

KHỦNG LONG TRỞ LẠI !!!

- Vi phẫu vôi trứng qua mổ hở
- Kinh nghiệm 30 năm (1977 – 2007)
- D.K. TRAN (NICE)
- Vi phẫu vôi trứng qua mổ hở có còn giúp ích cho điều trị hiếm muộn?



ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 1669 bệnh nhân được phẫu thuật từ 1977 - 2007

- 1517 tiên lượng tốt
- 152 tiên lượng xấu (1977- 1987)

Phương pháp :

- Khảo sát và ghi nhận kỹ trước mổ.
- Gửi giải phẫu bệnh tất cả các mô lấy đi
- Ghi hình lại tất cả các cuộc mổ...
- Số ngày nhập viện tối đa 4 ngày (40%: 3 ngày)
- Nếu bệnh nhân không có thai: HSG sau 6 tháng, nội soi sau 1 năm
- Mất dấu được xem như điều trị thất bại

CÔNG CỤ

- Microscopes :
 - Zeiss OPMI 6 (1977-1994)
 - Leica-Wild M690 (sau 1994)
- Instruments :
 - Fine extremity : 1mm
 - Length : 15 - 18cm

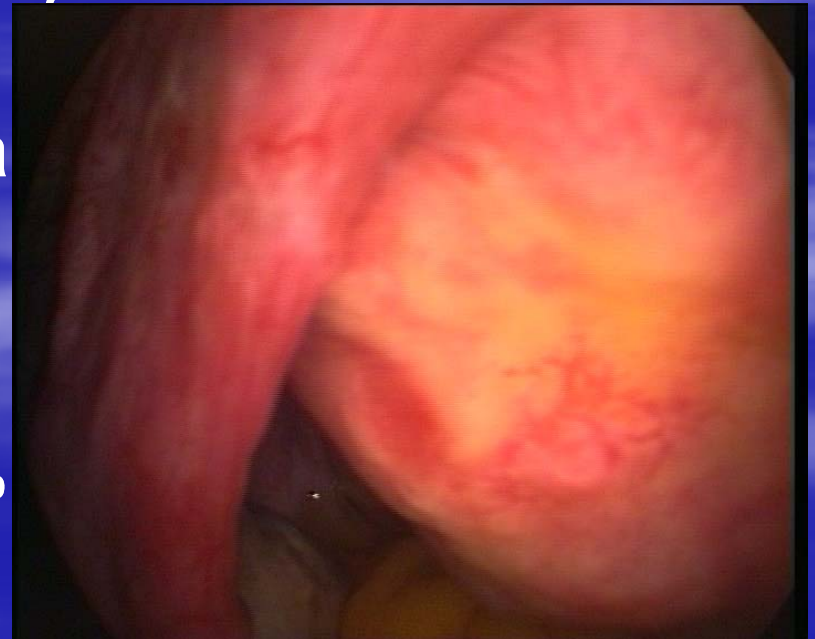


NGUY CƠ DÍNH SAU MỔ

- Sử dụng các chất instillates (excepted for reversal & isolated proximal occlusion):
 - Ringer lactate – Physiologic serum+noxytioline+corticoid – Dextran 70 – Intergel – Icodextrin --
- 2 yếu tố cơ bản tránh hình thành dính:
 - Tuân thủ chặt chẽ nguyên tắc vi phẫu và chất lượng phẫu thuật
 - Quan sát dính đã có

SỰ HÌNH THÀNH DÍNH VÀ TÁI DÍNH

- 1111 không có dính trước mổ:
 - 327 bn không có thai sau 1 năm được nội soi chẩn đoán và điều trị
 - Chỉ 10% dính dạng băng (dính chỗ nối VT 0, dính đoạn gần 5, dính đoạn xa 27)
- 406 có dính trước mổ
 - 5 dính chỗ nối+20 dính đoạn xa
 - 215 bn không có thai sau 1 năm được chẩn đoán và điều trị
 - Tái dính dạng dải dính 25%
 - Tái dính toàn bộ = 77%



NỐI VÒI TRỨNG

- Kỹ thuật nối vòi trứng
 - Nối eo – eo, nối eo – eo kích thước khác nhau, nối eo – bóng, nối bóng - bóng
- Khâu 2 lớp:
 - Lớp trong 4 mũi 8/0
 - Lớp ngoài khâu mũi liên tục



Kết quả nối vòi trứng

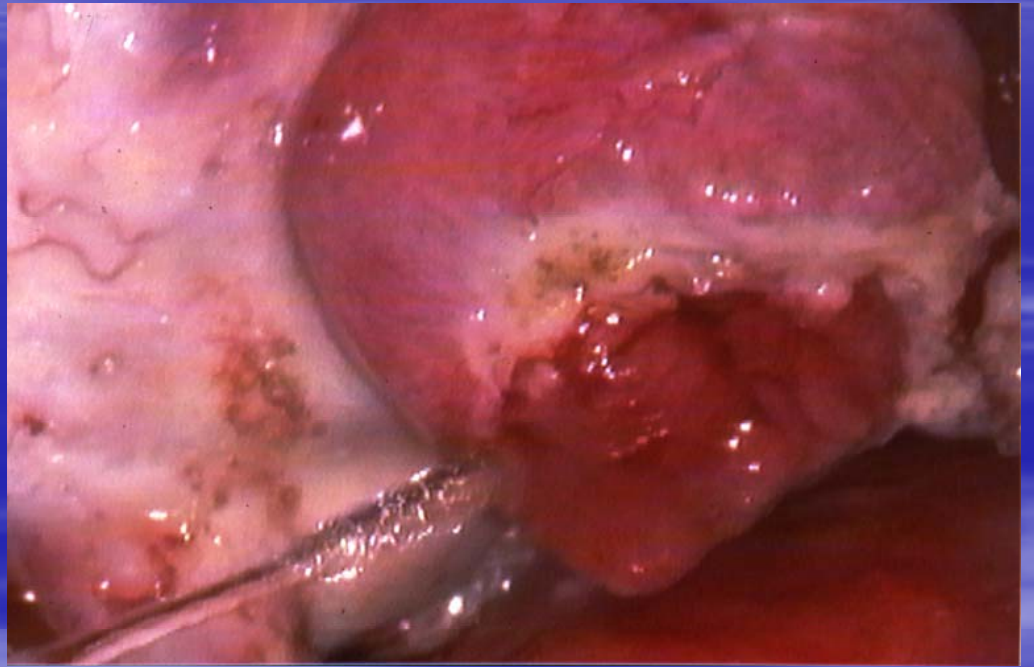
- 485 bệnh nhân(45% > 40 tuổi)
- Có thai = 411 (84,7%)
có thai + sanh = 388 (80%) – (91% trong năm đầu)
- Thai ngoài TC = 7 (1.5%)
- Mất dấu = thất bại
- Đặc biệt: lạc NMTC đoạn gần = nguy cơ TNTC →cắt bỏ hoàn toàn đoạn dính, nối eo – loa vòi

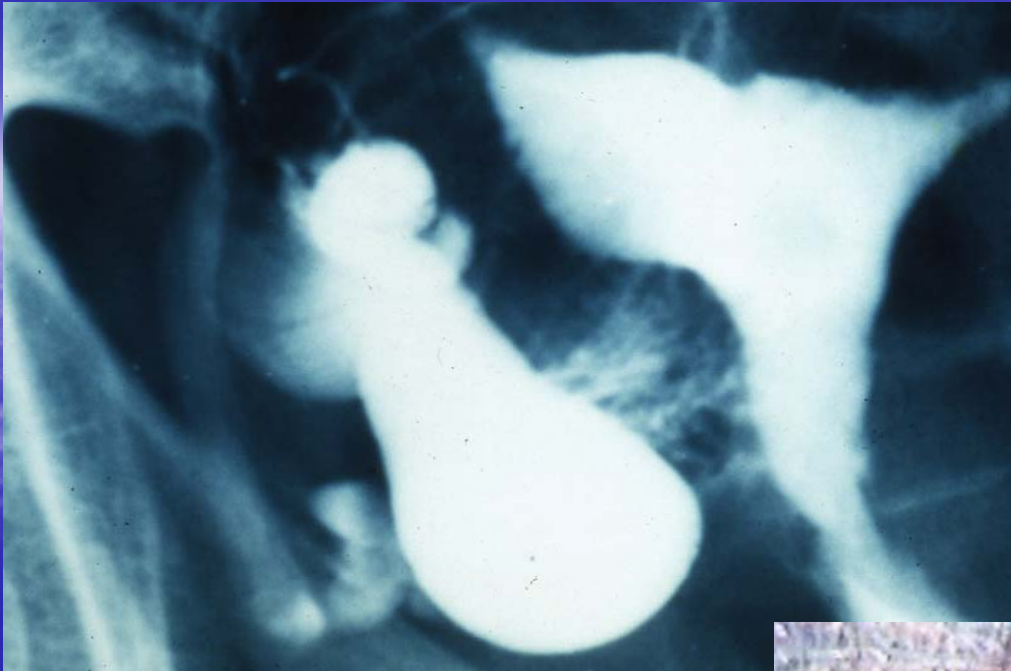
Nối vò trứng

	n	thai+sanh	TNTC
C KOH (Paris 2000)	98	73%	7%
Dubuisson (one stitch) (Paris 2000)		65%	8%
Tae Ki Yoon (1998)	202	150 (74%)	5 (3,2%)

Tổn thương đoạn xa

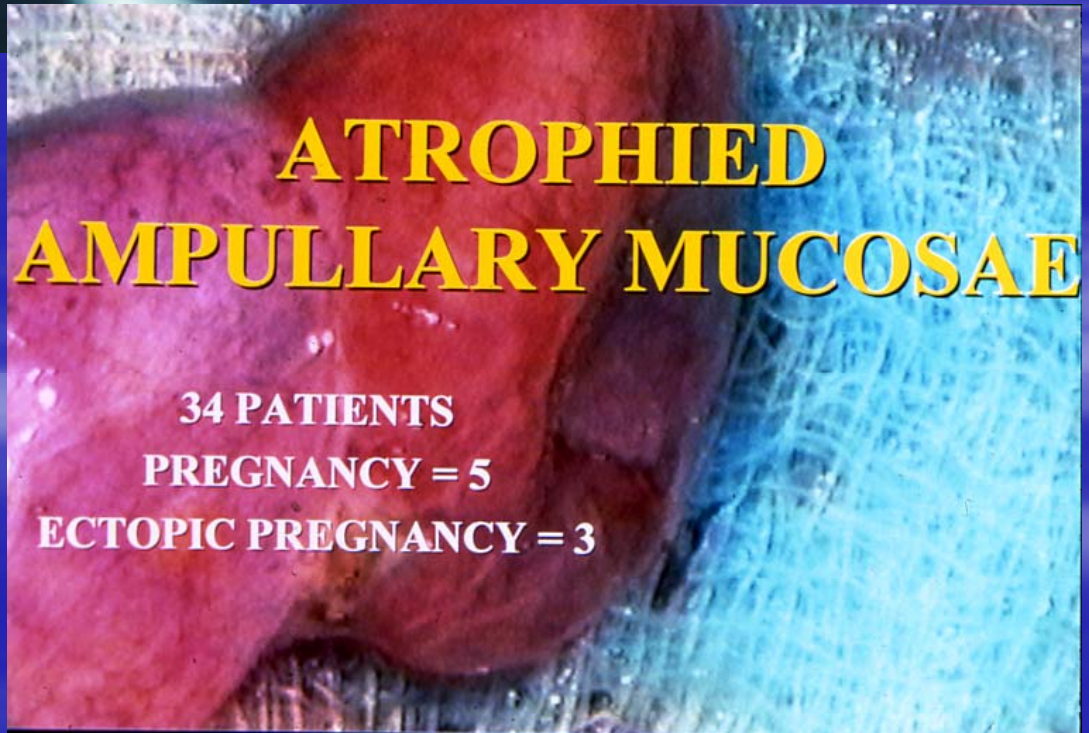
- Các yếu tố tiên lượng xấu
 - Dính nhiều
 - Dính dày chặt
 - Teo niêm mạc vòi trứng
 - Dính lòng đoạn bóng

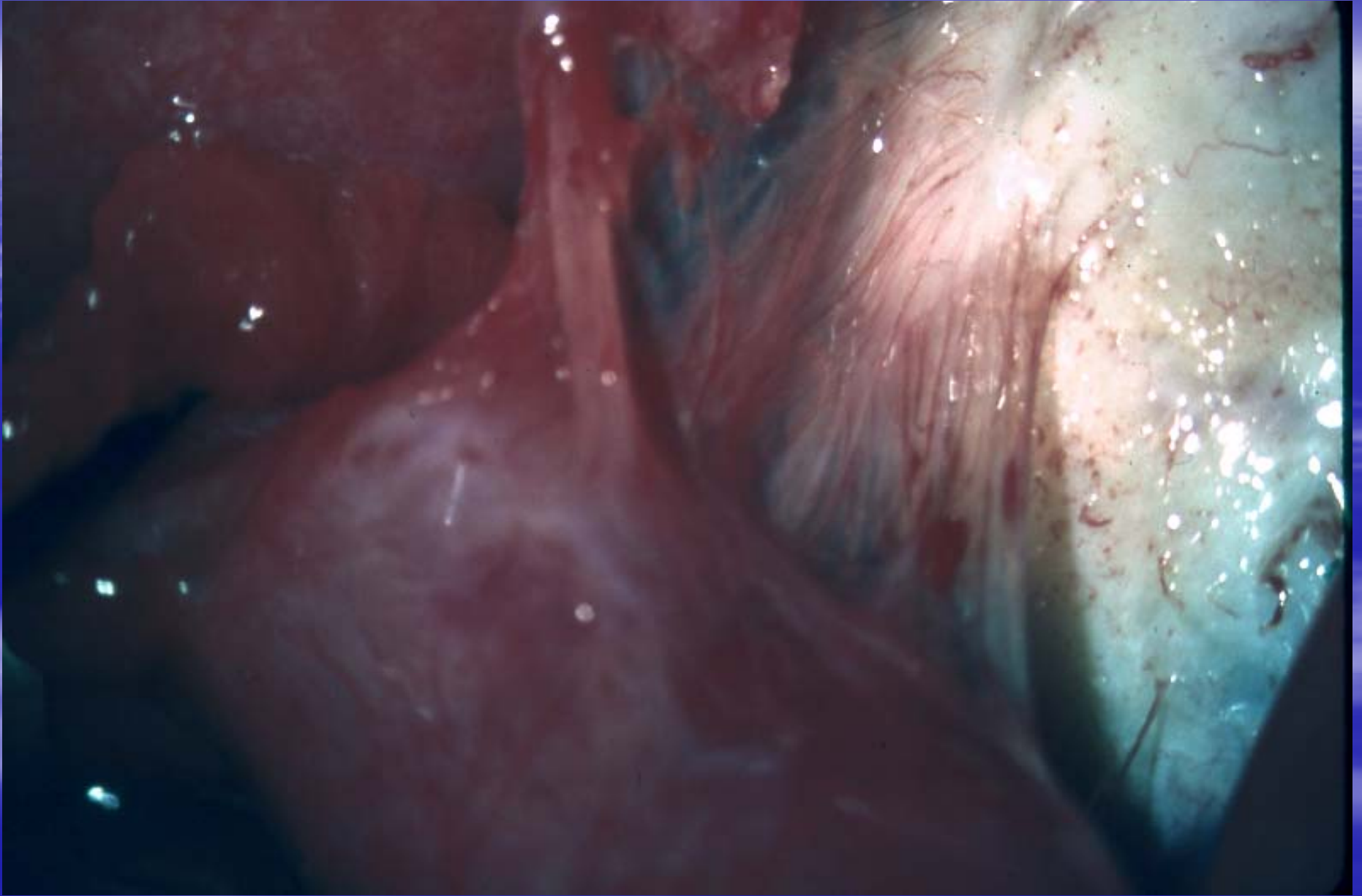




ATROPHIED AMPULLARY MUCOSAE

34 PATIENTS
PREGNANCY = 5
ECTOPIC PREGNANCY = 3

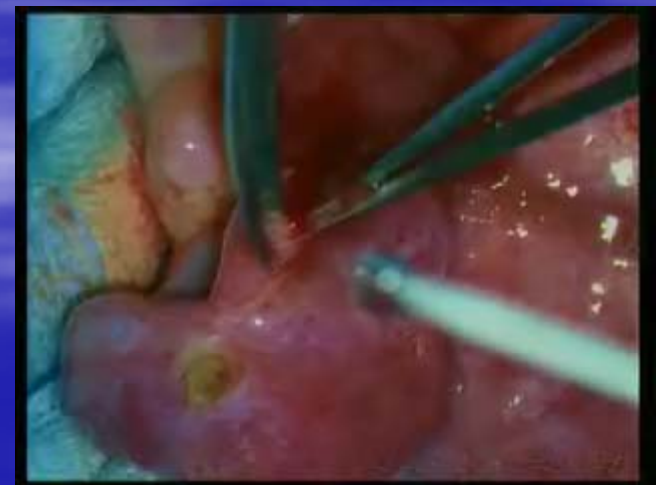




Tổn thương đoạn xa tiên lượng tốt

- Tái tạo tua đoạn loa vòi
273 bn:
 - Có thai = 218 (79.8%)
 - Có thai + sanh = 205 (75.1%)
 - TNTC = 11 (4%)

Mất dấu = thất bại



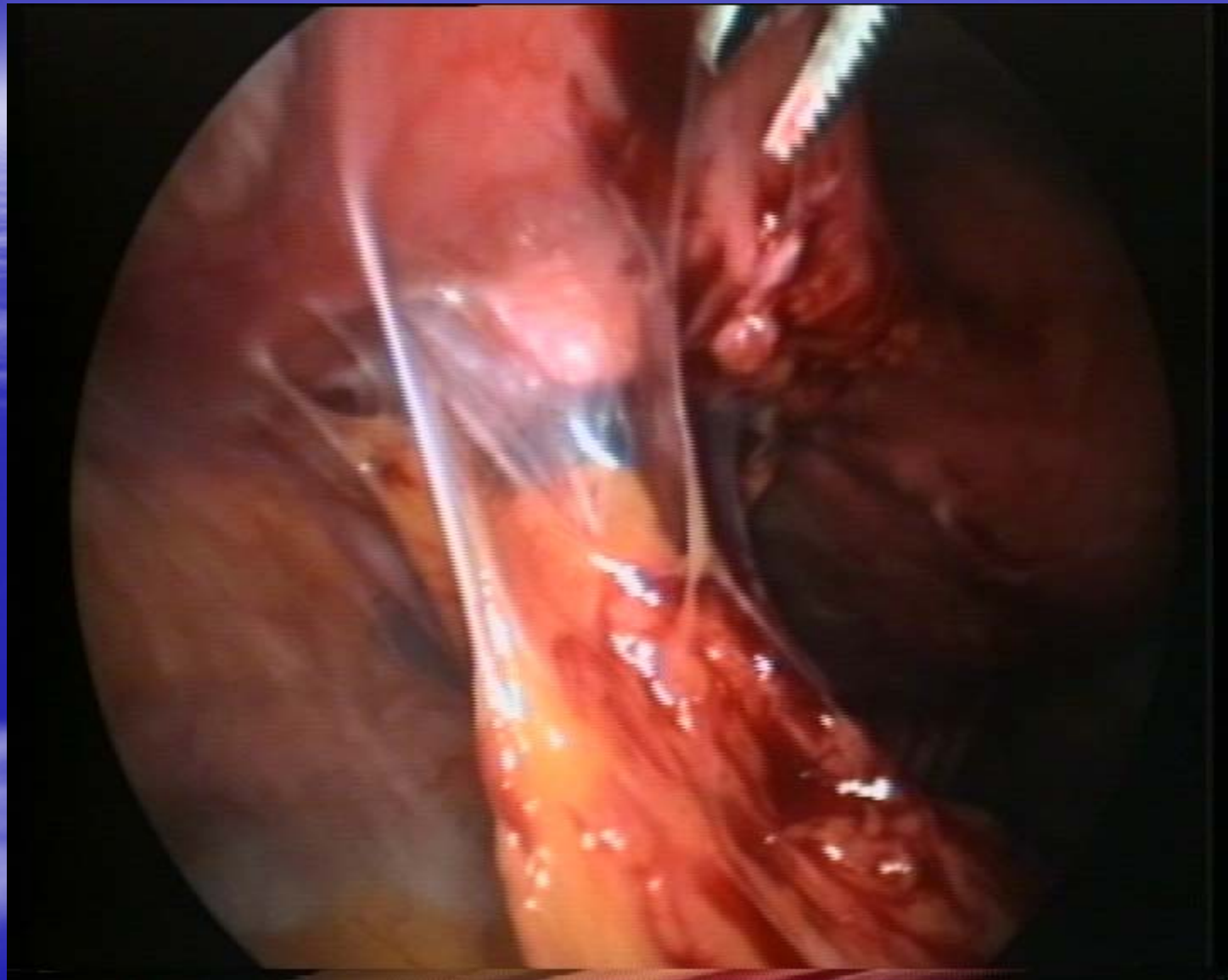
TỔN THƯƠNG ĐOẠN XA TIÊN LƯỢNG TỐT

- Tạo mới vòi trứng: 254 bn
 - Có thai = 153 (60%)
 - Có thai + sanh = 140 (55%)
 - TNTC = 17 (6.7%)



Tạo hình tai vò

Tác giả	Năm	n	Có thai %	TNTC %
Dubuisson	1993	81	32.1	4.9
Larue	1990	25	28.4	4
Canis	1991	87	33.3	6.9
Henry-Suchet	1991	28	32	14
Eyraud	1993	44	22.7	4.5
Andebert	1993	100	20.5	5.5
Erny	1993	44	22.7	4.5



TỔN THƯƠNG ĐOẠN GẦN

PHẪU THUẬT ĐOẠN GẦN

- Đầu tiên: R. PALMER, P. EHRLER
- Vi phẫu : công bố
 - V. GOMEL : 1977
 - McCOMB & V. GOMEL : 1980
 - E. CORNIER & J. SALAT-BAROUX : 1979
 - J. B. DUBUISSON & J. BARBOT : 1983
 - P. E. PATTON : 1987
 - D. K. TRAN : 1985 – 1987 - 2007

OBSTRUCTION TOTALE

PERMANENTE



INTERMITTENTE



OBSTRUCTION PARTIELLE

RIGIDITE



IRREGULARITE



DIVERTICULES

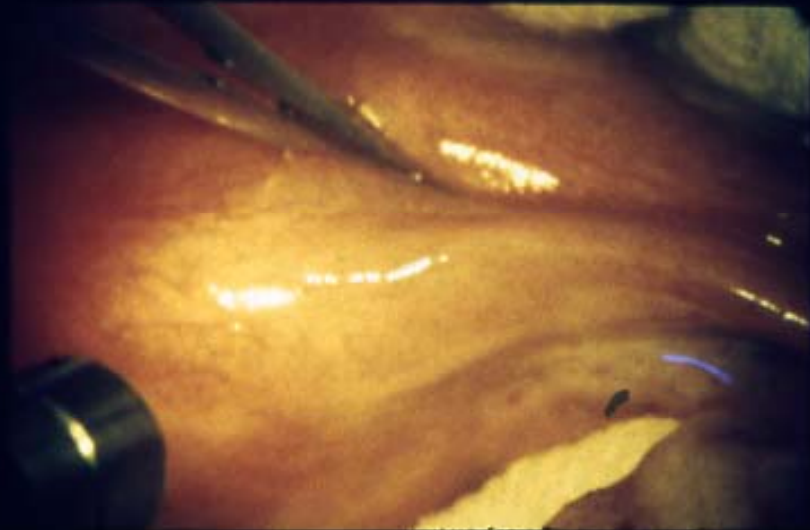
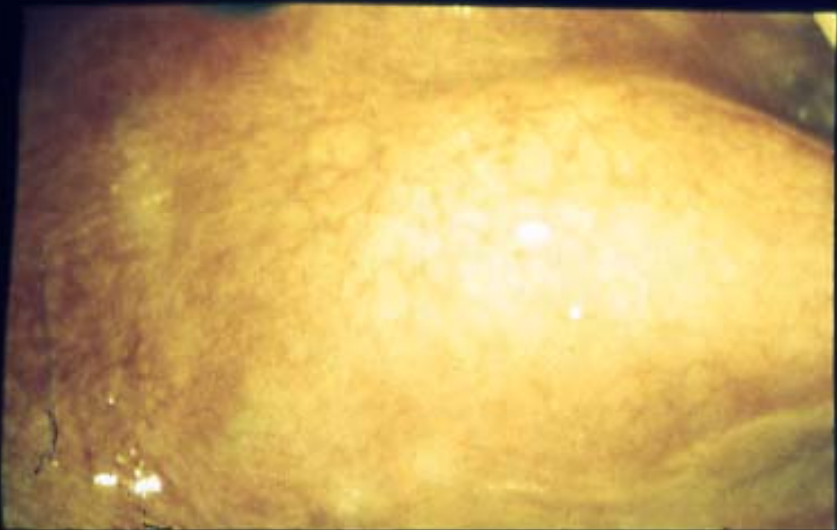
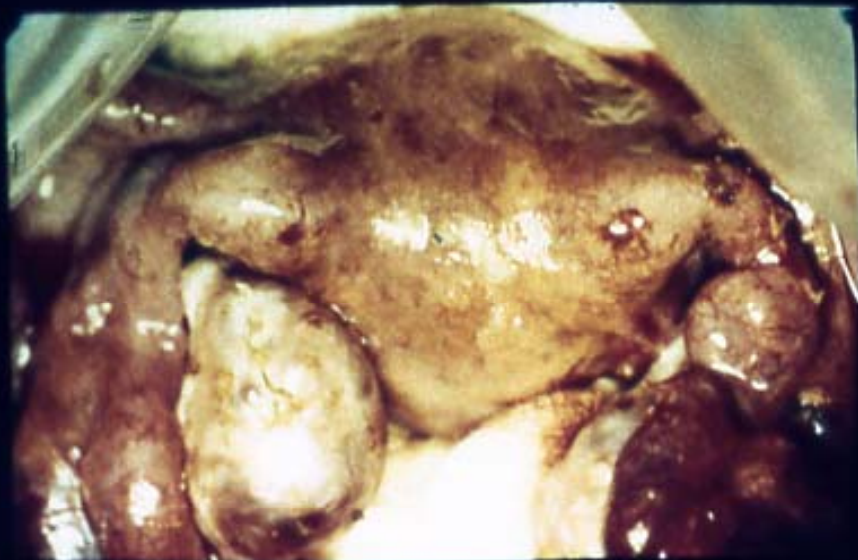


POLYPES



MIXTES





CORRESPONDANCE HSG - HISTOLOGY

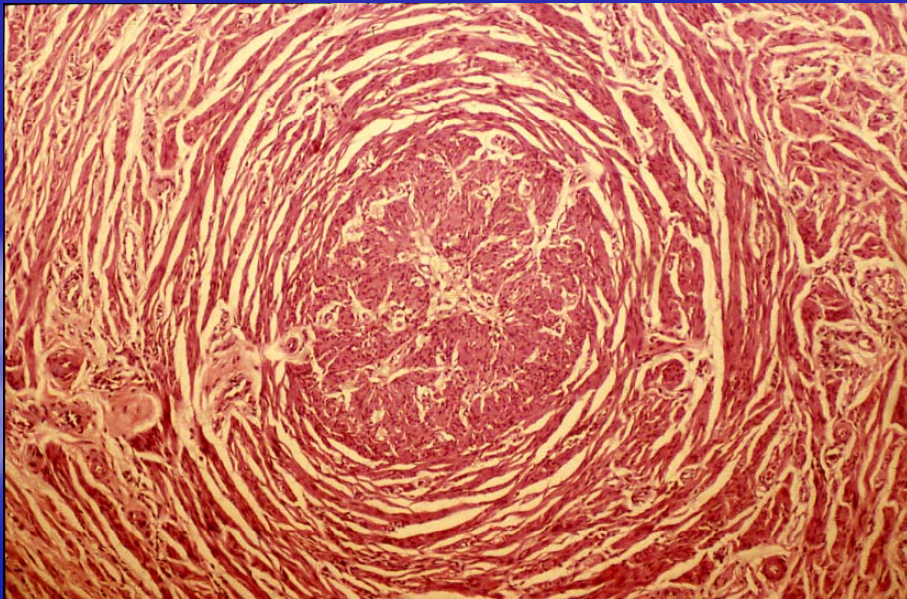
1977 - 1999 = 883 operated tubes

Rx Histology	Total obstruction		Partial obstruction					Total
	Permanent	Intermittent	Irreg.	Bomb + rigidity	Divert.	Combined - Div.	Polyp	
Fibrosis	175	55	47	55	40	80	36	488
Endometr.	57	18	16	13	32	24	7	167
"Salp.prox"	45	10	6	14	26	26	7	134
Isolated polyp		4			2	10	20	36
Col.Endom.	6		9	2	6	2	2	27
Tuberculosis	5							5
No lésion		8	4	3	3	7	1	26
Total	288	95	82	87	109	149	73	883
	288 (32,6%)	595 (67,4%)						

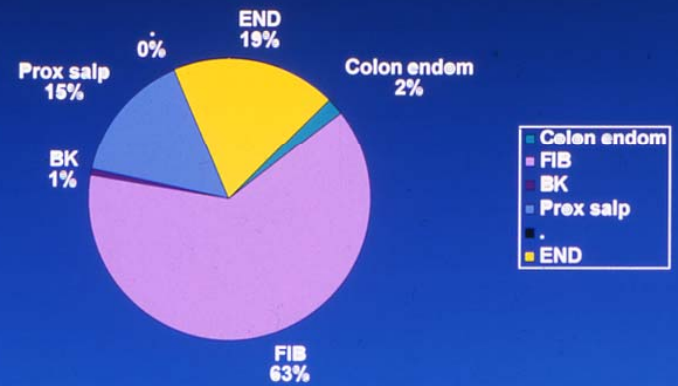
TỔN THƯƠNG ĐOẠN GẦN

1977 – 1999 : 893 ca

- Xơ hoá = 493 (55.2%)
- Lạc NMTC = 170 (19.1%)
- Lạc NMTC ở đoạn gần vòi trứng = 136 (15.3%)
- Lạc NMTC xâm lấn = 27 (3%)
- Polype riêng lẻ = 36 (4%)
- Lao = 5 (0.5%)
- Không tổn thương = 26 (5.9%)

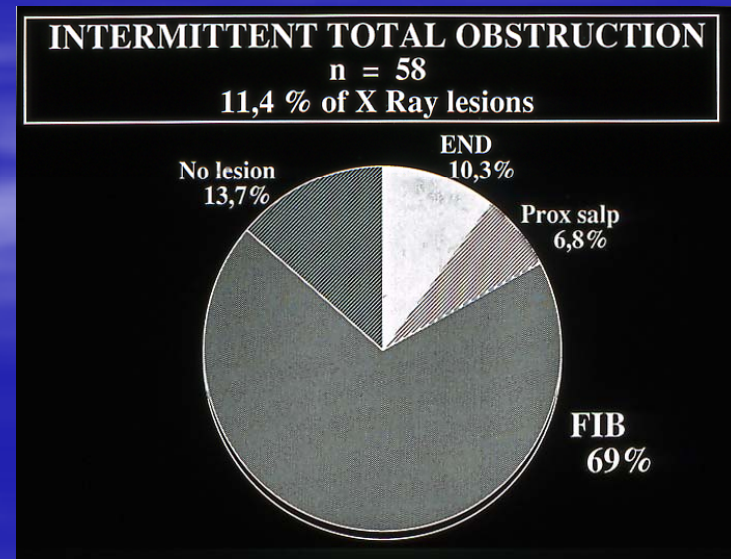
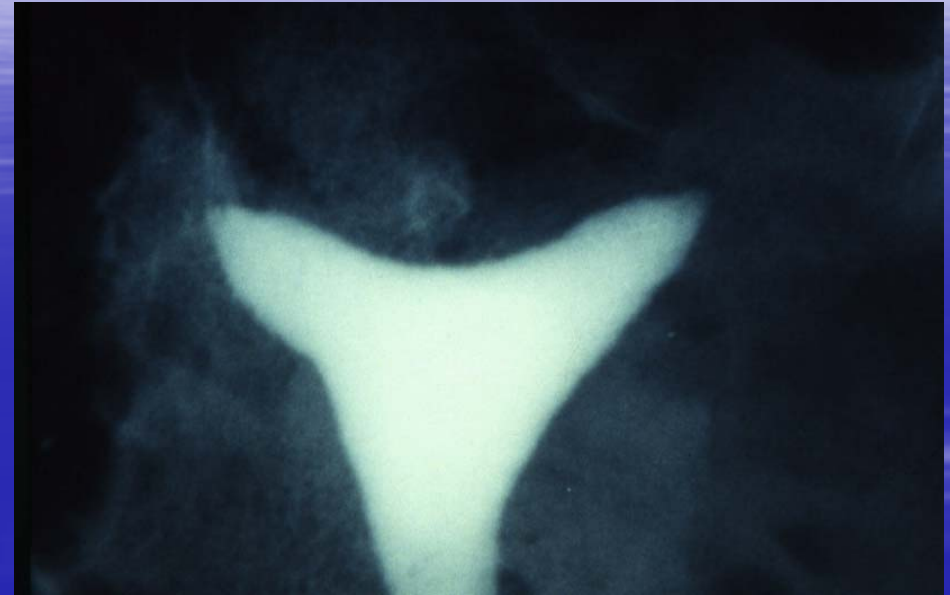


PERMANENT TOTAL OBSTRUCTION 31% of X Ray lesions



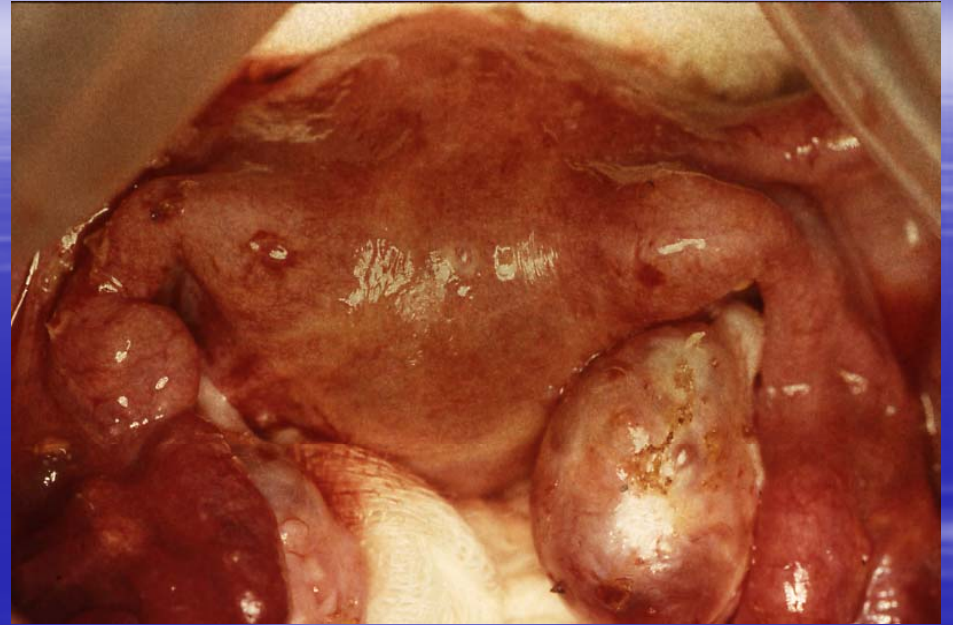
Tắc nghẽn hoàn toàn

- 67% = tắc nghẽn chất cản quang, polyp có thể thông bằng HSG, test chất màu xanh, nong lòng vòi trứng...
- 33% phẫu thuật:
 - 8% = không tổn thương = co thắt R. Palmer

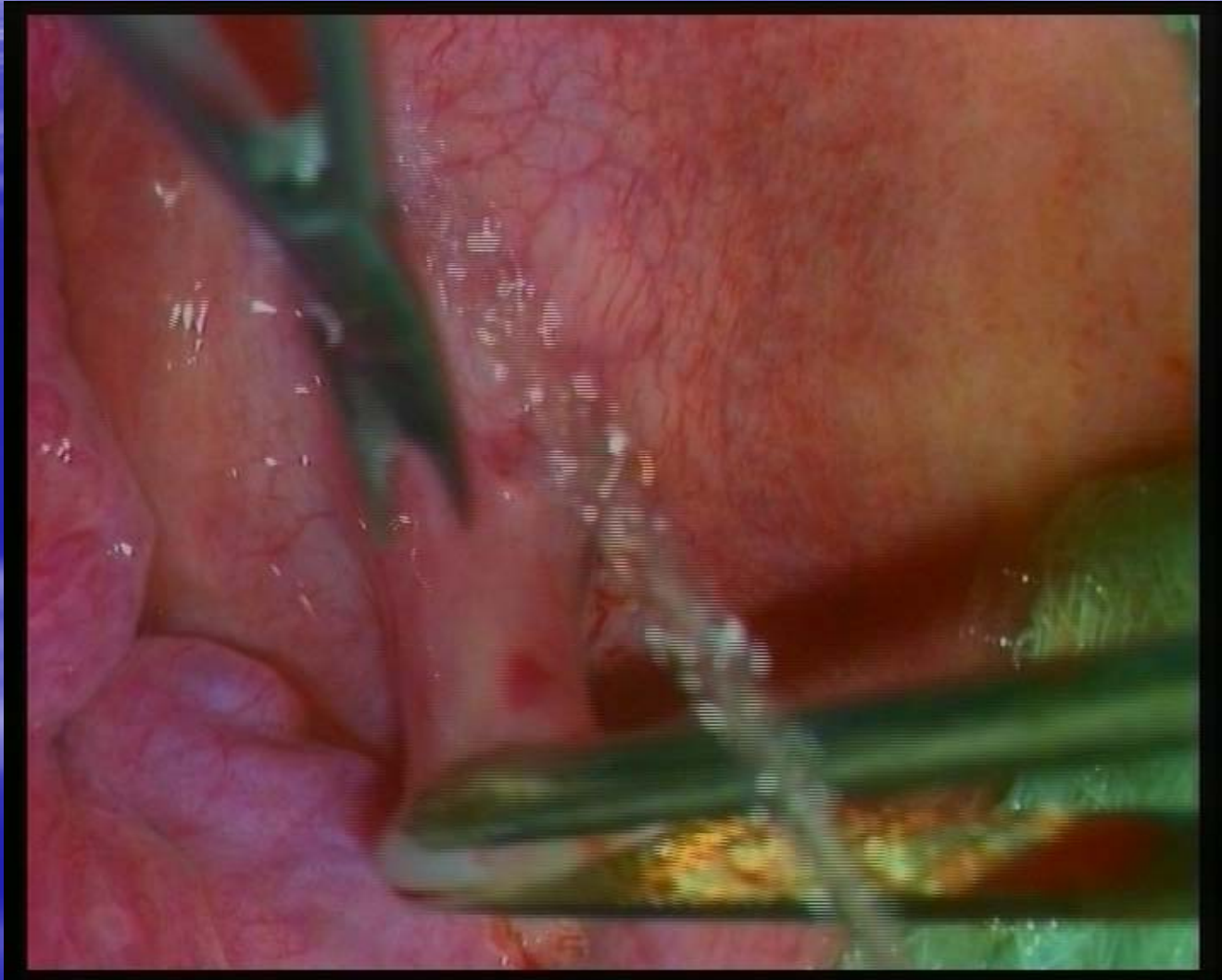


Túi thừa

- Xơ hoá = 40%
- Lạc NMTC = 33%
- Lạc NMTC ở đoạn gần = 21%
- Lạc NMCT xâm lấn = 6%



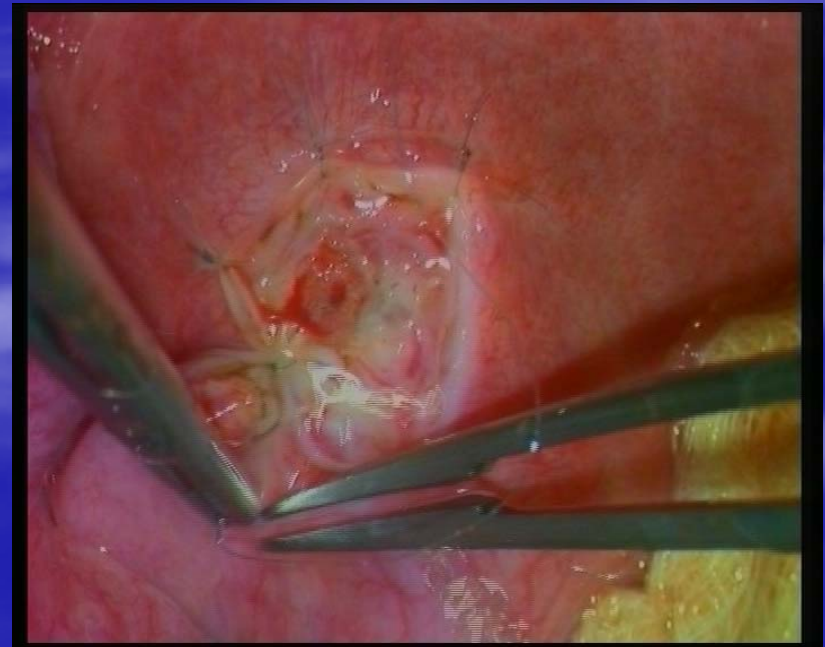
Kỹ thuật nối đoạn eo - kẽ vùi trứng



Tổn thương đoạn xa

- 505 bn có tiên lượng tốt
 - Có thai = 378 (74.8%)
 - Có thai + sanh = 343 (68%)
 - TNTC = 20 (4%)

Mất dấu > 2năm= thất bại



Kinh nghiệm có giúp ích cho
điều trị hiếm muộn?

Có: vì 2 lý do

Lý do 1 = chọn lọc bệnh nhân
phẫu thuật

Không khác biệt giữa phẫu thuật & IVF

Không khác biệt giữa vi phẫu qua mổ
hở & nội soi

Tổn thương đoạn xa
(HSG + nội soi)

Tiên lượng không tốt

- Màng dính dày
- Teo niêm mạc
- Xơ dày thành vòi trứng
- Dính lòng đoạn bóng vòi trứng (55%)

Tiên lượng tốt

Vi phẫu vòi trứng
Kích thích buồng
trứng

TNTC

Cắt tai vòi

IVF

Cắt tai vòi

Không có thai
Sau 1 năm

Có thai+sinh

Tổn thương đoạn gần/HSG

Hoàn toàn

Incomplete with
tubal patency preserved

Nội soi

Tắc hoàn toàn

Tắc 1 phần

Nội soi

Dính nhiều
(đoạn kẽ và eo)

Dính ít

Tổn thương đoạn gần
(nodosa, deformation,
intravasation)

Quan sát vòi trứng
Bình thường

Điều trị nội
Chống dính lòng TC

IVF

Vi phẫu thuật đoạn gần

Không có thai sau 1 năm

No pregnancy
(1 year after)

Lý do 2 : chứng minh vi phẫu không bao giờ mất

- Chống chỉ định tương đối: nhiễm trùng hay viêm cấp vùng chậu
- Nguyên tắc vi phẫu
 - Cầm nắm nhẹ nhàng
 - Cắt tỉ mỉ tránh gây thiếu máu
 - Cầm máu chọn lọc bằng bipolar và không đốt quá nhiều
 - Liên tục nhỏ nước làm ẩm
 - Phủ kín phúc mạc
 - Chỉ khâu mảnh



Dính trong vi phẫu thuật qua nội soi

- Scar group... Holmdahl & al . 1997
- Canis M. & al : 2001
- Practice commitee of ASRM & Society of Reproductive Surgeons : 2007

Bạn có thể phẫu thuật vòi trứng tốt
nếu trân trọng và nâng niu vòi trứng

Raoul Palmer