

# VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH HIỆN NAY

*ThS. BS. Lê Quang Thanh*  
*Phó Giám đốc – Bệnh viện Từ Dũ*

## 1. Mở đầu

Đã hơn 30 năm kể từ sự kiện thành công đầu tiên của thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) và cha đẻ của phương pháp này, nhà sinh lý học người Anh Robert Edwards, đã được nhận giải Nobel y học năm 2010. Mặc dù từ đó tới nay kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đã có những bước tiến vượt bậc và khẳng định được những ưu thế, nhưng sự tranh luận về việc sử dụng nội soi ổ bụng trong chẩn đoán và điều trị vô sinh vẫn còn tiếp diễn (*Feinberg, 2008*). Vào năm 1992, hiệp hội sinh sản Hoa Kỳ (AFS) thống nhất xem nội soi ổ bụng là biện pháp cuối cùng để chẩn đoán vô sinh (*Rowe, 1993*). Trong thập niên 1990, hầu hết chuyên gia nội tiết sinh sản tại Hoa Kỳ (90%) thực hiện thường qui nội soi ổ bụng trong qui trình chẩn đoán vô sinh (*Glatstein, 1997*). Tuy nhiên, trong thời kỳ này các báo cáo về hiệu quả của nội soi chẩn đoán trong vô sinh không đồng nhất. Có báo cáo ghi nhận tới 2/3 số trường hợp được nội soi chẩn đoán không phát hiện ra bệnh lý hoặc chỉ là lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) tối thiểu hoặc nhẹ, tức là không lý giải thỏa đáng được nguyên nhân gây vô sinh (*Forman, 1993*). Do đó, nội soi ổ bụng đã không thể chứng minh được ưu thế để trở thành phương pháp lý tưởng trong chẩn đoán vô sinh (*Bosteels, 2007*).

Sang thập niên 2000, do chưa được sự đồng thuận nên chính sách thực hiện nội soi ổ bụng thường qui cho tất cả những trường hợp vô sinh nữ gây nhiều tranh luận và cần phải được xem xét lại (*Fatum, 2002*). Những câu hỏi quan trọng cho đến nay vẫn chưa được trả lời, đó là khi nào thì nên thực hiện nội soi ổ bụng và vị trí của nội soi ổ bụng trong qui trình chẩn đoán vô sinh. Những bằng chứng hiện tại cho thấy sự không thống nhất giữa những chuyên gia vô sinh và chuyên gia thực hành phụ khoa (*Fouany, 2010*). Quan điểm ủng hộ sử dụng nội soi ổ bụng thì dựa trên lý luận rằng đây là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán, đồng thời có thể thực hiện được luôn cả chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là khi kết hợp với nội soi buồng tử cung can thiệp. Trái lại, đối với quan điểm không ủng hộ nội soi ổ bụng thì lại chú trọng vào những ưu

điểm của các phương pháp chẩn đoán ít xâm nhập hơn cũng như nhấn mạnh những nhược điểm của nội soi ổ bụng như đây là phương pháp xâm nhập, cần gây mê toàn thân, bệnh nhân (BN) lo lắng, khả năng tạo dính sau mổ và tăng giá thành điều trị (Bosteels, 2007). Tại nhiều trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) trên thế giới, nội soi ổ bụng chẩn đoán bị bỏ qua không chỉ để tránh biến chứng mà cũng để giảm giá thành điều trị (Bosteels, 2007). Hiện nay, nhiều chuyên gia vô sinh đã không sử dụng nội soi ổ bụng mà sử dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) hoặc IVF (Bosteels, 2007).

Tuy không được áp dụng thường qui, nhưng nội soi chẩn đoán vẫn có một vai trò nhất định trong một số trường hợp vô sinh. Nội soi chẩn đoán nên được xem là một chọn lựa (không bắt buộc) trong qui trình chẩn đoán vô sinh (Fouany, 2010). Nội soi ổ bụng cũng nên được xem xét ở những BN mong muốn tìm lý do gây vô sinh và/hoặc muốn tăng khả năng sinh sản mà không sử dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Đặc biệt là những BN có kết quả xét nghiệm (XN) bình thường, dự trữ buồng trứng bình thường và tuổi còn trẻ (<37 tuổi). Một số tác giả báo cáo nội soi ổ bụng chẩn đoán phát hiện khoảng 21 – 68% có bất thường ở những trường hợp BN vô sinh không rõ nguyên nhân. Đồng thời, điều trị bằng nội soi phẫu thuật có thể tăng khả năng thụ thai khoảng 20% (Cundiff, 1995; Badawi, 1999; Corson, 2000).

Tại bệnh viện Từ Dũ năm 2010, trong tổng số 6.639 trường hợp phẫu thuật nội soi có tới 2955 trường hợp (44,5%) liên quan đến vô sinh (Bệnh viện Từ Dũ, 2010).

Nói chung, hầu hết chuyên gia đều nhất trí rằng sử dụng nội soi ổ bụng không mang lại lợi ích ở những phụ nữ bị giảm dự trữ buồng trứng hoặc vô sinh nam nặng bởi vì chỉ định điều trị vẫn là IVF. Sự tranh luận về vai trò của nội soi ổ bụng chủ yếu là ở BN bị LNMTC, bóc ULMTC trước khi thực hiện IVF, dính vòi trứng (VT), tiền căn thất VT, u xơ tử cung gây biến dạng nội mạc tử cung, vô sinh do buồng trứng và trong hỗ trợ sinh sản.

## **2. Những phương pháp chẩn đoán mới có đáng tin cậy để thay thế nội soi ổ bụng?**

Chụp cản quang buồng tử cung - VT (HSG) là phương pháp kinh điển đã được sử dụng nhiều thập kỷ để đánh giá sự thông của VT. Các biện pháp ít xâm nhập hơn để đánh giá VT cũng đã được khảo sát và cho thấy rất triển vọng. Siêu âm buồng

tử cung – VT có sử dụng chất cản âm (HyCoSy) là một kỹ thuật ưu việt dựa trên siêu âm được thực hiện ở phòng khám ngoại trú để sàng lọc sự tắc nghẽn VT. Bên cạnh ưu điểm là không bị tiếp xúc với tia X hoặc chất cản quang iodine, hiệu quả đánh giá sự thông của VT có thể sánh ngang với HSG (Hamilton, 2003). Một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh mới được gọi là siêu âm buồng tử cung – VT có bơm dung dịch nước muối sinh lý vào buồng tử cung (saline intraperitoneal sonogram - SIPS) đã được chứng minh là an toàn, nhanh và tỉ lệ hiệu quả/giá thành cao để đánh giá dính vùng chậu đối với phụ nữ vô sinh không rõ nguyên nhân có kết quả HSG bình thường (Shah, 2010). Phương pháp HSG động có bơm gadolinum vào buồng tử cung để đánh giá tử cung, VT và cấu trúc vùng chậu, trong khi đó có thể tránh được tất cả bức xạ ion hoá (Winter, 2010). Khai thác tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục cũng là một biện pháp sàng lọc tiên đoán vô sinh do VT. Giá trị tiên đoán dương của tiền sử viêm vùng chậu (PID) là 56%, tiền sử khí hư âm đạo bất thường là 59% và tiền sử nhiễm trùng đường sinh dục dưới là 35% (Bosteels, 2007, Hubacher, 2004). Các chứng cứ cho thấy Chlamydia trachomatis là yếu tố bệnh căn quan trọng nhất của PID, sàng lọc phát hiện những kháng thể kháng Chlamydia (bằng thử nghiệm kháng thể Chlamydia) đã được đề xuất như một phương pháp sàng lọc cơ bản đối với vô sinh do bệnh lý VT (Mol, 2001).

Bức tranh toàn cảnh về các phương pháp đánh giá sự thông của VT có vẻ rất khả quan. Trong khi đó, đối với lạc nội mạc tử cung (LNMTC), tình thế càng lúc càng khó khăn. Nhiều BN bị LNMTC ở vùng chậu không có triệu chứng (Kennedy, 2005). Hiện nay vẫn thiếu những phương pháp không xâm lấn để chẩn đoán LNMTC, do đó nội soi ổ bụng vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, đặc biệt là có thể chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học (Hsu, 2010).

### **3. Vai trò của nội soi ổ bụng trong bệnh lý LNMTC và dính vùng chậu**

Tần suất của LNMTC ở vùng chậu khá cao ở phụ nữ vô sinh (20–68%) khi so sánh với cộng đồng chung (Houston, 1987; Mamood, 1991; Templeton, 1996). Các báo cáo về khả năng thụ thai của LNMTC không thống nhất. Một phân tích gộp (Barnhart, 2002) cho thấy tỉ lệ có thai thấp đáng kể ở những BN bị LNMTC chưa được điều trị (OR: 0.56; 95% CI: 0.44–0.70) khi so sánh với BN vô sinh do VT. Trái lại, dữ liệu của hiệp hội kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (SART, 2008) cho thấy tỉ lệ sinh sống của những chu kỳ sử dụng tinh trùng tươi ở BN bị LNMTC (43.5%) hơi cao hơn so với BN bị vô sinh do VT (40.5%) (SART clinical summary report 2008). Mặc dù, dữ

liệu này cho thấy tỉ lệ thành công cao của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, nhưng lại không cho biết BN có được nội soi ổ bụng điều trị LNMTC trước khi thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản hay không (Fouany, 2010).

Nội soi phẫu thuật lấy bỏ những tổn thương LNMTC kèm với tách dính đã được chứng minh là lợi ích ở phụ nữ vô sinh so với nội soi chẩn đoán đơn thuần (Jacobson, 2004). Cũng tác giả này (Jacobson, 2010), mới đây thực hiện một tổng quan trong Cochrane, kết luận rằng sử dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị hiếm muộn liên quan tới LNMTC tối thiểu và nhẹ có thể cải thiện khả năng sinh sản. Tuy nhiên, chưa có thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng hoặc phân tích gộp nào đánh giá hiệu quả của nội soi ổ bụng điều trị LNMTC trung bình và nặng, mặc dù nói chung chấp nhận là bệnh lý này nên được điều trị bằng phẫu thuật (Kennedy, 2005). Có sự tương phản về mức độ của LNMTC và tỉ lệ có thai tự nhiên sau điều trị phẫu thuật, LNMTC càng nặng thì khả năng có thai càng thấp (Bosteels, 2007).

Hiện tại vẫn thiếu những thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh hiệu quả giữa các biện pháp điều trị LNMTC ở phụ nữ vô sinh để có thể đưa ra những khuyến cáo mạnh. Mặc dù, LNMTC ở vùng chậu có thể không ảnh hưởng đến cơ hội có thai của IVF, nhiều phụ nữ vẫn không muốn thực hiện IVF do không có kinh phí hoặc lo ngại những tác dụng phụ như hội chứng quá kích buồng trứng và đa thai. Chọn lựa nội soi ổ bụng nên được thảo luận với BN bị LNMTC có các kết quả khảo sát chức năng sinh sản bình thường, dự trữ buồng trứng bình thường và tuổi còn trẻ (<37), trước khi tiến hành IUI hoặc IVF (Fouany, 2010).

Về mặt phẫu thuật cần lưu ý, không giống như khi thực hiện điều trị đau vùng chậu, nội soi bóc khối u lạc nội mạc tử cung (ULNMTC) và tổn thương LNMTC ở phụ nữ trẻ tuổi mong muốn có thai là một kỹ thuật rất tinh tế và cần chuyên gia phẫu thuật nhiều kinh nghiệm. Phẫu thuật viên nên thực hiện lấy tổn thương ở tất cả các vị trí (phúc mạc đáy bàng quang, phúc mạc phủ trên niệu quản và dây chằng đài bả thận, vùng chậu và thành bụng trước, thanh mạc ruột), đồng thời phải tránh gây tổn thương cho những cơ quan lân cận. Để tránh tổn thương mô buồng trứng, phẫu tích phải nhẹ nhàng giữa thành của ULNMTC và vỏ buồng trứng và toàn bộ khối ULNMTC nên được lấy hết để ngăn ngừa tái phát.

Đối với phẫu thuật nội soi tách dính, chỉ có một nghiên cứu không nhóm chứng ngẫu nhiên cho thấy tần suất đờn có thai cao hơn sau phẫu thuật (*Tulandi, 1990*).

#### **4. Bóc khối ULNMTC trước khi thực hiện IVF có cải thiện được kết quả không?**

Vẫn còn nhiều tranh luận xung quanh vấn đề ảnh hưởng của ULNMTC trên kết quả IVF/ICSI. Một điều rất quan trọng cần phải lưu ý là hiện nay vẫn chưa có chứng cứ rõ ràng về kết quả kém của IVF/ICSI liên quan trực tiếp đến khối ULNMTC hoặc phẫu thuật điều trị bóc ULNMTC. Phần lớn các nghiên cứu liên quan đến vấn đề này đều không phải là thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (*Fouany, 2010*). Năm 2004, Velasco so sánh kết quả của IVF/ICSI giữa những phụ nữ được nội soi bóc ULNMTC và không được bóc u. Tác giả kết luận rằng nội soi bóc ULNMTC trước khi làm IVF không cải thiện được kết quả sinh sản và phẫu thuật có thể còn gây bất lợi trên đáp ứng của buồng trứng với gonadotropins (*Velasco, 2004*). Mặc dù, nghiên cứu này ghi nhận những bằng chứng quan trọng nhưng vẫn là nghiên cứu hồi cứu. Năm 2008, Kahyaoglu thực hiện một nghiên cứu bệnh chứng tiền cứu ngẫu nhiên để đánh giá tác động của nội soi ổ bụng bóc khối ULNMTC > 3 cm và đốt điện cầm máu đến dự trữ buồng trứng và kết quả IVF (*Kahyaoglu, 2008*). Nghiên cứu kết luận rằng nội soi bóc ULNMTC và đốt điện cầm máu làm giảm dự trữ buồng trứng (những BN phẫu thuật có số lượng nang noãn thấp hơn) và không cải thiện được tỉ lệ có thai của IVF.

Kỹ năng và cách thức phẫu thuật điều trị ULNMTC khác nhau (bóc tách hay đốt hủy) có thể giải thích những kết quả IVF khác nhau. Không có thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng lớn nào được thực hiện với cùng một kỹ thuật phẫu thuật, cuộc tranh luận vẫn tiếp tục với một số nghiên cứu hồi cứu cho thấy phẫu thuật không có lợi ích (*Garcia-Velasco, 2004*) và có thể có hại (*Suganuma, 2002*), trong khi những nghiên cứu khác cho thấy rõ ràng lợi ích của phẫu thuật lấy bỏ LNMTC trước khi điều trị IVF (*Wong, 2004*). Tại trung tâm y học sinh sản và vô sinh (CRMI), hội y khoa Weill Cornell, các tác giả khuyến cáo bóc u buồng trứng bằng nội soi cho tất cả BN bị LNMTC trước khi kích thích buồng trứng đối với BN không có tiền sử chẩn đoán LNMTC.

Để có kết luận chính xác vẫn cần có những thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng để đánh giá nguy cơ và lợi ích của bóc khối ULNMTC trước khi làm IVF, cần phải kiểm soát tất cả những yếu tố gây nhiễu có thể ảnh hưởng đến kết quả như tuổi của BN, dự trữ cơ bản buồng trứng và yếu tố vô sinh nam.

## 5. Yếu tố VT

Qui trình chẩn đoán vô sinh thường bắt đầu bằng HSG là một test sàng lọc rất hữu dụng để loại bỏ tắc nghẽn VT. Tuy nhiên, HSG bất thường không nhất thiết do tắc nghẽn bởi nguyên nhân nội tại của VT mà còn có thể thứ phát do nhiều yếu tố khác như co thắt VT, mảnh niêm mạc, polyps ở sừng tử cung, sai sót kỹ thuật hoặc dính ở ngoài VT. Trong những trường hợp này, nội soi phẫu thuật có hoặc không kết hợp nong VT qua nội soi buồng tử cung tử cung vừa xác định chẩn đoán vừa kết hợp điều trị. Một lợi ích khác của nội soi ổ bụng là khả năng tách dính quanh VT và bóc nang nước cạnh VT. Dính quanh VT ảnh hưởng tới sự vận chuyển bình thường của tinh trùng, trứng và phôi trong quá trình thụ thai tự nhiên, tăng nguy cơ TNTC. Nang nước cạnh VT không ảnh hưởng tới đáp ứng của buồng trứng với kích thích gonadotropin nhưng có thể gây có thể khó khăn khi theo dõi nang noãn bằng siêu âm ngã âm đạo (Fouany, 2010).

Nong VT dưới hướng dẫn của nội soi buồng tử cung là kỹ thuật luồn catheter trực tiếp vào lỗ VT bơm chất màu indigo carmine để xác định sự thông. Nếu phát hiện tắc nghẽn, những catheter số nhỏ được đưa vào đoạn gần của VT để xử lý. Novy đã kiểm chứng những trường hợp HSG chẩn đoán tắc nghẽn VT bằng nội soi ổ bụng hoặc mổ hở kết hợp nội soi buồng tử cung nong VT. Kết quả cho thấy HSG chẩn đoán tắc VT giả khoảng 50% và không cần điều trị gì thêm thì tỉ lệ có thai sau phẫu thuật là 36.4% (Novy, 1988). Ngay cả khi nội soi kiểm tra VT xác nhận chẩn đoán của HSG là tắc đoạn gần thì nội soi buồng tử cung nong VT cho thấy 35% thông (Woolcott, 1995).

Mặc dù bệnh lý VT không phải là chỉ định duy nhất, nhưng vẫn là chỉ định đa số của IVF (Center for Disease Control National Report, 2006). Theo dữ liệu của SART năm 2008, yếu tố VT là chỉ định đứng hàng thứ 3 trong điều trị hỗ trợ sinh sản (8%, 11264 chu kỳ), sau yếu tố nam (17%) và giảm dự trữ buồng trứng (12%) (SART clinical summary report, 2008). Tại bệnh viện Từ Dũ, chỉ định IVF xếp theo thứ tự như sau yếu tố nam (57,52%), yếu tố nữ (36.12%), còn lại là IUI thất bại và vô sinh

chưa rõ nguyên nhân (Bệnh viện Từ Dũ, 2010). Hầu hết nghiên cứu đều cho thấy tăng tỉ lệ sinh sống sau phẫu thuật tái tạo VT nhưng tỉ lệ TNTC rất cao, không thể chấp nhận được là 11% (Jacobs, 1988) và 23% (Carey, 1987). Theo báo cáo tại bệnh viện Từ Dũ, tổng tỉ lệ TNTC sau phẫu thuật nội soi tái tạo VT là 9,3%. Nếu VT chỉ tổn thương nhẹ, tổng tỉ lệ có thai 1 năm sau phẫu thuật là 61,4% (khoảng 25% là TNTC). Khi VT tổn thương nặng hơn thì tổng tỉ lệ có thai chỉ còn 15,3% (khoảng 50% là TNTC). Nếu không có dính VT thì tỉ lệ có thai trong tử cung là 43%, nếu có dính nhẹ tỉ lệ giảm còn 21,6%, nếu dính vừa tỉ lệ chỉ còn 15,2% và không có trường hợp nào có thai trong tử cung nếu dính nặng. Tỉ lệ thai trong tử cung sau phẫu thuật nội soi tái tạo VT ở BN < 30 tuổi là 35,6%, nhưng tỉ lệ chỉ còn 4% nếu BN > 35 tuổi (Lê Quang Thanh và CS, 2005). Trong khi đó, nghiên cứu của hội y khoa CRMI Weill Cornell, cho thấy hơn 70% BN bị vô sinh do VT sẽ có thai trong vòng 4 chu kỳ IVF. Tỉ lệ thành công của IVF phụ thuộc nhiều vào tuổi của BN, càng lớn tuổi tỉ lệ thành công càng thấp, ở người dưới 30 tuổi tỉ lệ thành công khoảng 50%, ở người 35 – 38 tuổi tỉ lệ thành công khoảng 28% và ở người trên 40 tuổi tỉ lệ thành công chỉ còn 9% (Benadiva, 1995).

Chưa có thực nghiệm lâm sàng nào so sánh hiệu quả giữa nội soi phẫu thuật và IVF để điều trị vô sinh do VT. Tuy nhiên, với tỉ lệ thành công cao của IVF so sánh với phẫu thuật tái tạo VT, chỉ định IVF ngay được khuyến cáo nếu có tổn thương VT nặng, đặc biệt là những BN lớn tuổi để tạo cơ hội có thai sớm và tránh được những biến chứng của phẫu thuật (Benadiva, 1995). Tuy nhiên, nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung vẫn có vai trò quan trọng trong điều trị tổn thương VT nhẹ và trung bình. Trong những trường hợp này, phẫu thuật nội soi nên được lựa chọn như một điều trị đầu tay, đặc biệt là ở BN trẻ tuổi và có dự trữ buồng trứng tốt. Tuy nhiên, những BN này nên được chỉ định IVF nếu như không có thai sau phẫu thuật một năm (Benadiva, 1995).

Đã có những bằng chứng rõ ràng là ứ dịch VT làm tăng tỉ lệ sảy thai và tác hại đến sự làm tổ và tỉ lệ sinh (Camus, 1999), trong cả chu kỳ chuyển phôi tươi (Vandromme, 1995) và phôi trữ lạnh (Strandell, 1994). Nhiều bằng chứng cho thấy nội soi cắt toàn phần hoặc làm tắc đoạn gần VT bị ứ dịch cải thiện đáng kể cơ hội có thai và tỉ lệ sinh sống của IVF (Dechaud, 1998; Strandell, 1999; Kontoravdis, 2006), cứ 8 phụ nữ được cắt VT ứ dịch trước khi làm IVF sẽ tăng được 1 trường hợp sinh sống (Johnson, 2004). Mặc dù, y văn báo cáo kết quả tương tự ở nhóm cắt VT so với

nhóm gây tắc nghẽn đoạn gần VT, vẫn nên cắt toàn phần VT bị ứ dịch nếu kỹ thuật dễ dàng (không có dính ruột và mạc nối nặng ở vùng chậu). Cắt VT toàn phần sẽ ngăn ngừa bất cứ sự dò rỉ dịch ở VT vào buồng tử cung và tránh được sự nhầm lẫn khi theo dõi nang noãn trong khi kiểm soát quá kích buồng trứng, đồng thời không ảnh hưởng đến kết quả chọc hút noãn. Nếu kỹ thuật khó khăn hoặc nếu có nhiều nguy cơ cao gây tổn thương ruột, dùng clips kẹp đoạn gần VT để gây tắc nghẽn và ngăn chặn dịch VT dò rỉ vào buồng tử cung (Fouany, 2010).

## **6. Nội soi bóc u xơ tử cung (UXTC)**

Bằng chứng lâm sàng cho thấy BN bị UXTC dưới niêm mạc hoặc UXTC trong cơ gây biến dạng buồng tử cung có khả năng thụ thai thấp (Pritts, 2001). Một nghiên cứu tiền cứu có nhóm chứng, gồm 181 phụ nữ đã cố gắng thụ thai hơn 1 năm, cho thấy bóc nhân xơ dưới niêm hoặc trong cơ có gây biến dạng buồng tử cung làm cải thiện đáng kể tỉ lệ có thai (43.3% so với 27.2% và 40% so với 15%) (Casini, 2006).

Tương tự như thụ thai tự nhiên, hầu hết nghiên cứu trong những chu kỳ IVF cho thấy UXTC dưới niêm và trong cơ gây biến dạng buồng tử cung làm ảnh hưởng tới tỉ lệ làm tổ và có thai (Rackow, 2005). Surrey cho thấy cắt đốt nhân xơ dưới niêm hoặc trong cơ gây biến dạng nội mạc cải thiện được kết quả IVF (Surrey, 2005). Những nghiên cứu trước đây cho thấy UXTC trong cơ không có biến dạng buồng tử cung chỉ ảnh hưởng tối thiểu hoặc không ảnh hưởng đến kết quả IVF (Fouany, 2010). Tuy nhiên, một phân tích gộp gần đây gồm 19 nghiên cứu quan sát (6087 chu kỳ IVF) cho thấy tỉ lệ có thai lâm sàng (RR = 0.85, 95% CI: 0.77–0.94, P < 0.002) và tỉ lệ sinh sống (RR = 0.79, 95% CI: 0.70–0.88, P < 0.0001) của IVF ở những BN bị UXTC trong cơ không gây biến dạng buồng tử cung thấp hơn BN có tử cung bình thường (Sunkara, 2010). Câu hỏi bóc UXTC trong những trường hợp này có lợi ích hay không đã được trả lời (Fouany, 2010).

Đối với u xơ dưới niêm và trong cơ nhô vào buồng tử cung hơn 50%, điều trị tốt nhất bằng nội soi buồng tử cung cắt đốt. Đối với khối UXTC to chủ yếu nằm trong cơ có thể điều trị bằng nội soi buồng tử cung cắt đốt nhiều lần hoặc mổ hở hoặc nội soi ổ bụng bóc nhân xơ. Nên đo độ dày của cơ tử cung giữa UXTC và thanh mạc tử cung. Nếu độ dày hơn 1.5 cm, khuyến cáo sử dụng siêu âm hướng dẫn nội soi buồng tử cung cắt đốt nhân xơ. Khi không thể cắt đốt hết được khối u xơ trong một lần (bom



dịch quá nhiều, chảy máu nhiều, v.v...) nên ngưng thủ thuật và chờ đợi 2–3 tháng, trong thời gian đó khối u xơ sẽ dần dần nhô vào buồng tử cung để thực hiện cắt đốt lần thứ 2. Nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung được thực hiện ở những trường hợp đa nhân xơ, hoặc khi chỉ có một lớp mỏng cơ tử cung phân tách giữa nhân xơ và thanh mạc (Fouany, 2010).

Mổ hở bóc UXTC thường là phương pháp chọn lựa để bóc khối u xơ to, nhưng với sự phát triển mạnh của dụng cụ và kỹ năng phẫu thuật thì bóc UXTC bằng nội soi ổ bụng cũng được chấp nhận. So với mổ hở, nội soi ổ bụng bóc nhân xơ có những ưu điểm như vết mổ nhỏ, thời gian nằm viện ngắn, ít đau hậu phẫu, hồi phục nhanh và đánh giá tốt những cơ quan trong ổ bụng. Đối với nội soi ổ bụng phá hủy u xơ (myolysis) gây dính rất nặng. Nội soi bóc nhân xơ vẫn là điều trị tốt nhất đối với BN UXTC có triệu chứng và mong muốn mang thai (Agdi, 2008). Khâu cơ tử cung qua nội soi rất khó khăn, nhưng có thể được khắc phục bằng robot (Agdi, 2010). Mặc dù có những ưu điểm nhưng nội soi ổ bụng bóc UXTC cần kỹ năng phẫu thuật tốt, thời gian mổ kéo dài và liên quan đến vỡ tử cung khi mang thai trong tương lai. Chính những điều này đã ngăn cản việc triển khai áp dụng rộng rãi bóc UXTC qua nội soi (Fouany, 2010).

Mổ hở có trợ giúp bằng nội soi bóc UXTC (LAAM) là một kỹ thuật kết hợp được lợi ích của cả 2 phương pháp. Thực hiện một đường rạch 5 mm quanh rốn và đưa camera vào ổ bụng. Sau khi quan sát kỹ khối u xơ, vùng chậu và ổ bụng, mở một đường nhỏ Pfannenstiel khoảng 4 cm. Lớp cân bụng được rạch dọc để có thể dễ vào ổ bụng hơn. Qua đường mổ hở nhỏ tiến hành bóc nhân xơ. Nếu khối u xơ lớn hơn đường rạch, cắt nhỏ khối u đồng thời chú ý nội mạc. Đóng cơ tử cung kỹ bằng mũi đơn hoặc liên tục. Nội soi ổ bụng kiểm tra lại cầm máu. Sự cải tiến của kỹ thuật này là sử dụng nội soi ổ bụng mở 2 lỗ ở dây chằng rộng và dùng một catheter màu đỏ thất xung quanh đoạn dưới tử cung trước khi bóc nhân xơ để giảm lượng máu mất. Kỹ thuật này vừa có những lợi ích của mổ hở là đóng cơ tử cung chắc hơn và giảm thời gian phẫu thuật. Đồng thời kỹ thuật này cũng có những lợi ích của phẫu thuật nội soi như lượng máu mất thấp hơn, giảm sốt và liệt ruột, đường mổ nhỏ hơn, hồi phục sau mổ nhanh hơn, trở lại hoạt động bình thường nhanh hơn và có thể tiếp tục điều trị IVF ngay. Những nghiên cứu tiền cứu đánh giá hiệu quả của kỹ thuật LAAM cho thấy những lợi ích so với kỹ thuật mổ hở kinh điển (Cagnacci, 2003, Wen, 2010).

Tại bệnh viện Từ Dũ, đối với BN vô sinh có nhân xơ dưới niêm hoặc trong cơ có biến dạng buồng tử cung kỹ thuật chọn lựa là nội soi cắt đốt nhân xơ (có thể điều trị nhiều đợt). Trường hợp UXTC dưới thanh mạc vẫn áp dụng cả hai phương pháp là mổ hở hoặc nội soi ổ bụng bóc nhân xơ. Việc chọn lựa kỹ thuật tùy thuộc vào kích thước, vị trí, số lượng của UXTC. Đồng thời, một yếu tố rất quan trọng để quyết định phương pháp phẫu thuật là quan điểm và sự thành thạo của phẫu thuật viên với kỹ thuật mổ quen thuộc (Bệnh viện Từ Dũ, 2010).

### **7. Vai trò của nội soi ổ bụng trong vô sinh do buồng trứng**

Vẫn còn thiếu nghiêm trọng những bằng chứng đối với việc sử dụng thường qui nội soi ổ bụng chẩn đoán trước khi điều trị kích thích buồng trứng hoặc sau một vài lần thất bại; chỉ có những nghiên cứu hồi cứu và không có đối chứng được công bố. Một tổng quan của Cochrane kết luận rằng phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng (LOD) ở BN bị hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) kháng clomiphene citrate đã được chứng minh hiệu quả như điều trị gonadotropin với tỉ lệ sinh sống và sảy thai tương đương. Lợi ích quan trọng của LOD so với gonadotropins là dễ dàng và thuận lợi, giảm nguy cơ quá kích buồng trứng và đa thai, tăng đáp ứng của buồng trứng với thuốc uống kích thích phóng noãn, khả năng duy trì được hoạt động của buồng trứng với chứng cứ là khả năng rụng trứng tự nhiên kéo dài nhiều năm sau LOD và đồng thời có khả năng thám sát đánh giá vùng chậu (*Farquhar, 2005*).

### **8. Vai trò của nội soi ổ bụng trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ART)**

Những tiến bộ vượt bậc của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đã dần thay thế vai trò của phẫu thuật sinh sản; một số tác giả ủng hộ mạnh cho quan điểm thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngay sau khi chẩn đoán vô sinh bằng những kỹ thuật đơn giản và không xâm lấn ở tất cả BN (*Speroff, 1999*). Hai quan điểm sau đây hiện nay vẫn đang được tranh luận. Thứ nhất, trong qui trình chẩn đoán vô sinh có nên nội soi ổ bụng trước khi hỗ trợ sinh sản? Thứ hai, vai trò của nội soi ổ bụng sau khi hỗ trợ sinh sản thất bại lặp lại? Đối với vô sinh do yếu tố cổ tử cung, vô sinh không rõ nguyên nhân và vô sinh nam nhẹ, IUI vẫn là kỹ thuật hiệu quả để nâng cao khả năng sinh sản. Vấn đề còn tranh luận trong điều trị IUI là vai trò của nội soi ổ bụng để đánh giá đường

sinh dục và định thời điểm điều trị, nên được thực hiện trước hay chỉ sau khi thất bại vài chu kỳ IUI. Tuy nhiên, do thiếu bằng chứng nên rất cần thiết phải có thêm những thực nghiệm lâm sàng để có thể kết luận chính xác (Tanahatoe, 2005).

## 9. Kết luận

Mặc dù kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đã có những bước tiến vượt bậc với tỉ lệ thành công ngày càng cao, nhưng nội soi ổ bụng vẫn có một vai trò nhất định trong chẩn đoán và điều trị vô sinh. Không phải tất cả BN vô sinh đều cần IVF. Nội soi ổ bụng có những lợi ích cũng như bất lợi và IVF cũng vậy. Tuy nhiên, cần phải xem xét lại việc sử dụng không hạn chế của nội soi ổ bụng trong thời đại của y học dựa trên bằng chứng (EBM). Nội soi ổ bụng không nên được xem là ‘thường qui’. Sử dụng có chọn lọc là chính sách hợp lý và nên khuyến khích. Điều này đặc biệt quan trọng ở những nước đang phát triển là nơi rất cần thiết giảm giá thành điều trị và biến chứng phẫu thuật.

Đối với những trường hợp vô sinh nam và/hoặc không rụng trứng, phẫu thuật nội soi ổ bụng không đem lại lợi ích. Tuy nhiên, trong những trường hợp khác như vô sinh chưa rõ nguyên nhân, vô sinh do VT và LNMTC phẫu thuật có thể mang lại lợi ích. Đối với BN bị tắc đoạn gần VT, nội soi ổ bụng kết hợp với nội soi buồng tử cung vừa để xác định chẩn đoán vừa kết hợp thông VT. Đối với tổn thương VT, chỉ định điều trị bằng nội soi phẫu thuật hay IVF tùy thuộc vào mức độ tổn thương, tuổi của BN, mức độ dự trữ buồng trứng. Can thiệp phẫu thuật trong nội soi ổ bụng như là gỡ dính, lấy tổn thương LNMTC và cắt VT vì ứ dịch có thể tăng khả năng thụ thai tự nhiên hoặc IUI/IVF. Giải pháp bóc ULMTC trước khi làm IVF vẫn chưa thống nhất và nên cá nhân hóa điều trị trong những trường hợp này. Nếu nội soi ổ bụng phẫu thuật được chỉ định ở phụ nữ vô sinh, thì phẫu thuật viên phải là những chuyên gia giỏi và nhiều kinh nghiệm, có kiến thức đầy đủ về phẫu thuật cũng như là chẩn đoán và điều trị vô sinh.

Mặc dù, những bằng chứng hiện tại cho thấy nội soi ổ bụng có thể đem lại lợi ích và tăng khả năng sinh sản trong một số thực nghiệm lâm sàng, nhưng vai trò quyết định của nó trong nhiều khía cạnh khác vẫn còn chưa đủ chứng cứ. Cần phải có những thực nghiệm lâm sàng để có thêm bằng chứng xác định hoặc phản bác quan điểm này. Nên có sự phối hợp giữa chuyên gia phẫu thuật nội soi và hỗ trợ sinh sản để từ đó đưa ra hướng điều trị thích hợp nhất đối với từng BN.

## Tài liệu tham khảo

1. Agdi M, Tulandi T. Endoscopic management of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:707–16.
2. Agdi M, Tulandi T. Minimally invasive approach for myomectomy. *Semin Reprod Med* 2010;28:228–34.
1. Al Badawi IA, Fluker MR, Bebbington MW. Diagnostic laparoscopy in infertile women with normal hysterosalpingograms. *J Reprod Med* 1999;44:953–7.
2. Barnhart K, Dunsmoor-Su R, Coutifaris C. Effect of endometriosis on in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2002;77:1148–55.
3. Benadiva CA, Kligman I, Davis O, Rosenwaks Z. In vitro fertilization versus tubal surgery: is pelvic reconstructive surgery obsolete? *Fertil Steril* 1995;64(6):1051–61.
4. Bosteels J, Van Herendael B, Weyers S, D’Hooghe T. The position of diagnostic laparoscopy in current fertility practice. *Hum Reprod Update* 2007;13:477–85.
5. Cagnacci A, Pirillo D, Malmusi S, Arangino S, Alessandrini C, Volpe A. Early outcome of myomectomy by laparotomy, minilaparotomy and laparoscopically assisted minilaparotomy. A randomized prospective study. *Hum Reprod* 2003;18(12): 2590.
6. Camus E, Poncelet C, Goffinet F, et al. Pregnancy rates after in vitro fertilization in cases of tubal infertility with and without hydrosalpinx: a meta-analysis of published comparative studies. *Hum Reprod* 1999;14:1243–9.
7. Carey M, Brown S. Infertility surgery for pelvic inflammatory disease: success rates after salpingolysis and salpingostomy. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:296–300.
8. Casini ML, Rossi F, Agostini R, Unfer V. Effects of the position of fibroids on fertility. *Gynecol Endocrinol* 2006;22(2):106–9.
9. Center for Disease Control National Report 2006. <http://www.cdc.gov/ART/ART2006/index.htm>.

10. Corson SL, Cheng A, Guthman JN. Laparoscopy in the normal infertile patient: a question revisited. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7:317–24.
11. Cundiff G, Carr BR, Marshburn PB. Infertile couples with a normal hysterosalpingogram. Reproductive outcome and its relationship to clinical and laparoscopic findings. *J Reprod Med* 1995;40:19–24.
12. Dechaud H, Daures JP, Arnal F, Humeau C, Hedon B. Does previous salpingectomy improve implantation and pregnancy rates in patients with severe tubal factor infertility who are undergoing in vitro fertilization? A pilot prospective randomized study. *Fertil Steril* 1998;69:1020–5.
13. Farquhar C, Lilford RJ, Marjoribanks J, Vandekerckhove P. Laparoscopic drilling by diathermy or laser for ovulation induction in anovulatory polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD001122.
14. Fatum M, Laufer N, Simon A. Investigation of the infertile couple: should diagnostic laparoscopy be performed after normal hysterosalpingography in treating infertility suspected to be of unknown origin? *Hum Reprod* 2002;17:1–3.
15. Feinberg EC, Levens ED, DeCherney AH. Infertility surgery is dead: only the obituary remains? *Fertil Steril* 2008;89(1):232–6.
16. Forman RG, Robinson JN, Mehta Z, Barlow DH. Patient history as a simple predictor of pelvic pathology in subfertile women. *Hum Reprod* 1993;8:53–5.
17. Fouany MR, Muasher SJ. Is there a role for laparoscopy in the diagnosis and treatment of infertility in the 21st century? *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15, 146–152.
18. Garcia-Velasco JA, Mahutte NG, Corona J, et al. Removal of endometriomas before in vitro fertilization does not improve fertility outcomes: a matched, case-control study. *Fertil Steril* 2004;81:1194–7.
19. Glatstein IZ, Harlow BL, Hornstein MD. Practice patterns among reproductive endocrinologists: the infertility evaluation. *Fertil Steril* 1997;67:443–51.

20. Hamilton J, Latache E, Gillott C, Lower A, Grudzinskas JG. Intrauterine insemination results are not affected if Hysterosalpingo Contrast Sonography is used as the sole test of tubal patency. *Fertil Steril* 2003;80:165–71.
21. Houston DE, Noller KL, Melton LJ, Selwyn BJ, Hardy RJ. Incidence of pelvic endometriosis in Rochester, Minnesota, 1970–1979. *Epidemiology* 1987;125:959–69.
22. Hsu AL, Khachikyan I, Stratton P. Invasive and noninvasive methods for the diagnosis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53:413–9.
23. Hubacher D, Grimes D, Lara-Ricalde R, de la Jara J, Garcia-Luna A. The limited clinical usefulness of taking a history in the evaluation of women with tubal factor infertility. *Fertil Steril* 2004;81:6–10.
24. Jacobs LA, Thie J, Patton PE, Williams TJ. Primary microsurgery for postinflammatory tubal infertility. *Fertil Steril* 1988;50:855–9.
25. Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis (cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 3*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
26. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, Farquhar C, Koninckx PR, Olive D. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD001398.
27. Johnson NP, Mak W, Sowter MC. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD002125.
28. Kahyaoglu S et al.. Does laparoscopic cystectomy and cauterization of endometriomas greater than 3 cm diminish ovarian response to controlled ovarian hyper stimulation during IVF-ET? A case-control study. *J Obstet Gynaecol* 2008;34(6):1010–3.
29. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D’Hooghe T, Dunselman G, Greb R, Hummelshoj L, Prentice A, Saridogan E. ESHRE guidelines for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2005;20:2698–704.

30. Kontoravdis A, Makrakis E, Pantos K, Botsis D, Deligeoroglou E, Creatsas G. Proximal tubal occlusion and salpingectomy result in similar improvement in in vitro fertilization outcome in patients with hydrosalpinx. *Fertil Steril* 2006;86:1642–9.
31. Lê Quang Thanh, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Chu Thị Bá, Cửu Nguyễn Thiên Thanh. Hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng. *Thời sự y dược học* 2005, bộ X số 2, trang: 73-76.
32. Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. *Hum Reprod* 1991;6:544–9.
33. Mol BWJ, Collins JA, van der Veen F, Bossuyt PMM. Costeffectiveness of hysterosalpingography, laparoscopy and Chlamydia antibody testing in subfertile couples. *Fertil Steril* 2001;75:571–80.
34. Novy M, Thurmond AS, Patton P, et al. Diagnosis of cornual obstruction by transcervical fallopian tube cannulation. *Fertil Steril* 1988;50:434–40.
35. Pritts EA. Fibroids and infertility: a systematic review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56(8):483–91.
36. Rackow BW, Arici A. Fibroids and in vitro fertilization: which comes first? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17(3):225–31.
37. Rowe PJ, Comhaire FH, Hargreave TB, Mahmoud AMA. WHO manual for the standardized investigation of the infertile couple. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1993.
38. SART clinical summary report 2008. <http://www.sartcorsonline.com>.
39. Shah AA, Walmer DK. A feasibility study to evaluate pelvic peritoneal anatomy with a saline intraperitoneal sonogram (SIPS). *Fertil Steril*, in press.
40. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Female infertility. In: Speroff L, Glass RH, Kase NG, editors. *Clinical gynaecologic endocrinology and infertility*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
41. Strandell A, Waldenström U, Nilsson L, et al. Hydrosalpinx reduces in vitro fertilization/embryo transfer rates. *Hum Reprod* 1994;9:861–3.

42. Strandell A, Lindhard A, Waldenstrom U, Thorburn J, Janson PO, Hamberger L. Hydrosalpinx and IVF outcome: a prospective, randomized multicentre trial in Scandinavia on salpingectomy prior to IVF. *Hum Reprod* 1999;14(11):2762–9.
43. Suganuma N, Wakahara Y, Ishida D, et al. Pretreatment for ovarian endometrial cyst before in vitro fertilization. *Gynecol Obstet Invest* 2002;54(Suppl. 1):36–40 [discussion 1–2].
44. Sunkara SK, Khairy M, El-Toukhy T, Khalaf Y, Coomarasamy A. The effect of intramural fibroids without uterine cavity involvement on the outcome of IVF treatment: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2010;25(2):418–29.
45. Surrey ES, Minjarez DA, Stevens JM, Schoolcraft WB. Effect of myomectomy on the outcome of assisted reproductive technologies. *Fertil Steril* 2005;83(5):1473–9.
46. Tanahatoc SJ, Lambalk CB, Hompes PGA. The role of laparoscopy in intrauterine insemination: a prospective randomized reallocation study. *Hum Reprod* 2005;20:3225–30.
47. Templeton A, Morris JK, Parslow W. Factors that affect outcome of in-vitro fertilization treatment. *Lancet* 1996;348:1402–6.
48. Tulandi T, Collins JA, Burrows E, Jarrell JF, McInnes RA, Wrixon W. Treatment-dependent and treatment-independent pregnancy among women with periadnexal adhesions. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:354–7.
49. Vandromme J, Chasse E, Lejeune B, et al. Hydrosalpinges in in vitro fertilization: an unfavourable prognostic feature. *Hum Reprod* 1995;10:576–9.
50. Velasco J et al.. Removal of endometriomas before in vitro fertilization does not improve fertility outcomes: a matched, case-control study. *Fertil Steril* 2004;81(5):1194–7.
51. Wen KC, Chen YJ, Sung PL, Wang PH. Comparing uterine fibroids treated by myomectomy through traditional laparotomy and 2 modified approaches:



*ultraminilaparotomy and laparoscopically assisted ultraminilaparotomy. Am J Obstet Gynecol 2010;202(2):144.e1–8.*

52. Winter L, Glucker T, Steimann S, Frohlich JM, Steinbrich W, De Geyter C, Pegios W. *Feasibility of dynamic MR-hysterosalpingography for the diagnostic work-up of infertile women. Acta Radiol 2010;51:693–701.*
53. Wong BC, Gillman NC, Oehninger S, Gibbons WE, Stadtmauer LA. *Results of in vitro fertilization in patients with endometriomas: is surgical removal beneficial. Am J Obstet Gynecol 2004;191(2):597–606 [discussion 606–7].*
54. Woolcott R, Petchpud A, O'Donnell P, Stanger J. *Differential impact on pregnancy rate of selective salpingography, tubal catheterization and wire-guide recanalization in the treatment of proximal fallopian tube obstruction. Hum Reprod 1995;10:1423–1426.*