

FACTORS AFFECTING THE SELECTION OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF OVARIAN TUMORS IN PREGNANT WOMEN AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Do Tuan Dat^{1,2*}, Mai Trong Hung¹,
Phan Thi Huyen Thuong^{1,3}, Nguyen Kieu Oanh³, Trương Thị Hà Khuyên²

¹Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Ba Dinh Dist, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

³University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi -
144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau Ward, Cau Giay Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/02/2025

Revised: 02/03/2025; Accepted: 25/03/2025

ABSTRACT

Objective: To assess some factors related to the choice of treatment for ovarian tumors in pregnant women through laparoscopic surgery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from 2019 to 2023.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study using retrospective sampling was conducted on 74 pregnant women with ovarian tumors who were treated with laparoscopic surgery during pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2019, to December 31, 2023.

Results: The most common age group of pregnant women with ovarian tumors who underwent laparoscopic surgery during pregnancy is between 20 and 35 years old (94.5%), with 74.3% of cases having ≤ 1 child. Most patients were admitted due to lower abdominal pain, and 74.3% underwent emergency surgery. The characteristics of patients requiring emergency surgery include: 90% were at a gestational age of ≤ 12 weeks, 100% had torsion or rupture of the tumor, and 82.8% had O-RADS ≥ 3 ($p < 0.05$). The laparoscopic cystectomy mainly included: absence of abdominal pain (94.7%), non-torsioned tumors (100%), and O-RADS 1-2 (82.2%) with $p < 0.05$.

Conclusions: The indication for emergency laparoscopic surgery for the treatment of ovarian tumors in pregnant women is established for tumors with complications (torsion, rupture), even when the gestational age is ≤ 12 weeks and the O-RADS index is ≥ 3 ($p < 0.05$). Laparoscopic cystectomy can help preserve the ovaries and can be applied in cases of non-painful abdominal conditions and non-torsioned, non-ruptured ovarian tumors ($p < 0.05$).

Keywords: Surgical methods for ovarian tumors in pregnant women, indications for surgery for ovarian tumors in pregnant women, ovarian tumors in pregnant women.

*Corresponding author

Email: drdotatpshn@gmail.com Phone: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2208>

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LỰA CHỌN PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U BUỒNG TRỨNG TRÊN PHỤ NỮ CÓ THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đỗ Tuấn Đạt^{1,2*}, Mai Trọng Hưng¹,
Phan Thị Huyền Thương^{1,3}, Nguyễn Kiều Oanh³, Trương Thị Hà Khuyên²

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - 929 La Thành, Q. Ba Đình, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Dịch Vọng Hậu, Q. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/02/2025

Chỉnh sửa ngày: 02/03/2025; Ngày duyệt đăng: 25/03/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến việc lựa chọn điều trị u buồng trứng trên phụ nữ có thai bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ năm 2019-2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang lấy mẫu hồi cứu trên 74 thai phụ có u buồng trứng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi trong thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 1/1/2019 đến ngày 31/12/2023.

Kết quả: Nhóm tuổi phổ biến của thai phụ u buồng trứng được phẫu thuật nội soi trong thai kỳ là từ 20-35 tuổi (94,5%) với 74,3% trường hợp có ≤ 1 con. Hầu hết bệnh nhân vào viện vì đau tức bụng dưới và có 74,3% được phẫu thuật cấp cứu. Đặc điểm của bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu gồm: 90% ở tuổi thai ≤ 12 tuần, 100% là u xoắn vỡ và 82,8% có O-RADS ≥ 3 ($p < 0,05$). Với phương thức phẫu thuật bóc khối u chủ yếu gồm: không đau bụng (94,7%), u không xoắn vỡ (100%) và O-RADS 1-2 (82,2%) với $p < 0,05$.

Kết luận: Chỉ định phẫu thuật cấp cứu đối với điều trị u buồng trứng ở phụ nữ có thai được đặt ra với các khối u có biến chứng (xoắn, vỡ) kể cả khi tuổi thai ≤ 12 tuần, chỉ số O-RADS ≥ 3 ($p < 0,05$). Phẫu thuật nội soi bóc u buồng trứng giúp bảo tồn buồng trứng, có thể áp dụng với các trường hợp không đau bụng, u buồng trứng không xoắn vỡ ($p < 0,05$).

Từ khóa: Phương pháp phẫu thuật u buồng trứng ở phụ nữ có thai, chỉ định phẫu thuật u buồng trứng ở phụ nữ có thai, u buồng trứng ở phụ nữ có thai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một trong những khối u tiền đạo thường gặp nhất trong thời kỳ mang thai, hầu hết là u nang cơ năng và chỉ khoảng 5% là ác tính [1]. Theo nghiên cứu của Đinh Thế Mỹ, tỷ lệ u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại Việt Nam từ 4,33-6,59% [2]. Mặc dù sự phát triển của thai nghén không làm ảnh hưởng đến sự phát triển của u buồng trứng nhưng vị trí của khối u có thể thay đổi theo sự lớn lên của tử cung dẫn đến các biến chứng xoắn u, chảy máu trong u, vỡ u, chèn ép tiểu khung, nhiễm khuẩn, sảy thai, băng huyết [3], [4]... Tuy nhiên, thái độ xử trí u buồng trứng trong thai kỳ vẫn là một thách thức đối với các bác sĩ sản phụ khoa, đặc biệt là việc đưa ra chỉ định phẫu thuật nội soi, trong đó các vấn đề được quan tâm nhất khi điều trị u buồng trứng là quyết định phẫu thuật ở giai đoạn nào của tuổi

thai, phương pháp và cách thức phẫu thuật nào sẽ tối ưu nhằm đem lại sự an toàn cho sức khỏe bà mẹ và sự phát triển của thai nhi. Chính vì yêu cầu cấp thiết này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến lựa chọn phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng trên phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, tiến hành hồi cứu dựa trên thông tin của các thai phụ được phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2023 và

*Tác giả liên hệ

Email: drdodatpshn@gmail.com Điện thoại: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2208>

thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Thai phụ được phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong thời gian mang thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

+ Hình ảnh giải phẫu bệnh sau phẫu thuật được khẳng định là u buồng trứng.

+ Có đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu trong bệnh án điện tử của Bệnh viện.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Bệnh nhân u buồng trứng nhưng không được phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật nội soi thất bại phải chuyển mổ trong quá trình mang thai.

+ Bệnh nhân được phẫu thuật u buồng trứng ở nơi khác, sau đó chuyển đến Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội để điều trị tiếp.

Nghiên cứu tiến hành lấy mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các thai phụ có hồ sơ bệnh án phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Qua quá trình sàng lọc và loại bỏ hồ sơ không đủ điều kiện, chúng tôi đã lựa chọn được 74 thai phụ phù hợp đưa vào nghiên cứu.

2.2. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu khai thác và xử lý các thông tin của đối tượng nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của bệnh nhân (tuổi, số con sống, số lần mổ cũ tại ổ bụng, lý do vào viện, tuổi thai khi phát hiện, chỉ định phẫu thuật); các liên quan về chỉ định phẫu thuật (tuổi thai, kích thước, tình trạng khối u, phân loại ORADS, cách thức phẫu thuật); các liên quan về cách thức phẫu thuật (tuổi thai, kích thước, tính chất, số vòng xoắn, thời gian đau bụng)...

2.3. Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

- Số liệu cần thiết cho nghiên cứu được thu thập từ thông tin trong bệnh án điện tử đưa vào phiếu nghiên cứu và bảng thu thập số liệu đã được thiết kế theo các mục tiêu nghiên cứu.

- Số liệu được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Epidata rồi tiến hành phân tích, xử lý trên phần mềm IBM SPSS 22.0.

- Các biến định tính được biểu diễn theo tỉ lệ phần trăm, các biến số định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 74)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai phụ	< 20 tuổi	3	4,1
	20-35 tuổi	70	94,5
	> 35 tuổi	1	1,4
	Trung bình (Min-Max)	27,1 ± 4,0 (17-37)	
Số con sống	Chưa có con	31	41,9
	1 con	24	32,4
	≥ 2 con	19	25,7
Tiền sử mổ cũ ở bụng	0 lần	48	64,9
	1 lần	20	27,0
	≥ 2 lần	6	8,1
Lý do vào viện	Khám phụ khoa	9	12,2
	Đau tức bụng dưới	55	74,3
	Siêu âm	8	10,8
	Tự sờ thấy khối u	2	2,8
Chỉ định phẫu thuật	Phẫu thuật cấp cứu	55	74,3
	Phẫu thuật theo kế hoạch	19	25,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 27,1 ± 4,0 tuổi, hầu hết có ≤ 1 con (74,3%) và 64,9% không có sẹo mổ cũ. Đa số thai phụ vào viện vì đau tức bụng dưới (74,3%) và chủ yếu được phẫu thuật cấp cứu (74,3%).

Bảng 2. Các yếu tố liên quan của chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng ở phụ nữ có thai

Đặc điểm	Phẫu thuật cấp cứu		Phẫu thuật theo kế hoạch		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Tuổi thai khi phẫu thuật					
≤ 12 tuần (n = 50)	45	90,0	5	10,0	< 0,05
> 12 tuần (n = 24)	10	41,7	14	58,3	
Kích thước khối u					
≤ 5 cm (n = 5)	3	60,0	2	40,0	> 0,05
6-10 cm (n = 37)	33	89,2	4	10,8	
> 10 cm (n = 32)	19	59,4	13	40,6	

Đặc điểm	Phẫu thuật cấp cứu		Phẫu thuật theo kế hoạch		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Tính chất khối u					
Không xoắn (n = 22)	3	13,6	19	86,4	< 0,05
Xoắn, vỡ (n = 52)	52	100	0	0	
Phân loại O-RADS					
O-RADS 1-2 (n = 45)	31	68,9	14	31,1	< 0,05
O-RADS ≥ 3 (n = 29)	24	82,8	5	17,2	
Cách thức phẫu thuật					
Bóc khối u (n = 57)	38	66,7	19	33,3	< 0,05
Cắt phần phụ (n = 17)	17	100	0	0	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cấp cứu khi tuổi thai ≤ 12 tuần (90%), khối u đã xoắn vỡ (100%) và phân loại O-RADS ≥ 3 (82,8%) với 100% là phẫu thuật cắt phần phụ. Sự khác biệt giữa 2 chỉ định phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan trong việc lựa chọn cách thức phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng ở phụ nữ có thai

Đặc điểm	Bóc khối u		Cắt phần phụ		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Thời gian đau bụng					
Không đau bụng (n = 19)	18	94,7	1	5,3	< 0,05
≤ 24 giờ (n = 32)	26	81,2	6	18,8	
> 24 giờ (n = 23)	13	56,5	10	43,5	
Tuổi thai khi phẫu thuật					
≤ 12 tuần (n = 50)	36	72,0	14	28,0	> 0,05
> 12 tuần (n = 24)	21	87,5	3	12,5	

Đặc điểm	Bóc khối u		Cắt phần phụ		P
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Kích thước khối u					
≤ 5 cm (n = 5)	5	100	0	0	> 0,05
6-10 cm (n = 37)	29	78,4	8	21,6	
> 10 cm (n = 32)	23	71,9	9	28,1	
Tính chất khối u					
Không xoắn (n = 22)	22	100	0	0	< 0,05
Xoắn, vỡ (n = 52)	35	67,3	17	32,7	
Phân loại O-RADS					
O-RADS 1-2 (n = 45)	37	82,2	8	17,8	< 0,05
O-RADS ≥ 3 (n = 29)	20	69,0	9	31,0	
Số vòng xoắn					
0 vòng (n = 22)	21	95,5	1	4,5	< 0,05
1 vòng (n = 11)	10	90,9	1	9,1	
2 vòng (n = 29)	23	79,3	6	20,7	
3 vòng (n = 12)	2	16,7	10	83,3	

Nhận xét: Các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật bóc khối u chủ yếu có tình trạng u không xoắn (100%), O-RADS 1-2 (82,2%) và không đau bụng (94,7%), $p < 0,05$. Không có sự khác biệt khi lựa chọn phương pháp phẫu thuật đối với tuổi thai và kích thước khối u ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên thông tin trong hồ sơ bệnh án điện tử của 74 thai phụ đã phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong 5 năm từ 2019-2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi 20-35 là nhóm gặp nhiều nhất với tỷ lệ 94,5%, phù hợp với tỷ lệ 78,4% thai phụ trong độ tuổi 20-40 theo nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Lan [5] và 87,3% trường hợp từ 20-35 tuổi theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Phượng [6]. Sự tương đồng này tiếp tục khẳng định rằng u buồng trứng thường gặp ở tuổi sinh đẻ có thể do hoạt động của buồng trứng trong lứa tuổi này gây nên. Bên cạnh đó, phần lớn bệnh nhân của chúng tôi còn trẻ và vẫn có nhu cầu sinh con sau này với 74,3%

trường hợp có ≤ 1 con nên việc điều trị u buồng trứng cần ưu tiên sự an toàn của mẹ, thai nhi và khả năng bảo tồn buồng trứng. Thực tế, tất cả các bệnh nhân < 20 tuổi trong nghiên cứu đều phẫu thuật nội soi bóc khối u nhằm giảm thiểu những tác động đến tổ chức lành của buồng trứng.

Kết quả ở bảng 1 cho thấy, có 35,1% thai phụ được tiến hành phẫu thuật nội soi đã có tiền sử vết mổ cũ ở bụng, trong đó 27% đã từng trải qua phẫu thuật 1 lần. Vết mổ cũ là một trong những chống chỉ định tương đối của phẫu thuật nội soi nói chung và phẫu thuật nội soi ở phụ nữ có thai nói riêng do lo ngại về tình trạng dính trong ổ bụng làm hạn chế phẫu trường và gia tăng biến chứng của phẫu thuật. Tuy nhiên, tỷ lệ phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng ở phụ nữ có thai đang ngày càng gia tăng trong những năm gần đây như 99,5% theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Nhung [8] hay 95,8% theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Phượng [6] cũng như tỷ lệ tai biến sau phẫu thuật là thấp (4%) từ nghiên cứu của Seifman B.D và cộng sự tại Mỹ [7] đã cho thấy phẫu thuật nội soi là an toàn đối với phụ nữ có thai. Mặc dù thế, bác sĩ vẫn cần phải khám người bệnh kỹ lưỡng trước khi phẫu thuật để đánh giá mức độ dính trong ổ bụng cũng như thận trọng khi chỉ định phẫu thuật nội soi cho những trường hợp này.

Theo y văn, u buồng trứng thường không có biểu hiện lâm sàng cho đến khi u lớn hoặc có biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 74,3% bệnh nhân phát hiện u buồng trứng do đau tức bụng dưới, 12,2% nhờ khám phụ khoa và 10,8% siêu âm. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân đến khám vì đau bụng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Phượng hay Nguyễn Thị Hồng Nhung với đa số u buồng trứng trong thai kỳ là không có triệu chứng và chỉ tình cờ phát hiện được qua khám thai định kỳ 3 tháng đầu bằng siêu âm [6], [8]. Sự khác biệt này chủ yếu do phần lớn khối u buồng trứng trong nghiên cứu của chúng tôi ở trạng thái xoắn vỡ (70,3%) gây triệu chứng đau bụng. Từ đó, dẫn đến chỉ định phẫu thuật cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn (74,3%), trong khi hầu hết u buồng trứng ở phụ nữ có thai theo các khuyến cáo và nghiên cứu của các tác giả khác được ưu tiên là phẫu thuật chủ động theo kế hoạch với 70,4% theo Nguyễn Thị Hồng Phượng [6] và 74% theo Đỗ Thị Ngọc Lan [5]. Điều này khẳng định vai trò quan trọng của việc khám phụ khoa định kỳ và siêu âm để phát hiện sớm u buồng trứng khi u còn nhỏ và chưa có triệu chứng giúp kịp thời xử trí nhằm giảm thiểu nguy cơ biến chứng và các tình trạng cấp cứu, đặc biệt ở phụ nữ có thai.

Các yếu tố liên quan khi đưa ra chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng trong thời gian mang thai được chúng tôi thể hiện trong bảng 2 với các đặc điểm cần quan tâm gồm: tuổi thai, kích thước khối u, tính chất u và cách thức phẫu thuật. Trong tổng số 74 trường hợp u buồng trứng kèm theo có thai được phẫu thuật nội soi (bao gồm cả cấp cứu và kế hoạch), số người bệnh được phẫu thuật ở tuổi thai ≤ 12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (50/74 = 67,6%) với 45 ca mổ cấp cứu. Đặc biệt, có 5 ca

mổ có tri hoãn do u buồng trứng bán xoắn, tụt kẹt cùng đồ do đây là triệu chứng không điển hình của u buồng trứng xoắn nên được theo dõi và mổ kế hoạch. Điều này khẳng định, u buồng trứng là bệnh lý có thể diễn biến nhanh chóng cũng như nhân mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi cẩn thận và đánh giá đúng mức độ nghiêm trọng của u buồng trứng ở phụ nữ có thai sẽ giúp đưa ra quyết định phẫu thuật kịp thời và hợp lý hơn. Ngược lại, đối với các u buồng trứng không có triệu chứng thì nhiều tác giả trên thế giới phẫu thuật ở quý II của thai kỳ, vì thời gian này là thời kỳ an toàn nhất đối với thai nhi, hạn chế được sảy thai, dọa đẻ non sau phẫu thuật và cũng loại trừ được hoàng thể sinh lý trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, sẽ tự mất sau 14 tuần [9], [10]. Theo đó, chúng tôi tiến hành phẫu thuật có kế hoạch ở những u buồng trứng không có triệu chứng lâm sàng vào thời điểm nhóm tuổi thai > 12 tuần là hợp lý vì đã loại trừ được phần lớn các u cơ năng và lúc này kích thước tử cung không quá lớn, tạo điều kiện phẫu thuật nội soi được an toàn hơn.

Trong số các trường hợp phẫu thuật cấp cứu u buồng trứng ở phụ nữ có thai, kích thước khối u từ 6-10 cm chiếm tỷ lệ cao nhất, đạt 60% (33/55 thai phụ) so với tỷ lệ 21,1% (4/19 thai phụ) ở nhóm phẫu thuật theo kế hoạch, tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Katz V.L [11] và Nguyễn Thị Hồng Phượng [6]. Điều này cho thấy kích thước u buồng trứng chủ yếu nằm trong khoảng ≤ 10 cm thường được chỉ định phẫu thuật nội soi cấp cứu, trong khi những khối u buồng trứng quá lớn hoặc quá nhỏ có thể được xử lý bằng các phương pháp điều trị khác. Như vậy, thời điểm phẫu thuật hợp lý và kích thước u là các yếu tố quan trọng trong quyết định điều trị, từ đó giúp tối ưu hóa kết quả phẫu thuật và bảo vệ sức khỏe sinh sản của phụ nữ. Tuy nhiên, chúng tôi chưa phát hiện được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước khối u và chỉ định phẫu thuật ($p > 0,05$) do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ.

Từ kết quả ở bảng 2 cho thấy, 100% số ca xoắn vỡ được phẫu thuật cấp cứu và số ca không xoắn được phẫu thuật cấp cứu chiếm 13,6% và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong các trường hợp phải mổ cấp cứu vì u bị xoắn thì có 23,1% là hoàng thể, phù hợp với lý thuyết là hoàng thể thai nghén làm tăng khả năng xoắn buồng trứng [6]. Vì thế, khi phát hiện u buồng trứng ở phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu thai kỳ nghi ngờ là hoàng thể thì dù có biến chứng xoắn hay không cũng nên chỉ định mổ cấp cứu.

Theo hệ thống phân tầng nguy cơ, quản lý dữ liệu và báo cáo hình ảnh siêu âm buồng trứng - phần phụ (O-RADS), O-RADS US chia thành 6 nhóm (ORADS 0-5), từ bình thường đến nguy cơ ác tính cao nhất [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ O-RADS ≤ 3 được tiến hành phẫu thuật cấp cứu chiếm tỷ lệ cao nhất so với các nhóm còn lại (82,8%). Các khối u buồng trứng được phân loại O-RADS 1 và 2 có kích thước nhỏ < 10 cm, gồm các nang đơn giản và không có thành phần đặc nên ít xảy ra biến chứng xoắn vỡ hơn [12]. Ngược lại, tỷ lệ phẫu thuật nội soi cấp cứu cao hơn ở các

trường hợp O-RADS ≥ 3 có thể do khối u kích thước lớn và nguy cơ ác tính cũng nhiều hơn kéo theo tỷ lệ phẫu thuật bóc khối u cũng thấp hơn với 69% (bảng 3) [12].

Cách thức phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng trong thai kỳ của chúng tôi gồm 2 phương pháp là phẫu thuật nội soi bóc u buồng trứng và phẫu thuật nội soi cắt phần phụ. Trong đó, 100% trường hợp cắt phần phụ được thực hiện khi phẫu thuật cấp cứu, trong khi tỷ lệ này là 66,7% với phẫu thuật nội soi bóc khối u, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($< 0,05$). Tương tự, 100% trường hợp u không xoắn được tiến hành bóc khối u, lớn hơn nhiều so với tỷ lệ phẫu thuật bóc khối u ở các trường hợp u xoắn vỡ là 67,3% với $p < 0,05$ (bảng 3). Giải thích cho sự chênh lệch này là do hầu hết các bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu khi xảy ra biến chứng của u buồng trứng như xoắn vỡ gây sốc hoặc chảy máu. Vì thế, trong quá trình mổ, phẫu thuật viên sẽ quan sát và đánh giá tình trạng xoắn, số vòng xoắn, mức độ thiếu máu hoặc hoại tử buồng trứng để lựa chọn phương thức mổ phù hợp.

Ưu điểm của phẫu thuật nội soi bóc u buồng trứng là hạn chế can thiệp gây tổn thương phần buồng trứng lành, nhờ đó có thể bảo tồn được khả năng sinh sản của người bệnh, nhất là ở những phụ nữ trẻ, chưa có đủ con. Theo kết quả ở bảng 3, tỷ lệ bệnh nhân phải cắt phần phụ tăng lên nếu thời gian đau kéo dài > 24 giờ. Cụ thể, tỷ lệ bảo tồn đối với nhóm không đau bụng là 92,9% (ghi nhận 1 ca u thanh dịch giáp biên được làm sinh thiết tức thì và cắt phần phụ) còn lại nhóm đến trước 24 giờ (81,3%), sau 24 giờ (63,3%). Do vậy, phẫu thuật kịp thời có thể hạn chế các biến chứng nghiêm trọng như vỡ u, xuất huyết hoặc nhiễm trùng, từ đó sẽ tăng tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn.

Về liên quan giữa tuổi thai và cách thức phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ bóc u khi tuổi thai tại thời điểm phẫu thuật ≤ 12 tuần là 72%. Điều này nói nên tính ưu việt của phẫu thuật nội soi trong bảo tồn buồng trứng, duy trì chức năng sinh sản. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa tỉ lệ các nhóm tuổi thai tại thời điểm phẫu thuật và cách thức không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Ngoài ra, theo kết quả ở bảng 3, kích thước khối u cũng là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn cách thức phẫu thuật. Cụ thể là với những khối u có kích thước ≤ 10 cm, tỷ lệ bóc u đạt 81% (34/42 bệnh nhân). Ngược lại, với các khối u có kích thước > 10 cm, tỷ lệ bóc u giảm xuống còn 71,9% (23/32 bệnh nhân). Sự khác biệt này là do các khối u có kích thước nhỏ thì quá trình phẫu thuật thường ít gặp khó khăn hơn cũng như ít làm tổn thương buồng trứng hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp phẫu thuật và kích thước khối u buồng trứng ($p > 0,05$). Như vậy, ngoài việc đánh giá kích thước khối u trong việc lập kế hoạch phẫu thuật thì các yếu tố khác bao gồm toàn trạng của người bệnh, triệu chứng lâm sàng và đặc điểm của khối u cũng cần được xem xét để đưa ra quyết định phẫu thuật hợp lý

và an toàn.

Bên cạnh đó, khả năng bảo tồn buồng trứng còn phụ thuộc vào số vòng xoắn, theo nghiên cứu của Nguyễn Châu Trí và cộng sự, số vòng xoắn càng nhiều thì tỷ lệ bảo tồn buồng trứng càng thấp, trong đó xoắn 3 vòng có tỷ lệ bảo tồn là 33,8%, xoắn 2 vòng là 68,6% và xoắn 1 vòng là 86,7% [13]. Kết quả này là đúng với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ bảo tồn buồng trứng lần lượt là xoắn 1 vòng (90,9%), 2 vòng (79,3%) và 3 vòng (16,7%). Các khối u có càng nhiều vòng xoắn thì nguy cơ thiếu máu buồng trứng càng cao có thể dẫn đến hoại tử tổ chức, nhiễm trùng hoặc viêm phúc mạc nên ưu tiên phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng nhằm bảo đảm an toàn cho cả mẹ và thai nhi [3].

5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của thai phụ u buồng trứng được phẫu thuật nội soi trong thai kỳ là $27,1 \pm 4,0$ tuổi, chủ yếu là phụ nữ trẻ từ 20-35 tuổi (94,5%), trong đó 74,3% còn nhu cầu sinh đẻ. Lý do vào viện chính là đau tức bụng dưới (74,3%) và phần lớn được phẫu thuật cấp cứu (74,3%). Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu trong nghiên cứu phần lớn có tuổi thai ≤ 12 tuần (90%), u xoắn vỡ (100%), O-RADS ≥ 3 (82,8%) và 100% là phẫu thuật cắt phần phụ ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật bóc khối u có đặc điểm: không đau bụng (94,7%), u không xoắn vỡ (100%), O-RADS 1-2 (82,2%) với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kwon Y.S et al, Ovarian cancer during pregnancy: clinical and pregnancy outcome, J Korean Med Sci, 2010, 25 (2), pp. 230-4.
- [2] Đinh Thế Mỹ, Tình hình khối u buồng trứng tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh, Tạp chí Thông tin Y dược, 1998, tr. 50-54.
- [3] Nguyễn Duy Ánh và cộng sự, Giáo trình Sản Phụ khoa dành cho sinh viên đại học, tập 1, Nhà Xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, 2016.
- [4] Dương Thị Cương, Bài giảng Sản Phụ khoa, tập 1, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội, 2020.
- [5] Đỗ Thị Ngọc Lan, Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng lành tính tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh, Hà Nội, 2003.
- [6] 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, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [7] Seifman B.D, Dunn R.L, Wolf J.S, Transperitoneal laparoscopy into the previously operated abdomen: effect on operative time, length of stay and complications, J Urol, 2003, 169 (1), pp. 36-40.
- [8] Nguyễn Thị Hồng Nhung, Kết cục thai kỳ các trường hợp có phẫu thuật u buồng trứng trong

- thai kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ, 2020.
- [9] Hoàng Thị Hiền, Tình hình phẫu thuật khối u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2001 đến 6/2006, Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.
- [10] Purnichescu V et al, Laparoscopic management of pelvic mass in pregnancy, *Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2006, 35 (4), pp. 388-95.
- [11] Katz V. L et al, Massive ovarian tumor complicating pregnancy, A case report, *J Reprod Med*, 1993, 38 (11), pp. 907-10.
- [12] Andreotti, Rochelle F et al, O-RADS US risk stratification and management system: a consensus guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee, *J Radiology*, 2020, 294 (1), pp. 168-185.
- [13] Nguyễn Châu Trí, Nguyễn Hồng Hoa, Tỷ lệ bảo tồn buồng trứng trong phẫu thuật u buồng trứng xoắn và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2019, 23 (2), tr. 192-197.