



YANICK THIROUARD

Bác sĩ
Trưởng khoa Phụ Sản
Bệnh viện La Rochelle Aunis - Pháp

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG
TP. Hồ Chí Minh, 14 & 15/5/2015



1




Sa tạng chậu: vấn đề thực hành hàng ngày

Dr yannick THIROUARD
Yannick.Thirouard@ch-larochelle.fr
Groupe hospitalier La rochelle Ré
aunis

2

Mở đầu

- Tỉ lệ sa tạng chậu:
 - 2.9 đến 11.4% tùy theo nghiên cứu và tiêu chuẩn nhận
 - Tỉ lệ cộng dồn của phẫu thuật là 11% sau 70 tuổi
F haab progrès en urologie 2009
- Đây là vấn đề sức khỏe cộng đồng
 - Dân số già
 - Cải thiện chất lượng cuộc sống không khuyết tật
- Đây là bệnh lý chức năng:
 - Cần phải điều trị triệu chứng
 - Quan trọng là phải đánh giá bệnh tốt để đáp ứng được các yêu cầu của bệnh nhân

3

Triệu chứng

- 100% bệnh nhân nữ than phiền rằng họ có khối phồng trong âm đạo.
- Cảm giác nặng vùng chậu, giao hợp đau...
- Triệu chứng sa tạng chậu ít khi đơn độc:
 - Triệu chứng rối loạn chức năng tiểu:
 - Tiểu không kiểm soát khi gắng sức 50%
 - Tiểu gấp 50%
 - Tiểu khó, tiểu đêm
 - Triệu chứng hậu môn- trực tràng :
 - Són phân
 - Tiểu khó
 - Táo bón

Bradley et al. J womens health 2005

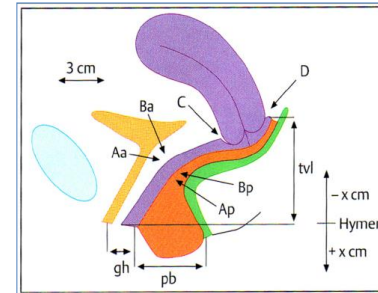
4

Phân loại

- Sử dụng bảng phân loại POP-Q :
 - Thực hiện kèm nghiệm pháp VALSALVA
 - Đo khoảng cách các điểm mốc đến mép màng trinh
 - Phân thành 4 độ:
 - Độ 0: không sa
 - Độ 4: sa hoàn toàn
- Bảng phân loại này cho phép đánh giá tốt tình trạng của bệnh nhân
- Đánh giá chất lượng cuộc sống:
 - Câu hỏi chuyên biệt đánh giá về mặt chức năng sa tạng chậu:
 - PFDI 20 khai thác triệu chứng sa tạng chậu
 - PFIQ 7 khai thác sự ảnh hưởng đến đời sống xã hội

5

BẢNG PHÂN LOẠI GIẢI PHẪU QUỐC TẾ POP-Q (pelvic organ prolapse quantification)



- Aa: vùng ranh giới niệu đạo - bàng quang
- Ba: điểm xa nhất của thành trước âm đạo
- C: cổ tử cung
- D: cung độ sau
- Ap: phần thấp của thành sau
- Bp: điểm xa nhất của thành sau
- Gh: Khe niệu dục
- Pb: Thể hội âm
- Tvl: tổng chiều dài âm đạo

6

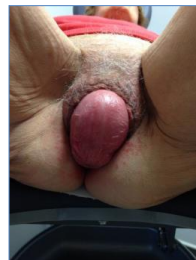
Đánh giá lâm sàng



Stade 1 : 30%



Stade 2 : 10%



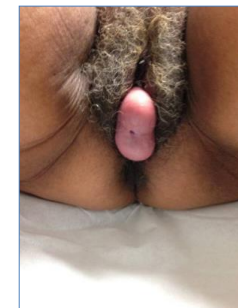
Stade 3 : 5%

- Đo bằng cm tính từ mép màng trinh khi cố lực rặn mạnh nhất.

7



Độ IV: sa hoàn toàn



Sa tử cung và sa bàng quang

8

Các xét nghiệm bổ sung

- Niệu động học khi:
 - Có kèm triệu chứng tiểu không kiểm soát khi gắng sức
 - Có các rối loạn đi tiểu khác
 - Có chỉ định phẫu thuật
 - Thực hiện gần như thường quy
- Xét nghiệm phụ khoa:
 - Phết tế bào âm đạo
 - Siêu âm vùng chậu
- Xét nghiệm hậu môn trực tràng:
 - Đo áp lực hậu môn trực tràng
 - Défécographie
 - Thực hiện thường quy khi bệnh nhân có táo bón
- Chụp cộng hưởng từ động

9

Phòng đo niệu động học



Niệu dòng đồ



Máy đo áp lực bàng quang và áp lực niệu đạo cắt dọc

10

Điều trị nào cho BN nào? (1)

- Bệnh nhân được khám và được chỉ định phẫu thuật có 3 hoặc 4 điều sau đây:
 - Điều trị các rối loạn đi tiểu
 - Điều trị các rối loạn đi tiêu
 - Cải thiện hình ảnh bản thân
 - Mong muốn trở lại hoạt động bình thường (thể thao..)
 - Không có kết quả tốt về mặt giải phẫu

Hullfish et al. Am J obstet gynecol 2002

- Thăm khám lâm sàng, các xét nghiệm bổ sung, các câu hỏi về chất lượng cuộc sống cho phép đánh giá tổng thể tình trạng và yêu cầu của bệnh nhân.
- Cho phép đáp ứng được tốt hơn các mong đợi của bệnh nhân.
- Đây là một bệnh lý chức năng

11

Điều trị (2)

- Điều trị nội khoa
- Điều trị phẫu thuật: điều trị sa đỉnh
 - Ngả bụng: Cố định sàn chậu vào mỏm nhô
 - Ngả âm đạo :
 - Thu hẹp âm đạo
 - Phẫu thuật tự thân có hoặc không geste associé
 - Có sử dụng mảnh ghép
- 2/3 các trường hợp sa tạng chậu được phẫu thuật ngả âm đạo và 70% có sử dụng mảnh ghép
- 8% bệnh nhân được phẫu thuật trước 80 tuổi
- Những bệnh nhân nào thích hợp được phẫu thuật?
 - Các nghiên cứu không giới hạn độ tuổi
 - Cần đánh giá tỉ lệ mắc bệnh?
 - Lựa chọn kỹ thuật nào?

12

Vòng pessary :

Đề nghị sử dụng thường quy...
Chỉ định trong trường hợp nào?

- Bất cứ dạng sa tạng chậu nào: có hiệu quả tốt với các triệu chứng sa thành trước, mức độ trung bình
- Bất cứ giai đoạn nào: mặc dù có thể thất bại khi sa tạng chậu hoàn toàn
- Bất cứ độ tuổi nào: không dành riêng cho phụ nữ lớn tuổi không thể phẫu thuật.
- Tôn trọng sự từ chối của bệnh nhân nhưng cần lưu ý đến lợi ích của thử nghiệm sử dụng pessary trước phẫu thuật:
 - Trong trường hợp đau
 - Trong trường hợp rối loạn tiểu (tiểu khó, IU):
 - Bệnh nhân còn do dự
 - Yếu tố tiên đoán cần phẫu thuật: thử nghiệm pessary và tiểu khó: độ nhạy 87%, độ đặc hiệu 80%, VPP 94%(*)

Int urogynecol j 2004

13

Pessary

- Cần đặt thử
- Hướng dẫn sử dụng
- Cho bệnh nhân xem các dạng vòng và có thể thử các kích thước khác nhau.



dạng vòng



Donut



dạng khối

14

Cố định sàn chậu vào mỏm nhô (1)

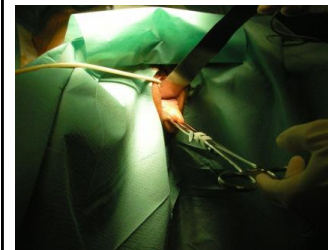
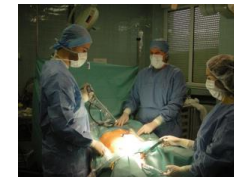
- Cố định sàn chậu vào mỏm nhô ngày nay là tiêu chuẩn vàng điều trị sa tử cung :
 - Đặc biệt trong các trường hợp sa bàng quang và sa tử cung
 - Có hiệu quả tốt. (74 đến 100 % trường hợp thành công)
 - Ít biến chứng (nhưng đôi khi có biến chứng nặng)
 - Ít co rút
 - Mảnh ghép tổng hợp đặt trong ổ bụng (ít nguy cơ nhiễm trùng)

HAS 2011

- Phương pháp cổ điển là mở bụng, nội soi cho các kết quả tương đương và là kỹ thuật được lựa chọn ngày nay
- Cố định sàn chậu vào mỏm nhô qua nội soi là kỹ thuật dễ tiếp cận và có giá thành đang giảm, thời gian thực hiện nhanh
- Còn phụ thuộc vào mảnh ghép

15

CÁC CÁCH PHẪU THUẬT



NGẢ ÂM ĐẠO
Cây đẩy tử cung và
valve malléable

16

CỐ ĐỊNH SÀN CHẬU VÀO MỎM NHÔ(2)

- Đặt vào 2 mảnh ghép thành trước và thành sau, cố định.
- Phía trước cố định vào âm đạo và eo tử cung
- Phía sau vào cơ nâng hậu môn
- Tại mỏm nhô : cố định duy nhất mảnh ghép vào phía trước.
- Thời gian phẫu thuật tùy thuộc vào kinh nghiệm và nguy cơ xảy ra các biến chứng

17

CỐ ĐỊNH SÀN CHẬU VÀO MỎM NHÔ (3)

- Việc đặt mảnh ghép thành sau còn nhiều tranh cãi là ngày nay vẫn chưa có câu trả lời:
 - 7% sa trực tràng mới
 - 33% trường hợp thất bại điều trị sa trực tràng ngã âm đạo
 - Lợi ích của điều trị: có thể làm giảm mức độ sa tạng chậu
- Khuyến cáo :
 - Mảnh ghép thành sau tăng cường cho vách âm đạo trực tràng.
 - Mảnh ghép thành sau cần đủ rộng
 - Cần cố định vào cơ nâng hậu môn và vòm âm đạo (apex)
 - Không căng (hoặc không cố định vào mỏm nhô)

18

CỐ ĐỊNH SÀN CHẬU VÀO MỎM NHÔ(4)

- Áp dụng cho BN nào ?
 - Tất cả BN không giới hạn độ tuổi
 - Nhất là các BN trẻ tuổi còn đang hoạt động tình dục
 - Hoạt động thể lực
 - Tôn trọng các chống chỉ định :
 - Bệnh béo phì
 - Nhiều vết mổ ở bụng
 - Điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức
- Các câu hỏi không được trả lời thỏa đáng và những thất bại của phẫu thuật ngã âm đạo có mảnh ghép đưa ra những nhận định không tốt đối với phương pháp này
- Những khó khăn phải được giải thích với người bệnh
- Các kỹ thuật được bổ sung tùy vào chiến lược điều trị

19

PHẪU THUẬT NGẢ ÂM ĐẠO(1)

- Đóng âm đạo (colpocleisis) :
 - Được đề nghị với BN lớn tuổi, không thể thực hiện các phẫu thuật bảo tồn
 - Phương pháp Rouhier với cắt TC
 - Phương pháp Lefort không cắt TC
 - Có khả năng thực hiện được dưới vô cảm tại chỗ.
 - Tỷ lệ hài lòng của BN 94%
- JF hermieux- progrès en urologie 2012*

20

Phẫu thuật ngả âm đạo (2)

- Không đặt mảnh ghép (hướng tương lai)
 - Báo cáo của FDA năm 2011 ghi nhận rằng lợi ích của mảnh ghép ngả âm đạo là không chắc chắn
 - Điều trị sa tạng chậu không đặt mảnh ghép cần được huấn luyện thêm :
 - Là chỉ định tốt trong trường hợp sa tạng chậu độ 1 có triệu chứng
- Điều trị sa vùng đỉnh:
 - Richter đơn giản hóa với các dụng cụ kẹp (CAPIO, FIXT)
 - Có hoặc không cắt tử cung
- Điều trị sa thành trước
 - Khâu gấp nếp dưới bàng quang
 - Khâu thành trước âm đạo
- Điều trị sa thành sau
 - Khâu cơ và khâu thành sau âm đạo

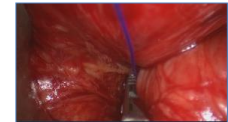
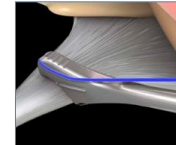
21

Điều trị vòm âm đạo

- Le richter đơn giản hóa
- Sử dụng loại kẹp đặc biệt



Capio SLIM Suture Capturing Device (Boston Scientific)



22

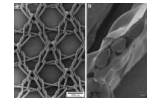
Phẫu thuật ngả âm đạo với mảnh ghép (1)

- Đặt mảnh ghép dưới bàng quang.
- Bảo tồn tử cung
- Bộ kit hoặc mảnh ghép tự cắt
- Ngang qua lỗ bịt hoặc không.
- Cố định vào dây chằng cùng gai (treo vùng đỉnh+++)
- Không đặt mảnh ghép thành sau ngả âm đạo ngay lần khám đầu

23

Đặt mảnh ghép ngả âm đạo (2)

- Cách sử dụng các loại mảnh ghép:
 - Polypropylène đơn sợi, lỗ lớn
 - Tôn trọng các nguyên tắc vô khuẩn
- Tại sao phải sử dụng mảnh ghép:
 - Giảm nguy cơ tái phát về mặt giải phẫu
 - Cải thiện triệu chứng
 - Không làm giảm nguy cơ tái phát phải can thiệp lại
 - Tăng nguy cơ can thiệp lại do lộ mảnh ghép



24

Đặt mảnh ghép ngả âm đạo (3)

– Đối tượng nào?

– Những BN có nguy cơ tái phát hoặc sa tạng chậu tái phát.

– Yếu tố nguy cơ tái phát:

- Nguy cơ sa bàng quang tái phát
- Những yếu tố khác:
 - Gắng sức nhiều,
 - Ho mãn tính,
 - Nhão cơ, sa bàng quang độ 3 - 4 trong một vài nghiên cứu

25

Biến chứng của các đường phẫu thuật khác nhau trong điều trị sa tạng chậu

	PF COELIOSCOPIQUE NỘI SOI	NGẢ ÂM ĐẠO KHÔNG ĐẶT MẢNH GHÉP	NGẢ ÂM ĐẠO CÓ ĐẶT MẢNH GHÉP
Tổn thương bàng quang và trực tràng	1-3 %	1-5%	2 – 4%
Lộ mảnh ghép	3%	2- 5 % (fil de Richter)	6-15%
Tiểu khó	5-16%	10-20%	12-36%
Tái phát	3-5%	15_30%	5-15%

26

Thực hành phẫu thuật nào cho bệnh nhân nào?

- Cần thiết có nghiên cứu (đối với mỗi kỹ thuật mới)
- Thông tin cho BN nguy cơ tái phát và lộ mảnh ghép

Các khuyến cáo :

- Cố định sàn chậu vào mỏm nhô
 - Đối với BN trẻ
 - Còn hoạt động tình dục
 - Không mắc bệnh
- Ngả âm đạo:
 - Đa số phụ nữ trên 50 tuổi
 - Sa bàng quang nổi bật
 - Mảnh ghép
 - Không đặt mảnh ghép đối với BN nhỏ hơn 50 tuổi (tuổi trung bình trong nghiên cứu 57-70 tuổi)
 - Lần khám đầu hoặc sa tạng chậu độ 1
 - Có yếu tố nguy cơ tái phát
 - Cần nhắc nếu BN có đau vùng chậu và giao hợp đau trước mổ?
- Đang chờ đợi kết quả nghiên cứu PROSPERE (PROSthetic PEVvic organ prolaps REpair)

27

Kết luận

- Có nhiều cách điều trị
- Những BN có thể điều trị:
 - Tất cả
 - Điều chắc chắn cần phải làm:
 - Đánh giá chức năng sàn chậu (POP-Q và bảng câu hỏi về chất lượng cuộc sống)
 - Niệu động học
 - Điều trị són tiểu
 - Điều trị triệu chứng
 - Nắm vững các kỹ thuật điều trị
- Chờ đợi kết quả nghiên cứu PROSPERE

28

Cas lâm sàng (1)

- Bà B 80 tuổi
- 3 lần sanh thường (CN 3000g)
- Không tiền căn bất thường
- Sống một mình, cảm giác có khối phồng trong âm đạo
- Sa TC và sa bàng quang độ IV
- Sử dụng pessary nhiều tháng

29

Khám và cận lâm sàng

- Khám:
 - Sa tử cung và sa bàng quang IV.
- Niệu động học:
 - Cảm giác bàng quang bình thường,
 - Không tăng hoạt,
 - Sức chứa bàng quang bình thường
 - Tiểu không kiểm soát khi có gắng sức nhẹ
 - Áp lực đóng bàng quang bình thường phù hợp với tuổi
- Điều trị như thế nào?



30

Hai tháng sau phẫu thuật

- Phẫu thuật đặt mảnh ghép ngả âm đạo
- Không són tiểu
- Không đau
- BN hài lòng



31

Cas lâm sàng 2

- Bà C. 68 tuổi
- 2 lần sanh thường (3000g)
- Sa bàng quang độ 3 (POP-Q)
- BMI 32
- Niệu động học bình thường
- Tiền căn tắc ruột
- Quyết định đặt mảnh ghép ngả âm đạo (Polypropylene)
- Xuất viện ngày 2
- Hậu phẫu 1.5 tháng
- Cải thiện các triệu chứng
- Khám: hồi phục tốt về mặt giải phẫu, lành sẹo tốt

32

Cas lâm sàng 2

- Sau 6 tháng, BN đến khám vì huyết trắng và giao hợp đau
- Khám
 - Lộ mảnh ghép :
 - Diện tích 10%
 - Yếu tố nguy cơ : béo phì, hút thuốc lá
- Điều trị
 - Liệu pháp estrogen
 - Cắt lọc



33

Xin chân thành cảm ơn



yannick.thirouard@ch-larochelle.fr



34