KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TÁI PHÁT TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Thị Liên Châu, Châu Khắc Tú, Lê Sỹ Phương, Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Hoàn, Hoàng Thị Bích Ngọc
Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

U lạc nội mạc tử cung (LNMTC) tái phát từ lâu đã được xem là một thách thức trong thực hành lâm sàng. Việc điều trị triệt để u lạc nội mạc vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Điều trị nội khoa và ngoại khoa bảo tồn chỉ tạo ra một sự thuyên giảm tạm thời nhưng không thể loại trừ tất cả các tổn thương vi thể, tổn thương sau phúc mạc. Nghiên cứu được thực hiện trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán u lạc nội mạc tử cung tái phát tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2011 đến tháng 08/2013 với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị của u lạc nội mạc tử cung tái phát. Kết quả cho thấy có sự cải thiện về cường độ đau của các triệu chứng thống kinh, đau vùng chậu không theo kỳ kinh, giao hợp đau và đại tiện khó trước và sau điều trị. Chất lượng sống, chỉ số hài lòng tình dục tổng thể có sự cải thiện rõ sau điều trị. Tỷ lệ có thai vào thời điểm 3 tháng sau khi kết thúc điều trị là 20,0%.

Abstract

RESULTS OF RECURRENT ENDOMETRIOSIS TREATMENT AT THE OB/GYN DEPARTMENT, HUE CENTRAL HOSPITAL

The study was performed on 46 patients diagnosed recurrent endometrial tumors at the Department of Ob/Gyn, Hue Central Hospital from January, 2011 to August, 2013 with the aim of evaluating the results of recurrence endometrial tumor treatment. The results showed an improvement in pain intensity of the symptoms: dysmenorrhoea, irregular pelvic pain, painful intercourse and difficult defecation before and after treatment. Quality of life, overall sexual satisfaction index has improved after the treatment. Pregnant rates at the time of 3 months after the end of treatment was 20.0%.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Hoàng Thị Liên Châu,
email: lienchauhoang@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 10/03/2016
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 20/04/2016
*Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted):*25/04/2016

1. Đặt vấn đề

U lạc nội mạc tử cung là một trong những bệnh lý thường gặp trong phụ khoa, trong đó có sự hiện diện lạc chỗ của mô tuyến và mô đệm nội mạc tử cung nằm ngoài buồng tử cung và có liên quan đến đau vùng chậu và vô sinh. Mặc dù được miêu tả lần đầu cách đây hơn 300 năm nhưng cho đến nay vẫn còn nhiều bàn cãi về cơ chế sinh bệnh, nguyên nhân và thái độ xử trí [1].

Triệu chứng của u lạc nội mạc tử cung rất đa dạng, thường gặp nhất là thống kinh, giao hợp đau và đau vùng chậu mãn tính không theo chu kỳ. Ngoài triệu chứng đau u lạc nội mạc tử cung cũng có những tác động liên quan đến khả năng sinh sản, nguy cơ bị vô sinh ở các bệnh nhân u lạc nội mạc tử cung cao gấp 20 lần so với các bệnh nhân không bị u lạc nội mạc tử cung [2]. Việc điều trị triệt để u lạc nội mạc vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Điều trị nội khoa và ngoại khoa bảo tồn chỉ tạo ra một sự thuyên giảm tạm thời nhưng không thể loại trừ tất cả các tổn thương vi thể, tổn thương sau phúc mạc. Khoảng 21,5% bệnh nhân tái phát sau 2 năm và từ 40 - 45% bệnh nhân có tái phát bệnh sau 5 năm [3]. U lạc nội mạc tử cung tái phát từ lâu đã được công nhận là một vấn đề nghiêm trọng. Việc loại bỏ hay giảm tái phát hiện nay chưa thực sự có hiệu quả. Tái phát sau phẫu thuật xảy ra do tổn thương còn sót lại của u lạc nội mạc tử cung. Tốc độ tăng trưởng vi thể của u lạc nội mạc tử cung không thể phát hiện qua phẫu thuật.

Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về sự tái phát của u lạc nội mạc tử cung cũng như các yếu tố tác động đến sự tái phát của bệnh. Hầu hết các nghiên cứu đánh giá sự ảnh hưởng của từng yếu tố như: hiệu quả điều trị nội khoa trước phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa sau phẫu thuật, so sánh các phương pháp phẫu thuật trong u lạc nội mạc tử cung, đánh giá kết quả nội soi điều trị bệnh nhân vô sinh có u lạc nội mạc tử cung…

Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung tái phát tại khoa Phụ sản – Bệnh viện Trung ương Huế" nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị của u lạc nội mạc tử cung tái phát.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 46 BN được chẩn đoán u LNMTC tái phát vào điều trị tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2011 đến tháng 8/2013.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tiền sử: đã được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh và điều trị u lạc nội mạc tử cung.

- Lâm sàng có triệu chứng của u lạc nội mạc tử cung: thống kinh, đau vùng chậu không theo kỳ kinh, giao hợp đau, đại tiện khó, có khối u phần phụ.

- Siêu âm: Có sự hiện diện tiêu chuẩn điển hình của u lạc nội mạc tử cung (khối echo giảm âm, dạng gương mờ) với đường kính >2cm [4].

- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u LNMTC.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.1. Các bước tiến hành:

Các bệnh nhân sau khi được chẩn đoán là u lạc nội mạc tử cung tái phát, chúng tôi tiến hành điều trị theo phác đồ như sau:

- Khám lâm sàng thấy có viêm dính nhiều vùng chậu, tử cung kém di động, thâm nhiễm trực tràng âm đạo. Điều trị nội khoa trước phẫu thuật:

+ Bước 1: Điều trị nội khoa bằng Goserelin acetate (Zoladex) liều 3,6mg tiêm dưới da thành bụng trước mỗi 28 ngày, tiêm ba liều và liều đầu tiên vào ngày đầu hành kinh.

+ Bước 2: Điều trị ngoại khoa, chúng tôi hẹn bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật 15 ngày sau khi kết thúc đợt điều trị thứ ba. Trong quá trình phẫu thuật đánh giá mức độ lạc nội mạc tử cung theo AFS.

- Độ I - II: không điều trị nội khoa sau phẫu thuật
- Độ III - IV: điều trị nội khoa sau phẫu thuật

- Khám lâm sàng không viêm dính hay viêm dính nhẹ.

+ Bước 1: Điều trị ngoại khoa. Trong quá trình phẫu thuật đánh giá mức độ lạc nội mạc tử cung theo AFS.

- Độ I - II: không điều trị nội khoa sau phẫu thuật
- Độ III - IV: điều trị nội khoa sau phẫu thuật

+ Bước 2: Điều trị nội khoa sau phẫu thuật bằng

Goserelin acetate (Zoladex) liều 3,6mg tiêm dưới da thành bụng trước mỗi 28 ngày, tiêm ba liều, liều đầu tiên vào ngày đầu hành kinh của chu kỳ kế tiếp ngay sau phẫu thuật.

2.2.2. Theo dõi và đánh giá sau điều trị:

Vào thời điểm 3 tháng sau kết thúc điều trị chúng tôi ghi nhận:

- Sự thay đổi của các triệu chứng thống kinh, đau vùng chậu không theo kỳ kinh, giao hợp đau, đại tiện khó theo thước đo cảm giác đau so với trước điều trị.
- Chất lượng sống liên quan đến sức khỏe theo EQ VAS và chỉ số hài lòng tình dục tổng thể so với trước điều trị.
- Tỷ lệ có thai sau điều trị.

2.2.3. Các tiêu chuẩn đánh giá

2.2.3.1. Cường độ triệu chứng đau, chất lượng sống và chất lượng tình dục

* Cường độ triệu chứng đau được đánh giá theo thước đo cảm giác đau và được phân chia mức độ theo Vercellini và cs (2007) [5]:
- Đau nhẹ: 1-50 điểm
- Đau vừa: 51-80 điểm
- Đau nặng: 81-100 điểm

* Đánh giá chất lượng sống theo EQ VAS [6]:
- Tình trạng sức khỏe tốt nhất được đánh dấu ở mức 100 điểm.
- Tình trạng sức khỏe kém nhất được đánh dấu ở mức 0 điểm.
- Người bệnh sẽ tự đánh giá tình trạng sức khỏe của mình bằng cách vẽ một đường từ hộp "tình trạng sức khỏe của bản thân hiện tại" đến điểm thích hợp trên thước đo EQ VAS.

* Đánh giá chất lượng tình dục: theo chỉ số hài lòng tình dục tổng thể (Global Sexual Satisifaction Index) [7]. BN tự đánh giá sự hài lòng tình dục theo thang đo 9 điểm, trong đó:
- Mức 0 điểm tương ứng với chất lượng tình dục xấu nhất.
- Mức 9 điểm tương ứng với chất lượng tình dục tốt nhất.

2.2.3.2. Đánh giá mức độ bệnh LNMTC theo AFS [8]

Độ I: Nhẹ	1-5 điểm
Độ II: Trung bình	6-15 điểm
Độ III: Nặng	16-40 điểm
Độ IV: Rất nặng	> 40 điểm

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 3.1. Thay đổi cường độ triệu chứng đau trước và sau điều trị

Cường độ / Triệu chứng	Trước điều trị TB ± ĐLC	Sau điều trị TB ± ĐLC	P
Đau vùng chậu	57,8 ± 5,0	3,2 ± 0,9	< 0,05
Thống kinh	62,9 ± 3,8	2,3 ± 0,9	< 0,05
Giao hợp đau	34,8 ± 5,1	0,7 ± 0,4	< 0,05
Đại tiện khó	17,2 ± 4,2	1,1 ± 0,5	< 0,05

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cường độ đau của các triệu chứng thống kinh, đau vùng chậu không theo kỳ kinh, giao hợp đau và đại tiện khó trước và sau điều trị (p < 0,05).

Bảng 3.2. Thay đổi triệu chứng đau vùng chậu trước và sau điều trị

	Không đau		Nhẹ		TB		Nặng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trước điều trị	11	23,9	0	0	21	45,7	14	30,4
Sau điều trị	34	73,0	12	26,1	0	0	0	0

Có 35 trường hợp đau vùng chậu mức độ trung bình và nặng trước điều trị chiếm tỷ lệ 76,1%. Sau điều trị có 73,9% trường hợp không còn triệu chứng đau vùng chậu.

Bảng 3.3. Thay đổi triệu chứng thống kinh trước và sau điều trị

	Không đau		Nhẹ		TB		Nặng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trước điều trị	5	10,9	4	8,7	28	60,9	9	19,6
Sau điều trị	28	80,4	7	19,6	0	0	0	0

Có 37 trường hợp thống kinh mức độ trung bình và nặng trước điều trị chiếm tỷ lệ 80, 5%. Sau điều trị có 80,4% trường hợp không còn triệu chứng thống kinh.

Bảng 3.4. Thay đổi triệu chứng giao hợp đau trước và sau điều trị

	Không đau		Nhẹ		TB		Nặng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trước điều trị	22	47,8	5	10,9	17	37,0	2	4,3
Sau điều trị	42	91,3	4	8,7	0	0	0	0

Có 41,3% trường hợp giao hợp đau mức độ trung bình và nặng trước điều trị.

Sau điều trị giao hợp không đau và đau nhẹ chiếm tỷ lệ là 91,3% và 8,7%.

Bảng 3.5. Thay đổi triệu chứng đại tiện khó trước và sau điều trị

	Không đau		Nhẹ		TB		Nặng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trước điều trị	33	71,7	4	8,7	7	15,2	2	4,3
Sau điều trị	42	91,3	4	8,7	0	0	0	0

Có 19,5% trường hợp đại tiện khó mức độ trung bình và nặng trước điều trị.

Sau điều trị không có trường hợp nào đại tiện khó mức độ trung bình và nặng.

Bảng 3.6. Chất lượng sống và chỉ số hài lòng tình dục trước và sau điều trị

Thời điểm / Triệu chứng	Trước điều trị TB ± ĐLC	Sau điều trị TB ± ĐLC	P
Chất lượng sống theo EQ VAS	55,7 ± 11,4	87,0 ± 5,5	< 0,05
Chỉ số hài lòng tình dục tổng thể	3,8 ± 1,2	8,0 ± 0,9	

Điểm số chất lượng sống trước điều trị là 55,7 ± 11,4, sau điều trị là 87,0 ± 5,5.

Chỉ số hài lòng tình dục tổng thể trước điều trị là 3,8 ± 1,2, sau điều trị là 8,0 ± 0,9.

Bảng 3.7. Tỉ lệ có thai chung sau điều trị

Có thai sau điều trị	N	%
Có thai	7	20,0
Không có thai	28	80,0
Tổng	35	100

Có 7 trường hợp có thai trên tổng số 35 bệnh nhân (không tính 11 trường hợp BN đã cắt tử cung toàn phần) sau kết thúc điều trị 3 tháng chiếm tỷ lệ 20,0%

4. Bàn luận

1. Thay đổi triệu chứng cơ năng, chất lượng sống và chỉ số hài lòng tình dục sau điều trị

LNMTC có tác động không tốt đến chất lượng sống. Vì vậy việc điều trị nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống là điều cần thiết. Ở BN u LNMTC đánh giá hiệu quả điều trị hầu hết dựa vào việc đánh giá triệu chứng đau và tình trạng vô sinh. Trong lĩnh vực điều trị cải thiện triệu chứng đau, phương thức điều trị được lựa chọn là điều trị nội khoa. Có nhiều nghiên cứu đã tập trung vào các phương pháp điều trị bởi các loại thuốc khác nhau như các loại thuốc giảm đau từ non-steroid, thuốc tránh thai, progestin, các loại nội tiết danazol, các chất đồng vận GnRH nhằm đánh giá hiệu quả của từng loại thuốc, từng loại liều và cân nhắc với tác dụng phụ cũng như đáp ứng với từng bệnh nhân. Điều trị ngoại khoa được chỉ định khi triệu chứng đau trầm trọng hay cấp tính, điều trị nội khoa thất bại (không giảm đau) và bệnh có những dấu hiệu đang tiến triển nhiều [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện rõ rệt về cường độ đau của các triệu chứng thống kinh, đau vùng chậu không theo kỳ kinh, giao hợp đau và đại tiện khó, chất lượng cuộc sống và chỉ số hài lòng tình dục tổng thể sau điều trị (p < 0,05) với thời gian theo dõi 3 tháng. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Abott JA và cs, Ferrero S. và cs [10].

2. Tỉ lệ có thai chung sau điều trị

Vô sinh cũng là một trong những mục tiêu của việc điều trị u LNMTC. Tỉ lệ có thai dao động từ 23% - 67% sau phẫu thuật u LNMTC [11]. Trong một phân tích gộp so sánh phẫu thuật với các biện pháp điều trị không phẫu thuật ở tất cả các giai đoạn, người ta nhận thấy phẫu thuật đem lại tỉ lệ có thai cao hơn và khi so sánh phẫu thuật nội soi và mổ hở so với các biện pháp không phẫu thuật khác thì biện pháp phẫu thuật cũng đem lại hiệu quả cao hơn. Theo Trần Đình Vinh tỉ lệ có thai tích luỹ sau 12 tháng là 36,6% và đa số là bệnh nhân có thai trong khoảng thời gian 5 tháng đầu sau mổ [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có thai lại sau phẫu thuật là 7 trường hợp chiếm tỷ lệ 20,0%. Tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn vì chúng tôi không tách riêng nhóm vô sinh mà tính tỷ lệ có thai chung sau phẫu thuật do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đã nổ lực trong việc tìm hiểu điều trị u LNMTC nói chung và u LNMTC gây vô sinh nói riêng để đi đến một sự thống nhất cao trong lựa chọn phương pháp điều trị. Đến nay vẫn còn nhiều tranh cãi, vẫn chưa có giải pháp triệt để nào để có hiệu quả cao nhất, dù là điều trị nội khoa, ngoại khoa, ngoại khoa hỗ trợ sinh sản, hay phối hợp các điều trị với nhau. Cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa để hy vọng trong một tương lai gần mọi phụ nữ u LNMTC đều có cơ hội chọn lựa khả năng sinh sản của mình [13].

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 46 bệnh nhân u LNMTC tái phát ở buồng trứng được điều trị tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Có sự cải thiện về cường độ đau của các triệu chứng thống kinh, đau vùng chậu không theo kỳ kinh, giao hợp đau và đại tiện khó trước và sau điều trị (p < 0,05).
- Chất lượng sống, chỉ số hài lòng tình dục tổng thể cũng có sự cải thiện rõ sau điều trị (p < 0,05).
- Tỷ lệ có thai vào thời điểm 3 tháng sau khi kết thúc điều trị là 20,0%.

Tài liệu tham khảo

1. Adamson G. D., Pasta D. J. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system, Fertil Steril; 2009. p. 192-197.

2. Busacca M., Chiaffarino F., Sci B., et al. Determinants of long-term clinically detected recurrence rates of deep, ovarian, and pelvic endometriosis, American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006; p. 26-32.

3. Guo SW, Recurrence of endometriosis and its control. Human Reproduction Update. 2009;15(4): 441-461.

4. Kikuchi I, Takeuchi H, Kitade M. Recurrence rate of endometriomas following a laparoscopic cystectomy. Acta Obstetricia et Gynecologica. 2006; 85:120-1124.

5. Vercellini P., Fedele L., Aimi G. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients, Human Reproduction; 2007. 22(1), p.266-271.

6. Rabin R., Oemar M., Oppe M., et al. EQ-5D-5L User Guide, EuroQol Group; 2011. p.1-28.

7. Ferrero S., Esposito F., Abbamonte L. H., et al. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia, Fertility and Sterility; 2005.83(3). p.573-579.

8. Overton C., Davis C., McMillan L., et al. An Atlas of Endometriosis, The Parthenon Publishing Group; 2007.

9. Nguyễn Thị Thanh Mai. Khảo sát yếu tố liên quan tái phát lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú; 2007.

10. Abbott J. A., Hawe J., Clayton R. D., et al. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2 ± 5 year follow-up, Human Reproduction; 2003; 18(9), p.1922-1927.

11. Busacca M., Chiaffarino F., Sci B., et al. Determinants of long-term clinically detected recurrence rates of deep, ovarian, and pelvic endometriosis, American Journal of Obstetrics and Gynecology; 2006. p. 26-32.

12. Trần Đình Vinh . Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của siêu âm doppler màu trong chẩn đoán và theo dõi kết quả u lạc nội mạc tử cung. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Huế; 2010.

13. Nguyễn Văn Tuấn. Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với liệu pháp hỗ trợ chất đồng vận GnRH. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại Học Y Dược Huế; 2012.