẩn đoán vị trí tắc và khả năng nối thông được thiết lập nhờ phẫu thuật thám sát bìu kết hợp chụp ODT.

Vi phẫu thuật nối thông vẫn là biện pháp chọn lựa đầu tiên trong VTBT có thể nối thông được. Trích tinh trùng để TTTON nên là chọn lựa thứ hai khi không nối thông được hay nối thất bại<sup>[35]</sup>.

### Tài liệu tham khảo

1. American society for reproductive medicine (1999), “New techniques for sperm acquisition in obstructive azoospermia”. A technical bulletin of the practice committee.
2. Behre H.M., Nashan D., Nieschlag E. (1989), “Objective measurement of testicular volume by ultrasonography: evaluation of the technique and comparison with orchidometer estimates”, *Int J Androl*, 12 (6), pp.395-403.
3. Belker A.M., Schrepferman C.G. (2006), “Vasovasostomy, vaso-epididymostomy and sperm-retrieval techniques”, American Urological Association, Education and Research Inc, 2006 Annual Meeting, Atlanta, Georgia, Course 34IC.
4. Belker A.M., Thomas A.J., Fuchs E.F., Konnak J.W., Sharlip I.D. (1991), “Results of 1469 microsurgical vasectomy reversals by the Vasovasostomy Study Group”, *J Urol*, 145, pp.505-511.
5. Berger R.E. (1998), “Triangulation end-to-side vasoepididymostomy”, *J Urol*, 159, pp.1951-1953.
6. Bladou F. (1993), “Azoospermies”, *Progres en urologie, Guide pratique de l’infertilité masculine*, pp.32-39.
7. Boeckx W., Van Helden S. (1996), “Microsurgical vasoepididymostomy in the treatment of occlusive azoospermia”, *Br J Urol*, 77, pp.577-579.
8. Brooks J.D. (2002), “Anatomy of the lower urinary tract and male genitalia”, *Campbell’s Urology*, 8th Ed, W.B.Saunders, Philadelphia, pp.41-80.
9. Burrows P.J., Schrepferman C.G., Lipshultz L.I. (2002), “Comprehensive office evaluation in the new millennium”, *Urol Clin North Am*, 29 (4), pp.873-894.
10. Colpi G.M., Hargreave T.B., Papp G.K., Pomeroy J.M., Weidner W. (2000), “Obstructive azoospermia”, *Guidelines on infertility, European association of urology*, pp.24-29.
11. Fernandes M., Shah K.N., Draper J.W. (1968), “Vasovasostomy: improved microsurgical technique”, *J Urol*, 100 (6), pp.763-766.
12. Gil-Salom M., Minguez Y., Rubio C., Remohi J., Pellicer A. (1995), “Intracytoplasmic testicular sperm injection: an effective treatment for otherwise intractable obstructive azoospermia”, *J Urol*, 154, pp.2074-2077.
13. Goldstein M. (2002), “Surgical management of male infertility and other scrotal disorders”, *Campbell’s Urology*, 8th Ed, W.B.Saunders, Philadelphia, pp.1532-1589.
14. Handelsman D.J., Conway A.J., Boylan L.M., Turtle J.R. (1984), “Young’s syndrome: Obstructive azoospermia and chronic sinopulmonary infections”, *New Eng J Med*, 310:3-9.

15. Hargreave T.B., Teoh Eng Soon (1990), "Surgery for male infertility", The management of male infertility, PG Publishing, Singapore, pp.174-193.
16. Hendry W.F., Parslow J.M., Stedronska J. (1983), "Exploratory scrototomy in 168 azoospermic males", Br J Urol, 55 (6), pp.785-791.
17. Hendry W.F. (1995), "Surgical treatment of the obstructed seminal tract", Reconstructive surgery of the lower genito-urinary tract in adults, Isis medical media, Oxford, pp.227-235.
18. Hendry W.F., Richkards D., Pryor J.P., Baker L.R. (1998), "Seminal megavesicles with adult polycystic kidney disease", Hum Reprod, 13, pp.1567-1569.
19. Honig S.C. (1994), "New diagnostic techniques in the evaluation of anatomic abnormalities of the infertile male", Urol Clin North Amer, 21 (3), pp.417-432.
20. Hopps CV, Goldstein M, Shclegel PN. (2002), "the diagnosis and treatment of the azoospermic patients in the age of intracytoplasmic sperm injection", Urol Clin North Amer, 29, 895-911.
21. Islam N., Trainer P.J. (1998), "The hormonal assessment of the infertile male", Br J Urol, 82 (1), pp.69-75.
22. Jarow J.P., Espeland M.A., Lipshultz L.I. (1989), "Evaluation of the azoospermic patient", J Urol, 142 (1), pp.62-65.
23. Jarow J.P., Sigman M. (1999), "Office evaluation of the subfertile male" AUA update series, lesson 23, vol 18, pp.177-183.
24. Kar J.K., Phadke A.M. (1975), "Vasoepididymal anastomosis", *Fertil Steril*, 26 (8), pp.743-756.
25. Kumar R., Gautam G., Gupta N.P. (2006), "Early patency rates after the two-suture invagination technique of vaso-epididymal anastomosis for idiopathic obstruction", *BJU Int*, 97, pp.575-577.
26. Marmar J.L. (2000), "Modified vasoepididymostomy with simultaneous double needle placement, tubulotomy and tubular invagination", J Urol, 163, pp.483-486.
27. Martin E. (1902), "Surgical treatment of sterility", Univ Penna med Bull, 15, p.2
28. Matthews G.J., Schlegel P.N., Goldstein M. (1995), "Patency following microsurgical vasoepididymostomy and vasovasostomy: temporal considerations", J Urol, 154(6), pp.2070-2073.
29. Nguyễn Thành Như (2001), "Sơ lược khảo sát thể tích tinh hoàn trung bình của đàn ông Việt Nam trưởng thành", Hình thái học, 11 (2), 2001, tr.71-74.
30. Nguyễn Thành Như, Nguyễn Đạo Thuán (2001), "Một số kinh nghiệm về chụp X quang ống dẫn tinh lúc mô thám sát bìu", Hình Thái Học, 11 (2), tr. 93-96.
31. Nguyễn Thành Như, Phạm Hữu Đương, Nguyễn Ngọc Tiến, Vương Thị Ngọc Lan, Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Văn Hiệp (2002), "Bảy trường hợp trích tinh trùng từ mào tinh và ống dẫn tinh bằng phẫu thuật để tiêm tinh trùng vào bào tương trứng", Thời sự y dược học, 7 (4), tr.226-228.
32. Nguyễn Thành Như, Nguyễn Thị Hạnh, Vũ Lê Chuyên, Dương Quang Trí (2004), "Ý nghĩa của thể tích và độ pH tinh dịch trong vô tinh do bế tắc", Y học TP. Hồ Chí Minh, 8 (1), tr.172-175.
33. Nguyễn Thành Như, Phạm Hữu Đương, Nguyễn Ngọc Tiến, Vũ Lê Chuyên, Vương Thị Ngọc Lan, Hồ Mạnh Tường, Phùng Huy Tuân, Đỗ Quang Minh, Đặng Quang

- Vinh, Nguyễn Thị Ngọc Phượng (2005), “Nhân 300 trường hợp trích tinh trùng từ mào tinh và tinh hoàn để thực hiện vi thao tác tiêm tinh trùng vào bào tương trứng”, *Y học Việt Nam*, 313, tr.894-903.
34. Nguyễn Thành Như, Dương Quang Trí, Trần Văn Sáng (2007), “Kết quả phẫu thuật nối ống dẫn tinh-mào tinh trong vô sinh do bế tắc tại mào tinh”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 11, tr.267-275.
  35. Paick J.S., Hong S.K., Yun J.M., Kim S.W. (2000), “Microsurgical single tubular epididymovasostomy: assessment in the era of intracytoplasmic sperm injection”, *Fertil Steril*, 74 (5), pp.920-924.
  36. Pryor J.P., Hendry W.F. (1991), “Ejaculatory duct obstruction in subfertile males: analysis of 87 patients”, *Fertil Steril*, 56 (4), pp.725-730.
  37. Rajasingam Jeyendran (2000), “Male reproductive system background”, *Interpretation of semen analysis results: A practical guide*, Cambridge university press, pp.9-20.
  38. Schiff J., Chan P., Li P.S., Finkelberg S., Goldstein M. (2005), “Outcome and late failures compared in 4 techniques of microsurgical vasoepididymostomy in 153 consecutive men”, *J Urol*, 174 (2), pp.651-655.
  39. Schlegel P.N., Goldstien M. (1993), “Microsurgical vasoepididymostomy: refinements and results”, *J Urol*, 150, pp. 1165-1168.
  40. Sigman M., Jarow J.P. (2002), “Male infertility”, *Campbell’s Urology*, 8th Ed, W.B.Saunders, Philadelphia, pp.1475-1531.
  41. Silber S.J. (1978), “Microscopic vasoepididymostomy: specific microanastomosis to the epididymal tubule”, *Fertil Steril*, 30 (5), pp.565-571.
  42. Silber S.J. (2000), “Evaluation and treatment of male infertility”, *Clinical obstetrics and gynecology*, 43(4), pp.854-888.
  43. Thomas A.J. Jr. (1987), “Vasoepididymostomy”, *Urol Clin North Am*, 14 (3), pp.527-538.
  44. Trần Quán Anh, Nguyễn Bửu Triều, Trần Thị Trung Chiến, Phạm Gia Khánh, Lê Văn Vệ (2001), “Phẫu thuật nối phục hồi ống dẫn tinh sau thất triệt sản”, *Y học Việt Nam*, 258-259-260 (4-5-6), tr.103-108.
  45. Trần Văn Sáng, Nguyễn Thành Như, Vũ Lê Chuyên (2003), “Vai trò của siêu âm qua trực tràng trong vô tinh do bế tắc”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 7 (1), chuyên đề thận-niệu, tr.40-43.
  46. WHO (1999), *WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction*, 4th Ed, Cambridge University Press.

## XUẤT TINH SỚM

**BS Nguyễn Thành Như**

*Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân, TP.HCM*

*Định nghĩa thế nào là xuất tinh sớm vẫn còn được bàn cãi. Nguyên nhân gây ra xuất tinh sớm có thể do sự tăng nhạy cảm của dương vật hay rối loạn thụ thể 5-Hydroxytryptamine (5-HT). Chẩn đoán xuất tinh sớm chủ yếu dựa trên bệnh sử. Điều trị có thể bằng liệu pháp hành vi, các thuốc chống tái hấp thu có chọn lọc serotonin và các thuốc tê tại chỗ. Phẫu thuật cắt thần kinh lưng dương vật được một số tác giả thực hiện cho những bệnh nhân khó trị, nhưng không được chấp nhận rộng rãi do các biến chứng như dị cảm qui đầu.*

### **Premature ejaculation**

*The definition of premature ejaculation is still controversial. Premature ejaculation is likely related to penile hypersensitivity or 5-Hydroxytryptamine (5-HT) receptor dysfunction. Diagnosis is based mainly on medical history. Treatment options are behavioral treatment, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and topical local anesthetics. Dorsal penile neurotomy is performed by some authors for refractory cases, but not widely accepted due to its complications such as penile glans numbness.*

**CHUYÊN ĐỀ**  
**CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH**  
**CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN**

# THE PRENATAL SCREENING AND DIAGNOSIS PROGRAM FOR DOWN SYNDROME

**TS.BS Lê Thị Thu Hà**

*Bệnh viện Từ Dũ, TP. HCM*

Down syndrome (trisomy 21) is the most commonly recognized genetic cause of mental retardation. the risk of trisomy 21 is directly related to maternal age. All forms of prenatal testing for down syndrome must be voluntary. A nondirective approach should be used when presenting patients with options for prenatal screening and diagnostic testing. Patients who will be 35 years or older on their due date should be offered chorionic villus sampling or second-trimester amniocentesis. Women younger than 35 years should be offered maternal serum screening at 16 to 18 weeks of gestation. the maternal serum markers used to screen for trisomy 21 are alpha-fetoprotein, unconjugated estriol and human chorionic gonadotropin. the use of ultrasound to estimate gestational age improves the sensitivity and specificity of maternal serum screening.

## SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG DOWN TRƯỚC SANH

### **Đại cương**

Hội chứng Down là sự kết hợp nhiều dị tật bẩm sinh khác nhau gây ra do ba nhiễm sắc thể 21. HC Down là rối loạn di truyền thường gặp nhất gây chậm phát triển tâm thần, thường kèm những bệnh lý của các hệ cơ quan khác nhau. Người mắc hội chứng Down thường gặp khó khăn về diễn đạt ngôn ngữ, thông tin và giải quyết vấn đề. Khác với trisomy 13 và 18, người bị HC Down có khả năng sống sau sinh nhiều hơn và tuổi thọ cũng cao hơn. HC Down là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Vì vậy sàng lọc và chẩn đoán HC Down được xem là mục tiêu quan trọng của chăm sóc tiền sản.

### **Biểu hiện lâm sàng HC Down**

Dấu hiệu hình thái trẻ:

- Mặt dẹt
- Phản xạ Moro giảm.
- Giảm trương lực cơ.
- Tăng gập khớp lớn.
- Da vùng cổ lỏng lẻo.
- Tai tròn và nhỏ.
- Giảm sản đốt giữa ngón út.

Đặc điểm lâm sàng

- Chậm PTT từ nhẹ đến nặng.
- Khó khăn về diễn đạt ngôn ngữ, nhận thức cũng như kỹ năng giải quyết vấn đề

- Dễ bị Alzheimer sớm.
- Thường kèm những dtbs: tim, điếc, thị giác, động kinh, hệ tiêu hóa, nhược giáp, leukemia, vô sinh...

### **Nguyên nhân**

Những bất thường nhiễm sắc thể gặp trong HC Down gồm:

- Trisomy 21: 95%
- Thể khảm: 2%
- Chuyển đoạn Robertson: 3%

### **Đánh giá nguy cơ trước sinh**

#### ***Nguy cơ theo tuổi mẹ***

Tuổi mẹ càng cao thì nguy cơ sinh con HC Down càng lớn. theo nhiều nghiên cứu thấy rằng:

<i>Tuổi mẹ lúc sinh</i>	<i>Nguy cơ HC down</i>
21	1/1150
30	1/680
36	1/210
39	1/100
42	1/40

#### ***Nguy cơ theo xét nghiệm huyết thanh học***

Nếu xét nghiệm dịch ối cho toàn bộ thai phụ trên 35 tuổi sẽ phát hiện 30% trong số trẻ bị HC Down. Xét nghiệm huyết thanh học cho phép tầm soát tuổi trẻ hơn. Có nhiều xét nghiệm được ứng dụng để sàng lọc HC Down. hiện nay tại BV Từ Dũ áp dụng các xét nghiệm theo tuổi thai như sau:

*Double test* (PAPP- A và FREE  $\beta$  HCG) : thực hiện ở tuổi thai 10 – 13 tuần.

*Triple test* (alpha fetoprotein, free  $\beta$  HCG và ue 3): thực hiện ở tuổi thai 14 – 21 tuần.

Với xét nghiệm huyết thanh học có thể phát hiện 60%, dương giả 5%.

Phần mềm T21 gamma để phân tích kết quả triple test đã được sử dụng tại BV. Từ Dũ từ 01/01/2005 nhằm hạn chế những khó khăn khi đọc kết quả với những con số riêng lẻ.

Phần mềm này hiệu chỉnh mom theo tuổi thai, cân nặng mẹ, hút thuốc, tiểu đường, đa thai, ivf, chủng tộc... Từ đó, đưa ra kết quả tần suất nguy cơ cụ thể trisomy 21, trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh giúp các bác sĩ lâm sàng xem xét về chỉ định chọc ối.

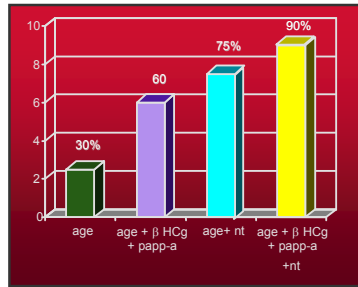
#### ***Sàng lọc ở tuổi thai 11 – 14 tuần***

*Tuổi mẹ + HCg + papp-a + độ mờ gáy*



## Sàng lọc tuCn 11-14

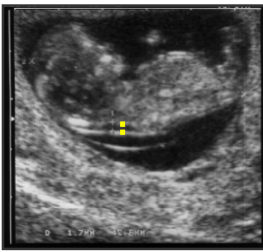
tuổi + HCg + papp-a + độ mờ gáy



### Vai trò siêu âm trong sàng lọc HC down

Tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày

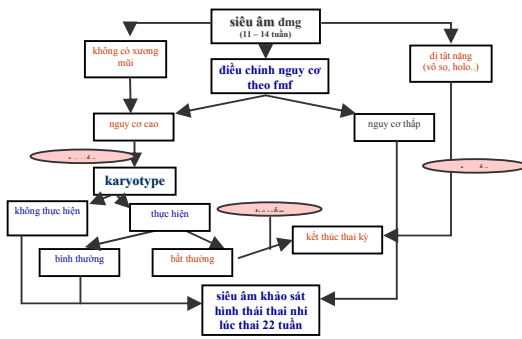
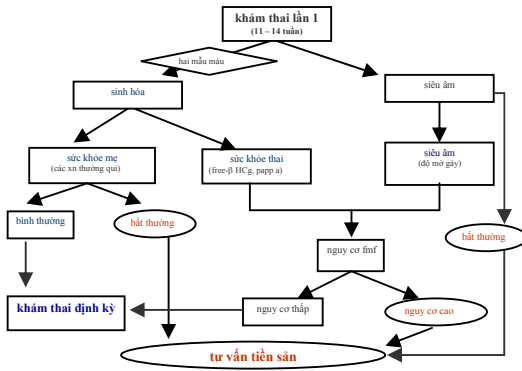
Đo độ mờ gáy



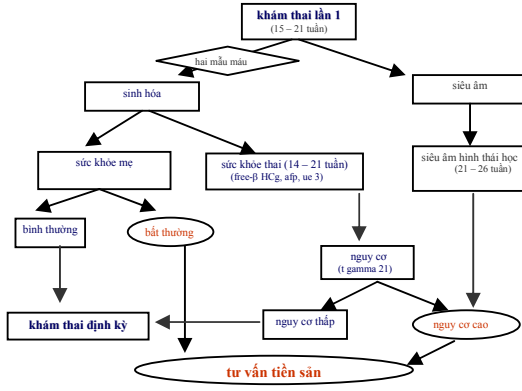
### Những dấu hiệu siêu âm hình thái hướng đến HC down

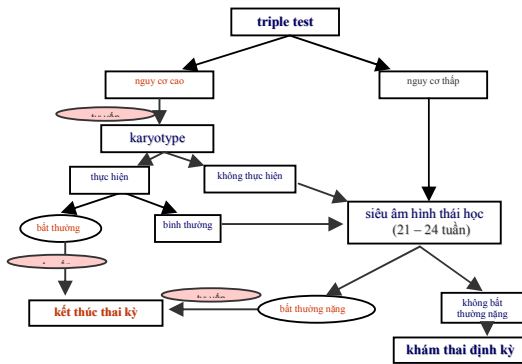
- Bệnh tim bẩm sinh (khiếm khuyết vách)
- Hẹp tá tràng
- Thoát vị rốn
- Không có xương mũi
- Xương cánh tay & xương đùi ngắn
- Phù nề da gáy
- Dẫn não thất
- Dính ngón & giảm sản ngón 5
- Tăng khoảng cách ngón chân 1 – 2
- Nốt echo dày trong tim
- Echo ruột dày
- Mặt dẹt
- Dẫn bể thận
- Nang ĐRMM
- Dây rốn 2 mạch máu

### Quy trình khám và XN tiền sản TCN I (11 – 14 tuần)



**Quy trình khám và XN tiền sản TCN II (15 - 21 tuần)**





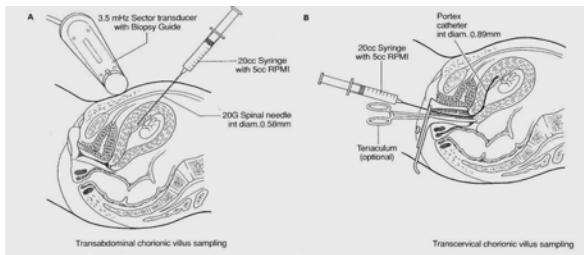
## Chẩn đoán xác định

### Những phương pháp xâm lấn

Sinh thiết gai nhau

Chọc dò ối

Lấy máu rốn



### Những nguy cơ

1. Dọa sẩy thai
2. Sẩy thai.
3. Nhiễm trùng
4. Chạm thương thai nhi

### Kết luận

Nâng cao chất lượng dân số là mục tiêu hàng đầu của những người làm công tác sản phụ khoa và sơ sinh.

Chẩn đoán tiền sản tốt nhằm phát hiện sớm những trường hợp trisomy 21 cho phép cha mẹ chọn lựa tiếp tục hoặc kết thúc thai kỳ

### Tài liệu tham khảo:

1. American academy of pediatrics committee on sports medicine and fitness. atlantoaxial instability in down syndrome: subject review. *pediatrics* 1995;96:151-4.
2. American college of medical genetics clinical practice committee. acmg position statement on multiple marker screening in women 35 and older. *american college of medical genetics college newsletter*, january 1994;2.

3. american college of medical genetics clinical practice committee. statement on multiple marker screening in pregnant women. american college of medical genetics college newsletter, january 1996;6.
4. american college of obstetricians and gynecologists. maternal serum screening. acog educational bulletin, 1996; no. 228. epstein cj. down syndrome (trisomy 21). in: scriver cr, beaudet al, sly ws, valle d, eds. the metabolic and molecular bases of inherited disease. new york: mcgraw-hill, 1995:749-94.
5. benn pa, borgida a, horne d, briganti s, collins r, rodig j. down syndrome and neural tube defect screening: the value of using gestational age by ultrasonography. am j obstet gynecol 1997;176: 1056-61.
6. cuckle hs, wald nj, thompson sg. estimating a woman's risk of having a pregnancy associated with down's syndrome using her age and serum alpha-fetoprotein level. br j obstet gynaecol 1987; 94:387-402.
7. down syndrome prevalence at birth--united states, 1983-1990. mmwr morb mortal wkly rep 1994;43:617-22.
8. haddow je, palomaki ge, knight gj, williams j, pulkkinen a, canick ja, et al. prenatal screening for down's syndrome with use of maternal serum markers. n engl j med 1992;327:588-93.
9. haddow je, palomaki ge, knight gj, cunningham gc, lustig ls, boyd pa. reducing the need for amniocentesis in women 35 years of age or older with serum markers for screening. n engl j med 1994;330:1114-8. smith dw, jones kl. smith's recognizable patterns of human malformation. 4th ed. philadelphia: saunders, 1988:10-5.
10. hook eb. rates of chromosome abnormalities at different maternal ages. obstet gynecol 1981;58: 282-5.
11. kuller ja, laifer sa. contemporary approaches to prenatal diagnosis. am fam physician 1995;52: 2277-83,2285-6.
12. merkatz ir, nitowsky hm, macri jn, johnson we. an association between low maternal serum alpha-fetoprotein and fetal chromosome abnormalities. am j obstet gynecol 1984;148: 886-94.
13. palomaki ge, knight gj, mccarthy je, haddow je, donhowe jm. maternal serum screening for down syndrome in the united states: a 1995 survey. am j obstet gynecol 1997;176:1046-51.
14. saenz rb. primary care of infants and young children with down syndrome. am fam physician 1999;59:381-90,392,395-6.
15. saller dn, canick ja. maternal serum screening for down syndrome: clinical aspects. clin obstet gynecol 1996;39:783-92.
16. tolmie jl. down syndrome and other autosomal trisomies. in: rimoin dl, connor jm, pyeritz re, eds. emery and rimoin's principles and practice of medical genetics. 3rd ed. new york: churchill livingstone, 1996:925-71.
17. wald nj, cuckle hs, densem jw, nanchahal k, royston p, chard t, et al. maternal serum screening for down's syndrome in early pregnancy. bmj 1988;297:883-7 [published erratum appears in bmj 1988;297:1029].

## KẾT QUẢ CÁC THAI KỲ CÓ ĐỘ MỜ DA GÁY DÀY

**Ths Bs Hà Tố Nguyên- Bs Võ Thị Duy Linh- CNHS Nguyễn Thị Ánh Loan**  
*Bv Từ Dũ*

### MỤC TIÊU

Nhằm mục đích sàng lọc Trisomy 21 và các bất thường NST khác bằng cách phối hợp tuổi mẹ và đo độ mờ da gáy và đánh giá kết quả những thai kỳ có da gáy dày tuổi thai 11-13<sup>+6</sup> 06 đến 06/2008.

### PHƯƠNG PHÁP:

Đây là một chương trình sàng lọc thường qui cho tất cả các thai phụ đến khám thai tại BV Từ Dũ. Tất cả người làm siêu âm đều có giấy chứng nhận đạt chuẩn đo của FMF. Độ mờ da gáy và chiều dài đầu mông được tiến hành đo trong 19628 sản phụ, nguy cơ được tính toán dựa trên tuổi mẹ, ĐMDG theo chiều dài đầu mông và dùng phần mềm của FMF. Sự phân bố nguy cơ được tính toán và kết quả thai kỳ được xác định.

### KẾT QUẢ:

Tổng số thai kỳ được đo 19628 tuy nhiên chỉ có 17430 ca (88.8%) có theo dõi kết quả thai kỳ được. Tuổi mẹ trung bình 28 (từ 15-51) có 2835 phụ nữ  $\geq 35$  tuổi (14%). Tuổi thai trung bình 12 (11-13<sup>+6</sup>) tuần và chiều dài đầu mông trung bình 62 (từ 45-84) mm. Tỷ lệ ĐMDG trên trung bình và  $>95^{\text{th}}$  centile là 43,7% và 3.3%. Nguy cơ  $\geq 1$  trong 300 là 697 ca (4%). 598 được làm CVS hoặc chọc ối. Tổng số 47 ca lệch bội được phát hiện trước sanh (34 trisomy 21, 8 trisomy 18, hai 47XXY, một 45 XX/45X, một 47 XXX, và một chuyển đoạn không cân bằng). Đánh giá nguy cơ Trisomy 21 và các bất thường NST khác dựa trên tuổi mẹ và ĐMDG theo chiều dài đầu mông  $\geq 1 / 300$  là 78.7% (37 của 47)

Trong 262 ca (1.5%) có da gáy dày ( $>3$  mm), 232 ca được làm CVS hoặc chọc ối và phát hiện 21 (8%) có bất thường NST (trisomy 21: 15 ca; trisomy 18, 5 ca; Klinefelter Syndrome, 1 ca). Có 30 trường hợp đã được chấm dứt thai kỳ trước khi chọc ối vì có những bất thường điển hình trên siêu âm của trisomy 18, trisomy 13 và Turner khi siêu âm hình thái lúc thai 18-22 tuần.

Dùng ngưỡng cắt ĐMDG là 3 mm, 4.5 mm, 5.5mm và 6.5mm, tỷ lệ lệch bội là 19.4% (51/262), 33% (34/103), 39.4% (26/66), 42%(21/50) . Trong trường hợp NST bình thường, tỷ lệ sảy thai hoặc thai chết lưu trong tử cung là 3.4% (9/262), 6.8% (7/103), 9.1% (6/66) and 8%(4/50). Trong trường hợp da gáy dày, với ngưỡng cắt trên, tỷ lệ bất thường cấu trúc là 5.3% (14/262), 10.6% (11/103), 13.6%(9/66) và 14% (7/50) và tỷ lệ sanh sống giảm 71.8%, 49.5%, 37.8% và 36%

### ***KẾT QUẢ THAI KỲ CÓ ĐMDG DÀY***

ĐMDG	Bất thường NST		Thai chết hoặc sảy thai		Bất thường cấu trúc		Sanh sống	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3-4.4mm (N=159)	17	10.7	3	1.8	3	1.8	136	85.5
4.5-5.4 mm (N=37)	8	21.6	1	2.7	2	5.4	26	70.2
5.5-6.4 mm (N=16)	5	31.2	1	6.2	2	12.5	8	50
≥6.5 mm (N=50)	21	42	4	8	7	14	18	36

### **KẾT LUẬN**

Sàng lọc bất thường NST và đánh giá kết quả các thai kỳ có ĐMDG dày ở các trung tâm có người làm siêu âm đạt chất lượng và ứng dụng phần mềm của FMF để tính nguy cơ cho kết quả tốt trong việc sàng lọc trước sanh và cung cấp các thông tin quan trọng để tham vấn và quản lý thai kỳ.

## **OUTCOME OF FETUSES WITH ENLARGED NUCHAL TRANSLUCENCY**

**Dr Ha To Nguyen- Dr Vo Thi Duy Linh- Midwife Nguyen Thi Anh Loan**

*Imaging Diagnosis Departmen, Tu Du Hospital*

### **OBJECTIVE:**

To screen for trisomy 21 and other chromosomal defects by a combination of maternal age and fetal nuchal translucency thickness measurement and to evaluate outcome of fetuses with increased nuchal translucency at 11-13<sup>+6</sup> weeks of gestation at Tu Du hospital between 11/2006 and 06/2008.

### **METHODS:**

This was a routine program for all pregnant women followed up at Tu Du hospital. All the sonographers involved in this program had received The Fetal Medicine Foundation Certificate of Competence in the 11-13<sup>+6</sup> weeks scan. Fetal nuchal translucency thickness and crown-rump length were measured in 19628 pregnancies with live fetuses. In each case the risk for trisomy 21 was estimated on the basis of maternal age and fetal nuchal translucency thickness for crown-rump length with the use of The Fetal Medicine Foundation's software. The distribution of estimated risk was calculated and outcome of fetuses was determined.

### **RESULTS:**

Fetal nuchal translucency thickness was successfully measured in all 19628 pregnancies and a complete follow-up was available in 17430 cases (88.8% of the deliveries) and the following results are based on these cases. The median maternal age was 28 (range 15-51) years and there were 2835 women aged 35 years or more (14%). The median gestation at screening was 12 (11-13<sup>+6</sup>) weeks and the median fetal crown-rump length was 62 (range 45-84) mm. The percentages of cases have nuchal translucency measurements more than median and 95<sup>th</sup> centile are 43.7%, 3.3% respectively. The estimated risk was 1 in 300 or more in 697 cases (4%). 598 of the women underwent invasive prenatal testing by CVS and amniocentesis. A total of 47 aneuploidies were detected prenatally (thirty four trisomy 21, eight trisomy 18, two 47XXY, one 45 XX/45X, one 47 XXX, one unbalanced translocation). The estimated risk for trisomy 21 and other chromosomal defects based on maternal age and fetal nuchal translucency thickness for crown-rump length was 1 in 300 or more in 78.7% (37 of 47) of those with trisomy 21 and other chromosomal defects.

Of the 262 fetuses (1.5%) with an increased nuchal translucency (>3 mm), 232 of cases underwent invasive prenatal testing by CVS and amniocentesis and 21 (8%) had an abnormal karyotype (trisomy 21, 15 cases; trisomy 18, 5 cases; Klinefelter Syndrome, 1 case). 30 pregnancies were terminated before karyotyping was performed because they had typical structural abnormalities for trisomy 18, trisomy 13 and Turner syndrome detected by ultrasound examination at first trimester and at 18-22 weeks.

Using NT cut-off levels of 3 mm, 4.5 mm, 5.5mm and 6.5mm, the rates of aneuploidy were 19.4% (51/262), 33% (34/103), 39.4% (26/66), 42%(21/50) respectively. In case of normal chromosomes, the rates of a spontaneous abortion or an intrauterine death were 3.4% (9/262), 6.8% (7/103), 9.1% (6/66) and 8%(4/50), respectively. With increasing NT at these cut-off levels, the rates of structural anomalies were 5.3% (14/262), 10.6% (11/103),

13.6%(9/66) and 14% (7/50) respectively and there was a decrease in the rate of live born infants, which were 71.8%, 49.5%, 37.8% and 36%

*General details on the outcome of fetuses with an increased nuchal translucency*

Nuchal translucency	Chromosomal Defects		Fetal death or spontaneous abortion		Structural anomalies		Live birth	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3-4.4mm (N=159)	17	10,7	3	1,8	3	1,8	136	85,5
4.5-5.4 mm (N=37)	8	21,6	1	2,7	2	5,4	26	70,2
5.5-6.4 mm (N=16)	5	31,2	1	6,2	2	12,5	8	50
≥6.5 mm (N=50)	21	42	4	8	7	14	18	36

**CONCLUSIONS:**

Screening for chromosomal defects and evaluating outcome of increased NT in centers with appropriately qualified sonographers and using The Fetal Medicine Foundation's software are useful for prenatal diagnosis and provide important guidelines for the counseling and management of these pregnancies.



## **SIÊU ÂM DOPPLER MÀU ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE THAI**

**Ths-BS Hà Tố Nguyên**  
*Bệnh Viện Từ Dũ*

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung khi trọng lượng thai dưới vị bách phân thứ 10 theo tuổi thai với tần suất khoảng 3-5% nửa sau thai kỳ. Hầu hết là do suy bánh nhau tiền phát hoặc thứ phát do bệnh lý của người mẹ.

Thai chậm tăng trưởng làm tăng nguy cơ biến chứng thai kỳ cũng như đi kèm với thai chết, tử vong chu sinh sơ sinh cao, chậm phát triển tinh thần. Mục đích của theo dõi thai chậm tăng trưởng trong tử cung là nhằm giữ thai trong tử cung càng gần đến gần ngày sanh càng tốt và chấm dứt thai kỳ trước khi thai bị toan hóa máu.

Đối với thai kỳ nguy cơ cao, các phương pháp sau thường được dùng để theo dõi tình trạng sức khỏe thai: đo sự tăng trưởng thai, đo thể tích ối, siêu âm Doppler, theo dõi biểu đồ nhịp tim thai và bảng chỉ số sinh học. Chỉ có siêu âm Doppler và bảng chỉ số sinh học có thể giúp tiên đoán tình trạng toan hóa máu. Khi có biểu hiện bất thường trên CTG thì thai đã bị toan hóa máu.

Siêu âm Doppler góp phần quan trọng giúp cải thiện kết quả các thai kỳ bị chậm tăng trưởng trong tử cung. Bất thường dạng sóng động mạch tử cung hai bên thai 18-22 tuần ( $PI > 1.45$  và có dạng notch) gợi ý một tình trạng thiếu máu vòng tuần tử cung nhau nghiêm trọng và thường được dùng để chẩn đoán nguyên nhân thai chậm tăng trưởng hơn là đánh giá tình trạng sức khỏe thai trực tiếp.

Trước 34 tuần, chỉ số trở kháng động mạch rốn tăng gợi ý có sự rối loạn chức năng bánh nhau. Gần sanh, các biểu hiện trên Doppler động mạch rốn thường tế nhị hơn, khi này các bất thường trên Doppler động mạch não giữa sẽ giúp chẩn đoán thai chậm tăng trưởng ngay cả khi Doppler động mạch rốn bình thường. Có sự tái phân bố tuần hoàn não khi chỉ số RI hoặc PI động mạch não giữa nhỏ hơn 2 độ lệch chuẩn. Tuy nhiên sự tái phân bố tuần hoàn não thường kèm với co mạch ngoại biên do vậy nếu dùng tỷ số não/rốn thì độ nhạy sẽ tăng hơn. Chỉ số não/rốn  $< 1$  có ý nghĩa là có sự tái phân bố tuần hoàn não.

Không có bằng chứng ủng hộ việc dùng siêu âm Doppler thường qui ở nhóm thai kỳ nguy cơ thấp, có thể gây hại nhiều hơn lợi vì giá trị tiên đoán dương tính ở nhóm thai kỳ nguy cơ thấp sẽ thấp hơn nhóm thai kỳ nguy cơ cao, làm cho sự can thiệp chấm dứt thai kỳ sớm quá mức cần thiết, làm tăng tỷ lệ tử vong bệnh tật thai do non tháng.

## **FETAL WELL – BEING: THE ROLE OF COLOUR DOPPLER**

**Dr Ha To Nguyen**

*Tu Du Hospital*

Intrauterine growth restriction (IUGR) is defined as fetal weight below the 10<sup>th</sup> percentile for gestational age with the prevalent rate about 3-5% in the second half of all pregnancies. Most are caused by placental insufficiency either primary or secondary to maternal etiology.

Growth restriction increases risk of adverse pregnancy outcome and is associated with stillbirth, perinatal morbidity, neonatal mortality, neurodevelopmental.

The aim of monitoring of fetal growth restriction is to allow the fetus to remain in utero until as close to term as possible and to deliver the fetus before the onset of acidaemia.

In high risk pregnancies, the following methods are often used to assess fetal health: measurement of fetal growth, measurement of AFI, Doppler ultrasound, fetal heart rate recordings and biophysical profile testing

Only biophysical profile and Doppler flows can predict acidaemia, abnormal CTG indicates that fetus is already acidaemic.

Doppler ultrasound has an important contribution to improve the outcome of fetus compromised by IUGR

Bilateral abnormal uterine artery waveforms at 18-22 weeks ( $pi > 1.45$  with bilateral notch) suggest a significant uteroplacental vascular ischemia and it is used to predict disease in late pregnancy than to assess the fetal well-being directly.

Before 34 weeks, an elevated umbilical artery doppler index is likely to reflect placental dysfunction. Near term, as umbilical artery Doppler findings may be subtler, a decrease in middle cerebral artery Doppler index increases suspicion for iugr even if umbilical artery Doppler remains within normal range

Redistribution is indicated by a low middle cerebral artery  $pi$  or  $ri$ , less than 2sd from the mean for gestation age. however, in hypoxia, cerebral redistribution is probably associated with peripheral vasoconstriction. Therefore, the ratio between  $pi/ri$  cerebral artery and umbilical artery may be a more sensitive indicator of redistribution. A cerebroplacental ratio of less than 1 indicates redistribution.

No evidence supports the use of routine Doppler ultrasound to screen for fetal compromise in low risk pregnancies, may do more harm than good. It is because of predictive value of a positive test in low risk pregnancies is lower than in high risk pregnancies. It will result in an excessively early delivery.

## **CARDIAC MALFORMATIONS: PROGNOSIS AND INDICATIONS FOR TERMINATION OF PREGNANCY**

### **Dr. Pézard**

Etablir le pronostic d'une malformation cardiaque découverte 'in utero' repose sur la collaboration étroite d'un échographiste-gynécologue et d'un cardiopédiatre, apportant leurs compétences complémentaires au cours d'une même consultation.

C'est ainsi qu'après avoir établi un bilan complet, non seulement de la cardiopathie mais de l'ensemble du fœtus, ils pourront essayer de prévoir:

- L'évolution spontanée de l'anomalie, avant et après la naissance,
- Les possibilités et la complexité d'un éventuel traitement chirurgical,
- La qualité de vie qui en résultera, y compris à l'âge adulte.

ils pourront alors définir avec les parents les modalités de prise en charge du nouveau-né et, si elles s'avèrent insuffisantes, discuter d'une interruption de la grossesse.

Sauf dans de rares cas (malformation très simple ou au contraire d'emblée très grave), le pronostic ne pourra être établi à la suite d'un seul bilan. De nombreuses malformations sont susceptibles d'évoluer et de s'aggraver au cours de la grossesse (obstacles droits ou gauches, anomalies cono-troncales, transposition des gros vaisseaux). Plusieurs examens répétés seront alors nécessaires.

Le pronostic peut être abordé selon 3 catégories de malformations:

- Pronostic défavorable faisant discuter une interruption de grossesse. C'est le cas des obstacles gauches sévères, de la malformation d'Ebstein dans une forme majeure, de l'atrésie tricuspide, des coeurs univentriculaires ...
- Pronostic a priori favorable: communications inter-ventriculaire ou inter-auriculaire, retour veineux pulmonaire anormal, transposition des gros vaisseaux, tétralogie de Fallot dans une forme régulière ...
- Pronostic incertain, en raison du risque d'évolutivité non seulement pendant la grossesse mais aussi après la naissance. C'est tout particulièrement le cas des malformations du coeur gauche, d'autant plus que les formes de découverte ante-natale sont rarement les plus favorables: coarctation, sténoses valvulaires dont on sait qu'elles pourront handicaper l'enfant durant toute sa vie et nécessiter plusieurs interventions.

L'attitude finalement adoptée ne peut être universelle. Elle doit être adaptée aux conditions sanitaires locales et régulièrement ré-évaluée en fonction de leur évolution, particulièrement rapide ici. Le diagnostic prénatal des cardiopathies mérite particulièrement d'être développé au Vietnam car il donne une occasion unique et privilégiée de repérer les nouveaux-nés à risque et donc d'organiser leur prise en charge. Il peut être aussi l'occasion de redécouvrir des stratégies thérapeutiques, parfois délaissées ailleurs, mais qui ont fait la preuve de leur efficacité.

## **NHỮNG BẤT THƯỜNG TIM: TIÊN LƯỢNG VÀ CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ**

**Dr Pezard**

Việc đưa ra được tiên lượng của một dị tật bẩm sinh tim cần có sự hợp tác chặt chẽ của bác sĩ siêu âm, bác sĩ tim mạch nhi và bác sĩ sản khoa, mỗi người trong lãnh vực chuyên môn của mình tham gia cùng lúc trong một lần khám bệnh và tư vấn.

Sau khi có một bilan đầy đủ không chỉ đơn thuần về bệnh lý tim mạch mà còn phải xét trên tổng thể của thai nhi để có thể tiên lượng :

- Tiên triển tự nhiên của bệnh trước và sau sanh
- Khả năng và tính phức tạp nếu điều trị bằng phẫu thuật
- Chất lượng cuộc sống của đứa trẻ cho đến khi trưởng thành

Từ đó xác định với cha mẹ những phương thức điều trị cho trẻ sơ sinh và nếu bất thường quá nghiêm trọng thì cần bàn bạc đến việc chấm dứt thai kỳ.

Trừ những trường hợp hiếm (bất thường rất đơn giản hoặc ngược lại bất thường rất nghiêm trọng), tiên lượng không thể đưa ra được từ chỉ một bilan đơn độc. Rất nhiều bất thường có khả năng tiên triển và nặng lên trong thai kỳ (tắc nghẽn tim phải hoặc trái, bất thường cono troncal, chuyển vị đại động mạch). Khi đó, khám lại nhiều lần là điều cần thiết.

Tiên lượng dựa trên 3 loại bất thường

- Tiên lượng bất lợi cần bàn đến việc chấm dứt thai kỳ. Đó là trường hợp tắc nghẽn tim trái nghiêm trọng, bất thường Ebstein thể nặng (majeur), bất sản van ba lá, tâm thất độc nhất...)
- Tiên lượng thuận lợi: thông liên thất, thông liên nhĩ, bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi, chuyển vị đại động mạch, tứ chứng Fallot thể cân đối (réguliere)
- Tiên lượng không chắc chắn do nguy cơ có tiên triển nặng thêm trong thai kỳ và sau sanh. Đặc biệt trong trường hợp bất thường tim trái, đứt đoạn cung động mạch chủ, chít hẹp van. Các bất thường này có thể làm đứa trẻ thành tàn tật, hoặc trẻ phải trải qua rất nhiều cuộc phẫu thuật.

Thái độ xử trí cuối cùng rất thay đổi, tùy thuộc vào tình trạng y tế của địa phương. Cần phải đánh giá nhiều lần tùy theo diễn tiến, nhất là khi diễn tiến quá nhanh. Chẩn đoán tiền sản bệnh tim rất đáng để phát triển tại Việt Nam vì nó là cơ hội duy nhất và may mắn cho những trẻ sơ sinh có nguy cơ và do đó tổ chức điều trị. Có lẽ cũng là cơ hội khám phá lại các chiến lược trị liệu, mà đôi khi những chiến lược này bị bỏ rơi ở nơi khác, nhưng lại rất hiệu quả tại Việt Nam

# TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE FOETAL

**F.Boussion, Ph.Pezard, L.Sentilhes, Ph.Gillard, F.Biquard, Ph.Descamps.**

*Centre Hospitalier régional et universitaire d'Angers*

*Service de gynécologie-obstétrique*

## **Introduction**

Les troubles du rythme cardiaque foetal représentent une pathologie rare, dont le diagnostic le plus souvent fortuit au cours d'un enregistrement systématique, se doit d'être le plus précis possible. En effet la bonne connaissance de la physiopathologie et l'analyse exhaustive du trouble du rythme doivent permettre une prise en charge optimale in utero de la pathologie, l'objectif premier étant d'obtenir une régularisation avant la naissance.

Les troubles du rythme cardiaque constituent en ce sens, une des rares pathologies foetales dont le traitement permet une guérison ante-natale.

Le but est ici de faire le diagnostic des différents mécanismes impliqués dans ces troubles du rythme, au moyen des outils dont nous disposons en prénatal.

## **Circonstances de découverte**

L'évocation d'un trouble du rythme peut se faire dans quatre circonstances devant la découverte:

- d'un rythme cardiaque irrégulier,
- d'un rythme cardiaque anormalement lent,
- d'un rythme cardiaque anormalement rapide,
- de signes d'anasarque foetal en l'absence de pathologie infectieuse ou auto-immune.

## **1 - Physiologie**

Le rythme cardiaque foetal (RCF) normal est commandé par le noeud sinusal, à l'origine

De la succession organisée d'une contraction auriculaire puis d'une contraction ventriculaire. Sous l'influence du système nerveux autonome, il est normalement fluctuant et irrégulier. Des épisodes de bradycardies significatives peuvent être enregistrés et des fréquences aussi basses que 50 à 70 /mn peuvent être considérées comme physiologiques si les accès sont brefs, isolés et influencés par la position maternelle.

Il en va de même des accélérations qui sont sans signification pathologique si elles restent brèves, transitoires et au dessous de 200 /mn.

La fréquence cardiaque est considérée comme pathologique si elle est inférieure à 100/mn ou supérieure à 200/mn de façon prolongée (1).

## **2-Méthodes d'évaluation du rythme cardiaque foetal.**

L'examen de référence pour l'exploration du rythme cardiaque foetal est

l'échocardiographie. La première étape de l'examen consiste bien sur en l'évaluation de la morphologie cardiaque, afin d'éliminer une cardiopathie arythmogène, présente dans 1 à 5% des cas. Parmi les anomalies les plus fréquemment rencontrées, il faut citer la maladie d'Ebstein ( anomalie de la valve tricuspide), les tumeurs cardiaques, le canal atrio-ventriculaire, l' hypoplasie du ventricule gauche.(2)

L'étude du rythme cardiaque foetal se fait grâce à l'utilisation de l'échographie en mode TM et du Doppler.

### **2-1 Echocardiographie en mode TM**

Couplé et guidé par l'imagerie bi-dimensionnelle, le mode TM évalue le rythme cardiaque. La ligne de tir est placée sur la paroi antérieure du ventricule droit, la valve aortique et la paroi postérieure de l'oreillette gauche.(2) Cette coupe de référence permet d'apprécier outre la traduction de la conduction auriculo-ventriculaire, le mouvement du ventricule droit, l'ouverture de la valve aortique et la contraction de l'oreillette gauche.(figures 1,2 ).

Cependant, il n'est pas toujours possible en raison de la position foetale d'obtenir cette coupe et une alternative consiste à placer la ligne de tir sur l'oreillette droite et la paroi postérieure du ventricule gauche.

### **2-2 Le Doppler**

Si l'échocardiographie TM est réellement l'examen de prédilection pour évaluer la traduction mécanique de la conduction auriculo-ventriculaire, elle peut dans de mauvaises conditions techniques ou lors d'une contractilité myocardique médiocre, se révéler de réalisation difficile ou insuffisante.

On pourra alors avoir recours à l'utilisation du Doppler pulsé. La fenêtre d'échantillonnage sera alors placée dans la zone de la continuité mitro-aortique, au-dessous des valves sigmoïdes aortiques, parallèle à la chambre de chasse du ventricule gauche et à l'orifice mitral (figure 3)(2)

Le volume d'échantillonnage sera adapté au mieux pour enregistrer à la fois l'aorte et la valve mitrale. L'examen renseignera dans ce cas, non plus sur les contractions pariétales du myocarde, mais sur les flux sanguins secondaires à celles-ci (figure 4).

Une autre alternative repose sur l'étude Doppler des vaisseaux du cordon, étudiant à la fois la veine et une artère ( figure 5) et permettant le repérage des extra-systoles auriculaires

(figure 6) (2). L'enregistrement simultané artériel et veineux permet de repérer une ESA matérialisée par un reverse flow, qui traduit la contraction auriculaire précoce sur des valves auriculo-ventriculaires fermées (figure 7).

## **3-Les troubles du rythme cardiaque foetal**

### **3-1- Rythme cardiaque irrégulier**

L'irrégularité du rythme cardiaque foetal est dû, le plus souvent, à la présence de contractions auriculaires prématurées, mais parfois également à des contractions ventriculaires (figure 9). Ces extra-systoles sont plus fréquentes après 28 SA, mais peuvent survenir à n'importe quel âge gestationnel. Elles sont présentes chez 1,7% des foetus entre 36 et 41 SA et ne nécessitent généralement pas de traitement anti-arythmique, mais une surveillance car elles peuvent être le témoin de la présence d'une voie de conduction accessoire pathologique entre les oreillettes et les ventricules. Le risque d'un passage en tachycardie est inférieur à 5% (5). Ce risque semble supérieur lorsque s'associent de multiples extra-systoles auriculaires et un rythme ventriculaire plus lent.(3)

Lorsque la contraction prématurée est suivie d'une contraction ventriculaire, il s'agit

d'extra-systoles conduites (figure 8). En revanche, si la contraction prématurée survient très précocement au cours de la diastole, elle ne peut être conduite car tombant sur la période réfractaire du muscle ventriculaire (6). Il en résulte une impression de "pause", pouvant simuler à l'extrême, en cas d'extra-systoles très fréquentes, une pseudo-bradycardie (figure 9). Le diagnostic différentiel sera alors celui de bloc auriculo-ventriculaire, mais l'absence de dissociation entre les contractions auriculaires et ventriculaires permet d'éliminer un BAV.

Dans la majorité des cas, on observe une résolution spontanée des ESA ou des ESV avant la naissance ou en post-natal très précoce, lorsqu'elles sont peu fréquentes. La surveillance est variable en fonction des centres. En pratique, si les extra-systoles sont peu fréquentes (moins de 1 tous les 10 complexes) (2), il n'y a pas nécessité d'un suivi particulier. En revanche, si elles sont fréquentes, un suivi durant 4 à 6 semaines est justifié à la recherche d'une tachycardie soutenue. Si la résolution spontanée survient avant la naissance, aucune investigation ne sera entreprise en post-natal; par contre, si les extra-systoles persistent jusqu'à l'accouchement, un bilan cardio-pédiatrique avec électrocardiogramme est justifié à la naissance afin d'exclure une pré-excitation (2).

### 3-2 Rythme cardiaque trop rapide

La plus fréquente des tachycardies foetales est la **tachycardie supra-ventriculaire jonctionnelle**, représentant 66 à 90% des tachycardies ( 4 à 6 pour 1000 grossesses). Elle se caractérise par une fréquence cardiaque aux alentours de 240 bat/mn, avec une conduction de 1 pour 1 entre les oreillettes et les ventricules (figure 11). L'accès débute et cède brutalement, le plus souvent sur une contraction auriculaire. Les études post-natales montrent que le principal mécanisme serait un phénomène de ré-entrée avec une voie accessoire dans 80 à 90% des cas (figure 12)(7,8). En l'absence de voie accessoire, c'est une micro-ré-entrée dans le noeud auriculo-ventriculaire qui est incriminée.

L'importante fréquence de la résolution spontanée des tachycardies par ré-entrée suggère une immaturité du myocarde et en particulier un retard de développement de l'annulus fibrosus plus ou moins associé à la persistance d'une voie accessoire pathologique (9).

En post-natal, un syndrome de Wolf-Parkinson-White est confirmé dans 10% des cas(10).

**Le flutter auriculaire** est la seconde cause de tachycardie supra-ventriculaire, généré par les oreillettes elles-mêmes qui présentent une activité contractile circulaire correspondant à une macro-ré-entrée et responsable d'une contractilité de faible intensité ( figure 13).

Il semble, d'après les études, n'être observé qu'au 3ème trimestre de la grossesse. Il s'agit d'une tachycardie avec une fréquence auriculaire très rapide comprise entre 300 et 450 battements par minute(11). La fréquence ventriculaire est plus lente, entre 125 et 350 battements/mn, variable en raison d'un certain degré de bloc au niveau du noeud auriculo-ventriculaire qui protège les ventricules. Il en résulte une conduction auriculo-ventriculaire variable 2/1, 3/1, 4/1, en fonction du degré du bloc.

Sur le plan échographique, le TM retrouve une fréquence auriculaire très rapide, régulière, contrastant avec une fréquence ventriculaire plus lente, parfois irrégulière, contrairement à la tachycardie supra-ventriculaire par ré-entrée (figure 14). Le flutter se complique d'insuffisance cardiaque dans 38,6% des cas et il ne semble pas y avoir de relation évidente entre la survenue ou non d'une décompensation et la fréquence auriculaire.

**La fibrillation auriculaire** est une tachycardie rare évoquée devant l'association d'une tachycardie irrégulière au niveau des ventricules et d'une absence d'activité contractile au niveau des oreillettes. La réalité de la fibrillation auriculaire chez le fœtus est controversée par certains auteurs en raison de son extrême rareté.

Ce trouble du rythme est dû à une activité électrique anarchique au niveau des oreillettes

avec de multiples foyers de dépolarisation s'activant à tout instant.

L'activité auriculaire peut être enregistrée entre 400 et 600 bat/mn et la transmission aux ventricules est filtrée par le noeud auriculo-ventriculaire. L'activité ventriculaire est irrégulière avec une fréquence élevée > 300 bat/mn(11).

**La tachycardie ventriculaire** est un phénomène rarement observé durant la vie foetale. Elle se caractérise par une fréquence ventriculaire supérieure à la fréquence auriculaire (figure 15). Cependant, si la conduction rétrograde des ventricules vers les oreillettes est de 1/1, le diagnostic différentiel avec une tachycardie supra-ventriculaire est impossible(2,12).

#### **4- Les signes de décompensation cardiaque.**

La décompensation cardiaque peut être responsable d'un anasarque foetal avec hydramnios(13). Le motif de consultation peut alors être une prise de poids rapide de la patiente ou une augmentation trop brutale de son volume abdominal. En dehors d'un contexte infectieux ou d'une anémie foetale, l'examen échographique réalisé en urgence s'appliquera alors à rechercher les signes de décompensation cardiaque, qui peuvent être classés en trois stades:

- stade 1:           - diminution des mouvements actifs foetaux.  
                      - dilatation des cavités droites ( OD puis VD)
- stade 2           - insuffisance tricuspide holosystolique ( avec des vitesses > 3m/s).  
  
                      - une hyperpulsatilité de la veine ombilicale, qui traduit un flux rétrograde dans la veine cave inférieure à travers le canal d'Arantius et témoigne d'une pression veineuse élevée.

stade 3:           la présence d'épanchements des séreuses et un oedème sous-cutané s'associent aux signes des stades 1 et 2. On peut alors observer une ascite, un épanchement pleural, péricardique, une hydrocèle vaginale (figures 16,17,18,19). La mesure de l'épaisseur placentaire est également un élément important de la surveillance et se doit d'être évaluée puis évaluée à chaque examen. L'échographie doit dépister les premiers signes d'appel d'insuffisance cardiaque, avant l'anasarque foeto-placentaire. De cette première évaluation dépendra le traitement du trouble du rythme d'une part, et l'intensité de la surveillance foetale d'autre part. Les premières mesures de l'épaisseur cutanée en regard du pôle céphalique, du thorax, l'estimation de l'ascite et des épanchements pleuraux doivent être clairement mesurés afin de servir de référence pour la surveillance et l'adaptation du traitement.

L'épaisseur de l'ascite est évaluée sur une coupe axiale de l'abdomen passant par la veine ombilicale, ce qui permet une bonne reproductibilité inter-opérateur. ( figure 20). L'épaisseur de l'oedème sous-cutané thoracique est mesurée sur une coupe axiale du thorax (figure 21).

Lors de la première évaluation échographique, l'objectif est de tenter de déterminer si le foetus présente un trouble du rythme susceptible d'entraîner une décompensation cardiaque. Kleinman et al ont montré, sur une courte série de 6 patients que l'origine de l'arythmie était importante. Il semblerait en effet que le risque d'anasarque foetal serait supérieur si l'arythmie prend naissance dans l'oreillette gauche. Cette étude est confirmée par l'expérimentation animale qui déclenche un anasarque foetal plus rapide en cas de stimulation de l'oreillette gauche. Pour évaluer l'origine de l'arythmie, l'examinateur peut faire deux examens TM simultanés, enregistrant à la fois les deux oreillettes (figure 22) (1). Il sera alors possible de tenter de repérer sur l'enregistrement TM, l'origine de la contraction prématurée et de dire si elle est issue de l'oreillette gauche.



Les premiers signes de décompensation cardiaque peuvent être discrets et doivent à ce titre faire l'objet d'examen systématiques et répétés.

**4-1 La dilatation des cavités cardiaques** peut intéresser en premier lieu uniquement l'oreillette droite et s'étendre à tout le coeur ultérieurement. Une mesure des cavités cardiaques doit donc être réalisée, sur une coupe quatre cavités. Si le coeur apparaît globalement dilaté, la mesure du rapport cardio-thoracique peut être effectuée sur une coupe axiale du thorax passant par le coeur. Le rapport des surfaces est normalement aux alentours de 0,50 aux 2ème et 3ème trimestres.

**4-2 L'estimation de la fonction systolique** peut être évaluée, par la mesure en mode TM, du pourcentage de raccourcissement des ventricules droit et gauche, normalement compris entre 28 et 40%, selon la formule (14) (figure 23) :

$$\%RF = (DTD - DTS) / DTD \quad \text{où :}$$

DTD = diamètre diastolique du ventricule étudié

DTS = diamètre systolique du ventricule étudié.

**4-3 La recherche et la quantification d'une fuite valvulaire** sont des éléments importants pour l'évaluation de la fonction cardiaque. Seule une fuite tricuspide holosystolique a un caractère pathologique, la fuite tricuspide intermittente étant considérée comme physiologique au 3ème trimestre de la grossesse. L'importance de la régurgitation peut être évaluée en doppler à codage couleur, sur la longueur et la surface du jet rapportées à la surface de l'OD (figure 24).

L'existence d'une fuite mitrale associée est rare, mais représente un critère de gravité en terme de décompensation cardiaque(2).

Pour Jouannic & al, la présence d'une fuite tricuspide significative au moment du diagnostic de TSV, même en l'absence de signe d'anasarque, laisse augurer d'un délai de régularisation sous traitement plus long ( en moyenne 24 jours versus 7 jours en l'absence d'IT) et d'un risque d'échec plus grand ( 50% versus 10%)(15).

**4-4 L'enregistrement des flux doppler veineux** permet de mettre en évidence l'hyperpression veineuse. D'après Gembruch, une voie de pré-excitation naissant dans l'oreillette gauche, à l'origine d'une TSV, serait responsable d'une fermeture partielle du foramen ovale et d'une diminution du shunt droit-gauche. Il en résulterait une augmentation de pression dans l'oreillette droite et donc un obstacle relatif aux retours veineux systémiques(2).

La conséquence pour l'examineur est donc la recherche de signes traduisant cette hyperpression veineuse aux différents sites d'enregistrements. En cas de tachycardie, il existe une augmentation de 75% de la pression dans la veine cave inférieure, responsable en doppler d'une augmentation du reverse flow physiologique lors de la systole auriculaire. Cette élévation de pression a pour but de tenter le maintien du débit cardiaque en augmentant la pré-charge. On observe également une pulsatilité de la veine ombilicale et une diminution de l'onde A au niveau du ductus venosus, voire un reverse flow.

Cependant, l'appréciation de la pression veineuse est difficile chez un fœtus tachycarde, car au-delà de 210-220/mn il existe un reverse flow physiologique indépendant de toute décompensation cardiaque. Par contre, la récupération d'un flux veineux normal au cours d'un trouble du rythme est la traduction d'une diminution significative des pressions veineuses(2).

L'exploration par doppler pulsé permet également l'étude des résistances placentaires, dont on sait que dépend étroitement le passage transplacentaire des médicaments ( Fermont).

## **5- Intérêt de l'imagerie dans la surveillance du trouble du rythme et dans l'appréciation de la nécessité de traiter**

L'examen échographique permet donc la caractérisation du trouble du rythme, les potentiels risques de décompensation cardiaque et les signes de gravité nécessitant la mise en route d'un traitement in utero.

La décision de traitement in utero se fera après une analyse précise et une discussion avec l'équipe cardio-pédiatrique en fonction du terme, des signes de retentissement et de la durée des épisodes de tachycardie. L'examen clinique de la mère est également un élément à prendre en considération avant l'initiation du traitement.

Il convient d'admettre que la décision de traitement intervient si le trouble du rythme est permanent ou présent sur plus de la moitié de temps d'observation ( Gembruch) .

La décision de traitement sera fonction du terme et de la présence ou non d'un anasarque. D'après Simpson, la présence d'un anasarque grève significativement le pronostic d'un trouble du rythme, puisqu'il est responsable d'un taux de mortalité de 13 à 35%, versus 0 à 4% en l'absence de décompensation cardiaque. Toujours d'après Simpson, la mortalité en cas d'anasarque passe de 9,7% en cas de régularisation in utero à 56% en cas d'échec avec extraction en urgence.

Lorsque le traitement est instauré, l'imagerie permet donc la surveillance de l'évolution foetale. Les examens échographiques seront répétés au minimum 2 fois par jour pour évaluer la régularisation du rythme, l'évolution des signes de décompensation cardiaque et le bien-être foetal.

En cas de traitement par amiodarone, molécule chargée en iode, la surveillance de la thyroïde foetale permettra de dépister un goître foetal.

Par ailleurs, l'imagerie échographique est importante dans la surveillance du cerveau foetal à la recherche de lésions ischémiques secondaires à un trouble du rythme prolongé. Dans sa série, Simpson rapporte 1,6% de séquelles neurologiques de type leucomalacie périventriculaires ou lésions hémorragiques. Ces lésions semblent n'être décrites que chez les foetus en anasarque.

En résumé, le schéma de surveillance d'un foetus présentant un trouble du rythme cardiaque peut être le suivant(20,21):

- examen échographique initial précis afin d'éliminer une pathologie cardiaque, en particulier une anomalie d'Ebstein ou des tumeurs cardiaques, très arythmogènes.
- enregistrement des flux doppler veineux et mesure des cavités cardiaques à la recherche de signes précoces de décompensation cardiaque.
- évaluation de la quantité de liquide amniotique, de l'épaisseur du placenta et des épanchements des séreuses chez les foetus en anasarque.
- surveillance du rythme cardiaque foetal 4 fois par jour sur des périodes prolongées.
- appréciation de la vitalité foetale.

### **Conclusion**

Les troubles du rythme cardiaque foetal nécessitent une analyse précise de l'examen cardiologique foetal en étroite concertation avec l'équipe de cardio-pédiatrie. Le premier examen écho-cardiographique est une référence pour le suivi ultérieur et doit à ce titre être précis et descriptif quant à l'étiologie du mécanisme en cause et à ses conséquences. C'est

l'imagerie qui va guider la conduite à tenir, la décision de traitement et les indications d'extraction précoce, le but ultime devant être la régularisation avant la naissance. Il convient de dépister très précocement les premiers signes de décompensation cardiaque afin de limiter la morbidité et la mortalité périnatales par une prise en charge thérapeutique adaptée in utero.

### **Bibliographie**

- 1- Simpson JM., Silverman NH: Diagnosis of cardiac arrhythmias during fetal life ( chap 28), in Fetal Cardiology-2003-M Dunitz Ed.
- 2- Simpson J: Fetal arrhythmias ( chap 18) in Textbook of fetal cardiology, Allan Ed.
- 3- Wheeler T, Murrills A: Patterns of fetal heart rate during normal pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1978;85:18-27.
- 4- Fouron JC, Fournier A, Proulx F, Lamarche J, Bigras JL, Boutin C, Brassard M, Gamache S: Management of fetal tachyarrhythmia based on superior vena cava/ aorta Doppler flow recordings. Heart 2003;89:1211-1216.
- 5- Lépinard C, Boussion F, Pezard : Echocardiographie foetale- Les troubles du rythme. CD Rom d'enseignement- version 2- 2004.
- 6- Fermont L: Recherche, identification, pronostic et traitement des troubles du rythme et de la conduction chez le fœtus.  
Dans Kachaner J, Batisse A: Troubles du rythme cardiaque chez l'enfant, p 37-54. Progrès en pédiatrie 3: édit Doin- 1987.
- 7- Ko JK, Deal BJ, Strasburger JF, Benson DW, Donovan M: Supraventricular tachycardia mechanisms and their age distribution in pediatric patients. Am J Cardiol 1992;69:1028-1032.
- 8- Weindling SN, Saul JP, Walsh EP: Efficiency and risks of medical therapy for supraventricular tachycardia in neonates and infants, Am Heart J 1996;131:66-72.
- 9- James TN: Cardiac conduction system: fetal and postnatal development. Am j Cardiol 1970;25/213-226.
- 10- Gembruch U: Fetal tachyarrhythmia ( chap 30), in Fetal Cardiology-2003-M Dunitz Ed.
- 11- Krapp M, Kohl T, Simpson JM, Sharland GK, Katalinic A, Gembruch U: Review of diagnosis, treatment and outcome of fetal atrial flutter compared with supraventricular tachycardia. Heart 2003 aug; 89(8):913-7.
- 12- Van Lierde M, Beliard A: Physiopathologie des troubles du rythme cardiaque foetal  
<http://www.gyneweb.fr>
- 13- Gembruch U: Cardiac diseases in association with hydrops fetalis (chap 31), in Fetal Cardiology-2003-M Dunitz Ed.
- 14- Allan L, Anderson R, Sullivan I, Campbell S, Holt D, Tynan M: Evaluation of fetal arrhythmias by echocardiography. Br Heart J 1983;50:240-245.
- 15- Jouannic JM, Delahaye S, Fermont L, Le Bidois J, Villain E, Dumez Y et al: Fetal supraventricular tachycardia: a role for amiodarone as second-line therapy? Prenat Diagn 2003;23:152-156.
- 16- Reed KL, Sahn DJ, Marx GR, Anderson CF, Shenker L: Cardiac Doppler flows during fetal arrhythmias: physiological consequences. Obstet Gynecol 1987;70:1-6.
- 17- Simpson JM, Yates RW, Sharland GK: Irregular heart rate in the fetus- not always benign. Cardiol Young 1996;6:28-31.
- 18- Simpson J, Sharland GK: Fetal tachycardias: management and outcome of 127 consecutive cases. Heart 1998;79:576-581 ( June).
- 19- Janette F, Strasburger: Prenatal Diagnosis of fetal Arrhythmias: Prenatal Diagnosis of fetal Arrhythmias. Clin Perinatol 2005;32:891-912.
- 20- Janette F, Strasburger: Prenatal Diagnosis of fetal Arrhythmias: Prenatal Diagnosis of fetal Arrhythmias. Clin Perinatol 2005;32:891-912.
- 21- Kleimman C, Donnerstein R, Jaffe C et al: Fetal echocardiography. A tool for evaluation of in utero cardiac arrhythmias and monitoring of in utero therapy: analysis of 71 patients. Am J Cardiol 1983;51:237-243.

# RỐI LOẠN NHỊP TIM THAI

**F.Boussion, Ph.Pezard, L.Sentilhes, Ph.Gillard, F.Biquard, Ph.Descamps.**

*Centre Hospitalier régional et universitaire d'Angers*

*Service de gynécologie-obstétrique*

## **Mở đầu**

Các rối loạn nhịp tim thai biểu hiện 1 bệnh lý hiếm gặp, vì thế chẩn đoán thường là tình cờ trong quá trình ghi lại có hệ thống, phải chính xác nhất có thể được. Thực vậy, khi có một kiến thức tốt về sinh lý bệnh và phân tích hết mọi mặt rối loạn nhịp phải cho phép chăm sóc tối ưu trong tử cung bệnh lý, mục tiêu đầu tiên là có được sự điều chỉnh trước khi sanh.

Các rối loạn nhịp tim tạo thành theo nghĩa này, một trong các bệnh lý hiếm gặp của bào thai, mà việc chữa trị cho phép sự khỏi bệnh trước sanh.

Mục đích là ở đây làm chẩn đoán các cơ chế khác nhau kéo theo trong các rối loạn nhịp, bằng các phương tiện mà chúng ta có được trước sanh.

## **Tình huống phát hiện**

Sự gợi ý một rối loạn nhịp có thể nghĩ đến trong bốn tình huống trước khi được phát hiện :

- Một nhịp tim không đều
- Một nhịp tim bất thường chậm
- Một nhịp tim bất thường nhanh
- Các dấu hiệu phù thai không có bệnh lý nhiễm trùng hoặc bệnh tự miễn.

## **1 – Sinh lý học**

Nhịp tim thai (RCF) bình thường được điều khiển bởi nút xoang, là nguồn gốc của một loạt liên tiếp có tổ chức của sự co thắt nhĩ rồi đến co thắt tâm thất. Dưới ảnh hưởng của hệ thần kinh tự chủ, nhịp thường dao động và không đều. Các giai đoạn chậm nhịp tim có ý nghĩa có thể được ghi nhận và các tần số cũng thấp khoảng 50 đến 70 nhịp một phút có thể được xem như sinh lý nếu các cơn ngắn, riêng biệt và ảnh hưởng bởi tư thế của bà mẹ.

Nó cũng có cơn tăng nhịp tim mà không có ý nghĩa bệnh lý khi chúng ngắn, thoáng qua và dưới 200 nhịp một phút.

Tần số tim được xem như là bệnh lý khi nó dưới 100 lần/phút hoặc lớn hơn 200 lần/phút kéo dài<sup>[1]</sup>.

## **2- Phương pháp lượng giá nhịp tim thai**

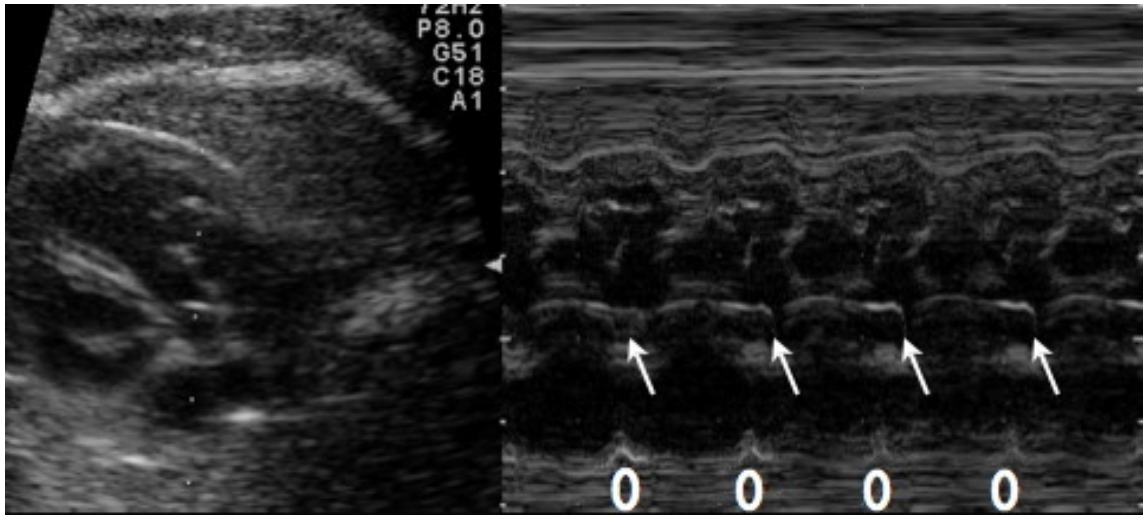
Khám nghiệm tham khảo để khảo sát nhịp tim thai là siêu âm tim. Bước đầu tiên của khám nghiệm bao gồm đương nhiên là lượng giá hình thái học của tim, nhằm loại trừ bệnh lý tim sinh loạn nhịp, hiện diện trong 1 đến 5% các trường hợp. Trong số các bất thường thường gặp nhất, phải kể đến bệnh Ebstein (bất thường van 3 lá), các u tim, kênh nhĩ thất, thiếu sản thất trái<sup>[2]</sup>

Nghiên cứu nhịp tim thai dựa vào việc sử dụng siêu âm tim mode TM và Doppler.

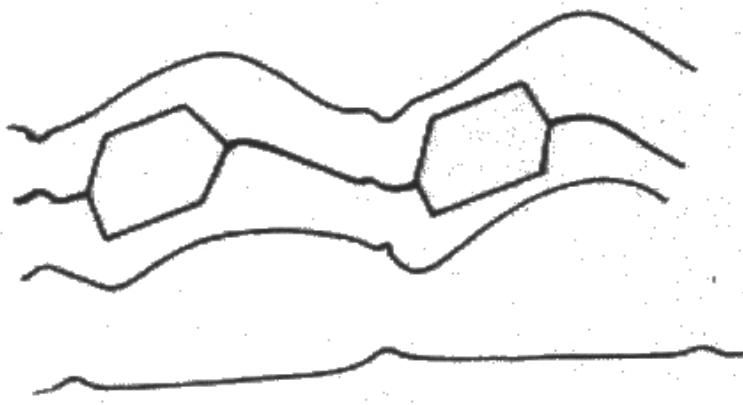
## 2-1 Siêu âm tim bằng mode TM

Cặp đôi và được hướng dẫn bởi hình ảnh hai chiều, mode TM lượng giá nhịp tim. Đường cắt được đặt dựa trên thành trước của tâm thất phải, van ĐM chủ và thành sau của nhĩ trái [2]. Mặt cắt tham khảo này cho phép đánh giá thể hiện của sự dẫn truyền nhĩ thất, cử động của thất phải, sự mở ra của van ĐM chủ và sự co thắt của nhĩ trái (hình 1,2).

Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng có thể làm được vì lý do tư thế của bào thai để có được lát cắt này và giải pháp thay thế dựa vào đường cắt trên nhĩ phải và thành sau của thất trái.



*Hình 1:* siêu âm ở mode TM. Ở trên, sơ đồ một lát cắt qua tâm thất với cử động co thắt tâm thu của các thành tâm thất và các cử động mở (tâm trương) và đóng (tâm thu) các van 2 lá. Ở bên dưới, sơ đồ một lát cắt qua động mạch chủ và nhĩ trái. Ta phân biệt các cử động dịch chuyển của thành của tâm nhĩ là nhân chứng cho kỳ tâm thu nhĩ và trong động mạch chủ, các cử động mở các lá van động mạch chủ là kết quả của kỳ tâm thu tâm thất.

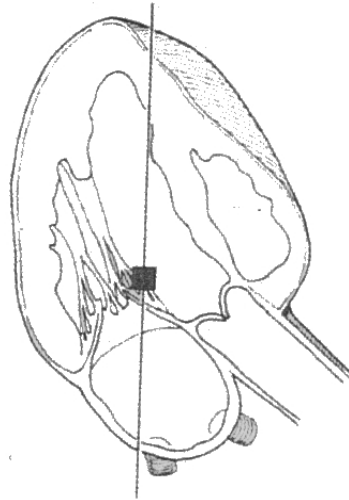


*Hình 2:* siêu âm ở mode TM. Dạng quan sát thấy theo một đường cắt qua các lá van ĐM chủ (cử động mở đánh dấu bởi mũi tên) và nhĩ trái (O: cử động co thắt nhĩ).

## 2-2 Siêu âm Doppler

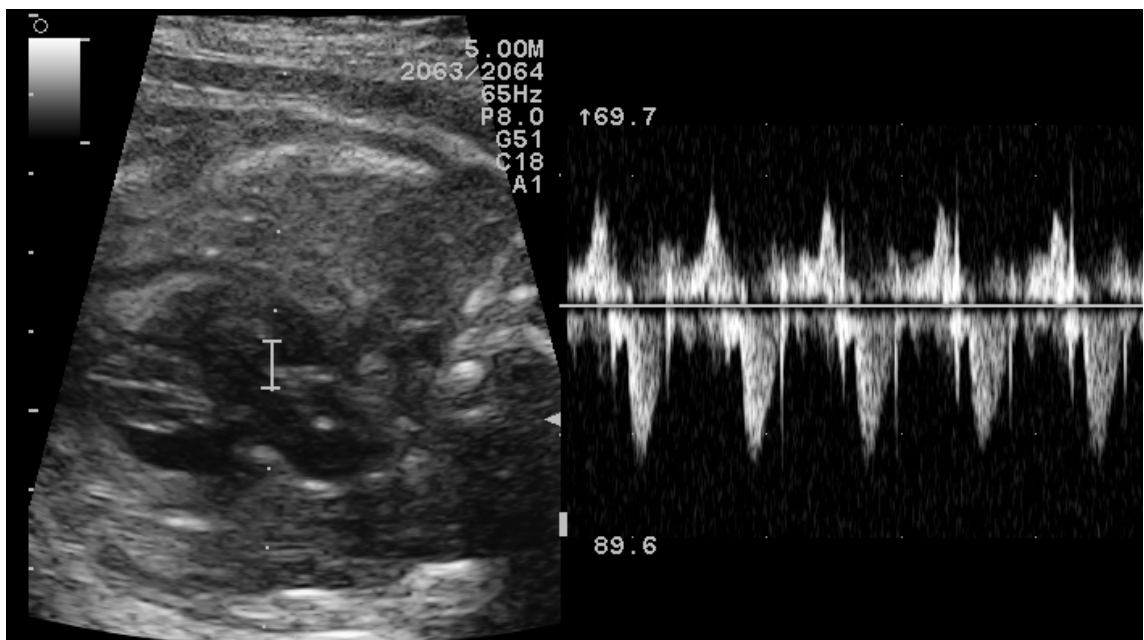
Nếu siêu âm tim mode TM thực sự là xét nghiệm ưa thích để lượng giá sự thể hiện cơ học của dẫn truyền nhĩ thất, siêu âm tim có thể biểu lộ sự thực hiện khó khăn hoặc không đủ trong điều kiện kỹ thuật không tốt hoặc khi sự co thắt cơ tim ở mức trung bình.

Khi đó chúng ta có thể nhờ sự cứu vãn của siêu âm Doppler xung. Cửa sổ khảo sát khi đó sẽ được đặt trong vùng liên tục hai lá – ĐM chủ, ở bên dưới các van ĐM chủ, song song với buồng thất trái và ở lỗ hai lá (hình 3) [2]

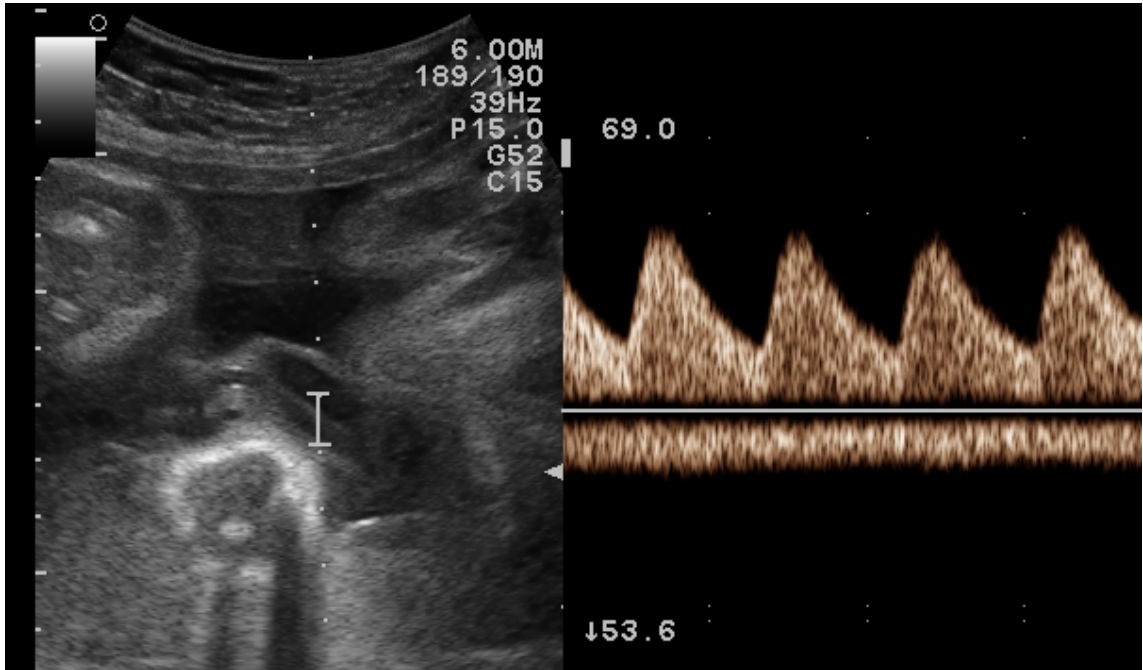


**Hình 3** : Dòng chảy Doppler van 2 lá – ĐM chủ. Sơ đồ chỉ ra vị trí của cửa sổ khảo sát Doppler hình móng ngựa ở buồng thoát của thất trái và qua lá van 2 lá, cho phép ghi nhận dòng chảy đổ đầy liên tục qua van 2 lá (tâm trung) và dòng phụt vào động mạch chủ (kỳ tâm thu).

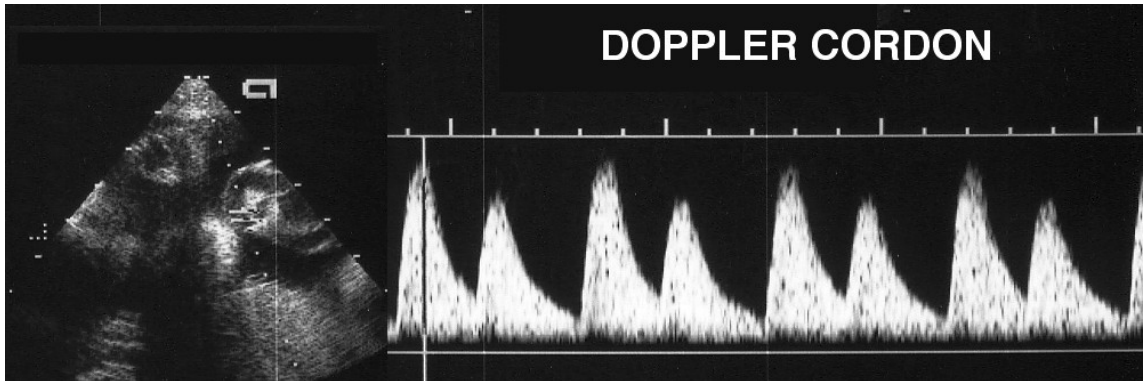
Thế tích khảo sát sẽ được điều chỉnh thích hợp nhất để ghi nhận vừa ĐM chủ và lá van 2 lá. Xét nghiệm cho biết trong trường hợp này, không trên các co thắt vách của cơ tim nữa, nhưng mà trên dòng máu thứ phát từ các co thắt này. (hình 4)



**Hình 4:** Dòng Doppler van 2 lá – ĐM chủ, hình dạng quan sát thấy với cửa sổ khảo sát Doppler bố trí như được chỉ ra ở hình 3: dòng động mạch tâm thu thể hiện là dòng âm và dòng đổ đầy qua van 2 lá là dòng dương.



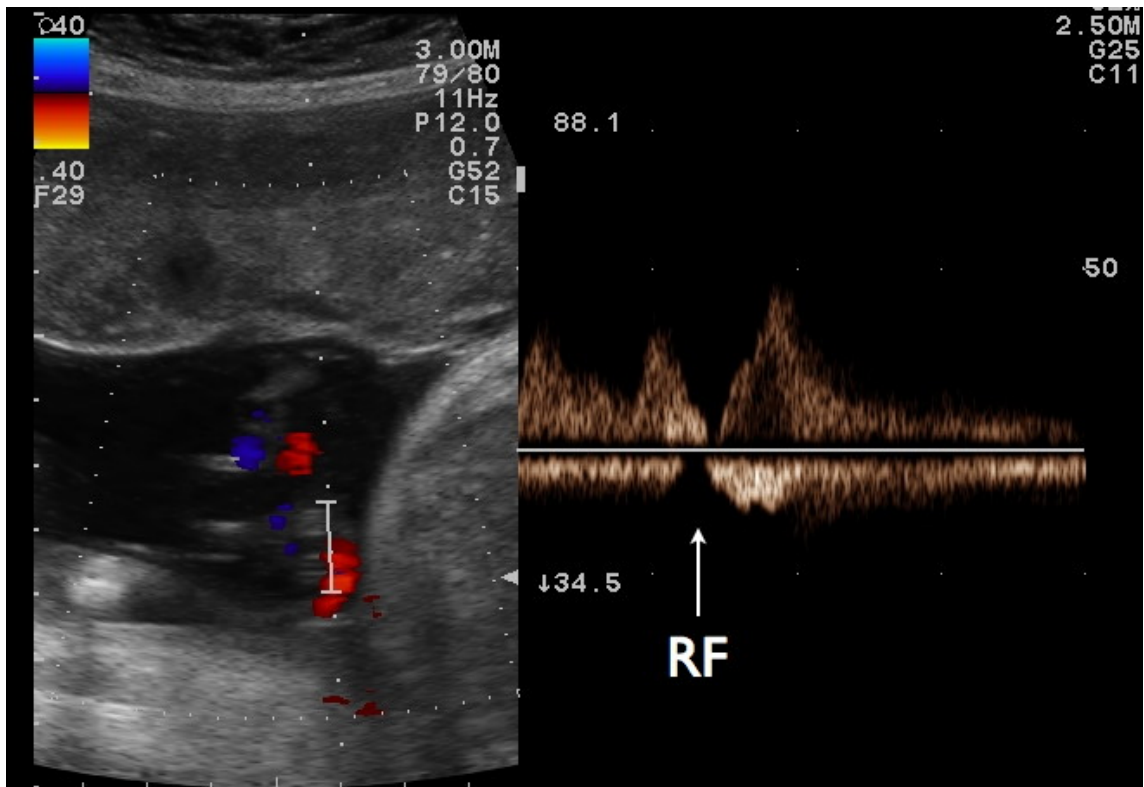
**Hình 5:** Dòng Doppler bình thường ở vị trí dây rốn. Cửa sổ khảo sát Doppler được phóng to để ghi nhận đồng thời dòng động mạch (đập) và dòng chảy TM (chiều ngược lại, liên tục và vận tốc thấp).



**Hình 6:** dòng chảy Doppler Đm rốn. Sự luân phiên các sóng biên độ giảm chứng giám cho một ngoại tâm thu và sóng biên độ lớn hơn chứng giám cho một co thất hậu ngoại tâm thu. Sự khác biệt của biên độ gắn liền với sự khác biệt của đồ đầy thất, lớn hơn sau kì tâm trương dài (sự tăng tiềm lực hậu ngoại tâm thu). Sự lặp lại của hiện tượng thể hiện chứng nhịp đôi (xuất hiện đều đặn một ngoại tâm thu mỗi 2 chu kì).

Một đáp ứng thay thế khác trên nghiên cứu Doppler các mạch máu cuống rốn, khảo sát vừa TM và ĐM (hình 5) và cho phép xác định các ngoại tâm thu nhĩ (hình 6). Ghi nhận đồng thời động mạch và tĩnh mạch cho phép xác định một ngoại tâm thu nhĩ cụ thể bởi một dòng chảy ngược, thể hiện sự co thất nhĩ sớm trên các van nhĩ – thất đóng (hình 7).



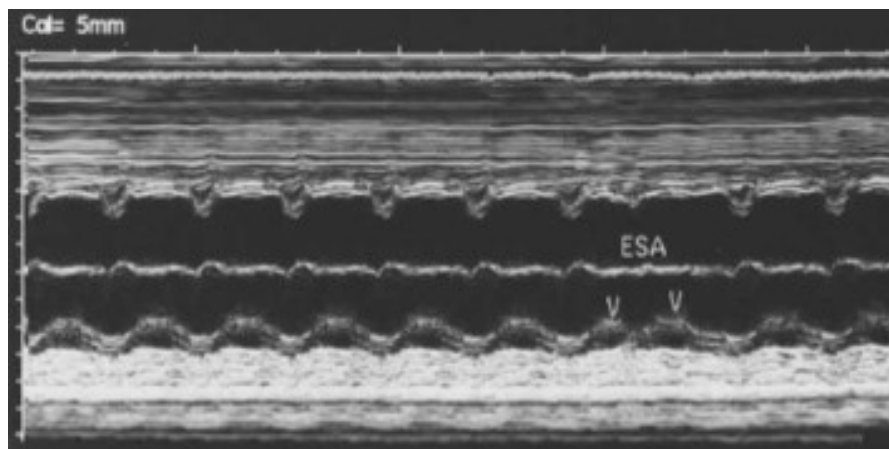


**Hình 7:** Dòng Doppler tĩnh mạch rốn. Đảo ngược dòng chảy (RF: dòng chảy ngược) chứng giám cho sự xuất hiện một ngoại tâm thu nhĩ. Sự co thắt sớm các tâm nhĩ xảy ra trong khi các van nhĩ thất đóng và là nguyên nhân của sự gia tăng đột ngột áp lực và đảo ngược dòng ở vị trí TM chủ dưới, truyền đến TM rốn.

### 3- Các rối loạn nhịp tim thai

#### 3-1- Nhịp tim không đều

Nhịp tim thai không đều thường nhất do có các co thắt nhĩ sớm, nhưng đôi khi cũng do các co thắt của thất (hình 9). Các ngoại tâm thu này thường sau 28 tuần thai, nhưng có thể xuất hiện ở bất cứ độ tuổi nào. Chúng hiện diện ở 1,7% các thai nhi giữa 36 và 41 tuần và không đòi hỏi một cách khắt khe việc trị liệu chống loạn nhịp, nhưng cần sự theo dõi bởi vì chúng có thể là nhân chứng cho sự hiện diện của một đường dẫn truyền phụ bệnh lý giữa nhĩ và thất. Nguy cơ chuyển sang con nhịp nhanh là dưới 5%<sup>[5]</sup>. Nguy cơ này dường như cao hơn khi phối hợp với đa ngoại tâm thu nhĩ và một nhịp thất chậm hơn<sup>[3]</sup>.

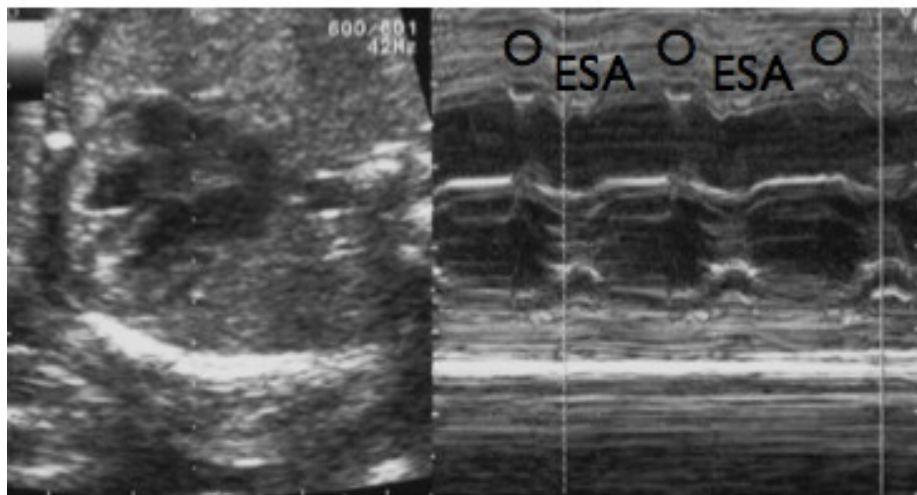




*Hình 8* : Ngoại tâm thu nhĩ dẫn. Ở bên trái của hình, ta quan sát thấy một hoạt động nhĩ đều (ở trên) theo sau một hoạt động thất tương tự nhưng dịch chuyển theo thời gian (ở dưới). Ở bên phải, xuất hiện 1 co thất nhĩ sớm (ESA) theo sau cũng là một co thất tâm thất sớm (V): ngoại tâm thu nhĩ dẫn, theo sau là một khoảng dừng (ngủ bù trừ) trước khi bắt đầu lại nhịp bình thường.

Khi sự co thất sớm theo sau một co thất tâm thất, đó là ngoại tâm thu kéo theo (hình 8). Ngược lại, nếu sự co thất sớm xuất hiện rất sớm trong kì tâm trương, nó không thể kéo theo bởi vì nó rơi vào giai đoạn trơ của cơ tim tâm thất<sup>[6]</sup>. Nó là kết quả của cảm giác ‘ngủ’, có thể giả vờ ở cực đỉnh, trong trường hợp ngoại tâm thu rất thường xuyên, một chậm nhịp tim giả (hình 9). Chẩn đoán phân biệt khi đó sẽ là gián đoạn (bloc) nhĩ thất, nhưng trường hợp mất sự phân ly giữa các co thất nhĩ và thất cho phép loại trừ bloc nhĩ- thất.

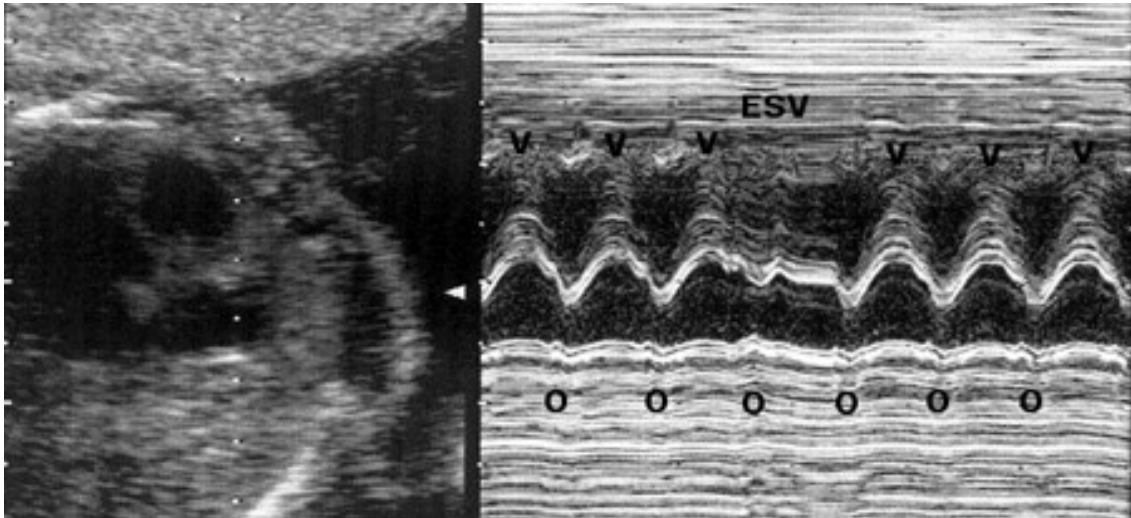
Trong đa số các trường hợp, ta quan sát thấy sự mất đi tự ý của các ngoại tâm thu nhĩ hay ngoại tâm thu thất trước sanh hoặc sau sanh rất sớm, khi chúng còn ít hiện diện. Sự theo dõi thay đổi tùy vào các trung tâm. Trong thực tế, nếu các ngoại tâm thu còn ít (ít hơn 1 trong 10 chu kì)<sup>[2]</sup>, không cần thiết phải theo dõi đặc biệt. Ngược lại, nếu chúng hiện diện thường xuyên, việc theo dõi 4 đến 6 tuần giúp chúng minh sự tìm kiếm một cơn nhịp nhanh hiện diện. Nếu sự mất đi tự ý xuất hiện trước sanh, không cần phải điều tra sau sanh; ngược lại, nếu các ngoại tâm thu vẫn còn hiện diện đến lúc sanh, phải làm một tổng kê tim mạch nhi với điện tâm đồ nhằm loại trừ một kích thích trước<sup>[2]</sup>.



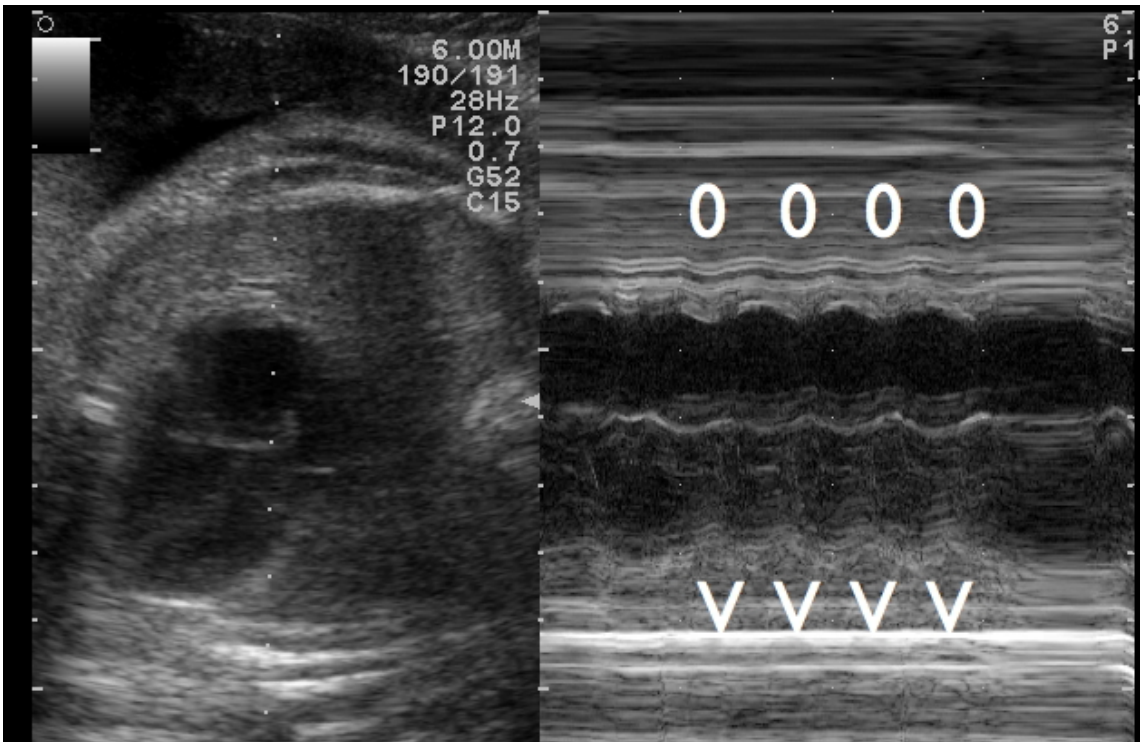
*Hình 9*: Ngoại tâm thu nhĩ gián đoạn với giả nhịp tim chậm. Ở vùng tâm nhĩ tiếp theo một hoạt động bình thường (O) và một sự kích hoạt sớm (ESA) không dẫn truyền xuống thất (ESA gián đoạn với nhịp đôi). Kết quả là tần số thất bằng một nửa tần số thật sự của các nhĩ và có thể tạo nên nhịp tim chậm.

### **3-2 Nhịp tim quá nhanh.**

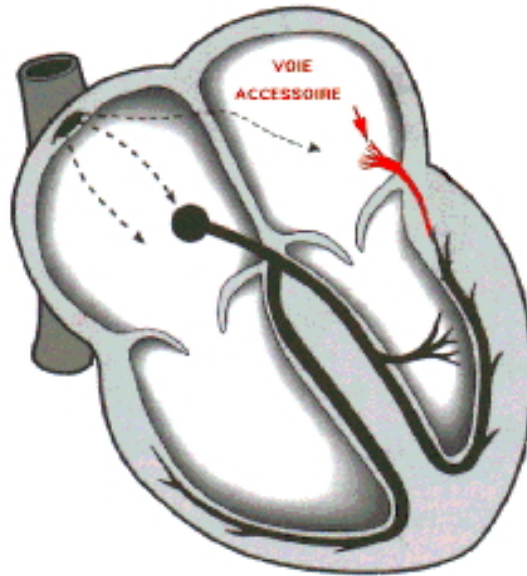
Nhịp tim thai nhanh thường gặp nhất là nhịp tim nhanh trên thất bộ nổi, xuất hiện trong 66 đến 90% các cơn nhịp nhanh (4 đến 6 ca trên 1000 thai). Nó được thể hiện bởi một tần số tim trong khoảng 240 nhịp một phút, với sự dẫn truyền 1 cho 1 giữa nhĩ và thất (Hình 11). Con khởi phát thỉnh linh, thường nhất sau một co thất nhĩ. Các nghiên cứu sau sanh chỉ ra rằng cơ chế chủ yếu là hiện tượng vào lại với một đường dẫn truyền phụ trong 80 đến 90% các trường hợp (hình 12)<sup>[7,8]</sup>. Trường hợp không có đường dẫn truyền phụ, thủ phạm đó là sự vào lại nhỏ trong nút nhĩ thất.



*Hình 10:* Ngoại tâm thu thất : các co thất nhĩ vẫn đều trong khi có một co thất thất sớm (ESV không dẫn truyền nhĩ). O: co thất nhĩ. V: co thất thất. ESV: co thất thất sớm.



*Hình 11:* nhịp tim thai nhanh. Mode TM. Trên mặt cắt này băng qua nhĩ phải và thất trái. Ta quan sát thấy một loạt nhịp tim nhanh với tần số tương tự ở vùng nhĩ và thất. Trước tiên, đó là một nhịp nhanh trên thất bởi vào lại (thường gặp nhất) hoặc một nhịp nhanh nhĩ từ một ổ lạc chỗ (hiếm hơn).

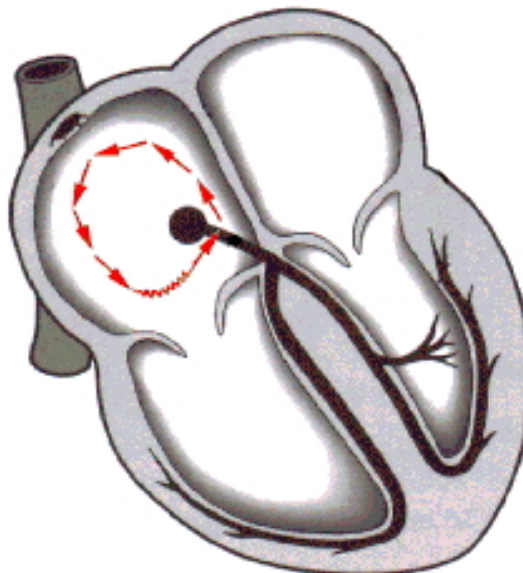


*Hình 12:* sơ đồ cơ chế nhịp tim nhanh trên thất bởi vào lại gắn với sự hiện diện của một đường kích thích trước (đường phụ). Thường nhất, dòng chảy qua nhĩ đến thất bởi các đường dẫn truyền bình thường và quay trở lại nhĩ bằng đường phụ, tạo nên một vòng vào lại lớn.

Tần xuất biến mất chủ ý của các cơn nhịp nhanh bởi hiện tượng vào lại cao gợi ý đến sự chưa trưởng thành của cơ tim và đặc biệt là sự chậm phát triển của các bó sợi (annulus fibrosus) ít nhiều phối hợp với sự tồn tại của đường dẫn truyền phụ bệnh lý<sup>[9]</sup>.

Sau sanh, hội chứng Wolf Parkinson White được khẳng định trong 10% các trường hợp<sup>[10]</sup>.

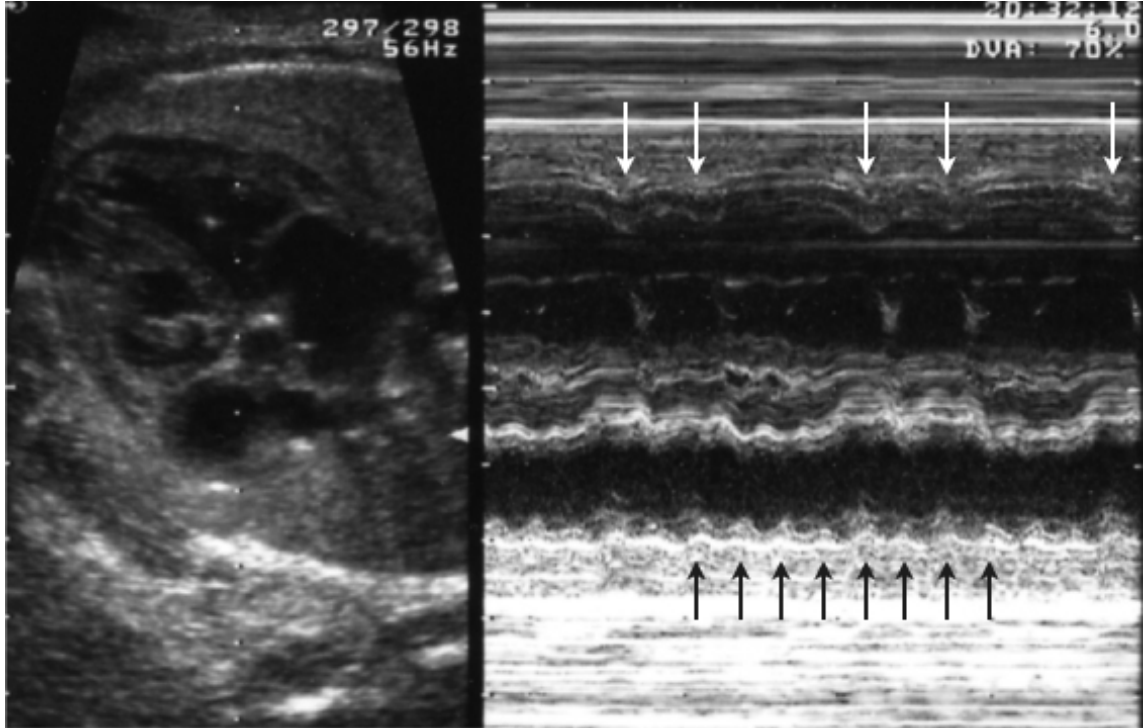
**Rung nhĩ** là thứ phát gây ra cơn nhịp nhanh trên thất, tạo ra bởi tâm nhĩ chính chúng biểu hiện một hoạt động co thất vòng ứng với một hiện tượng vào lại lớn và là tác nhân của một cơn thất cường độ yếu (hình 13).



Hình 13 : sơ đồ cơ chế nhịp nhanh trên thất bởi rung nhĩ.

Dường như, theo các nghiên cứu, chỉ quan sát được ở tam cá nguyệt thứ 3 của thai kì. Đó là một cơn nhịp nhanh với tần số nhĩ rất nhanh trong khoảng 300 đến 450 nhịp một phút (11). Tần số thất thường chậm hơn, giữa 125 và 350 nhịp một phút, thay đổi do vài độ bloc nào đó ở nút nhĩ thất bảo vệ tâm thất. Kết quả là có dẫn truyền nhĩ thất thay đổi 2/1, 3/1, 4/1 tùy vào độ gián đoạn (bloc).

Trên siêu âm, mode TM phát hiện một tần số nhĩ rất nhanh, đều, đối nghịch với tần số thất chậm hơn, đôi khi không đều, trái ngược với nhịp nhanh trên thất bởi hiện tượng vào lại (hình 14). Rung nhĩ gây ra suy tim trong 38,6% các trường hợp và nó dường như không có mối liên quan xác thực giữa sự xuất hiện hay không sự bù trừ và tần số nhĩ.



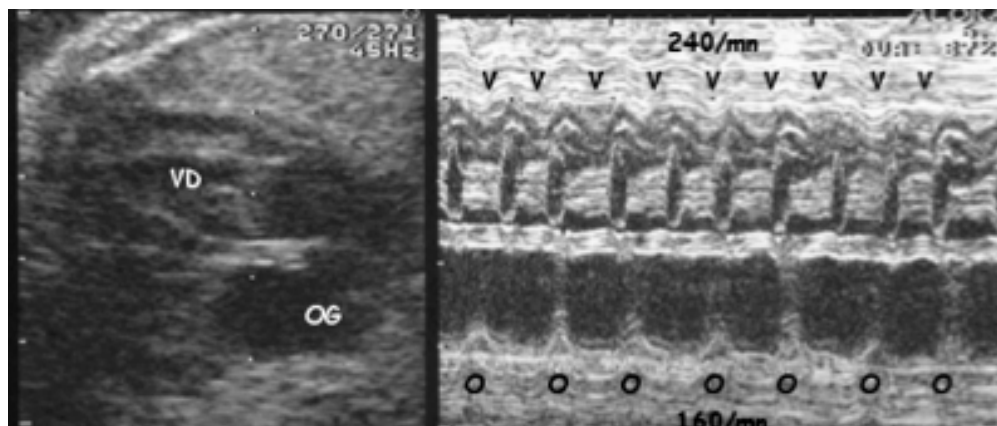
Hình 14 : Mode TM. Rung nhĩ. Sự phân ly giữa một hoạt động nhĩ rất nhanh và đều đặn (mũi tên đen ở dưới) và một hoạt động thất chậm hơn và không đều (mũi tên trắng ở trên). Trong quan sát này, việc chữa trị thuốc làm chậm tần số thất bởi sự tăng gián đoạn (bloc) nhĩ thất nhưng không làm giảm rối loạn nhịp nhĩ.

**Rung nhĩ** là nhịp tim nhanh hiếm khi nghĩ tới trước một phối hợp nhịp nhanh không đều ở thất và không có hoạt động co thất ở nhĩ. Thực tế của rung thất ở phôi thai còn có nhiều bản cãi của vài tác giả do nó cực kì hiếm gặp.

Rối loạn nhịp này là do một hoạt động điện hỗn loạn ở tâm nhĩ với nhiều ổ khử cực hoạt động thường xuyên.

Hoạt động tâm nhĩ có thể được ghi nhận trong khoảng 400 đến 600 nhịp một phút và sự dẫn truyền đến thất được lọc bởi nút nhĩ thất. Hoạt động tâm thất thì không đều với tần số cao trên 300 nhịp một phút. (11)

**Nhịp nhanh thất** là hiện tượng hiếm gặp trong khi phôi thai. Nó được đặc trưng bởi một tần số tâm thất cao hơn tần số tâm nhĩ (hình 15). Nhưng, nếu sự dẫn truyền ngược dòng từ thất đến nhĩ là 1/1, trong trường hợp này không thể chẩn đoán phân biệt với một cơn nhịp nhanh trên thất. (2,12)



*Figure 15* : Mode TM. Nhịp nhanh thất. Sự phân ly giữa một hoạt động thất nhanh ở 240 nhịp/phút và một hoạt động nhĩ đều đặn và chậm hơn ở 160 nhịp/phút.

#### 4- Các dấu hiệu mất bù trừ tim.

Mất bù trừ tim có thể là nguyên nhân của hiện tượng phù thai với đa ối (13). Lý do nhập viện khi đó có thể là tăng cân nhanh hoặc tăng quá nhanh thể tích bụng. Ngoài bệnh cảnh nhiễm trùng hoặc thiếu máu thai, siêu âm thực hiện khẩn khi đó nhằm tìm các dấu hiệu mất bù trừ tim, có thể xếp thành 3 giai đoạn :

. Giai đoạn 1 :

- Giảm các cử động chủ động của thai.
- Giãn các buồng tim phải (nhĩ trái rồi thất trái)

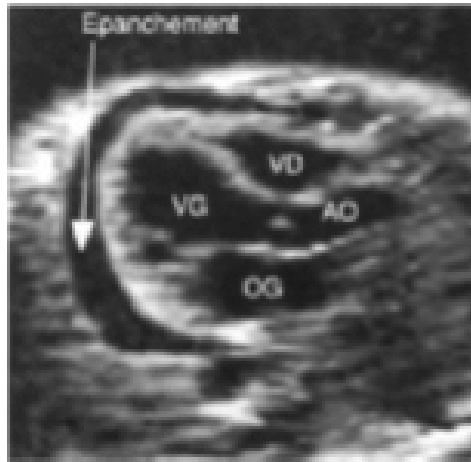
. Giai đoạn 2 :

- Suy van 3 lá toàn tâm thu (với vận tốc > 3 m/giây)
- Tăng đập TM rôn, dẫn tới 1 dòng chảy ngược trong TM chủ dưới thông qua kênh Arantius và biểu hiện áp lực TM cao.

. Giai đoạn 3 : hiện diện tràn dịch các thanh mạc và phù dưới da kết hợp với các dấu hiệu giai đoạn 1 và 2. Khi đó ta có thể quan sát thấy báng bụng, tràn dịch màng phổi, màng tim, tràn dịch tinh mạc (hình 16,17,18, 19). Đo đặc độ dày của bánh nhau cũng là một yếu tố quan trọng trong việc theo dõi và phải được lượng giá và lượng giá lại ở mỗi lần khám. Siêu âm phải tầm soát các dấu hiệu đầu tiên gợi ý suy tim, trước một trường hợp phù thai-nhau thai. Một mặt việc chữa trị rối loạn nhịp và mặt khác cường độ theo dõi phôi thai thì tùy thuộc vào sự lượng giá đầu tiên này. Các đo đặc độ dày da đầu tiên so với cực đầu, so với lồng ngực, lượng giá báng bụng và các tràn dịch màng phổi phải được đo đặc rõ ràng nhằm phục vụ cho tham khảo để theo dõi và đáp ứng điều trị.

Độ dày của báng bụng được lượng giá dựa trên mặt cắt ngang (axial) bụng phần băng qua TM rôn, cho phép các bác sĩ siêu âm thực hiện lại tốt (hình 20). Độ dày của phù dưới da ngực được đo đặc dựa trên mặt cắt ngang (axial) lồng ngực (hình 21).

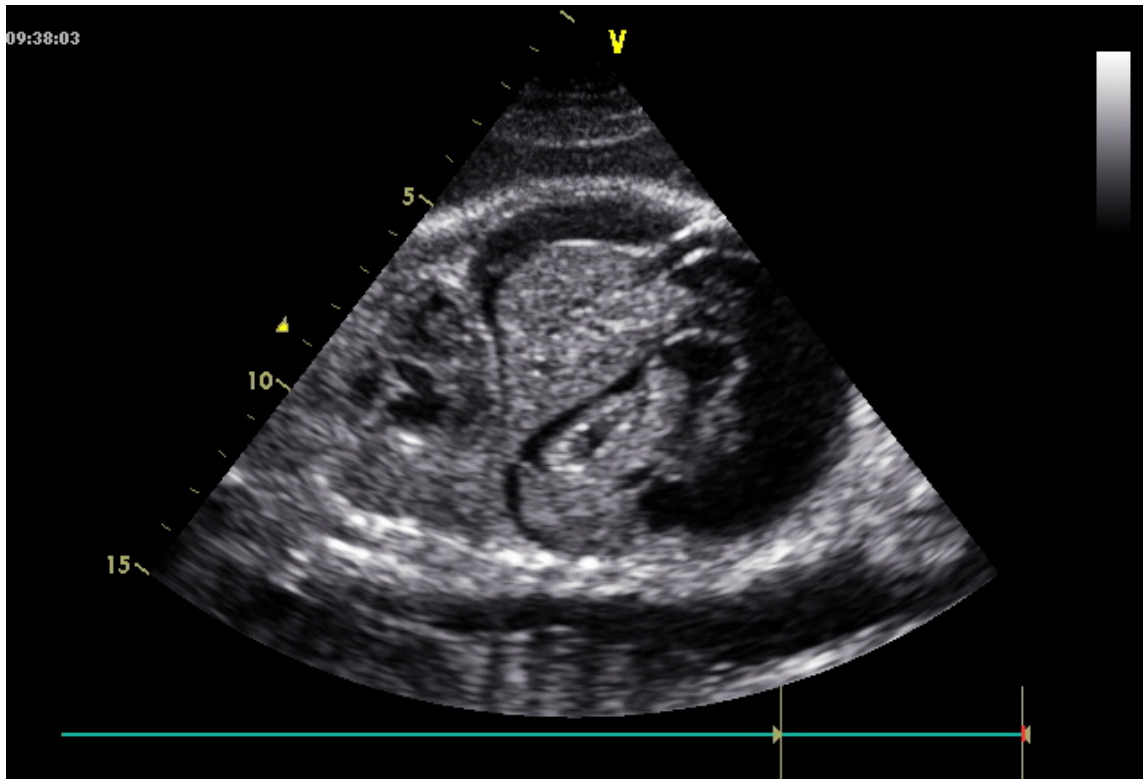




*Hình 16:* Nghiên cứu ảnh hưởng. Tràn dịch màng ngoài tim mức độ vừa.



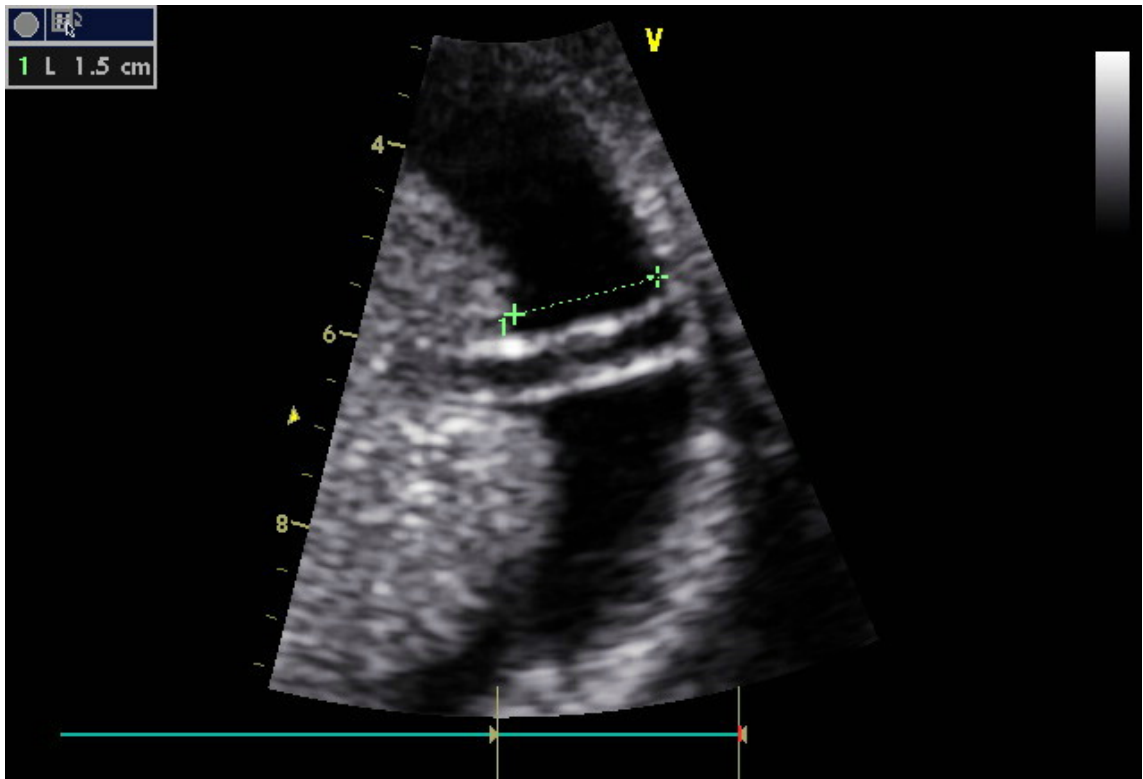
*Hình 17:* Nghiên cứu ảnh hưởng. Tràn dịch màng phổi (và bàng bụng)



*Hình 18* : Nghiên cứu ảnh hưởng. Tràn dịch màng bụng lượng nhiều.



*Hình 19* : Nghiên cứu ảnh hưởng. Phù dưới da trước trán.



*Hình 20* : Nghiên cứu ảnh hưởng. Đo mức độ bóng bụng.



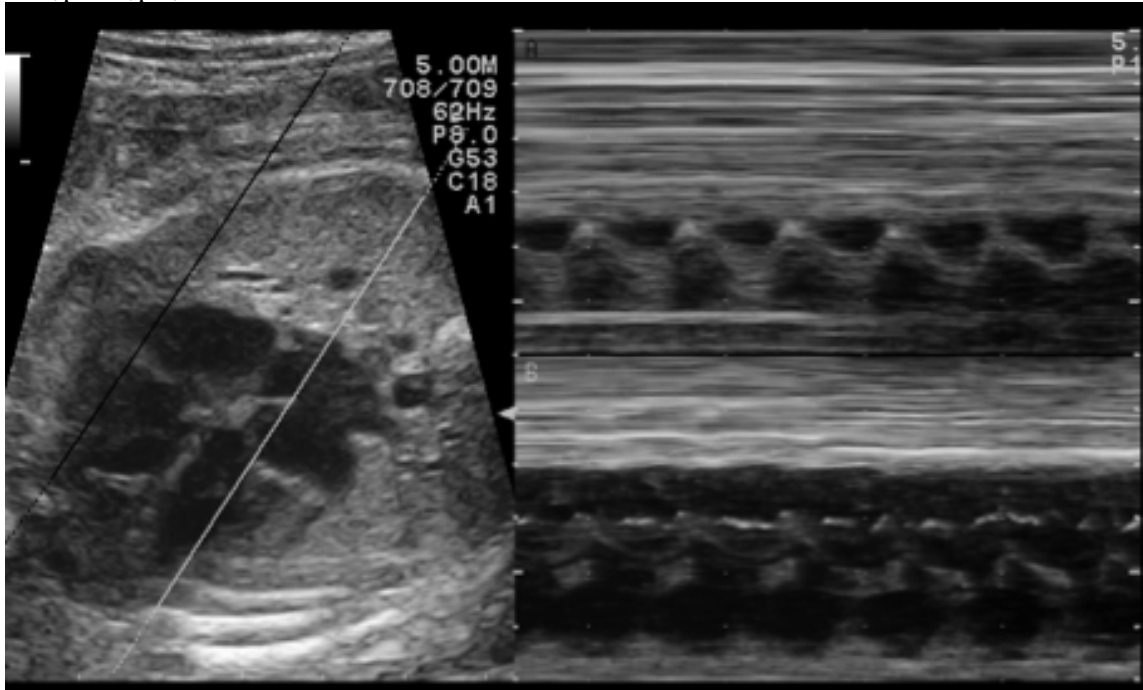
*Hình 21* : Nghiên cứu ảnh hưởng. Đo phù dưới da.

Khi lượng giá siêu âm lần đầu tiên, mục tiêu là cố gắng xác định xem thai có biểu hiện một rối loạn nhịp nghi ngờ kéo theo sự mất bù trừ tim hay không. Kleinman và cộng sự đã chỉ ra rằng, trên một khảo sát ngắn ở 6 bệnh nhân có nguồn gốc loạn nhịp là quan trọng. Dường như nguy cơ phù thai nhiều hơn nếu loạn nhịp sinh ra từ nhĩ trái. Nghiên cứu này được khẳng định bởi thực nghiệm động vật gây ra phù thai nhanh hơn trong trường hợp kích thích nhĩ trái. Để lượng giá nguồn gốc loạn nhịp, người khám nghiệm có thể làm 2 xét nghiệm mode TM đồng thời, ghi nhận cùng lúc hai tâm nhĩ (hình 22) (1). Khi đó có thể cố



gắng nhận ra trên ghi nhận mode TM, nguồn gốc của co thắt sớm và nói nó có xuất phát từ nhĩ trái hay không.

Các dấu hiệu đầu tiên của mất bù tim có thể không thấy được và phải khảo sát thật kỹ và lặp đi lặp lại.



*Hình 22*: Mode TM nhiều. Sử dụng hai đường cắt TM đồng thời cho phép phân tích đồng bộ các cử động cơ thất của bốn buồng.

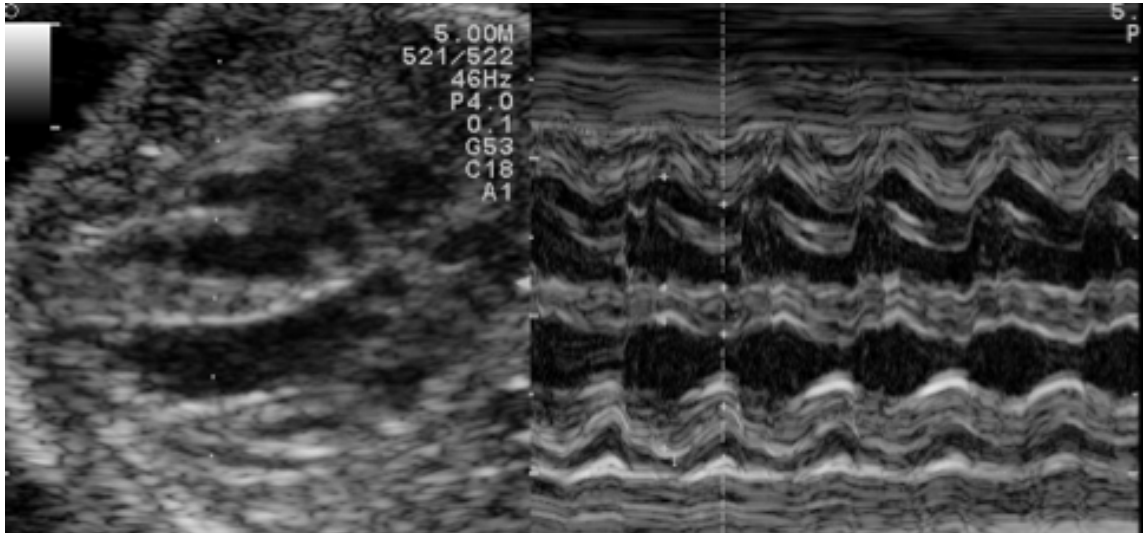
**4-1 Dẫn buồng tim** có thể có liên quan đến nơi đầu tiên chỉ là nhĩ phải và về sau lan rộng khắp tim. Việc đo đạc các buồng tim vì thế phải được thực hiện, trên lát cắt 4 buồng. Nếu tim nhìn chung có vẻ dẫn, việc đo đạc chỉ số tim lồng ngực có thể được thực hiện trên lát cắt ngang ngực băng qua tim. Chỉ số bề mặt bình thường xoay quanh 0,5 vào tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3.

**4-2 Lượng giá chức năng tâm thu** có thể được ước lượng, bởi đo đạc bằng mode TM, phần trăm sự co bóp các buồng thất phải và trái, bình thường trong khoảng 28 đến 40%, tùy theo công thức (14) (hình 23):

$$\%RF = (DTD - DTS) / DTD \quad \text{Với:}$$

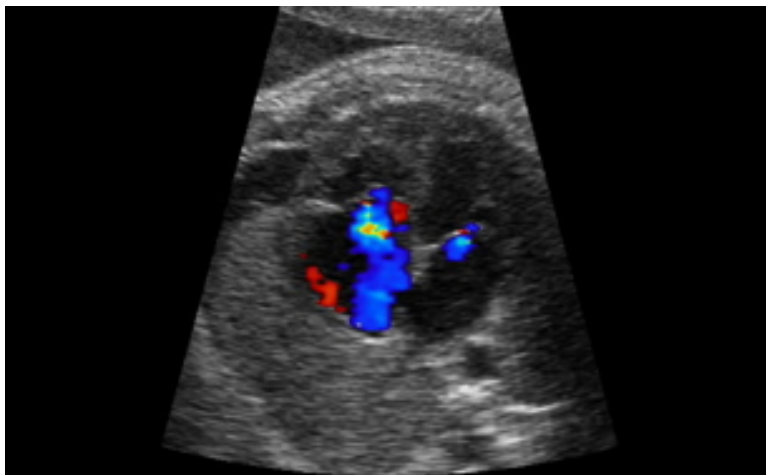
DTD = đường kính tâm trương của tâm thất khảo sát

DTS = đường kính tâm thu của tâm thất khảo sát.



*Hình 23* : Nghiên cứu ảnh hưởng. Đo đặc phần trăm co thắt của tâm thất trái bằng mode TM (xem bài viết).

**4-3 Tìm kiếm và định lượng hở van** là các yếu tố quan trọng để lượng giá chức năng tim. Chỉ có hở van ba lá toàn tâm thu có tính chất bệnh lý, hở van 3 lá từng cơn được xem như là sinh lý vào tam cá nguyệt thứ 3 của thai kỳ. Mức độ của dòng chảy ngược có thể được lượng giá thông qua siêu âm Doppler màu, trên độ dài và diện tích của tia chảy trở lại trên diện tích của tâm nhĩ phải (hình 24). Sự hiện hữu hở van 2 lá phối hợp thì hiếm gặp, nhưng thể hiện tính chất nghiêm trọng về mặt mất bù tim (2).



*Hình 24* : Nghiên cứu ảnh hưởng. Hở van nhĩ thất. Suy van ba lá nặng và suy van 2 lá vừa phải.

Theo Jouannic và cộng sự, sự hiện diện hở van 3 lá có ý nghĩa vào lúc chẩn đoán cơn nhịp nhanh trên thất, ngay cả khi không có dấu hiệu phù, để cho tiên đoán thời hạn điều chỉnh dưới điều trị lâu hơn (trung bình 24 ngày so với 7 ngày nếu không có suy van 3 lá) và nguy cơ thất bại cao hơn (50% so với 10%) (15).

**4-4 Ghi nhận dòng chảy Doppler mạch máu** cho phép chứng minh có tăng áp mạch máu. Theo Gembruch, một đường tiền kích thích sinh ra trong nhĩ trái, là nguồn gốc của một cơn nhịp nhanh trên thất, có thể là nguyên nhân của sự đóng một phần lỗ bầu dục và sự giảm

shunt phải-trái. Hậu quả là sự tăng áp lực trong nhĩ phải và vì thế chướng ngại liên quan đến sự trở về của mạch máu hệ thống (2).

Hậu quả để người thăm khám vì thế là tìm kiếm các dấu hiệu điển giải sự tăng áp lực mạch máu này với các chỗ ghi nhận khác nhau. Trong trường hợp nhịp tim nhanh, tồn tại sự gia tăng 75% áp lực trong tĩnh mạch chủ dưới, là thủ phạm trên siêu âm Doppler của sự gia tăng dòng chảy ngược sinh lý khi kỳ tâm thu nhĩ. Sự tăng áp này nhằm mục đích để thử giữ cho cung lượng tim bằng tăng tiền tải. Ta cũng quan sát thấy một mạch đập của tĩnh mạch rốn và sự suy giảm sóng A ở vị trí lỗ ống động mạch, thậm chí một dòng chảy ngược.

Tuy nhiên sự đánh giá áp lực tĩnh mạch khó khăn ở một thai có nhịp tim nhanh, bởi vì trên 210-220 nhịp một phút, tồn tại một dòng chảy ngược sinh lý không phụ thuộc vào tất cả sự mất bù trừ tim. Ngược lại, sự lấy lại của một dòng chảy tĩnh mạch bình thường trong khi rối loạn nhịp là sự thể hiện của một suy giảm có ý nghĩa của các áp lực tĩnh mạch. (2)

Khảo sát bằng siêu âm Doppler xung cũng cho phép nghiên cứu trở kháng bánh nhau, mà ta biết rằng sự qua trao đổi thuốc men qua nhau thai tùy thuộc mật thiết. (Fermont)

### **5- Lợi ích của chẩn đoán hình ảnh trong việc theo dõi rối loạn nhịp và trong ước lượng sự cần thiết điều trị.**

Xét nghiệm siêu âm vì vậy cho phép làm rõ nét rối loạn nhịp, nguy cơ tiềm tàng của sự mất bù tim và các dấu hiệu nặng cần thiết bắt đầu điều trị ngay trong tử cung.

Sự quyết định điều trị trong tử cung xảy ra sau khi phân tích chính xác và hội chẩn với ê kíp tim mạch nhi tùy vào tuổi thai, các dấu hiệu ảnh hưởng và độ kéo dài của các giai đoạn nhịp tim nhanh. Khám nghiệm lâm sàng bà mẹ cũng là một yếu tố cần chú ý đến trước khi bắt đầu việc điều trị.

Nên chấp nhận rằng sự quyết định điều trị xảy ra khi rối loạn nhịp thường xuyên hoặc hiện diện trên hơn phân nửa thời gian quan sát (Gembruch).

Sự quyết định điều trị tùy vào tuổi thai và sự hiện diện hay không phù. Theo Simpson, sự hiện diện của phù ảnh hưởng một cách có ý nghĩa tiên lượng của một rối loạn nhịp, vì nó là thủ phạm của tỉ lệ tử vong từ 13 đến 35%, so với 0 đến 4% trong trường hợp không có mất bù tim. Luôn theo Simpson, tử vong trong trường hợp phù từ 9,7% trong trường hợp điều chỉnh trong tử cung trở thành 56% trong trường hợp thất bại với kéo thai khẩn cấp.

Khi việc trị liệu được thiết lập, chẩn đoán hình ảnh vì vậy cho phép theo dõi tiến triển của thai. Các xét nghiệm siêu âm được lặp lại tối thiểu 2 lần một ngày để lượng giá sự điều chỉnh rối loạn nhịp, sự tiến triển của các dấu hiệu mất bù tim và sự khỏe mạnh của thai.

Trong trường hợp điều trị bằng amiodarone, phân tử chứa iode, sự theo dõi tuyến giáp phì thai cho phép tầm soát bướu giáp của thai.

Mặt khác, chẩn đoán hình ảnh siêu âm quan trọng trong việc theo dõi não phì thai tìm kiếm các tổn thương thiếu máu thứ phát sau cơn rối loạn nhịp kéo dài. Trong loạt nghiên cứu của Simpson, có đến 1,6% di chứng thần kinh kiểu nhũn não chất trắng quanh não thất hoặc tổn thương xuất huyết. Các tổn thương này dường như chỉ được mô tả ở các phì thai bị phù.

Tóm lại, sơ đồ theo dõi một thai có rối loạn nhịp tim có thể như sau (20,21) :

- Xét nghiệm siêu âm ban đầu chính xác nhằm loại trừ bệnh lý tim mạch, đặc biệt là bất thường Ebstein hoặc các bướu tim, rất hay sinh loạn nhịp.
- Ghi nhận dòng chảy Doppler mạch máu và đo đặc các buồng tim nhằm tìm kiếm các dấu hiệu mất bù tim sớm.
- Lượng giá thể tích nước ối, độ dày của bánh nhau và các tràn dịch thanh mạc ở các thai bị phù.

- Theo dõi nhịp tim thai 4 lần một ngày trên các khoảng thời gian kéo dài.
- Đánh giá sự sống còn của phôi thai.

### **Kết luận**

Các rối loạn nhịp tim thai đòi hỏi có một phân tích chính xác của xét nghiệm tim mạch thai với sự bàn tính thống nhất với ê kíp tim mạch nhi. Xét nghiệm siêu âm tim đầu tiên là một tham khảo để theo dõi về sau và phải chính xác và mô tả về phần bệnh nguyên của cơ chế gây nên và các hậu quả của chúng. Đó chính là chẩn đoán hình ảnh sẽ hướng dẫn hướng xử trí, sự quyết định điều trị và các chỉ định chấm dứt thai kì sớm, mục đích cuối cùng trước điều chỉnh trước sanh. Đồng ý là tầm soát rất sớm các dấu hiệu mất bù tim mạch đầu tiên nhằm giới hạn tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong chu sanh bởi việc nhận lấy trách nhiệm chữa trị phù hợp trong tử cung.

## FETAL BRAIN

**Andrew McLennan**

*Sydney Ultrasound for Women*

*Royal North Shore Hospital*

Prenatal ultrasound of the fetal brain is complex. A sound knowledge of cerebral embryology and anatomy is important to perform this effectively.

This presentation will briefly address the key embryological milestones with particular reference to the development of the ventricular system and the midline structures. Timing of development of certain structures (notably the cerebellar vermis, cavum septum pellucidum and the corpus callosum) is important to the ultrasound appearance you might expect at the 18-20 week scan and affects the confidence of anomaly detection.

The standard 2D ultrasound planes will be shown along with the main anatomic landmarks at the 19 week anomaly scan. The relative merits of 2D and 3D assessment of the fetal brain are discussed along with a brief assessment of fetal MRI.

Prenatal detection of fetal brain anomalies is amongst the highest of any fetal anatomical system (90%). Anomalies can be classified as:

- 1) Easy to visualize (“holes in the head” such as holoprosencephaly, arachnoid cysts and ventriculomegaly; intracerebral haemorrhage; pericallosal lipoma),
- 2) Harder to visualize and may need MRI for confirmation (agenesis of the corpus callosum, Dandy-Walker malformation), and
- 3) those that are rarely seen prenatally (lissencephaly).

The presentation will concentrate on three conditions that present diagnostic and management dilemmas:

- 1) Mild ventriculomegaly
- 2) Agenesis of corpus callosum
- 3) Dandy Walker variant / malformation

## NĂO BỘ THAI NHI

**Andrew McLennan**

*Sydney Ultrasound for women*

*Royal North Shore Hospital*

Siêu âm chẩn đoán trước sinh não bộ thai nhi khá phức tạp. Cần hiểu rõ về phôi học và giải phẫu học thai nhi để có thể chẩn đoán chính xác. Bài báo cáo này chỉ đề cập ngắn gọn đến phôi thai học liên quan đến sự phát triển hệ thống não thất bên và đường giữa. Thời điểm hình thành các cấu trúc như thùy nhộng tiểu não, vách trong suốt và thể chai là rất quan trọng trên hình ảnh siêu âm mà chúng ta có thể nhìn thấy ở thời điểm 18-20 tuần và ảnh hưởng đến sự chính xác của chẩn đoán các bất thường. Các mặt cắt chuẩn trên siêu âm 2 chiều sẽ được trình bày cùng với các mốc trên giải phẫu của siêu âm thai 19 tuần. Đánh giá sự chính xác của siêu âm 2D và 3D não bộ thai sẽ được bàn luận cùng với MRI.

Chẩn đoán trước sinh các bất thường não bộ thai nhi là một trong những bất thường giải phẫu thai hay gặp nhất (90%). Các bất thường có thể phân loại như sau:

1. Dễ chẩn đoán: não thất duy nhất, nang màng nhện, não úng thủy, xuất huyết trong não thất, bứt rờ quanh thể chai.
2. Khó chẩn đoán hơn và có thể cần MRI để khẳng định: bất sản thể chai, bất thường Dandy Walker
3. Hiếm khi được chẩn đoán trước sinh: nhãn não.

Bài báo cáo sẽ tập trung trong 3 bất thường mà hiện tại vẫn còn nhiều bàn cãi trong chẩn đoán cũng như xử trí:

1. Dẫn nhệ não thất
2. Bất sản thể chai
3. Bất thường/biến thể Dandy Walker.

## **OTHER ULTRASOUND METHODS USED IN FIRST TRIMESTER SCREENING FOR CHROMOSOME ABNORMALITIES.**

**Andrew McLennan**

*Sydney Ultrasound for Women*

*Royal North Shore Hospital*

*Chairman, Australian First trimester Screening Program*

First trimester screening using nuchal translucency measurement and maternal serology (free beta hCG and PAPP-A) can detect 90% of Down syndrome fetuses for a false positive rate of 5%.

The addition of new ultrasound screening methods principally aims to reduce the false positive rate of screening thus reducing the number of unnecessary invasive prenatal diagnostic tests that are performed.

The methods to be discussed in this presentation are:

Screening method	Down syndrome (%)	Euploid (%)
• Nasal bone absence	60	1
• Ductus venosus abnormal a-wave	65	3
• Tricuspid regurgitation	55	1
• Frontomaxillary facial angle increase	45	5

These methods have high likelihood ratios and therefore can exert a powerful influence on the Down syndrome risk. They are also technically challenging thus adequate training and experience are vital.

The influence of these markers can be tempered by the use of a contingent screening model where they are applied only to a small group of patients at intermediate risk (1/51 – 1/1000) to determine if the overall Down syndrome risk is high enough to warrant invasive testing. This has the potential to increase the Down syndrome detection to 95% and lower the false positive rate to 2.5%.

These new methods should NOT be employed in routine screening practice until adequate experience has been demonstrated with nuchal translucency screening through external audit of image acquisition and measurement distribution.

## CÁC DẤU CHỨNG KHÁC TRÊN SIÊU ÂM ĐƯỢC DÙNG ĐỂ SÀNG LỌC BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ Ở QUÍ MỘT THAI KỲ

**Andrew McLennan**

*Sydney ultrasound for women*

*Royal North Shore Hospital*

*Chairman, Australian First Trimester Screening Program*

Siêu âm đo độ mờ da gáy phối hợp với huyết thanh mẹ (beta HCG tự do và PAPP-A) có thể giúp phát hiện 90% trẻ có hội chứng Down với tỷ lệ dương giả khoảng 5%.

Việc ứng dụng thêm các dấu chứng mới trên siêu âm để sàng lọc hội chứng Down nhằm mục đích giảm tỷ lệ sàng lọc dương tính giả và nhờ đó giảm số xét nghiệm chẩn đoán tiền sản xâm lấn cần thực hiện.

Các dấu chứng mới được bàn luận trong bài báo cáo này bao gồm:

Phương pháp sàng lọc	HC Down (%)	NST bình thường(%)
• Bất sản xương mũi	60	1
• Sóng a OTM bất thường	65	3
• Hở ba lá	55	1
• Góc mặt trán hàm tăng	45	5

Các dấu chứng này có tỷ lệ likelihood ratio cao và có thể làm ảnh hưởng mạnh đến nguy cơ HC Down. các dấu chứng này là một thách thức về mặt kỹ thuật do vậy cần phải được huấn luyện tốt và có đủ kinh nghiệm.

Sự ảnh hưởng của các dấu chứng này có thể được tạm thời ứng dụng trong test chuỗi, chỉ cho nhóm có nguy cơ trung bình (1/51-1/1000) để xác định xem liệu nguy cơ HC Down có cao đủ để tiến hành một xét nghiệm xâm lấn. Có thể giúp tỷ lệ phát hiện tăng đến 95% và giảm tỷ lệ dương tính giả xuống 2.5%.

Các dấu chứng này không nên được dùng như một sàng lọc thường qui cho đến khi có đủ kinh nghiệm trong việc đo độ mờ da gáy với việc báo cáo kết quả cũng như gửi hình ảnh đạt chuẩn.



## **PRENATAL DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CONGENITAL PULMONARY ADENOMATOID MALFORMATION (CPAM): IS THERE A PLACE FOR LASER THERAPY?**

**The-Hung Bui, MD,**

*Prof/Senior Consultant Clinical Geneticist and Obstetrician-Gynecologist (Fetal Medicine)*

*The Karolinska Institute*

*Dept of Molecular Medicine, Clinical Genetics Unit & Center for Fetal Medicine,*

*Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.*

The differential diagnosis of an antenatally detected lung lesion includes congenital pulmonary adenomatoid malformation (CPAM) previously called congenital cystic adenomatoid malformation (CCAM), bronchopulmonary sequestration, bronchogenic cyst, congenital lobar emphysema (CLE) and diaphragmatic hernia. CPAM is an uncommon fetal anomaly of the lung with a probably underreported incidence of approximately one in 25 000 pregnancies.

The pathogenesis of CPAM is still uncertain but it may be either the result of hamartomatous change in the tertiary bronchioles or an arrest in their embryological development between seven and 15 weeks' gestation. The Stocker histopathological classification of CCAM was developed in 1977 and was later revised; it is based on cyst size, cellular characteristics and whether uni- or bilateral. Adzick and colleagues subsequently proposed a new classification system based on antenatal ultrasound dividing lesions into macrocystic (cysts larger than 0.5 cm in diameter) and microcystic (cysts less than or equal to 0.5 cm). Fetal ultrasound and MRI have contributed to an increased understanding and prenatal diagnosis of congenital lung abnormalities, but it has also generated controversy surrounding both antenatal and postnatal management of CPAM.

Overall, the short-term outcome of antenatally diagnosed CPAM is good. Bilateral lung involvement is rare and the prognosis is poorer than in unilateral lesions. CPAM is not commonly associated with other congenital abnormalities. Karyotyping is not generally indicated based on the presence of an isolated CPAM as these are not associated with aneuploidy. In 10-18% of cases fetal hydrops may develop. Hydrops fetalis is a uniformly poor prognostic factor, but it may some times resolve spontaneously. Fetal interventions are needed if fetal hydrops remains. These include shunting of macrocystic lesions and in the past, open fetal surgery performed only at a few medical centers for microcystic lesions. More recently, laser decompression through a thin needle introduced into microcystic CPAM has been suggested as an alternative to the much invasive open fetal surgery. A successful case of laser decompression in an hydropic fetus due to microcystic CPAM will be presented.

## **CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TĂNG SINH TUYẾN DẠNG NANG Ở PHỔI: VAI TRÒ CỦA LIỆU PHÁP LASER**

**The-Hung Bui, MD**

*Prof/Senior Consultant Clinical Geneticist And Obstetrician-Gynecologist (Fetal medicine)  
The Karolinska Institute  
Dept Of Molecular Medicine, Clinical Genetics Unit & Center For Fetal Medicine,  
Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.*

Các chẩn đoán phân biệt của tổn thương ở phổi bao gồm các bệnh lý sau: tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi, kén phổi, nang khí quản, khí phế thũng bẩm sinh và thoát vị hoành. Tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi là dị tật không phổ biến của phổi với tần suất không được báo cáo chính thức khoảng 1/25.000 thai kỳ.

Bệnh học của tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi vẫn chưa rõ nhưng có thể là kết quả của sự ngừng phát triển lá phổi ở tuần lễ thứ 7 đến 15. Theo bản phân loại mô bệnh học của Stocker năm 1977 dựa trên kích thước của nang, đặc điểm của tế bào và một hoặc hai bên, Adzick sau đó đưa ra một bản phân loại mới dựa trên hình ảnh trên kích thước của nang trên siêu âm: nang đại thể (>0.5cm), vi thể (<0.5cm). Siêu âm và MRI đã giúp tăng sự hiểu biết cũng như chẩn đoán tiền sanh của các bất thường bẩm sinh ở phổi nhưng cũng gây nhiều tranh cãi trong việc xử trí trước và sau sanh.

Nói chung, tiên lượng của tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi là tốt. Nếu ở hai bên thì hiếm gặp hơn và tiên lượng xấu hơn. Hiếm khi đi kèm với các bất thường bẩm sinh khác. Nếu đơn thuần thì không cần chỉ định chọc ối vì hiếm khi đi kèm với lệch bội. Trong 10-18% các trường hợp sẽ có phù thai và là một yếu tố tiên lượng xấu nhưng cũng có khi sẽ tự biến mất. cần phải can thiệp nếu phù thai vẫn tiếp tục tồn tại.

Các phương pháp can thiệp bao gồm đặt shunt các nang đại thể và mổ hở thai như trước nay trong trường hợp nang vi thể. Gần đây, liệu pháp laser được thực hiện ở một vài trung tâm thông qua một kim nhỏ luồn vào các nang nhỏ được xem như một phương pháp thay thế cho phẫu thuật hở trước đây. Sau đây sẽ giới thiệu một trường hợp dùng liệu pháp laser điều trị phù thai do tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi vi thể.

## **THE FETAL AKINESIA DEFORMATION SEQUENCE SYNDROMES (FADS): ULTRASOUND FEATURES AND MOLECULAR GENETIC DIAGNOSIS.**

**The-Hung Bui, MD,**

*Prof/Senior Consultant Clinical Geneticist and Obstetrician-Gynecologist (Fetal Medicine)*

*The Karolinska Institute*

*Dept of Molecular Medicine, Clinical Genetics Unit & Center for Fetal Medicine,*

*Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.*

The term fetal akinesia deformation sequence (FADS [MIM 208150]) describes a group of disorders or syndromes with severe intrauterine movement restriction. The main ultrasonographic features in fetal life include growth restriction, fetal hydrops, polyhydramnios, pulmonary hypoplasia and multiple joint contractures (arthrogryposis) with or without webbing (pterygia). Fetal akinesia occurs in several genetic and acquired disorders. Amongst the environmental causes, circulating maternal antibodies against the fetal acetylcholine receptor is notable. Genetic entities include trisomy 13 and 18, myotonic dystrophies, central core myopathy and synaptopathies. Thus, there is a spectrum of FADS phenotypes ranging from the severe lethal multiple pterygium to the milder arthrogryposis multiplex congenita. For a more precise genetic counseling, genetic investigations with chromosome analysis and targeted DNA analysis including the acetylcholine receptors will be necessary.

## **HỘI CHỨNG BIẾN DẠNG MẮT VẬN ĐỘNG THAI (FADS): CÁC DẤU CHỨNG TRÊN SIÊU ÂM VÀ CHẨN ĐOÁN DI TRUYỀN PHÂN TỬ.**

**The-Hung Bui, MD**

*Prof/senior Consultant Clinical Geneticist And Obstetrician-Gynecologist (Fetal Medicine)*

*The Karolinska Institute*

*Dept Of Molecular Medicine, Clinical Genetics Unit & Center For Fetal Medicine,*

*Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.*

Thuật ngữ FADS mô tả một nhóm các rối loạn hoặc hội chứng hạn chế nghiêm trọng vận động thai trong tử cung. Các đặc điểm chính trên siêu âm ở giai đoạn thai bao gồm: chậm tăng trưởng, phù thai, đa ối, thiếu sản phổi và co cứng đa khớp có thể kèm theo dính ngón. Mắt vận động thai xảy ra trong một số rối loạn di truyền hoặc do mắc phải. Trong số các nguyên nhân môi trường, người ta ghi nhận có sự hiện diện kháng thể chống lại thụ thể acetylcholine của thai lưu hành trong máu mẹ. Các bất thường NST bao gồm trisomy 13, trisomy 18, loạn dưỡng trương lực cơ, bệnh cơ nguyên nhân thần kinh trung ương hay dẫn truyền. myotonic dystrophies, central core myopathy and synaptopathies. Do vậy, các kiểu hình của FADS rất đa dạng, thay đổi từ dính đa ngón nghiêm trọng cho đến nhẹ hơn là cứng đa khớp. Để tư vấn di truyền chính xác hơn, cần xét nghiệm gen như phân tích NST, phân tích DNA đích bao gồm DNA quy định tổng hợp thụ thể acetylcholine.

## QUALITY ASSURED SCREENING FOR DOWN SYNDROME

**Dr Jon Hyett**

*Head of High Risk Obstetrics, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*

Down syndrome is the commonest chromosomal abnormality (trisomy 21) seen in infants and is associated with significant physical and mental handicap. In many countries, women are offered screening for Down syndrome during the early part of pregnancy. The two commonest tests currently used are the second trimester 'triple test' – which measures maternal serum levels of alpha fetoprotein (AFP), human chorionic gonadotrophin (hCG) and oestriol (UE3) and 'combined first trimester screening' which measures fetal nuchal translucency and two maternal serum markers: free BhCG and Pregnancy Associated Placental Protein A (PAPP-A). Both of these tests give patients individual levels of risk. Accurate measurement of the markers is important as error will have a significant effect on the risk given to the patient – and will potentially have a significant effect on detection rates and false positive rates.

Nuchal translucency is typically measured at 11-13+6 weeks pregnant using a standardized method designed to reduce the risk of inter and intra-operator variability. In Australia there are over 700 accredited operators measuring NT who undergoing annual assessment by submitting all NT measurements that they have made for external audit. In 2007 140,000 NT scans were included in the Australian audit and the overall NT distribution was found to be the same as that described by the Fetal Medicine Foundation (UK). Over 70% of individual operators had an appropriate NT distribution, but 30% of operators consistently under, or over measured. The potential effect of this on screening is described.

Whilst NT measurements appear to be unaffected by maternal characteristics such as ethnicity, the normal ranges of the biochemical markers free BhCG and PAPP-A are significantly affected by maternal weight, ethnicity, smoking, diabetes and IVF. These hormones need adjusting for these characteristics before they can be used to screen for Down syndrome. In addition, there appears to be considerable variation in the reliability of assay platforms used for first trimester screening – with potential problems in reproducibility of results both within and between runs on the same machine. These issues, and their potential effect on screening, are discussed.

## **ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG SÀNG LỌC HỘI CHỨNG DOWN**

**Dr Jon Hyett**

*Trưởng khoa thai kỳ nguy cơ cao , Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*

Hội chứng Down là bất thường NST ( trisomy 21) thường gặp nhất trong thai và gây ra sự tàn tật trong phát triển thể chất tinh thần nghiêm trọng. Ở nhiều nước, phụ nữ được đề nghị sàng lọc hội chứng Down trong quý một thai kỳ. Hai xét nghiệm phổ biến nhất 'triple test' ở quý 2 đo nồng độ alpha fetoprotein (AFP), human chorionic gonadotrophin (hCG) và oestriol (UE3) và xét nghiệm kết hợp ở quý 1 đo độ mờ da gáy và xét nghiệm máu mẹ free BhCG và Pregnancy Associated Placental Protein A (PAPP-A). Cả hai phương pháp này đều cung cấp cho bệnh nhân một ngưỡng nguy cơ. Sự đo các marker chính xác là điều rất quan trọng vì sai lệch sẽ ảnh hưởng đến việc tính toán nguy cơ cho bệnh nhân và sẽ ảnh hưởng đến tỷ lệ phát hiện và tỷ lệ dương tính giả

Độ mờ da gáy được đo lúc thai 11-13+6 tuần và dùng một phương pháp chuẩn để giảm thiểu nguy cơ bên trong cũng như bên ngoài tác động lên người đo. Ở Úc, có hơn 700 người đo ĐMDG và đều phải trải qua việc đánh giá chất lượng hàng năm bằng cách gửi các hình ảnh để được tiếp tục hành nghề. Trong năm 2007 có 140,000 ca đo ĐMDG ở Úc và kết quả cho thấy không có sự khác biệt với sự phân bố của Fetal Medicine Foundation (UK). Hơn 70% người làm siêu âm đạt như biểu đồ phân bố chuẩn nhưng 30% thì đo dưới mức hoặc quá mức. Các ảnh hưởng lên chất lượng sàng lọc sẽ được đề cập đến. .

Trong khi đo ĐMDG có vẻ là không bị ảnh hưởng bởi những đặc trưng của mẹ như chủng tộc, thì giới hạn bình thường của các marker sinh hóa như free  $\beta$ hCG và PAPP-A bị ảnh hưởng nghiêm trọng bởi cân nặng mẹ, chủng tộc, hút thuốc lá, tiểu đường và IVF. Do vậy các hormone này cần được hiệu chỉnh trước khi dùng để sàng lọc hội chứng Down. Ngoài ra, có một sự thay đổi đáng kể tùy theo loại kíp mẫu dùng trong quý một dù là chạy trên cùng một máy sinh hóa. Các vấn đề này và tác hại của nó trên sàng lọc sẽ được bàn luận. .

## **USING ULTRASOUND TO PREDICT RISK OF OBSTETRIC COMPLICATIONS**

**Dr Jon Hyett**

*Head of High Risk Obstetrics, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*

The application of ultrasound in obstetric management has changed markedly over the last 40 years. Most centers started to use ultrasound routinely to date the pregnancy – which was valuable for biochemical assessment for neural tube defects and more recently for Down syndrome screening – as the maternal serum markers used for these tests are gestational dependent. As the resolution of ultrasound improved, it became apparent that this was a diagnostic rather than a screening tool for anomalies such as spina bifida – and the tool used to calculate gestational age replaced the screening test it had originally supported. As sonographers recognized the value of this tool, the routine gestation for assessment moved from 16 to 20 weeks gestation – as this allowed a more thorough inspection. More recently the recognition that increased nuchal translucency is associated with Down syndrome and other chromosomal abnormalities has led to this scan being included as a routine investigation – and there is now a lot of interest in developing this scan to screen for other obstetric complications such as preterm delivery and pre-eclampsia.

Most of the risk assessment processes that are currently being developed provide individualized levels of risk assessment for patients and their doctors. This relies on developing datasets that include a large number of ‘affected’ pregnancies to develop likelihood ratios that can then be applied to change background levels of risk. The same process has now being used to assess nuchal translucency for Down syndrome, cervical length for preterm delivery and uterine artery Doppler waveforms for pre-eclampsia. The final risk for the condition is calculated by adjusting the background risk by the likelihood ratio derived from screening. Consequently, the accuracy of test information depends on the quality with which the test was performed.

This presentation will review the process of risk calculation that is now being used for many predictive tests in obstetric ultrasound and will look at the advantages and pitfalls of this method of screening.

## ỨNG DỤNG SIÊU ÂM TRONG TIÊN ĐOÁN CÁC BIẾN CHỨNG SẢN KHOA

**BS Jon Hyett**

*Trưởng khoa thai kỳ nguy cơ cao - Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*

Sự ứng dụng siêu âm trong quản lý thai đang thay đổi đáng kể trong 40 năm qua. Hầu hết các trung tâm đã ứng dụng siêu âm một cách thường qui để xác định tuổi thai cho các thai kỳ. Đây là một điều rất có giá trị cho các test sinh hóa sàng lọc khuyết ống thần kinh và gần đây là sàng lọc hội chứng Down mà các dấu ấn sinh hóa này là những yếu tố phụ thuộc tuổi thai. Khi mà độ ly giải của máy siêu âm được cải thiện, thì siêu âm lúc này có giá trị chẩn đoán dị tật hơn là sàng lọc bất thường như chế độ đột sống. Khi thai khoảng 16-20 tuần, thì siêu âm càng cho nhiều giá trị hơn. Gần đây hơn, độ mờ da gáy được ghi nhận là có liên quan đến hội chứng Down và một số bất thường NST khác nên siêu âm càng trở thành là một xét nghiệm thường qui để đánh giá thai. Và hiện tại thì có rất nhiều điều mới thú vị trong việc ứng dụng siêu âm để sàng lọc các biến chứng sản khoa như sanh non và tiền sản giật.

Hầu hết các qui trình đánh giá nguy cơ đang được ứng dụng hiện tại đều cung cấp những giá trị ngưỡng mang tính cá thể khi đánh giá nguy cơ của từng bệnh nhân và của các bác sĩ. Điều này dựa trên sự phát triển của các cơ sở dữ liệu bao gồm một số lớn các thai kỳ nguy cơ có khả năng mắc bệnh mà sau đó có thể áp dụng để thay đổi ngưỡng nguy cơ nền tảng. Cùng một qui trình đang được ứng dụng hiện nay để đánh giá độ mờ da gáy trong sàng lọc hội chứng Down, chiều dài cổ tử cung trong dọa sanh non và dạng sóng động mạch tử cung trong tiền sản giật. Nguy cơ sau cùng được tính toán bằng cách hiệu chỉnh nguy cơ nền tảng với tỷ lệ mắc được tính toán từ sàng lọc. Kết quả, sự chính xác của xét nghiệm tùy thuộc vào chất lượng mà xét nghiệm được tiến hành.

Bài báo cáo này sẽ nhắc lại qui trình tính toán nguy cơ đang được ứng dụng trong các xét nghiệm tiên đoán trong siêu âm sản khoa và nhìn lại những điểm thuận lợi và bất của các phương pháp sàng lọc.



## **FETAL THERAPY**

**Dr Jon Hyett**

*Head of High Risk Obstetrics, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*

The widespread introduction of routine ultrasound screening at 12 and 20 weeks gestation has led to the prenatal diagnosis of a number of conditions where the fetus will potentially die in utero, or have significant postnatal problems, unless some therapeutic intervention is used during the pregnancy. Unfortunately for many conditions we have not demonstrated that fetal outcome is improved through fetal intervention, and it is important to recognize the potential risks and harm that may be caused to both mother and fetus through these procedures.

In Caucasians, 15% of women are Rhesus D negative – and 60% will have Rhesus positive offspring that may cause sensitization during pregnancy. This presents a risk in the current or subsequent pregnancy of rhesus isoimmunisation and haemolytic disease of the newborn – which at its most extreme may cause fetal hydrops and death in utero. Over the last 50 years considerable progress has been made in preventing, predicting and treating this condition, so that the risks of poor pregnancy outcome have been significantly reduced. Disease prevention has involved the administration of Anti-D – an immunoglobulin that prevents maternal sensitization – initially given after delivery but now also successfully used antenatally. Prediction has been based on determination of maternal antibody levels, and more recently by non-invasive Doppler assessment of blood flow through the cerebral circulation. Treatment has been through supportive fetal transfusion.

In twin pregnancies, monochorionicity is now recognized as being associated with a high rate of fetal and neonatal mortality and morbidity, often due to the development of twin twin transfusion syndrome. There is a significant body of literature that suggests that simple treatment by serial amniodrainage improves survival rates – but many groups have failed to look at the longer-term outcomes for these children and it is now apparent that the reduction in mortality was frequently coupled to significant neurodevelopmental morbidity. Data from a randomized controlled trial now shows that the best therapeutic intervention is endoscopic laser ablation of the communicating placental vasculature – but an inherent 5% risk of neurodevelopmental abnormality remains and this needs to be described to prospective patients.

Intervention with fetal surgery has been less successful and there is limited evidence to support most procedures. Most centers have abandoned open procedures and rely on a fetoscopic approach that causes less morbidity. Surgery for vesico-amniotic shunts, spina bifida and diaphragmatic hernia is currently being assessed in controlled trials and we look forward to the results of these to drive further developments.

## LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ BÀO THAI

**Dr Jon Hyett**

*Trưởng khoa thai kỳ nguy cơ cao, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*

Sự ứng dụng rộng rãi của siêu âm thường qui sàng lọc thai lúc 12 tuần và 20 tuần đã giúp chẩn đoán trước sanh một số bệnh lý có thể gây thai chết trong tử cung hoặc những vấn đề nghiêm trọng sau sanh trừ khi có sự can thiệp từ trong bào thai. Không may thay trong nhiều bệnh lý, chúng ta đã không chứng minh được rằng kết quả thai sẽ được cải thiện nếu có can thiệp và điều quan trọng hơn là cần ghi nhận những nguy cơ tiềm ẩn và các tác hại có thể gây ra cho cả mẹ và thai do các thủ thuật này.

Ở người da trắng, 15% phụ nữ có Rhesus D âm tính và 60% có Rhesus dương tính do vậy khi mang thai, có thể có những vấn đề khá nhạy cảm trong thời gian mang thai. Điều này có thể gây nguy cơ cho thai kỳ hiện tại hoặc về sau sẽ bị bệnh tán huyết và tự miễn Rhesus ở trẻ sơ sinh mà nghiêm trọng nhất là gây phù thai hoặc thai chết trong tử cung. Trong 50 năm qua, một số biện pháp được xem xét để nhằm ngăn chặn, tiên đoán và điều trị các bệnh lý này, do vậy kết quả các thai kỳ nguy cơ này đã được cải thiện đáng kể. Phòng ngừa bệnh liên quan đến việc dùng Anti-D, một globulin miễn dịch có thể ngăn ngừa được sự miễn dịch từ mẹ mà trước đây được dùng sau sanh nhưng hiện nay đang được dùng trước sanh rất thành công. Sự tiên đoán dựa trên xác định ngưỡng kháng thể mẹ và gần đây hơn là bằng phương pháp siêu âm Doppler không xâm nhập để đánh giá dòng chảy trong vòng tuần hoàn não. Việc điều trị bằng truyền máu hỗ trợ thai.

Trong song thai một bánh nhau ngày nay được ghi nhận là có nguy cơ cao tử vong cũng như bệnh tật sơ sinh mà thường là do hội chứng truyền máu trong song thai. Có nhiều bằng chứng trên lý thuyết gợi ý rằng việc điều trị đơn giản bằng cách dẫn lưu dịch ối liên tục có thể cải thiện tỷ lệ sống còn nhưng nhiều nghiên cứu đã không chứng minh được kết quả về lâu dài và hiện nay rõ ràng rằng sự giảm trong tỷ lệ tử vong thường đi kèm với bệnh tật chậm phát triển thần kinh nghiêm trọng. Các dữ liệu từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy liệu pháp can thiệp điều trị tốt nhất là dung laser nội soi để tắc các mạch máu thông nối trong bánh nhau nhưng vẫn còn 5% nguy cơ phát triển hệ thần kinh bất thường và do vậy cần thông báo cho trước cho các bệnh nhân.

Sự can thiệp bằng phẫu thuật bào thai thì ít hiệu quả hơn và ít có bằng chứng để ủng hộ các thủ thuật này. Hầu hết các trung tâm đã không còn dung các phương pháp mổ hở và chỉ còn dựa trên phương pháp nội soi mà có thể gây ít di chứng bệnh tật cho thai hơn. Phẫu thuật đặt thông tạng- dịch ối, chẻ đôi đốt sống và thoát vị hoành gần đây đang được đánh giá trong các thử nghiệm có đối chứng và chúng ta hy vọng rằng kết quả đem lại sẽ giúp cho sự phát triển xa hơn.

## PRENATAL DIAGNOSIS: WHAT IS AHEAD?

**Lau TK**

*Department of Obstetrics and Gynaecology, Prince of Wales Hospital, The Chinese University of Hong Kong*

Due to the constraint of time, discussion here will be focusing on prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities.

Over the last 20 years, the major advances was in the development of better screening tests, initially in the second trimester and more recently in the first trimester, aiming at the avoidance of an invasive test in the majority while maintaining an acceptable detection rate. However, exciting development and advances have occurred at the same time, which will radically change the why prenatal diagnosis is practised.

First is the discovery of cell free fetal DNA in maternal serum and plasma about a decade ago, which has already been used successfully in the non-invasive prenatal diagnosis for various single gene disorders and other conditions such as noninvasive prenatal determination of the RhD status of fetuses carried by RhD-negative pregnant women. Recently, there are increasing evidences that it is possible to differential the fetal or maternal origin of these DNAs, based on physical differences in DNA size, epigenetic differences, or differential RNA expression. Once we are able to differentiate fetal from maternal DNA, the chromosomal copies can be reliably estimated by studying the allelic ratio of specific polymorphic markers. With such advances, we are now very close to a new era that one could make non-invasive prenatal diagnosis of fetal trisomies from a simple blood sample from a pregnant woman.

Secondly, conventional karyotyping as a gold standard for prenatal chromosomal abnormalities is being rapidly replaced by modern molecular cytogenetic techniques. With new gene chip technologies, it is now possible to screen / diagnose a large number of rare genetic diseases in an otherwise low risk individual, in a much short time and at an affordable cost. The question an obstetrician will be facing very soon will no longer be for what we could test but rather for what we should test.

These new advances in non-invasive test and molecular technologies will no doubt open up new dimensions for “better” and “safer” prenatal diagnosis, but also at the same time create new ethical and social problem. These implications will be further discussed in the talk.

## CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN: CON ĐƯỜNG PHÍA TRƯỚC

**Gs Lau TK**

*Department Of Obstetrics And Gynaecology, Prince Of Wales Hospital, The Chinese University Of Hong Kong*

Bài này chỉ giới hạn trong chẩn đoán tiền sản các bất thường về nhiễm sắc thể.

Trong 20 năm qua, những tiến bộ trong các xét nghiệm sàng lọc mà khởi đầu là ở quý hai thai kỳ và gần đây là ở quý một đã giúp hạn chế được nhiều xét nghiệm xâm lấn nhưng vẫn duy trì được một tỷ lệ phát hiện chấp nhận được. Tuy nhiên, có nhiều sự phát triển cũng như những tiến bộ đáng ghi nhận trong thời gian gần đây đã làm cho thay đổi lãnh vực chẩn đoán tiền sản một cách sâu sắc về lý do nó được ứng dụng trong thực tiễn.

Đầu tiên là sự phát hiện của tế bào DNA thai tự do trong huyết thanh và huyết tương mẹ trong khoảng gần một thập niên trước đây và đã được ứng dụng thành công như là một xét nghiệm chẩn đoán tiền sản không xâm lấn trong các rối loạn đơn gene và một số bệnh lý khác như xác định tình trạng RhD thai ở các bà mẹ có RhD âm tính. Gần đây có nhiều bằng chứng cho thấy có thể phân biệt giữa DNA của thai và mẹ dựa trên sự khác biệt về sinh lý trong kích thước DNA, sự khác biệt về biểu sinh hoặc RNA. Khi chúng ta có thể phân biệt được giữa DNA của thai và mẹ, bản sao NST của thai có thể dự đoán dựa trên nghiên cứu tỷ lệ alen và các thụ thể đa hình đặc hiệu. Với các tiến bộ này, hiện tại chúng ta đang tiến rất gần đến một lãnh vực mới: chẩn đoán tiền sản không xâm lấn các bất thường tam bội thai dựa trên một mẫu máu của mẹ.

Tiếp theo, NST đồ cổ điển là một tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán các bất thường NST trước sinh đang được thay thế nhanh chóng bằng kỹ di truyền tế bào phân tử hiện đại. Với các kỹ thuật vi mạch gene, hiện tại chúng ta có thể sàng lọc hoặc chẩn đoán nhiều bệnh di truyền hiếm ở nhóm nguy cơ thấp trong thời gian ngắn với giá cả hợp lý. Một câu hỏi mà các nhà sản khoa sẽ đối mặt trong thời gian ngắn sắp đến không còn là chúng ta có thể xét nghiệm sàng lọc bệnh gì mà chúng ta nên xét nghiệm sàng lọc bệnh gì.

Các tiến bộ trong các xét nghiệm sàng lọc không xâm lấn và kỹ thuật di truyền phân tử không còn nghi ngờ gì nữa sẽ mở ra một hướng mới tốt hơn, an toàn hơn trong chẩn đoán tiền sản nhưng cũng sẽ nảy sinh ra một số vấn đề về xã hội và y đức.

**CHUYÊN ĐỀ**  
**PHẪU THUẬT THẨM MỸ**

## NÂNG TO NGỰC BẰNG TÚI NGỰC

**TS BS Lê Hành, TS BS Đỗ Quang Hùng**  
**BS. Nguyễn Thành Nhân, BS. Đại Diệp Lan Thanh**  
*Khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ BV Chợ Rẫy*

Phẫu thuật nâng to ngực bằng túi ngực được áp dụng khá phổ biến tại Việt Nam vì tổ chất di truyền của người phụ nữ Á Đông chỉ cho họ một khuôn ngực có kích thước khiêm tốn. Con số phẫu thuật ngày càng tăng vì trào lưu chuộng ngực to để có một ngoại hình cân đối được hỗ trợ bởi một mức sống khá dân cũng như độ an toàn của phẫu thuật, của túi ngực được đảm bảo hơn.

Nghiên cứu hồi cứu 471 ca nâng to ngực được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 2003 đến 2008 nhằm mục đích xác định những yếu tố kỹ thuật: chọn kỹ thuật thích hợp cho từng loại khuôn ngực; đường rạch da; khoang đặt túi ngực; kích thước, hình dạng, loại túi ngực; kiểu dẫn lưu; các điều trị hậu phẫu... nhằm mang lại tính thẩm mỹ và độ an toàn cao cho phẫu thuật làm to tuyến vú bằng túi ngực ở người Việt Nam.

Phòng ngừa và điều trị các biến chứng là một phần quan trọng của nghiên cứu này. Trong đó, việc xử trí bao xơ co thắt được nhấn mạnh.

Tác giả cũng đề cập đến các yếu tố về cơ thể, tâm lý khác nhau của người có nhu cầu đặt túi ngực, cách tư vấn, theo dõi chăm sóc để đạt được sự hài lòng cao nhất của họ.

Phẫu thuật làm to ngực bằng cách đặt túi ngực là một phẫu thuật khó vì sự mong manh dễ bị tổn thương và tổn thương dễ thấy của mô mềm vùng tuyến vú kết hợp với những tiêu chuẩn khắc khe về mỹ học. Một kỹ thuật tốt, sự cẩn trọng trong thao tác và sự đồng thuận lập được từ trước mổ giữa bệnh nhân và phẫu thuật viên là những điều kiện thiết yếu đảm bảo kết quả tốt đẹp sau cùng.

# PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THU GỌN VÚ PHÌ ĐẠI Ở PHỤ NỮ VIỆT NAM

**Trần Thiết Sơn và cộng sự**

*Khoa Phẫu thuật Tạo hình Bệnh viện Saint Paul Hà nội,  
Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình, Trường Đại học Y Hà nội.*

## **Tóm tắt :**

*Vú phì đại là bệnh lý không hiếm gặp ở phụ nữ châu Á, hậu quả của bệnh về phương diện tâm lý, chức năng và thẩm mỹ là lý do chính để bệnh nhân đi phẫu thuật.*

**Mục tiêu nghiên cứu :** (1) Tìm hiểu đặc điểm giải phẫu cấp máu cho vú ở phụ nữ Việt nam, (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình thu gọn vú theo kỹ thuật của chúng tôi tại bệnh viện Xanh Pôn Hà nội.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu :** Từ năm 1997 đến 2008, chúng tôi tiến hành phẫu thuật tạo hình thu gọn vú cho 62 bệnh nhân nữ từ lứa tuổi 16 đến 62, trong đó 48 bệnh nhân được phẫu thuật theo kỹ thuật qui ước, 14 bệnh nhân được phẫu thuật theo kỹ thuật của chúng tôi. Các nghiên cứu về động mạch cấp máu cho vú được tiến hành trên 40 tiêu bản vú của 20 xác nữ sử lý bằng formalin.

**Kết quả :** Trên xác nữ có sử lý formalin, hệ thống động mạch ngực ngoài đến cấp máu cho quầng vú là 87,5% tương hợp với sự khác biệt rõ rệt của động mạch này ở hai vú trên cùng một cơ thể. Phẫu thuật tạo hình thu gọn trong nhóm chúng có kết quả tốt là 37/48 (77%) với tỉ lệ biến chứng liên quan đến hoại tử vạt nuôi quầng núm vú là 14,5%. Trong nhóm phẫu thuật theo kỹ thuật của chúng tôi, kết quả tốt là 85,2% và không có biến chứng liên quan tới hoại tử vạt. Phục hồi chức năng về cảm giác và thẩm mỹ đạt 100% tương hợp.

**Kết luận :** Để tránh những biến chứng thường gặp trong phẫu thuật thu gọn vú, cần tính đến tính đặc thù của động mạch nuôi quầng núm vú trên từng cá thể, cuống mạch nuôi quầng núm vú theo trục mạch nuôi là yếu tố quyết định sự thành công của tất cả các kỹ thuật qthu gọn ngực qui ước. Những kết quả bước đầu của chúng tôi trong phẫu thuật vú phì đại ở phụ nữ Việt đảm bảo cả mặt chức năng và thẩm mỹ.

## **Reduction mammoplasty for hypertrophic breast: our clinical experience in asian women**

**Background:** Reduction mammoplasty is one of the more frequent procedures in plastic surgery with a large number of technical variations and modifications proposed in the literature. Pedicled flaps bearing the nipple areolar complex have not been widely described for the hypertrophic breast .

**The aim** of this study is to report (1) the sources of blood supply to the breast and the nipple areolar complex in vietnamese female cadavers and (2) our clinical experience with pedicled flaps in breast reduction in vietnamese women.

**Material and methods.** Between 1997 and 2008, reduction mammoplasty were used in 62 patients between the age of 16 and 62 years. over 2 periods, in the first period (1997-2007) the superior pedicle and vertical bipedicle techniques were used in 48 patients, in the second period (2007-2008) the pedicled flaps bearing nipple areolar complex were used in 14 patients. Dissections of 40 breast in 20 female cadavers between the age of 16 and 88 years.

**Results:** blood supply to the nipple areolar complex by the lateral thoracic artery (87.5%) and the internal thoracic artery (100%). The characteristics of arteries to nipple areolar complex are different between each breast on the one cadavers. Using the convenient techniques, the superior pedicle and vertical bipedicle was harvested in 48 cases with the complication such as hematoma, limited partial necrosis and loss nipple (14.5%) in 7 patients. In 14 patient, perforators from lateral thoracic arteries were identified preoperatively. 27 flaps were then based solely on these perforators. A successful flap transfer was achieved in all patients, the good results on the aesthetic and function aspect without the flap necrosis.

**Conclusion:** Our results show that pedicled flaps bearing nipple areolar are options for reduction mammoplasty surgery. The style of these flaps depend on the feature of the vessels. This technique is safe and reliable .

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Phi đại vú là một bệnh lý thường gặp ở người châu Âu Mỹ, nhưng không được chú ý ở cộng đồng người châu Á. Những hậu quả do tình trạng phát triển bất thường của vú không chỉ thể hiện ở những rối loạn về chức năng, thẩm mỹ, mà còn cả khía cạnh tâm lý. Các phương pháp như vật lý trị liệu và hormone trị liệu đều không mang lại hiệu quả. Phẫu thuật tạo hình thu gọn vú được coi là biện pháp duy nhất điều trị tình trạng bất thường này. Hơn một thế kỷ qua, các kỹ thuật tạo hình vú luôn được hoàn thiện để đạt được một mục đích là trả lại về tự nhiên của bầu vú cả mặt chức năng (tiết sữa, cảm giác) lẫn mặt thẩm mỹ (hình thể). Ở Việt nam, phẫu thuật thu gọn vú được thực hiện từ hơn ba thập kỷ qua, các kỹ thuật được áp dụng chủ yếu theo kinh nghiệm của các tác giả nước ngoài. Một tỉ lệ biến chứng được ghi nhận khi sử dụng các kỹ thuật qui ước này trên người Việt. Từ những nghiên cứu giải phẫu của phụ nữ Việt, những nhận xét trên lâm sàng khi tiến hành một số kỹ thuật tạo hình thu gọn vú qui ước, chúng tôi rút ra một số vấn đề có liên quan đến cơ sở lý luận của kỹ thuật thu gọn vú. Những hiểu biết này được áp dụng trên lâm sàng trong thời gian gần đây đã đưa lại những kết quả khả quan. Trong bài báo này, chúng tôi muốn giới thiệu những đặc điểm giải phẫu cấp máu của vú cũng như những kết quả bước đầu trong phẫu thuật tạo hình vú phi đại ở phụ nữ Việt theo kỹ thuật của chúng tôi.

## I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu :

- Nghiên cứu giải phẫu động mạch cấp máu cho vú trên xác bảo quản phooc môn : Chúng tôi tiến hành phẫu tích 40 tiêu bản vú của 20 xác nữ tại Bộ môn Giải phẫu của Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch. Các xác nữ được cố định formalin có tuổi trung bình 53.5 (nhỏ nhất 16, lớn nhất 88), xác nguyên vẹn chưa được phẫu tích toàn bộ vùng ngực.

- Nghiên cứu trên lâm sàng : Bao gồm hai nhóm bệnh nhân, nhóm thứ nhất 48 bệnh nhân phi đại vú được tiến hành phẫu thuật từ tháng 7/1996 đến tháng 10/2007 tại các Bệnh viện Việt Pháp, Trung tâm PTTT Hà nội, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Xanh Pôn, tuổi bệnh trung bình 46,7 (nhỏ nhất 16, lớn nhất 56t). Nhóm thứ hai gồm 14 bệnh nhân phi đại vú được phẫu thuật từ tháng 11/2007 đến 9/2008 tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Bệnh viện Saint Paul Hà nội, tuổi trung bình là 37,8 (nhỏ nhất 19, lớn nhất 62).

### 2. Phương pháp nghiên cứu :

- Phương pháp nghiên cứu giải phẫu mô tả : Phẫu tích xác và thu thập các số liệu về nguyên ủy, đường đi, liên quan, các nhánh xiên của các động mạch cấp máu cho vú.

- Phương pháp nghiên cứu trên lâm sàng : phương pháp mô tả tiến cứu có đối chứng.

Nhóm đối chứng gồm những bệnh nhân phi đại vú đã được chúng tôi phẫu thuật tạo hình thu gọn vú bằng ba nhiều phương pháp khác nhau :



+ Đối với vú phì đại không lồ : chúng tôi áp dụng kỹ thuật Thorek, cắt bán phần vú có ghép tự do phức hợp quầng núm vú tại vị trí mới trên bầu vú.

+ Đối với vú phì đại lớn và trung bình : chúng tôi áp dụng kỹ thuật rạch da hình chữ T ngược, chữ L hay đường thẳng đứng. Trong phần tạo vạt nuôi quầng núm vú, chúng tôi sử dụng vạt nuôi cuống trên hay cuống kép dọc.

Nhóm nghiên cứu theo kỹ thuật của chúng tôi : các bước tiến hành như sau :

+ Đo thể tích vú và các kích thước qui ước.

+ Xác định đường đi của động mạch ngực ngoài bằng Doppler âm cầm tay hay Doppler màu. Xác định độ sâu của động mạch này trên đường đi tới quầng vú.

+ Thiết kế đường rạch trong thu gọn vú theo dạng chữ T ngược hay chữ L.

+ Thiết kế cuống mạch nuôi quầng vú theo trục mạch, xác định độ xoay của cuống vạt.

+ Phẫu thuật dưới vô cảm toàn thân.

+ Rạch da và tạo cuống vạt nuôi quầng núm vú theo thiết kế, cắt bỏ da và tuyến vú.

+ Khâu tuyến vú và khâu da theo thiết kế.

+ Theo dõi sau phẫu thuật các chỉ tiêu : sức sống của quầng núm vú, cảm giác quầng núm vú, hình dáng bầu vú.

+ Theo dõi xa 3 tháng các chỉ tiêu : sẹo, cảm giác của quầng núm vú, hình dáng của bầu vú.

## II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Kết quả nghiên cứu giải phẫu các động mạch vú trên xác

Phẫu tích 40 tiêu bản vú của 20 xác nữ bảo quản bằng phooc môn có độ tuổi từ 16 đến 88 (trung bình 53,5 tuổi), kết quả nghiên cứu cho thấy động mạch ngực ngoài xuất hiện trong 95% trường hợp (38 tiêu bản). Nguyên ủy của động mạch ngực ngoài xuất phát từ động mạch nách từ phân đoạn 1 (13,2%), phân đoạn 2 (73,7%), phân đoạn 3 (13,2%). Đường kính ngoài của động mạch ngực ngoài tại nguyên ủy là 2mm. Cấp máu của động mạch ngực ngoài cho cơ và tuyến vú có mặt trong 76,3% trường hợp, nhưng chỉ có 57,9% tiêu bản có các nhánh bên của động mạch này đi đến quầng vú. Số lượng trung bình của nhánh bên động mạch ngực ngoài đến quầng núm vú là 1,6 nhánh (ít nhất 1 nhánh, nhiều nhất 3 nhánh). Các nhánh bên tiếp cận với quầng núm vú ở vùng ngoài (vùng 9 giờ bên phải, 3 giờ bên trái), vùng dưới ngoài (vùng 7 giờ bên phải, 5 giờ bên trái), vùng trên ngoài (10 giờ bên phải và 2 giờ bên trái). Động mạch ngực ngoài phụ xuất hiện trên 50% tiêu bản, trong đó 5% trường hợp động mạch ngực ngoài phụ được thay thế động mạch ngực ngoài cho cấp máu của vú. Như vậy, cả hệ thống ngực ngoài và ngực ngoài phụ tiếp cận và cấp máu cho quầng núm vú xuất hiện trong 35/40 tiêu bản (87,5%).

Hệ thống cấp máu cho vú từ động mạch vú trong gặp trong 100% trường hợp.

### 2. Kết quả phẫu thuật tạo hình thu gọn vú phì đại.

*Kết quả phẫu thuật tạo hình vú theo các kỹ thuật qui ước*

Bảng 1 : Phân bố bệnh nhân theo kỹ thuật

Dạng kỹ thuật	Cuống trên	Cuống kép dọc	Ghép quầng vú	Tổng số
Chữ T ngược	20	10	-	

Chỗ J hay L	8	-	-	
Đường thông	2	-	-	
Tổng số	30	10	8	48

Kỹ thuật cuống nuôi trên với đường rạch da chữ T chiếm đa số các trường hợp (30/48)

Bảng 2 : Kết quả phẫu thuật

	Cuống trên	Cuống kép	Ghép quầng vú	Tổng
Tốt	22	7	8	37
Vừa	4	2		6
Kém	4	1	2	7
Tổng số	30	10	8	48

Bảng 3 : Đặc điểm biến chứng theo kỹ thuật

Các biến chứng	Cuống trên	Cuống kép	Ghép quầng vú	Tổng
Chảy máu	2	-	-	2
Hoại tử vết	1	-		1
Hoại tử quầng vú	1	1	2	4
Tổng	4	1	2	7

Tỉ lệ biến chứng các loại chiếm tỉ lệ 14,5%, trong đó chủ yếu là biến chứng hoại tử quầng núm vú (57% các trường hợp biến chứng)

### ***Kết quả phẫu thuật tạo hình vú theo kỹ thuật của chúng tôi***

Trong 14 bệnh nhân được phẫu thuật, mức độ phì đại ở mức độ nhiều chiếm đa số (77,8%). 14,8% trường hợp vú không lồ, có trường hợp thể tích vú đạt 2550ml.

Siêu âm màu và doppler cần tay xác định được 27/27 vú. Phân bố của đường đi và điểm tiêm cận quầng núm vú của các nhánh động mạch ngực ngoài tập trung chủ yếu ở vùng ngoài vú.

Bảng 4. Phân bố hướng của động mạch ngực ngoài tới quầng núm vú

Vùng tiêm cận của quầng vú	Vú bên phải		Vú bên trái	
	n	%	n	%

Trên ngoài	3	21,4	2	15,3
Ngoài	7	50	8	61,5
Dưới ngoài	1	7,14	2	15,9
Khác	3	21,4	1	7,7

Các nhánh động mạch phát hiện được trước phẫu thuật là cơ sở để thiết kế cuống vạt mang quầng vú. Cuống vạt được phân bố tương tự như hướng của động mạch.

Bảng 5 : Kích thước vạt mang quầng núm vú của bệnh nhân

Bệnh nhân	Bên phải	Bên trái
	Rộng x Dài (cm)	Rộng x Dài (cm)
01	8 x 33	8 x 29
02	5 x 13	5 x 14
03	7 x 14	9 x 18
04	5 x 7	5 x 7
05	6 x 10	5 x 13
06	6 x 8	7 x 7
07	5 x 9	7 x 9
08	5 x 8	6 x 9
09	7 x 8	5 x 9
10	5 x 8	5 x 9
11	4 x 7,5	7 x 6
12	9,5 x 17	7 x 15
13	6 x 12	5 x 17
14	6 x 8,5	-

Chiều rộng vạt tối đa là 9,5cm, tối thiểu là 4cm, chiều dài tối đa của vạt là 33cm, tối thiểu là 7cm.

Bảng 6 : Phân bố bệnh nhân theo các dạng đường rạch da

Các dạng đường rạch da	n	%
Chữ T ngược	19	70
Chữ J hay L	6	22
Đường thẳng	2	8
Tổng số	27	100

Đa số đường rạch da áp dụng theo kiểu chữ T ngược (70%).

Bảng 7, Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Sức sống của quầng núm vú		Cảm giác quầng núm vú	
	N	%	n	%
Tốt	23	85,2	23	85,2
Vừa	4	14,8	4	14,8
Kém	-	-	-	-
Tổng	27	100	27	100

Theo tiêu chuẩn đánh giá cảm giác của Medical Research Council, tất cả các bệnh nhân đều phục hồi hay có cảm giác ở mức độ S3+ và S4.

### III. BÀN LUẬN

Từ năm 1921, Biesenberger đã đề xuất những nguyên tắc cơ bản cho phẫu thuật tạo hình vú lý tưởng mà cho đến nay vẫn được các tác giả công nhận :

- Vú phải được tái tạo lại có hình dáng tự nhiên, trẻ trung và có tỉ lệ thích hợp với các phần khác của cơ thể.
- Hai vú phải cân đối sau khi phẫu thuật.
- Quầng núm vú phải được chuyển tới vị trí thích hợp trên bầu vú mới được tái tạo.
- Bảo tồn cấp máu và cảm giác cho quầng núm vú.
- Bảo tồn tối đa chức năng của vú, đặc biệt khả năng cấp sữa trong sinh đẻ.
- Sẹo không được nhìn thấy qua trang phục bình thường.
- Kỹ thuật phải được áp dụng cho mọi loại hình phì đại vú.
- Kỹ thuật phải được thực hiện trong một lần cho cả hai bên vú.

Trải qua hơn một thế kỷ phát triển, các kỹ thuật tạo hình thu gọn vú dần dần được hoàn thiện nhờ những đóng góp của nhiều thế hệ phẫu thuật viên trên thế giới. Những thay đổi về mặt kỹ thuật của phẫu thuật thu gọn vú tập trung vào hai điểm chính, cải tiến đường rạch da và sự toàn vẹn của quầng núm vú cả về chức năng và thẩm mỹ. Từ đường rạch da ban đầu ở dạng hình mỏ neo hay chữ T ngược, tiếp theo đó là sự cải tiến để rút ngắn đường sẹo cuối cùng ở các dạng sẹo chữ J hay L, cuối cùng là sẹo thẳng trên bầu vú đã là một cuộc cách mạng trong phẫu thuật thu gọn vú. Các nghiên cứu về giải phẫu cấp máu cho quầng núm vú đã nảy sinh một loạt kỹ thuật tạo vạt mang quầng núm vú, với chất lượng cao nhất về tính thẩm mỹ và chức năng sau phẫu thuật. Các dạng cuống mang quầng núm vú kép dọc, kép ngang, cuống trên hay cuống dưới, sau cùng là các dạng cuống hỗn hợp trên ngoài hay trên trong đều có những ưu điểm nhất định. Sự kết hợp linh hoạt giữa đường rạch da và dạng vạt mang quầng núm vú đã đem lại sự phong phú về mặt kỹ thuật tạo hình thu gọn vú. Cho tới nay, hơn 200 kỹ thuật thu gọn vú đã được thông báo trong y văn, điều này cũng cho thấy tính phức tạp và đa dạng trong phẫu thuật thu gọn vú. Tuy nhiên, một điều đều được các tác giả đề cập tới trong hầu hết các nghiên cứu, đó là tầm tòi một tỉ lệ nhất định các biến chứng của từng kỹ thuật. Trong nghiên cứu của Pitanguy, tỉ lệ biến chứng là 6,5% trong số 2822 bệnh nhân được phẫu thuật từ năm 1962 đến 1987 với kỹ thuật cuống nuôi trên. Kinell và cộng sự công bố tỉ lệ biến chứng 17,7%. McKissock ghi nhận 18% biến chứng ở các dạng hoại tử bán phần quầng vú, tách vết mổ ở quầng vú, nhiễm trùng hay hoại tử toàn bộ quầng vú. Lejour thông báo tỉ lệ biến chứng là 21,2% trên 220 bệnh nhân với kỹ thuật thu gọn vú đường sẹo thẳng. Hầu như các biến chứng đều liên quan đến việc cấp máu cho quầng vú từ nguồn vạt mang quầng núm vú. Tỉ lệ biến chứng trong nhóm nghiên cứu đối chứng của chúng tôi cũng khá cao (14,5%), tất cả đều liên quan đến vấn đề hoại tử một phần hay hoại tử hoàn toàn vạt mang quầng núm vú.

Những nghiên cứu của chúng tôi trên xác cho thấy sự cấp máu cho quầng núm vú chủ yếu từ ba nguồn mạch, vú trong, vú ngoài và liên sườn. Đi sâu vào nguồn cấp máu bên ngoài, hai động mạch vú ngoài và vú phụ đóng vai trò quan trọng. Tuy nhiên kết quả khảo sát cho thấy đường đi và hướng tiệm cận tới quầng núm vú không giống nhau ở cả hai bên vú của một người. Mặt khác, những thay đổi về giải phẫu sẽ rõ hơn nếu có tình trạng vú phì đại. Chính vì vậy, theo các kỹ thuật qui ước, việc thiết kế cuống vạt nuôi ở cả hai vú giống nhau là không hợp lý. Cần phải dựa vào những thông số về động mạch trên từng vú của từng bệnh nhân để thiết kế cuống vạt nuôi. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, lựa chọn doppler màu để xác định đường đi và chiều sâu của động mạch ngực ngoài là yếu tố quyết định sự sống của vạt mang quầng núm vú. Các vạt mang quầng núm vú được thiết kế có tính đặc thù ở từng vú của mỗi bệnh nhân. Tuy nhiên nhóm vạt ở vị trí trước ngoài chiếm đa số, điều này phù hợp với các nghiên cứu về cuống vạt của các tác giả hiện nay. Những kỹ thuật rạch da trên bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi không khác so với các tác giả khác. Kết quả phẫu thuật của chúng tôi cho thấy 85% các trường hợp cho kết quả tốt, cả về chức năng và hình thái. 4 vú có kết quả trung bình liên quan tới liên sẹo chậm ở quầng vú và sẹo quá phát sau mổ. Không có trường hợp nào xuất hiện hoại tử vạt mang quầng núm vú. Điều này được khẳng định bằng việc giữ nguyên cảm giác ở 85% trường hợp, số còn lại sự phục hồi cảm giác ở mức độ bình thường sau 6 tháng. Trong hai trường hợp vú phì đại khổng lồ, chúng tôi sử dụng kỹ thuật tạo cuống nuôi này mà không cần đến kỹ thuật Thorek, một kỹ thuật cắt bỏ vú không bảo tồn tuyến vú và quầng núm vú. Cuống mạch nằm trong vạt mang quầng núm vú có thể dài tới 33cm, một kích thước khó chấp nhận với các kỹ thuật qui ước, Có thể coi kỹ thuật tạo vạt nuôi quầng núm vú là bước chấm hết cho kỹ thuật Thorek.

#### IV. KẾT LUẬN

Để tránh những biến chứng thường gặp trong phẫu thuật thu gọn vú, cần tính đến tính đặc thù của động mạch nuôi quầng núm vú trên từng cá thể, cuống mạch nuôi quầng núm vú theo trục mạch nuôi là yếu tố quyết định sự thành công của tất cả các kỹ thuật qthu gọn ngực qui ước. Những kết quả bước đầu của chúng tôi trong phẫu thuật vú phì đại ở phụ nữ Việt đảm bảo cả mặt chức năng và thẩm mỹ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asplund O, Svane G. Adjustment of the contra-lateral breast following breast reconstruction. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1983;17:225.
2. Cunningham BL, Gear AJ, Kerrigan CL, et al. Analysis of breast reduction complications derived from the BRAVO study. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:1597.
3. Giovanoli P, Meuli-Simmen C, Meyer VE, et al. Which technique for which breast? A prospective study of different techniques of reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg* 1999;52:52.
4. Lassus C. Breast reduction: evolution of a technique e a single vertical scar. *Aesthetic Plast Surg* 1987;11:107.
5. Lejour M. Vertical mammoplasty: early complications after 250 personal consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:764.
6. O'Grady KF, Thoma A, Dal Cin A. A comparison of complication rates in large and small inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:736.
7. Schnur PL, Schnur DP, Petty PM, et al. Reduction mammoplasty: an outcome study. *Plast Reconstr Surg* 1997;100:875.
8. Scott GR, Carson CL, Borah GL. Maximizing outcomes in breast reduction surgery: review of 518 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg* 2005;116:1633. Discussion 1640.
9. Spear SL, Howard MA. Evolution of the vertical reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:855.
10. Strombeck JO. *Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast*. Mosby; 1991. 195e206.

# PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ÂM ĐẠO BẰNG CÁC VẬT CÓ CUỐNG Ở PHỤ NỮ VIỆT NAM

**Trần Thiết Sơn, Nguyễn Thị Minh Tâm\* và cộng sự**

*Khoa Phẫu thuật Tạo hình Bệnh viện Saint Paul Hà nội,  
Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình, Trường Đại học Y Hà nội.*

*\*Bệnh viện Từ Dũ , Thành phố Hồ Chí Minh*

## **Tóm tắt**

*Dị dạng âm đạo là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ với các biểu hiện khác nhau như không có âm đạo, bít tắc một phần đường âm đạo, việc chẩn đoán thường muộn và phẫu thuật can thiệp các dạng dị dạng không hiệu quả là nguyên nhân dẫn đến sự thất vọng của bệnh nhân.*

**Mục tiêu nghiên cứu :** (1) Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình âm đạo theo một số kỹ thuật hiện đại, (2) Bước đầu đưa ra một số nhận xét về chỉ định phẫu thuật tạo hình âm đạo.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu :** Từ tháng 4/2008 đến 1/ 2009, chúng tôi tiến hành phẫu thuật tạo hình 5 bệnh nhân nữ và 1 bệnh nhân lưỡng giới giả nam, từ lứa tuổi 19 đến 44 có các dạng dị tật âm đạo như vách ngăn âm đạo, không âm đạo. Các kỹ thuật được áp dụng bao gồm kỹ thuật sử dụng vật tại chỗ và vật bện cho các trường hợp vách ngăn âm đạo, vật da cân Singapore cho những trường hợp không âm đạo.

**Kết quả :** Trên 6 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình, các vật che phủ đủ toàn bộ âm đạo mới, với kỹ thuật tạo hình chữ Z hay vật tại chỗ, các vật sống tốt và cho chất lượng sẹo ổn định, Không xuất hiện tình trạng hẹp âm đạo sau phẫu thuật.

**Kết luận :** Chỉ định các kỹ thuật tạo hình cho từng loại dị tật âm đạo phải dựa trên các đặc điểm của loại hình dị tật. Với những dị tật một phần âm đạo, các vật tại chỗ hay vật kế cận (vật bện) được coi là biện pháp hiệu quả. Dị tật không âm đạo được tạo hình bằng các vật da cân tại chỗ (vật thên) đem lại kết quả khả quan cả về mặt chức năng và hình thức. Theo dõi sau phẫu thuật là một bước không thể thiếu đối với bất kỳ loại kỹ thuật nào.

## **Vaginal reconstruction using the flaps in vietnamese patients**

*The congenital vaginal anomalies (transverse septa, short vagina, distal vaginal agenesis or total agenesis) are not rare, but vaginal reconstruction remains a formidable challenge in reconstructive plastic surgery. Traditional reconstructive surgery is not only the skin graft, but also some modern techniques using the faciocutaneous flaps. Our goals were to present some techniques of vaginoplasty with pedicle flaps and to analyze results and indication in performing this procedure. From 4/2008 to 1/2009, 6 patients were diagnosed and operated. 5 women with Vaginal agenesis, transversal septa and short vagina, one patient is intersex with Vaginal agenesis. The patients' ages ranged from 19 to 44 years. The groin flap, the Singapore flaps were used for vaginal agenesis, Zplasty for the transversal septa after dissecting the urethrovesicorectal space. Overall surgical mortality was null. The indication of the reconstructive techniques depend on the type of anomalies. In conclusion, the vaginoplasty with pedicle flaps is an efficient method for achieving function in patients with vaginal anomalies.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng âm đạo chiếm một tỉ lệ 1 trên 5000-7000 phụ nữ, đây là một mối đe dọa nặng nề về mặt tinh thần và thể chất của bất kỳ người phụ nữ nào muốn có một thiên chức bình thường như mọi người. Dị dạng âm đạo rất đa dạng về mặt hình thái lâm sàng, tuy nhiên sự phân loại các dị dạng này cho đến nay hoàn toàn chưa thống nhất. Có thể kể đến các hình thức dị dạng âm đạo đơn thuần hay kết hợp với các dị dạng khác của cơ quan sinh dục nữ khác. Từ những dị dạng đơn giản như màng trinh dày, đến các vách ngăn âm đạo, tắc bán phần âm đạo hay không có âm đạo gặp trong hội chứng Rokitansky-Kuster-Hauser. Bên cạnh đó, những cá thể nữ hóa tinh hoàn cũng có dị dạng thiếu âm đạo toàn bộ. Cho dù ở thể bệnh nào, việc chẩn đoán và điều trị phẫu thuật cần được tiến hành kịp thời nhằm trả lại những chức năng có thể có được của người bệnh. Phẫu thuật tạo hình dị tật âm đạo đã được tiến hành từ nhiều thập kỷ qua tại những trung tâm sản phụ lớn của Việt nam. Trong bài báo này, chúng tôi muốn giới thiệu một số phương pháp tạo hình âm đạo đã được áp dụng thành công tại Khoa Phẫu thuật tạo hình Bệnh Viện Xanh Pôn Hà Nội, từ đó rút ra những nhận xét ban đầu về chỉ định của các kỹ thuật này trên lâm sàng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4/2008 đến tháng 1/2009, chúng tôi tiến hành phẫu thuật cho 6 bệnh nhân có những biểu hiện khác nhau của dị dạng âm đạo. Việc chẩn đoán dựa trên các bước sau:

- Làm xét nghiệm Nhiễm sắc thể đồ để xác định giới tính của bệnh nhân. 5 trong số 6 bệnh nhân có nhiễm sắc thể giới tính XX. Trong số này 1 bệnh nhân bị hội chứng Rokitansky-Kuster-Hauser (có buồng trứng, nhưng không có tử cung và âm đạo nông). Một bệnh nhân có nhiễm sắc thể giới tính XY và được chẩn đoán thể bệnh lưỡng giới giả nam (hội chứng nữ hoá tinh hoàn).
- Siêu âm để xác định hình thái tử cung và buồng trứng.
- Siêu âm trong âm đạo với những trường hợp âm đạo nông nhằm xác định chiều dày của vách ngăn.
- Chụp phim CT để xác định hình thái của khung chậu và phần phụ.

Chỉ định phương pháp phẫu thuật tạo hình cho từng loại dị tật khác nhau:

- Với vách ngăn ngang phía ngoài âm đạo: rạch màng ngăn theo chu vi, tạo hai vạt chữ Z ở vị trí 4 và 8 giờ nhằm nối rộng chu vi âm đạo và tránh sẹo co kéo sau này.
- Với vách ngăn ngang phía trong của âm đạo: đường vào phần dị dạng âm đạo qua thành bụng nhưng không vào phúc mạc. Giải phóng hai đầu cụt âm đạo sau khi cắt bỏ toàn bộ phần xơ dính. Cắt hai đường hình elip hay tạo hai chữ Z ở hai đầu móm cụt.
- Với âm đạo nông hay không có đường âm đạo ở 1/3 trong, vạt da cân bên được thiết kế ở một bên bên, vạt được cấp máu từ động mạch mũ chậu nông. Vạt được chuyển đến đoạn âm đạo cần tạo hình nhờ một đường hầm dưới da.
- Với không có âm đạo toàn bộ: thiết kế hai vạt thẹn có cuống mạch nuôi ở hai bên được với kích thước 6x12cm. Hai vạt được chuyển một góc 80 độ qua một đường hầm dưới môi lớn để đến vị trí của đường âm đạo mới. Khâu cố định hai đầu vạt vào xương mu và khâu ráp hai vạt với nhau.

Đánh giá kết quả dựa trên các tiêu chuẩn: vạt sống tốt (màu sắc vạt hồng, không có phần hoại tử, vạt không tách ra khỏi đường âm đạo), chất lượng sẹo của vùng khâu nối không lồi, không co kéo, chiều rộng của đường âm đạo không bị thu hẹp theo thời gian.



### III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Các hình thái dị tật âm đạo

TT	Họ tên	Tuổi	Giới	Loại dị dạng
1	Trần thị B.	35	Luỡng giới giả nam	Không có âm đạo
2	Đàm Mỹ T.	23	Nữ	Không có âm đạo
3	Nguyễn Thị T.	25	Nữ	Vách ngăn âm đạo trong
4	Nguyễn Hồng T.	22	Nữ	Vách ngăn âm đạo trong
5	Nguyễn Thị D.	44	Nữ	Vách ngăn âm đạo ngoài
6	Nguyễn thị H.	19	Nữ	Vách ngăn âm đạo ngoài

2 bệnh nhân không có dấu hiệu kinh nguyệt, trong đó 1 bệnh nhân lưỡng giới giả nam, 1 bệnh nhân có hội chứng Rokitansky-Kuster-Hauser không có tử cung và âm đạo. 4 bệnh nhân có dấu hiệu có kinh nguyệt, trong đó 2 bệnh nhân có kinh đều từ lúc dậy thì, được chẩn đoán có vách ngăn âm đạo ngoài, 2 bệnh nhân bị ứ kinh và phải can thiệp trước đó.

Nhiễm sắc thể đồ cho thấy 5 bệnh nhân có bộ nhiễm sắc thể giới tính là XX, một bệnh nhân là XY với các chiệu chứng của lưỡng giới giả nam, phẫu thuật lấy bỏ tinh hoàn và tạo hình âm đạo được tiến hành đồng thời.

Siêu âm chẩn đoán độ dày của vách ngăn âm đạo ngoài là 2cm, vách ngăn trong là 4cm. Hai trường hợp không có toàn bộ đường âm đạo, tuy nhiên các phần như môi lớn và nhỏ đều xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân.

Bảng 2: Các kỹ thuật tạo hình đã được áp dụng

TT	Tên bn	Loại dị dạng	Kỹ thuật	Kích thước vật	Kết quả
1	B.	Không có âm đạo	Vạt Singapore	13x7cm 13x7cm	Vạt sống tốt
2	T.	Không có âm đạo	Vạt Singapore	13x6cm 12x6cm	Vạt sống tốt
3	T.	Vách ngăn âm đạo trong	Vạt bẹn	8x14cm	Vạt sống tốt
4	T.	Vách ngăn âm đạo trong	Khâu trực tiếp	-	Liên sẹo tốt
5	D.	Vách ngăn âm đạo ngoài	Vạt Z tại chỗ	3x5cm	Vạt sống tốt

6	H.	Vách ngăn âm đạo ngoài	Vạt Z tại chỗ	2x3cm 2x3cm	Vạt sống tốt
---	----	------------------------	---------------	----------------	--------------

#### IV. BÀN LUẬN

Dị tật âm đạo là một bệnh lý bẩm sinh không hiếm gặp ở phụ nữ. Những dị tật ở phía ngoài của đường âm đạo như dị tật của màng trinh, vách âm đạo, hẹp âm đạo hay không có một phần đường âm đạo là những dị tật không nghiêm trọng, có thể chẩn đoán và can thiệp bằng những thủ thuật ngoại khoa đơn giản. Các dạng dị tật này nên được điều trị phẫu thuật can thiệp sau tuổi dậy thì, khi sự phát triển về thể chất và tinh thần khá ổn định. Sự không đáp ứng được về quan hệ tình dục hay sự bất thường về kinh nguyệt là những nguyên nhân để bệnh nhân đến khám. Tuy nhiên, phần lớn những bệnh nhân này ít được hướng dẫn nơi và phương pháp điều trị. Có những bệnh nhân chỉ được can thiệp ở lứa tuổi muộn, thậm chí ở giai đoạn tiền mãn kinh. Các dị tật đường âm đạo ở thể loại này có thể kết hợp với dị dạng tử cung (tử cung nhỏ, tử cung đôi, không tử cung...) nhưng buồng trứng vẫn hoạt động bình thường. Việc chẩn đoán mức độ dị tật chủ yếu dựa vào siêu âm. Ngoài việc chẩn đoán xác định, siêu âm còn giúp phẫu thuật viên đánh giá mức độ tổn thương, hình thái dị dạng. Với những dạng vách ngăn ngang phía ngoài của âm đạo, chỉ định cho phẫu thuật can thiệp thường đơn giản, có thể tiến hành dưới vô cảm tại chỗ. Phương pháp rạch ngang hay cắt bỏ vách ngang thường dẫn tới chít hẹp âm đạo. Để tránh hiện tượng này, sử dụng kỹ thuật chữ Z làm kéo dài đường rạch da. Các vách ngang nằm trong sâu, phẫu thuật phức tạp hơn và mức độ can thiệp phụ thuộc vào mức độ thiếu của đường âm đạo. Với vách ngăn dưới 4cm, có thể cắt bỏ giải xơ, phẫu tích hai đầu âm đạo, khâu ráp hai đầu âm đạo với đường rạch hình elip hay chữ Z ở mỗi đầu. Khi vách ngăn lớn hơn 4cm, vạt da cân từ trên bẹn hay bụng được huy động cho việc tạo hình đường âm đạo. Các vạt da cân bẹn (cuống mạch mũ chậu nông) với kích thước 6X14 cm đủ để tạo hình đoạn âm đạo thiếu. Có tác giả sử dụng vạt da cơ thẳng bụng, hay vạt da cân lấy từ nhánh xiên thượng vị sâu dưới quay 180 độ để tạo âm đạo. Những vạt này có ưu điểm là sức sống cao, cảm giác tốt, phẫu thuật bóc tách vạt tương đối dễ dàng.

Không có âm đạo có thể kèm theo hội chứng ứ đọng kinh và đau bụng theo chu kỳ (trong trường hợp nữ) hay không có bất kỳ triệu chứng nào (với hội chứng Rokitansky-Kuster-Hauser hoặc bệnh nhân lưỡng giới giả nam). Chính vì vậy thời điểm phát hiện và can thiệp bệnh lý này rất khác nhau tùy từng thể loại. Phẫu thuật là biện pháp duy nhất để giải quyết sự bất thường. Một loạt thủ thuật như thông qua đường bịt âm đạo, đặt dẫn lưu chỉ giải quyết tạm thời khối máu kinh ứ đọng ở cổ tử cung. Những phương pháp khác có sử dụng màng ối hay phúc mạc độn vào đường âm đạo không thể thành công do sự dính trở lại của đường âm đạo. Một số kỹ thuật được coi là có giá trị chỉ khi cung cấp một chất liệu biểu mô hoá toàn bộ bề mặt đường hầm âm đạo. Tạo hình âm đạo được Abbe thực hiện lần đầu tiên bằng phương pháp ghép da mỏng năm 1898, sau đó được McIndoe và Banister hoàn thiện vào những năm 1930. Trong gần một thế kỷ, kỹ thuật ghép da mỏng được áp dụng phổ biến trong tạo hình dị dạng không âm đạo. Kỹ thuật này được thực hiện bằng việc đặt mảnh ghép trên một khuôn cứng có hình dạng của âm đạo, cố định khuôn tại vị trí âm đạo trong thời gian 7-10 ngày. Các chất liệu cũng được thay đổi từ da vùng mặt trong đùi, vùng bụng dưới đến da đầu. Nhưng nhược điểm của kỹ thuật này xuất phát từ sự biến dạng của mảnh da ghép tại vị trí nhận mảnh ghép, sự co mảnh ghép là tất yếu dẫn tới co hẹp hay chít hẹp âm đạo, loét mảnh ghép xảy ra khi nên nhận không được cấp máu tốt, không có cảm giác tại âm đạo mới tạo hình là một trong những hạn chế lớn cho kỹ thuật này. Những vạt da cân được nghiên cứu sau đó đã có nhiều ưu điểm và khắc phục nhược điểm của kỹ thuật ghép da mỏng tự do. Các vạt da cân hay vạt da cơ được nghiên cứu đều là những chất liệu có nguồn máu nuôi tốt, có thần kinh cảm giác và dễ tạo hình tại vị trí của âm đạo. Năm 1976, McCraw sử dụng vạt da cơ thon (glacilis myocutaneous flap) để tạo hình âm đạo với nhiều ưu

điểm như ít hẹp âm đạo, cảm giác tốt, kết quả lâu dài khả quan. Năm 1988, Tobin và Day sử dụng vạt da cơ thẳng bụng cuống dưới để tạo hình âm đạo cũng như khuyết vùng thành bụng - hố chậu. Kỹ thuật này được cho là dễ thực hiện, khả năng sống của vạt cao, nguy cơ chảy máu thấp, không ảnh hưởng tới chức năng của nơi cho vạt. Bề mặt âm đạo mới có chất lượng cao, ít bị co hay chít hẹp. Tuy nhiên do chất liệu tạo hình bao gồm cả da cơ nên khối lượng vạt lớn và dày, đường âm đạo phải được phẫu tích rộng rãi mới có thể đặt được vạt vào trong đường này. Năm 1989, Wee và Joseph mô tả vạt thẹn (pudendal thigh flap) cho tạo hình âm đạo, sau này được gọi là vạt Singapore. Vạt da cân dựa trên động mạch môi sau và kèm cả thần kinh. Vạt da cân được thiết kế với kích thước 15x6cm mỗi bên, hai vạt được lấy từ hai bên đủ để che phủ toàn bộ đường âm đạo. Vạt này dễ phẫu tích, việc chuyển đến vị trí mới bằng cách xoay vạt một góc 70-80 độ qua một đường hầm dưới môi lớn. Ưu điểm chính của kỹ thuật này là sự sống của vạt cao, kỹ thuật dễ thực hiện, chiều dày của vạt không lớn và chất lượng da vùng bẹn khá tương đồng cho vùng âm đạo. Các biến chứng thường gặp như chảy máu, hoại tử vạt, loét vạt đều ít gặp trong kỹ thuật này. Cho đến nay kỹ thuật Singapore được coi là một kỹ thuật hoàn hảo trong tạo hình cho những trường hợp thiếu âm đạo toàn bộ.

## V. KẾT LUẬN

Chỉ định các kỹ thuật tạo hình cho từng loại dị tật âm đạo phải dựa trên các đặc điểm của loại hình dị tật. Với những dị tật một phần âm đạo, các vạt tại chỗ hay vạt kế cận (vạt bẹn) được coi là biện pháp hiệu quả. Dị tật không âm đạo được tạo hình bằng các vạt da cân tại chỗ (vạt thẹn) đem lại kết quả khả quan cả về mặt chức năng và hình thức. Theo rồi sau phẫu thuật là một bước không thể thiếu đối với bất kỳ loại kỹ thuật nào.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashworth MF, Morton KE, Dewhurst J, et al. Vaginoplasty using amnion. *Obstet Gynecol.* 1986;67:443–446.
2. Benson C, Soisson AP, Carlson J, et al. Neovaginal reconstruction with a rectus abdominis myocutaneous flap. *Obstet Gynecol.* 1993;81:871–875.
3. Buss JG, Lee RA. McIndoe procedure for vaginal agenesis: results and complications. *Mayo Clin Proc.* 1989;64:758–761.
4. Joseph VT. Pudendal–thigh flap vaginoplasty in the reconstruction of genital anomalies. *J Pediatr Surg.* 1997;32:62–65.
5. Emiroglu M, Gultan SM, Adanali G, et al. Vaginal reconstruction with free jejunal flap. *Ann Plast Surg.* 1996;36:316–320.
6. Flack CE, Barraza MA, Stevens PS. Vaginoplasty: combination therapy using labia minora flaps and lucite dilators—preliminary report. *J Urol.* 1993;150:654–656.
7. Hendren WH, Atala A. Use of bowel for vaginal reconstruction. *J Urol.* 1994;152:752–755.
8. Hensle TW, Chang DT. Vaginal reconstruction. *Urol Clin North Am.* 1999;26:39–47.
9. McCraw JB, Massey FM, Shanklin KD, Horton CE. Vaginal reconstruction with gracilis myocutaneous flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1976;58: 176–183.
10. Ratliff CR, Gershenson DM, Morris M, et al. Sexual adjustment of patients undergoing gracilis myocutaneous flap vaginal reconstruction in conjunction with pelvic exenteration. *Cancer.* 1996;78:2229–2235.

## **PLACE DU CHIRURGIEN PLASTICIEN DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN**

**Elisabeth Holdin**

La reconstruction mammaire (R.M) fait partie intégrante du traitement du cancer du sein.

Les gestes moins mutilants que la mammectomie totale, laissent parfois des seins déformés, déformation qu'accentue l'irradiation complémentaire. Dans cette optique, les chirurgiens oncologues utilisent des procédés de plastie, plus ou moins sophistiqués, empruntés à la chirurgie plastique (oncoplastie).

La découverte précoce des cancers autorise de plus en plus la reconstruction mammaire immédiate (R.M.I.).

I – les différents moyens de reconstructions seront développés : reconstruction mammaire par prothèse, par lambeaux autologues (grand dorsal, T.R.A.M, lambeaux libres abdominaux et fessiers).

II – le traitement des séquelles du traitement conservateur.

III – l'oncoplastie.

IV – la reconstruction mammaire immédiate (R.M.I) qui utilise les moyens développés au premier chapitre.

Dans tous ces cas, le chirurgien plasticien peut être amené à intervenir, soit seul (reconstruction mammaire secondaire, traitement des séquelles), soit avec son confrère oncologue (oncoplastie, reconstruction mammaire immédiate).

# VỊ TRÍ CỦA PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ

**Elisabeth Holdin**

- Tái tạo vú (RM) là một phần không thể thiếu trong điều trị ung thư vú.

- Việc cắt bỏ vú trong phẫu thuật đoạn nhũ toàn phần đã để lại những bộ ngực dị dạng, sự biến dạng này còn bị tăng thêm do xạ trị. Vì thế, các phẫu thuật viên ung thư phải biết áp dụng phương thức tạo hình, ít nhiều phức tạp vay mượn từ phẫu thuật tạo hình trong ung thư.

- Phát hiện ung thư vú sớm ngày càng cho phép tái tạo vú sớm ngay sau đoạn nhũ (tái tạo vú tức thì).

## I. Các phương pháp tái tạo vú.

- Tái tạo vú bằng prothese.
- Tái tạo vú bằng mảnh ghép tự thân (cơ lưng to, T.R.A.M, mảnh ghép tự do từ bụng, mông).

## II. Điều trị các di chứng của phẫu thuật bảo tồn vú.

## III. Ung thư học tạo hình.

## IV. Tái tạo vú tức thì sử dụng những phương thức đã được triển khai ở trên.

Trong bất kì tình huống nào, phẫu thuật viên tạo hình cũng có thể can thiệp, có thể làm một mình (tái tạo vú tức thì 2, điều trị các di chứng) hoặc làm chung các đồng nghiệp bác sĩ ung thư chuyên môn (ung thư tạo hình, tái tạo vú tức thì).

## LIPECTOMIES ABDOMINALES

**Elisabeth Holdin**

Peu de chapitres thérapeutiques s'adressent à des cas cliniques aussi différents. Le terme de plastie abdominale, également employé, serait plus approprié car il n'y a parfois pas de graisse à enlever.

Le ventre, un des symboles de la féminité, peut être altéré par les grossesses, les variations de poids, les interventions et le vieillissement.

La lipoaspiration a apporté beaucoup aux interventions classiques.

Les objectifs des plasties abdominales associent :

- retension cutanée
- diminution de l'épaisseur graisseuse si nécessaire
- traitement des lésions pariétales anatomiques (diastasis, hernie, éventrations).

La sangle abdominale doit être correcte pour avoir un bon résultat esthétique. Celle-ci peut être altérée :

- par les lésions pariétales anatomiques précitées
- mais beaucoup plus souvent, par une insuffisance musculaire fonctionnelle touchant, tout ou en partie, l'abdomen.

Les indications peuvent relevées de demande :

- esthétique
- morphologique
- réparatrice.

I – le *mini-lift* correspond à l'exérèse d'un fuseau cutané sus pubien, possible quand la distance ombilico-pubienne est importante. Il est également possible de décoller jusqu'à l'ombilic, de sectionner celui-ci et de le repositionner 2 à 3 cm plus bas, avec toujours à l'esprit de laisser une distance ombilico-pubienne quand même suffisante.

II – la *lipectomie en ancre*

\* principalement pour les ventres plissés post-gravidiques sur lesquels on ne peut pas toujours enlever tout l'espace entre l'ombilic et le pubis. Le décollement est mené jusqu'à l'appendice xiphoïde.

\* également pour certains ventres cicatriciels.

III – la **lipectomie horizontale**, la plus souvent réalisée, emporte l'espace entre l'ombilic et le pubis, et laisse donc une cicatrice basse, horizontale ou en « guidon de vélo ».

IV – la lipectomie peut s'étendre plus loin latéralement : la **lipectomie antéro-latérale de Callia**.

V – la **lipectomie verticale**.

VI – lorsque l'excès est antérieur, latéral et postérieur après amaigrissement, une **lipectomie circulaire ou bodylift** est proposée : au cours de la même anesthésie générale, on opère d'abord en décubitus ventral puis dorsal.

VII – la **lipectomie atypique**, ici, exérèse basse et sous mammaire, sans décollement.

VIII – les lipectomies associées à la lipoaspiration

IX – la **lipoaspiration seule**, quand la peau est de belle qualité et peut rétracter.

X – la **lipectomie fonctionnelle** chez les patientes beaucoup trop grosses, où l'on ne fait qu'enlever le bourrelet sans aucun décollement.

#### **CONCLUSION :**

- geste souvent demandé
- qui demande la participation de la patiente
- qui apporte un gain esthétique chez les femmes à poids normal et à musculature correcte.
- qui n'apporte qu'un gain fonctionnel chez les patientes obèses.

# PHẪU THUẬT LẤY MỠ BỤNG

## Elisabeth Holdin

- Ít có chương trình điều trị nào lại đề cập đến những trường hợp lâm sàng khác nhau như vậy. Từ ngữ “Phẫu thuật tái tạo bụng” càng được dùng có vẻ thích hợp hơn vì đôi khi có những trường hợp không có mỡ thừa để lấy bớt.
- Bụng một trong những biểu tượng của người nữ tính, bụng có thể bị biến dạng do thai kỳ, thay đổi cân nặng, phẫu thuật hoặc già nua.
- Hút mỡ bụng đã góp phần nhiều vào các can thiệp phẫu thuật.
- Các mục tiêu của phẫu thuật tạo hình bụng bao gồm:
  - Căng da bụng
  - Giảm bề dày lớp mỡ nếu cần
  - Điều trị các tổn thương thành bụng về phương diện giải phẫu học (hở thành bụng, thoát vị, lòi phủ tạng)
- Bụng thành bụng phải đúng đắn để đạt được kết quả thẩm mỹ tốt, điều này là do:
  - Các tổn thương giải phẫu học thành bụng đã được kể trên. Nhưng thường gặp hơn là do suy chức năng của một phần hoặc toàn bộ hệ thống cơ thành bụng
- Các chỉ định có thể xuất phát từ yêu cầu:
  - Thẩm mỹ
  - Hình thể học
  - Sửa chữa

### I. Mini- lift:

Là phẫu thuật cắt bỏ một vùng da theo hình thoi phía trên xương mu, được sử dụng khi khoảng cách rốn-vệ quá xa, đồng thời có thể bóc tách đến tận rốn, cắt rốn và kéo xuống may lại thấp hơn 2-3cm, tuy nhiên phải luôn nhớ chừa một khoảng cách rốn-vệ hợp lý.

### II. Lấy mỡ hình mỏ neo

- Đây là phương pháp chủ yếu cho các trường hợp bụng nhăn nheo nhiều sau sinh khiến không thể lấy trọn khoảng mỡ giữa rốn và xương mu. Việc bóc tách có thể kéo đến tận xương ức.
- Phương pháp này cũng dùng cho các trường hợp bụng có sẹo mổ cũ.

### III. Lấy mỡ đường ngang (chân trời)

- Hay được thực hiện nhất bao gồm việc lấy mỡ ở khoảng giữa rốn và xương vệ, để lại sẹo thấp nằm ngang hoặc giống hình “tay lái xe đạp”

### IV. Việc lấy mỡ có thể xa ra tận hai bên: lấy mỡ trước – bên theo phương pháp Callia

### V. Lấy mỡ dọc



- VI. Khi mỡ thừa đọng ở phía trước, sau và hai bên, thường gặp sau khi ốm bớt, thì phẫu thuật lấy mỡ hình vòng tròn hoặc body lift được đề nghị: dưới gây mê toàn thân, trước tiên mỡ ở tư thế nằm sấp sau đó làm nằm ngửa.
- VII. Lấy mỡ không điển hình: lấy ở thấp và dưới vú, không bóc tách.
- VIII. Lấy bớt mỡ kết hợp với hút mỡ.
- IX. Hút mỡ đơn thuần: sử dụng khi da còn đẹp, chất lượng còn tốt và có khả năng co rút.
- X. Lấy mỡ chức năng: ở các khách hàng béo hơn chỉ phải lấy phần mỡ thừa mà không cần bóc tách gì cả.

### **Kết luận**

Phẫu thuật lấy mỡ bụng luôn cần có:

- Thường được yêu cầu
- Cần có sự phối hợp của khách hàng
- Làm đẹp thêm cho các phụ nữ có trọng lượng cơ thể bình thường và hệ thống cơ hoàn chỉnh
- Thêm chức năng cho các phụ nữ béo phì

## **AUGMENTATION MAMMAIRE ET PTOSE**

**Professeur Elisa Lebreton**

**Victor Médard de Chardon, Thierry Balaguer, Bérengère Sicard Chignon et Younès Riah**

L'analyse d'une série de 200 observations de patientes ayant bénéficié d'une première augmentation mammaire à visée esthétique, par prothèses en gel de silicone, opérées entre avril 2001 et février 2007 a mis en évidence la grande fréquence des demandes liées à une ptose constitutionnelle ou acquise : 40%.

La comparaison des taux de satisfaction post-opératoire des patientes et des chirurgiens fait état d'une nette différence (pour 91,5% de patientes satisfaites sur la série globale, ce taux est de 83,5% lorsqu'il existe une ptose préopératoire et seulement de 70% si cette ptose est importante).

En fonction de critères morphologiques préopératoires, nous proposons une classification de la ptose de grade I ou II ; les ptoses de grade II doivent être prises en charge par l'association d'une mammopexie à l'implantation de prothèses. Lorsqu'elles refusent les cicatrices de pexie, dans la moitié des cas elles souhaitent une réintervention pour cure de ptose post-opératoire.

La position pré- ou rétropectorale de la prothèse, le choix de la forme de cette prothèse et la voie d'abord sont discutés en fonction de l'importance de la ptose pré-opératoire mais également de la qualité de la peau, de la base d'implantation mammaire, de la taille et de la position de l'aréole sur le sein.

## **KỸ THUẬT NÂNG NGỰC VÀ KỸ THUẬT TẠO HÌNH VÚ SA TRỆ**

**Giáo sư Elisa Lebreton**

**Victor Médard de Chardon, Thierry Balaguer, Bérengère Sicard**

Phân tích trên một nghiên cứu gồm 200 bệnh nhân được phẫu thuật thẩm mỹ làm to ngực lần đầu bằng túi silicone, trong thời gian từ tháng 04 năm 2001 đến tháng 02 năm 2007, chúng tôi ghi nhận nhu cầu rất lớn liên quan đến vú sa trệ tự nhiên hay mắc phải là 40%.

So sánh sự hài lòng của bệnh nhân và phẫu thuật viên sau phẫu thuật có một sự khác biệt đáng kể (91, 5% bệnh nhân hài lòng, tỷ lệ này là 83, 5% khi có vú sa trệ trước mổ và chỉ có 70% nếu như vú sa trệ nhiều).

Theo những tiêu chuẩn về hình thái học trước mổ, chúng tôi đề nghị phân ra 2 mức độ sa trệ: độ 1 và độ 2.

Điều trị sa trệ vú độ 2 phải kết hợp với phẫu thuật nâng vú với đặt túi ngực. Khi người bệnh từ chối các sẹo mổ nâng vú, ½ trong số họ phải chấp nhận phẫu thuật lại để can thiệp vú xệ sau mổ.

Việc chọn lựa vị trí đặt túi ngực ở trước hoặc sau cơ ngực to, các loại túi ngực cũng như đường rạch da cần được cân nhắc tùy theo mức độ sa trệ vú trước mổ cũng như chất lượng của da, vị trí của vú, kích thước và vị trí của núm vú.

## **COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE DU SEIN**

**Professeur Elisa Lebreton**

**Victor Médard de Chardon, Thierry Balaguer, Bérengère Sicard Chignon et Younès Riah**

Hématome, infection nosocomiale et nécroses cutanées sont des complications possibles de tout acte chirurgical.

La chirurgie plastique du sein comporte trois volets : réduction et cure de ptose, implants d'augmentation et reconstruction mammaire après traitement d'une cancer.

Pour chacun de ces gestes, nous avons analysé les principales complications et leur prise en charge :

Plasties de concentration ou de réduction : nécroses cutanées et séquelles cicatricielles,

Implants prothétiques : hématomes, infections, maladie de Mondor, synmasties, malpositions, contractions périprothétiques, « vagues », ptoses ou doubles contours, douleurs et troubles de la sensibilité.

La reconstruction mammaire après amputation pour cancer associe le plus souvent une prothèse et une plastie de réduction controlatérale et comporte donc le risque de complications des deux interventions précédentes avec la particularité qu'apporte la radiothérapie éventuelle du côté de la reconstruction.

La complication la plus importante de tous ces gestes reste l'insatisfaction des opérées et à ce titre, l'information de la patiente et la compréhension préopératoire de sa demande nous semblent essentielles.

## **BIẾN CHỨNG CHUYÊN BIỆT TRONG PHẪU THUẬT THẨM MỸ TẠO HÌNH VÚ**

**GS Elisa Lebreton**

**Victor Médard de Chardon, Thierry Balaguer, Bérengère Sicard**

**Chignon và Younès Riah**

Khối máu tụ, nhiễm trùng bệnh viện, hoại tử da là những biến chứng có thể gặp ở mọi loại phẫu thuật tái tạo.

Phẫu thuật tái tạo vú gồm 3 phần chính: chỉnh hình và điều trị vú bị sa trệ, ghép túi ngực và tái tạo vú sau điều trị ung thư vú.

Chúng tôi đã phân tích các biến chứng chính của mỗi phương pháp và cách điều trị chúng:

- Thẩm mỹ tạo hình vú: biến chứng hoại tử da và các di chứng sẹo.
- Đặt túi ngực: máu tụ, nhiễm trùng, bệnh Mondor, đau vú, lệch vú, co thắt quanh vùng đặt túi ngực dấu hiệu “gợn sóng”, sa trệ vú hoặc vú có 2 đường viền, đau và rối loạn cảm giác.
- Phẫu thuật thẩm mỹ tạo hình vú sau sau đoạn nhũ vì ung thư thường kết hợp với đặt túi ngực và phẫu thuật chỉnh hình vú đối bên, do đó nguy cơ của các biến chứng bao gồm phẫu thuật tái tạo vú và đặt túi ngực kết hợp với nguy cơ sau xạ trị nhất là bên vú bị đoạn nhũ.

Tuy nhiên, điều quan trọng nhất của mọi phương pháp vẫn là sự không hài lòng của phẫu thuật viên về các mục tiêu mà họ muốn đạt đến, những thông tin của người bệnh và sự hiểu biết trước mổ là cơ sở đặt ra những yêu cầu chính cho các phẫu thuật viên.