

TỔNG HỢP KHUYẾN CÁO CHO ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC TÁI PHÁT Ở PHỤ NỮ

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE 2016

Pr Philippe JUDLIN Dr Gilles DAUPTAIN

Hanoï – Ho C



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

- Association Française d'Urologie
- Société Interdisciplinaire d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie
- Société Nationale française de Colo-Proctologie
- Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

MÉTHODOLOGIE

- Auteurs : L. Le Normand (Nantes) M. Cosson (Lille) F. Cour (Suresnes) X. Deffieux (Clamart) L. Donon (St. Jean de Luz) P. Ferry (La Rochelle) B. Fatton (Nîmes) J.F Hermieu (Paris) H. Marret (Tours) G. Meurette (Nantes) A. Cortesse (Paris) L. Wagner (Nîmes) X. Fritel (Poitiers)
- Experts rédacteurs : 20 Rédacteurs ☐ Propositions
- 24 lecteurs : validation après re-lecture

MÉTHODOLOGIE

QUESTION

- NP1 - +++ (Essais randomisés forte puissance – métaanalyse essais randomisés)
- NP2 - ++ Essais randomisés Faible puissance – Études comparative non randomisées - Cohortes
- NP3 - + Cas/Témoins
- NP4 – Etudes non r. – Etudes rétrospectives séries de cas
- Pas de NP => Accord professionnel (A.P)

RECOMMANDATION

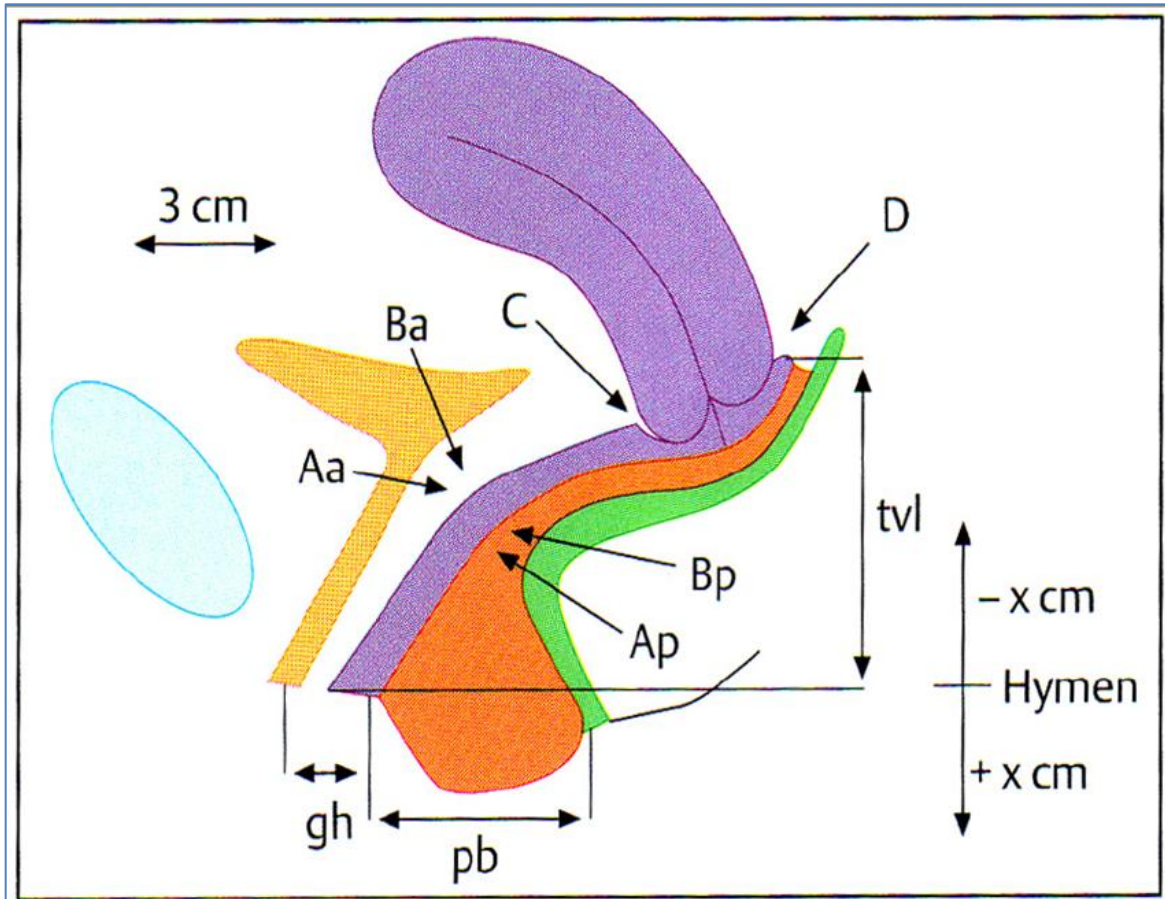
- Grade A = Preuve scientifique établie
- Grade B = Preuve sc. non établie

Grade C = Faible niveau de preuve

ĐỊNH NGHĨA

- Sa trong khoang âm đạo nhiều bộ phận của ổ bụng và chậu hông.
- Ba loại
 - Thành trước (bàng quang)
 - Giữa (tử cung hoặc đỉnh âm đạo)
 - Sau(trực tràng, túi cùng Douglas +/- ruột)
- Tỷ lệ 2,9% - 11,4%
- Tỷ lệ phẫu thuật: 11% sau 70 tuổi

CLASSIFICATION ANATOMIQUE INTERNATIONALE POP-Q (PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION)



Aa: jonction uréthro-vésicale
Ba: sommet paroi antérieure

C: col utérin
D: cul-de-sac postérieur

Ap: partie basse de paroi post.
Bp: sommet paroi postérieure

gh: hiatus génital
pb: distance ano-vulvaire

tlv: longueur vaginale totale

Aa: ranh giới niệu đạo –
bàng quang
Ba: đỉnh thành trước

C: cổ tử cung
D: Túi cùng sau

Ap: phần dưới của thành sau
Bp: đỉnh thành sau

gh: khe sinh dục
Pb: khoảng cách trực tràng –
âm hộ

Tlv: khoảng cách chiều dài
toàn bộ

Định nghĩa lâm sàng cổ điển

- Sa bàng quang âm đạo +/- sa niệu đạo I-III
- Sa tử cung I - III
- Sa trực tràng âm đạo I - III +/- sa túi cùng

• SA SINH DỤC

- Trước
- Giữa
- sau
- Sa bao ≠
- Sa đỉnh âm đạo

Triệu chứng

- Không có triệu chứng ++
- Triệu chứng tiết niệu: són tiểu – tăng kích thích bàng quang-đái khó
- Triệu chứng sinh dục – tình dục: giao hợp đau – ra máu – đau tiểu khung +/- tăng sinh môn
- Triệu chứng hậu môn – trực tràng: đi ngoài khó – và ngược lại
- Tư vấn nhiều lĩnh vực khi :
 - Mong muốn có thai
 - Sa trực tràng kèm theo

Triệu chứng

- Triệu chứng kèm theo không đặc hiệu hoặc kiểu sa sinh dục
- Rất hữu ích khi đảm bảo những khó chịu của bệnh nhân có liên quan đến sa sinh dục quan sát được (AP)
- Cần thiết đánh giá triệu chứng, ảnh hưởng chức năng và mong muốn của bệnh nhân
- Chỉ định phẫu thuật dựa trên xuất hiện triệu chứng và sự xuất hiện của sa sinh dục (AP)
- Kỹ thuật dựa trên mức độ nghiêm trọng và kiểu sa sinh dục=> mô tả mức độ sa sinh độ từ mức I - III (NP3)

NGUY CƠ BIẾN CHỨNG – HẬU PHẪU

- Béo phì– Nghiện thuốc lá => lộ tẩm Prothèse (NP 3)
- Tiền sử phẫu thuật: hội chứng đau tiểu khung=> đau sau mổ
- Tình thế phức tạp: cần phải
 - Siêu âm
 - Chụp bàng quang âm đạo
 - I.R.M



YẾU TỐ CHỌN LỰA PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- SA SINH DỤC MỨC ĐỘ CAO
POP-Q 3 – khe sinh dục rộng
- Tăng áp lực ổ bụng, bệnh phế quản mãn tính
- Rối loạn chức năng chức năng tiết niệu
kèm theo : câu hỏi – biểu đồ đi tiểu – Tìm
són tiểu

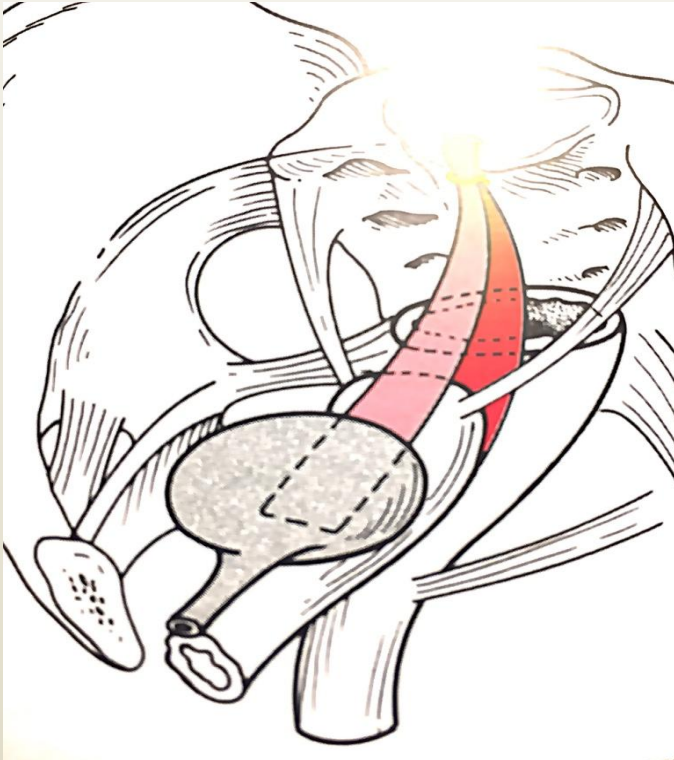
- Bàng quang rộng: lưu lượng kế và đo nước tiểu còn lại sau khi đi tiểu (AP)
- Siêu âm tìm giãn bể thận, niệu quản đài thận nếu sa sinh dục lộ ra ngoài (AP)
- Triệu chứng trực tràng – hậu môn=> hội chẩn chuyên khoa tiêu hóa

XÉT NGHIỆM TRƯỚC PHẪU THUẬT

- **KHÁM PHỤ KHOA**: khám trực tràng, âm đạo, đặt mỏ vịt
- Siêu âm +/- sinh thiết niêm mạc tử cung nếu cắt tử cung hoặc cắt nhỏ tử cung sau mổ
- Làm tế bào âm đạo

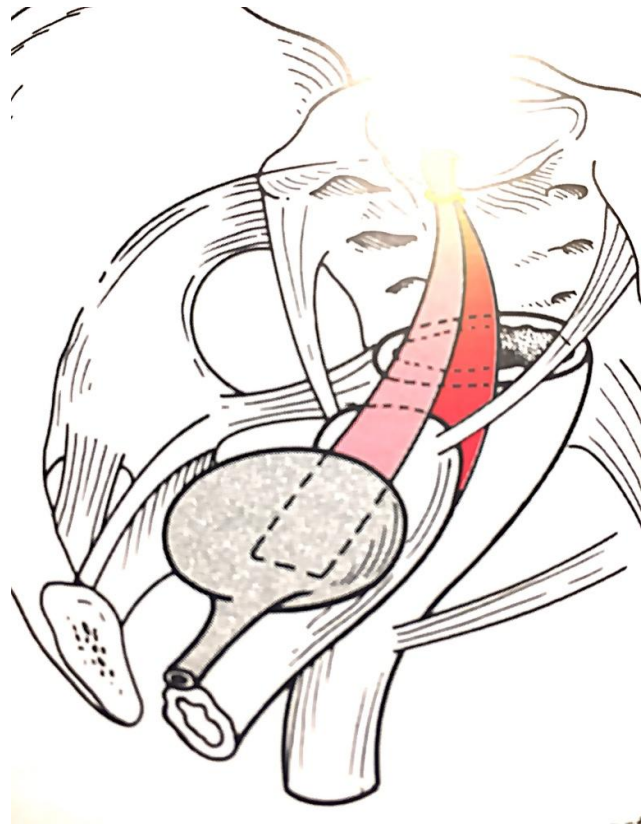
**KHÔNG LÀM XÉT NGHIỆM
NIỆU ĐỘNG HỌC NẾU
KHÔNG CÓ SÓN TIỂU**

SA SINH DỤC CHƯA TÁI PHÁT: TREO VÀO MỖM NHÔ QUA NỘI SOI



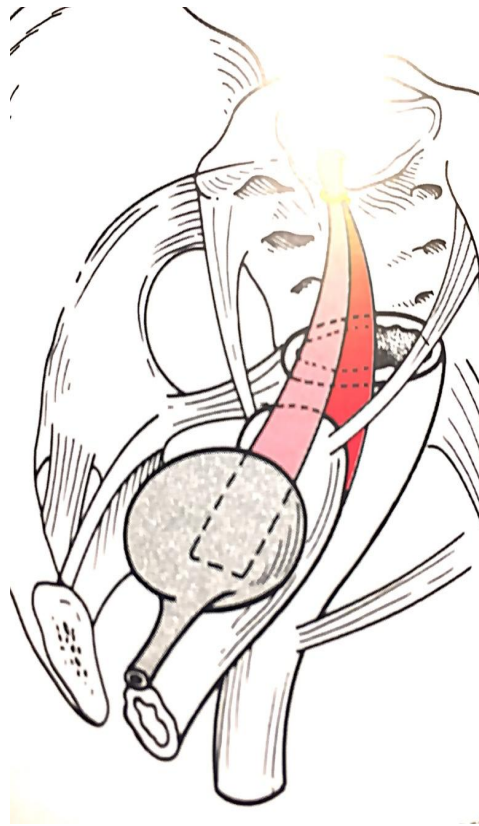
- Không cần thắt tháo
- Không đặt một cách có hệ thống tấm lưới sau nằm giữa trực tràng âm đạo để đề phòng sa trực tràng sau này
- Treo trực tràng qua nội soi rất hiệu quả cho điều trị sa trực tràng

SA SINH DỤC CHƯA TÁI PHÁT: TREO VÀO MỖM NHÔ QUA NỘI SOI



- Chưa có tài liệu nào kết luận rõ ràng kiểu cố định. Ta có thể liệt kê những cách hay sử dụng:
 - Cố định vào âm đạo và eo tử cung bằng chỉ
 - Cố định vào mỗm nhô bằng chỉ không tiêu
 - Phần lớn tác giả yêu cầu phủ phức mạc lên tấm lưới để phòng tắc ruột
- Khuyến cáo dùng Prothèse tổng hợp typ I và III

SA SINH DỰC CHƯA TÁI PHÁT: TREO VÀO MỠ NHÔ QUA NỘI SOI



- Kết quả giải phẫu như nhau giữa cố định mỡ nhô qua nội soi và mổ mở
- Mỡ qua nội soi được khuyến cáo vì ít biến chứng , ít chảy máu, thời gian nằm viện ngắn
- Mỡ bằng robot không hơn gì người
- Không sử dụng robot khi mổ nội soi

SA SINH DỤC CHƯA TÁI PHÁT – MỖ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO



- Dùng lưới nâng điều trị sa bàng quang thì tốt hơn dùng tổ chức tự thân về mặt giải phẫu
- Không có sự khác biệt giữa lưới nâng và tổ chức tự thân về mặt chức năng. Lưới nâng tăng nguy cơ biến chứng (loét)
- Sử dụng lưới nâng cần bàn bạc từng ca một

SA SINH DỤC CHƯA TÁI PHÁT – MỖ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO



- Không khuyến cáo thụt tháo trước mổ,
- Sửa lại hoặc tăng cường vách trực tràng âm đạo là hai kỹ thuật sử dụng cho sa trực tràng giữa. Tăng cường đem lại kết quả tốt hơn về mặt giải phẫu nhưng kết quả chức năng thì như nhau
- Sử dụng chỉ không tiêu có thể dẫn đến loét hoặc u hạt → nên sử dụng chỉ tiêu chậm

SA SINH DỤC CHƯA TÁI PHÁT – MỖ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO



- Khâu cơ nâng dẫn đến táo bón cho 50% số bệnh nhân. Khuyến cáo không nên khâu cơ nâng
- Không dùng lưới nâng sinh học trước trực tràng
- Lưới nâng tổng hợp cần được đánh giá thêm
- Tỷ lệ loét: 5,6 – 12% , tỷ lệ giao hợp đau 63% (NP3) => **không chỉ định lưới nâng tổng hợp cho sa trực tràng ngay từ đầu**

Làm lại thành sau âm đạo

- Khuyến cáo làm lại thành sau âm đạo nếu âm đạo rộng và sa trực tràng thấp
- **Không khuyến cáo làm cách hệ thống (AP)**

Sa thành sau âm đạo sau hoặc sa túi cùng

- Không có sự khác biệt giữa phương pháp McCall và Richter
- Điều trị sa đỉnh âm đạo thì phương pháp cố định mỏm nhô qua nội soi và Richter thì kết quả giải phẫu đều như nhau nhưng khác biệt ở chỗ đau sau phẫu thuật

Đường qua trực tràng

- Kết quả kém hơn đường âm đạo
- **Điều trị sa thành sau thấp hoặc giữa. Đường âm đạo được khuyến cáo**

Khâu kín âm đạo

- Hiệu quả tức thì
- Thay đổi chất lượng cuộc sống và hình ảnh thân thể
- 85-100% bệnh nhân hài lòng trong thời hạn 1-3 năm
- 5% tiếc nuối sau một thời gian dài
- Ít biến chứng cho phụ nữ trên 80 tuổi
- Đóng âm đạo khuyến dùng cho phụ nữ cao tuổi không quan hệ nữa
- Đóng âm đạo làm việc khảo sát tử cung trở nên không thể → cần phải đánh giá trước phẫu thuật

Cắt tử cung -1

- Cắt tử cung liệu có thay đổi kết quả giải phẫu và chức năng của phẫu thuật sa sinh dục?
- Treo tử cung và dây chằng cùng gai hiệu quả như cắt tử cung + treo mỏm cắt vào dây chằng cùng gai nhưng giảm thời gian nằm viện và sớm trở lại làm việc hơn
- Cổ tử cung phì đại = yếu tố tái phát. Nên cắt cụt CTC nếu phì đại CTC
- Cắt TC khi điều trị sa TC bằng lưới nâng đường âm đạo không thay đổi kết quả so với không cắt TC.

Cắt tử cung -2

- Nếu cố định mỏm nhô cắt TC sẽ tăng thời gian phẫu thuật và mất máu không giảm nguy cơ tái phát sa tầng giữa
- **Cắt TC không thay đổi chức năng tình dục .**
- **Bảo tồn TC không thay đổi nguy cơ rò âm đạo nếu dùng lưới nâng âm đạo**
- **Trong cố định mỏm nhô nếu phải cắt TC nên cắt TC bán phần vì cắt TC hoàn toàn làm tăng nguy cơ loét lộ lưới nâng**
- **Không có bằng chứng khoa học để thực hiện cắt TC một cách hệ thống trong điều trị Sa sinh dục**

Sa sinh dục kèm són tiểu(IU)

- Nên điều trị thành 2 thời điểm.
- Chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả khi điều trị đồng thời

Sa sinh dục kèm són tiểu (IU) -2

- Điều trị sa sinh dục làm giảm 50-60% són tiểu ần.
- Điều trị đồng thời làm tăng đái khó và tăng kích thích bàng quang
- Khuyến cáo điều trị 2 thì

Kết luận

- Cố định vào mỏm nhô qua nội soi là kỹ thuật lựa chọn cho phụ nữ trẻ trừ khi sa sinh dục độ IV , sa bàng quang với khiếm khuyết bên hoặc sa trực tràng thấp.
- Đường âm đạo:
 - + sử dụng lưới nâng thành trước không được khuyến cáo làm một cách hệ thống
 - + cố định vào dây chằng cùng gai đem lại kết quả tốt
 - + Sử dụng lưới nâng cho thành sau vẫn đang tranh cãi (loét...)
 - + khâu cơ nâng làm lại thành sau là vô ích thậm chí gây đau khi giao hợp.
 - + không cắt TC một cách hệ thống nếu phải cắt nên cắt bán phần