# ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT TREO TỬ CUNG VÀO MÕM NHÔ QUA NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ SA TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

BS. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

TU DU HOSPITAL

23/9/2009

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Sa sinh dục (SSD) = sa các cơ quan trong vùng chậu ( POP pelvic organ prolapsus ): suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu → sự tụt xuống các cơ quan này vào AĐ

- 50% PN độ tuổi 15 - 60 bị SSD, ngày càng nhiều PN đi khám vì những khó chịu do bệnh gây ra

- SDD chiếm 1 / 5 chỉ định mổ PK

- Mỹ : > 400.000 ca mổ SSD → PT điều trị các RL do SSD là vấn đề được quan tâm, # 125.000 ca tái phát (31,2 %) → PT điều trị SSD cũng thường bị thất bại

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Bệnh ảnh hưởng chất lượng sống do  ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày, RL chức năng các cơ quan vùng chậu: giao hợp khó, tiểu không kiểm soát, bón, viêm nhiễm…

- Nhiều PP điều trị: tập cơ vùng chậu, kích thích điện cơ, mang vật nâng, PT treo TC / mỏm cắt - mỏm nhô, vào d/c cùng gai ngồi…

- Lựa chọn PP điều trị: tùy độ nặng nhẹ của bệnh, cơ quan bị sa, sức khỏe BN, khả năng và sở trường PTV…

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Đời sống càng cao → chất lượng sống đòi hỏi càng phải cải thiện hơn

- PN trong độ tuổi hoạt động sinh dục:
  - cảm thấy xấu hổ, không tự tin khi phải chung sống với bệnh
  - ước muốn sanh thêm con
  - quan niệm tình dục kéo dài sau mãn kinh
  - tâm lý còn muốn vẫn là một PN có khả năng làm vợ, làm mẹ

→ đặt ra vấn đề điều trị SSD có thể giữ lại TC, duy trì khả năng giao hợp, ít tái phát …một cách hiệu quả nhất

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- 1950: PT mổ hở treo TC - mỏm nhô ( sacrohysterocolpopexy)
- So với PT ngã ÂĐ:
  - tái phát sau mổ thấp hơn
  - thời gian bị tái phát dài hơn
  - sau mổ giao hợp ít đau hơn
  - tuy nhiên : tốn kém hơn, thời gian mổ, thời gian hồi phục sau mổ lâu hơn
- PTNS với ưu điểm:
  - ít đau sau mổ, ít tai biến hơn
  - thời gian hồi phục, trở lại công việc nhanh → nằm viện ngắn
  - chi phí điều trị giảm
  - sẹo mổ nhỏ…

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Ý tưởng ứng dụng PTNS điều trị SSD ra đời
- Đã có nhiều báo cáo trên thế giới và trong y văn về PTNS treo TC - mõm nhô
- Riêng trong nước từ trước đến nay chưa thấy có báo cáo nào về vấn đề này → lý do thực hiện NC này
- Đánh giá hiệu quả, an toàn của treo TC - mõm nhô qua NS ổ bụng

# TỔNG QUAN Y VĂN

***Hệ thống phân loại POP – Q:***

POP- Q ( pelvic organ prolapsus – quantification) được thống nhất và giới thiệu đến các nhà LS , NC bởi:

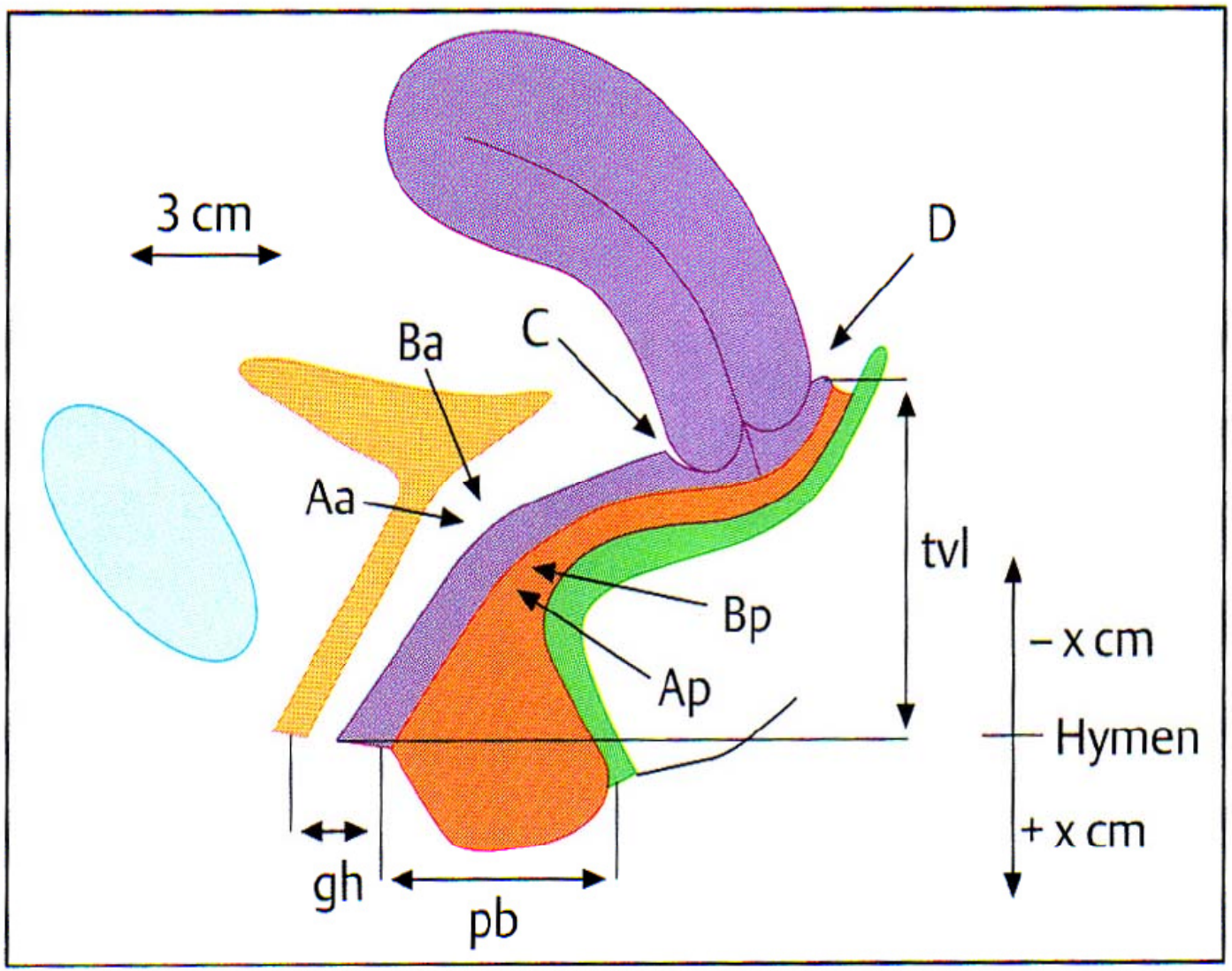
- Hiệp hội tiểu có kiểm soát quốc tế ( Internatinal continence society ICS)
- Hiệp hội  niệu phụ khoa Hoa kỳ (American of urogynecologic society AUS)
- Hiệp hội các nhà phẫu thuật phụ khoa (Society of gynecologic surgeons SGS)

# TỔNG QUAN Y VĂN

Sự ra đời hệ thống phân loại POP – Q :

- định danh cơ quan sa
- đánh giá KQ điều trị sau PT
- tiêu chuẩn hoá các thuật ngữ trong các NCKH và xuất bản tài liệu
- các BS cùng CK có thể hiểu nhau, hiểu  tình trạng BN khi họ được gởi đến

# TỔNG QUAN Y VĂN



# TỔNG QUAN Y VĂN

Có 3 cách đo: dựa vào **gh** (genital hiatus), **pb** (perineal body), **tvl** (total vaginal length)

Cách tính:

- đơn vị đo: **cm**
- ***màng trinh*** (mốc cố định để đánh giá độ sa): tại mép màng trinh là vị trí 0, nằm trên ( above) là vị trí số âm (negative number), nằm dưới ( below) là vị trí số dương (positive number)
- ***điểm A:*** điểm A thành trước ÂĐ Aa nằm ở đường giữa cách miệng niệu đạo ngoài 3cm, đó là chỗ nối giữa BQ và NĐ; điểm A thành sau ÂĐ Ap  nằm ở đường giữa cách 3 cm gần mép màng trinh

# TỔNG QUAN Y VĂN

- ***điểm B***: điểm B rất thay đổi, những điểm nằm phía trên cao về vòm ÂĐ, CTC  cho đến điểm A, nếu điểm B nằm trên vị trí – 3 = không SSD
- ***điểm C***: là CTC hay vòm ÂĐ ( nếu đã cắt TC)
- ***điểm D***: là chỗ bám của CTC vào ÂĐ, hay vòm ÂĐ; không có điểm D ( nếu không có CTC)
- ***khoảng gh***: từ miệng NĐ ngoài và mép sau màng trinh
- **khoảng pb**: từ mép sau màng trinh đến lỗ mở HM
- ***tvl*****:** độ sâu lớn nhất của ÂĐ( tính = cm, đo khi không ho rặn), điểm C, D ở vị trí bình thường

# TỔNG QUAN Y VĂN

***Phân độ POP - Q:***

1. ***giai đoạn 0:*** không SSD
   - Aa, Ba, Ap, Bp đều ở vị trí – 3
   - C hay D nằm giữa tvl và < tvl – 2 cm
2. ***giai đoạn I:*** phần xa còn nằm cao cách mép màng trinh > 1 cm
3. ***giai đoạn II:*** còn < 1 cm đoạn gần hay đoạn xa thì đến mép màng trinh
4. ***giai đoạn III:*** sa ra > 1cm dưới mép màng trinh
5. ***giai đoạn IV:*** sa toàn bộ ra ngoài, đoạn xa ít nhất (tvl – 2cm)

# TỔNG QUAN Y VĂN

- ***PT kinh điển:***
  - ngã ÂĐ: Manchester, Richter ....
  - ngã bụng: cố định TC - mõm nhô, khâu ngắn d / c TC – cùng, và đính vào mõm nhô...

- ***PTNS tăng trong những năm gần đây***
  - Mỹ: số ca PTNS SSD tăng gấp 2 ( 1979 – 1997)
  - giới hạn của PP : số lượng PTV đủ khả năng thực hiện PTNS thành công còn ít

# TỔNG QUAN Y VĂN

- ***Mỹ:*** 200.000 ca PT SSD, sa mõm sau cắt TC / ÂĐ # 0,2 – 43 % →thất bại do sa mõm cắt →phát triển PT treo TC / mõm cắt - mõm nhô
- ***Huguier 1957 và Lane 1962*** : mô tả PT lần đầu tiên

  ***Snyder và Krantz***: cố định mảnh ghép dọc vách TT – AĐ

  ***Addison và cộng sự***: cố định mảnh ghép thành trước, sau AĐ

- ***Kết quả NC:***
  - PT treo TC - mõm nhô so với cố định TC – d / c cùng gai điều trị sa vòm → PT mổ hở hiệu quả hơn
  - Duy trì hoạt động giao hợp sinh lý: mảnh ghép đính vào ÂĐ thành trước - sau → các vị trí trên thành ÂĐ được chỉnh sửa → trục ÂĐ được phục hồi
  - Nhược điểm: són tiểu sau PT, ăn mòn của mảnh ghép, xuất huyết nhiều trong mổ, đường mổ rộng

# TỔNG QUAN Y VĂN

- ***Wattiez (Pháp) 1991 :*** thực hiện lần đầu NS treo TC - mõm nhô

- ***Nehzat (Mỹ) 1994:*** mô tả lần đầu NS treo TC - mõm nhô

- ***PTNS đã***:
  - thu nhặt kỹ thuật treo TC có tỉ lệ thành công cao từ mổ hở kết hợp với ưu điểm của PT ít xâm lấn

  *hay :*

  - PTNS thực hiện treo TC - mõm nhô theo cách của mổ hở , nhưng bằng các đường rạch da rất nhỏ

# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- Mục tiêu tổng quát:

  Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của PT treo TC - mỏm nhô qua nội soi

- Mục tiêu chuyên biệt:
  - Xác định hiệu quả PTNS treo TC – mõm nhô qua khảo sát: sự cải thiện về cấu trúc GP, thời gian không bị tái phát
  - Xác định độ an toàn của  PTNS treo TC – mõm nhô qua khảo sát: tai biến trong - sau mổ, thời gian PT, lượng máu mất, thời gian nằm viện, tai biến sau mổ

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế NC: tiền cứu
2. Dân số NC : tất cả PN độ tuổi sinh sản - mãn kinh bị SSD
3. Dân số chọn mẫu: tất cả PN độ tuổi sinh sản - mãn kinh bị SSD đến khám tại BV Từ Dũ
4. Tiêu chuẩn chọn: tất cả PN độ tuổi sinh sản và mãn kinh bị sa TC, khám tại BV Từ Dũ trong thời gian từ 5 / 2008 đến 2 / 2010, đồng ý tham gia NC, thỏa các tiêu chuẩn
   - < 60 tuổi
   - Sa TC độ II-III
   - Không có bệnh lý khác của TC, BT, CTC kèm theo(
   - Không kèm sa ruột, sa TT, sa BQ quá nhiều (độ II - III)

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

5. Tiêu chuẩn loại:
   - Không thỏa các tiêu chuẩn chọn
   - Có chống chỉ định PTNS
6. Cỡ mẫu:

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

P là tỷ lệ ước lượng, theo NC của Peter Von Theoba tỷ lệ thành công sau mổ là 96%,

- là mức ý nghĩa 0.05 ở độ tin cậy 95%
- d là sai số mong muốn là 0.05

→ Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 59 ca

# CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn bệnh thoả các tiêu chuẩn chọn mẫu, XNTP, lên chương trình mổ

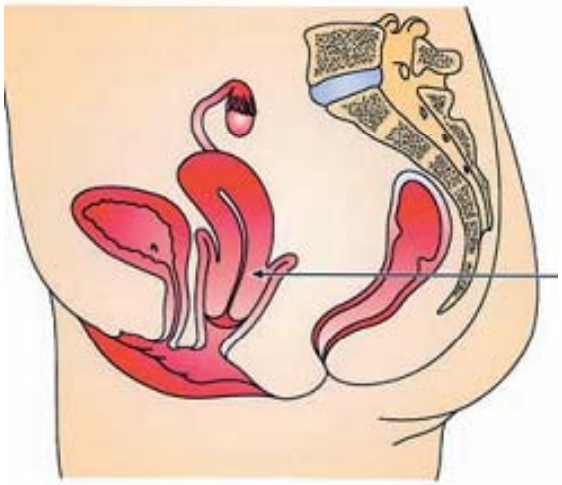
2. Kỹ thuật thực hiện
   - Mê tòan thân
   - trình bày các trocart ( 1 trocart 10 tại rốn, 2 trocart 5 2 bên HC)
   - tư thế Trendelenbourg
   - thám sát ổ bụng, xác định các mốc GP: mỏm nhô, d/c TC - cùng, đỉnh hậu môn, nếp PM BQ…
   - mở PM bộc lộ mỏm nhô, đi tiếp về d/ c TC - cùng

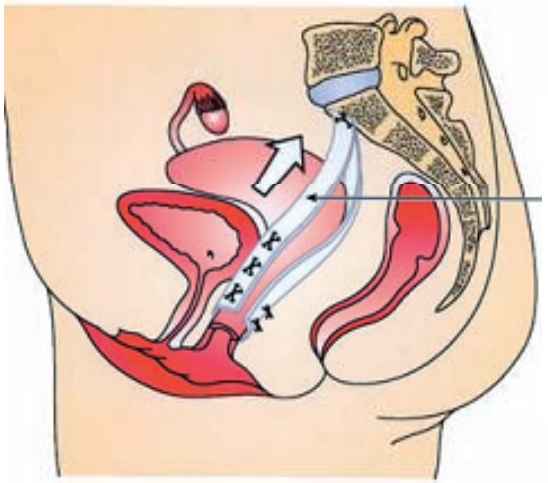
# CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- mở PM đẩy BQ xuống thấp, bộc lộ thành trước âm đạo
- mở PM thành sau tại đỉnh HM, đẩy TT ra xa, bộc lộ thành sau ÂĐ, cơ nâng HM
- cố định mảnh ghép ( propylene ) lên AĐ và cân CTC thành trước và thành sau, cơ nâng HM , d/c TC – cùng , → treo mảnh ghép đến mõm nhô
- phủ PM che lại toàn bộ mảnh ghép
- KT chảy máu
- tháo CO 2 , đóng bụng

3. Đánh giá hiệu quả tức thì ngay sau PT và 1- 3 - 6 - 12 tháng

# CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH



Khâu thành trước và sau AD vào mảnh ghép tổng hợp, cố định vào mỏm nhô

# CÁCH THU THẬP XỬ LÝ SỐ LIỆU

- Chúng tôi dùng bảng câu hỏi soạn sẵn để thu thập dữ liệu

- Người thu thập số liệu trước và sau mổ, và bác sỹ PT hoàn toàn là những người khác nhau

- Số liệu được nhập, xử lý bằng phần mềm Access 2003, xử lý thống kê với phần mềm SPSS 11.5

# VẤN ĐỀ Y ĐỨC

NC này không vi phạm y đức

- PTNS treo TC - mỏm nhô là PP điều trị SSD hiệu quả, ít tai biến, hồi phục nhanh

- Tất cả BN được giải thích kỹ mục đích NC, PP mổ, tự nguyện tham gia NC

- Mọi thông tin của BN tuyệt đối được tôn trọng, giữ bí mật, chỉ phục vụ mục đích NC

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

| Tuổi | N = 21 | % |
|---|---|---|
| 15-25 | 1 | **4.8** |
| 26-35 | 1 | **4.8** |
| 36-45 | 10 | **47.6** |
| 46-55 | 7 | **33.3** |
| >55 | 2 | **9.5** |
| **Số lần sanh** | **N = 21** | **%** |
| Chưa sanh | 1 | **4.8** |
| 0-2 | 10 | **47.6** |
| >3 | 10 | **47.6** |
| **Độ sa TC** | **N = 21** | **%** |
| II | 3 | **14.2** |
| II – III | 17 | **81** |
| III | 1 | **4.8** |

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## Đặc điểm phẫu thuật

| Thời gian PT ( phút ) | N = 21 | % |
|---|---|---|
| < 90 | 2 | 9.5 |
| 90 – 120 | 11 | 52.4 |
| 121 – 150 | 5 | 23.8 |
| 151- 180 | 1 | 4.8 |
| >180 | 2 | 9.5 |

Ca dài nhất 225 phút - ngắn nhất 85 phút

RIVOIRE (Pháp, 138):TGPT 190ph (75-350);

BENSON: TGPT/mở hở 215ph±47; ngả ÂĐ: 196ph±38

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

| Máu mất trong mổ ( ml ) | N = 21 | % |
|---|---|---|
| < 50 | 17 | 80.9 |
| 50 -100 | 2 | 9.5 |
| 101 -150 | 1 | 4.8 |
| > 150 | 1 | 4.8 |

Ca mất máu nhiều nhất: 200 ml / tổn thương mạch máu trước xương cùng

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

| Thời gian nằm viện sau mổ (ngày) | N = 21 | % |
|---|---|---|
| < 2 ngày | 3 | 14.2 |
| 2-3 ngày | 15 | 71.6 |
| > 3 ngày | 3 | 14.2 |

Dài nhất 9 ngày - ngắn nhất là 36 giờ

RIVOIRE (Pháp, 138): 4,7 ngày (2-21)

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## Đặc điểm phẫu thuật

- Không có trường hợp nào tai biến nghiêm trọng trong mổ (1 ca tổn thương mạch máu trước xương cùng)
- Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ
- Tất cả đều sử dụng KS dự phòng, chỉ có 3 trường hợp chuyển sang KS điều trị ( 2 ca nhiễm trùng tiểu)

RIVOIRE (Pháp, 138): 2/138 tổn thương BQ ; Viêm BQ 17%

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## Tai biến sau mổ

- Không có trường hợp nào tai biến nghiêm trọng sau mổ như: xuất huyết nội, viêm PM, dò BQ, máu tụ...
- 2 trường hợp nhiễm trùng tiểu ( 9,5 %)
- 5 trường hợp than đau lưng, vùng chậu (23 %)
- Chưa thấy trường hợp nào xuất hiện tiểu không kiểm soát khi gắng sức

RIVOIRE (Pháp, 138): 2/138 tổn thương BQ , Viêm BQ 17%

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## Kết quả PT

- Tất cả các ca đều có độ SSD được cải thiện lên độ I và 0 ngay sau PT
- 5 ca đau lưng, đau hạ vị, nhưng hết sau 6 – 8 tuần
- Theo dõi: 4 ca / 12 tháng , 6 ca / 9 tháng, 5 ca / 6 tháng, 2 ca / 3 tháng : chưa thấy ca nào bị sa lại, hay xuất hiện tiểu không kiểm soát
- Tất cả bệnh nhân đều hài lòng sau PT

Tương tự RIVOIRE (Pháp, 138, theo dõi 31 tháng): cải thiện ngay độ SSD sau mổ lên độ I- 0, 12 ca thất bại còn SSD III-IV; 7 ca loét ÂĐ; 80% (105 ca) rất hài lòng sau PT, 2% (3 ca) không hài lòng

# KẾT LUẬN

- PTNS treo TC - mỏm nhô khả thi do thời gian PT ngắn, an toàn, hiệu quả tức thì, tai biến trong và sau mổ hầu như không có

- Tuy nhiên PT còn cần phải được tiếp tục NC với số lượng ca lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn → có thể đánh giá chính xác hơn hiệu quả và độ an toàn của PT

- PTV NS phải được huấn luyện KT khâu may qua NS

PHẪU THUẬT NỘI SOI
TREO TỬ CUNG VÀO MÕM NHÔ

Chân thành cám ơn