



Bệnh viện Từ Dũ
284 Cống Quỳnh, Q1, TPHCM

NỘI SOI CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ VÔ SINH DO VÒI TRỨNG

BS. LÊ QUANG THANH



BỆNH LÝ VÒI TRỨNG

- **Xuất độ:** 25% - 35% vô sinh nữ
- **Tính chất tổn thương**
Đoạn gần hoặc đoạn xa hoặc toàn bộ
Tạm thời hoặc vĩnh viễn
- **Viêm nhiễm vùng chậu (PID)**
 - > 50% bệnh lý VT
 - Tổn thương VT ở nhiều vị trí
 - 11% / 1 đợt viêm, 23% / 2 đợt, 54% / 3 đợt.

Honore GM, Holden AE, Schenken RS. 1999. *Fertil Steril*; 71: 785-95
Kodaman PH, Arici A, Seli E. 2004. *Current Opin Obstet Gynecol*;16: 221-29



BỆNH LÝ ĐOẠN GẦN

- Viêm nhiễm
- Mảnh mô vụn trong lòng VT
- Dị tật bẩm sinh
- LNMTC: đoạn kẽ, 7% – 14%
- Viêm túi thừa VT
- Polyp: 11% mẫu mô cắt TC
- Triệt sản

Kodaman PH, Arici A, Seli E. 2004. *Current Opin Obstet Gynecol*;16: 221-29



BỆNH LÝ ĐOẠN XA

- Viêm nhiễm
- Dính do PT
- LNMTC
- Triệt sản
- **Rock phân loại:** tiên lượng sau PT
Kích thước ứ dịch
Mức độ dính
Tình trạng loa vòi
Tình trạng niêm mạc VT (HSG)

Rock JA, Katayama P, Martin EJ. *Obstet Gynecol* 1978; 52:591-596
Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29



PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN

- **HSG: Sàng lọc**
- **NS ổ bụng: Chẩn đoán**



NỘI SOI Ổ BỤNG

- Tiêu chuẩn vàng
- Chẩn đoán toàn diện & Kết hợp can thiệp
- Lưu ý
 - + kháng trở ở 2 VT khác nhau
 - + hiện tượng co thắt
 - + thất bại về kỹ thuật

Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15, 146-152.

Swart P, Mol B, van der Veen F, et al. 1995. *Fertil Steril*; 64: 486-91
Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29



Hystero-salpingography (HSG)

- Ưu điểm
 - Không cần gây mê, nhanh
 - Hiệu quả điều trị: đẩy những mảnh mô vụn, ngăn đại thực bào phức mạc tấn công tinh trùng (chuột)
- Nhược điểm
 - Gây co thắt VT: tắc đoạn gần giả # 50%
 - Không quan sát được toàn diện: dính quanh VT...

Nugen D, Watson AJ, Killick SR, et al. 2002. *Fertil Steril*; 77: 173-75

Watson A, Vandekerckhove P, Lifford R. 2003. *Cochrane Database Syst Rev*; 3:CD000221



HÌNH ẢNH TẠI VỚI TẮC NGHẼN



CHỈ ĐỊNH NS Ổ BỤNG/VS

- HSG tắc nghẽn 2 VT
- Bệnh lý cần thám sát hoặc điều trị
- VS không rõ NN: điều trị thất bại
- Gây tắc hoặc cắt VT trước IVF:
 Ứ dịch VT hoặc TNTC tái phát

Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15, 146-152
Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29



TẮC VỚI TRỨNG ĐOẠN GẦN



VỚI TRỨNG THÔNG



ĐIỀU TRỊ

★ Dựa vào:

Mức độ tổn thương VT

Tuổi

• Dự trữ BT

• Yếu tố nam

• Đặc điểm về KT-XH

Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15, 146-152

Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29



ĐIỀU TRỊ

- **Phẫu thuật:** một số bệnh lý VT
 - Nong VT qua NS BTC (Fallopосcopy)
 - Vi phẫu tái tạo VT (Nội soi)
- **IVF:** tất cả bệnh lý VT

Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15, 146-152

Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29



ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐOẠN GẦN

- **Nong VT qua NS BTC**
 - + 85% thành công
 - + 30% tắc lại
 - + 3-11% thủng VT
- **Vi phẫu cầm lại VT**
 - + Hiệu quả hơn nong VT
 - + Xâm lấn hơn, đắt tiền hơn nong VT qua NSBTC
- **IVF**

Honore GM, Holden AE, Schenken RS. 1999. *Fertil Steril*; 71: 785-95

Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29



BỆNH LÝ ĐOẠN XA

- **85% vô sinh do VT**
- **Phương pháp điều trị**
 - + **Mở thông VT:** Ớ dịch VT, TNTC
 - Tỉ lệ có thai 30%, 1/4 là TNTC
 - + Tái tạo loa vòi
 - + IVF

Benadiva CA, Kligman I, Davis O, Rozenwaks Z. 1995. *Fertil Steril*; 64: 1051-61

Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29





IVF/ Ủ dịch VT

- Do viêm nhiễm
- Tác động xấu đến TTTON
 - + Dịch viêm ức chế sự tăng trưởng của phôi.
 - + Dòng rỉ dịch viêm vào buồng TC ảnh hưởng sự làm tổ.
 - + Tăng tỉ lệ sẩy thai, giảm tỉ lệ có thai (phôi tươi & phôi trữ lạnh)
- Điều trị hút dịch, mở thông VT, kẹp hoặc cắt VT

Camus E, Poncelet C, Goffinet F. 1999. *Eur Soc Hum Reprod Embryol*; 14: 1243-49

Zeyneloglu HB. 2001. *Curr Opin Obstet Gynecol*; 13: 281-86



Ủ dịch VT/IVF

- Hút dịch: chọc hút qua SA ngã âm đạo
- Mở thông VT.
- Kẹp đoạn gần hoặc cắt VT:
 - tăng tỉ lệ có thai → chỉ định trước khi làm IVF.
- Cắt ODT toàn phần: Khuyến cáo

Dechaud H, Daures JP, Arnal F, Humeau C, Hedon B. *Fertil Steril* 1998;69:1020-5

Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15, 146-152

Strandell A et al. *Hum Reprod* 1999;14(11):2762-9



Ủ DỊCH VỎI TRỨNG



Điều trị sau triệt sản

- Vi phẫu phục hồi VT
 - Còn đủ độ dài
 - Mức độ tổn thương VT (PP triệt sản)
 - Vị trí nối VT: eo - eo là tốt nhất (81%)
 - Tuổi của bệnh nhân
 - Bệnh lý VT kèm theo
 - BVTĐ: 20 - 25 trường hợp/năm
- IVF-ET

Trimbos-Kemper TCM. *Fertil Steril* 1990; 53:575-577.

Bệnh viện Từ Dũ. Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện năm 2010



KIỂM TRA PHẦN PHỤ PHẢI



Phẫu thuật VT hay IVF?

- IVF: tất cả tổn thương VT
 - Thành công giảm theo tuổi:
 - <30 (50%), 35 – 38 (28%), > 40 (9%)
 - TB: 30%/chu kỳ, 70%/4 chu kỳ
 - Đắt tiền
 - Không đáp ứng cho tất cả BN

Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15: 146-152
 Benadiva CA, Kligman I, Davis O, Rozenwaks Z. 1995. *Fertil Steril*; 64: 1051-61



Phẫu thuật VT hay IVF?

- Phẫu thuật nội soi tái tạo VT:
 - Tăng tỉ lệ sinh sống
 - Tỉ lệ TNTC rất cao: 11% - 23%
 - Tổn thương VT nhẹ: Thành công cao

BVTD - Đánh giá sau PTNS 1 năm:

- TT nhẹ: tỉ lệ thai/TC 45,5%
- TT TB - nặng: tỉ lệ thai/TC 8,2%

- Chưa có RCT: PT VT & TTTÔN.

Carey M, Brown S. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:296-300.
 Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15: 146-152.
 Jacobs LA, Thie I, Patton PE, Williams TJ. *Fertil Steril* 1988;50:855-9.
 LQ.Thành, NTN Phụng. CT Bá, CNTT.Thành 2005. *Thời sự y học*, bộ X số 2, trang: 73-76



KHUYẾN CÁO

BN trẻ, dự trữ BT tốt, tổn thương VT nhẹ-trung bình:

NỘI SOI - VI PHẪU

- Điều trị đầu tay.
- Sau PT 1 năm, không có thai → IVF-ET.

Benadiva CA, Kligman I, Davis O, Rozenwaks Z. 1995. *Fertil Steril*; 64: 1051-61
 Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* 2010; 15: 146-152
 Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29



Phẫu thuật VT hay IVF?

BN lớn tuổi (> 37) hoặc tổn thương nặng VT:

IVF

- Cơ hội có thai ngay, tránh biến chứng của PT
- Ứ dịch VT hoặc TNTC nhiều lần → cắt, kẹp VT

Benadiva CA, Kligman I, Davis O, Rozenwaks Z. 1995. *Fertil Steril*; 64: 1051-61
Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* (2010) 15, 146-152
Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29
Strandell A et al. 1999. *Hum Reprod*; 14: 2762-69



KẾT LUẬN

- HSG: Kinh điển, đầu tay, hữu dụng.
- NS ổ bụng: tiêu chuẩn vàng (lưu ý kỹ thuật).
- Biện pháp θ thích hợp: Tùy đặc tính, mức độ tổn thương VT, tuổi và dự trữ BT.



Phẫu thuật hay IVF?

Chọn lựa tùy thuộc từng BN:

- Có yếu tố gây HM khác?
- Tỷ lệ có thai: NS & IVF tại địa phương?
- Giá thành điều trị?

Fouany MR, Muasher SJ. *Midd East Fertil Soc J* (2010) 15, 146-152
Benadiva CA, Kligman I, Davis O, Rozenwaks Z. 1995. *Fertil Steril*; 64: 1051-61
Kodaman PH, Arici A, Seli E. *Current Opin Obstet Gynecol* 2004;16: 221-29



KẾT LUẬN

- PTNS: TT VT nhẹ – trung bình, trẻ / 1 năm
- IVF-ET: tổn thương VT nặng, lớn tuổi
- TNTC tái phát và ứ dịch VT: PTNS cắt hoặc kẹp VT trước IVF-ET → tăng tỉ lệ thai/TC



**Chân thành cảm ơn
Chúc hội nghị thành công**



Tách Dính vùng chậu

Ưu điểm tách dính qua nội soi

- Chính xác hơn
- Ít tổn thương mô xung quanh
- Ít chảy máu
- Giảm dính sau mổ
- Tỷ lệ có thai cao hơn sau phẫu thuật

Tulsedil T, et al. Am J Obstet Gynecol 1990;162: 354-7



Ảnh hưởng của dính - BVTD

- Dính quanh VT hạn chế khả năng có thai.
- Đánh giá: tỉ lệ thai/TC 1 năm sau phẫu thuật.
- Không dính: tỉ lệ thai/TC 42,9%.
- Dính nhẹ: tỉ lệ thai/TC 21,6%.
- Dính nặng: 100% không có thai/TC.