



Phẫu thuật xử trí lạc nội mạc tử cung sâu

O Garbin - A Wattiez

CMCO
Bệnh viện Đại học Strasbourg
France

Bệnh lý lạc nội mạc tử cung

- Yếu tố ảnh hưởng
 - Nhiều gen ảnh hưởng
 - Nhiều yếu tố khác liên quan
- Có yếu tố gia đình, có nhiều gen tham gia
- Yếu tố môi trường
 - Rối loạn nội tiết++
 - Bisphénol A
 - Dioxine
 - Phtalates
 - ...

Giả thuyết

- Sampson 1927
 - Cây các tế bào niêm mạc TC
 - Hành kinh ngược dòng
- Di chuyển, xâm lấn
- Robert Meyer 1927
 - Loạn sản các tế bào biểu mô phúc mạc
 - Yếu tố ảnh hưởng
 - estrogènes
 - Quá trình viêm

Khái niệm

- 3 dạng lạc nội mạc tử cung
 - Lạc nội mạc tử cung ở phúc mạc và bề mặt buồng trứng
 - U buồng trứng dạng lạc nội mạc tử cung
 - Lạc nội mạc tử cung sâu dưới phúc mạc
- Lạc nội mạc tử cung sâu dưới phúc mạc (ESPP)
= các tổn thương lạc nội mạc tử cung xâm lấn, đâm xuyên
 - Đi vào khoang sau phúc mạc
 - Hoặc ở các tạng
 - Trực tràng
 - Âm đạo
 - Tử cung
 - Bàng quang
 - Niệu quản
 - Ruột

Lạc nội mạc tử cung sâu

- Bệnh lý lành tính, 10-15 phụ nữ trong tuổi sinh sản
- Không có những hậu quả chung, hiếm khi đe dọa tính mạng
- Giống với quá trình xâm lấn ung thư
 - Xâm nhập tại chỗ
 - Có thể xuất hiện ở xa
 - Tái phát ++
 - «tumor like» (OMS)

Những dạng lâm sàng chính của lạc nội mạc tử cung sâu

- Thành trước và bàng quang
- Thành sau
 - ± Vách trực tràng âm đạo
 - ± Chỗ giao giữa đại tràng sigma và trực tràng
 - ± Niệu quản
 - ± Nền dây chằng rộng
 - ± mặt sau CTC và đỉnh giao nhau 2 dây chằng tử cung cùng
 - ± Dây chằng tử cung cùng
 - ± Buồng trứng

Triệu chứng

- 5D
 - Thống kinh
 - Đau khi quan hệ
 - Đau tiểu khung mãn tính
 - Đau khi đi đại tiện
 - Đau khi đi tiểu

Thái độ xử trí lỵ nội mạc tử cung sâu

- BN không có triệu chứng
- Bn Đau
- BN hiếm muộn

Bệnh nhân hiếm muộn

- Có mối liên quan rõ giữa lạc nội mạc tử cung sâu và hiếm muộn
- Lợi ích của phẫu thuật trong điều trị vô sinh do lạc nội mạc tử cung sâu vẫn chưa được khẳng định
- Sau phẫu thuật, điều trị nội khoa không được khuyến cáo



Bệnh nhân đau

- Kết hợp với điều trị về tâm lý
- Kết hợp điều trị đa chuyên ngành
- Điều trị nội khoa = gây mất kinh
 - Đa số có hiệu quả, tuy nhiên không phải tất cả
 - Thuốc tránh thai có cả estrogen và progesteron 1 pha dùng liên tục
 - Progestatifs
 - (Danazol)
 - Analogues ++
 - Không điều trị quá 1 năm
 - Điều trị Add-back 3 tháng sau





Bệnh nhân đau

- Phẫu thuật điều trị hiệu quả trong các trường hợp đau(NP1)
- Chưa có bằng chứng so sánh giữa điều trị nội khoa kéo dài và phẫu thuật
- Nếu tái phát đau sau phẫu thuật, có thể điều trị nội khoa hỗ trợ (accord professionnel)
- Cắt Tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ + khối lạc nội mạc tử cung vẫn cho thấy hiệu quả (grade C)
- Chưa có khuyến cáo điều trị dự phòng nhằm tránh tái phát

Phẫu thuật lạc nội mạc tử cung sâu

- Yêu cầu bắt buộc
 - Bảo tồn chức năng sinh dục, hệ tiết niệu và hậu môn trực tràng
 - Phẫu thuật triệt để
 - Cải thiện chất lượng cuộc sống
 - Giải thích rõ cho bệnh nhân
- Nguy cơ
 - Bệnh lý lành tính
 - Bệnh nhân trẻ
 - Bảo tồn chức năng sinh sản
- Cân nhắc giữa điều trị bảo tồn và triệt để

Phẫu thuật lọc nội mạc tử cung sâu

- Yêu cầu ê kíp có kinh nghiệm (accord professionnel)
- Phẫu thuật cắt khối lọc nội mạc tử cung sâu không ảnh hưởng trực tràng
 - Cải thiện đau trong 60 à 100 % (NP3)
 - Hiệu quả ở mức độ trung bình trong điều trị đau (grade C)
- Phẫu thuật cắt lọc nội mạc tử cung sâu có ảnh hưởng ống tiêu hóa giúp cải thiện đau rõ rệt(NP4)
 - Hiện tại vẫn chưa có thống nhất về kỹ thuật cũng như mức độ triệt căn (accord professionnel)
- LNMTC sâu ở bàng quang có thể cân nhắc cắt 1 phần thành bàng quang (grade C)

Chọn đường mổ ban đầu

- Có thể mổ nội soi hoặc mổ nội soi kết hợp với đường âm đạo, yêu cầu phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm trong tất cả các trường hợp mổ LNMTC sâu dưới phúc mạc(NP3)
- Phẫu thuật đường âm đạo không được khuyến cáo trong mổ LNMTC sâu(accord professionnel)
- Tiêu chuẩn mổ là phải lấy hết tổn thương, do đó phẫu thuật mổ mở mà lấy hết tổn thương thì còn tốt hơn mổ nội soi mà vẫn để lại tổn thương (accord professionnel)

Hiểu biết

- Bệnh lý
- Giải phẫu
- Kỹ thuật
- Mong muốn, nhu cầu của bệnh nhân
- Chẩn đoán hình ảnh (cộng hưởng từ+++)
- Từ đó đưa ra chiến thuật xử lý

Chiến lược



Nghệ thuật chỉ đạo,
phối hợp
hành động
đạt
một mục tiêu

Chuẩn bị

- Điều trị analogues trước mổ?
- Chế độ ăn trước mổ 5 ngày
- Tắm rửa và thụt tháo đêm trước mổ
- Kháng sinh dự phòng

Chuẩn bị tại phòng mổ

- 2 ê kíp
- Chân được giữ
- Hệ thống đệm hơi dưới bệnh nhân(++++)
- Ghế ngồi
- Sonde tiểu
- Khám lại dưới gây mê (thăm âm đạo và trực tràng)



Dụng cụ

- Cần nâng tử cung+++
- Các vật liệu kéo giữ (T-Lift ®) +++
- Kéo – 2 cực +++
- Canule trực tràng +++
- Dao Hàn nhiệt ++
- Dao siêu âm ?
- Robot ?
- Laser ?

Chiến lược trước mổ

- Bảo tồn hay triệt để
 - * Cắt 2 buồng trứng, cắt tử cung
 - * Thảo luận với bệnh nhân trước mổ
- U buồng trứng lạc nội mạc tử cung 1 bên hay 2 bên
- Sonde JJ
- Hội chẩn đa chuyên khoa
- Chẩn đoán hình ảnh trước mổ kỹ

Chiến lược trong mổ

Chiến lược chung

- Hiểu rõ tổn thương
- Giải phóng, gỡ dính
- Bộc lộ
- Xác định niệu quản
- Vào các khoang sau phúc mạc
- Đánh giá lại tổn thương

Chiến thuật cụ thể

- Bàn quang – niệu quản
- Ống tiêu hóa
- Âm đạo
- Buồng trứng

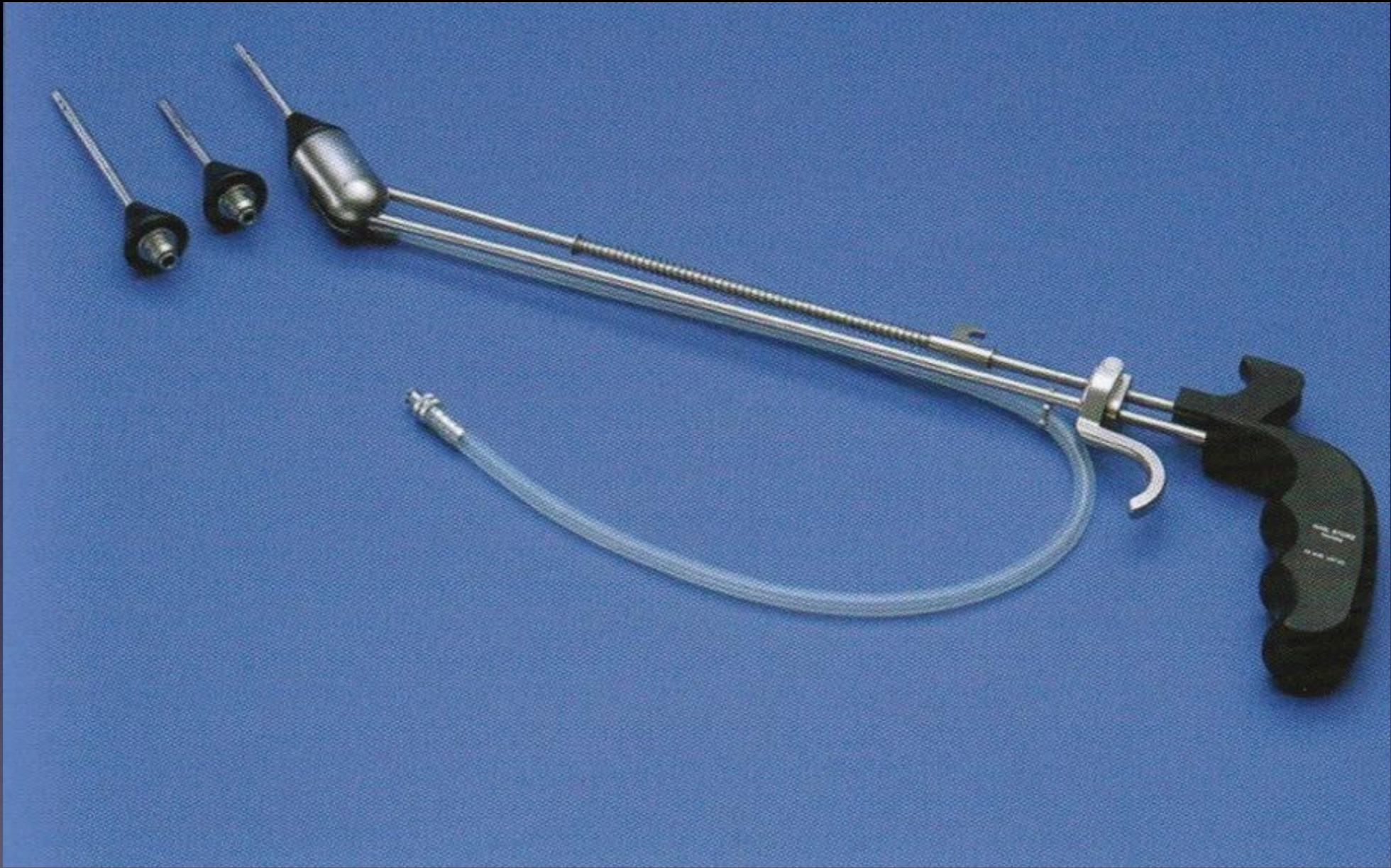
Hiểu rõ tổn thương

Phục hồi giải phẫu

- Giải phòng đại tràng sigma và đại tràng lên
 - Đây là các dải dính bẩm sinh
 - Có thể có các dải dính khác do LNMTC hoặc do tiền sử phẫu thuật
 - Chú ý
 - Không đi xuống dưới phúc mạc
 - Không bộc lộ niệu quản từ giữa
 - Chú ý thân nuôi đại tràng sigma tách ra từ động mạch mạc treo tràng dưới
- Gỡ dính
- Hút dẫn lưu các nang

BỘC LỘ

- Tư thế Trendelenburg đầu dốc
- Cần nâng tử cung
- Sondes trực tràng
- Các vật liệu nâng, kéo
 - Buồng trứng +++
 - Đại tràng sigma







Các mốc giải phẫu

- Lạc nội mạc tử cung

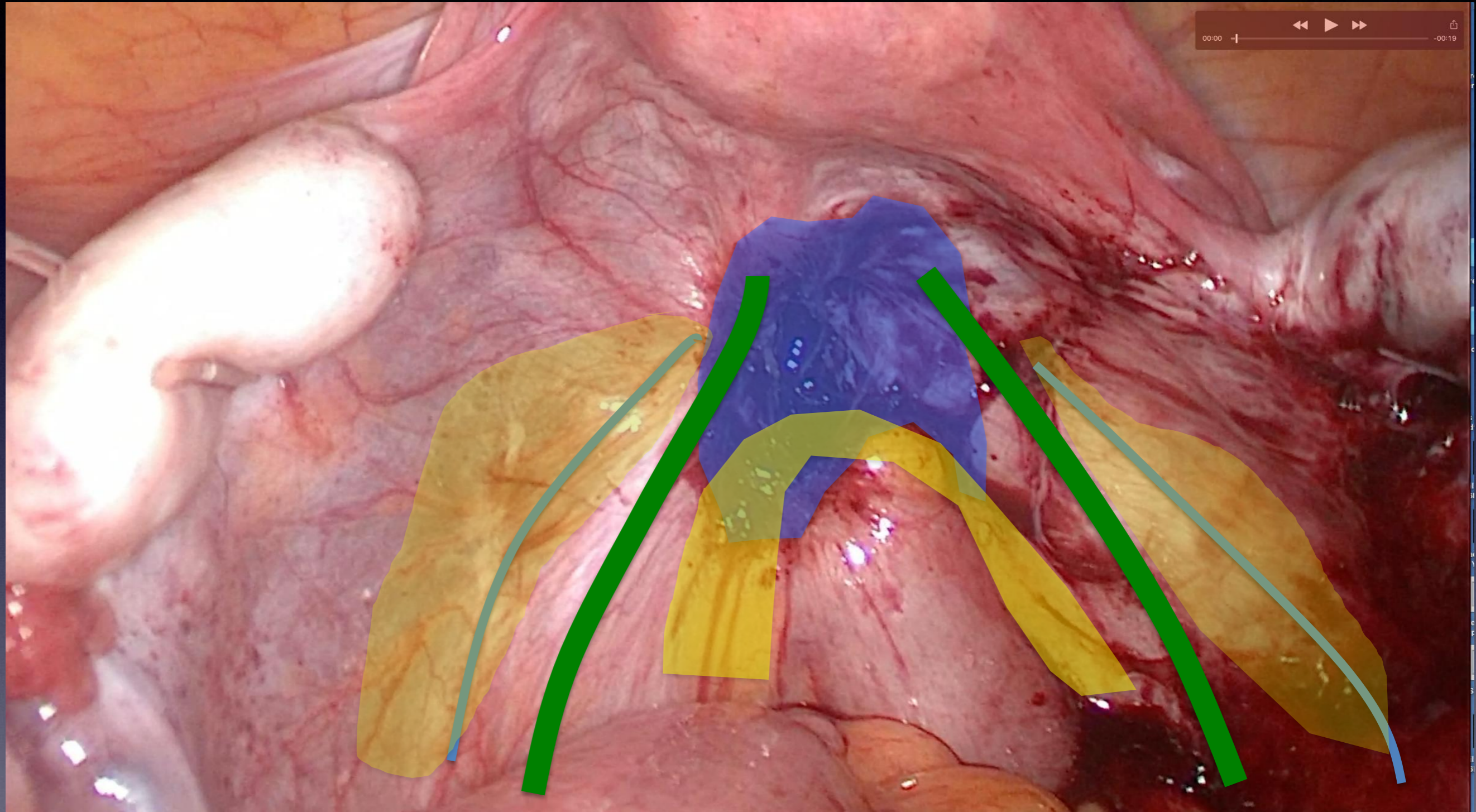
Bệnh lý viêm

Hình thành các dải xơ co kéo



Gây co kéo biến dạng tiểu khung

- Cần mở các khoang ảo đi vào sau phúc mạc



Các mốc giải phẫu

- Niệu quản +++

- *Khi nào ?*

Luôn luôn

- *Ở đâu ?*

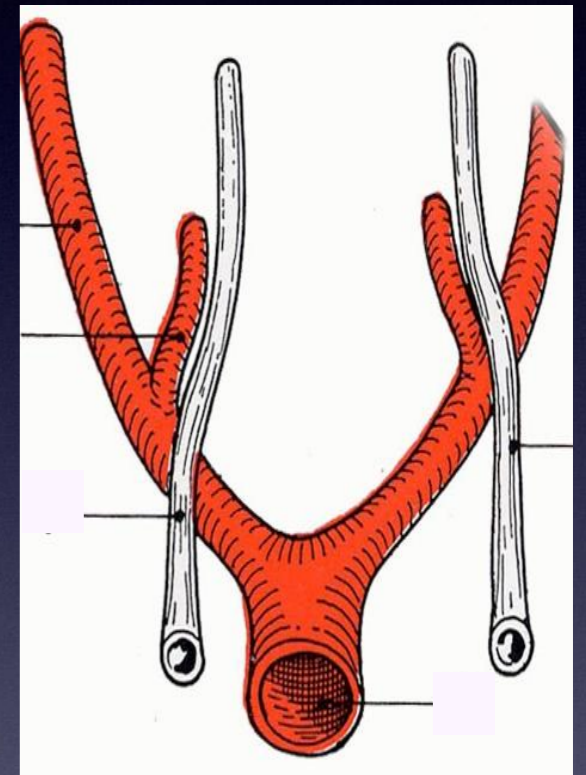
Bờ của eo trên khung chậu

- *Khi nào cần phẫu tích niệu quản?*
dây chằng tử cung cùng

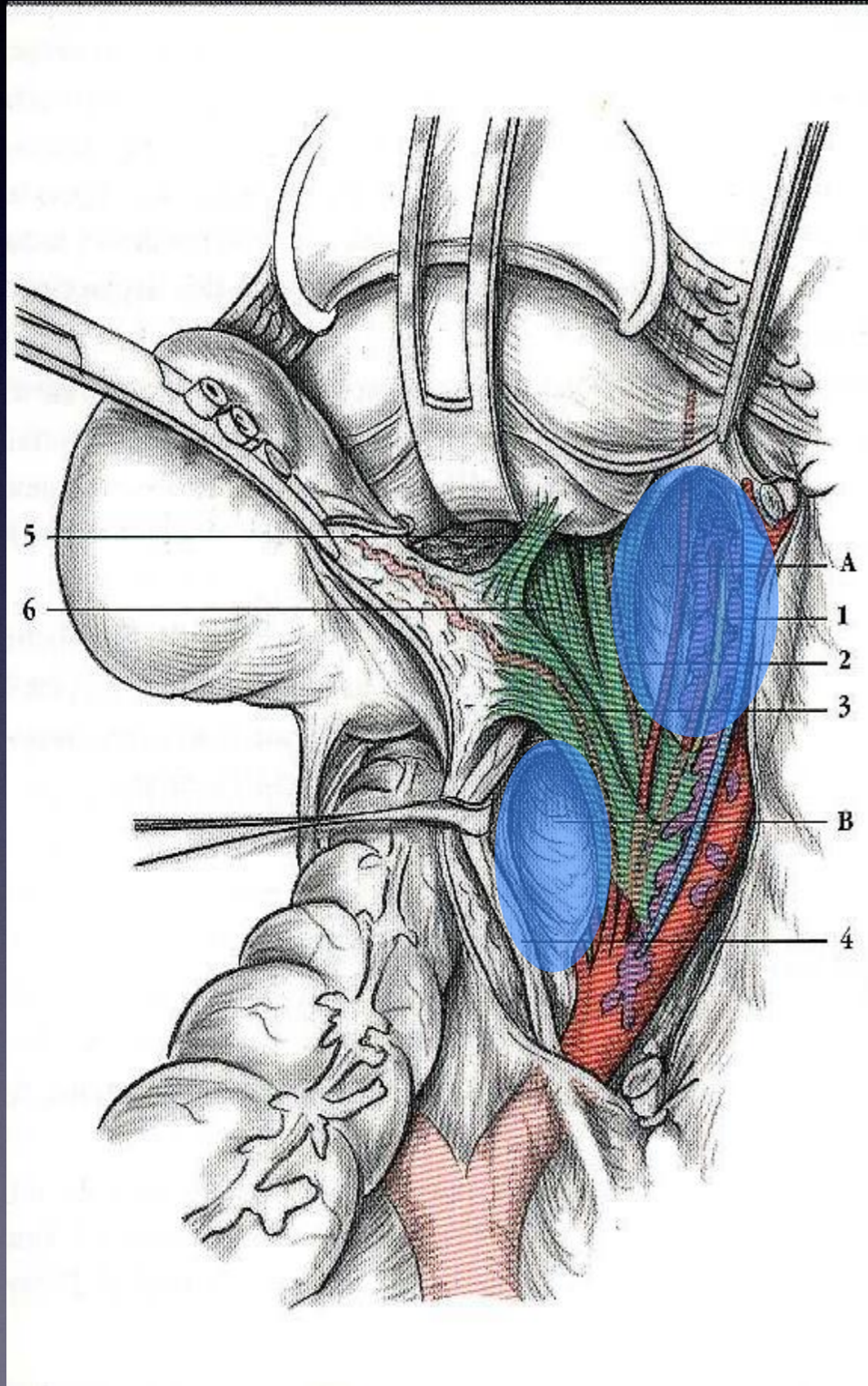
Khi khối LNMTC xâm lấn

- Hồ cạnh trực tràng+++

- Cho phép giải phóng dây chằng tử cung cùng

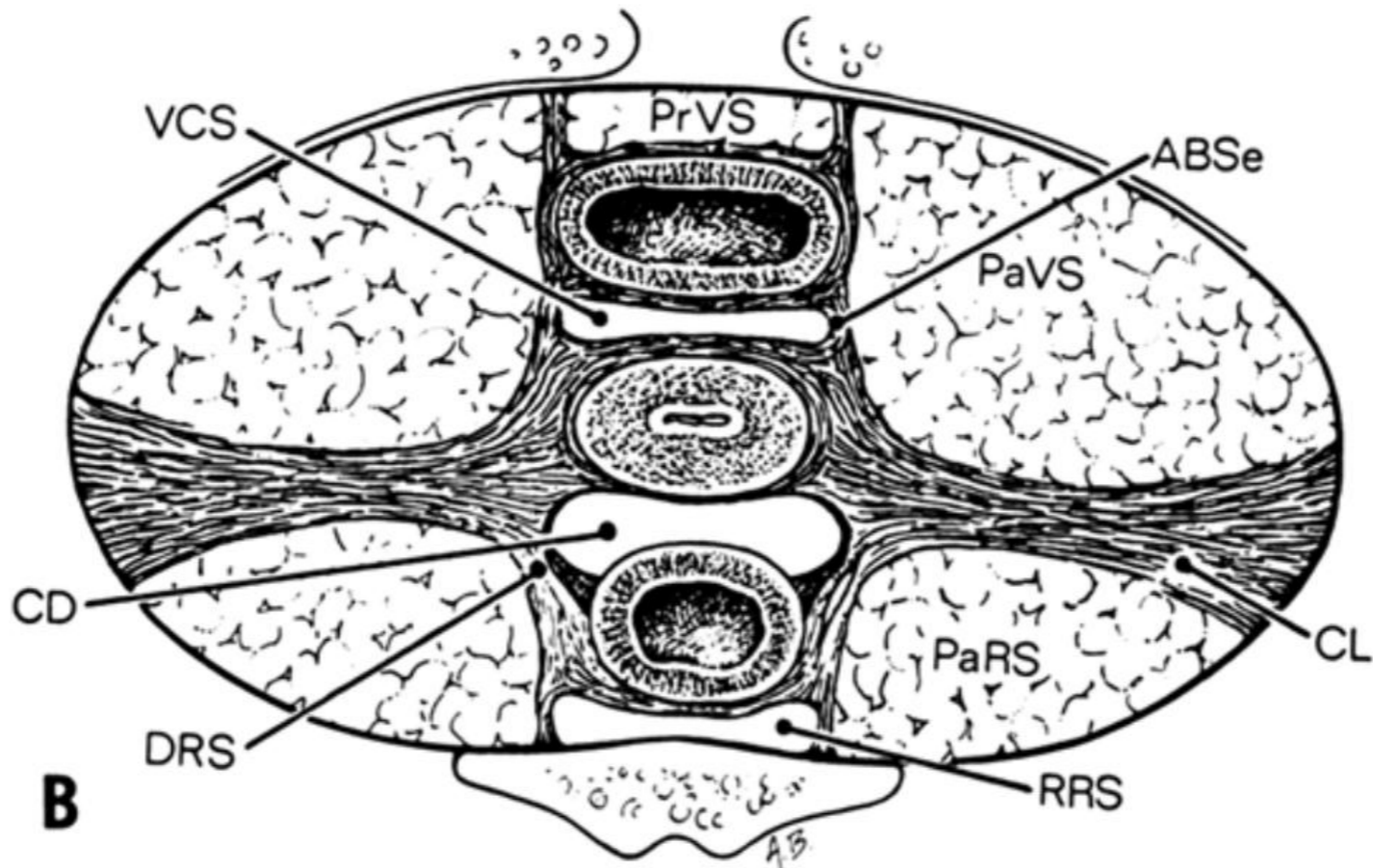
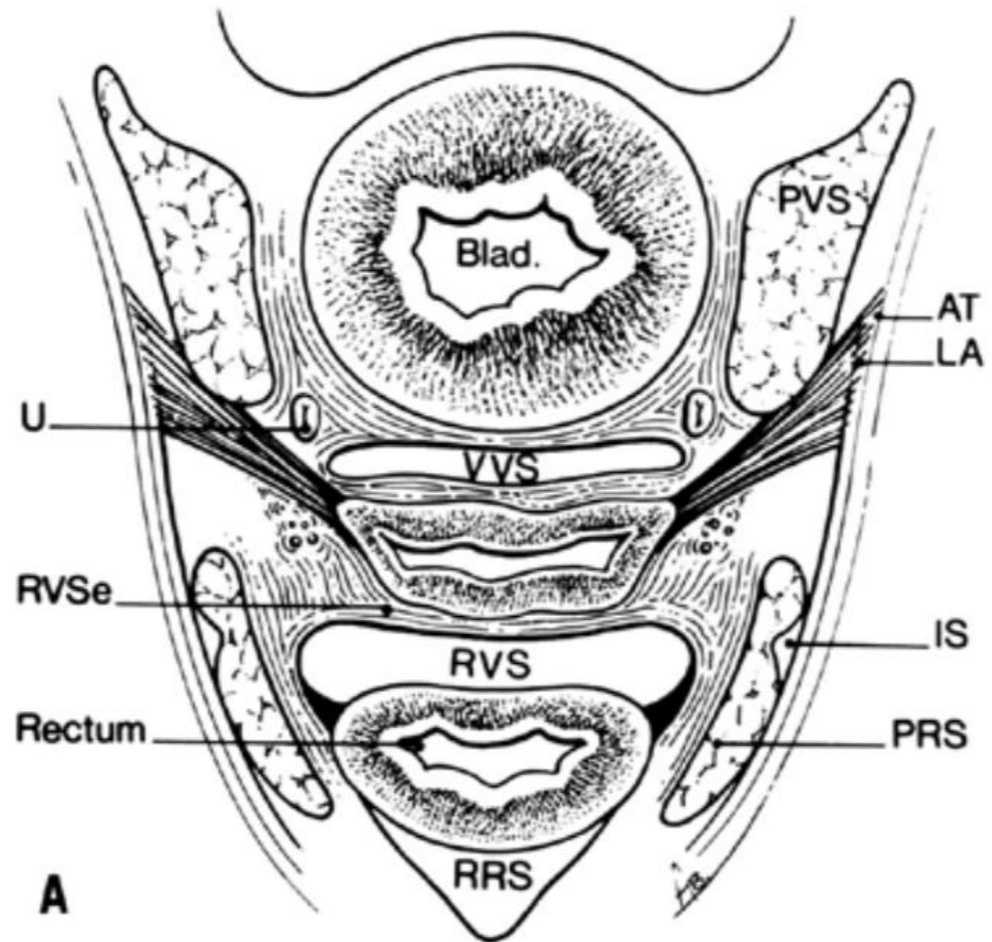


Khoang thành chậu bên

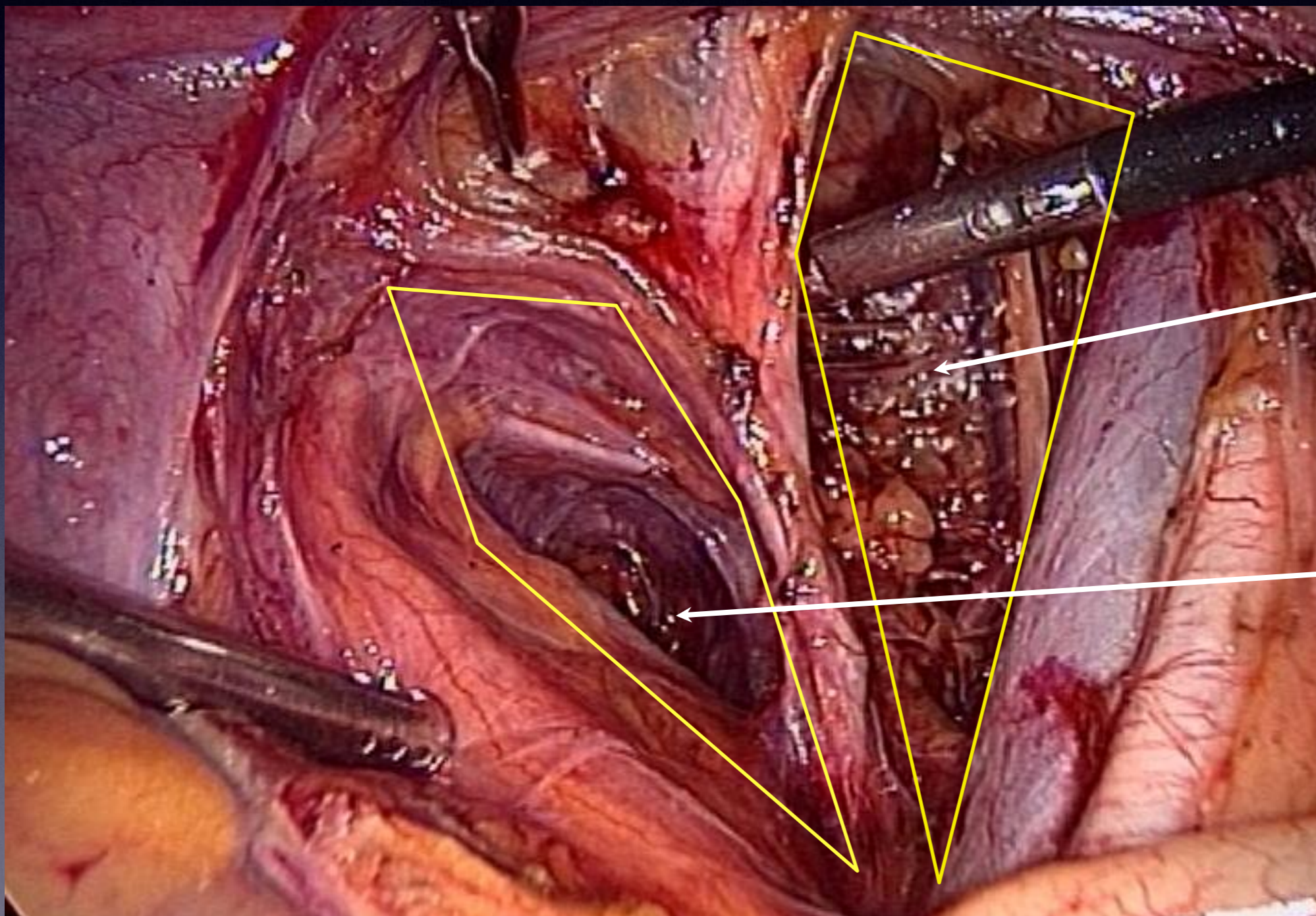


Hố cạnh Bàng quang

Hố cạnh trực tràng



Phẫu tích hồ cạnh trực tràng

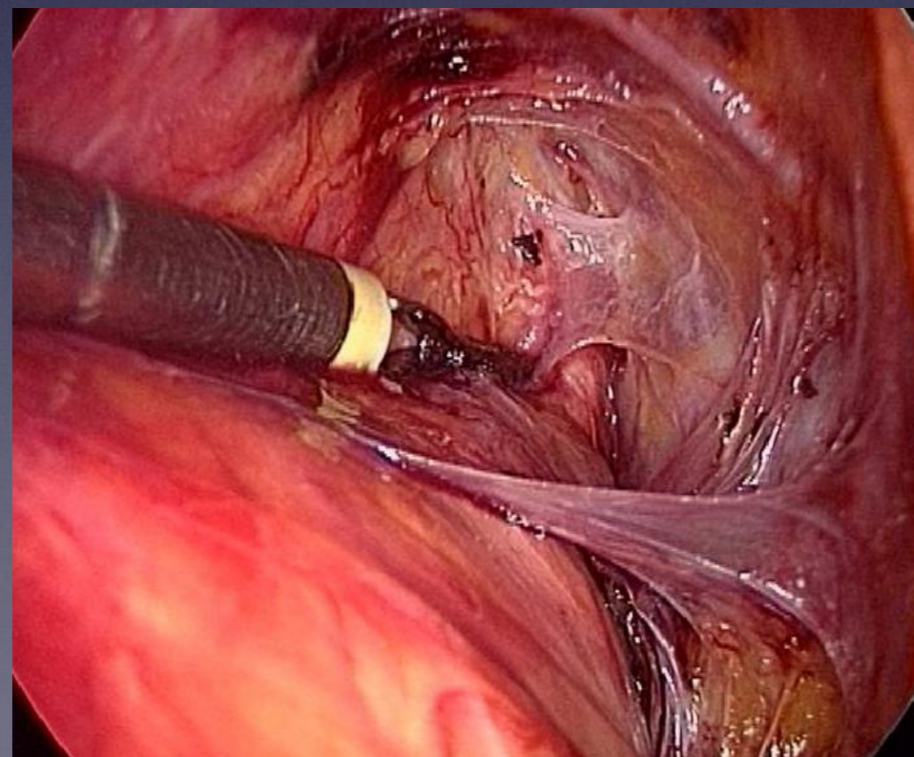
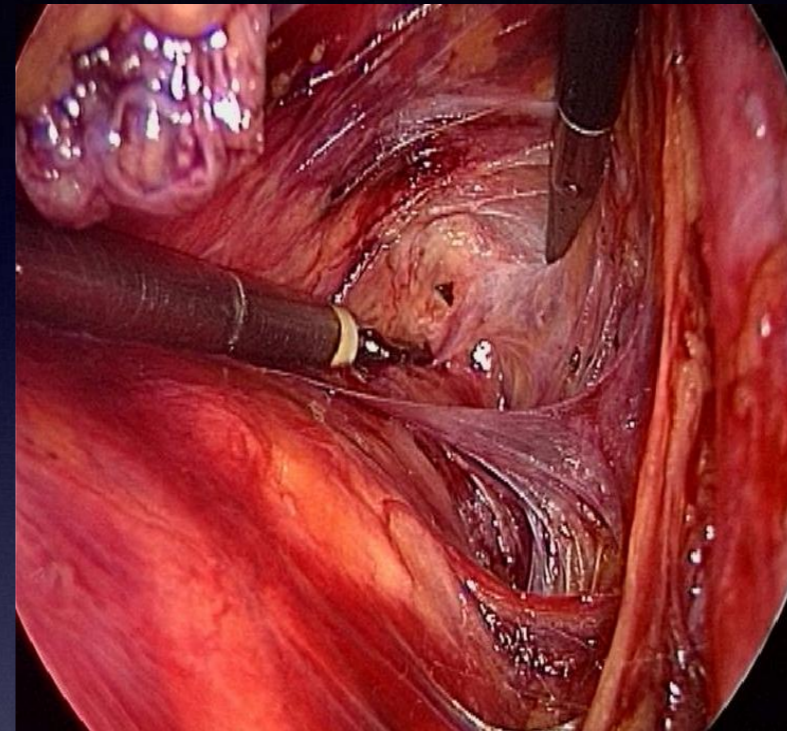
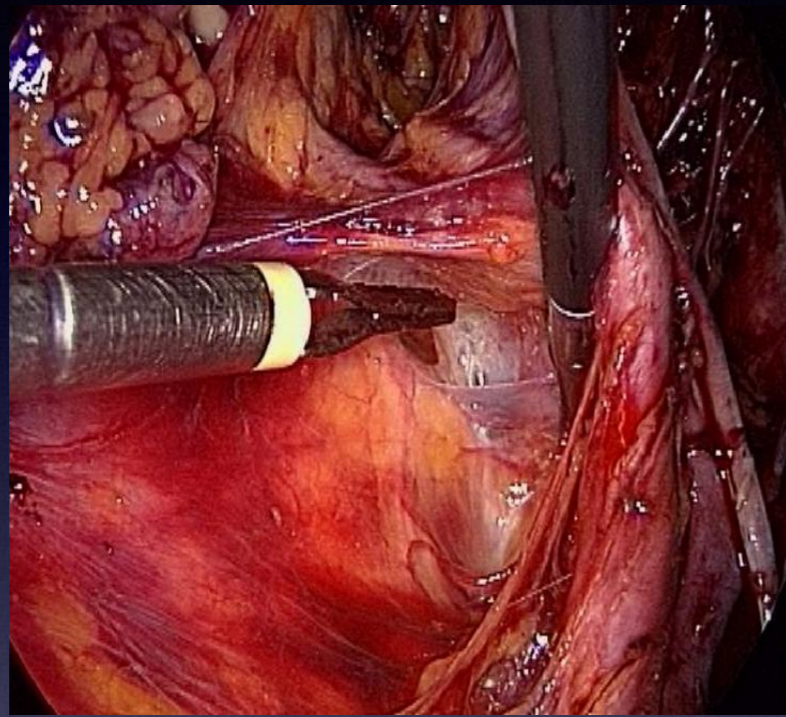


Khoang cạnh
bàng quang

Khoang cạnh
trực tràng

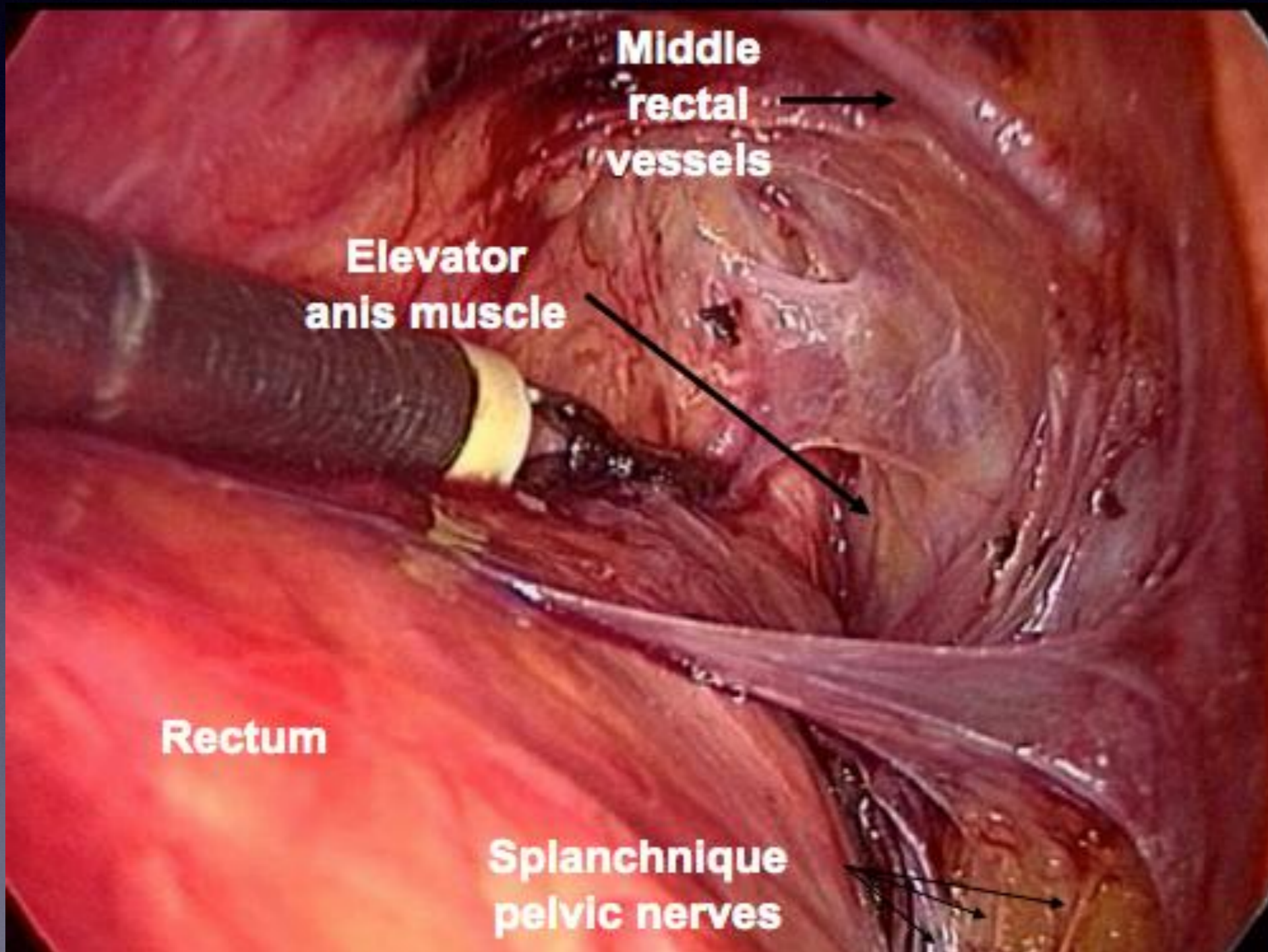
Hố cạnh trực tràng

Giới hạn trong dây chằng TC cùng



Hố cạnh trực tràng

Trong là dây chằng TC cùng



Hồ cạnh trực tràng

Latsko

Hồ cạnh trực tràng

Okayabashi

Đánh giá lại tổn thương Chiến thuật cụ thể

- Niệu quản
- Bàng quang
- Ống tiêu hóa
- Dây chằng tử cung cùng và âm đạo
- Buồng trứng

Đánh giá lại tổn thương

LNMTC niệu quản

- Có thể âm thầm gây mất chức năng thận
- > 50% Không có triệu chứng
- Bệnh lý
 - Nằm bên ngoài và xâm lấn thành niệu quản
 - 1/3 dưới hay gặp
 - Gần vị trí dây chằng tử cung cùng
 - Thường gặp niệu quản trái hơn phải
- Hiếm
- Thường gặp hơn nếu đi kèm LNMTC trực tràng âm đạo
 - Gây kéo niệu quản vào giữa
 - Dính vào khối LNMTC trực tràng âm đạo

LNMTC niệu quản

- Khi gặp khối LNMTC vách trực tràng âm đạo: luôn luôn tìm niệu quản, đặc biệt niệu quản trái
- Niệu quản luôn luôn được nhìn thấy trong suốt phẫu thuật
- Phẫu thuật nội soi giải phóng niệu quản thường hiệu quả tốt (Bởi vì tổn thương thường từ bên ngoài, hiếm khi từ trong ra)
- Cắt đoạn niệu quản trong những trường hợp đặc biệt: tổn thương từ trong ra hoặc kích thước khối LNMTC > 3 cm

LNMTTC niệu quản

Chỉ định đặt JJ

- Trước mổ
 - Giãn niệu quản trên chẩn đoán hình ảnh
 - Tổn thương niệu quản do tiền sử phẫu thuật trước đó
- Trong mổ
 - Giãn niệu quản phát hiện trong mổ
 - Cắt bàng quang sát với chỗ đổ vào bàng quang của niệu quản
 - Tổn thương niệu quản
 - Cắt đoạn niệu quản
 - Làm mất mạch nuôi niệu quản

LNMTC bàn quang

- Lợi ích soi bàn quang trước mổ
 - Nhìn rõ tổn thương
 - Đánh giá chỗ đổ vào bàn quang của niệu quản
 - Đặt sonde JJ nếu tổn thương gần chỗ đổ vào của NQ
- Cố gắng cắt lọc bề mặt tổn thương
- Nếu gây thủng bàn quang
 - Đóng 1 hoặc 2 lớp
 - Bơm xanh methylen kiểm tra độ kín bàn quang
 - Lưu sonde tiểu 8-12 ngày

LNMTTC ống tiêu hóa

Xơ hóa

Vị trí

Kinh nghiệm phẫu thuật viên

1 hay nhiều khối

Phẫu tích cắt đoạn ống tiêu hóa hay không?

Kích thước

Độ thâm sâu của tổn thương

Triệu chứng

% chu vi

Chất lượng cuộc sống

Cắt đoạn

- Tổn thương nhiều ổ
- Xơ hóa
- Đâm xuyên tới lớp niêm mạc hoặc dưới niêm mạc
- > 50% Chu vi

Đại tràng sigma

Nạo bề mặt tổn thương

- Tổn thương 1 ổ
- Chu vi <50%
- Mở thành âm đạo cùng lúc

Trực tràng

Dây chằng TC cùng và âm đạo

- Tổn thương đỉnh dây chằng TC cùng xuất phát từ lớp cơ, cắt khối LNMTC tới lớp cơ
- Nếu âm đạo bị xâm nhiễm, cắt thành âm đạo
- Cắt dây chằng TC cùng
 - Nếu bị thâm nhiễm
 - Có nguy cơ tổn động nước tiểu mãn tính!
 - Nếu dưới niệu quản
 - Nếu tổn thương 2 bên

Kết luận

- Phần thuật LNMTC sâu
 - Khó
 - Nhiều nguy cơ
- Phối hợp đa chuyên ngành
- Nắm chắc giải phẫu