

Dính buồng tử cung, hội chứng Asherman Thách thức trong phẫu thuật

Dr. O Garbin – Dr. F Stoll

CMCO

Strasbourg - France



Khái niệm

J. G. Asherman

Mất kinh do tổn thương BTC(atretica). Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire, 1948, 23-30

Dính trong BTC do sang chấn. Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire, 1950, 57: 892-896

- Dính buồng tử cung thứ phát sau sang chấn

- Được mô tả bởi Ernst Wertheim (1864-1920), Otto Ernst Küstner (1849-1931), Heinrich Fritsch in 1894, Gustav von Veit (1824-1903), Josef Halban (1870-1937), Bass 1927, Stamer

Thách thức?

- Sinh lý bệnh do thầy thuốc
- Chẩn đoán muộn
- Điều trị khó khăn
- Hay tái phát
- Nguy cơ biến chứng
- Nguy cơ thất bại tăng lên
- Đặc biệt trong các trường hợp không nhìn thấy mốc giải phẫu



Khó xác định tất cả các dải dính trong BTC

- Đồng nhất
- Vị trí
- Giãn rộng
- Nguyên nhân
- Lâm sàng
- Tiên lượng

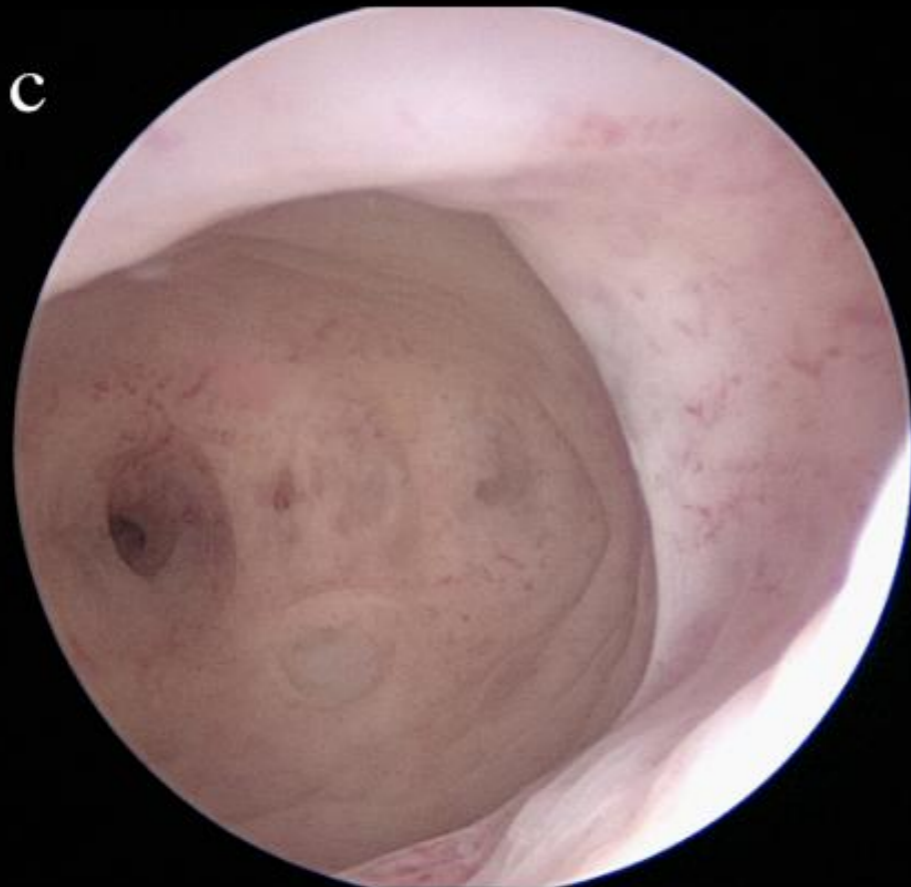
a



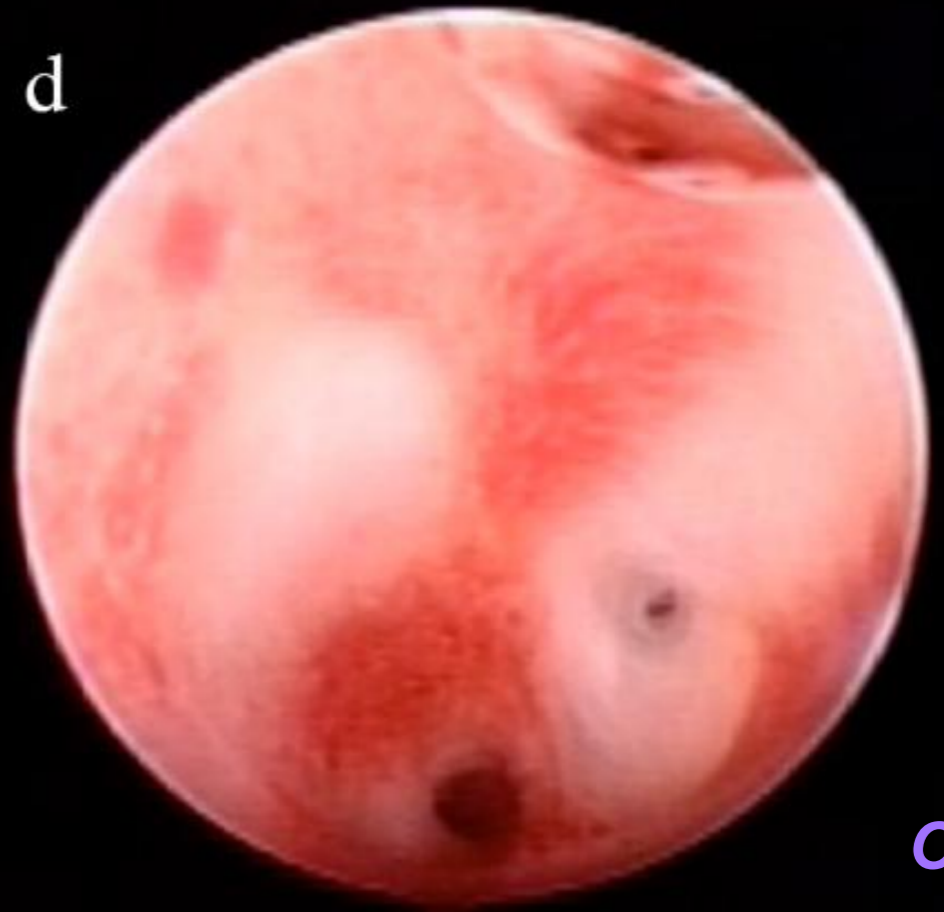
b

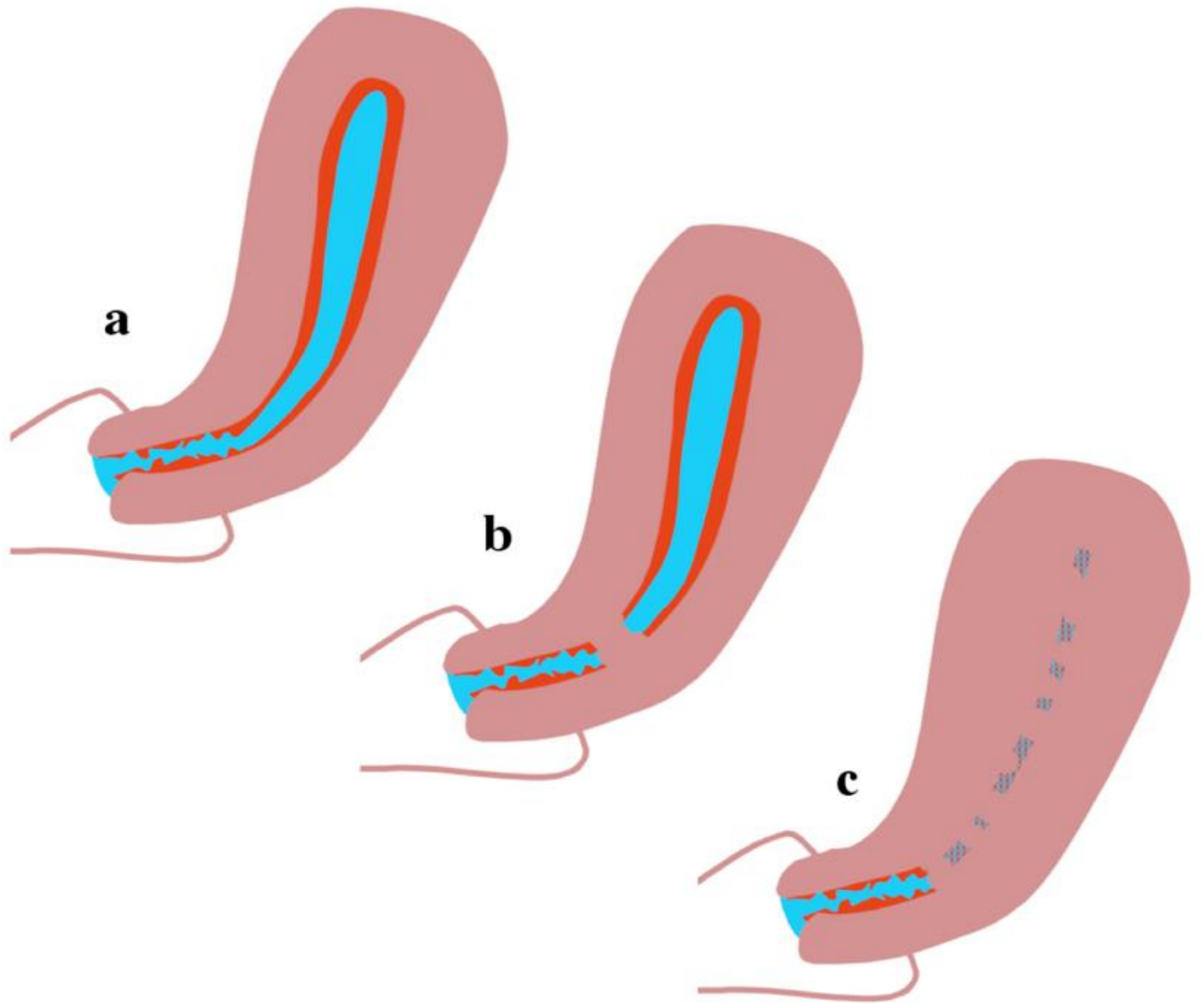


c



d





Nguyên nhân ngày càng gia tăng

- Nạo BTC
- Phẫu thuật TC: bóc UXTC, soi BTC phẫu thuật
- Nguyên nhân mới
 - Tác mạch TC
 - Điều trị phẫu thuật bảo tồn TC các trường hợp chảy máu sau đẻ
- Luôn luôn nghĩ đến lao sinh dục

Table 1 Occurrence of intrauterine adhesions following surgery for various conditions and in those with various symptoms.

<i>Condition/procedure</i>	<i>Prevalence (%)</i>	<i>Reference</i>
Secondary amenorrhoea	1.7	Jones (1964)
Infertility	6.9	Nawroth et al. (2003)
Post-Caesarean section	2.8	Rochet et al. (1979)
Post-partum D and C (any time)	3.7	Bergman (1961)
Post-partum D and C (2–4 weeks)	23.4	Eriksen and Kaestel (1960)
Early spontaneous abortion D and C	6.4	Adoni et al. (1982)
Late spontaneous abortion D and C	30.9	Adoni et al. (1982)
Missed abortion	35	Schenker and Margalioth (1982)
Elective abortion D and C	13	Kralj and Lavric (1974)
Recurrent abortion	39	Toaff and Ballas (1978)
Retained products of conception	40	Westendorp et al. (1998)
Spontaneous abortion		
One	16.3	} Friedler et al. (1993)
Two	14	
Three or more	32	
Hysteroscopic myomectomy		
Single	31.3	} Taskin et al. (2000)
Multiple	45.5	
Hysteroscopic metroplasty	6.7	

D and C = dilation and curettage.

Hysteroscopy after uterine fibroid embolization: Evaluation of intrauterine findings in 127 patients

Michal Mara¹, Petr Horak¹, Kristyna Kubinova¹, Pavel Dundr², Tomas Belsan³ and David Kuzel¹

Material and Methods: Premenopausal patients after bilateral UAE for symptomatic intramural fibroid underwent subsequent hysteroscopic examination 3–9 months following UAE. The uterine cavity was examined with focus on specific post-embolization changes. Biopsy of endometrium was obtained and evaluated together with a biopsy of abnormal foci if present.

Results: UAE was performed in a total of 127 women with an average size of dominant fibroid 63.1 mm in diameter and an average patient age of 35.1 years. Even though the majority of patients were asymptomatic at the time of hysteroscopy (78.0%), the post-embolization hysteroscopic examination was normal in only 51 patients (40.2%). The most frequent abnormalities included tissue necrosis (52 women, 40.9%), intracavitary myoma protrusion (45 women, 35.4%), endometrium 'spots' (22.1%), intrauterine synechiae (10.2%) and 'fistula' between the uterine cavity and intramural fibroid (6.3%). Histopathological examination showed normal, secretory or proliferative endometrium in 83.5% patients. Necrosis and/or hyalinization prevailed in the results of biopsy of abnormal loci (45 cases, 35.4%).

Table 5. Synechiae and pregnancy rate after uterine compression sutures

Report	Year	n	HSC or HSG	Synechiae	Pregnancy
Cho <i>et al.</i> ⁵	2000	23	26% (6/23)	0 (0/6)	4
Chen <i>et al.</i> ²⁷	2002	1	100% (1/1)	0 (0/1)	
Ochoa <i>et al.</i> ²⁸	2002	1	100% (1/1)	100% (1/1)	
Tjalma and Jacquemyn ²⁹	2004	1	0		
Cotzias and Girling ³¹	2005	2	0		
Hwu <i>et al.</i> ³⁰	2005	14	14% (2/14)	0 (0/2)	2
Pereira <i>et al.</i> ⁹	2005	7	0		1
Wu and Yeh ⁷	2005	1	100% (1/1)	100% (1/1)	
Baskett ²²	2007	2	0		
Ouahba <i>et al.</i> ⁸	2007	20	30% (6/20)	0 (0/6)	6
Desbriere <i>et al.</i> ³²	2008	20	68% (13/19)	23% (3/13)	
Hackethal <i>et al.</i> ⁶	2008	7	14% (1/7)	0 (0/1)	
Gottlieb <i>et al.</i> ³³	2008	2	0		
Chen and Wang ³⁶	2009	1	0		
Gungor <i>et al.</i> ³⁴	2009	16	0		
Reyftmann <i>et al.</i> ³⁵	2009	1	100% (1/1)	100% (1/1)	
Total		119	32	18% (6/32)	13

HSC, hysteroscopy; HSG, hysterosalpingogram.

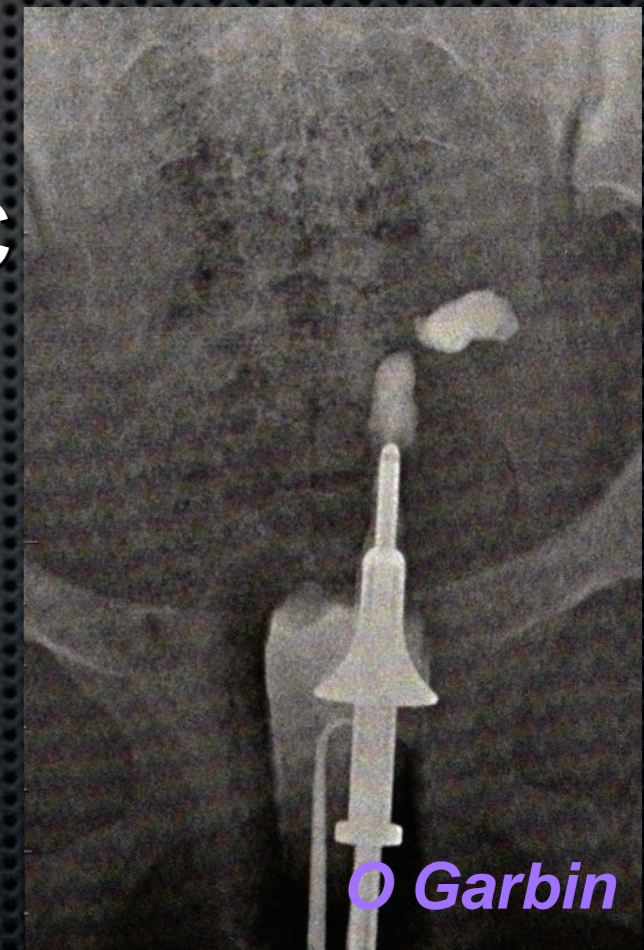
Poujade O, Grossetti A, Mougel L, Ceccaldi P, Ducarme G, Luton D. Risk of synechiae following uterine compression sutures in the management of major postpartum haemorrhage. BJOG 2011;118:433–439

Vidéo 1

Vidéo 2

Nghĩ đến lao sinh dục

- Không có tiền sử nạo hút BTC
- Bệnh nhân nhập cư
- Dấu hiệu nghi ngờ trên phim chụp TC
 - - VT
 - BTC hình nhép
 - Dấu hiệu canxi hóa
 - VTC tắc gần hình cái chùy
- Xét nghiệm interferon gamma



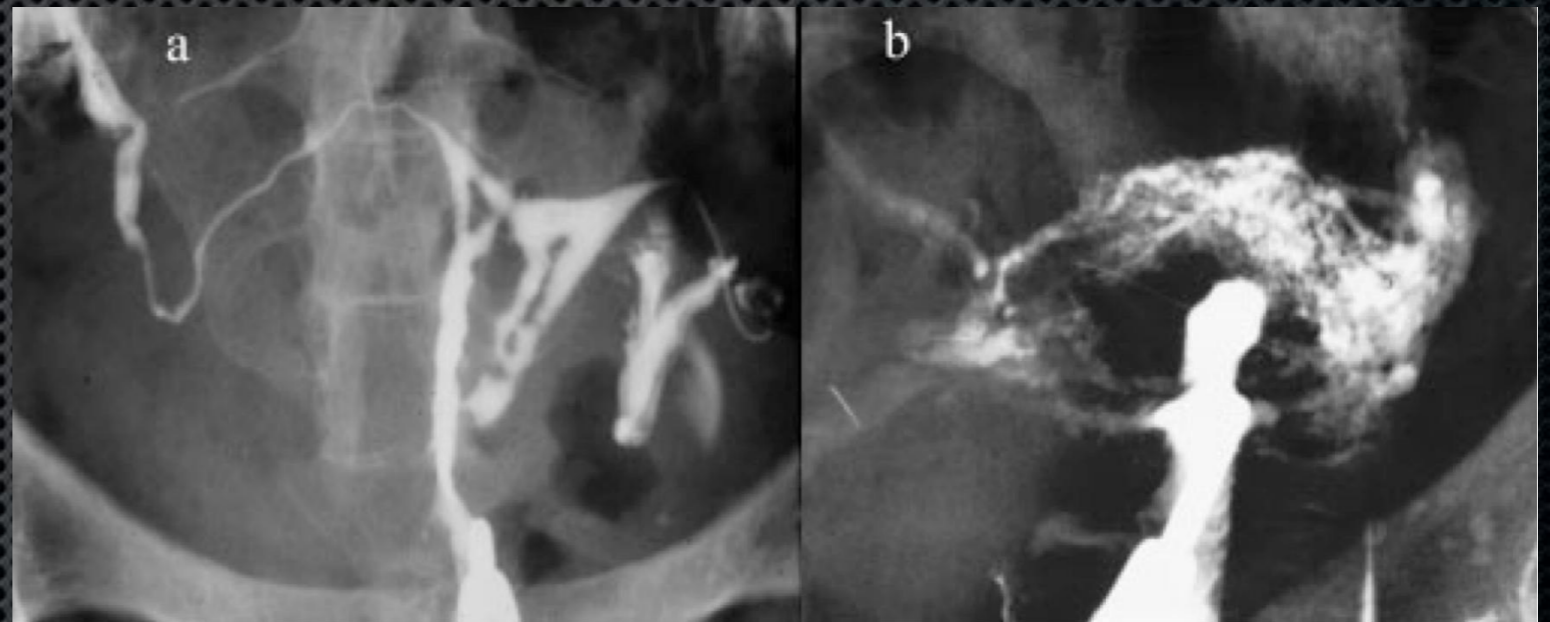
Vidéo 3

Dính BTC

- Thứ phát
 - Các thủ thuật can thiệp BTC mù
 - Các động tác thô bạo gây sang chấn BTC
- Yêu cầu cần thiết
 - Xét nghiệm trước mổ đầy đủ
 - Phẫu trường nhìn rõ
 - Không được thô bạo gây sang chấn

Bilan trước mổ

- Chụp BTC+++
- Soi BTC +



Bilan trước mổ

- Khi các mốc giải phẫu không nhìn rõ
 - Siêu âm +++
 - Chụp cộng hưởng từ +







D Levailand, Kremlin-Bicêtre, France



1: distancia 32.9mm, angle 29°
 2: distancia 3.8mm, angle 17°
 WW: 1012WL, 513

IRA



PIR

Phân loại AFS

	1	2	4
%	< 1/3	1/3-2/3	>2/3
Loại dính	Mảnh	Mảnh và dày	Dày
Kinh nguyệt	Bình thường	Kinh ít	Mất kinh

S'applique à l'hystérocopie et à l'hystérogographie

Stade I : score de 1 à 4 ; Stade II : score de 5 à 8 ; Stade III : score de 9 à 12.

Phân loại châu âu về dính Buồng tử cung ESGE

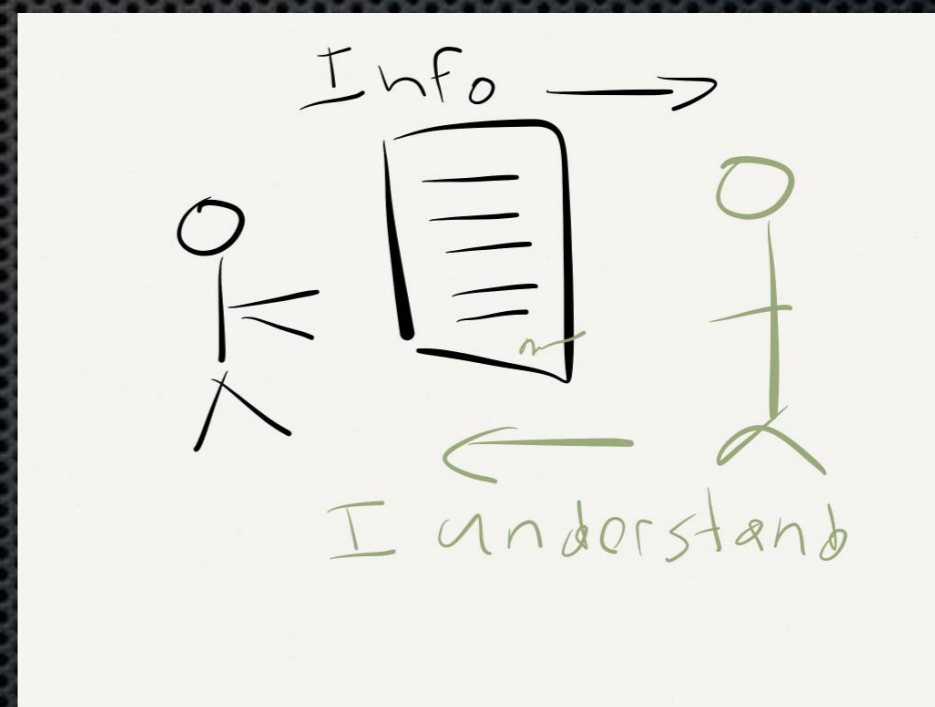
Độ	Mức độ dải dính Buồng tử cung
I	Dải dính mảnh: Dễ dàng bị tách bởi optic soi buồng, Vùng góc tử cung bình thường
II	Dải dính dày đơn độc: dải dính đơn độc trong BTC, Vẫn nhìn rõ 2 lỗ vòi tử cung. Không thể tách đơn thuần bằng optic soi BTC
Ila	Dải dính đơn độc ở vùng lỗ cổ trong: phần trên tử cung hoàn toàn bình thường
III	Dải dính dày và nhiều: Tổn thương nhiều vùng trong buồng tử cung Che mất 1 bên lỗ vòi tử cung
IV	Dính rộng và dày che lấp 1 phần hoặc toàn bộ buồng tửu cung. Che lấp 1 phần hoặc toàn bộ 2 bên lỗ vòi tử cung
IVa	Sẹo và xơ dính rộng buồng tửu cung kết hợp với các dải dính độ I và II Có thể gây kinh ít rõ hoặc vô kinh
IVb	Sẹo và xơ dính rộng buồng tửu cung kết hợp với các dải dính độ III và IV : mất kinh hoàn toàn

Thuật ngữ phân loại dính BTC

- Dính BTC đơn giản
- Dính BTC phức tạp
- Trường hợp rất khó khăn, không có hy vọng

Giải thích kỹ cho BN

- Tiên lượng
- Nguy cơ
 - Thất bại
 - Biến chứng: thủng TC
 - Tái phát, cần phẫu thuật lại
 - Cần thiết soi BTC kiểm tra sau phẫu thuật
- Nguy cơ sản khoa



Yêu cầu phẫu trường tốt



- Phẫu trường đảm bảo tốt: optic soi BTC tốt
- Mốc giải phẫu (lỗ VTC) không nhìn rõ hay gây tai biến
- Trong trường hợp khó
 - Sử dụng siêu âm hỗ trợ trong mổ+++
 - Chụp BTC trong mổ+
 - Nội soi ổ bụng không có tác dụng

Xác định niêm mạc BTC còn lại

- Oestrogènes trước mổ?
- Siêu âm
- Xác định trong mổ bằng nhìn rõ

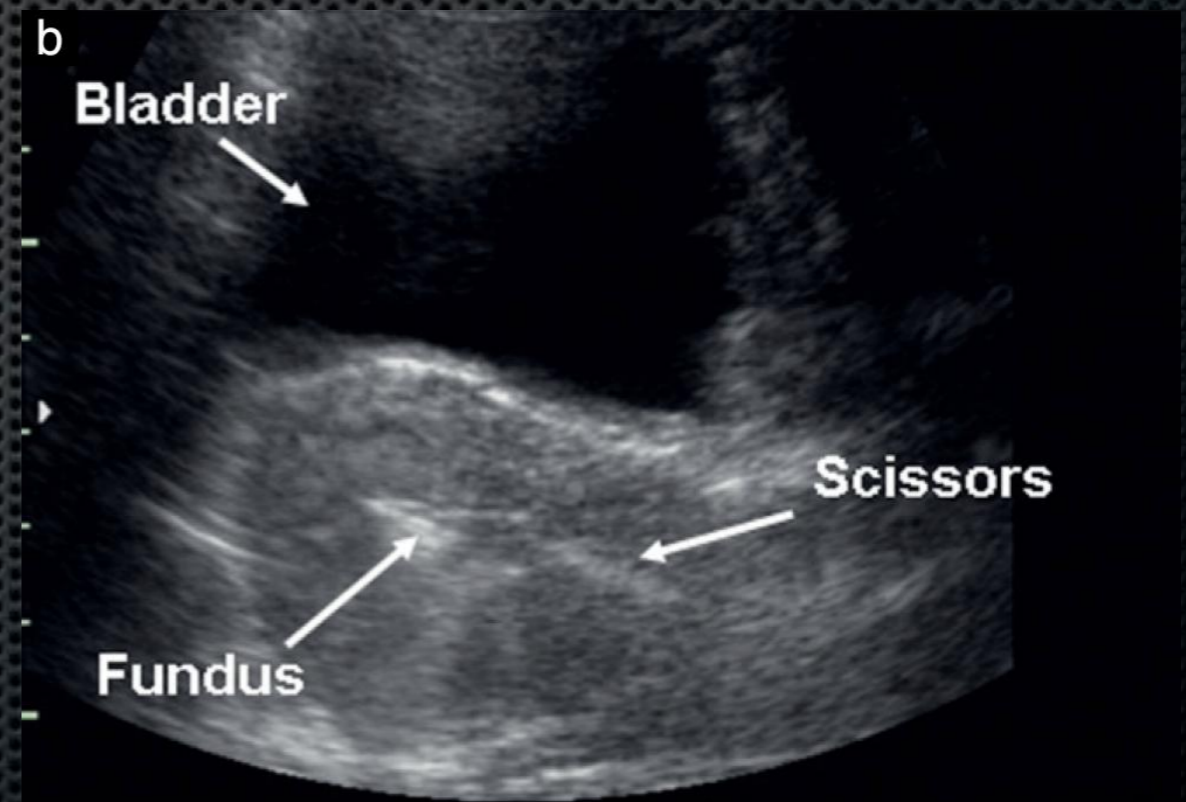
Ultrasound is the optimal choice for guidance in difficult hysteroscopy

J. D. KRESOWIK, C. H. SYROP, B. J. VAN VOORHIS and G. L. RYAN

Division of Reproductive Endocrinology & Infertility, Department of Obstetrics & Gynecology, University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, IA, USA

Methods This was a retrospective cohort study. Charts of all patients undergoing reparative surgery for intrauterine synechiae or uterine septa at our academic institution between 2000 and 2008 were reviewed. A total of 159 procedures were included in the study, categorized into concurrent laparoscopic guidance (n = 69), ultrasound guidance (n = 52) or no guidance (n = 38). Data regarding billing, surgical case logs and complications were collected for these procedures. Using these data, complication rates and inflation-adjusted charges were compared between the groups. Statistical analysis was performed using Fisher's exact test and Student's t-test, as appropriate.

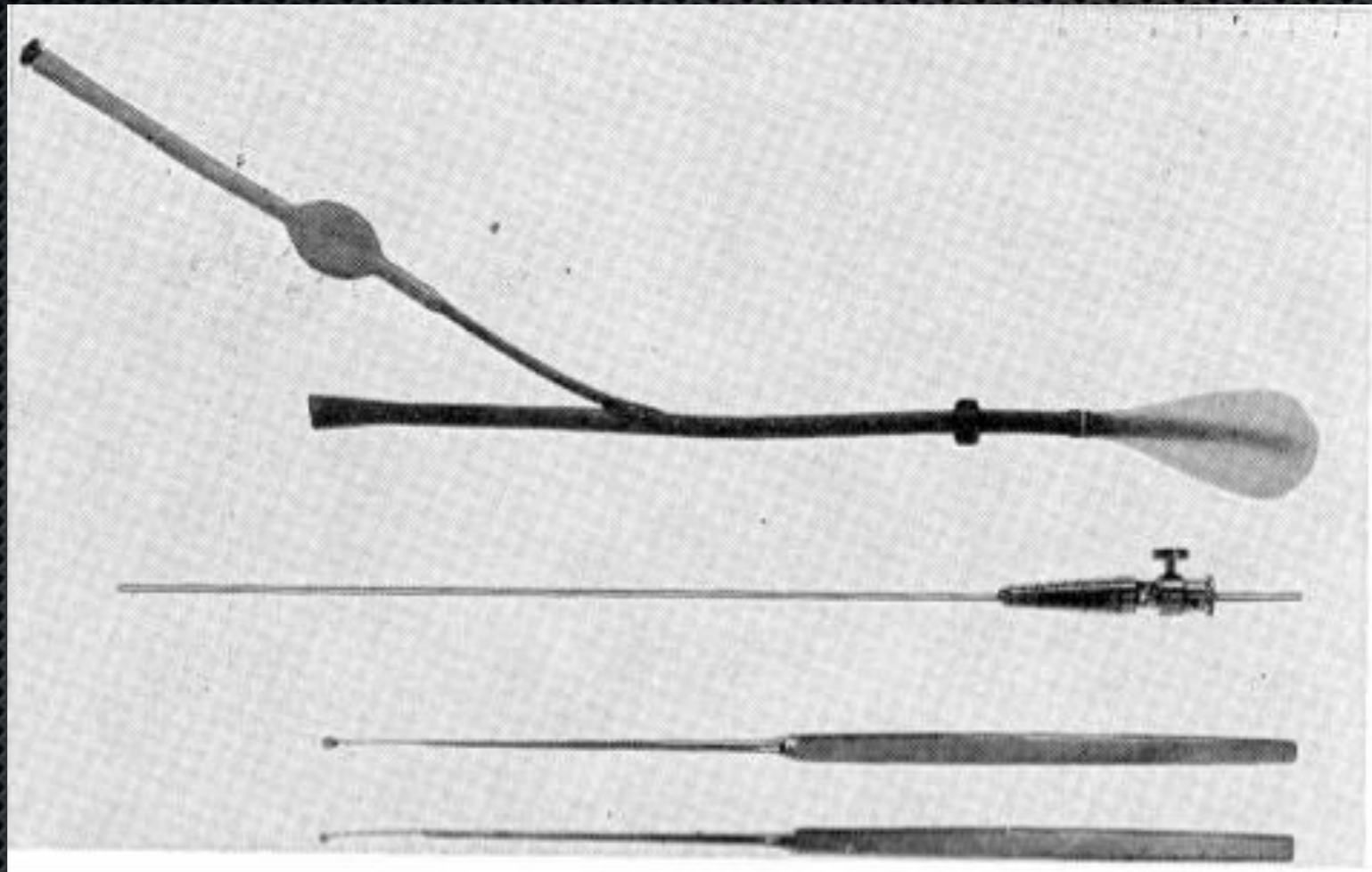
Results A uterine perforation rate of 8.7% was observed with laparoscopic guidance vs 1.9% with ultrasound guidance (P = 0.12) and 5.3% with no guidance (P = 0.41). Analysis of billing data showed that average total costs were significantly less for ultrasound guidance than for laparoscopic guidance (\$9124 vs \$11 895, P < 0.001). Ultrasound guidance did not increase costs over hysteroscopy alone (\$9124 vs \$8242, P = 0.54).



Vidéo 4

Vidéo 5

Dụng cụ tốt



Musset, EMC, 1965

Sử dụng optic soi buồng tốt

- Kích thước nhỏ nhất
- Tránh phải nong CTC
- Chất lượng hình ảnh tốt
- « See and treat »



Vidéo 6

Sử dụng các loại năng lượng tốt

- Cắt bằng cơ học: kéo +++

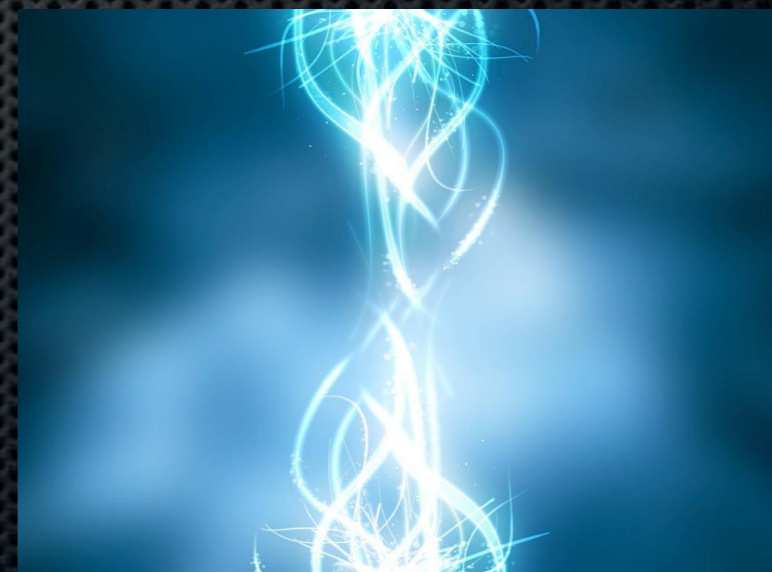
Tránh làm tổn thương trắng tổ chức+++

- Dao điện

- ~~• Không dùng 1 cực~~

- Dao 2 cực

- Laser



Vidéo 7

Xác định khi đi sai đường

- Thay đổi cấu trúc mô của tổ chức
- Phân tích tình trạng chảy máu và cung cấp mạch máu
- Lợi ích
 - Siêu âm hỗ trợ định hướng
 - Chụp BTC trong mổ



Vidéo 8

Vidéo 9

Tái phát hay gặp

Total adhesions treated by hysteroscopy: must we stop at two procedures?

Hervé Fernandez, M.D., Ph.D.,^{a,b,c} Sarah Peyrelelade, M.D.,^d Guillaume Legendre, M.D.,^a Erika Faivre, M.D.,^d Xavier Deffieux, M.D., Ph.D.,^d and André Nazac, M.D.^a

Patient(s): Twenty-three women who had Asherman syndrome and required more than two hysteroscopic operative procedures.

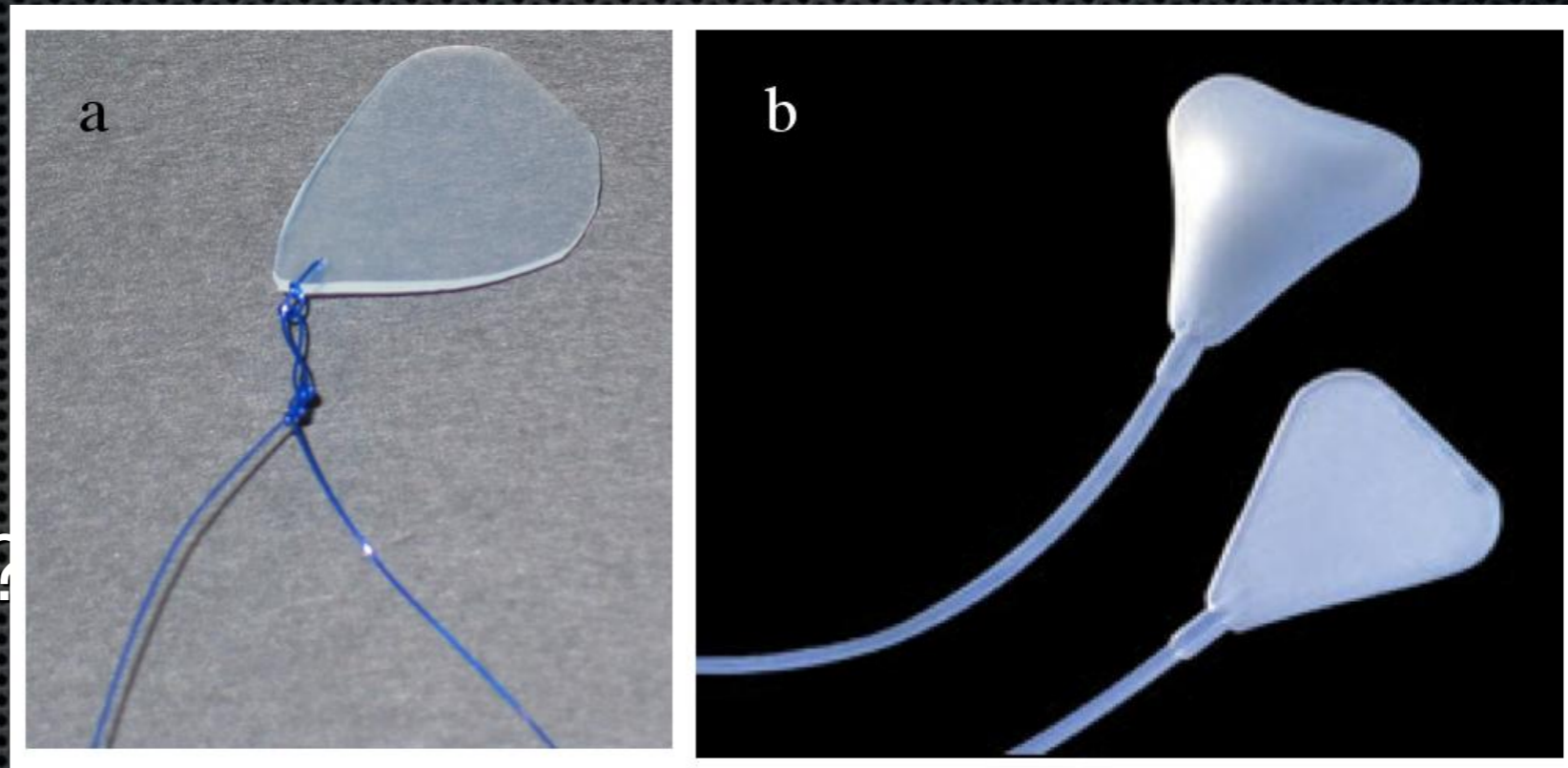
Intervention(s): Third or higher-order operative hysteroscopy procedure.

Mean Outcome Measure(s): Fertility rate.

Result(s): The women's mean age was 34 years (± 5.8 years) when treatment for adhesions began. All women initially had adhesions classified as severe with total amenorrhea. Twelve patients had three separate procedures to treat the adhesions, nine had four treatments, and two had five treatments. One woman was lost to follow-up. At the conclusion of treatment, more than 80% of the women had either no adhesions at all or only mild adhesions. The overall pregnancy rate was 40.9%; there were nine pregnancies and six term infants (27.2%). All but one of these pregnancies were spontaneous. The mean time to pregnancy was 10.5 months (± 4.7 months).

Dự phòng tái phát

- œstrogènes ?
- Dụng cụ TC ?
- acide hyaluronique ?
- Vật liệu khác?
- Kiểm tra lại sau mổ++++



Vidéo 10

	Tiên lượng tốt	Tiên lượng xấu
Vị trí	Eo, trung tâm hoặc 2 bên	Đáy, hoặc góc
Kích thước	Nhỏ	Toàn bộ
Thành phần	Màng dính, dính niêm mạc	Dải xơ
Nguyên nhân		lao
Thời gian	Mới	> 1 năm

Reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman syndrome.

All cases

Severe cases

Study	Publication year	Characteristics of patients	All cases						Severe cases
			Number	Conception	Spontaneous pregnancy loss rate	Live birth rate ^a	Premature delivery	Abnormal placenta ^b	Number
Sugimoto (138)	1978	—	—	79	29/29 (38.7%)	45/79 (57.0%)	—	10	—
Fedele et al. (84)	1986	—	—	22	10/22 (45%)	9/22 (40.7%)	—	—	—
Friedman et al. (82)	1986	—	—	24	1/24 (4.2%)	23/24 (95.8%)	—	2	—
Valle and Sciarra (32)	1988	Infertility	81	48 (59.2%)	17/48 (35.4%)	29/48 (60.4%)	—	1	30
		Pregnancy loss	106	95 (89.6%)	9/95 (9.5%)	85/95 (89.5%)	—	—	17
Parent et al. (139)	1988	Wishing to have a child	169	107 (63.3%)	—	91/107 (85.0%)	—	—	73
Pistofidis et al. (105)	1996	Infertility	86 ^d	30 (34.9%)	—	21 ^e /30 (70%)	—	—	11
Roge et al. (87)	1997	Wishing to have a child	50	28 (56%)	10/28 (35.7%)	24/28 (85.7%)	—	—	—
Pabuccu et al. (89)	1997	Infertility	16	10 (62%)	—	6/10 (60%)	—	—	4
		Recurrent (≥3) miscarriage	24	24 (100%)	—	17/24 (70.8%)	—	—	—
McComb and Wagner (101)	1997	—	—	—	1/6 (16.7%)	5/6 (83.3%)	2/5 (40%)	2	—
Protopapas et al. (102)	1998	—	—	—	1/4 (25%)	2/4 (50%)	1/2 (50%)	—	—
Feng et al. (85)	1999	Wishing to have a child	166	156 (83.9%)	11/156 (7.1%)	145/156 (92.9%)	—	4	—
Capella-Allouc et al. (103)	1999	Wishing to have a child	—	—	5/15 (33.3%)	9/15 (60%)	4/9 (44.4%)	2	28
Preutthipan and Linasmita (90)	2000	Infertility	45	16 (35.6%)	—	16/16 (100%)	—	—	10
		Pregnancy loss	5 ^d	2 (40%)	—	2/2 (100%)	—	—	—
Zikopoulos et al. (91)	2004	—	—	—	—	—	10/20 (50%)	—	—
Total				468/632 (74%)^e		529/668 (79.4%)^f			

^a Live birth rate is defined live birth/pregnancy achieved.

^b Defined as placenta accrete, placenta increta, placenta praevia, retained placenta, and uterine sacculation over the placenta site.

^c Number of patients delivering a live birth or having a continuing pregnancy.

^d All patients received in vitro fertilization.

^e Refers to the total of series for whom the number of cases was reported.

^f Refers to the total of series for whom the number of conceptions was reported.

Kết luận

- Khó nhất trong các kỹ thuật soi BTC phẫu thuật
- Trong các trường hợp khó
 - bilan trước mổ kỹ lưỡng
 - Giải thích cẩn thận ++
 - Dụng cụ tốt, năng lượng thế hệ mới
 - Siêu âm định hướng hỗ trợ trong mổ