ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TẠI BUỒNG TRỨNG

Trần Đình Bảo Thắng, Nguyễn Hữu Hoài, Phạm Gia Cảnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nang LNMTC tại buồng trứng bằng PTNS.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu gồm 81 bệnh nhân có nang LNMTC được phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Kết quả: Đau bụng kinh là lí do chính khiến người bệnh đi khám (35,8%); PTNS chẩn đoán đúng 96,3%; Tỉ lệ PTNS là 87,7%; Tỉ lệ bóc nang LNMTC ± gỡ dính là 87,7%; PTNS có thời gian phẫu thuật nhanh hơn so với nhóm mổ mở (61,2 ± 17,0 phút so với 82,0 ± 23,8 phút), $p < 0,05$. PTNS có thời gian trung tiện sau phẫu thuật nhanh hơn so với nhóm mổ mở (25,0 ± 7,0 giờ so với 30,4 ± 10,6 giờ), $p < 0,05$; Tỉ lệ biến chứng và tai biến là 6,2%, chủ yếu gặp sau mổ mở.

Kết luận: PTNS là phương pháp điều trị chủ yếu. So với siêu âm, PTNS chẩn đoán chính xác nang LNMTC buồng trứng hơn. PTNS có ưu điểm: thời gian phẫu thuật ngắn hơn, thời gian trung tiện sau phẫu thuật ngắn hơn và ít tai biến hơn.

Từ khóa: Lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ENDOMETRIOSIS IN THE OVARY

Objective: Evaluation of treatment results of endometrioma in the ovary by laparoscopy.

Subjects and methods: A retrospective cross-sectional description of 81 patients with endometriosis cysts operated at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Results: Dysmenorrhea was the main reason for patients to go to the doctor (35.8%); Laparoscopy correctly diagnosed 96.3%; The rate of laparoscopic surgery is 87.7%; The rate of cyst removal from endometriosis ± de-adhesion is 87.7%; Laparoscopic surgery has a faster surgery time than the open surgery group (61.2 ± 17.0 minutes versus 82.0 ± 23.8 minutes), $p < 0.05$. Laparoscopy has a faster post-operative transit time than the open surgery group (25.0 ± 7.0 hours versus 30.4 ± 10.6 hours), $p < 0.05$; The rate of complications was 6.2%, mainly after open surgery.

Conclusion: Laparoscopy is the main treatment method. Compared with ultrasound, laparoscopy more accurately diagnose endometrioma. Laparoscopy has advantages:

shorter surgery time, shorter postoperative transit time and fewer complications

Keywords: endometrioma in the ovary, laparoscopy surgery.

Đặt vấn đề

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý phụ khoa mạn tính, phức tạp, dễ tái phát, trong đó có sự hiện diện của mô giống mô tuyến ở nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành nằm ngoài buồng tử cung [1]. Phương tiện chính để chẩn đoán là PTNS, có hoặc không có sinh thiết hoặc chẩn đoán mô học [4].

LNMTC có thể ảnh hưởng đến cuộc sống và sức khỏe như thống kinh, giao hợp đau và đau vùng chậu mãn tính không theo chu kỳ. Bên cạnh đó, LNMTC có tác động liên quan đến khả năng sinh sản. Vị trí LNMTC rất đa dạng, có thể ở cơ tử cung hay có thể ở mọi nơi trong ổ bụng.

Với nang LNMTC tại buồng trứng, PTNS bóc nang đã được chấp nhận và ứng dụng rộng rãi vì đây là phương pháp điều trị có hiệu quả giảm đau tốt, đem lại tỷ lệ có thai tự nhiên và ít tái phát hơn. Đề tài được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả điều trị LNMTC tại buồng trứng bằng PTNS.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 81 bệnh nhân được chẩn đoán có nang LNMTC buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Có chẩn đoán trước mổ là nang LNMTC tại buồng trứng, được điều bằng phẫu thuật, có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thiếu kết quả mô bệnh học, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Các bước tiến hành:

- Ghi chép thông tin trước phẫu thuật:

+ Tuổi, tiền sử, bệnh sử và thăm khám trước phẫu thuật.

+ Triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể.

+ Kết quả siêu âm: Vị trí, kích thước, âm vang trong nang.

+ Nồng độ CA-125.

+ Kết quả mô bệnh học

- Ghi chép lại các thông tin trong và sau phẫu thuật:

+ Cách thức phẫu thuật, cách thức xử lý tổn thương

+ Tai biến, biến chứng trong phẫu thuật.

+ Thời gian phẫu thuật, thời gian trung tiện sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm (tuổi)	n	%
< 30	18	22,3
30 - 50	55	67,9
≥ 50	8	9,9
Tổng	**81**	**100**
X ± SD	**36,4 ± 9,2**	

Bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 30 - 39 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là: 37,0%, nhóm tuổi 40 – 49 tuổi với tỉ lệ 30,9%. Tuổi trung bình là 36,4 ± 9,2 tuổi.

Lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2: Triệu chứng khiến chính người bệnh đi khám phát hiện bệnh

Lý do đi khám	n	%
Đau bụng kinh	29	35,8
Đau bụng hạ vị	21	25,9
Khám phụ khoa tổng quát	16	19,8
Khám vô sinh	8	8,9
Tự sở thấy u	4	4,9
Rối loạn kinh nguyệt	3	3,7

Đau bụng kinh là lí do chính khiến người bệnh đi khám phát hiện bệnh với tỉ lệ là 35,8%. Khám vô sinh, tự sờ thấy u và rối loạn kinh nguyệt đều chiếm tỉ lệ < 10%.

Bảng 3: Nồng độ CA-125 của nhóm nghiên cứu

Nồng độ CA-125 (U/ml)	n	%
< 200	19	87,7
>200	10	12,3
Tổng	**81**	**100**
X ± SD	**97,2 ± 103,5**	

Đa số có nồng độ CA-125 < 200, chiếm tỉ lệ 76,5%. 12,3% trường hợp có nồng

nồng độ CA-125 > 200 U/ml. Nồng độ CA-125 trung bình là 97,2 ± 103,5 U/ml.

Giá trị chẩn đoán của PTNS và siêu âm

Bảng 4: Giá trị chẩn đoán của PTNS và siêu âm

Kết quả	Siêu âm		Nội soi	
	n	%	n	%
Đúng	68	84,0	78	96,3
Sai	13	16,0	3	3,7

Siêu âm chẩn đoán đúng 84,0% nang LNMTC tại buồng trứng. Tỉ lệ này của PTNS là 96,3%.

Phương pháp phẫu thuật

Bảng 5: Phương pháp điều trị phẫu thuật

Phương pháp	n	%
Nội soi	71	87,7
Mổ mở + NS chuyển mổ mở	10	12,3

Hầu hết tất cả bệnh nhân được điều trị bằng PTNS với 87,7%. Có 7 trường hợp phải chuyển mổ mở sau khi nội soi thăm dò ổ bụng, chiếm tỉ lệ 8,6%. Chỉ có 3 trường hợp được chỉ định mổ mở, chiếm tỉ lệ 3,7%.

Cách xử trí tổn thương

Bảng 6: Cách thức xử trí tổn thương

Cách thức xử trí	n	%
Bóc nang LNMTC ± Gỡ dính	71	87,7
Cắt phần phụ, cắt tử cung	10	12,3

Bóc nang LNMTC + Gỡ dính chiếm tỉ lệ cao nhất với 69,1%. Tỉ lệ cắt phần phụ và cắt tử cung + phần phụ lần lượt là 9,9% và 2,5%.

Thời gian phẫu thuật và thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Bảng 7: Thời gian phẫu thuật và thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Cách xử trí	Nội soi	Mổ mở và NS chuyển mổ mở	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	61,2 ± 17,0	82,0 ± 23,8	< 0,05
Thời gian trung tiện(giờ)	25,0 ± 7,0	30,4 ± 10,6	< 0,05

Thời gian phẫu thuật trung bình của nội soi và mổ mở lần lượt là 61,2 ± 17,0 phút và 82,0 ± 23,8 phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Thời gian trung tiện trung bình của nội soi và mổ mở lần lượt là 25,0 ± 7,0 giờ

và 30,4 ± 10,6 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

Biến chứng và tai biến trong và sau phẫu thuật

Bảng 8: Biến chứng và tai biến trong và sau phẫu thuật

Biến chứng và tai biến	n	%
Không	76	93,8
Sốt	4	4,9
Nhiễm trùng vết mổ	2	2,4
Tổn thương mạch máu, chảy máu nhiều	1	1,2
Tổn thương niệu quản, bàng quang, ruột	1	1,2

Đại đa số bệnh nhân không xảy ra biến chứng và tai biến, chiếm 93,8%.

Có 4 trường hợp sốt, chiếm 4,9%. Ngoài ra có 1 trường hợp tổn thương mạch máu, chảy máu nhiều và 1 trường hợp tổn bàng quang, đều chiếm 1,2%.

Bàn luận

Lý do đi khám

Đau bụng kinh là lí do chính khiến người bệnh đi khám phát hiện bệnh chiếm tỉ lệ là 35,8%. Đau bụng hạ vị chiếm tỉ lệ 25,9%. Khám vô sinh, tự sờ thấy u và rối loạn kinh nguyệt đều chiếm tỉ lệ < 10%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung cũng cho kết quả tương tự [2]. Triệu chứng đau bụng gồm đau bụng kinh và đau hạ vị là hay gặp nhất đối với LNMTC nói chung và LNMTC tại buồng trứng nói riêng nên đó cũng là điều khó chịu nhất khiến bệnh nhân phải đi khám.

Nồng độ CA-125

Nồng độ CA-125 tăng cao gặp trong nhiều bệnh lý phụ khoa lành tính hay ác tính. Có 12,3% bệnh nhân có nông độ CA-125 tăng > 200 U/ml. Nồng độ CA-125 sẽ tăng lên khi LNMTC ở giai đoạn tiến triển, mức độ dính nhiều hoặc nang LNMTC tại buồng trứng bị vỡ. Do đó, đối với các trường hợp nghi ngờ nang LNMTC nhưng có nồng độ CA-125 cao, phải có kế hoạch phẫu thuật chi tiết, cẩn thận để dự phòng các tai biến có thể xảy ra do bệnh đang ở giai đoạn tiến triển, mức độ định nhiều.

Giá trị chẩn đoán của PTNS và siêu âm

Đặc điểm chính trên siêu âm của nang LNMTC là hình ảnh giảm âm lan tỏa (dạng kính mờ), nhưng không phải trường hợp nào cũng có hình ảnh như thế [4]. Trong nghiên cứu này, siêu âm chẩn đoán đúng 84,0% nang LNMTC tại buồng trứng. PTNS chẩn đoán đúng 96,3%. Việc chẩn đoán nang LNMTC qua PTNS chủ yếu dựa vào tính chất dịch trong nang là dịnh sánh màu sôcôla. Như vậy, so với siêu âm,

PTNS có khả năng chẩn đoán nang LNMTC tại buồng trứng chính xác hơn.

Phương pháp phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi đều tiến hành cả hai phương pháp: PTNS và mổ mở (bao gồm cả nội soi chuyển mổ mở). Tỉ lệ PTNS là 87,7%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Vũ Anh với tỉ lệ mổ nội soi là 85,0% [1]. Đa số các trường hợp mổ mở hoặc chuyển mổ mở là do khối nang quá lớn, các tổ chức trong ổ bụng dính nhiều, bóc tách khó khăn và hạn chế khả năng tiếp cận khối nang.

Cách thức xử lý tổn thương

Tỉ lệ bóc nang LNMTC ± gỡ dính 87,7%. Dính buồng trứng và cơ quan lân cậnlà đặc điểm thường thấy ở các trường hợp LNMTC tại buồng trứng [5]. Điều này giảithích cho lý do tại sao tỉ lệ bóc nang LNMTC + gỡ dính chiếm tỉ lệ cao như vậy.

Khi đánh giá cách xử lý tổn thương theo lứa tuổi, nhóm ≤ 40 tuổi có 94,2% được bóc nang LNMTC ± gỡ dính. Tỉ lệ này trong nhóm > 40 tuổi 75,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Thời gian phẫu thuật

Đa số phẫu thuật được thực hiện ≤ 60 phút, chiếm tỉ lệ 61,7%. Nếu tính các trường hợp có thời gian phẫu thuật ≤ 90 phút thì tỉ lệ là 87,6%. Điều này là hợp lý bởi đa phần các trường hợp nang LNMTC tại buồng trứng được xử trí tổn thương bằng bóc nang LNMTC ± gỡ dính.

Một trong những ưu điểm của PTNS là có thời gian hậu phẫu ngắn hơn [7]. Chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm PTNS là nhanh hơn so với nhóm mổ mở + nội soi chuyển mổ mở, 61,2 ± 17,0 phút so với 82,0 ± 23,8 phút. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Hầu hết bệnh nhân đều trung tiện sau khoảng < 24 giờ, chiếm tỉ lệ 51,8%. Thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật là 25,7 ± 7,7 giờ. Khi phân tích đánh giá mối liên quan giữa thời gian trung tiện và phương pháp phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật giữa PTNS so với mổ mở, 25,0 ± 7,0 giờ so với 30,4 ± 10,6 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Lê Hữu Tài cũng đưa ra kết luận tương tự. Như vậy có thể thấy PTNS giúp thời gian phục hồi nhu động ruột nhanh hơn [3].

Biến chứng và tai biến trong và sau phẫu thuật

Tương tự như các loại phẫu thuật khác, PTNS cũng có các biến chứng và tai

biến bao gồm những nguy cơ tiềm tàng từ việc gây mê và trong khi phẫu thuật [6]. Chúng tôi ghi nhận 5 bệnh nhân xảy ra biến chứng và tai biến, với tỉ lệ 6,2%, chủ yếu gặp trong và sau mổ mở. Ở nhóm PTNS chỉ có 2 trường hợp có sốt sau phẫu thuật.

Kết luận

- PTNS là phương pháp điều trị chủ yếu trong bệnh lý nang LNMTC tại buồng trứng, chiếm tỉ lệ 87,7%.
- So với siêu âm, PTNS chẩn đoán chính xác nang LNMTC buồng trứng hơn.
- PTNS có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở: thời gian phẫu thuật ngắn hơn, thời gian trung tiện sau phẫu thuật ngắn hơn, ít tai biến và biến chứng hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Đặng Vũ Anh (2014), Nghiên cứu thái độ xử trí lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng ở Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, Luận văn Bác sĩ Đa khoa, Trường ĐH Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Kim Dung (2015), Nhận xét điều trị nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Lê Hữu Tài (2020), Tình hình phẫu thuật nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Thu Trang (2017), Nghiên cứu khối u dạng lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Bộ Y Tế (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Del Forno S, Cofano M, Degli Esposti E và c.s. (2021), Long-Term Medical Therapy after Laparoscopic Excision of Ovarian Endometriomas: Can We Reduce and Predict the Risk of Recurrence?, Gynecol Obstet Invest, **86**(**1–2**), 170–176.
7. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C và c.s. (2014), ESHRE guideline: management of women with endometriosis, Hum Reprod Oxf Engl, **29**(**3**), 400–412.