

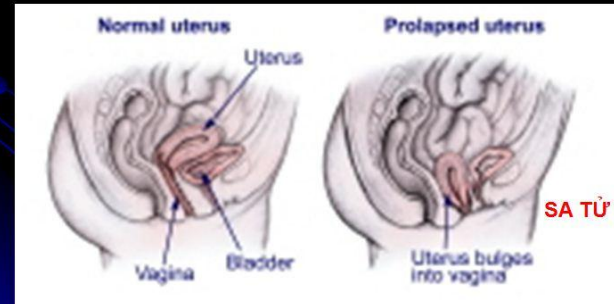
PHẪU THUẬT NỘI SOI CỔ ĐỊNH ÂM ĐẠO VÀO MỖM NHỎ ĐỂ ĐIỀU TRỊ SA NIỆU DỤC NẶNG TẠI BV BÌNH DÂN

Những kết quả ban đầu

Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Việt Hùng,
Nguyễn tế Kha, Nguyễn Ngọc Châu, Võ Trọng Thanh Phong

ĐẠI CƯƠNG

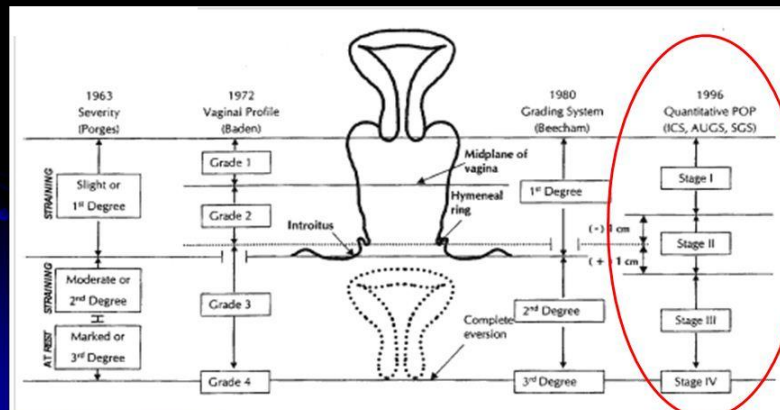
- Sa niệu-dục là bệnh lý thường gặp của phụ nữ sau mãn kinh hoặc sinh đẻ nhiều lần, do lớp cân cơ nâng đỡ đáy chậu bị suy yếu hay tổn thương, khiến cho các tạng bụng hay chậu tụt vào hoặc có thể trôi ra ngoài âm đạo



SA TỬ CUNG

ĐẠI CƯƠNG (tt)

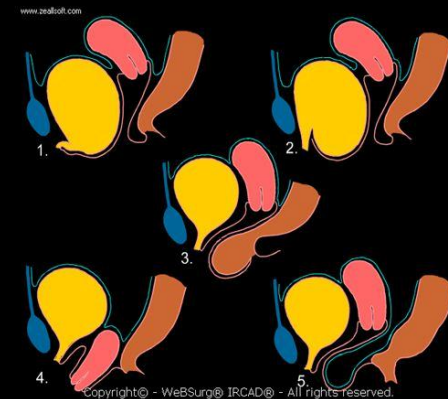
- Phân độ sa tử cung



ĐẠI CƯƠNG (tt)

- Sa các tạng vùng chậu (pelvic organs prolapse - POP)

1. Urethrocele
 2. Cystocele
 3. Rectocele
 4. Hysterocele
 5. Elythrocele
- * Combined



Copyright© - WeBSurg® IRCAD® - All rights reserved.

ĐẠI CƯƠNG (tt)

- **Phẫu thuật ngỏ** treo AD vào mỏm nhô là một trong những biện pháp ngoại khoa được áp dụng để điều trị sa niệu - dục mức độ nặng (độ 3 – 4), đã được áp dụng từ rất lâu
- Theo xu hướng phát triển của ngoại khoa chuyển sang các loại phẫu thuật ít xâm hại → **phẫu thuật nội soi** cố định AD vào xương cùng (*Laparoscopic Sacral Colpopexy*) đã bắt đầu được thực hiện từ những năm 1994 – 1995.

ĐẠI CƯƠNG (tt)

- **Mục tiêu của phẫu thuật cố định AD vào mỏm nhô:**
 - Trả lại vị trí của các cơ quan vùng chậu trong mối tương quan giải phẫu của chúng
 - Khôi phục chức năng tiêu-tiểu có kiểm chế
 - Duy trì chức năng giao hợp
 - Đạt hiệu quả lâu dài

ĐẠI CƯƠNG (tt)

- Tra cứu y văn (pubmed) đến tháng 12 / 2010:
 - Với từ khoá **laparoscopic sacral colpopexy**
→ Có 47 báo cáo
 - Với từ khoá **laparoscopic promontofixation**
→ có 14 báo cáo
 - Những báo cáo đầu tiên:
 - > **Nezhat et al (1994):** “Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse”. *Obstet Gynecol.* 1994 Nov; 84(5): 885-8.
 - > **Goldberg et al (1995):** “Laparoscopic sacral colpopexy: a proposed technique”. *Diagn Ther Endosc.* 1995; 2(1): 43–46.

ĐẠI CƯƠNG (tt)

- **Mục tiêu của nghiên cứu:** Đánh giá khả năng thực hiện và hiệu quả của phẫu thuật nội soi treo âm đạo vào mỏm nhô để điều trị sa niệu – dục mức độ nặng

ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

• Đối tượng n/c:

- Bn sa niệu dục mức độ nặng (độ III - IV)
- Sa niệu - dục nặng và kéo dài có thể dẫn đến đau tức hạ vị - TSM, viêm loét AD – CTC, rối loạn tiểu, chướng nước thận ...
- Loại trừ những t/h nguy cơ cao của phẫu thuật (bệnh lý tim mạch, hô hấp, tiểu đường, rối loạn động máu ... chưa được điều chỉnh cho ổn định)
- Tình trạng viêm loét, nhiễm trùng phải được điều trị ổn định trước mổ

9

ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NC (tt)

• Phương pháp n/c:

- N/c tiến cứu, mô tả, cắt ngang
- Phương pháp mổ: **PTNS xuyên PM**, dùng mảnh ghép prolene, khâu treo cố định thành AD vào móm nhô x.cùng.
- Ghi nhận thời gian mổ, lượng máu mất, tai biến trong lúc mổ.
- Ghi nhận thời gian rút ống dẫn lưu, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ
- Lịch tái khám sau mổ: 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm.

10

MỘT SỐ HÌNH ẢNH ĐIỂN HÌNH

• BN Bùi Thị L, 64t

Sa TC độ 4, chèn ép 2 NQ gây chướng 2 nước thận



11

MỘT SỐ HÌNH ẢNH ĐIỂN HÌNH (tt)

• BN Võ Thị T, 65t

Sa TC độ 3, kèm theo sa BQ, gây chướng nước 2 thận (T > P)

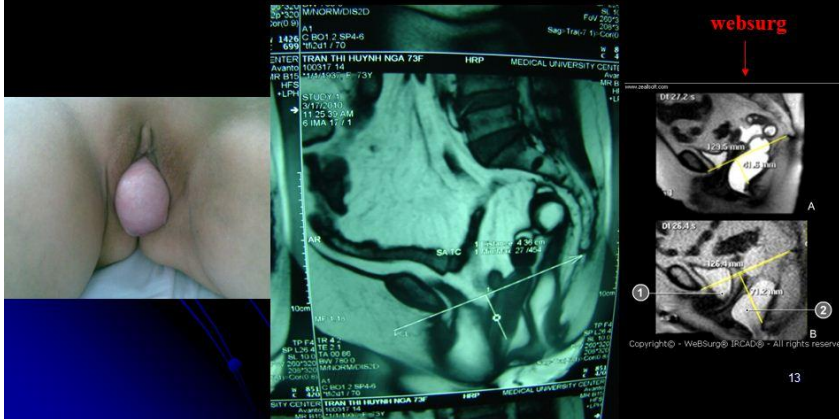


12

MỘT SỐ HÌNH ẢNH ĐIỂN HÌNH (tt)

- **BN Trần Thị Huỳnh N., 73t :**

Sa TC độ 4, kèm theo sa BQ & sa TT, gây tiểu khó và cầu khó



MỘT SỐ HÌNH ẢNH ĐIỂN HÌNH (tt)

- **Bn Hà thị C, 69 tuổi**

- PTNS cố định AD vào mỏm nhô (ngày 4/5/2010)
- Đường vào: xuyên PM
- Dùng 4 trocars



Video clips

- [video-promonto.mpg](#)

KẾT QUẢ N/C

- Từ 10/2009 – 11 / 2010: 9 t/h
- Tuổi TB ~ 66,9 (54 – 74).
- 1 t/h đã được cắt bỏ TC cách 15 năm. 8 / 9 t/h còn lại TC bình thường
- Thời gian mổ TB ~ 140 phút (120 – 210).
- Lượng máu mất rất ít ≤ 50 cc
- Rút thông tiểu sau 24 – 48g
- Rút dẫn lưu sau 2 – 4 ngày
- Thời gian nằm viện 3 – 5 ngày.

KẾT QUẢ N/C (tt)

- Không ghi nhận biến chứng trong mổ và sau mổ.
- Thời gian theo dõi 1 – 12 tháng:
 - **Rất tốt = 8/9**
 - hết tình trạng sa niệu - dục,
 - cải thiện đáng kể tình trạng rối loạn tiểu,
 - cải thiện đáng kể tình trạng đau tức hạ vị.
 - **Khá tốt: 1 t/h hết sa SD nhưng bị tiểu gấp, tiểu lắt nhắt (de novo urgency) kéo dài 1 tháng sau mổ.**
 - Điều trị nội khoa thì cải thiện dần

17

BÀN LUẬN (1)

- **Khâu cố định cái gì vào mòm nhô (promontofixation) ?**
 - Âm đạo (sacral colpopexy → nhiều tác giả) ?
 - Tử cung (uteropexy → Bai, N.B. Mỹ Nhi) ?
 - Sàn chậu (T.N. Sinh) ?

18

Trường phái Pháp :

Wattiez (Strasbourg), Loison (Toulouse)

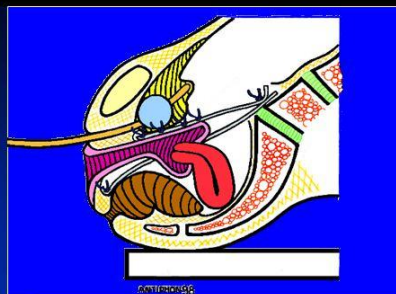
→ **Khâu cố định sàn chậu đ/v mesh phía sau**

Laparoscopic prolapse repair



Docteur Guillaume LOISON

Toulouse
FRANCE



19

Các tác giả Tây Ban Nha

Romero Selas E et al. *Laparoscopic promontofixation*,
Actas Urol Esp. 2010 Nov; 34(10): 837-844.

→ **Khâu cố định thành sau AD với mesh phía sau**

“After the introduction the trocars, initial surgery comprises anterior dissection of promontory after incision of the posterior peritoneum with the patient placed beforehand in a Trendelenbourg position. After that, **we make interrectovaginal dissection to free the whole posterior surface of the vagina. This is followed by the installation of a posterior mesh pre-cut in an arc.** After intervesical vaginal dissection, the anterior prosthesis comprising a precut polyester mesh is fixed avoiding excess traction. The end of the surgery involves careful reperitonization of all the prosthetic parts”.

20

BÀN LUẬN (2)

- **Cắt tử cung hay không cắt tử cung trước khi khâu cố định vào mỏm nhô ?**

21

Có tác giả chủ trương cắt TC

Miklos & Moore (Atlanta)

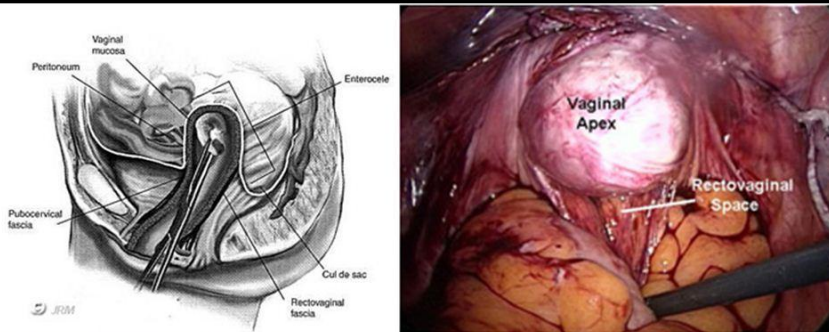
Journal of Minimally Invasive Gynecology (2008) 15: 188-196

- 402 t/h cố định AĐ vào mỏm nhô bằng PTNS.
- **Tất cả các b/n đều có cắt TC:**
 - 272 đã cắt TC trước đó
 - 130 cắt TC trong lúc mổ.

22

Miklos & Moore (tt)

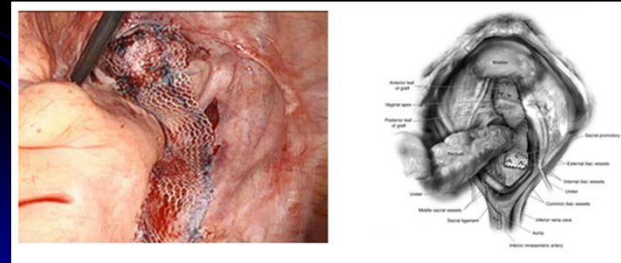
Nội soi ổ bụng bộc lộ chỏm AĐ



23

Miklos & Moore (tt)

- Dùng mesh hình Y, khâu cố định **chỏm AĐ** vào mỏm nhô



24

Có tác giả chủ trương không nhất thiết cắt TC

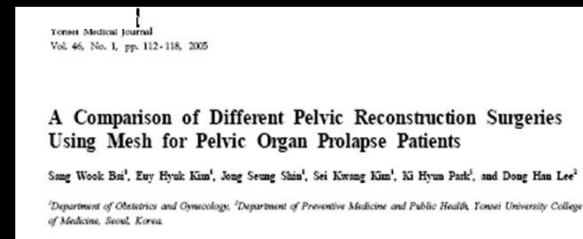
Stanford, Mattox & Pugh (Tennessee)

Outcomes and Complications of Transvaginal and Abdominal Custom-shaped Light-weight Polypropylene Mesh Used in Repair of Pelvic Organ Prolapse. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010 Oct 19.

“ (...) 154 women with anterior, posterior, or apical prolapse underwent vaginal reconstructive surgery using custom-shaped transvaginal or abdominal mesh (...) Anterior compartment repair was performed in 94 patients (61%), and posterior compartment repair in 60 (39%). Combined anterior and posterior repairs were performed in 25 patients. **Hysterectomy was performed in 27 patients (18%)** (abdominal in 1, vaginal in 19, and laparoscopy-assisted in 7). Apical support techniques included sacrospinous fixation in 69 patients (45%), abdominal sacral colpopexy in 30 (19%), and vaginal culdoplasty in 7 (5%). Transobturator sling procedures were performed in 65 patients (42%)”.

25

Quan điểm của Bai (2005)



- “**Uteropexy** is indicated in cases where a young woman desires a future baby ..., or when a patient wishes **to preserve the uterus**. Moreover, uteropexy is a simpler than colpoplasty after hysterectomy, and has the advantages of reducing of bleeding, operation times and admission day”.

26

BÀN LUẬN (3)

● **Vật liệu khâu cố định vào mỏm nhô:**

- Chỉ không tan (Đa số các tác giả)
- Chỉ tan ? (BV Chợ Rẫy, BV Phụ Sản: vicryl)
- Agrafe ? (Boukerou)
- **Chúng tôi: dùng chỉ prolene**

27

M. Boukerou (2003)



Phân tích trên 270 t/h

- khâu bằng chỉ chắc hơn, dùng chỉ không tan
- dùng agrafe có thể bị xuyên sâu vào đĩa gian sống
- Tuy nhiên có thể dùng agrafe trong t/h khó khâu

28

BÀN LUẬN (4)

- Cải tiến về trình tự phẫu thuật của chúng tôi:
 - Bộc lộ thành trước AD và khâu với mesh prolene phía trước
 - Khâu treo tử cung lên thành bụng
 - Bộc lộ phía sau từ mỏm nhô đến thành sau AD và khâu với mesh prolene phía sau
 - Kéo mesh prolene từ trước ra sau dưới dây chằng rộng
 - Khâu cố định 2 mesh vào mỏm nhô
 - Đóng PM

29

Các tác giả Pháp

Wattiez (Websurg), Loison (Toulouse)

→ Bộc lộ thành sau rồi mới đến thành trước AD

SURGICAL PROCEDURE

- Exposure
- Promontory
- Dissection
- Posterior prosthesis
- Closure
- Anterior mesh
- Promontory fixation
- Repair of peritoneum
- Closure

30

Các tác giả Tây Ban Nha

Romero Selas E et al. *Laparoscopic promontofixation*, Actas Urol Esp. 2010 Nov;34(10):837-844.

→ Bộc lộ thành sau AD trước, bộc lộ thành trước AD sau

→ "After the introduction the trocars, *initial surgery comprises anterior dissection of promontory after incision of the posterior peritoneum with the patient placed beforehand in a Trendelenbourg position. After that, we make interrectovaginal dissection to free the whole posterior surface of the vagina. This is followed by the installation of a posterior mesh pre-cut in an arc. After intervesical vaginal dissection, the anterior prosthesis comprising a precut polyester mesh is fixed avoiding excess traction. The end of the surgery involves careful reperitonization of all the prosthetic parts*".

31

BÀN LUẬN (5)

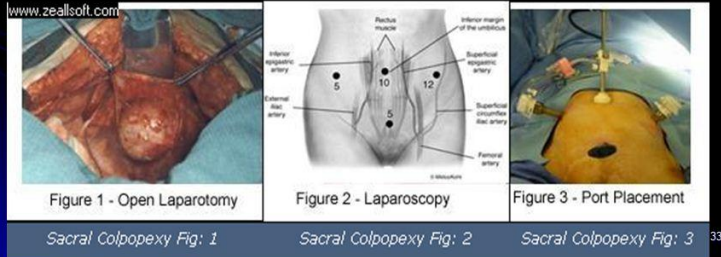
● Theo dõi lâu dài

- Kinh nghiệm của Sabbagh (Canada):
BJU Int. 2010 Sep;106(6):861-6. "Long-term anatomical and functional results of laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapse".
Laparoscopic Promontofixation cho 186 t/h POP
 - T/g theo dõi TB ~ 60 tháng (48 – 71)
 - Tỷ lệ thành công ~ 90 %
 - Tỷ lệ tái phát POP ~ 10 %
 - Tỷ lệ biến chứng muộn ~ 6% (5 t/h lở mòn lưới ra AD – vaginal mesh erosion)
- Chúng tôi: thời gian theo dõi còn quá ngắn

32

KẾT LUẬN

- PT cố định AD vào mỏm nhô để điều trị sa niệu - dục có thể thực hiện qua ngã NSOB **tương đối dễ dàng, an toàn, hiệu quả.**
- **PT ít xâm hại** → thẩm mỹ, ít đau, giảm số ngày nằm viện so với mổ hở



KẾT LUẬN (tt)

- Thay đổi trình tự phẫu thuật (giải phóng thành trước AD trước → treo TC lên thành bụng → giải phóng phía sau): **Theo chúng tôi có vẻ hợp lý hơn**
- **Saussine (2005)** : “*Nowadays, there is a consensus upon treating genitourinary prolapse with mesh placement. Anterior and posterior mesh placement can be done by a transvaginal or an abdominal approach. Such a laparoscopic approach should be considered as a gold standard in terms of anatomical and functional long-term results*”

Tài liệu tham khảo

- **SW Bai, EH Kim, JS Shin et al**: “A Comparison of Different Pelvic Reconstruction Surgeries Using Mesh For Pelvic Organ Prolapse Patients”. Yonsei Medical Journal (2005): 46 (1): 112-118
- **M. Boukerou et al**: “Technique de la promontofixation: suspension au promontoire par fils ou Tackers?”. J Gynecol Obstet BioReprod (2003), 32: 524-528.
- **Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C**: “Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse”. Obstet Gynecol. (1994) 84 (5): 885-888 [abstract].
- **Goldberg CC, Childers JM, Surwit EA**: “Laparoscopic sacral colpopexy: a proposed technique”. Diagn Ther Endosc. (1995);2 (1): 43-46 [abstract].

Tài liệu tham khảo (tt)

- **Romero Selas E, Mugnier C, Piechaud PT, Gaston R, Hoepffner JL, Hanna S, Cusomano S**. Laparoscopic promontofixation. Actas Urol Esp. 2010 Nov;34(10):837-844.
- **Sabbagh R, Mandron E, Piussan J, Brychaert PE, Tu le M**. « Long-term anatomical and functional results of laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapse”. BJU Int. 2010 Sep;106(6):861-6.
- **Stanford EJ, Mattox TF, Pugh CJ**. “Outcomes and Complications of Transvaginal and Abdominal Custom-shaped Light-weight Polypropylene Mesh Used in Repair of Pelvic Organ Prolapse”. J Minim Invasive Gynecol. 2010 Oct 19.
- **AA Stepanien, JR Miklos, RD Moore, TF Mattox**: “Risk of Mesh Extrusion & Other Mesh-Related Complications After Laparoscopic Sacral Colpopexy ...”. Journal of Minimally Invasive Gynecology (2008) 15: 188-196.

Cám ơn quý vị đã chú ý theo dõi

