



# SA SINH DỤC

## Ứng dụng trong thực hành lâm sàng, Những lựa chọn hợp lý?

Dr Yannick THIROUARD

[yannick.thirouard@ch-larochelle.fr](mailto:yannick.thirouard@ch-larochelle.fr)

Groupe hospitalier La rochelle Ré Aunis

# Giới thiệu

Tần suất sa sinh dục:

- 2,9-11,4% tùy theo các nghiên cứu và tiêu chuẩn khác nhau
- 11% BN trên 70 tuổi phải phẫu thuật
- F Haab Progrès en Urologie 2009

Vấn đề y tế cộng đồng:

- Dân số già
- Cải thiện chất lượng cuộc sống

Bệnh lý chức năng:

- Điều trị triệu chứng, cải thiện chức năng
- Đánh giá tốt để đáp ứng các yêu cầu của bệnh nhân

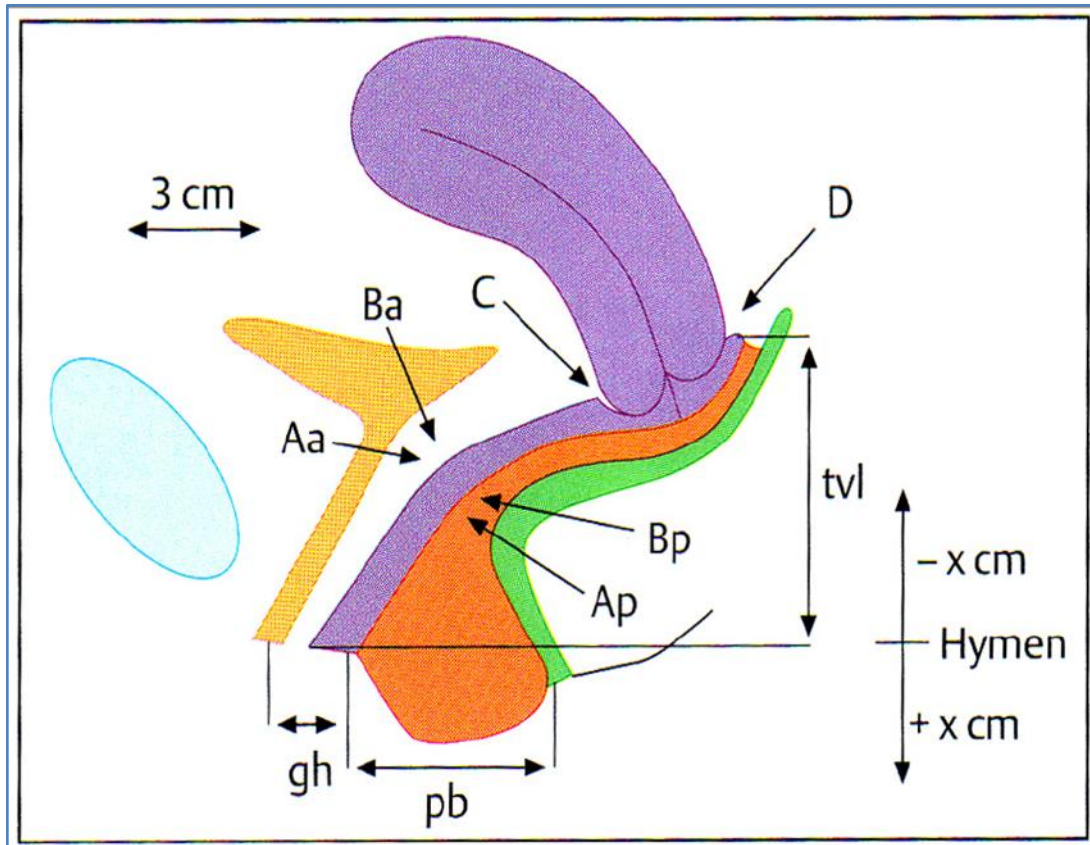
# Triệu chứng

- 100% phụ nữ có cảm giác có khối như quả bóng trong âm đạo
- Nặng vùng chậu, đau khi giao hợp ...
- Sa sinh dục thường đi kèm với các triệu chứng khác:
- Dấu hiệu chức năng tiết niệu:
  - Són tiểu gắng sức 50%
  - Són tiểu khẩn cấp 50%
  - Tiểu đau, đi tiểu đêm
- Dấu hiệu hậu môn trực tràng :
  - Són phân
  - Đau khi đi ỉa
  - Táo bón

# Phân loại

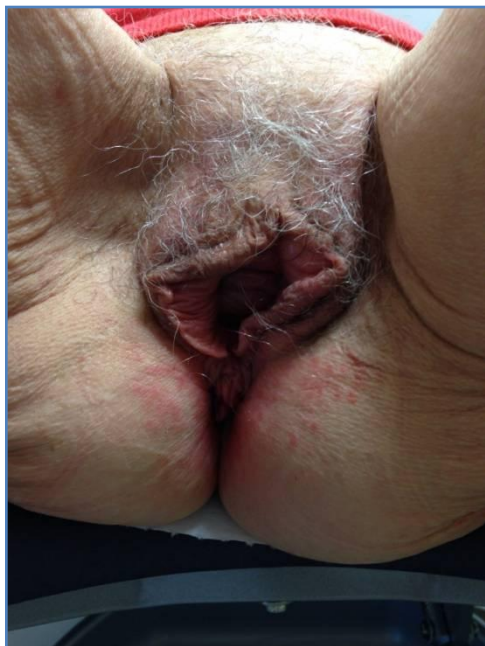
- Sử dụng bảng phân loại POP-Q :
  - Thủ thuật VALSALVA
  - Đo khoảng cách tới gốc màng trinh
  - Chia làm 4 độ :
    - Độ 0: không có sa sinh dục
    - Độ 4: khôi sa lộ hoàn toàn ra ngoài
    - Phân độ đơn giản, BN có thể lượng giá được
- Đánh giá chất lượng cuộc sống:
  - Bảng câu hỏi chuyên biệt, dựa trên những ảnh hưởng chức năng của sa sinh dục lên chất lượng cuộc sống:
    - PFDI 20: Đánh giá triệu chứng sa sinh dục
    - PFIQ 7: Đánh giá mức độ ảnh hưởng lên chức năng xã hội

# Phân độ quốc tế theo giải phẫu POP-Q (pelvic organ prolapse quantification)



- Aa: chỗ nối niệu đạo – BQ
- Ba: trần thành trước
- C: cổ TC
- D: túi cùng Douglas
- Ap: phần thấp của thành sau
- Bp: trần củ thành sau
- Gh: lỗ màng trinh
- Pb: khoảng cách âm hộ - hậu môn
- Tlv: độ dài âm đạo

# Đánh giá lâm sàng

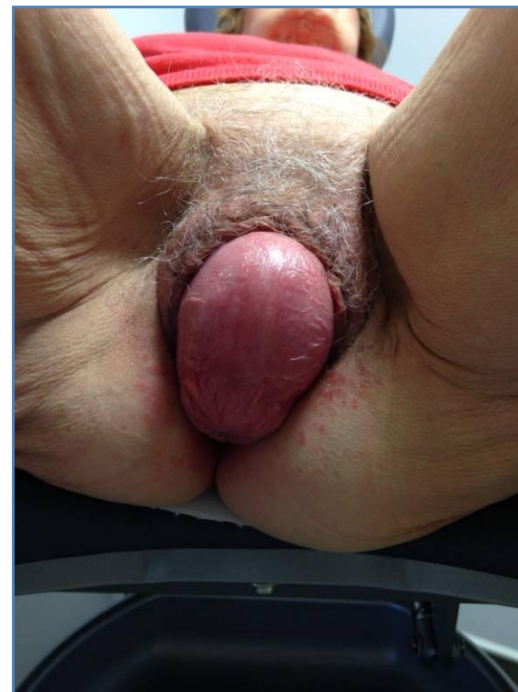


Stade 1 : 30%



Stade 2 : 10%

- Đo khoảng cách tới màng trinh khi bệnh nhân rặn tối đa



Stade 3 : 5%



**Độ IV: lộn hoàn toàn ra ngoài**



**Sa TC và sa BQ**

# Xét nghiệm

Thăm dò niệu động học khi:

- Són tiểu không tự chủ
- Triệu chứng đường tiết niệu khác
- Chỉ định phẫu thuật
- Thực hiện thường qui

Thăm khám phụ khoa

- Phiên đồ âm đạo
- L'échographie pelvienne

Thăm dò hậu môn trực tràng

- Đo áp lực hậu môn trực tràng
- Défécographie
- Nếu có táo bón >> Xét nghiệm thường qui

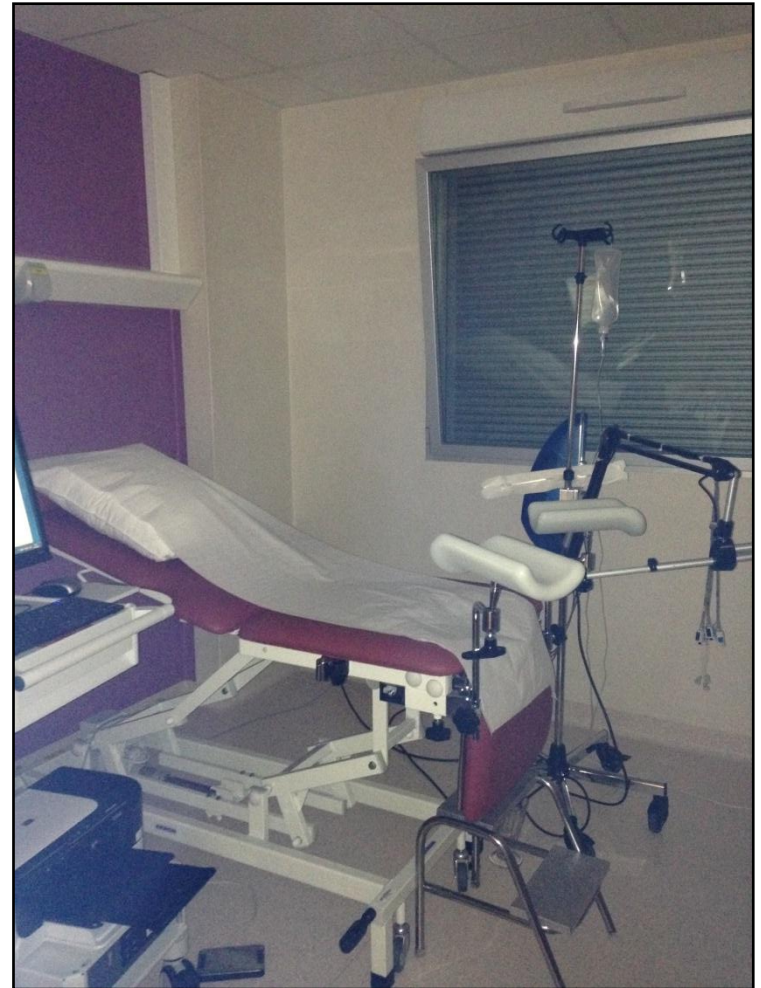
Chụp cộng hưởng từ



# Thăm dò niệu động học



Đo lưu lượng nước tiểu



Đo áp lực BQ, khả năng chứa đầy BQ

# Chỉ định điều trị cho từng BN? (1)

- Những BN đã được mổ sa sinh dục nhiều lần:
  - Điều chỉnh rối loạn tiết niệu
  - Điều chỉnh rối loạn tiêu hóa
  - Cải thiện hình ảnh bản thân
  - Trở lại hoạt động bình thường (thể thao ....)
  - Không đạt được kết quả giải phẫu tốt
    - Hullfish et al. Am J Obstet Gynecol 2002
- Khám lâm sàng, xét nghiệm, câu hỏi chất lượng cuộc sống giúp hiểu rõ hơn yêu cầu của bệnh nhân 1 cách toàn diện
- Mục đích: đáp ứng tốt hơn sự mong đợi của bệnh nhân
- Đây là một bệnh lý chức năng

# Chỉ định điều trị cho từng BN(2)

- Điều trị nội khoa
- Phẫu thuật: phẫu thuật đỉnh khối sa
  - Đường bụng: cố định vào mỏm nhô
  - Đường âm đạo
    - Khâu đóng âm đạo
    - Phẫu thuật tự thân có hoặc không các thủ thuật đi kèm
    - Sử dụng vật liệu nhân tạo
- 2/3 phẫu thuật sa sinh dục đường âm đạo, trong đó 70% sử dụng vật liệu nhân tạo
- 8% BN sẽ phải phẫu thuật trước 80 tuổi
- BN nào thích hợp cho phẫu thuật ?
  - Không có giới hạn về tuổi
  - Đánh giá nguy cơ mắc bệnh?
  - Lựa chọn phương pháp mổ phù hợp?

# Dụng cụ nâng TC:

## Luôn đề cập một cách hệ thống. Chỉ định?

- Có thể dùng được trong tất cả các loại sa sinh dục theo phân loại giải phẫu, tuy nhiên dụng cụ nâng TC sẽ hiệu quả hơn khi sa thành trước và trung tâm
- Dùng được trong tất cả các giai đoạn, tuy nhiên có nguy cơ thất bại khi khối sa đã lộn hết ra ngoài
- Dùng được cho các độ tuổi khác nhau, tuy nhiên hạn chế trong trường hợp BN quá già không thể PT
- Luôn luôn giải thích rõ lợi ích của việc thử dùng dụng cụ nâng TC, tuy nhiên cũng tôn trọng quyền từ chối của BN
  - Trong trường hợp đau
  - Trong trường hợp rối loạn tiết niệu (tiểu khó, són tiểu):
  - Ở những bệnh nhân chưa quyết định
- Yếu tố dự báo cho phẫu thuật: tiểu đau, test pessaire Se 87% SPE 80%, VPP 94% (\*) Int Urogynecol j 2004

# Dụng cụ nâng TC

- Khuyến khích dùng thử
- Học cách dùng
- Hướng dẫn cho BN, nếu có thể thử cho BN với các size khác nhau



**Vòng**



**Bánh Rán**

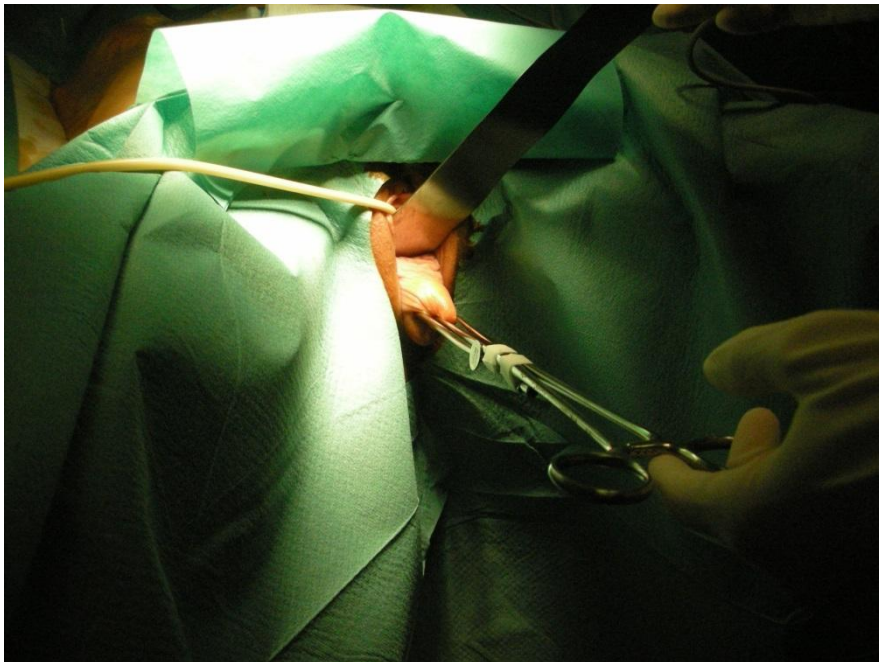
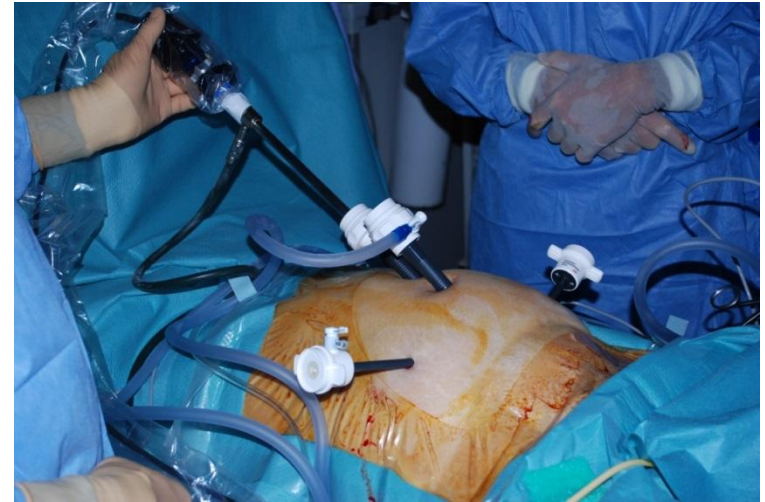


**Hình lập phương**

# Cố định vào mỏm nhô(1)

- Là phương pháp điều trị chuẩn trong các trường hợp có sa TC
  - Đặc biệt trong các trường hợp sa BQ + sa TC
  - Kết quả tốt, khối sa giảm đáng kể (74 -100 % thành công)
  - Ít tai biến (tuy nhiên cũng gặp những biến chứng nặng)
  - Ít bị co kéo
  - Tổ chức nhân tạo nằm trong ổ bụng nên giảm nguy cơ nhiễm khuẩn )
    - HAS 2011
- Trước đây mổ mở bụng hiện nay cố định mỏm nhô qua nội soi cho kết quả tương đương, nên chiếm ưu thế
- Cố định vào mỏm nhô qua nội soi là kỹ thuật cho kết quả tốt, thời gian học kỹ thuật ngắn
- Tuy nhiên đây là kỹ thuật phụ thuộc nhiều vào trang thiết bị.

# Tư thế BN và PTV



Đường âm đạo:  
Cần nâng TC  
valve malléable

# Cố định môm nhô(2)

- Đặt 2 miếng vật liệu ở phía trước và sau
- Phía trước: khâu cố định vào âm đạo và eo TC
- Sau khâu cố định vào cơ nâng hậu môn
- Cố định vào môm nhô: chỉ khâu miếng vật liệu ở mặt trước
- Thời gian phẫu thuật cũng như nguy cơ biến chứng phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm PTV



# Cố định vào mồm nhô(3)

- Việc cố định tấm vật liệu vào thành sau vẫn còn nhiều tranh luận. Tuy nhiên cho đến hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào cho kết quả cụ thể
  - 7% sa thành trực tràng mới
  - 33% thất bại trong việc mổ sa trực tràng đường âm đạo
  - Việc sửa chữa sa ở trung tâm sẽ giúp làm giảm mức độ sa ở chỗ khác, do đó có tác dụng dự phòng sa sinh dục
- Các kết quả đã được công nhận:
  - Việc đặt tấm vật liệu ở thành sau sẽ giúp vách trực tràng âm đạo khỏe hơn
  - Cần 1 tấm vật liệu thành sau đủ lớn
  - Cần phải cố định vào cơ nâng hậu môn và đỉnh
  - Không bị căng kéo (không khâu treo vào mồm nhô)

# Cố định vào mòm nhô(4)

- Chỉ định ?
  - Tất cả BN không có giới hạn tuổi
  - Khuynh hướng cho những BN trẻ vẫn còn hoạt động tình dục
  - Vẫn còn hoạt động thể chất
  - Chống chỉ định :
    - Béo phì mức độ nặng
    - Mổ bụng nhiều lần
  - Điều trị són tiểu đi kèm
- Vẫn còn những câu hỏi chưa có lời đáp, cũng như những thất bại trong phẫu thuật đường âm đạo có sử dụng Prothese đòi hỏi cần cân nhắc kỹ khi sử dụng Prothese
- Tuy nhiên điều đó không đồng nghĩa không nên sử dụng prothese.
- Sử dụng Prothese sẽ là những chiến lược điều trị hỗ trợ cần được thảo luận với BN

# PT đường âm đạo (1)

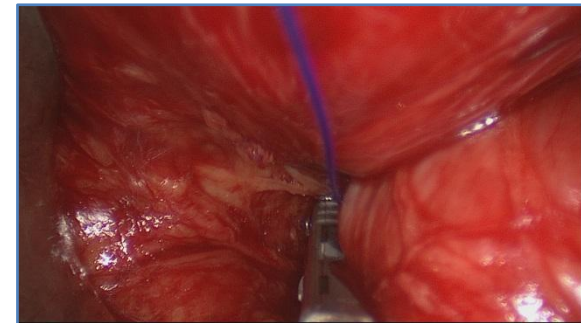
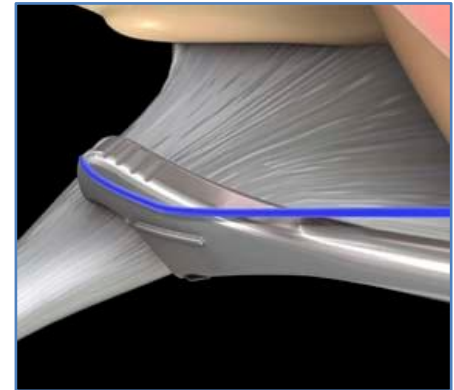
- Khâu đóng âm đạo (Colpocleisis) :
  - Lựa chọn BN già yếu, không còn thích hợp với các PT bảo tồn
  - PT ROUHIER có cắt TC
  - PT LEFORT không cắt TC
  - Gây tê vùng
  - BN hài lòng 94%

# PT đường âm đạo (2)

- Không prothèses: (Ngày càng làm nhiều trở lại)
  - Khuyến cáo 2011 FDA : sử dụng Prothese đường âm đạo hiện chưa có lợi ích rõ ràng
  - Phẫu thuật đường âm đạo không prothese cần được duy trì :
    - Chỉ định tốt trong trường hợp SSD I có triệu chứng
  - Điều trị đỉnh:
    - PT Richter đơn gian hóa với các dụng cụ mới (CAPIO, FIXT)
    - Có thể cắt TC hoặc không
  - Điều trị thành trước
    - Khâu tạo nếp
    - Khâu hẹp âm đạo
  - Điều trị thành sau
    - Khâu hẹp cơ thành sau

# Điều trị đỉnh

- PT RICHTER đơn giản hóa
- Sử dụng dụng cụ đặc biệt



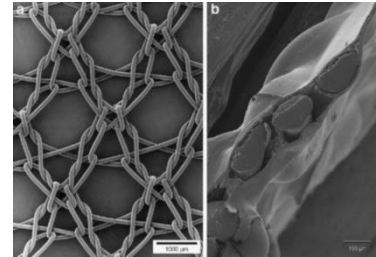
**Capio SLIM Suture Capturing Device (Boston Scientific)**

# PT đường âm đạo có prothèse (1)

- Đặt tấm prothese dưới BQ
- Bảo tồn TC
- Kit hoặc tấm đã cắt sẵn
- Đi qua lỗ bịt hoặc không
- Cố định vào dây chằng cùng gai (Cố định vào đỉnh +++)
- Không sử dụng prothèse thành sau cho phẫu thuật đầu tiên

# PT đường âm đạo có prothèse (2)

- Cách sử dụng prothèses :
  - Polypropylène lưới sợi to đơn sợi
  - Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn
- Tại sao sử dụng prothèses :
  - Giảm nguy cơ tái phát về giải phẫu
  - Cải thiện các triệu chứng
  - Tuy nhiên không làm giảm nguy cơ cần phẫu thuật lại vì tái phát
  - Tăng nguy cơ phẫu thuật lại vì lộ prothese ra ngoài



# PT đường âm đạo có prothèse (3)

Những BN nào nên dùng prothèses ? :

- Sa sinh dục tái phát
- BN có yếu tố nguy cơ tái phát

Yếu tố nguy cơ tái phát

- Sa BQ tái phát
- 1 số yếu tố khác chưa có bằng chứng cụ thể:
  - Phải rặn nhiều
  - Ho mãn tính,
  - Sa BQ mức độ 3,4, tổ chức lỏng lẻo :



# Biến chứng

	<b>Cố định mỏm nhô qua NS</b>	<b>Đường ÂĐ không prothèse</b>	<b>Đường ÂĐ có prothèse</b>
Tổn thương BQ – trực tràng	1-3 %	1-5%	2 – 4%
Đào thải Prothese	3%	2- 5 % (Chỉ khâu trong PT Richter)	6-15%
Đau khi quan hệ	5-16%	10-20%	12-36%
Tái phát	3-5%	15_30%	5-15%

# Lựa chọn phương pháp điều trị trong thực hành lâm sàng?

- Cần thời gian học hỏi (mỗi khi muốn áp dụng 1 kỹ thuật mới)
- Giải thích rõ BN về nguy cơ tái phát và nguy cơ lộ Prothese

## Các lựa chọn thường thiên về:

- Cố định vào mỏm nhô
  - Bn trẻ tuổi,
  - Còn hoạt động tình dục,
  - Không có bệnh tật đi kèm
- Làm đường âm đạo :
  - Bn trên 50 tuổi
  - Sa BQ là chủ yếu
  - Có thể kết hợp hoặc không dùng Prothese
    - Không sử dụng Prothese khi BN dưới 50 tuổi ( tuổi trung bình trong nghiên cứu s 57-70)
    - Không phải là lựa chọn đầu tay, đặc biệt trong trường hợp sa mức độ I
    - Nếu có yếu tố nguy cơ tái phát
    - Cần tránh làm đường âm đạo khi BN đã bị đau tiểu khung hoặc đau khi giao hợp trước mổ
- Nghiên cứu PROSPERE (PROSthetic Pelvic organ prolaps Repair) đang được tiến hành sẽ cho kết quả sau

# Kết luận

- Có rất nhiều lựa chọn
- Tất cả các phương pháp đều có thể áp dụng
- Cần phải chú ý các điều sau :
  - Đánh giá cẩn thận (POP-Q, bảng kiểm chất lượng cuộc sống)
  - Thăm dò niệu động học
  - Điều trị són tiểu đi kèm
  - Điều trị các triệu chứng
  - Làm chủ được kỹ thuật
- Tuy nhiên các kết quả cuối cùng vẫn cần chờ nghiên cứu PROSPERE

# Ca lâm sàng (1)

- BN 80 tuổi
- 3 lần đẻ đường âm đạo (BB 3000g)
- Không có tiền sử đặc biệt
- Sống 1 mình, cảm thấy có 1 khối ở âm đạo
- Sa TC và BQ độ IV
- Đã thử đặt dụng cụ nâng TC từ nhiều tháng nay nhưng không kết quả thường bị tuột ra

# Khám và Xét nghiệm

- Khám :
  - Sa TC và sa BQ độ IV
- Thăm dò niệu động học:
  - Độ nhạy cảm của BQ bình thường ,
  - Không tăng hoạt động BQ,
  - Thử tích, áp lực BQ bình thường
  - Són tiểu gắng sức nhẹ.
  - Áp lực đóng bình thường so với lứa tuổi
- Phương pháp điều trị nào thích hợp?



# Hai tháng sau mổ

- Phẫu thuật đường âm đạo bằng prothèse
- Không són tiểu
- Không đau
- BN hài lòng

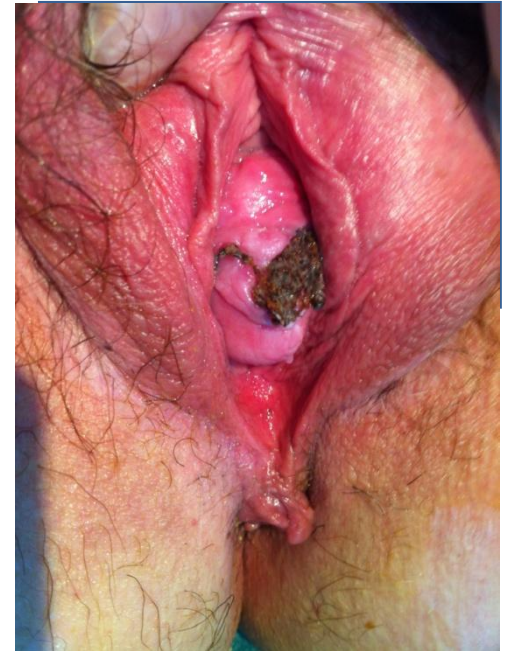


# Ca lâm sàng 2

- BN 68 tuổi
- 2 lần đẻ thường (3000g)
- Sa BQ độ 3 (POP-Q)
- BMI 32
- Thăm dò niệu động học bình thường
- Có tiền sử tắc ruột
- Quyết định phẫu thuật đường âm đạo có tấm vật liệu (polypropylène)
- Theo dõi sau mổ bình thường, sau 2 ngày ra viện
- Khám sau mổ 2 tuần
  - Các triệu chứng cải thiện nhiều
  - Khám : phục hồi giải phẫu tốt, liền sẹo tốt

# Ca lâm sàng 2

- 6 tháng sau BN đến khám vì ra nhiều khí hư và đau khi quan hệ
- Khám
  - Tấm vật liệu bị sùi mòn ra ngoài :
    - 10 % các trường hợp
    - Yếu tố nguy cơ: béo phì và thuốc lá
- Điều trị
  - Điều trị Estrogen
  - Phẫu thuật lấy bỏ tấm vật liệu





# Cám ơn



[yannick.thirouard@ch-larochelle.fr](mailto:yannick.thirouard@ch-larochelle.fr)

