ANALYSIS OF OVARIAN CYST LAPAROSCOPIC SURGERY AMONG SECOND TRIMESTER PREGNANT WOMEN AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM 2021 TO 2023

Nguyen Thi Men[1], Nguyen Quang Bac[2]*, Ngo Toan Anh[2]

[1] *Dien Bien Provincial General Hospital – Ton That Tung, Noong Bua, Dien Bien Phu City, Dien Bien, Vietnam*
[2] *National Obstetrics Hospital – 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam*

Received: 17/04/2024
Revised: 15/05/2024; Accepted: 18/06/2024

ABSTRACT

Objective: This study aimed at analysis of laparoscopic surgery of ovarian cyst among 2 trimester pregnant women at National hospital of Obstetrics and Gynecology from 2021 to 2023.

Subjects and methodology: All women in the second trimester of pregnancy diagnosed and treated for ovarian tumors by laparoscopic surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 1, 2021 to December 31, 2023.

Results: The age group from 25-29 accounts for 40.8%. The average size of the tumor was 9.6±4.4 cm. Of these, tumors measuring 6-10cm account for the largest proportion (75.7%). The majority had planned surgery (93.2%). Tumor removal surgery accounts for a large proportion of 88.4%, tumor resection accounts for 11.6%. Ovarian cysts in pregnancy in this study were dominated by ovarian dermoid tumors with 65.0%. After surgery, only 01 patient had bleeding (1.0%) and then had a miscarriage. The average hospital stay was 4.8±0.5 days.

Conclusion: Laparoscopic ovarian tumor surgery in the second trimester was a effective method with low risk of complications. However, highly skilled surgeons are required to minimize the risk for mother and fetus.

Keywords: Laparoscopy, ovarian cyst, second trimester, national hospital of obstetrics and gynecology.

* Corressponding author
E-mail: drbacbvpstw@gmail.com
Phone number: (+84) 904 177 911
https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD5.1243

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI U BUỒNG TRỨNG Ở PHỤ NỮ CÓ THAI 3 THÁNG GIỮA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2021-2023

Nguyễn Thị Mến[1], Nguyễn Quảng Bắc[2]*, Ngô Toàn Anh[2]

[1] *Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên – Tôn Thất Tùng, Noong Bua, Thành phố Điện Biên Phủ, Điện Biên, Việt Nam*
[2] *Bệnh viện Phụ sản Trung ương – 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 17/04/2024
Chỉnh sửa ngày: 15/05/2024; Ngày duyệt đăng: 18/06/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu này nhằm mục đích liệt kê kết quả của phẫu thuật nội soi u buồng trứng ở phụ nữ có thai 3 tháng giữa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2021 đến 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả phụ nữ có thai 3 tháng giữa được chẩn đoán và điều trị u buồng trứng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/01/2021 đến 31/12/2023.

Kết quả: Nhóm tuổi từ 25-29 chiếm tỷ lệ 40,8%. Kích thước trung bình của khối u là 9,6±4,4 cm. Trong đó khối u có kích thước từ 6-10cm chiếm tỷ lệ lớn nhất (75,7%). Phần lớn là phẫu thuật theo kế hoạch (93,2%). Phẫu thuật cắt u chiếm tỷ lệ lớn với 88,4%, cắt u chiếm tỷ lệ 11,6%. UBT trong thai kỳ ở nghiên cứu này chiếm ưu thế là u bì buồng trứng với 65,0%. Sau phẫu thuật, chỉ có 01 bệnh nhân có ra máu chiếm tỷ lệ 1,0% và sau đó sảy thai. Thời gian nằm viện trung bình là 4,8±0,5 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong 3 tháng giữa mang lại kết quả cao với nguy cơ gặp biến chứng thấp. Tuy nhiên, để thực hiện được phẫu thuật nội soi thì đòi hỏi phẫu thuật viên phải có tay nghề cao.

Từ khoá: Phẫu thuật nội soi, u buồng trứng, có thai 3 tháng giữa, bệnh viện Phụ sản Trung ương.

* Tác giả liên hệ
E-mail: drbacbvpstw@gmail.com
Điện thoại: (+84) 904 177 911
https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD5.1243

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang buồng trứng có tỷ lệ xuất hiện khoảng 1% trong tất cả các trường hợp mang thai. Trong số đó, chỉ có khoảng 0,5%-1% những trường hợp mang thai này thực sự cần phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, các khối u buồng trứng khác, chẳng hạn như u nang thanh dịch và u bì, có thể tồn tại và dần dần mở rộng và do đó gây ra các biến chứng trong thai kỳ [4]. Các trường hợp mang thai cần phẫu thuật có nguy cơ dẫn đến tai biến cho thai nghén như sẩy thai, sinh non [15]. Tuy nhiên, nếu không theo dõi chặt chẽ có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng khác, chẳng hạn như xoắn hoặc vỡ u nang buồng trứng [18]. Hiện tại, mổ nội soi (một ca phẫu thuật xâm lấn tối thiểu) ngày càng trở nên phổ biến hơn ở phụ nữ mang thai đặc biệt ở 3 tháng giữa [13] vì ít nguy cơ đối với thai nghén và bác sĩ sản khoa có đủ thời gian để theo dõi sự phát triển của khối u [7]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích nhận xét kết quả của phẫu thuật nội soi u buồng trứng ở phụ nữ có thai 3 tháng giữa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả phụ nữ có thai 3 tháng giữa được chẩn đoán và điều trị u buồng trứng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/01/2021 đến 31/12/2023.

a) Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Những trường hợp thai phụ có thai sống. Tuổi thai 13-24 tuần.
- Được chẩn đoán có khối UBT và được phẫu thuật.
- Có kết quả giải phẫu bệnh lý.
- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.
- Cận lâm sàng: Siêu âm hình ảnh tương đương tuổi thai 13-24 tuần trong buồng tử cung, hình ảnh u buồng trứng có thể kèm theo các hình ảnh của biến chứng như dịch cùng đồ, âm vang của buồng trứng có thể không đồng nhất do xuất huyết hoặc hoại tử, buồng trứng to hơn bình thường, các dấu hiệu trên Doppler mạch.
- Thai phụ được chỉ định PTNS tại BVPSU (kể cả những thai phụ PTNS chuyển mổ mở) từ 01/01/2021 đến 31/12/2023.
- Hồ sơ bệnh án của thai phụ được chẩn đoán UBT có chỉ định PTNS.

b) Tiêu chuẩn loại trừ

- UBT ở thai phụ đã được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến.
- Hồ sơ bệnh án của thai phụ không đủ các thông tin cần cho nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên nhóm đối tượng phụ nữ mang thai 3 tháng giữa được chẩn đoán UBT có chỉ định PTNS.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Tất cả thai phụ ở tuổi thai từ 13-24 tuần có khối u buồng trứng được chỉ định PTNS tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2021 đến 31/12/2023. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu đều được chọn vào nghiên cứu.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu thu thập được bảo quản trong môi trường an toàn và bảo mật. Tất cả các dữ liệu thu thập được làm sạch, mã hóa, nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ các thông tin và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không phục vụ mục đích khác. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi với các bên liên quan.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố thai phụ theo độ tuổi

	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi		
Dưới 20 tuổi	6	5,8
20 - 24 tuổi	29	28,2
25-29 tuổi	42	40,8
Trên 30 tuổi	26	25,2
Tuổi trung bình	26,9±5,2 (19-46)	

Tỷ lệ u buồng trứng ở phụ nữ mang thai hay gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 25-29 tuổi với 40,8%. Tỷ lệ UBT gặp ở phụ nữ dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,8%. Độ tuổi trung bình là 26,9±5,2 tuổi. Thai phụ ở ngoại tỉnh chiếm tỷ lệ lớn với 76,7%.

Bảng 2. Một số đặc điểm về tính chất khối u trên siêu âm

Tính chất u trên hình ảnh siêu âm		Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí u	Bên phải	40	38,8
	Bên trái	55	53,3
	2 bên BT	8	7,8
Kích thước u (cm)	≤ 5cm	4	3,
	6 - 10cm	78	75,7
	> 10cm	21	20,4
	X + SD (cm)	9,6±4,4 (4-30)	
Cấu trúc khối u	Vách	19	18,4
	Thùy	4	3,
	Không rõ	80	77,7
Mật độ khối u	Dạng nang	34	33,0
	Dạng hỗn hợp	69	67,0
Nhú trong u	Không có nhú trong u	98	95,1
	Có nhú trong u	5	4,9
CA125	≤ 35 U/ ml	65	63,1
	> 35 U/ ml	36	35,0

Đa số thai phụ có UBT ở 1 bên chiếm tỷ lệ 92,2%. Kích thước trung bình của khối u là 9,6±4,4 cm. Trong đó khối u có kích thước từ 6-10cm chiếm tỷ lệ lớn nhất (75,7%). Tỷ lệ thai phụ có cấu trúc khối u không rõ ràng chiếm tỷ lệ 77,7%. Chỉ có 4 trường hợp (3,9%) có thùy bên trong khối u. Mật độ khối u dạng hỗn hợp chiếm tỷ lệ lớn với 67,0%. Tỷ lệ thai phụ siêu âm phát hiện có nhú trong u chiếm tỷ lệ thấp 4,9%.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật UBT ở quý 2 thai kỳ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Loại phẫu thuật		
Kế hoạch	96	93,2
Cấp cứu	7	6,8
Phương pháp phẫu thuật		
Bóc U	91	88,4
Cắt BT	12	11,6

Phần lớn là phẫu thuật theo kế hoạch (93,2%). Phẫu thuật cắt u chiếm tỷ lệ lớn với 88,4%, cắt u chiếm tỷ lệ 11,6%.

Bảng 4: Đặc điểm GPB của UBT được phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Nang nước	9	8,
Nang nhầy	18	17,5
Nang bì	71	65,0
LNMTC	2	1,9
Nang hoàng thể	1	1,0
Khác	2	1,9
Tổng số	103	

UBT trong thai kỳ ở nghiên cứu này chiếm ưu thế là u bì buồng trứng với 65,0%. Có 8,7% là nang nước. Nang nhầy chiếm tỷ lệ 17,5%. Nang LNMTC chiếm 1,9%. Chỉ có 2 trường hợp có giải phẫu bệnh là u cơ trơn và u sợi tuyến bọc dịch trong). Tất cả các trường hợp UBT trong nghiên cứu của chúng tôi đều lành tính.

Bảng 5. Kết quả thai nghén

Sau phẫu thuật	n	%
Tình trạng mẹ		
Ổn định	102	99,0
Ra máu	1	1,0
Tổng	103	
Tình trạng thai		
Ổn định	102	99,0
Sảy thai	1	1,0
Tổng	103	
Số ngày nằm viện	**4,8±0,5 4-6**	

Sau phẫu thuật, chỉ có 01 bệnh nhân có ra máu chiếm tỷ lệ 1,0% và sau đó sảy thai. Thời gian nằm viện trung bình là 4,8±0,5 ngày. Sản phụ nằm viện lâu nhất là 6 ngày.

4. BÀN LUẬN

Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là 26,9±5,2 tuổi. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu gần đây của Kha Thị Trâm và Nguyễn Thị Hồng Phượng [2, 4]. Bệnh nhân trẻ nhất là 19 tuổi và già nhất là 46 tuổi. Trong nhóm dưới 20 tuổi, có đến 6 trường hợp 19 tuổi (5,8%). Tỷ lệ này cao nhất trong những nghiên cứu gần đây được thực hiện trên nhóm bệnh nhân có thai mắc UBT. Đây là nhóm tuổi trẻ hoặc mới lập gia đình, nhóm tuổi này mong muốn có thai nhưng lại chưa có thói quen khám sức khỏe phụ khoa định kỳ.

Vị trí u

Bảng 2 mô tả một số đặc điểm của khối u trên siêu âm. Trong 103 thai phụ có 8 trường hợp có u buồng trứng 2 bên, trong đó giải phẫu bệnh tất cả là u bì cả 2 bên buồng trứng. Điều này đúng với lý thuyết là khối u bì có tỷ lệ cao xuất hiện ở cả 2 buồng trứng.

Kích thước u

Kết quả cho thấy những khối u có kích thước ≤ 5cm có tỷ lệ phẫu thuật thấp nhất 3,9%, khối u kích thước 6 - 10cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 75,7%. Tỷ lệ khối u có kích thước lớn không cao (trên 10cm: 20,4%), có thể một phần do các khối u này gây ra triệu chứng tức nặng bụng dưới, khiến người bệnh phát hiện ra và phẫu thuật từ trước khi có thai. Trong nghiên cứu này của chúng tôi thấy khối u nhỏ nhất có kích thước 4cm, phải phẫu thuật cấp cứu do biến chứng xoắn u, phải cắt buồng trứng và khối u lớn nhất mà chúng tôi gặp trong nghiên cứu là 25x26x20cm, sản phụ đi khám thai và phát hiện khối u lúc thai 13 tuần, sản phụ được theo dõi và phẫu thuật nội soi chủ động cắt khối u buồng trứng lúc thai 15 tuần, kết quả giải phẫu bệnh là khối u nhầy. Kết quả nghiên cứu của Kha Thị Trâm tỷ lệ khối UBT kích thước 6 -10 cm là 51,05%, của Hoàng Thị Hiền là 75,9%[1, 2]. Tác giả Ngu S.F và cộng sự (2014) cũng ghi nhận kích thước tương tự với kích thước u buồng trứng trung bình 79 ± 21 mm[14]. Điều này chúng tôi có thể giải thích là tuổi của sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết hợp với ý thức khám phụ khoa định kỳ của người dân được nâng cao cùng với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh nên việc phát hiện các khối UBT sớm hơn và xử trí sớm hơn.

Đặc điểm khối UBT theo hình ảnh siêu âm

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 103 trường hợp được phát hiện và mô tả trên hình ảnh siêu âm. Cấu trúc khối u có vách chiếm tỷ lệ 18,4%, có thuỳ 3,9% và không rõ ràng chiếm tỷ lệ lớn nhất với 77,7%. Gần đây, siêu âm chẩn đoán đã có nhiều tiến bộ đáng kể, và trở thành phương tiện phổ biến, không xâm nhập, không xâm hại, đặc biệt sự phát triển của siêu âm Doppler giúp đi sâu vào nghiên cứu bản chất khối u cũng như dự đoán độ lành tính hay ác tính của chúng, giúp cho các nhà lâm sàng có kế hoạch điều trị phù hợp và hiệu quả. Đặc biệt trong thai kỳ, do đặc tính không xâm hại mà siêu âm càng có vai trò quan trọng trong khảo sát khối u buồng trứng. Có 5 trường hợp khối u trong có nhú. Đã có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đánh giá về đặc điểm khối u buồng trứng trên siêu âm như của Glanc và cộng sự năm 2008 [9] hay của J. de Haan 2015 [6]. Năm 2008, nhóm phân tích khối u buồng trứng quốc tế (IOTA) đã công bố bảng phân loại theo quy tắc đơn giản trên siêu âm để đánh giá khả năng ác tính hoặc lành tính của u buồng trứng. Sau đó có rất nhiều công trình nghiên cứu đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của bảng phân loại này áp dụng trên lâm sàng. Năm 2016 A. Knafel và cộng sự đã công bố kết quả 1 nghiên cứu kéo dài 2 năm, tiến hành trên 226 người bệnh có khối u buồng trứng. Các người bệnh này được đánh giá tính chất khối u theo IOTA, sau đó được phẫu thuật, và so sánh với kết quả giải phẫu bệnh. Kết luận: Độ nhạy và độ đặc hiệu của phân loại IOTA để chẩn đoán độ ác tính của khối u buồng trứng lần lượt là 95,1% và 89,6% [12]. Một nghiên cứu khác của S. Grarg và cộng sự thực hiện trên 50 người bệnh u buồng trứng tại Ấn độ cũng cho kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của phân loại IOTA là 91,66% và 84,84% [8]. Tuy nhiên trên thực hành lâm sàng tại BVPSTƯ chưa áp dụng được quy tắc này vào siêu âm đánh giá khối u buồng trứng cũng như chưa có nhiều bác sỹ siêu âm sử dụng Doppler để khảo sát khối u.

Nồng độ CA125

Kết quả xét nghiệm CA 125 của các thai phụ. Chỉ có 2 trường hợp người bệnh không được làm xét nghiệm CA 125, tỷ lệ 1,9%. Các trường hợp này đều là các

trường hợp vào viện trong tình trạng cấp cứu, trong giờ trực, không kịp làm xét nghiệm CA 125 trước khi phẫu thuật. Số người bệnh có kết quả xét nghiệm CA 125 cao hơn 35U/ml là 36 người bệnh, tỷ lệ 35,0%; số người bệnh có kết quả CA 125 dưới 35U/ml (65 người bệnh, tỷ lệ 63,1%). Đối chiếu kết quả CA 125 với kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, chúng tôi thấy có đến 91,4% các thai phụ có chỉ số CA 125 cao hơn 35U/ml nhưng kết quả giải phẫu bệnh là lành tính. Đáng chú ý có 1 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh trả lời là hoàng thể mà CA 125 trên 35 U/ml. Trong nhóm thai phụ có chỉ số CA 125 dưới 35 U/ml, không có trường hợp nào có kết quả là u ác tính. CA 125 là kháng nguyên có nguồn gốc từ biểu mô trong cơ thể (màng ngoài tim, màng phổi, màng rụng) và biểu mô ống Muller, ống dẫn trứng, nội mạc tử cung, kênh cổ tử cung. CA 125 tăng trong khoảng 80 – 90% ung thư buồng trứng ở giai đoạn xa và liên quan đến khối lượng u và giai đoạn bệnh. Tuy nhiên nó chỉ tăng 50% – 60% ung thư buồng trứng giai đoạn sớm. Hiếm khi tăng ở ung thư buồng trứng dạng dịch nhầy, tế bào sáng, không biệt hóa, dạng sarcoma. CA 125 có độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 59% [5].

Loại phẫu thuật

Tỷ lệ phẫu thuật theo kế hoạch chiếm tỷ lệ lớn là 93,2%. Trong các nghiên cứu về u buồng trứng trên người bệnh có thai, phần lớn quan điểm là phẫu thuật chủ động theo kế hoạch[6]. Tuy nhiên có một số ít tác giả lại cho rằng chỉ cần phẫu thuật u buồng trứng trong thai kỳ trong trường hợp nghi ngờ u ác tính, hoặc có biến chứng, phải mổ cấp cứu như xoắn, vỡ u, các trường hợp còn lại hoàn toàn có thể theo dõi và xem xét xử lý sau khi kết thúc thai kỳ[10]. Tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ phẫu thuật của Ghazali và cộng sự thực hiện tại Malaysia trong 14 năm từ năm 2000 đến 2014, tỷ lệ này là 6,1%[16]. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả cho thấy rằng có đến 88,4% là phẫu thuật bóc u, chỉ có 12 trường hợp là cắt u. Điều này dễ hiểu vì nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn nhóm phẫu thuật nội soi. So sánh với kết quả nghiên cứu của Lê Hải Dương thì việc bóc tách khối u bảo tồn buồng trứng là 8,06%[3]. Theo chúng tôi nghĩ việc bảo tồn hay không trong những trường hợp xoắn u còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố có thể tại thời điểm phẫu thuật do phẫu thuật viên quyết định: thời gian xuất hiện đau đến khi phẫu thuật, mức độ tổn thương thiếu máu tại buồng trứng, khả năng phục hồi của buồng trứng nhưng điều quan trọng nhất vẫn là khả năng cũng như việc nhận định của phẫu thuật viên trong từng trường hợp cụ thể. Kỹ thuật bóc tách khối u bảo tồn buồng trứng là thuận lợi ít động chạm tới tử cung, làm hạn chế các biến chứng xảy ra với thai như sẩy thai, đẻ non. Tuy nhiên bên cạnh đó đòi hỏi đội ngũ phẫu thuật viên có kỹ năng thành thạo.

Đặc điểm của khối u theo giải phẫu bệnh

Tỷ lệ gặp nang bì cao nhất chiếm 65,0%, nang nhầy 17,5%, nang nước chiếm 8,7%, nang lạc nội mạc tử cung chiếm 1,9%, nang hoàng thể chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,0%, 01 nang khác là 01 trường hợp u giáp biên. Mặc dù tỷ lệ phẫu thuật nang hoàng thể chiếm tỷ lệ không cao và thường được xử trí khi có biến chứng nhưng vẫn đòi hỏi sự cẩn trọng trong việc chẩn đoán và xử trí những khối u cơ năng, đặc biệt là các nang hoàng thể trong thời kì thai nghén. So sánh với các tác giả khác đều cho thấy kết quả tương tự, gặp nhiều nhất là nang bì. So sánh với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác nhìn chung tỷ lệ khối UBT ác tính ở PNCT thấp. Theo Wang và cộng sự thì tỷ lệ ác tính là 3,3% [17]. Theo John và cộng sự thì [11] tỷ lệ ác tính là 2,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp khối u giáp biên, kích thước khối u 8x9cm, có vách, bờ dày và âm vang hỗn hợp. Sự liên quan giữa các loại u theo giải phẫu bệnh và kích thước khối u theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các loại u buồng trứng đều gặp nhiều ở nhóm có kích thước từ 6-10 cm chiếm tỷ lệ 57,3%. Trong nhóm khối u buồng trứng có kích thước lớn < 10 cm thì chúng tôi thấy khối u dạng bì chiếm tỷ lệ cao nhất không có trường hợp nào là nang nước hoặc nang nhầy. Còn kích thước khối u lớn trên 10 cm thì chủ yếu là nang nước, nang nhày.

Kết quả thai nghén

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 103 trường hợp được phẫu thuật nội soi UBT thì 102 trường hợp ổn định. Chỉ có 1 trường hợp ra máu sau phẫu thuật dẫn đến sẩy thai sau 5 ngày (1,0%). Đây là trường hợp phẫu thuật ở tuổi thai 14 tuần và bị biến chứng xoắn u. So sánh với các tác giả khác thì tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn nhiều. Theo Hoàng Thị Hiền tỷ lệ sẩy thai là 3,06% [1]. Còn theo Lê Hải Dương nghiên cứu về u buồng trứng xoắn, trong 33 trường hợp bị u buồng trứng xoắn ở phụ nữ mang thai thì sẩy thai chiếm 3,03% [3]. Về số ngày nằm viện sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật nội soi là 4,8±0,5 ngày.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong 3 tháng giữa mang lại kết quả cao với nguy cơ gặp biến chứng thấp. Tuy nhiên, để thực hiện được phẫu thuật nội soi thì đòi hỏi phẫu thuật viên phải có tay nghề cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Hoàng Thị Hiền, Tình hình phẫu thuật khối u buồng trứng tại phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2001 - 2006. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, 2006.

[2] Kha Thị Trâm, Tình hình điều trị phẫu thuật các khối u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại bệnh viện phụ sản trung ương từ tháng 01/2010 đến 31/12/2013. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2014, 24 – 28.

[3] Lê Hải Dương, Nghiên cứu tình hình các khối u buồng trứng xoắn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong mười năm (1992 - 2001). Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2004.

[4] Nguyễn Thị Hồng Phượng, Nghiên cứu điều trị phẫu thuật u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn BSCKII, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.

[5] Amampai R, P Suprasert, Cancer Antigen 125 during Pregnancy in Women without Ovarian Tumor Is Not Often Rising. Obstetrics and Gynecology International, 2018: p. 1-4.

[6] de Haan J, M Verheecke, F Amant, Management of ovarian cysts and cancer in pregnancy. Facts, views & vision in ObGyn, 2015, 7(1): p. 25-31.

[7] Ding D-C, Y-H Chang, Laparoendoscopic single-site surgical cystectomy of a twisted ovarian dermoid cyst during early pregnancy: A case report and literature review. Gynecology and minimally invasive therapy, 2016, 5(4): p. 173-177.

[8] Garg S, A Kaur, JK Mohi et al., Evaluation of IOTA Simple Ultrasound Rules to Distinguish Benign and Malignant Ovarian Tumours. J Clin Diagn Res, 2017, 11(8): p. Tc06-tc09.

[9] Glanc P, S Salem, D Farine, Adnexal masses in the pregnant patient: a diagnostic and management challenge. Ultrasound Q, 2008, 24(4): p. 225-40.

[10] Hakoun AM, I AbouAl-Shaar, KJ Zaza et al., Adnexal masses in pregnancy: An updated review. Avicenna J Med, 2017, 7(4): p. 153-157.

[11] John L. Powell MEP, Legal commentary: R. Eric Kennedy, J.D Surgery in Pregnancy, in Operative Obstetrics. 1993, p 428 - 433.

[12] Knafel A, T Banas, A Nocun et al., The Prospective External Validation of International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Simple Rules in the Hands of Level I and II Examiners. Ultraschall Med, 2016, 37(5): p. 516-523.

[13] Lee JH, JR Lee, BC Jee et al., Safety and feasibility of a single-port laparoscopic adnexal surgery during pregnancy. Journal of minimally invasive gynecology, 2013, 20(6): p. 864-870.

[14] Ngu S-F, VYT Cheung, T-C Pun, Surgical management of adnexal masses in pregnancy. JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 2014, 18(1): p. 71-75.

[15] Tsai H-W, C-Y Chen, P-H Wang et al., Single-port laparoscopic ovarian cystectomy of teratoma during pregnancy. Gynecology and Minimally Invasive Therapy, 2013, 2(4): p. 137-139.

[16] Wan Ghazali WAHB, NA Shukri, NHANB Abdul Halim, Laparoscopic cystectomy in pregnancy, a viable solution - A 14 years series. Gynecology and minimally invasive therapy, 2017, 6(4): p. 157-161.

[17] Wang PH, CC Yuan, HT Chao et al., Ovarian surgery during pregnancy and puerperium: twelve-year experience at the Veterans General Hospital-Taipei. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei), 1998, 61(6): p. 324-31.

[18] Weiner E, Y Mizrachi, R Keidar et al., Laparoscopic surgery performed in advanced pregnancy compared to early pregnancy. Archives of gynecology and obstetrics, 2015, 292: p. 1063-1068.