

PHẪU THUẬT NỘI SOI TREO VÀO MỖM CÙNG NHỎ TRONG ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC

Châu Khắc Tú, Lê Sỹ Phương, Bạch Cẩm An, Lê Minh Toàn, Phan Việt Tâm, Nguyễn Thị Mỹ Hương
 Bệnh viện Trung ương Huế

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, Treo vào mỏm cùng, Sa sinh dục.
Key word: Laparoscopic surgery, Promontofixation, Genital prolapse.

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ són tiểu, phân độ POP – Q sa sinh dục trên nhóm bệnh nhân sa sinh dục được điều trị bằng phẫu thuật nội soi treo vào mỏm cùng nhỏ mà vẫn bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế và đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật có so sánh với phương pháp phẫu thuật Crossen đường dưới truyền thống.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang và có theo dõi trên 62 bệnh nhân sa sinh dục gồm hai nhóm: Nhóm I gồm 12 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi treo vào mỏm nhỏ và nhóm II gồm 50 bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Crossen truyền thống trong thời gian từ tháng 6/2011 đến tháng 06/2015.

Kết quả: Những trường hợp sa sinh dục nặng khi được đánh giá theo thang điểm POP-Q đều được điều trị triệt để và không tái phát sau 48 tháng theo dõi. Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS ở nhóm PT Crossen và nhóm NS ngày thứ 1 sau mổ lần lượt là 5.5 ± 1.8 và 3.6 ± 1.1 , ngày thứ 3 sau mổ là 4.2 ± 1.8 và 1.6 ± 0.6 . Thời gian mổ trung bình ở nhóm PT Crossen và nhóm NS lần lượt là 78,8 phút và 125,6 phút, lượng máu mất trung bình là 45,7 ml và 30,2 ml, thời gian nằm viện trung bình là 7,7 ngày và 4,1 ngày, thời gian theo dõi trung bình là 23 tháng và 21 tháng. Tỷ lệ són tiểu trước mổ là 20% gồm 2 cas ở nhóm nội soi và 11 cas ở nhóm PT Crossen, tất cả đều cải thiện tốt sau mổ. Các biến chứng trong và sau mổ: ở nhóm nội soi có 1 trường hợp tổn thương bàng quang trong mổ. Ở nhóm mổ Crossen có 1 trường hợp nhiễm trùng mỏm cắt âm đạo, 1 trường hợp bí tiểu sau mổ.

Kết luận: Tỷ lệ són tiểu chiếm 20%, tình trạng sa sinh dục được cải thiện hoàn toàn và chưa thấy tái phát sau 48 tháng, tình trạng đau sau mổ cũng như các biến chứng trong và sau mổ rất thấp có thể sửa chữa được.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, Treo vào mỏm cùng, Sa sinh dục.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
 Châu Khắc Tú,
 email: ckhactu@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

Abstract

LAPAROSCOPIC PROMONTOFIXATION FOR THE GENITAL PROLAPSE TREATMENT

Objective: Determine the rate of urine incontinence, POP – Q classification for female genital prolapse on patients treated with laparoscopic promontofixation surgery with uterine reservation at Hue Central Hospital and evaluating treatment outcomes after surgery compared with the Crossen surgery, a vaginal traditional surgical method.

Methods: Retrospective, descriptive cross-sectional and follow-up on 62 female genital prolapse patients who consists of two groups: 12 patient group with laparoscopic promontofixation surgery and 50 patient group underwent Crossen technique surgery in the period from June 2011 to June 2015.

Results: The severe genital prolapse cases evaluated with POP-Q scale are treated thoroughly and without recurrence after 48 months of follow-up. Evaluation with the VAS scale in the Crossen group and the Laparoscopic surgery group at the first postoperative day respectively are 5.5 ± 1.8 and 3.6 ± 1.1 , at the 3rd postoperative day are 4.2 ± 1.8 và 1.6 ± 0.6 . The average operation time in the Crossen group and the Laparoscopic group respectively are 78.8 minutes and 125.6 minutes, the average blood loss was 45.7 ml and 30.2 ml, the average length of hospital stay was 7, 7 days and 4.1 days, the average follow-up time was 23 months and 21 months. Preoperative urine incontinence ratio is 20% consist of 2 cases in the Laparoscopic group and 11 cases in the Crossen group, all of which improved well after surgery. The complications during and after surgery: The laparoscopic group had 1 case of bladder injury during surgery, The Crossen group had 1 case of vaginal vault infections, one case of postoperative urinary retention

Conclusion: The rate of urine incontinence is 20%, genital prolapse status improved completely and have not seen recurrence after 48 months, pain after surgery as well as complications during and after surgical are very low and can be treated.

Key word: Laparoscopic surgery, Promontofixation, Genital prolapse.

1. Đặt vấn đề

Sa sinh dục là một bệnh lý phổ biến, xảy ra ở 50% bệnh nhân đã sinh con và cả cuộc đời của một người phụ nữ có nguy cơ có điều trị sa sinh dục khoảng 11% [1]. Có nhiều nguyên nhân gây sa sinh dục bao gồm rối loạn chức năng thần kinh cơ và sàn chậu như yếu các dây chằng tử cung cùng, dây chằng ngang cổ tử cung hoặc chấn thương các dây chằng.

Hiện nay, để phân độ sa sinh dục người ta thường phân độ theo Baden-Walker gồm 4 độ [1]:

- Sa sinh dục độ I: sa thành trước (kèm theo sa bàng quang), sa thành sau (kèm theo sa trực tràng), cổ tử cung thấp nhưng còn nằm trong âm đạo.

- Sa sinh dục độ II: sa thành trước (kèm theo sa bàng quang), sa thành sau (kèm theo sa trực tràng), cổ tử cung thụt vào âm hộ.

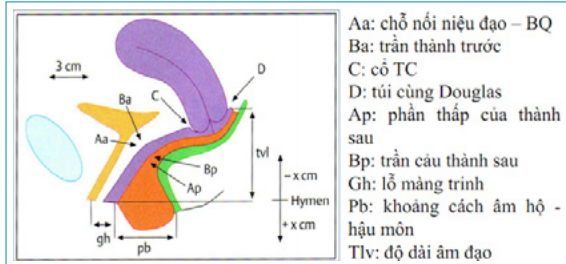
- Sa sinh dục độ III: sa thành trước (kèm theo sa bàng quang), sa thành sau (kèm theo sa trực tràng), cổ tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ

- Sa sinh dục độ IV: sa thành trước (kèm theo sa bàng quang), sa thành sau (kèm theo sa trực tràng), toàn bộ tử cung nằm ra ngoài âm hộ

Nhưng phân loại này không đánh giá mức độ sa của các cơ quan khác như bàng quang và trực tràng và vì thế khó chọn một phương pháp điều trị phù hợp.

Từ năm 1996 phân độ sa sinh dục theo POP-Q được chính thức đưa vào thực hành trong đánh giá sa sinh dục. Phân độ này đánh giá rất cụ thể từng vị trí sa từ đó có thể lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Cách phân loại này được Hội Nội – Phụ khoa quốc tế và Hội Nội – Phụ khoa và phẫu thuật phụ khoa Châu Mỹ công nhận. Phân loại sử dụng 9 kích thước khác nhau tính bằng centimét kể từ màng trinh, mỗi bên có 6 điểm tại thành âm đạo (2 điểm ở thành âm đạo trước, 2 ở sau và 2 ở đáy âm đạo) và 3 kích thước đo ở vùng đáy chậu. Điểm Aa, Ap, Ba, Bp đều bằng -3, điểm C và D nằm

ở khoảng từ - TVL và - (TVL-2) hay các điểm có số đo tương đương theo thứ tự như sau : Aa, Ba, C, D, Bp, Ap, total vaginal length (TVL), genital hiatus (gh), and perineal body (pb) -3, -3,-7, -9, -3, -3, 9, 2, 2.



Trên thực tế lâm sàng người ta phân loại theo POP-Q như sau [4].

- Độ 0: Không có sa sinh dục.
- Độ I: Phần cuối của sa sinh dục còn nằm trên màng trinh 1 cm.
- Độ II: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở trên hoặc dưới màng trinh 1 cm.
- Độ III: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở dưới màng trinh 1 đến 2cm.
- Độ IV: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở dưới màng trinh trên 2cm.

Trước đây, điều trị sa sinh dục chủ yếu là cắt tử cung đường âm đạo theo phương pháp Crossen. Tuy nhiên, nếu chỉ cắt tử cung đường âm đạo đơn thuần thì sẽ làm khiếm khuyết hệ thống nâng đỡ sàn chậu và sẽ dẫn đến sa sinh dục tái diễn. Các nghiên cứu cho thấy khoảng 40% có sa mồm cắt sau cắt tử cung [3] [9]. Mặc khác, cổ tử cung và tử cung có vai trò quan trọng trong chức năng tình dục. Trong một số trường hợp cắt tử cung ảnh hưởng đến chức năng sinh dục và sự thoải mái của phụ nữ. Vì vậy, ngày càng có nhiều phụ nữ muốn giữ lại tử cung. Người ta nghiên cứu thấy phục hồi sa sinh dục bằng phương pháp treo vào mồm cùng nhô có khả năng cố định sa sinh dục và giảm tỷ lệ tái diễn sau đó [8].

Những năm gần đây, Phẫu thuật nội soi treo vào mồm nhô trong điều trị sa sinh dục được đưa vào ứng dụng trong lâm sàng và đã cho kết quả đáng khích lệ.

Tại Bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi đã bắt đầu triển khai kỹ thuật này từ tháng 6 năm 2011 với sự giúp đỡ của đoàn chuyên gia trung tâm phẫu thuật sàn chậu Wuerzburg, CHLB Đức và

đoàn chuyên gia đến từ Incontinence Center S.C., USA, đến nay đã hơn 4 năm. Đề tài nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích:

1. Xác định tỷ lệ són tiểu và phân loại POP-Q trên bệnh nhân sa sinh dục.
2. Đánh giá hiệu quả điều trị của hai phương pháp phẫu thuật nội soi treo vào mồm cùng nhô và phương pháp phẫu thuật Crossen truyền thống.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu:

Nhóm bệnh nhân có sa sinh dục (Nhóm I) tại Bệnh viện TW Huế thỏa mãn những tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn chọn lựa: Những bệnh nhân sa sinh dục mức độ nặng gồm sa bàng quang và sa trực tràng độ 2, 3, 4, và/hoặc sa tử cung độ 3, 4 có nguyện vọng muốn giữ lại tử cung hoặc không có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Sa sinh dục mức độ nhẹ, không đủ sức khoẻ để tham gia phẫu thuật, có chỉ định cắt tử cung rõ ràng (ví dụ: ung thư nội mạc tử cung), có những phẫu thuật âm đạo trước đó, những trường hợp nhiễm trùng nặng.

Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang và có theo dõi trên 62 bệnh nhân sa sinh dục gồm hai nhóm: Nhóm I gồm 12 bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi treo vào mồm nhô và nhóm II gồm 50 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung toàn phần đường dưới theo phương pháp Crossen, trong thời gian từ tháng 6/2011 đến tháng 06/2015.

Tất cả các bệnh nhân đều được thông báo và tự nguyện chấp nhận phương pháp điều trị này. Tiêu chí lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi treo vào mồm nhô bao gồm nguyện vọng bệnh nhân muốn giữ lại tử cung, đánh giá lâm sàng cho thấy tử cung còn di động tốt, ít dính, bệnh nhân mập, không có phẫu thuật bụng hở trước đó, đây là các tiêu chí chúng tôi dựa theo khuyến cáo của Childers [5] và CZEMPT protocol [6].

Các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật Crossen gồm các trường hợp không thích hợp cho phẫu thuật nội soi vì các lý do như nguy cơ gây mê cao ASA III theo phân loại của ASA (American Society of Anesthesiologists).

Đánh giá bệnh nhân:

- Tình trạng của sản chậu sẽ được phân loại theo POP - Q quốc tế, đánh giá sa thành trước (điểm Aa, Ba), sa tử cung và vòm âm đạo (điểm C), sa thành sau (điểm Ap, Bp).. Phân loại POP - Q áp dụng đánh giá cho những bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 1, 6, 12, 24 và 48 tháng. Tình trạng đau sau phẫu thuật sẽ được tính điểm theo thang đo VAS (Visual Analogue Pain Scale) ở những ngày thứ 1, 3 sau khi phẫu thuật.

Chuẩn bị trước phẫu thuật:

- Thụt tháo bệnh nhân vào buổi tối hôm trước và 4 giờ trước khi phẫu thuật

- Cephalosporin III 1g tiêm tĩnh mạch trước mổ 1 giờ

- Đặt sonde tiểu bằng sond Foley

Kỹ thuật phẫu thuật:

- Nhóm phẫu thuật Crossen: Cắt tử cung toàn phần đường dưới, bóc tách, khâu nâng Bàng quang, tái tạo thành trước, thành sau âm đạo nếu cần.

- Nhóm nội soi: Vào bụng với 1 Trocar 10 mm qua rốn và 3 trocar 5 mm vùng bụng dưới. Quan sát kỹ để kiểm tra toàn thể khoang phúc mạc và xác định các mốc giải phẫu. Khi kết thúc kiểm tra một lần nữa để chắc chắn đã cầm máu kỹ. Ở đây chúng tôi không đặt dẫn lưu cũng như điều trị dự phòng huyết khối sau mổ.

Mở phúc mạc mặt trước mỏm nhô dọc theo cạnh phải trực tràng đến túi cùng Douglas, bóc tách trực tràng khỏi thành sau âm đạo đến tận cơ nâng hậu môn. Mở phúc mạc bàng quang tử cung, bóc tách bàng quang khỏi thành trước âm đạo đến tận 1/3 dưới âm đạo.

Hai mảnh ghép Polypropylene lần lượt cố định vào phía trước và sau âm đạo: mảnh phía sau có hình chữ Y ngược lần lượt dính vào cơ nâng phải và trái và thành sau âm đạo bằng chỉ prolene. Mảnh phía trước được khâu dính lần lượt vào thành trước âm đạo, cân cổ tử cung, dọc theo cạnh phải tử cung xuyên qua dây chằng rộng, dính với mảnh ghép phía sau và dây chằng trước mỏm nhô. Sau cùng phủ phúc mạc che toàn bộ mảnh ghép.

- Thời gian phẫu thuật: được tính từ lúc rạch da đến lúc đóng da mũi cuối cùng, Thời gian nằm viện tính từ ngày hậu phẫu đầu tiên đến

Bảng 1. Các đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Nội soi (n=12)	Crossen (n=50)	P
Chỉ số khối	27,1	26,7	NS
(Khoảng dao động)	(18,7-43,1)	(18,7-32,9)	
Tuổi	59,4	59,5	NS
(Khoảng dao động)	(42-76)	(47-79)	
Thời gian mắc bệnh (năm)	4,2	4,5	NS
(Khoảng dao động)	(2-7)	(3-8)	
Số lần sinh con trung bình	3,1	3,4	NS
(Khoảng dao động)	(1-5)	(2-6)	

NS = không có ý nghĩa

Bảng 2: Đánh giá SSD theo phân độ POP - Q trước và sau phẫu thuật

Nhóm	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 6 tháng
Nhóm NS (n=12)			
Ba (cystocele)	+4.6 ± 0.6	-2.3 ± 0.9	-2.3 ± 1.1
C (uterus)	+2.6 ± 0.5	-6.8 ± 1.3	-6.6 ± 2.7
Bp (posterior)	-2.4 ± 0.5	-2.4 ± 0.8	-2.2 ± 0.5
Nhóm Crossen (n=50)			
Ba	-2.2 ± 0.7	-2.2 ± 0.7	-2.2 ± 0.6
C	+2.8 ± 0.5	-5.6 ± 1.6	-6.0 ± 1.8
Bp	+5.2 ± 0.2	-2.1 ± 1.0	-1.9 ± 0.9
Nhóm	Sau mổ 12 tháng	Sau mổ 24 tháng	Sau mổ 48 tháng
Nhóm NS (n=12)			
Ba (cystocele)	-2.3 ± 0.8	-2.2 ± 0.9	-2.1 ± 1.1
C (uterus)	-6.6 ± 1.6	-6.4 ± 1.3	-6.3 ± 2.7
Bp (posterior)	-2.1 ± 0.8	-2.0 ± 0.8	-2.0 ± 0.5
Nhóm Crossen (n=50)			
Ba	-2.3 ± 0.5	-2.2 ± 0.7	-2.1 ± 0.6
C	-6.2 ± 1.1	-5.6 ± 1.6	-5.4 ± 1.8
Bp	-1.9 ± 0.7	-1.8 ± 1.0	-1.6 ± 0.9

Bảng 3: Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS

Nhóm	1 ngày	3 ngày
Nhóm NS (n=12)	3.6 ± 1.1	1.6 ± 0.6
Nhóm PT Crossen (n=50)	5.5 ± 1.8	4.2 ± 1.8

Bảng 4 . Kết quả phẫu thuật, thời gian nằm viện và thời gian theo dõi

Kết quả	Nội soi (n=12)	Crossen (n=50)	T test
Thời gian mổ (phút)	125,6	78,8	P<0,001
(Khoảng dao động)	(85-245)	(45-118)	
Lượng máu mất (ml)	30,2	45,7	NS
(Khoảng dao động)	(20-70)	(35-150)	
Thời gian nằm viện (ngày)	4,1	7,7	P<0,001
(Khoảng dao động)	(3-10)	(5-16)	
Thời gian theo dõi (tháng)	21	23	NS
(Khoảng dao động)	(3-48)	(2-46)	

NS = không có ý nghĩa

Bảng 5. Các biến chứng trong và sau mổ

Đặc điểm	Nội soi (n=12)	Crossen (n=50)	P
Biến chứng trong mổ	1 (8,33%)	0	1,00 (NS)
Biến chứng sau mổ	0	1 (2%)	0,69 (NS)
Bi tiểu	0	1 (2%)	0,69 (NS)
Són tiểu	0	0	>0,99(NS)

NS = không có ý nghĩa

lúc xuất viện. Biến chứng trong và sau mổ khi có tổn thương các tạng xung quanh và được đánh giá theo phân loại Clavien-Dindo [7]. Tái khám định kỳ sau phẫu thuật 1, 6, 12, 24 và 48 tháng

Xử lý số liệu.

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích, đánh giá và so sánh sự khác biệt trong phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật của 2 nhóm (Phẫu thuật nội soi và phẫu thuật Crossen).

3. Kết quả

Bảng 1: Tuổi trung bình và phạm vi phân bố độ tuổi tương tự nhau trong 2 nhóm. Độ tuổi trung bình trong nhóm nội soi là 59,4 năm, so với 59,5 năm nhóm mổ Crossen. Sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể (BMI) giữa các nhóm là không đáng kể, 27,1 trong nhóm nội soi so với 26,7 trong nhóm mổ hở. Bệnh nhân nặng nhất (BMI 43.1) được mổ nội soi thành công. Hơn một nửa số bệnh nhân trong nhóm nội soi (52,1%) nặng hơn 55,7kg.

Bảng 2: Những trường hợp sa sinh dục nặng khi được đánh giá theo thang điểm POP-Q đều được điều trị triệt để và không tái phát sau 48 tháng theo dõi, không có sự khác biệt giữa hai nhóm NS và nhóm PT Crossen.

Bảng 3: Thang điểm VAS đánh giá mức độ đau sau khi phẫu thuật, bệnh nhân nhóm PT Crossen có mức độ đau cao hơn nhóm 1 ($P < 0,001$).

Bảng 4: Lượng máu mất là không đáng kể. Mất máu trong phẫu thuật tương tự nhau ở cả hai nhóm (30,2 ml so với 45,7 ml ở nhóm nội soi và mổ Crossen tương ứng) tuy nhiên không có thay đổi đáng kể về hemoglobin huyết thanh.

Thời gian mổ nội soi ngắn hơn đáng kể so với thời gian ở nhóm mổ Crossen (125,6 phút so với 78,8 phút, $P < 0,001$), và ở nhóm phẫu thuật nội soi, bệnh nhân được xuất viện sớm hơn nhiều, 4,1 ngày (Khoảng dao động từ 3 đến 10) ở nhóm nội soi, so với 7,7 ngày (khoảng dao động từ 5-16) ở nhóm mổ Crossen ($P < 0,001$).

Thời gian theo dõi trung bình trong nhóm nội soi là 21 tháng (Khoảng dao động từ 3-48). Thời gian theo dõi trung bình ở nhóm PT Crossen là 23 tháng (Khoảng dao động từ 2-46), chưa thấy trường hợp nào tái phát.

Trong nhóm nội soi có 1 trường hợp tổn thương bàng quang trong mổ được phát hiện và xử trí

ngay trong mổ. Ở nhóm mổ Crossen có 1 trường hợp nhiễm trùng mồm cắt âm đạo phải điều trị hơn 2 tuần, 1 trường hợp bí tiểu sau mổ trong 7 ngày phải lý liệu pháp. Tình trạng són tiểu có cải thiện rất tốt sau mổ, 2 cas són tiểu trước mổ ở nhóm nội soi và 11 cas ở nhóm PT Crossen đều không còn tình trạng này sau mổ nữa.

Bảng 5: Sự khác biệt về các biến chứng xảy ra ở cả hai nhóm là không có ý nghĩa.

4. Bàn luận

Từ cung đóng vai trò quan trọng trong quá trình duy trì sự ổn định cho sàn chậu và sức khỏe sinh sản. Theo Constaniti, thì khi cắt tử cung sẽ làm thay đổi những mối liên quan giữa các tổ chức phần chậu hông và vì thế sẽ làm thay đổi hệ thống nâng đỡ sàn chậu và chức năng của hệ tiết niệu. Theo Belot thì cắt tử cung, là một yếu tố nguy cơ làm mòn âm đạo [2]. Với kỹ thuật nội soi treo vào mỏm cùng nhỏ, chúng tôi đã treo tử cung bị sa mà vẫn duy trì giải phẫu mà không cắt bỏ tử cung. Theo bảng 2 cho thấy cả 2 nhóm đều kết quả rất tốt, không có trường hợp nào bị sa trở lại và kết quả này kéo dài sau 48 tháng theo dõi. Theo Vita de D. và cộng sự kết quả trả lại các mốc giải phẫu gần như bình thường và không bị tái phát sau 18 tháng theo dõi [11].

Với kết quả này, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật này nên được khuyến khích vì có khả năng điều trị hoàn toàn những trường hợp sa sinh dục nặng, đau rất ít sau khi phẫu thuật, không có biến chứng trầm trọng nào. Chúng tôi chỉ có 1 trường hợp tổn thương bàng quang ở nhóm nội soi trong quá trình bóc tách do bị dính, tổn thương được phát hiện ngay và khâu lại không biến chứng gì về sau. Thang điểm đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật VAS cũng cho thấy với kỹ thuật nội soi trong thời kỳ hậu phẫu bệnh nhân đau đớn rất ít, trong khi đó ở nhóm phẫu thuật Crossen đau nhiều hơn.

Trong nghiên cứu chúng tôi, sa sinh dục có kết hợp với són tiểu là 20% và tất cả các trường hợp này đều được cải thiện sau mổ. Kết quả này cũng phù hợp với hai tác giả Halaska và Vita [6].

Ở nhóm phẫu thuật nội soi, đối với đời sống sinh hoạt tình dục và cải thiện chất lượng cuộc

sống sau phẫu thuật chúng tôi chưa đánh giá đầy đủ nhưng rất nhiều tác giả có nghiên cứu về vấn đề này đều kết luận hai chức năng này đều được cải thiện [10]. Theo Vita De D. và cộng sự nhận thấy 75% (10/15) bệnh nhân không sinh hoạt vợ chồng trước đó đã sinh hoạt trở lại sau phẫu thuật. Hơn thế nữa, 80% bệnh nhân có đời sống tình dục cải thiện hơn sau khi phẫu thuật [11]. Như vậy, đây là một kỹ thuật có hiệu quả lớn trong điều trị sa sinh dục, phục hồi lại cấu trúc âm đạo mà không cần cắt bỏ tử cung, không bị sa sinh dục tái trở lại.

5. Kết luận

Kết quả nghiên cứu này đã cho thấy trong nhóm nghiên cứu:

- Tỷ lệ són tiểu chiếm 20% và được cải thiện hoàn toàn sau mổ
- Tình trạng sa sinh dục được cải thiện hoàn toàn và chưa có tái phát sau 48 tháng (Phân độ POP Q), tử cung vẫn bảo tồn được ở nhóm nội soi.
- Tình trạng đau sau mổ rất thấp ở nhóm nội soi (Thang điểm VAS)
- Các biến chứng trong và sau mổ rất thấp và có thể sửa chữa được.

Tài liệu tham khảo

1. Alfrido. Milani AL, Hinoul P, Gauld JM, et al. Trocar-guided mesh repair of vaginal prolapse using partially absorbable mesh: 1-year outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:74-8.
2. Belot F, Collinet P, Debodinance P, et al. Risk factors for prosthesis exposure in treatment of genital prolapse via the vaginal approach. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33(12):970-4.
3. Benson J, Lucente V, McClellan E, et al. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 2000;175:1418-22.
4. Burlp et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 2011 ; 75: 10-17.
5. Fattouh B, Amblard J, Debodinance P, et al. Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (Proliftrade mark technique)—a case series multicentric study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(7):743-52.
6. Halaska M, Maxova K, Sottner O, et al. A multicenter, randomized, prospective, controlled study comparing sacrospinous fixation and transvaginal mesh in the treatment of posthysterectomy vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:301-7.
7. Landsheere L, Ismail S, Lucot J-P, et al. Surgical intervention after transvaginal Prolift mesh repair: retrospective single-center study including 524 patients with 3 years' median follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:83-7.
8. Leron E and Stanton SL. Sacrocolpopexy with synthetic mesh for treatment of uterovaginal prolapse.
9. Meek GR, Washburne JF, Mc Gehr RP. Repair of vault prolapse by suspension of the vagina to iliococcygeus (prespineus) fascia. *Am J Obstet Gynecology* 1994; 171: 1444 – 1449
10. Rae D, Hawthorn R (2002) – sacrocolpopexy for vaginal vault prolapse: a combined vaginal and laparoscopic approach- *Gynecological Endoscopy* 11 (2- 3) , 75 – 79
11. Vita De D., Aroco F., et al. Vaginal reconstructive surgery for severe pelvic organ prolapses: A 'uterine-sparing' technique using polypropylene prostheses. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2009; 139: 245-251.