

Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược với mảnh ghép tổng hợp điều trị sa sinh dục

Nguyễn Thanh Xuân, Đinh Thị Phương Minh, Lý Thanh Trường Giang, Lê Viết Nguyên Sa

Bệnh viện Trung ương Huế

Địa chỉ liên hệ:

Đinh Thị Phương Minh,
Bệnh viện Trung ương Huế
Số 16 Lê Lợi, phường Vinh Ninh,
TP Huế
Điện thoại: 0914 313 950
Email: drphuongminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/9/2024

Ngày chấp nhận đăng:

28/10/2024

Ngày xuất bản: 10/11/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sa sinh dục là vấn đề sức khỏe phổ biến và ảnh hưởng đến chất lượng sống phụ nữ. Phẫu thuật nội soi treo tử cung/ mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật nội soi treo tử cung/ mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược bằng mảnh ghép tổng hợp và khảo sát chất lượng sống người bệnh sau phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu có theo dõi loạt ca sa sinh dục được phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 12/2022 đến 06/2024.

Kết quả: 41 trường hợp sa sinh dục trong đó độ III trở lên (POP-Q) chiếm 90,2%. Tuổi trung bình $64,2 \pm 9,1$ tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 100 (90-180) phút. Lượng máu mất trong mổ từ 20 – 50ml chiếm tỷ lệ 92,7%. Chưa ghi nhận biến chứng trong và sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Chất lượng cuộc sống của người bệnh (PFDI-20) sau phẫu thuật được cải thiện có ý nghĩa so với trước phẫu thuật ($39,95 \pm 10,95$ so với $146,04 \pm 15,14$, $p < 0,01$).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược với mảnh ghép tổng hợp có kết quả tốt, cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sa sinh dục.

Từ khoá: Sa sinh dục, cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược, PFDI-20

Laparoscopic pectopexy using synthetic mesh in the treatment of genital prolapse

Nguyen Thanh Xuan, Dinh Thi Phuong Minh, Ly Thanh Truong Giang, Le Viet Nguyen Sa

Hue Central Hospital

Abstract

Introduction: Genital prolapse is a prevalent health issue affecting approximately 50% of women, significantly impacting their quality of life. Laparoscopic pectopexy is an effective and safe treatment method. We conducted this study to evaluate the outcomes of laparoscopic pectopexy using synthetic mesh and assess the quality of life of patients after surgery.

Patients and Methods: Prospective study with follow-up of a series of genital prolapse cases undergoing laparoscopic pectopexy using synthetic mesh at Hue Central Hospital from December 2022 to June 2024.

Results: A total of 41 cases of genital prolapse were included, of which 90.2% were stage III or higher (according to the POP-Q staging system). The mean age was 64.2 ± 9.1 years. The median operation time was 100 (90-180) minutes. The estimated of intraoperative blood loss group was 20 - 50ml in 92.7% of cases. No surgical complications were reported. The average hospital stay was 5 days. The quality of life of patients, as measured by the PFDI-2, significantly improved post-surgery compared to pre-surgery (39.95 ± 10.95 versus 146.04 ± 15.14 , $p < 0.01$).

Conclusions: Laparoscopic petopexy using synthetic mesh demonstrated good outcomes, significantly improving the quality of life of patients with genital prolapse.

Keywords: Genital prolapse, Laparoscopic pectopexy, PFDI-20.

Đặt vấn đề

Sa sinh dục là sự tụt xuống của tử cung và âm đạo ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường do tổn thương và suy yếu cấu trúc cân cơ – dây chằng nâng đỡ sàn chậu. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến sa sinh dục bao gồm sự lão hoá, sinh đẻ nhiều, lao động nặng, béo phì [1]. Đây là một vấn đề sức khoẻ phổ biến với tỷ lệ mắc có triệu chứng từ 3 – 6%, tỷ lệ này lên đến 50% khi chẩn đoán dựa vào khám âm đạo [2].

Triệu chứng lâm sàng phổ biến của sa sinh dục là cảm giác có khối choán chỗ, nặng nề quanh rốn và vùng sinh dục hay cảm thấy như đang ngồi trên một quả bóng nhỏ. Các triệu chứng này có thể đi kèm với các triệu chứng tiết niệu hoặc tiêu hóa nếu có sa bàng quang hoặc sa trực tràng kèm theo [1]. Các triệu chứng này ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ trên nhiều phương diện như hoạt động cá nhân, hoạt động xã hội và hoạt động tình dục [3].

Có nhiều phương pháp điều trị sa sinh dục. Những năm gần đây, việc ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị các bệnh lý sa sinh dục ngày càng phổ biến và có nhiều cải tiến. Phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt vào dải chậu lược (Phẫu thuật Pectopexy) được Banerjee và Noe mô tả năm 2007 là một kỹ thuật điều trị sa sinh dục mới có thể khắc phục những nhược điểm của các phương pháp phẫu thuật nội soi trước đây [4]. Mảnh ghép đi theo dây chằng tròn và dây chằng rộng mà không đi qua niệu quản và ruột, do đó tránh bóc tách sâu vùng chậu, giảm nguy cơ chấn thương bàng quang/ruột, xuất huyết trước xương cùng và tổn thương các dây thần kinh [5]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phẫu thuật

nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược chiếm ưu thế hơn về thời gian phẫu thuật, biến chứng do phẫu thuật, và hiệu quả tương đương so với phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt vào mỏm nhô [5-9].

Từ năm 2022, Trung tâm Sản Phụ khoa – BVTW Huế đã triển khai thực hiện điều trị sa sinh dục bằng phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược có sử dụng mảnh ghép tổng hợp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài **“Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược với mảnh ghép tổng hợp điều trị sa sinh dục”** với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược với mảnh ghép tổng hợp ở người bệnh sa sinh dục.*
2. *Khảo sát chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược với mảnh ghép tổng hợp.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh sa sinh dục được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược tại BVTW Huế từ 12/2022 đến 06/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Sa sinh dục độ II theo phân độ POP-Q có chỉ định hoặc mong muốn phẫu thuật.

Sa sinh dục độ III – IV theo phân độ POP-Q.

Sa sinh dục tái phát sau các phẫu thuật theo trực treo đáy chậu sau.

Sa sinh dục có chống chỉ định cố định vào mổ nhỏ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Sa trực tràng toàn thành đã được khám đánh giá bởi bác sĩ chuyên khoa.

Bệnh lý phụ khoa ác tính hoặc nghi ngờ ác tính.

Chống chỉ định sử dụng mảnh ghép tổng hợp và phẫu thuật nội soi.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu có theo dõi.

Cỡ mẫu: thuận tiện

Quy trình nghiên cứu:

Khám phân độ sa sinh dục theo POP-Q. Phỏng vấn theo thang điểm PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Intervention). Khám chuyên khoa tiết niệu hoặc tiêu hóa nếu có tổn thương kèm theo. Xét nghiệm tiền phẫu và hội chẩn phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mổ cắt âm đạo vào dải chậu lược.

Phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mổ cắt âm đạo vào dải chậu lược theo các bước thống nhất:

Bước 1: Đặt 4 trocar. Bơm CO₂, quan sát ổ bụng

Bước 2: Phẫu tích bằng quang khối cổ tử cung và thành trước âm đạo.

Bước 3: Mở lá trước dây chằng rộng sang bên trái đến thành bụng trước bên, bộc lộ dây chằng chậu lược. Thực hiện tương tự để bộc lộ dây chằng chậu lược bên phải.

Bước 4: Tạo hình mảnh ghép chất liệu Polypropylene (PP) với thân có hình dạng và kích thước tương ứng với mạc mu - cổ và 2 chi sang 2 bên. Cố định mảnh ghép vào cổ tử cung - thành trước âm đạo bằng chỉ không tiêu đa sợi Prolene 2.0. Lấn lược cố định 2 chi của mảnh ghép sao cho cổ

tử cung ở chính giữa tiểu khung bằng chỉ Prolene 2.0 hoặc bằng Protak giúp trực âm đạo - tử cung tương ứng với S2.

Bước 5: Khâu lại phúc mạc che phủ kín mảnh ghép bằng chỉ Vicryl 3.0.

Bước 6: Xả CO₂ và đóng các lỗ trocar. Kết thúc cuộc mổ.

Đánh giá các thông số sau mổ: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, biến chứng trong và sau mổ, mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS ngày thứ 2 sau mổ, ...

Đánh giá hiệu quả và chất lượng cuộc sống 3 tháng sau mổ theo PFDI-20.

Xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS 20.0

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung (n = 41)

Đặc điểm	Trung bình	GTNN – GTLN	
Tuổi	64,2 ± 9,1 tuổi	49 – 83	
Số lần sinh đường âm đạo	4,68 ± 1,64	2 – 9	
Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Phân độ BMI	Bình thường	28	68,3
	Thừa cân	10	24,4
	Béo phì	3	7,3
	Trung bình (kg/m²)	21,61 ± 2,21	

Sinh thường ≥ 3 lần			40	97,6
Mãn kinh			41	100
Bệnh lý nội khoa	Đái tháo đường	5	12,2	
	Tăng huyết áp	20	48,8	
PT lấy thai			1	2,4
Tiền sử phẫu thuật	PT ổ bụng	5	12,2	
	PT sa sinh dục	0	0	
	PT cắt tử cung	2	4,9	
Phân độ POP-Q			Số lượng	Tỉ lệ
Độ II			4	9,8
Độ III			22	53,6
Độ IV			15	36,6

Tuổi trung bình phụ nữ sa sinh dục $64,2 \pm 9,1$ tuổi, 68,3% phụ nữ < 70 tuổi. 97,6% người bệnh sinh từ 3 lần trở lên. 100% người bệnh đã mãn kinh. BMI trung bình là $21,61 \pm 2,21$, 68,3% người bệnh có BMI bình thường. Có 61,1% người bệnh có bệnh kèm là đái tháo đường và tăng huyết áp. Ngoài ra, tỉ lệ sa sinh dục độ III và độ IV chiếm tỉ lệ lần lượt là 53,6% và 36,6%.

Kết quả phẫu thuật nội soi cổ định tử cung/
mổ cắt âm đạo vào dải chậu lược

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		
Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung vị	GTNN – GTLN
	100	90 – 180
Lượng máu mất (ml)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
	< 20	1 2,4
	20 - < 50	38 92,7
	50	2 4,9
Tai biến trong mổ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
	Tổn thương tạng	0 0
	Mất máu	0 0
Kết quả sớm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
	Mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS	
	Độ 1	1 2,4
	Độ 2	9 22,0
	Độ 3	15 36,6
	Độ 4	13 31,7
	Độ 5	3 7,3
	Tổng	41 100
Theo dõi sau phẫu thuật		
Theo dõi sau phẫu thuật	Trung vị	GTNN – GTLN
	Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	5 3 – 19
	Thời gian trở lại sinh hoạt (ngày)	32 9 - 67
Kết quả sau 3 tháng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
	Sa sinh dục tái phát	0 0
	Rối loạn đại tiểu tiện	0 0
	Tắc ruột sau mổ	0 0
	Di chứng mảnh ghép	0 0

Thời gian phẫu thuật có trung vị là 100 (90 – 180) phút với lượng máu mất chủ yếu từ 20 – 50ml chiếm 92,7%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là 5 (3 – 19) ngày. Không có trường hợp nào được ghi nhận có biến chứng trước và sau phẫu thuật. Đau sau mổ chủ yếu ở mức 3 và mức 4. Thời gian trở lại sinh hoạt có trung vị là 32 (9 – 67) ngày.

Chất lượng cuộc sống và mức độ hài lòng của người bệnh trước và sau phẫu thuật

Bảng 3. Chất lượng cuộc sống và mức độ hài lòng

Thang điểm PFDI-20	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
$\bar{X} \pm SD$	146,04 $\pm$ 15,14	39,95 $\pm$ 10,95
p	< 0,01	
Mức độ hài lòng sau phẫu thuật	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không hài lòng	0	0
Bình thường	0	0
Hài lòng	17	41,5
Rất hài lòng	24	58,5
Tổng	41	100

Chất lượng cuộc sống theo thang điểm PFDI-20 sau phẫu thuật của người bệnh cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật. Phần lớn các người bệnh rất hài lòng sau mổ, chiếm 58,5%.

Bàn luận

Tuổi trung bình của nghiên cứu này là 64,2 $\pm$ 9,1 tuổi, 97,6 % phụ nữ đã sinh đường âm đạo $\geq$ 3 lần. Phụ nữ càng lớn tuổi, để nhiều lần nguy cơ sa sinh dục càng cao. Tuổi, số lần sinh và BMI kết hợp với nhau là yếu tố hàng đầu gây nên những tổn thương và suy yếu không hồi phục của sàn chậu nữ. Sa sinh dục chiếm hơn 50% ở phụ nữ mãn kinh đã qua sinh nở [1]. Trong nghiên cứu này, số lần sinh con đường âm đạo trung bình là 4,68 $\pm$ 1,64.

Có 2/41 (4,9%) trường hợp đã cắt tử cung hoàn toàn nhưng người bệnh vẫn sa móm cắt âm đạo. Ngoài ra, sa sinh dục độ III trở lên chiếm 90,2%, trong đó sa sinh dục độ IV chiếm tới 36,6%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu Võ Phi Long và Fei Chi Chuang [7, 8]. Sa sinh dục là vấn đề tế nhị nên hầu hết phụ nữ Việt Nam lựa chọn âm thầm sống chung. Một số khác do điều kiện nhận thức, kinh tế còn hạn chế nên chỉ khi sa từ độ III trở lên gây khó chịu nhiều, kết hợp các rối loạn kèm theo nhiều hơn ảnh hưởng khả năng lao động, chất lượng cuộc sống họ mới đi khám.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 100 phút (90-180 phút) tương đương với nghiên cứu của Võ Phi Long, tuy nhiên dài hơn so với báo cáo Ahmet Kale (55-80 phút) nhưng lại ngắn hơn tác giả Fei Chi Chuang (182,9 $\pm$ 27,2 phút) [5, 7, 8]. Điều này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi, 31,7% có tiền sử phẫu thuật vùng bụng, trong đó có 3 trường hợp (7.3%) dính nặng hố chậu là yếu tố kéo dài thời gian phẫu thuật.

Lượng máu mất trong mổ chủ yếu từ 20 – 50ml chiếm tỷ lệ 92,7%, kết quả này tương đương với

nghiên cứu của Kale và cộng sự [5], Võ Phi Long [8]. Phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược không phẫu tích qua các mạch máu lớn, diện phẫu tích nhỏ nên lượng máu mất ít [5, 8].

Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 5 ngày. Đây là thời gian hồi phục và theo dõi biến chứng sau phẫu thuật. Có 1 người bệnh nằm viện 19 ngày sau mổ do kiểm soát bệnh lý đái tháo đường. Nghiên cứu chưa ghi nhận biến chứng trong và sau mổ. Thời gian trở lại sinh hoạt bình thường là 32 ngày sau phẫu thuật. Kết quả này có sự tương đồng với các tác giả Banerjee và Noé hay của Kale và cộng sự [4, 5]. Đối với người bệnh béo phì, dính vùng chậu, dị dạng giải phẫu vùng chậu hoặc các cơ quan trong ổ bụng thì cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược là một giải pháp thay thế tối ưu do không làm giảm không gian của khoang chậu nên không ảnh hưởng đến phẫu trường và nguy cơ mắc các biến chứng tiết niệu sau mổ cũng giảm; vị trí giải phẫu của dây chằng chậu lược cũng làm giảm nguy cơ các biến chứng liên quan đến niệu quản và bó mạch trước xương cùng [4, 5]. Tuy nhiên, cần phải có một nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn để có thể đánh giá một cách khách quan và đầy đủ về các biến chứng dài hạn sau phẫu thuật.

Thang điểm PFDI-20 được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS). Điểm mạnh của thang điểm này là đánh giá toàn diện ảnh hưởng của mức độ sa tạng chậu, rối loạn đại trực tràng và tiết niệu lên chất lượng cuộc sống thay vì chỉ đánh giá một khía cạnh của chức năng sàn chậu [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số CLCS sau phẫu thuật cải thiện so với trước phẫu thuật có ý nghĩa

thống kê. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Võ Phi Long [8] và Szymczak [10]. Có 41,5% người bệnh hài lòng và 58,5% rất hài lòng với phương pháp điều trị này. Kết quả tương tự nghiên cứu của Võ Phi Long [8].

Kết luận

Phẫu thuật nội soi cố định tử cung/mỏm cắt âm đạo vào dải chậu lược với mảnh ghép tổng hợp trong điều trị sa sinh dục bước đầu mang lại kết quả tốt, an toàn, chưa ghi nhận biến chứng trong quá trình nghiên cứu. Phương pháp điều trị này giúp cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật ở người bệnh sa sinh dục.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Vũ Quốc Huy CNT, Lê Minh Tâm, Trương Quang Vinh Sa tạng chậu. Giáo trình Sản Phụ khoa dành cho đào tạo Sau đại học. Đại Học Huế: Nhà xuất bản Đại học Huế; 2022. p. 57-90.
2. Collins S, Lewicky-Gaup C. Pelvic organ prolapse. Gastroenterol Clin North Am. 2022;51(1):177-93.
3. Lowder JL, Ghatti C, Nikolajski C, Oliphant SS, Zyczynski HM. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. American journal of obstetrics gynecology. 2011;204(5):441e1-e5.
4. Banerjee C, Noé KG. Laparoscopic pectopexy: a new technique of prolapse surgery for obese patients. Arch Gynecol Obstet. 2011;284(3):631-5.
5. Kale A, Biler A, Terzi H, Usta T, Kale E. Laparoscopic pectopexy: initial experience of single center with a new technique for apical prolapse surgery. International braz j urol. 2017;43(5):903-9.
6. Chuang FC, Chou YM, Wu LY, Yang TH, Chen WH, Huang KH. Laparoscopic pectopexy: the learning curve and comparison with laparoscopic sacrocolpopexy. International Urogynecology Journal. 2022;33(7):1949-56.

7. Fei Chi Chuang, et al. Laparoscopic pectopexy: the learning curve and comparison with laparoscopic sacrocolpopexy. *International Urogynecology Journal* 2021;33:1949–56.
8. Võ Phi Long. Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi cố định tử cung vào dải chậu lược để điều trị bệnh lý sa tử cung. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Huế. 2022.
9. Yang Y, Li Z, Si K, Dai Q, Qiao Y, Li D, et al. Effectiveness of Laparoscopic Pectopexy for Pelvic Organ Prolapse Compared with Laparoscopic Sacrocolpopexy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2023;30(10):833-40. e2.
10. Szymczak P, et al. Perioperative and Long-Term Anatomical and Subjective Outcomes of Laparoscopic Pectopexy and Sacrospinous Ligament Suspension for POP-Q Stages II-IV Apical Prolapse. *J Clin Med*. 2022;11(8).