

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT SÓN TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT  
Matthieu Mezzadri, Jeremy Sroussi,  
Yann Delpech, J.L. Benifla

Khoa Sản-Phụ  
Bệnh viện Lariboisière

15th Vietnam-France-Asia-Pacific  
Conference on Ob/Gyn  
Ho Chi Minh Ville / Hanoi

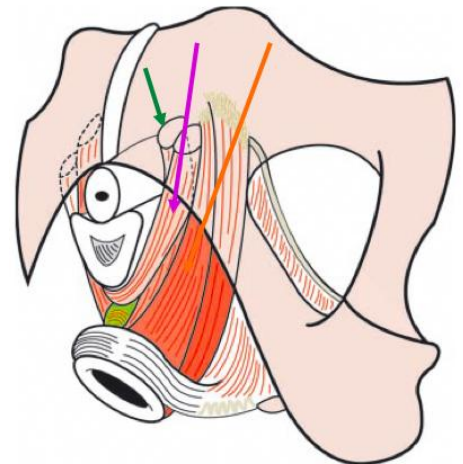
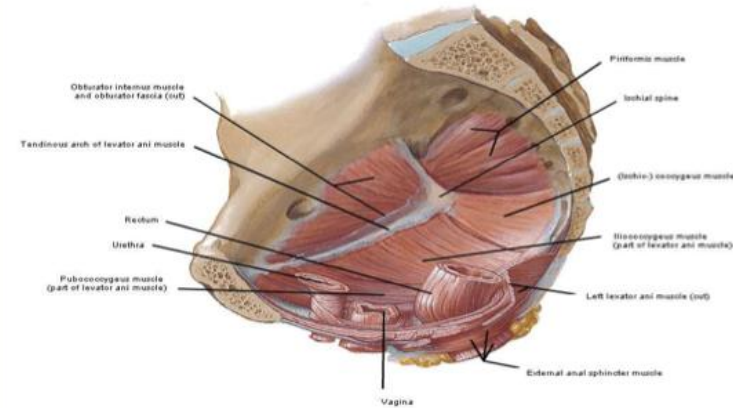
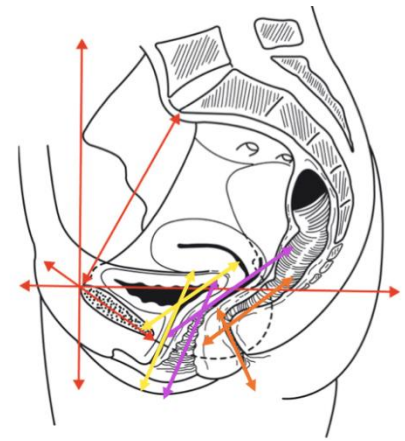
Mai 2015



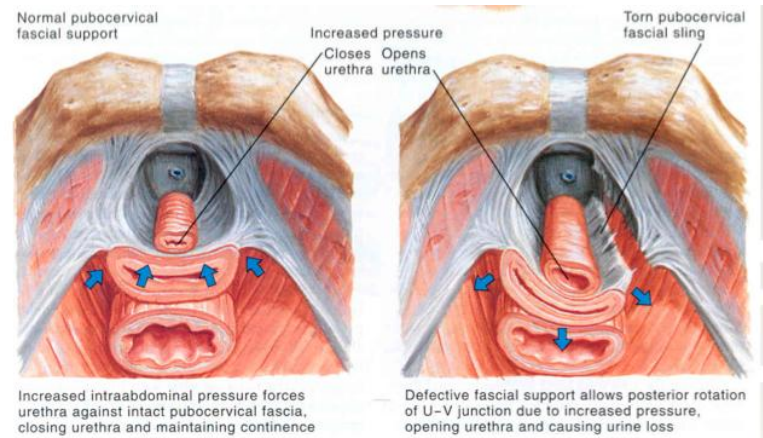
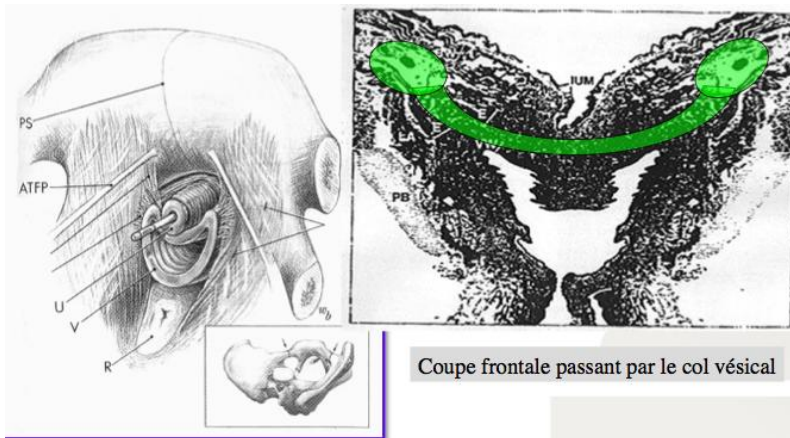
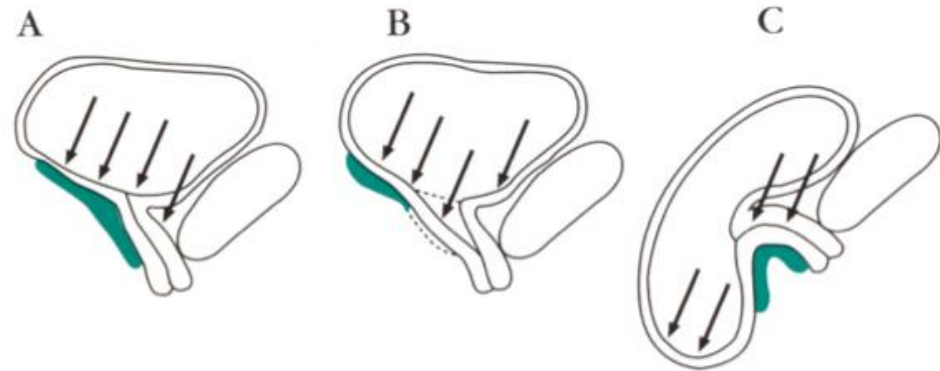
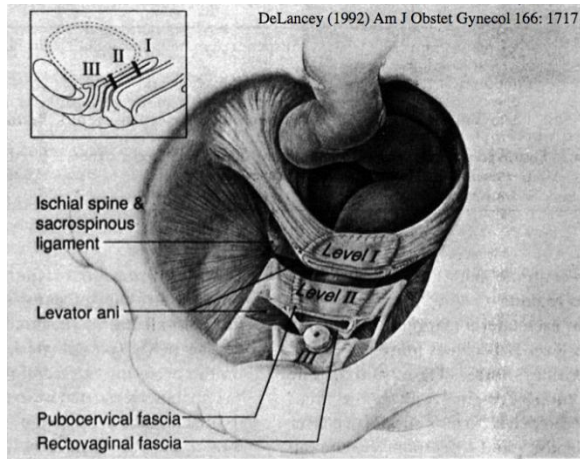
# Són tiêu

Co bó cơ mu - trực tràng giúp nâng, đỡ và đóng cổ bàng quang

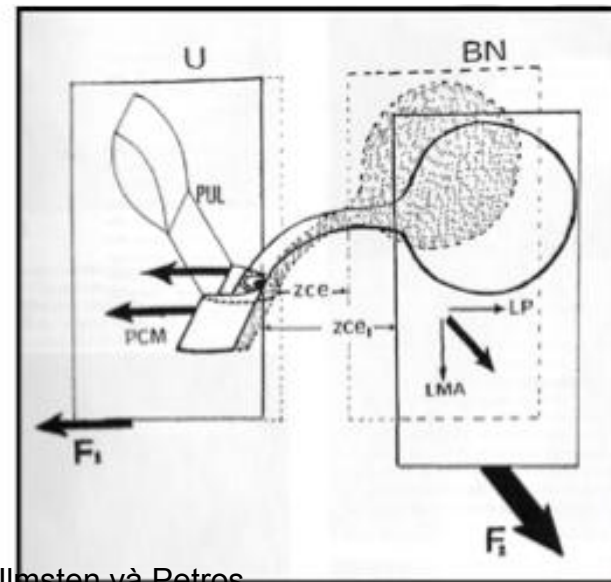
Co các cơ nâng, lồng vào cung gân, giúp cứng vững bàng quang.



# Giả thuyết De Lancey: tăng vận động cổ tử cung- niệu đạo (cấp độ III)



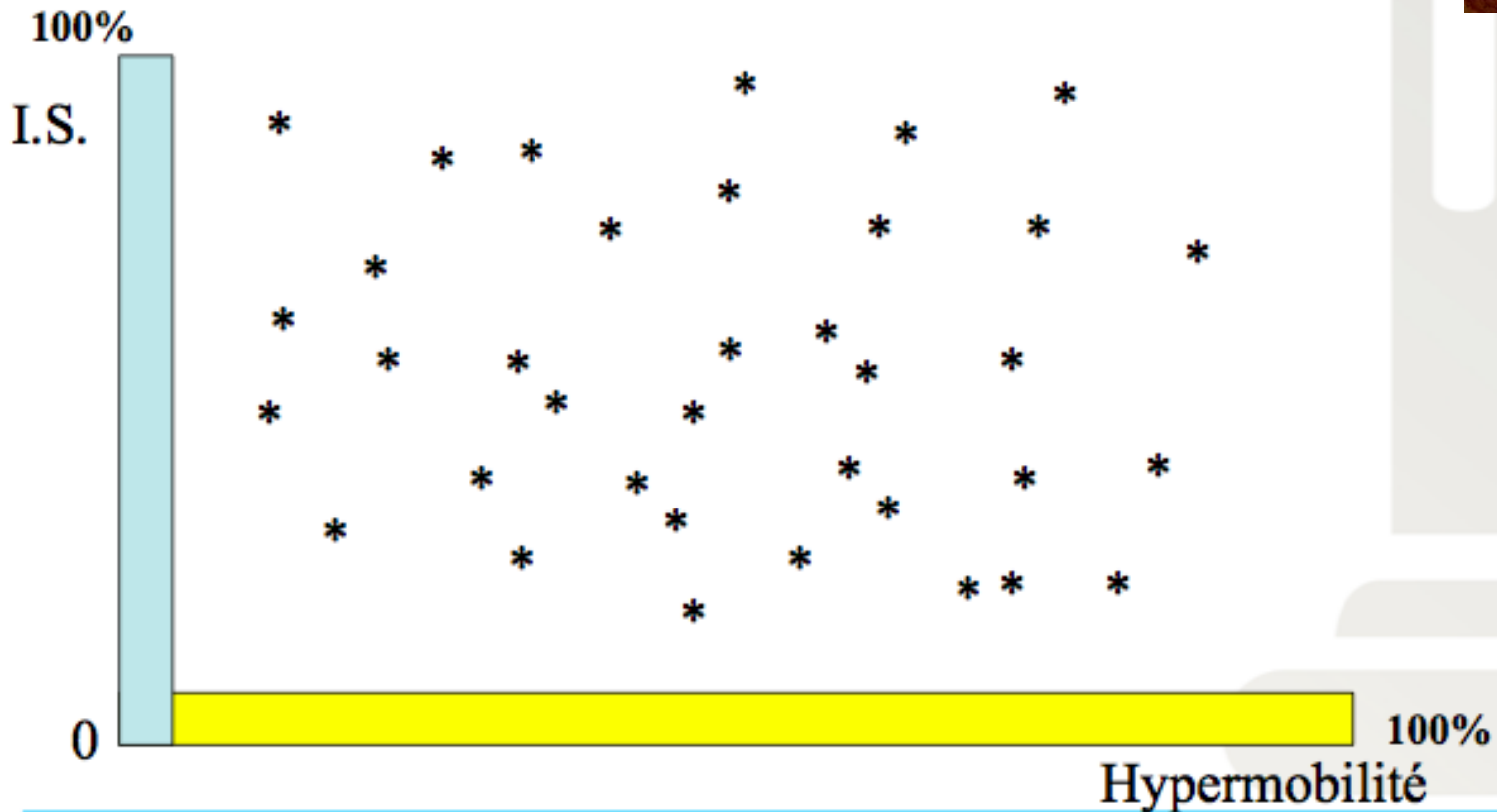
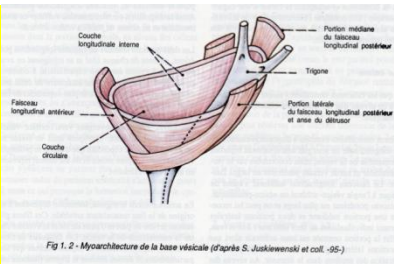
# Lý thuyết tích phân của Ulmsten và Petros



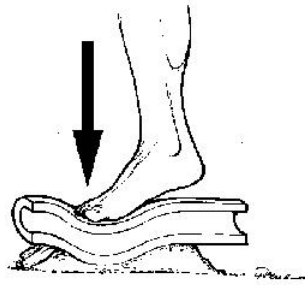
Võng De Lancey => Lý thuyết tích phân của Ulmsten và Petros

Mô tả biệt niệu động học bằng việc kéo dài  
Kéo niệu đạo về phía trước bằng các dây chằng tầng  
sinh môn

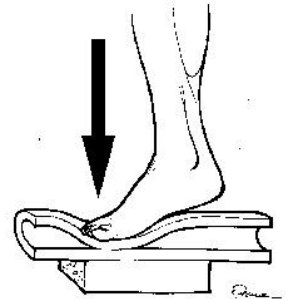
# Són tiểu gắng sức: Tăng vận động/suy cơ thắt



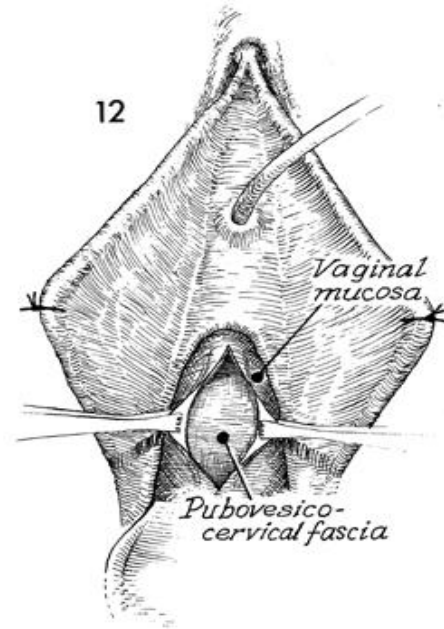
Fleischmann N et al. Sphincteric urinary incontinence: relationships of vesical leak point pressure, urethral hypermobility and severity of incontinence. J Urol, March 2003.



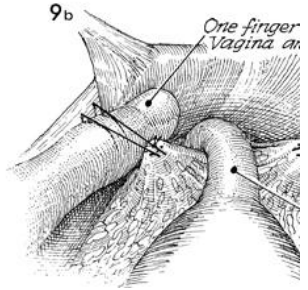
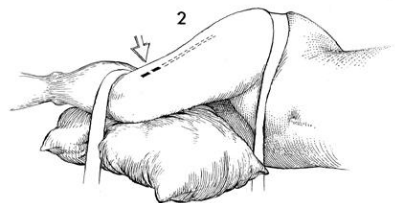
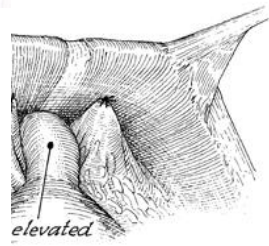
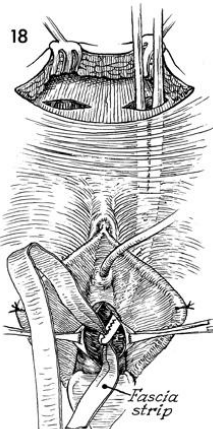
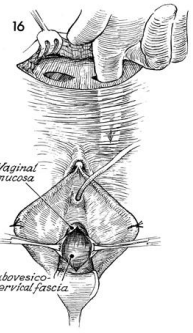
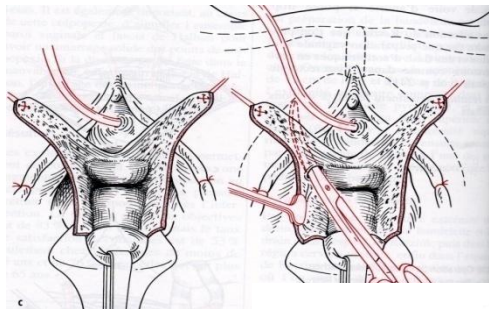
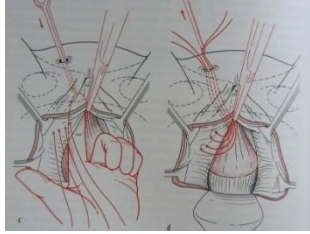
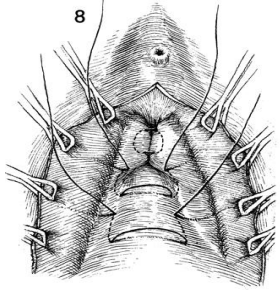
Đỡ niệu đạo xuất phát từ lý thuyết của Ulmsten



- Marion-Kelly
- Goebell-Stoeckel
- Ingelman-Sundberg
- Raz
- Bologna
- Stamey
- Marshall-Marchetti-Krantz  
**et ISU**
- Burch



➔ **BSU RP/TO**

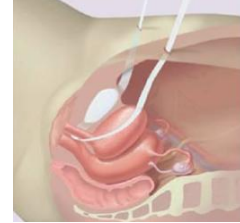


THE LEADER IN INTRAUTERINE SLING DEVICES FOR THE TREATMENT OF SUI

Gynecare TVT

AMS Solutions for Life

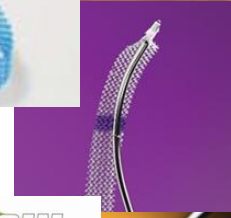
Promedon People + Innovation Ophira



ASPIDE MEDICAL



Coloplast



COUSIN ENDOSURG

GYNECARE TVT ABBREVO™ a redesigned obturator device that delivers less mesh!



Boston Scientific Advancing science for life™ tyco

# Điều trị són tiểu bằng phương pháp TVT (đặt sau mu) [Ulmsten 1996]



## Long-Term Results With Tension-Free Vaginal Tape on Mixed and Stress Urinary Incontinence

*Uppsala University, Uppsala, Sweden.*

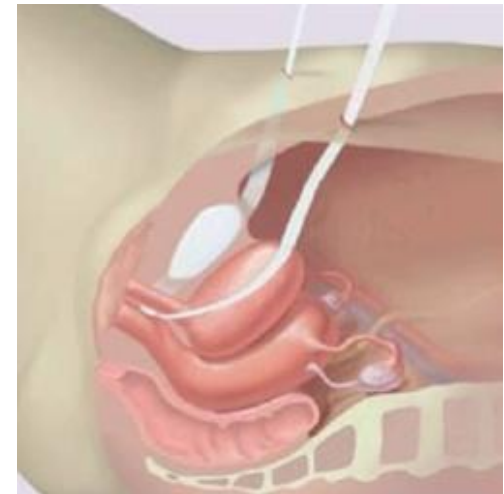
*Corinne Holmgren, MD, Staffan Nilsson, MD, PhD, Lars Lanner, MD, and Dan Hellberg, MD, PhD*

OBSTETRICS & GYNECOLOGY

VOL. 106, NO. 1, JULY 2005

Surgeon No.	No. of TVTs	Cure Rate (%)
1	250	217 (86.8)
2	81	69 (85.2)
3	103	81 (78.6)
4	18	13 (72.2)
5	57	49 (86.0)
6	11	10 (90.9)
7	40	34 (85.0)
8	15	13 (86.7)

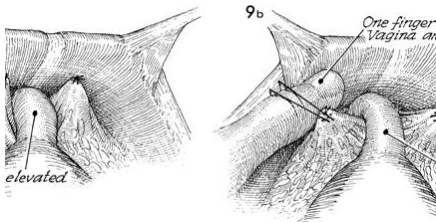
TVT's, tension-free vaginal tape procedures.



THE LEADER IN MIDURETHRAL SLING DEVICES  
FOR THE TREATMENT OF SUI

Gynecare  
TVT  
Tension-Free Support  
for Incontinence





# Phương pháp Burch so với phương pháp TVT?

[Ward và al, BJOG, 2007]



- Hiệu quả của phương pháp TVT = Burch

	TVT		Colposuspension		P
	Before surgery (n = 170)	5 years (n = 72)	Before surgery (n = 157)	5 years (n = 49)	
<b>1-hour perineal pad test</b>					
Pad weight change (g)	18 [6–36]	0 [0–0.6]	16 [6–38]	0 [0–0]	0.93*
Weight change of <1 g	4 (2%)	58 (81%)	5 (3%)	44 (90%)	0.21**

\*Wilcoxon rank sum test, [95% CIs for difference –7.0 to 6.8].  
 \*\*Fisher’s exact test, comparing proportion of negative pad tests at 5 years in each group.

- Tỉ lệ tử của phương pháp TVT < Burch

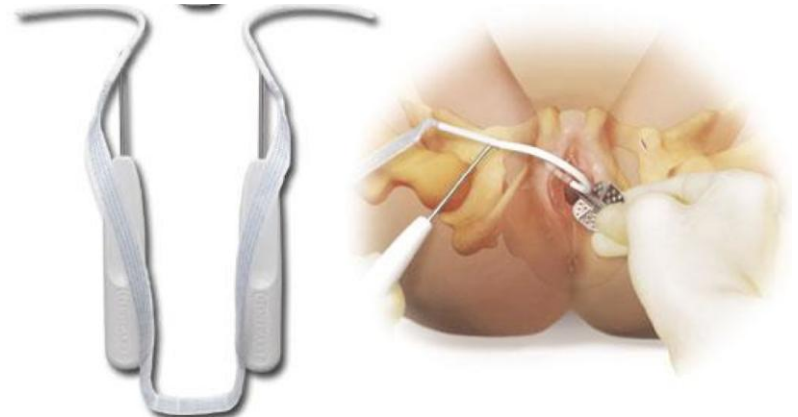
	5 years postoperatively (including patients who have had surgery for prolapse)						
	TVT (n = 81)	%	Colposuspension (n = 59)	%	P value*	Difference (%)	95% CI for difference
Cystocele/cystourethrocele or anterior colporrhaphy**	33(10)	41	22(3)	37	0.73	3.5	–13.2 to 20.2%
Vault or cervical prolapse/enterocele or vaginal hysterectomy for prolapse/vault support procedure***	19(9)	23	25(7)	42	0.026	21.4	3.8 to 39%
Rectocele or rectocele repair****	26(4)	32	31(5)*****	49	0.023	20.6	4.0 to 37.3%

# Đường bít tắc lòng niệu đạo, phương pháp TOT 2003

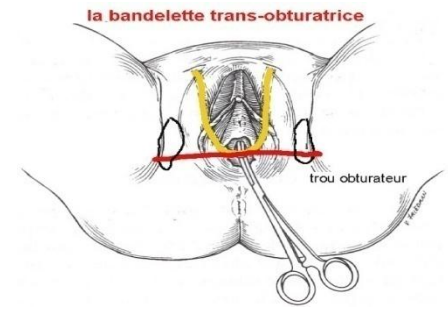
**MONARC™ « out-in »**



**TVT-O™ « in-out »**



# Sau mu hay xuyên lỗ bịt?



- TO vào-ra = TO ra-vào

[Latthe et al, BJU Int, 2010] [Abdel Fattah et al, Eur Urol, 2013]

- Phân tích tổng hợp [Novara và al, Eur Urol, 2010], [Richter và al, NEJM, 2010]

- RP : hiệu quả khách quan tốt hơn

- TO : Hiệu quả chủ quan tương tự.

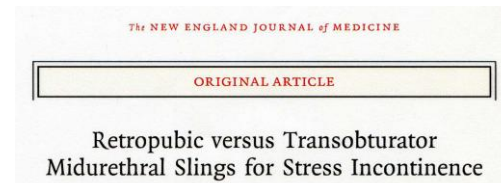
- TO : ít biến chứng.

- Vết thương bàng quang (OR: 2.5; CI: 1.75-3.57;  $p < 0.0001$ ).

- Tụ máu (OR: 2.62; CI: 1.35-5.08;  $p = 0.005$ ).

- Bí tiểu và són tiểu (OR: 1.35; CI: 1.05-1.72;  $p = 0.02$ ).

- Trừ **thủng âm đạo** ((0 à 10% TO vs 0 à 1.5% RP) và đau.



# Hiệu quả của các dải băng nhỏ (Single Incision Slings) :

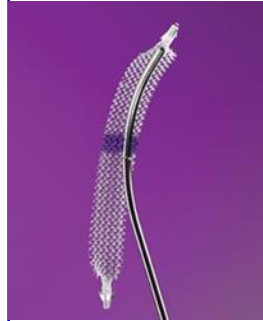
- **Phân tích tổng hợp (9 thử nghiệm ngẫu nhiên, 758 bệnh nhân):**

- Ít đau nhưng tỉ lệ sốn tiểu nhiều hơn trong nhóm đặt dải băng nhỏ [*Abdel Fattah, Eur Urol, 2011*].
- **Phương pháp TVT so với TVT-Secur** [*Hamer, IUJ, 2013*]/
- Thất bại hoặc tái phát sau 3 năm: 6% (phương pháp TVT) so với 29% (phương pháp TVT-Secur).
- Hiệu quả chủ quan sau 1 năm: 98% (phương pháp TVT) so với 80% (phương pháp TVT-Secur).
- **Phương pháp TVT-O so với phương pháp TVT-Secur: thất bại khách quan.**
- $n = 154$ , 5 năm, 32% (phương pháp TVT-Secur) so với 18% (phương pháp TVT-O),  $p = 0.31$
- $n = 87$ , 2 năm, 31% (phương pháp TVT-Secur) so với 8% ((phương pháp TVT-O)
- $n = 87$ , 1 năm, 52% (phương pháp TVT-Secur) so với 9 % (phương pháp TVT-O)
- $n = 122$ , 1 năm, 16% (phương pháp TVT-Secur) so với 13 % (phương pháp TVT-O), [*Bianchi-Ferraro, IUJ, 2013*].



## Hiệu quả của các dải băng nhỏ:

- Lợi ích của phương pháp TVT™ so với Mini-ARC™ : thất bại hoặc tái phát sau 3 năm
- 52% phương pháp Mini-ARC
  - 9% phương pháp TVT
- Phương pháp **TOT Monarc™** so với **Mini-ARC™** : hiệu quả sau 1 năm.
  - 225 ca són tiểu gắng sức do tăng động niệu đạo đơn thuần (**không suy cơ thắt**)
  - Hiệu quả chủ quan: 92.2% (phương pháp Mini-ARC) so với 94.2% (phương pháp Monarc), p=0.78
  - Hiệu quả khách quan : 94.4% (phương pháp Mini-ARC) so với 96.7% (phương pháp Monarc), p=0.5
- **Phương pháp TVT-O™** so với **phương pháp Ajust™** : đánh giá sau 1 năm, n=137
- Ít đau sau phẫu thuật.
  - Mô lại : 5/69 (7%) so với 3/68 (4%), p=0.73



# Kết luận: phương pháp đặt dải băng nhỏ ĐANG NGHIÊN CỨU...

• *31 ca thử nghiệm, 3290 bệnh nhân*

Chủ yếu dựa trên phương pháp TVT-Secur™,.....



Phương pháp TVT-Secur thấp hơn Phương pháp TVT RP

**Chưa đủ dữ liệu và ...đối với việc đặt các dải băng nhỏ khác**

Các đánh giá khác...

Phương pháp Altis™, hiệu quả khách quan sau 12 tháng 90%

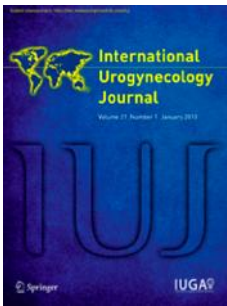


# Suy cơ thắt



- Thử nghiệm ngẫu nhiên (n=164)
- và/hoặc VLPP < 60 cmH<sub>2</sub>O
- /Phẫu thuật lại 15/75 (20%) nhóm TO 01/72 (1%) nhóm **RP**
- RR 15; CI 95% 2-113; p < 0,001
- **RP** hiệu quả hơn đối với phụ nữ suy cơ thắt.

*[Schierlitz et al, Obstet Gynecol, 2012]*



# Són tiểu hỗn hợp

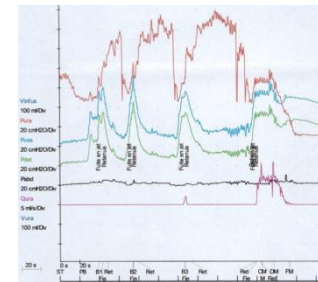


- **Phân tích tổng hợp (6 ca ngẫu nhiên)**
- Tỷ lệ thành công toàn bộ trên són tiểu gắng sức 85-97%.
- Tỷ lệ thành công toàn bộ trên són tiểu gắng sức 85-97%.
  - ➔ Thành phần gắng sức gắn với tự suy cơ thắt gây (rò rỉ ...khẩn cấp)
- IUM sans HAD : RP = TP
- IUM avec HAD : RP < TO

[Jain et al, IUJ, 2011]

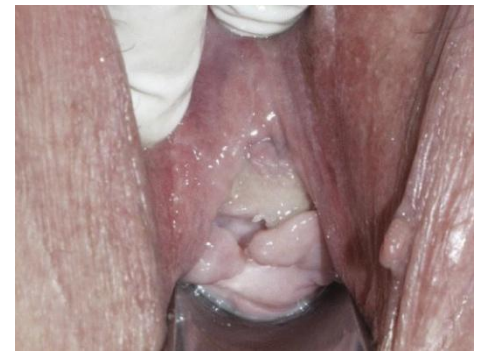
- **Nghiên cứu thuần tập (phân tích đa biến)**
- Các niệu động **HAD** tăng nguy cơ tồn tại tăng hoạt động bàng quang sau phẫu thuật
  - **OR 2.04**, 95% CI 1.39-3.01
- Đường xuyên lỗ bịt làm giảm nguy cơ tồn tại tiểu gấp.
  - **OR 0.61**, 95% CI 0.39-0.94

[Lee et al, BJOG, 2011]



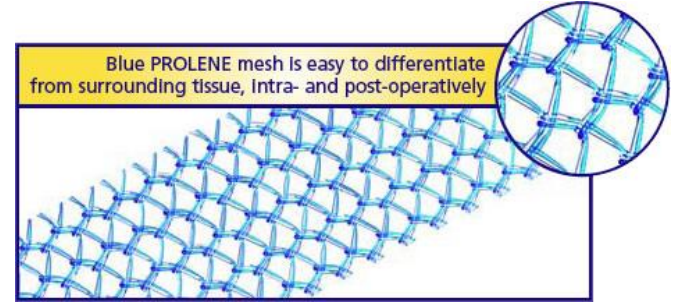


# Bộ lộ dụng cụ đặt vùng âm đạo



- **Polypropylène đơn sợi 1-2% [Abdel-Fattah, 2006]**
  - Phương pháp TVT, TVT-O, Monarc
- **Polypropylène đa sợi 10-15% [Balakrishnan, 2007]**
  - *IVS, UraTape, ObTape*
- **Polyester + collagène 10-20% [Kobashi, J Urol, 1999]**

# Sợi Polypropylène đơn sợi đa lỗ.

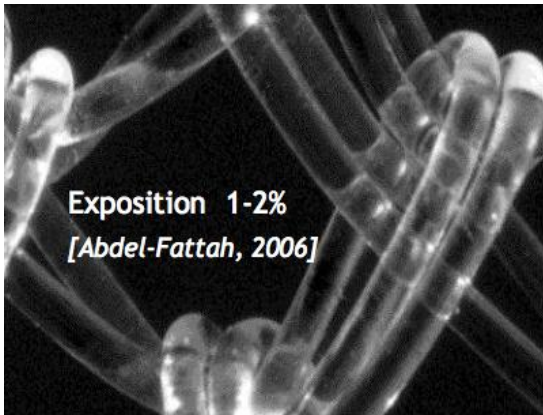


- « Polypropylene đa lỗ là chất liệu của sự lựa chọn cho dải băng đặt dưới niệu đạo » *Feifer, Int Urogynecol J, 2007*
- Nhưng tầm quan trọng của kích thước lỗ:

Monarc™

Fibres 150 $\mu$

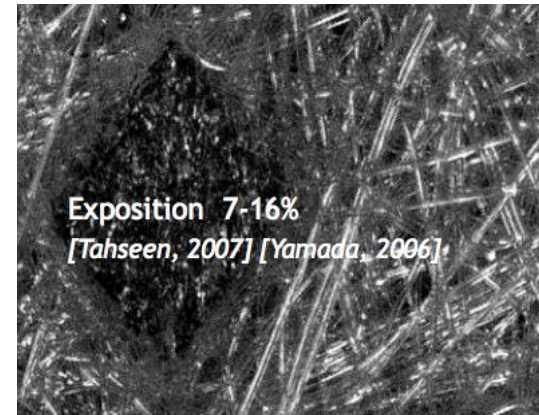
Pores 1000 $\mu$



Obtape™

Fibres 29 $\mu$

Pores 50 $\mu$





## Bào mòn bàng quang



- Vết thương bàng quang không rõ nguyên nhân hoặc di chuyển sỏi
- Thủng bàng quang trong khi phẫu thuật 0,2% so với 3,5% TO RP [Sung, *Am J Obstet Gynecol*, 2007]
- Soi bàng quang định kỳ qua đường RP
- Cắt qua đường hỗn hợp, ...
- **Chẩn đoán sau 4-11 tháng sau phẫu thuật:** són tiểu lặp lại, sỏi, HAV, đái máu.

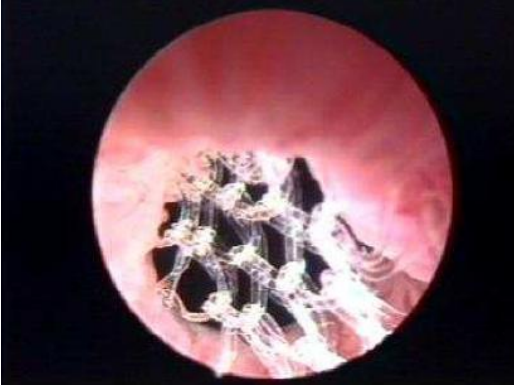
[Clemens, 2000], [Tsui, 2004]

- Phương pháp TVT (đơn sợi) 0,7% sau 5 năm (1/1)
- Phương pháp IVS (đa sợi) 14% sau 5 năm (6/42).

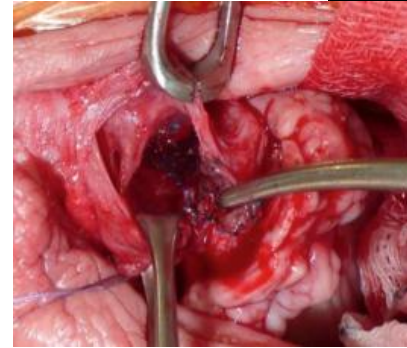
[Glavind at al, 2004]



# Bào mòn niệu đạo



- Đi qua phía dưới niêm mạc hoặc dải băng quá khít.
- Nguy cơ rò niệu đạo – âm đạo ++.
- Cắt, khâu trên sonde +/- Martius
- Tái xuất hiện các đường rò 66% [Clemens 2000], [Wai, 2004]/



## Bàng quang hoạt động quá mức:

- Nhắc lại vấn đề, tình hình cải thiện hoặc xấu đi *Sergent, 2003]*
- **Tiểu gấp tái lại 10-13%** [*Abouassaly, 2004*], [*Karram, 2003*]
- Phương pháp TVT = Burch [*Ward, 2004*], [*Wang, 2003*]
- Phương pháp RP = TO [*Delorme, 2001*], [*De Tayrac, 2004*]
- **ECBU** (nhiễm trùng), nội soi bàng quang (bào mòn), đo bàng quang (HAD) lưu lượng kế (tiểu khó, dải băng quá khít)
- Thường thì chẳng tìm được nguyên nhân...

# Bit:

- **Bí tiêu hoàn toàn, khó tiêu, tồn dư bàng quang sau khi đi tiêu mức độ nhiều, tiêu gấp.**

- Khả năng dài bằng quá khít hoặc quá gần cổ bàng quang.

- Hậu quả rất đa dạng tùy thuộc vào định nghĩa, 6-45%.

*[De Tayrac 2004], [Mishra 2004], [Abouassaly 2004],[Sergent 2003], [Ulmsten 1999]*

- Tự phục hồi sau 48 giờ

- *[Abouassaly 2004]*

- 4% đặt sonde cách quãng sau 7 ngày

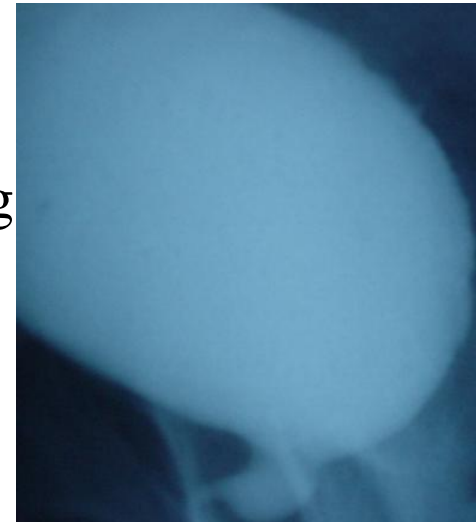
- *[Debodinance 2002]*

- Phương pháp TVT = phương pháp Burch treo cổ tử cung

- *[Debodinance 2002]*

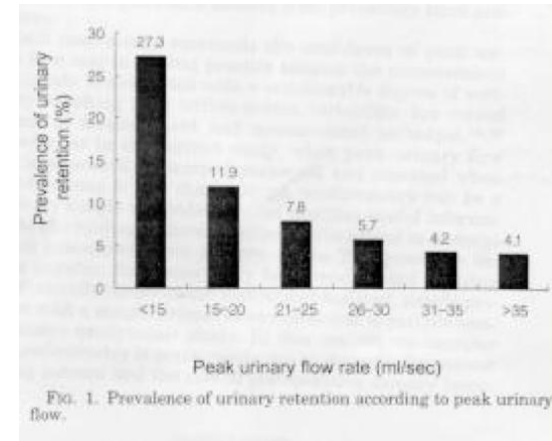
- Đường xuyên lỗ bịt không **bảo vệ/khuyến khích**

- *[De Tayrac 2004]*



# Bị:

- Các hội chứng tiểu khó
  - Đợt tồn dư, nhiều dòng, dòng yếu, phải dùng áp lực ổ bụng, có cảm giác tiểu không hết hoàn toàn = 4-78%
    - [Nilsson 2001], [Debodinance 2002], [De Tayrac 2002]
- Kinh nghiệm của phẫu thuật viên (bác sĩ phẫu thuật): bí tiểu
  - 50 ca đầu tiên bằng phương pháp TVT 5%/
  - 50 ca tiếp theo 1.5%
  - [Lebret 2001]
- Các yếu tố tiên quyết
  - Giảm cơ bóp cơ bàng quang (khó đánh giá ngay cả với niệu động học)
  - Bị (kèm POP)
  - [Qmax yếu Hong 2003]
- Biến đổi niệu động sau phương pháp TVT:
  - Qmax giảm đáng kể [Fritel 2004], [Mazouni 2004]
  - Qmax < 15 ml/s 7-39%/ Qmax < 15ml/giây 7-39% [Jacquetin 2000]
  - Qmax < 10 ml/s 10%/ Qmax < 10 ml/giây 10% [Lebret 2001]
  - Giảm 12 ml/giây trên 34% bệnh nhân [Mazouni 2004]



# Bit:

- Bí tiểu hoàn toàn > 48h = phẫu thuật lại [Abouassaly 2004], [Lebret 2001]
- Hạ xuống
- Cắt phần giữa/phần bên [Debodinace 2003]/
- Đặt xuống/đặt lại
- Cắt + kéo dài [Koelle 2001]
- Tái phát són tiểu sau khi phẫu thuật lại = 30% [Abouassaly 2004], [Hong 2003]
- Hội chứng tắc nghẽn không hoàn toàn (tồn dư bàng quang sau khi đi tiểu và/hoặc tiểu khó).
  - Tự đặt sonde tiểu ngắt quãng kèm lên lịch đi tiểu.
  - Ngừng nếu tồn dư < 100 ml
  - Phẫu thuật lại nếu còn són tiểu
  - Tỷ lệ phẫu thuật 2.2% (1.4-4)  
[Abouassaly 2004], Debodinace 2002]





# Thất bại BSU

1



Loại trừ biến chứng

Vọt  
Nghẽn  
Nhiễm trùng  
Rò...

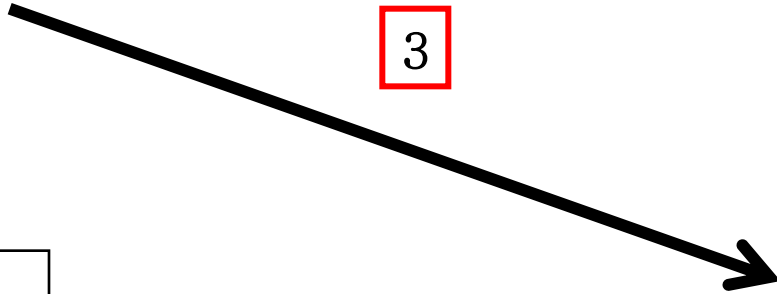
2



Phân biệt són tiểu gắng sức  
và són tiểu không tự chủ

Nếu són tiểu không tự chủ = **hỗ trợ**  
Phục hồi chức năng- NS chày  
Kháng cholin  
Độc tố khuẩn dòi  
Thuốc điều chế thần kinh S3

3

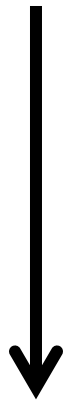


Khẳng định són tiểu  
gắng sức tái phát

4



Tăng động không điều  
trị?

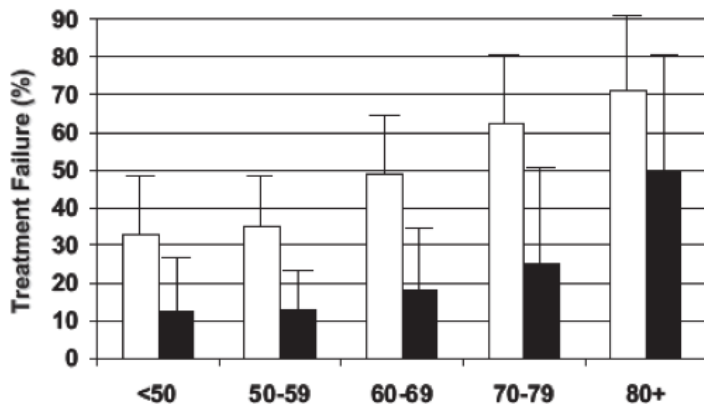


Suy cơ thất?

# Các yếu tố nguy cơ kèm thất bại 1 năm sau đặt dải băng Giữa niệu đạo vùng sau mu hoặc xuyên lỗ bịt



**FIGURE**  
Relationship between age  
and treatment failure



**TABLE 2**

**Multivariable logistic regression analysis of risk factors for the development of any urinary incontinence 1 year after surgery**

Variable	Adjusted odds ratio	95% CI
Treatment group (TVT vs TOT)	1.1	0.5-2.5
Age (per decade)	1.3	0.5-2.7
Current smoking	0.4	0.10-1.3
Preoperative anticholinergic medication use	6.7	1.6-22
Functional capacity (METs)	2.4	0.4-15
Concurrent POP surgery	2.7	1.1-6.7
Number of vaginal deliveries	0.3	0.03-2.4

*MET*, metabolic unit; *POP*, pelvic organ prolapse.

*Barber. Risk factors for failure after retropubic or transobturator midurethral slings. Am J Obstet Gynecol 2008.*

# Mô lại do tái phát/thất bại: không thử nghiệm ngẫu nhiên, các nghiên cứu so sánh

- **Cơ hội thành công thấp hơn sau ....**

- N = 799
- Tỷ lệ khỏi bệnh: 71% BSU1 so với 54% BSU2
- *Parden et al, Obstet Gynecol, 2013*



- **Phân tích tổng hợp (350 ca ...)**

- Không phân biệt RP và TO
- *Agur et al, Eur Eurol, 2013*



- **Nghiên cứu thuần tập, n = 431**

- Thành công<sup>2</sup> BSU RP 79% / TO 65%, p = 0.002

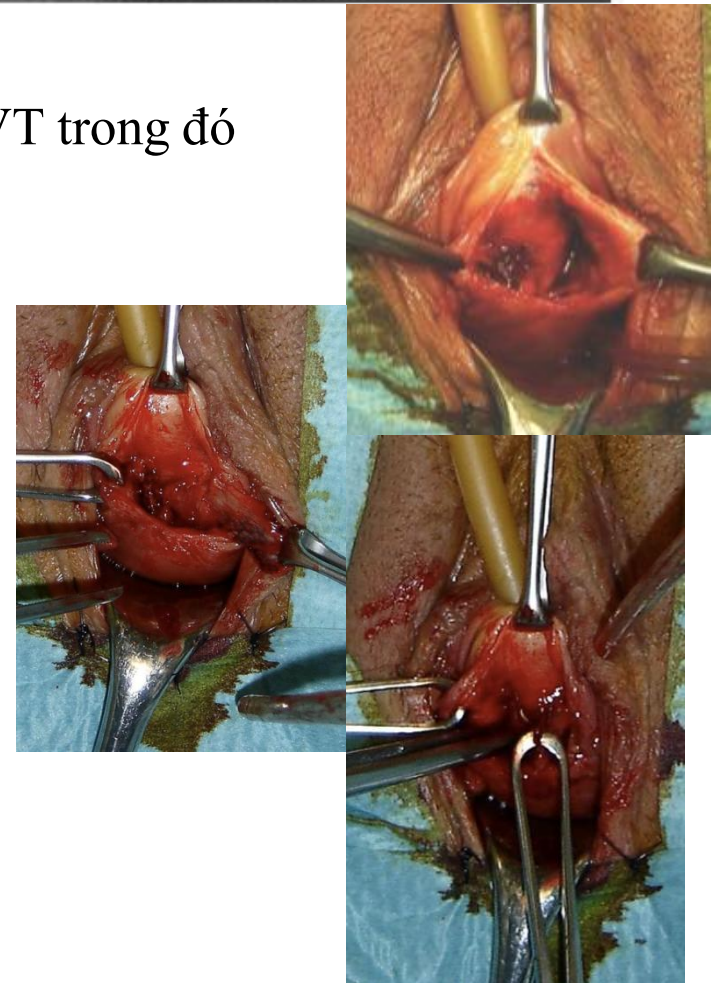


# Treatment for Unsuccessful Tension-Free Vaginal Tape Operation by Shortening Pre-Implanted Tape

Tsia-Shu Lo, Alex C. Wang,\* Ching-Chung Liang, Cheng-Yu Long and Shu-Jane Lee

*From the Division of Urogynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, Chang Gung Memorial Hospital, Linhou Medical Center and Department of Obstetrics and Gynecology, Kaohsiung Municipal Hsiao-Kang Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan, Republic of China.*

- 14 ca tái phát sau khi dùng phương pháp TVT trong đó có 6 ca bị suy cơ thắt.
- Khoảng cách TVT-Plicature : 4 tháng
- 10 ca thành công (71,4%)
- 4 ca thất bại (28,6%)
  - 2 ca suy cơ thắt
  - 2 ca cố định niệu đạo



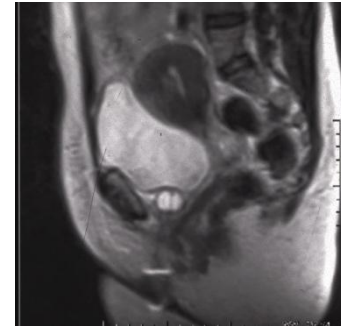
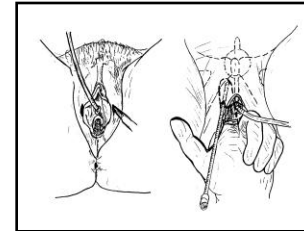
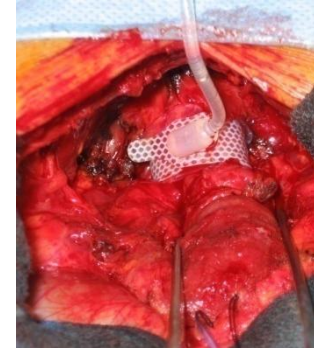
## Laparoscopic Burch colposuspension after failed sub-urethral tape procedures: a retrospective audit

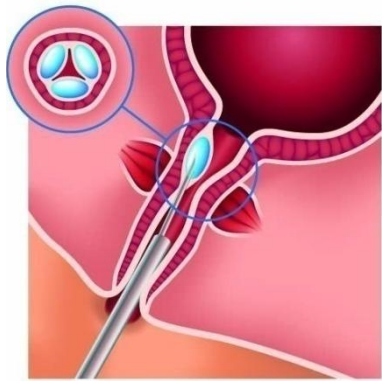
Eva M. De Cuyper · Rozihan Ismail ·  
Christopher F. Maher

- 16 bệnh nhân thất bại sau khi dùng phương pháp BSU
- Phẫu thuật đầu tiên
  - Phương pháp TVT: 8 (50%)
  - Phương pháp TVT-O : 2 (12,5%)
  - Phương pháp IVS 6 (37,5%)
- Thời gian trung bình 24.5 tháng
- Tỷ lệ thành công
  - Khách quan: 54,5%
  - Chủ quan: 92,9%

Nhão cơ thắt: **PCUM < 20 ou 30 cmH<sub>2</sub>O** kèm niệu đạo cứng không cử động được, test TVT-, rò khí đản bằng áp lực ổ bụng  
[Shah et al, Nat Rev Urol 2012]

- Đôi khi chỉ định tức thì đôi với kỹ thuật khác
- Hoặc nếu thất bại mặc dù dùng phương pháp BSU đặt chuẩn.
- **Ghép cơ thắt nhân tạo**
- **Liệu pháp điều chỉnh**
- **Tiêm dưới niệu đạo**





# Tiêm dưới niệu đạo



- **Tiêm dưới niêm mạc cải thiện việc nâng và « củng cố » cơ thắt**
  - Tiêu chí đầu tiên đối với trường hợp suy cơ thắt đã test TVT -, niệu đạo « cố định »
  - Thay thế phương pháp BSU
  - Sau thất bại phương pháp BSU
  - **Contigen®**: Test được thực hiện 1 tháng trước. Ở Pháp cấm trong thời kỳ dịch viêm não dạng xốp.
  - **Macroplastique®**: (polyméthylsiloxan): **hệ thống tiêm không kiểm tra thị lực**
  - **Bulkamid®** (polyacrylamide hydrogel)

- Tác nhân xơ. Quá nhiều biến chứng
- Nguy cơ di chuyển (gan, não...).
- 1989: Ghép mỡ tự thân. Nghẽn mạch phổi.
- 1993: Collagen nguồn bovin Contigen®.

Những năm 90-2000: Polyméthylsiloxan (macroplastique®), carbon-coated zirconium (durasphère®), éthylène vinyl alcool (uryx®, tegress®), gel NASHA/Dx (zuidex®), granulomes, infections, gel de



*Keegan và al. Cơ sở dữ liệu Cochrane Syst Rev 2007*  
*Liệu pháp tiêm quanh niệu đạo đối với bệnh són tiểu ở phụ nữ*

**Són tiểu không tự chủ và són tiểu hỗn hợp kết hợp với:**

Lựa chọn hữu ích để cải thiện lâm sàng ngắn hạn trên những bệnh nhân được lựa chọn có tỷ lệ mắc bệnh đi kèm "

Phẫu thuật sau khi tiêm niệu đạo : Không ảnh hưởng đến phẫu thuật BSU sau khi thực hiện phương pháp ISU

*[Al Koski, Nữ Urology 2010]*

- Béo phì
- Giãn tĩnh mạch tiểu khung mở rộng.
- Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ.
- Quá tuổi.
- Tiền sử xạ trị vùng tiểu khung
- Muốn có thai (?)
- Muốn phẫu thuật ít xâm lấn
- Thất bại đặt băng dưới niệu đạo

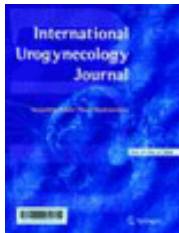


# Đánh giá polyacrylamide hydrogel



## Són tiểu không tự chủ hoặc són tiểu hỗn hợp có hoặc không suy cơ thắt

- 67 ca són tiểu không tự chủ và 68 són tiểu hỗn hợp
- Kết quả sau 12 tháng:
  - Đáp ứng chủ quan 66% (bệnh nhân bị "khô" hoặc cải thiện theo đánh giá của họ)
  - Giảm các đợt rò rỉ / 24 3-0,7 (p < 0,0001)
  - Giảm tổn thất theo g/24h de 29 à 4 (p < 0,0001)



## Suy cơ thắt « đơn thuần »

- 80 bệnh nhân
- P đóng < 30 cm H2O không tăng động và test TVT –
- **Cải thiện đến 60% PGI-I trong 1 năm**