

BÁO CÁO LOẠT CA PHẪU THUẬT NỘI SOI TREO VÀO MỎM NHÔ BẢO TỒN TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU

Hoàng Trọng Nam¹ ✉

¹Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa tạng chậu là bệnh lý phổ biến chiếm tỷ lệ 31,8% đến 97,7 % ở phụ nữ khi khám lâm sàng, trong đó có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 2.9% đến 11.4%. Rối loạn sàn chậu, bao gồm tiểu không kiểm soát, hậu môn mất kiểm soát và sa sinh dục, ảnh hưởng đến khoảng một phần ba phụ nữ trưởng thành. Những rối loạn này không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng đáng kể đến yếu tố kinh tế và xã hội của bệnh nhân. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị sa tạng chậu nữ gồm: phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở bụng và phẫu thuật đường âm đạo. Lựa chọn phương pháp điều trị sa tạng chậu còn nhiều tranh cãi. Trong đó phương pháp phẫu thuật nội soi đã được tiếp cận và có nhiều ưu điểm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo kết quả điều trị sa tạng chậu bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng treo vào mỏm nhô bảo tồn tử cung.

Phương pháp: Báo cáo 19 trường hợp điều trị các bệnh nhân nữ sa tạng chậu bằng phương pháp nội soi ổ bụng đồng thời bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6 năm 2019 đến 6/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình là 65 tuổi, lao động nặng chiếm tỷ lệ là 77,8%, trung bình số lần sinh con là 3,8. Tỷ lệ sinh con to là 28%. Tỷ lệ trường hợp sa bàng quang giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ 42%, sa bàng quang giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 58%. Tỷ lệ sa cổ tử cung giai đoạn 2 là 32%, trong đó sa cổ tử cung giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 68%. Tỷ lệ sa trực tràng giai đoạn 1 là 50%, tỷ lệ sa trực tràng giai đoạn 2 là 1%, trong đó giai đoạn 3 là 42%. Tỷ lệ són tiểu là 89%. Thời gian nằm viện trung bình cho cuộc phẫu thuật là 6,57 ngày. Thời gian cho cuộc phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô điều trị sa tạng chậu trung bình là 142 phút, trong đó thời gian dài nhất cho cuộc mổ là 180 phút và nhanh nhất là 60 phút. Không có biến chứng trong phẫu thuật, các biến chứng xuất hiện sau phẫu thuật: Đau rát vùng hạ vị cao nhất chiếm 44%, Đau âm ỉ vùng thắt lưng 33%, táo bón 22%, viêm bàng quang 11%, đau khi đại tiện 11%. Tỷ lệ thành công điều trị sa bàng quang sau mổ là 100 %, sa cổ tử cung tỷ lệ thành công là 87,5%, sa trực tràng tỷ lệ thành công là 88,9%. Tỷ lệ không són tiểu sau phẫu thuật 12 tháng là 75%, tỷ lệ thành công điều trị tiểu khó là 100%.

Kết luận: Kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi cho thấy việc áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô đồng thời bảo tồn tử cung điều trị sa tạng chậu đối với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm là an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, kỹ thuật khó, số lượng mẫu còn ít chưa đủ kết luận và cần tiếp tục nghiên cứu thêm.

Từ khóa: Điều trị sa tạng chậu, cố định tử cung vào mỏm nhô qua nội soi, phẫu thuật bảo tồn tử cung.

ABSTRACT

A REPORT OF LAPAROSCOPIC PROMONTOFIXATION WITH UTERINE PRESERVATION

Hoang Trong Nam

Ngày nhận bài:

05/4/2022

Chấp thuận đăng:

09/5/2022

Tác giả liên hệ:

Hoàng Trọng Nam

Email:

namhoang2711@gmail.com

SĐT: 0988804645

Background: Pelvic organ prolapse is a common disease, accounting for 31.8% to 97.7% of women at clinical examination, of which clinical symptoms account for 2.9% to 11.4%. Pelvic floor disorders, including urinary incontinence, anal incontinence, and genital prolapse, are highly prevalent, affecting approximately one - third of adult women. While these conditions are not life - threatening, their social and economic consequences may be significant. Nowadays, there are many methods to treat female pelvic prolapse including laparoscopic surgery, laparotomy and vaginal surgery. Choosing a method of treating pelvic organ prolapse is still controversial. Endoscopic surgery is a method having many advantages. In this study, we reported the treatment results for Pelvic organ prolapse by laparoscopic promontofixation without hysterectomy.

Methods: A study was conducted on 19 female patients with pelvic organ prolapse, who were treated with the laparoscopy promontofixation for uterin preservation at Hue Central Hospital from June 2019 to June 2021.

Results: The average age was 65 years olds, the rate of hard work is 77.8%, and the average number of births was 3.8. The rate of macrosomia is 28%. The rate of bladder prolapse stage 2 accounted for 42%, and bladder prolapse stage 3 accounted for the highest rate of 58%. The rate of stage 2 cervical prolapse was 32%, of which stage 3 cervical prolapse accounted for the highest rate of 68%. The rate of stage 1 rectal prolapse was 50%, and the rate of stage 2 rectal prolapse was 1%, of which stage 3 was 42%. The rate of urinary incontinence was 89%. The median hospital stay for surgery was 6.57 days. The average time for laparoscopic promontofixation was 142 minutes, of which the longest time was 180 minutes and the fastest was 60 minutes. There were no complications during surgery. Complications appear after surgery: Burning pain in the lower abdomen was highest at 44%, dull pain in the low back 33%, constipation 22%, cystitis 11%, pain when defecating 11%. The success rate of the treatment of bladder prolapse after surgery was 100%, the success rate of cervical prolapse was 87.5%, the success rate of rectal prolapse was 88.9%. The rate of no urinary incontinence after 12 months was 75%, the success rate of dysuria treatment was 100%.

Conclusions: Our initial experience renders the use of the laparoscopic promontofixation with uterine preservation to be safe and efficient in experienced hands. However, it is difficult to performe this technique, the number of samples is little and we need to have further research.

Keywords: Treatment of pelvic organ prolapse, laparoscopic sacral hysteropexy,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa tạng chậu là bệnh lý phổ biến chiếm tỷ lệ 31,8% đến 97,7 % ở phụ nữ khi khám lâm sàng, trong đó có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 2.9% đến 11.4% [1].

Sa tạng chậu là tình trạng sa xuống của một hay nhiều cơ quan vùng chậu khỏi vị trí giải phẫu bình thường qua ngã âm đạo như sa bàng quang, tử cung, âm đạo, trực tràng, ruột và các mô liên kết do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ sàn chậu [2]. Bệnh lý sa tạng chậu gây các rối loạn tiểu, rối loạn tiêu hóa, các rối loạn

tình dục, làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của phụ nữ. Bệnh thường xuất hiện ở phụ nữ sau mãn kinh, mang thai và sinh con nhiều lần, béo phì, làm việc nặng, táo bón mạn tính, bệnh lý hô hấp mạn tính và từng phẫu thuật vùng chậu.

Tùy mức độ nặng nhẹ, sa tạng chậu có thể được điều trị bảo tồn bằng phương pháp vật lý trị liệu (tập cơ sàn chậu, kích thích điện cơ...) hoặc phẫu thuật [3]. Những kỹ thuật ngoại khoa điều trị sa tạng chậu nữ có thể qua đường âm đạo hay qua đường bụng. Tuy nhiên phẫu thuật qua đường bụng là phương pháp can thiệp chỉnh sửa các khiếm khuyết sàn chậu

hiệu quả nhất, bền vững nhất và đảm bảo được chất lượng cuộc sống quan hệ tình dục của bệnh nhân. Với sự phát triển mạnh trong lĩnh vực nội soi tạo điều kiện thuận lợi để thực hiện điều trị treo vào mỏm nhô qua nội soi ổ bụng. Chúng tôi báo cáo bên dưới kết quả điều trị 19 trường hợp sa tạng chậu ở nữ giới bằng phương pháp phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô đồng thời bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế với mục đích mô tả kết quả điều trị loạt ca bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 19 trường hợp bệnh nhân nữ sa tạng chậu được điều trị bằng phương pháp nội soi treo vào mỏm nhô bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6 năm 2019 đến 6/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: xuất hiện khối sa niệu dục từ độ 2 trở lên theo phân độ sa tạng chậu truyền thống của 2 tác giả (Baden - Walker), các triệu chứng chức năng do sa tạng chậu gây ra làm thay đổi chất lượng sống và sự đồng ý điều trị phẫu thuật của bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật nội soi, tiền sử xạ trị vùng chậu, tiền sử điều trị thuốc ức chế miễn dịch đó là nguyên nhân gây đào thải mảnh ghép và tiền sử loạn sản niệu dục.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả loạt ca can thiệp lâm sàng không nhóm chứng

Cỡ mẫu nghiên cứu: mẫu thuận tiện

Các bước nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được khám phụ khoa để đánh giá giai đoạn sa tạng chậu theo phân loại của hai tác giả Baden và Walker [4, 5]. Đánh giá giai đoạn sa tạng chậu bằng nghiệm pháp Valsalva trong quá trình thăm khám. Nghiệm pháp kích thích cơ nâng hậu môn để đánh giá cơ thắt hậu môn. Sử dụng nghiệm pháp Bonney và nghiệm pháp Ulmsten [6] để phát hiện són tiểu. Đánh giá mức độ són tiểu dựa vào phân loại của Stamey gồm 3 mức độ: giai đoạn 0: tiểu tự ý. giai đoạn 1: thoát nước tiểu khi hoạt động mạnh như ho, hắt hơi, nâng vật nặng. giai đoạn 2: thoát nước tiểu với hoạt động vừa như đi bộ hoặc đứng lâu. Giai đoạn 3 thoát nước tiểu xảy ra tất cả mọi lúc không liên quan tư thế, hoạt động.

Kỹ thuật phẫu thuật:

Bước 1: bệnh nhân đặt nằm tư thế phụ khoa, lưng

sát bàn phẫu thuật, hai chân đặt dạng ra một góc 135 độ. Một trocar 10 mm vào ngay rốn để tạo đường vào cho optique. Quan sát toàn diện vùng tiểu khung và ổ bụng. Hai trocar 5mm trên xương mu và nằm hai bên động mạch thượng vị nông và một trocar 10mm trên xương mu cạnh trái đường giữa.

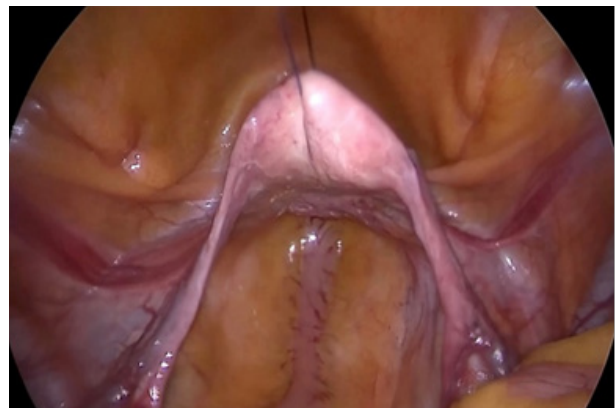
Bước 2: bộc lộ phẫu trường: dùng sợi chỉ vicryl 1.0 khâu vào bờ mỡ trực tràng kéo sang hố chậu trái. Hướng tử cung ra trước và lên cao bằng sợi chỉ vicryl 1.0 xuyên qua thân tử cung cố định vào thành bụng trước.

Bước 3: phẫu tích túi cùng sau âm đạo: dùng kéo mở phúc mạc thành sau bộc lộ đến trung tâm gân đáy chậu và lộ rõ cơ nâng hậu môn hai bên.

Bước 4: xác định vị trí chia thành động mạch chậu chung của động mạch chủ bụng, tìm mỏm nhô ngay dưới 5cm, dùng kéo mở phúc mạc bộc lộ dây chằng dọc trước cột sống. Tách phúc mạc thành bên phải kéo dài đến vị trí đã mở túi cùng sau.

Bước 5: sử dụng tấm lưới đầu tiên làm bằng polypropylene kích thước 25 x 3 cm có dạng hình chữ Y cố định vào thành sau âm đạo bằng các mũi chỉ không tiêu chỉ prolene 2.0, điểm thứ nhất và thứ hai vào vị trí cơ nâng hậu môn đã bộc lộ hai bên, điểm cố định thứ 3 và thứ 4 vào thành sau âm đạo và hai điểm cuối cùng vào dây chằng tử cung cùng hai bên.

Bước 6: thì bộc lộ thành trước bàng quang - tử cung: tách phúc mạc bàng quang - tử cung đến tận tam giác bàng quang (trigone), mở rộng sang bên phải trên nền dây chằng rộng, tìm vị trí vô mạch đâm xuyên qua dây chằng rộng để tiếp cận mặt sau tử cung.



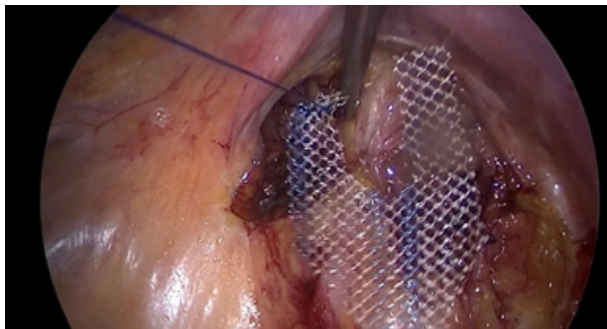
Hình 1. Bộc lộ phẫu trường (bước 2)



Hình 2. Bộc lộ cơ nâng hậu môn (bước 3)



Hình 3. Bộc lộ mồm nhô (bước 4)



Hình 4. Cố định tấm lưới thành sau âm đạo (bước 5)



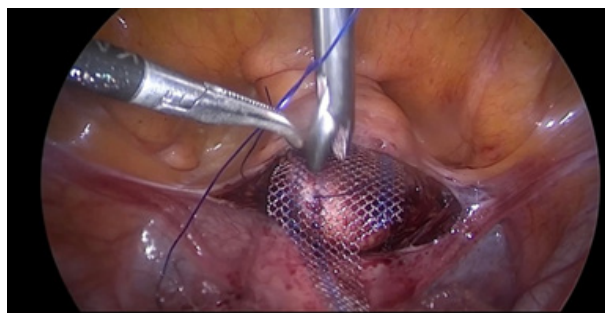
Hình 5. Bộc lộ thành trước bàng quang - tử cung (bước 6)

Bước 7: Chuẩn bị tấm lưới thứ hai làm bằng polypropylene kích thước dài 20 cm rộng 3 cm để

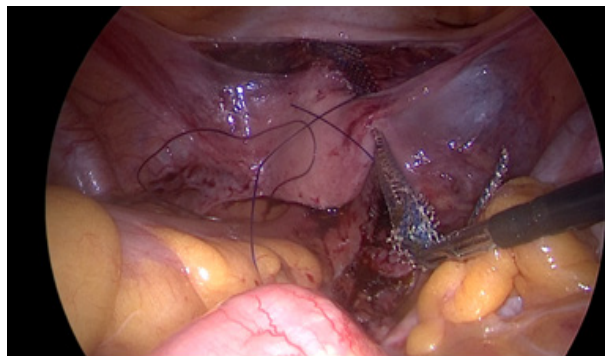
cố định vào thành trước âm đạo bằng các mũi chỉ prolene 2.0, gồm 5 điểm cố định: điểm thứ nhất định tam giác bàng quang, 4 điểm còn lại vào mặt trước cổ tử cung - tử cung.

Bước 8: tấm lưới thành trước sau khi được cố định vào mặt trước sẽ được đưa qua lỗ dây chằng rộng được tạo ở thì trước để cùng với tấm lưới thành sau đến vị trí mồm nhô.

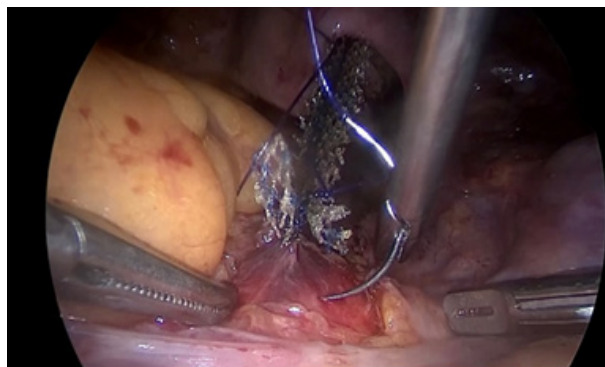
Bước 9: thì cố định tấm lưới vào mồm nhô: sử dụng hai mũi chỉ không tiêu prolene 2.0 xuyên qua dây chằng dọc trước để kéo đồng thời hai tấm lưới polypropylene vào mồm nhô. Tránh kéo căng quá mức cũng như quá chùng bằng cách quan sát qua đường âm đạo.



Hình 6. Cố định tấm lưới vào thành trước âm đạo (bước 7)



Hình 7. Xuyên tấm lưới qua dây chằng rộng (bước 8)



Hình 8. Cố định tấm lưới vào mồm nhô (bước 9)

Bước 10: Hai tấm lưới được phủ toàn bộ bằng chỉ tiêu vicryl 3.0 theo phương Pháp khâu vắt để đóng hoàn toàn phúc mạc thành sau. Sau đó, phủ kín toàn bộ phúc mạc thành trước tránh để lộ tấm lưới bằng khâu vắt mũi chỉ tiêu vicryl 3.0.

Phương Pháp treo tử cung vào mỏm nhô bằng 2 tấm lưới được áp dụng cho tất cả bệnh nhân. Tuy nhiên, tùy vào hình thái lâm sàng chúng tôi chỉ sử dụng một tấm lưới đặt ở thành trước khi không có sa trực tràng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình là 65 tuổi, nông thôn chiếm tỷ lệ là 100%, lao động nặng chiếm tỷ lệ là 77,8%, lao động nhẹ 22,2%, trung bình số lần sinh con là 3,8, tỷ lệ sinh con to là 28%, trong đó tỷ lệ sinh con nhỏ hơn 3,5kg là 72%, đặc điểm phân bố mức độ són tiểu (phân độ theo bảng phân độ của tác giả Stamey): tỷ lệ són tiểu là 89% trong đó tỷ lệ són tiểu độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất là 89 %, tỷ lệ són tiểu độ 2 là 11%.

3.2. Đặc điểm phân độ sa tạng chậu lâm sàng (theo tác giả Baden - Walker)

Bảng 1. Đặc điểm phân độ sa tạng chậu lâm sàng

Sa tạng chậu	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3
Sa bàng quang	0%	8 (42%)	11 (58%)
Sa cổ tử cung	0%	6 (32%)	13 (68%)
Sa trực tràng	6 (50%)	1 (8%)	5 (42%)

Tỷ lệ trường hợp sa bàng quang giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ 42%, sa bàng quang giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là: 58%. Tỷ lệ sa cổ tử cung giai đoạn 2 là 32%, trong đó sa cổ tử cung giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 68%. Tỷ lệ sa trực tràng giai đoạn 1 là 50%, tỷ lệ sa trực tràng giai đoạn 2 là 1%, trong đó giai đoạn 3 là 42%.

3.3. Thời gian nằm viện và thời gian phẫu thuật

Thời gian nằm viện trung bình cho cuộc phẫu thuật là 6,57 ngày, trong đó thời gian nằm lâu nhất là 9 ngày và thấp nhất là 5 ngày. Thời gian cho cuộc phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô điều trị sa tạng chậu trung bình là 142 phút, trong đó thời gian dài nhất cho cuộc mổ là 180 phút và nhanh nhất là 60 phút.

3.4. Kết quả các phương pháp sử dụng trong phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả các phương pháp sử dụng trong phẫu thuật

Phương pháp	N	%
Phối hợp 2 tấm lưới	6	32%
Dùng một tấm lưới	13	68%
Bảo tồn tử cung	19	100%

Phương pháp phẫu thuật sử dụng phối hợp 2 tấm lưới cố định thành trước và thành sau âm đạo- tử cung chiếm tỷ lệ 32%, trong đó phương pháp dùng một tấm lưới cố định thành trước âm đạo – tử cung chiếm tỷ lệ 68%, phương pháp phẫu thuật bảo tồn tử cung chiếm tỷ lệ 100%.

3.5. Các biến chứng trong phẫu thuật và sau phẫu thuật

Bảng 3. Các biến chứng trong phẫu thuật và sau phẫu thuật

Tỷ lệ Biến chứng trong phẫu thuật	Tỷ lệ Biến chứng sau phẫu thuật		
	Triệu chứng	3 tháng	12 tháng
Chuyển mổ hở (0%)	Viêm bàng quang	11%	0%
Tổn thương bàng quang (0%)	Đau rất vùng hạ vị	44%	0%
Tổn thương trực tràng (0%)	Dò trực tràng	0%	0%
Chảy máu trên 500 ml (0%)	Đại tiện đau	11%	0%
	Táo bón	22%	0%
	Đau âm ỉ vùng thắt lưng	33%	0%

Không có biến chứng trong phẫu thuật, các biến chứng xuất hiện sau phẫu thuật: Đau rất vùng hạ vị cao nhất chiếm 44%, Đau âm ỉ vùng thắt lưng 33%, táo bón 22%, viêm bàng quang 11%, đau khi đại tiện 11%.

3.6. Kết quả điều trị sa tạng chậu theo dõi 12 tháng

Tỷ lệ sa bàng quang độ 2,3 trước mổ là 100 %, tỷ lệ thành công sau mổ là 100 %. Tất cả trường hợp Sa cổ tử cung là độ 2,3 và chiếm tỷ lệ 100 %, tỷ lệ thành công sau mổ là 100 %.

tỷ lệ thành công là 87,5%. Sa trực tràng sau điều trị 12 tháng trở về độ 0 chiếm tỷ lệ 85,7 %, tỷ lệ thành công là 88,9%.

3.7. Kết quả điều trị rối loạn tiểu tiện

Bảng 4. Kết quả điều trị rối loạn tiểu tiện

Thời gian Rối loạn tiểu tiện	Trước phẫu thuật	Không rối loạn sau 3 tháng	Không rối loạn sau 12 tháng
Són tiểu	(88,9%)	(75 %)	(75%)
Tiểu khó	(44,4%)	(100%)	(100%)

Tỷ lệ són tiểu trước phẫu thuật là 88,9 %, trong đó tỷ lệ không són tiểu sau phẫu thuật 12 tháng là 75%. Tiểu khó chiếm tỷ lệ trước mổ là 44,4%, sau phẫu thuật tỷ lệ thành công là 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong đánh giá phân loại mức độ sa tạng chậu các bệnh nhân nữ, chúng tôi phân loại theo hệ thống phân loại của Baden - Walker. Chúng tôi chấp nhận hệ thống phân loại này để khẳng định sa tạng chậu theo tổ chức International Continence Society (ICS) khuyến cáo và phù hợp với tác giả Markus Huebner năm 2018 [5].

Phương pháp treo vào dây chằng dọc trước tương ứng với vị trí mỏm nhô theo trường phái cổ điển được thực hiện bằng đường mổ hở và đặt hai tấm lưới, một tấm lưới mặt trước và một tấm lưới mặt sau với sự bóc tách rộng túi cùng sau. Nhiều phẫu thuật viên thực hiện một cách hệ thống cắt tử cung bán phần hay treo cổ tử cung theo kỹ thuật Burch để điều trị hoặc dự phòng són tiểu thứ phát, thậm chí khâu khếp hai cơ nâng hậu môn để điều trị sa trực tràng. Mặc dù phương tiện nội soi ổ bụng để hỗ trợ khá đầy đủ, tuy nhiên kỹ thuật này vẫn còn hạn chế và khó khăn. Đó là thời gian phẫu thuật kéo dài, trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình 142 phút, trong đó ngắn nhất là 60 phút và dài nhất 180 phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi cũng phù hợp với thời gian phẫu thuật của tác giả Susana Mustafa (162 phút đến 196 phút) [7] thời gian phẫu thuật của chúng tôi có nhanh hơn M. Cosson [8] và cộng sự trung bình là 286 phút (225 phút đến 360 phút) do sử dụng chỉ một tấm lưới ở thành trước âm đạo - tử cung trong một số trường hợp không kèm sa trực tràng.

Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ biến chứng trong mổ là 0%, không thay đổi phương pháp mổ hở, không biến chứng tổn thương bàng quang hay trực tràng, lượng máu mất trung bình là 81,4 ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các đề tài nghiên cứu biến chứng trong mổ dao động từ 2,2% đến 17,4% [9 - 11]. Các biến chứng sau mổ chúng tôi hay gặp nhất là đau vùng hạ vị âm ỉ chiếm tỷ lệ 44%, theo tác giả M. Kdous [12] triệu chứng này cũng hay gặp nhất trong phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô điều trị sa tạng chậu và chiếm tỷ lệ một nửa trường hợp phẫu thuật này, ngoài ra có thể gặp viêm đốt sống gây nên triệu chứng này, điều trị bằng kháng sinh sẽ cải thiện, Rozet [13] và Bui [14] đã báo cáo các trường hợp này. Một loạt báo cáo đã công bố tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật rất thay đổi từ 2,7% đến 15% [15 - 17]. Tỷ lệ can thiệp sớm thay đổi từ 0% đến 3,9% [18] và ít nghiên cứu thông báo về biến chứng xa của phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô. Sự xói mòn tấm lưới là một biến chứng đặc biệt nhất và tần suất hay gặp nhất, tuy nhiên biến chứng này xảy ra khá muộn trung bình giữa 6 tháng đến 36 tháng, lộ tấm lưới có thể gặp ở âm đạo hay trong ổ bụng và cần xem xét can thiệp lại. Theo y văn tỷ lệ biến chứng lộ tấm lưới chung là 2,7% [18]. Trong nghiên cứu chúng tôi vẫn chưa gặp tình huống này có lẽ là do thời gian theo dõi ngắn và số mẫu không đủ lớn.

Biến chứng hậu môn trực tràng, thường xuất hiện thứ phát do sự thay đổi phân bố tưới máu và thay đổi phân bố thần kinh sau phẫu tích rộng trong phẫu thuật và/hoặc co kéo quá mức của tấm lưới đặt thành sau. Trong nghiên cứu chúng tôi táo bón chiếm tỷ lệ 22,2%, đại tiện đau chiếm tỷ lệ 11,1%, kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ganatra và cộng sự [18] chiếm tỷ lệ 9,8% (0 - 25%) gồm táo bón, đau hậu môn và đại tiện khó, hầu hết các triệu chứng này biến mất sau 6 tháng sau phẫu thuật không điều trị.

Phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô là một kỹ thuật được chứng minh tính hiệu quả trong việc điều trị trả lại giải phẫu sa tạng chậu nữ trong khoảng thời gian ngắn và trung bình. Tỷ lệ thành công phẫu thuật đến 2 năm là 100% đối với sa tạng giữa, tỷ lệ phẫu thuật thành công đối với sa tạng trước là 97,5% (2,5% tái phát sa bàng quang), 89,2% đối với thành sau (10,8% sa trực tràng tái phát). Trong

nguyên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công phẫu thuật đến 12 tháng là 87,5% đối với sa tầng giữa, tỷ lệ phẫu thuật thành công đối với sa tầng trước là 100% và tỷ lệ phẫu thuật thành công đối với sa tầng sau 85,7%. Tỷ lệ tái phát thấp nhất là tầng giữa, một số tác giả công bố tỷ lệ tái phát cao nhất là tầng sau [19,20]. Tuy nhiên một số khác lại công bố tỷ lệ tái phát thường gặp nhất là tầng trước [13,21]. Điều đó được giải thích do định nghĩa tái phát sa tạng chậu chưa được chuẩn hóa và khó khăn trong việc thu thập số liệu tái khám.

Són tiểu là một trong biến chứng thường gặp của sa niệu dục, Rivoire và cộng sự công bố tỷ lệ là 44% [21]. Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ són tiểu là 88,9%. Biến chứng này thường tồn tại sau phẫu thuật điều trị sa tạng chậu. trong nghiên cứu của tác giả Moez Kdous tỷ lệ tái phát són tiểu sau phẫu thuật là 7,5%. Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ thành công đến 6 tháng là 75%. Đánh giá triệu chứng són tiểu chúng tôi dựa theo phân loại của Stamey vì vậy các bệnh nhân són tiểu thể ẩn có khả năng không phát hiện, điều đó lý giải tỷ lệ điều trị són tiểu bằng phẫu thuật nội soi cao hơn so với các nghiên cứu khác.

Quan điểm cắt tử cung và bảo tồn tử cung: các tác giả Oana Madalina Acsinte, Benoit Rabischong, Nicolas Bourdel, Michel Canis, Revaz Botchorishvili [22] luôn thực hiện cắt tử cung cùng thời điểm với phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô điều trị sa tạng chậu. Tuy nhiên, các tác giả trong nước Nguyễn Văn Ân, Nguyễn, Thị Vĩnh Thành, Nguyễn Bá Mỹ Nhi [2, 3, 23] lại chủ trương bảo tồn tử cung khi phẫu thuật nội soi điều trị sa tạng chậu. vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chủ trương bảo tồn tử cung.

V. KẾT LUẬN

Kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi cho thấy việc áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhô đồng thời bảo tồn tử cung điều trị sa tạng chậu đối với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm là an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, kỹ thuật khó, số lượng mẫu còn ít chưa đủ kết luận và cần tiếp tục nghiên cứu thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antoine T, Kayembe, Andy M, Muela, Alex M, Baleka, Dieudonné S, Mushengezi, Rahma R,

Tozin. Genital prolapse: epidemiology, clinic and therapeutic at Saint Joseph Hospital of Kinshasa. PAMJ. 2020. 37.

2. Nguyễn Văn Ân VTTP, Phạm Hữu Đoàn. áp dụng phẫu thuật nội soi treo âm đạo vào mỏm nhô để điều trị sa sinh dục nặng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2014. 18: 428-429.
3. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Phan Thị Nga, Văn Phụng Thống. Nhận xét bước đầu sử dụng mảnh ghép tổng hợp trong điều trị ngoại khoa bệnh lý sa tạng chậu nữ tại bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí phụ sản. 2012. 10: 228-236.
4. Baden WF, Walker TA, Lindsey JH. The vaginal profile. Tex Med. 1968. 64: 56-8.
5. Huebner M, DeLancey JOL, Reisenauer C, Brucker SY, Preibsch H, Fleischer S, et al. Magnetic resonance imaging of vaginal support structure before and after Vecchietti procedure in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018. 97: 830-837.
6. Ingelman-Sundberg A. Urinary incontinence in women, excluding fistulas. Acta Obstet Gynecol Scand. 1952. 31: 266-91.
7. Mustafa S, Amit A, Filmar S, Deutsch M, Netzer I, Itskovitz-Eldor J, et al. Implementation of laparoscopic sacrocolpopexy: establishment of a learning curve and short-term outcomes. Arch Gynecol Obstet. 2012. 286: 983-8.
8. Cosson M, Bogaert E, Narducci F, Querleu D, Crépin G. [Laparoscopic sacral colpopexy: short-term results and complications in 83 patients]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2000. 29: 746-750.
9. Agarwala N, Hasiak N, Shade M. Laparoscopic sacral colpopexy with Gynemesh as graft material - experience and results. J Minim Invasive Gynecol. 2007. 14: 577-83.
10. Antiphon P, Elard S, Benyoussef A, Fofana M, Yiou R, Gettman M, et al. Laparoscopic promontory sacral colpopexy: is the posterior, recto-vaginal, mesh mandatory? Eur Urol. 2004. 45: 655-61.
11. North CE, Ali - Ross NS, Smith AR, Reid FM. A prospective study of laparoscopic sacrocolpopexy for the management of pelvic organ prolapse. Bjog. 2009. 116: 1251-7.

12. Moez K JD, Monia F, Fethi Z, La double promontofixation coelioscopique : un échec pour l'étage postérieur ? Vol. 94. 2016: LA TUNISIE MEDICALE
13. Rozet F, Mandron E, Arroyo C, Andrews H, Cathelineau X, Mombet A, et al. Laparoscopic sacral colpopexy approach for genito-urinary prolapse: experience with 363 cases. *Eur Urol.* 2005. 47: 230-6.
14. Bui C, Ballester M, Chéreau E, Guillo E, Daraï E. [Functional results and quality of life of laparoscopic promontofixation in the cure of genital prolapse]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2010. 38: 563-8.
15. Claerhout F, Roovers JP, Lewi P, Verguts J, De Ridder D, Deprest J. Implementation of laparoscopic sacrocolpopexy--a single centre's experience. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009. 20: 1119-25.
16. Ross JW, Preston M. Laparoscopic sacrocolpopexy for severe vaginal vault prolapse: five - year outcome. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005. 12: 221-6.
17. Sarlos D, Brandner S, Kots L, Gygax N, Schaer G. Laparoscopic sacrocolpopexy for uterine and post - hysterectomy prolapse: anatomical results, quality of life and perioperative outcome-a prospective study with 101 cases. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008. 19: 1415-22.
18. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X, et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol.* 2009. 55: 1089-103.
19. Gadonneix P, Ercoli A, Salet - Lizée D, Cotellet O, Bolner B, Van Den Akker M, et al. Laparoscopic sacrocolpopexy with two separate meshes along the anterior and posterior vaginal walls for multicompartiment pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004. 11: 29-35.
20. Higgs PJ, Chua HL, Smith AR. Long term review of laparoscopic sacrocolpopexy. *Bjog.* 2005. 112: 1134-8.
21. Rivoire C, Botchorishvili R, Canis M, Jardon K, Rabischong B, Wattiez A, et al. Complete laparoscopic treatment of genital prolapse with meshes including vaginal promontofixation and anterior repair: a series of 138 patients. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007. 14: 712-8.
22. Acsinte OM, Rabischong B, Bourdel N, Canis M, Botchorishvili R. Laparoscopic Promontofixation in 10 Steps. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018. 25: 767.
23. Nguyễn TVT, Nguyễn BMN, Vũ AT. Phân tích các biến chứng phẫu thuật đặt mảnh ghép điều trị sa tạng chậu trong thời gian theo dõi 2 năm. *Tạp chí Phụ sản.* 2018. 16: 107 - 110.