



MÁY BÀO MÔ TRONG NỘI SOI BỐC U XƠ TỬ CUNG: CÓ NÊN SỬ DỤNG NỮA HAY KHÔNG?

TS. Bùi Chí Thương

Đại học Y Dược TPHCM

MỞ ĐẦU

U xơ tử cung là một bệnh lành tính của cơ trơn tử cung. Vào ngày 17/04/2014, FDA (Food and Drug Administration) đưa ra một thông cáo báo chí chính thức là “không khuyến khích” sử dụng máy bào mô (morcellator) vì có nguy cơ gây tăng giai đoạn của sarcoma tử cung (leiomyosarcoma – LMS). Sự việc đó bắt nguồn từ câu chuyện một bệnh nhân có u xơ tử cung được nội soi cắt tử cung và có bào mô ngã bụng. Kết quả giải phẫu bệnh lí là LMS và khi mổ lại ghi nhận mô sarcoma lan tràn trong ổ bụng. Dựa vào phân tích gộp từ 18 nghiên cứu, FDA đưa ra tỉ lệ sarcoma kèm theo u xơ tử cung là 0,28%. Máy bào mô đã được các nhà phụ khoa sử dụng trong thời gian dài để bào u xơ tử cung qua ngã âm đạo hay lỗ trocar ngã bụng, vì vậy, đại diện nhiều hiệp hội y khoa phản ứng lại thông cáo này

của FDA (Ankum, 2014). Điều quan trọng là thông cáo này của FDA thiếu bằng chứng khoa học vững chắc để đưa ra khuyến cáo trong việc tư vấn cho bệnh nhân bị u xơ tử cung về ý tưởng chọn lựa giữa phương pháp phẫu thuật nội soi với những lợi ích đã được chứng minh hay phải chọn mổ bụng mở chỉ để tránh những nguy cơ rất nhỏ liên quan đến máy bào mô u xơ tử cung. Chúng ta cần trả lời các câu hỏi sau (Brölmann; 2014):

- Nguy cơ LMS ở những bệnh nhân u xơ tử cung là bao nhiêu?
- Làm thế nào để chẩn đoán LMS và phân biệt với u xơ tử cung?
- Biến chứng của máy bào mô là gì?
- Làm thế nào để dự phòng biến chứng của máy bào mô?
- Cải tiến kĩ thuật gì trong tương lai?

Nguy cơ sarcoma ở những bệnh nhân u xơ tử cung là bao nhiêu?

U xơ tử cung là một bệnh thường gặp của phụ nữ, chiếm khoảng 20-40% phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản. Ngược lại, sarcoma cơ trơn tử cung là bệnh hiếm, với tỉ lệ mới mắc hàng năm là 0,64/100.000 phụ nữ. LMS lan tràn chủ yếu đường máu, bạch huyết và tỉ lệ sống 5 năm khoảng 17-55%. Khi lấy trọn tử cung chứa khối sarcoma thì tỉ lệ này tăng lên đến 83%. Tùy theo các nghiên cứu, tỉ lệ LMS từ 0,49% (1/204) đến 0,056% (1/1.788). Nhìn chung, sarcoma trên mẫu bóc u xơ tử cung có tỉ lệ thấp hơn 0,08% (1/1.306) so với mẫu bệnh phẩm cắt tử cung 0,15% (1/650). Nguy cơ có vẻ liên quan đến tuổi, thường thấp ở phụ nữ < 45 tuổi (Ind và Manyonda, 2014).

Pritts và cộng sự tập hợp 131 bài báo với 29.877 bệnh nhân được mổ u xơ tử cung và cho thấy tỉ lệ LMS là 1:7.400 (0,014%) (Pritts và cs., 2015). Tác giả cho rằng có sự thay đổi lớn về tỉ lệ LMS vì báo cáo trên là tập hợp nhiều nghiên cứu tiền cứu với sự kiểm soát được nhiều yếu tố gây nhiễu do chọn lựa bệnh nhân thường gặp trong nghiên cứu hồi cứu.

Làm thế nào để chẩn đoán sarcoma và phân biệt nó với u xơ tử cung?

Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, MRI)

Không có bất kì chẩn đoán hình ảnh nào có thể giúp dự đoán được sarcoma cơ trơn tử cung. U tăng nhanh kích thước (trong vòng 3 tháng) đã được báo cáo nhưng u xơ tử cung cũng có đặc tính này. Độ nhạy và độ chuyên, giá trị dự đoán dương của tăng sinh mạch máu trung tâm và ngoại biên trong chẩn đoán LMS là 100%, 86% và 19%. Kết hợp các đặc điểm siêu âm khác với dấu hiệu tăng sinh mạch máu trung tâm thì giá trị dự đoán dương tăng lên 60% nhưng độ nhạy giảm còn 75%. Siêu âm Doppler cho thấy độ nhạy 80% và độ chuyên 97%. Mặc dù LMS có thể có đặc điểm về siêu âm và MRI giống u xơ tử cung nhưng chúng ta nên nghi

ngờ đến LMS khi có những đặc điểm: một u to > 8cm, không đồng nhất, bờ không đều, đơn độc, hình bầu dục, tăng sinh mạch máu (ngoại vi và trung tâm) kèm thay đổi dạng nang thoái hóa / hoại tử trung tâm và không có canxi hóa (Amant và cs., 2009). MRI tốt hơn so với CT scan trong việc phát hiện độ lan rộng sang thương và đánh giá đặc điểm khối u. MRI thì T2 có thể giúp đánh giá độ lan rộng khối u và phân biệt giữa u xơ tử cung và LMS.

Xét nghiệm huyết thanh LDH và CA125

Một nghiên cứu tiền cứu với 227 bệnh nhân cho thấy LDH toàn phần và LDH isozyme type 3 tăng trong tất cả 10 bệnh nhân bị LMS so với bệnh nhân bị u xơ tử cung thoái hóa. Tăng CA125 cũng gặp ở bệnh nhân bị LMS, đặc biệt LMS giai đoạn muộn. Trong loạt 42 ca LMS, cho thấy CA125 trước mổ cao hơn rất nhiều so với nhóm bệnh nhân chỉ bị u xơ tử cung. Tuy nhiên, CA125 trước mổ giữa nhóm u xơ tử cung và nhóm LMS giai đoạn sớm có sự trùng lặp nên trên lâm sàng xét nghiệm này bị hạn chế sử dụng (Juang và cs., 2005).

Mô học

Vai trò của nạo sinh thiết nội mạc tử cung ở bệnh nhân không bị xuất huyết âm đạo bất thường để chẩn đoán LMS thì chưa được thống nhất. Trong 938 u ác tính với 142 ca LMS, 51% trường hợp (72/142) có nạo sinh thiết thì có đến 86% (62/72) mẫu sinh thiết có kết quả là LMS. Cũng vậy, vai trò của sinh thiết bằng kim dưới hướng dẫn của siêu âm hay MRI cũng chưa được chứng minh. Việc kết quả sinh thiết âm tính thường gặp do vùng hoại tử của u quá lớn. Không có bằng chứng cho thấy có sự lây lan tế bào ác tính nếu đâm kim nhiều lần. Tulandi và cộng sự báo cáo 2 trường hợp sinh thiết ngã bụng nhiều lần và sinh thiết lạnh trước khi bào mô (Tulandi và Ferenczy, 2014).

Cuối cùng, phải nhấn mạnh rằng cho dù mẫu cắt tử cung nguyên vẹn thì chẩn đoán mô học LMS cũng gặp khó khăn do tiêu chuẩn chẩn đoán ở mỗi nơi có thể khác nhau.

Biến chứng của máy bào mô là gì?

Những biến chứng trực tiếp của máy bào mô có thể kể đến như tổn thương ruột hay mạch máu. Biến chứng gián tiếp có thể là các mảnh u xơ tử cung văng ra bám vào ổ bụng gây u xơ tử cung kí sinh (parasitic fibroid), cần phải mổ thêm lần nữa. Nếu nghi ngờ u xơ tử cung là sarcoma hay bất cứ u ác tính nào khác, chúng ta không được phép dùng bất cứ phương pháp bào mô nào gây mất toàn vẹn khối u vì điều này gây tăng giai đoạn ung thư và giảm thời gian sống còn của bệnh nhân. Trường hợp máy bào mô bằng điện, lưỡi dao hình trụ tạo lực trung tâm có thể góp phần tạo ra hiện tượng cấy các tế bào u vào bề mặt phúc mạc. Cuối cùng, máy bào làm u thành từng mảnh nhỏ có thể gây khó khăn cho việc chọn mô nào làm giải phẫu bệnh lí, vì vậy có thể bỏ sót mô ác tính dẫn đến chậm trễ trong điều trị.

Những biến chứng trực tiếp của máy bào mô

U xơ tử cung là u có triệu chứng thường gặp nhất trong bệnh lí phụ khoa. Lúc nội soi bóc u xơ tử cung, bắt buộc phải dùng máy bào mô điện cắt nhỏ u xơ tử cung để lấy ra khỏi ổ bụng và nhờ máy bào này cũng làm cho phẫu thuật nội soi càng nhanh hơn. Máy bào mô vẫn có một số vấn đề cần lưu tâm mặc dù ưu điểm của thiết bị này đã được chứng minh. Milad (2014) đã tra cứu trên dữ liệu của FDA từ năm 1992 đến năm 2013 cho thấy những tai biến của máy bào mô như sau: tổn thương ruột non / ruột già (31 ca), mạch máu lớn (27 ca), thận (3 ca), niệu quản (3 ca), bàng quang (1 ca) và cơ hoành (1 ca); trong đó, có 6 trường hợp tử vong. Điều này cho thấy rằng biến chứng trực tiếp của máy bào mô rất nghiêm trọng, mặc dù rất hiếm xảy ra. Vì vậy, để lưỡi dao bào mô trên bề mặt khối u xơ tử cung để dễ nhìn thấy đầu máy bào và bụng cũng như nên duy trì CO₂ đủ căng.

Biến chứng gián tiếp

U xơ tử cung kí sinh

Về lí thuyết, u xơ tử cung kí sinh là những u xơ tử cung

đuôi thanh mạc, có cuống dính với tử cung và bám vào các cơ quan trong ổ bụng để được cung cấp máu nuôi dưỡng. Ngày càng có nhiều báo cáo trường hợp u xơ tử cung kí sinh sau dùng máy bào mô. Nhiều tác giả cho rằng những mảnh vụn u xơ tử cung văng ra từ máy bào mô tạo nên hiện tượng này (Nezhat và Kho, 2010). Phần lớn bệnh nhân biểu hiện triệu chứng như: đau bụng, đau vùng chậu, giao hợp đau, bụng to ra, rối loạn tiểu tiện hay táo bón. Khoảng 20% không biểu hiện triệu chứng gì và thường tình cờ phát hiện khối u vùng chậu khi khám phụ khoa định kì hay lúc phẫu thuật. Hiện nay, tần suất u xơ tử cung kí sinh sau nội soi bóc u xơ tử cung là 0,2-1,2% (Ordulu và cs., 2010).

Tăng giai đoạn sarcoma tử cung

Có 2 trường hợp báo cáo cho rằng máy bào mô làm tăng giai đoạn LMS (Della và cs., 2010; Anupama và cs., 2011). Lúc mổ lại những bệnh nhân này, nhận thấy mảnh mô sarcoma mà lần mổ trước đó không nhìn thấy. Những dấu hiệu này được xác nhận trong các nghiên cứu lớn hơn cho thấy tỉ lệ tăng giai đoạn LMS là 15-64%. Không chỉ máy bào mô, mà các thao tác sờ chạm khác như mổ bụng bóc u xơ tử cung, cắt tử cung bán phần hay soi buồng tử cung cắt nhân xơ tử cung dưới niêm mạc cũng góp phần làm tăng giai đoạn LMS. Seidman (2012) cho thấy trong 7 bệnh nhân được bào mô u xơ tử cung, 4 bệnh nhân có mô sarcoma trong ổ bụng khi mổ lại, 3 trong 4 bệnh nhân này chết trong thời gian ngắn sau đó và 1 bệnh nhân còn lại sống sót sau đó mặc dù bệnh đã di căn. Ba bệnh nhân lúc mổ lại không thấy mô sarcoma trong ổ bụng thì vẫn sống mà không thấy dấu hiệu di căn. Hai nghiên cứu của Park và cộng sự (2011) so sánh tỉ lệ sống sót của bệnh nhân LMS có (n = 48) và không có dùng máy bào mô (n = 58) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với nhóm không dùng máy bào mô, mặc dù nghiên cứu này cho thấy có một số yếu tố gây nhiễu.

Bỏ sót chẩn đoán do mảnh mô không nguyên vẹn

Máy bào mô làm mô không nguyên vẹn nên khó đánh

giá về đại thể như: định hướng, kích thước, mô lân cận, bờ phẫu thuật...

Làm thế nào để dự phòng biến chứng của máy bào mô?

- Nên rạch da đủ rộng với đường kính máy bào mô để giảm dùng sức đẩy máy bào có thể gây tổn thương tạng trong bụng.
- Kiểm tra cẩn thận để bảo đảm rằng lưỡi dao máy bào nằm bên trong vỏ bao khi đẩy máy bào qua thành bụng.
- Luôn giữ đầu máy bào ở giữa vùng chậu, tránh xa thành chậu và mạch máu.
- Bào trên bề mặt mô, không nên xuyên vào trung tâm u mà không nhìn thấy đầu máy bào.
- Không được để đầu máy bào gần ruột hay mạch máu lớn.

Cải tiến kĩ thuật gì trong tương lai?

Lấy mô tử cung qua ngã âm đạo hay lỗ mổ bụng nhỏ (minilaparotomy) hoặc thậm chí bào mô bằng tay cũng có thể hạn chế lan tràn mô và cho thấy hiệu quả tương đương với máy bào mô hiện tại (Wong và cs., 2010). Máy bào mô trong bao qua nội soi (laparoscopic morcellation within an endoscopic bag) là một ý tưởng đầy hứa hẹn. Mặc dù những kĩ thuật bào mô mới này đều có lợi ích giảm thiểu lan tràn ung thư, nhưng nguy cơ tiềm ẩn ung thư vẫn còn được báo cáo sau các kĩ thuật này.

Ngã âm đạo cho phép lấy mô to như sau cắt tử cung hoặc thông qua rạch lỗ ở cùng đồ sau. Kĩ thuật này an toàn như phương pháp truyền thống. Tuy nhiên, các phẫu thuật viên thường thích dùng máy bào mô điện trong ổ bụng hơn vì họ e ngại kĩ thuật mới hay phải chuyển xuống lấy mô ngã âm đạo.

Mặc dù mổ bụng mở không có ưu điểm so với nội soi nhưng phương pháp cho phép lấy khối u to nguyên vẹn, hạn chế lan tràn mô và cung cấp mô nguyên vẹn để làm giải phẫu bệnh. Có nhiều báo cáo cho thấy đường rạch da 4cm có thể bóc u xơ tử cung hay cắt tử cung lạnh tính

hoặc ung thư nội mạc tử cung (Panici và cs., 2005).

Có thể bỏ mô vào bao bệnh phẩm, sau đó rạch da đường nhỏ và dùng dao rạch lấy mô trong bao.

Bào mô trong bao bệnh phẩm là một ý tưởng đầy hứa hẹn để hạn chế lan tràn mô, nhưng hiện tại, kĩ thuật này chưa được phổ biến trên thị trường do Milad (2014) mô tả có 1 trường hợp máy bào xuyên qua bao gây thủng động mạch chủ, tĩnh mạch chủ, ruột và bệnh nhân tử vong. Bao nội soi cần phải đủ to để chứa được mô to và không dính đến lưỡi dao bào trong khi vẫn nhìn được mô và cơ quan xung quanh. Chúng ta cần kiên nhẫn chờ xem dụng cụ này trong tương lai.

Phải nhấn mạnh rằng không có phương pháp lấy mô nào hạn chế hoàn toàn lan tràn mô bệnh phẩm. Vì lí do này, chúng ta cần cân nhắc, tư vấn kĩ khi sử dụng máy bào mô, đặc biệt khi yếu tố nguy cơ ung thư tồn tại.

KẾT LUẬN

Qua đây, chúng ta thấy rằng:

- Tỷ lệ LMS đi kèm với u xơ tử cung là rất hiếm.
- Hiện tại, chưa có phương pháp hay xét nghiệm tiền phẫu nào đánh giá chính xác nguy cơ sarcoma.
- Biến chứng của máy bào mô rất hiếm xảy ra và có thể tránh bằng các khuyến cáo thực hành như đã đề cập ở trên.

Tuy nhiên, trước khi quyết định sử dụng máy bào mô, chúng ta có thể chọn lựa tiêu chuẩn theo sơ đồ 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amant Frédéric et al. (2009). Clinical management of uterine sarcomas. *The Lancet Oncology*; 10(12):1188-1198.
2. Ankum WA (2014). Food and drug administration ontraadt gebruik van morcellator (redactioneel commentaar). *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol*; 127:216-219.
3. Anupama R et al. (2011). Disseminated peritoneal leiomyosarcomas after laparoscopic "myomectomy" and morcellation. *Journal of*

minimally invasive gynecology; 18(3):386-389.

4. Brölmann Hans et al. (2014). Options on fibroid morcellation: a literature review. *Gynecological surgery*; 12(1): 3-15.
5. Della Badia Carl et al. (2010). Endometrial stromal sarcoma diagnosed after uterine morcellation in laparoscopic supracervical hysterectomy. *Journal of minimally invasive gynecology*; 17(6):791-793.
6. Ind TEJ, Rajab R, Manyonda I. (2014). Uterine sarcomas and myomectomy - a single institutions experience. Unpublished Work.
7. Juang CM et al. (2005). Potential role of preoperative serum CA125 for the differential diagnosis between uterine leiomyoma and uterine leiomyosarcoma. *European journal of gynaecological oncology*; 27(4):370-374.
8. Milad Magdy P et al. (2014). Laparoscopic morcellator-related complications. *Journal of minimally invasive gynecology*; 21(3):486-491.
9. Nezhat C, Kho K (2010). Iatrogenic myomas: new class of myomas? *J Minim Invasive Gynecol*; 17(5):544-550.
10. Ordulu Zehra et al. (2010). Disseminated peritoneal leiomyomatosis after laparoscopic supracervical hysterectomy with characteristic molecular cytogenetic findings of uterine leiomyoma. *Genes, Chromosomes and Cancer*; 49(12):1152-1160.
11. Panici Pierluigi Benedetti et al. (2005). Minilaparotomy hysterectomy: a valid option for the treatment of benign uterine pathologies. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*; 119(2):228-231.
12. Park Jeong-Yeol et al. (2011). The impact of tumor morcellation during surgery on the outcomes of patients with apparently early low-grade endometrial stromal sarcoma of the uterus. *Annals of surgical oncology*; 18(12):3453-3461.
13. Pritts Elizabeth A et al. (2015). Outcome of occult uterine leiomyosarcoma after surgery for presumed uterine fibroids: a systematic review. *Journal of minimally invasive gynecology*; 22(1):26-33.
14. Seidman Michael A et al. (2012). Peritoneal dissemination complicating morcellation of uterine mesenchymal neoplasms.
15. Tulandi T, Ferenczy A (2014). Biopsy of uterine leiomyomata and frozen sections before laparoscopic morcellation. *J Minim Invasive Gynecologic and obstetric investigation*; 14:10.
16. Wong Wu Shun Felix et al. (2010). Novel vaginal "paper roll" uterine morcellation technique for removal of large (> 500g) uterus. *Journal of minimally invasive gynecology*; 17(3):374-378.



Cải thiện chất lượng tế bào trứng và sức khỏe sinh sản nữ giới

- Công thức độc quyền được nghiên cứu và phát triển bởi tập đoàn dược phẩm Sigma-tau, Italy nhằm hỗ trợ chất lượng trứng và các quá trình sinh lý liên quan đến khả năng sinh sản của phụ nữ



Made in Italy

Hộp 30 gói, 6g/gói

Thành phần	Hàm lượng
L-arginin	500 mg
L-carnitin	500 mg
Acetyl-L-carnitin	250 mg
Vitamin C	90 mg
N-acetyl cystein	50 mg
Vitamin E	30 mg
Sắt	7 mg
Vitamin B5	6 mg
Kẽm	5 mg
Beta Caroten	4,8 mg
Vitamin B6	2 mg
Đồng	0,5 mg
Axit Folic	200 mcg
Selen	27,5 mcg
Vitamin D3	5 mcg
Vitamin B12	2,5 mcg



Liều dùng: ngày dùng 1 gói. Hòa tan bột chứa trong một gói vào 200ml nước lọc.



Tiếp thị và phân phối:
CÔNG TY TNHH DƯỢC PHẨM KHANG DUY
312 Trường Chinh, P.13, Q.Tân Bình, HCM
Tel: (08) 38100 900 – Hotline: 1800 1766
Website: www.khangduy.com

Nhập khẩu và đại diện hợp pháp tại VN: ASSOPHARMA®
www.assopharma.com

Chú ý: Sản phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh.

Số ĐKSP: 22566/2014/ATTP-XNCB Số GPQC: 1203/2015/XNQC-ATTP