

SOI VÔ SINH

Cao Ngọc Thành

Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế

1. Đại cương

Chẩn đoán nguyên nhân của vô sinh không phải lúc nào cũng dễ dàng thực hiện được, đặc biệt khi cần đánh giá tình trạng của vòi tử cung và sự liên quan giữa vòi tử cung và buồng trứng. Chụp tử cung–vòi tử cung có cản quang thường được sử dụng cho mục đích đánh giá này. Tuy nhiên, nó chỉ có giá trị trong trường hợp vòi tử cung bị tắc hoàn toàn. Trong những trường hợp khác, tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả rất cao. Trong một phân tích gộp, Swart và cộng sự đã xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của chụp tử cung–vòi tử cung có cản quang lần lượt là 0,65 và 0,83. Các tác giả này cho rằng chụp tử cung–vòi tử cung có cản quang không phù hợp trong đánh giá dính quanh phần phụ^[1].

Ngược lại, nội soi ổ bụng được xem là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá vô sinh do vòi tử cung–phức mạc. Tuy nhiên, thường không phát hiện được bệnh lý đáng kể nào khi nội soi ổ bụng. Ngoài ra, nội soi không phải là một phẫu thuật đơn giản, có một số nguy cơ biến chứng. Tỷ lệ biến chứng nội soi ổ bụng là 3/1000 trường hợp bao gồm biến chứng liên quan đến gây mê toàn thân, tổn thương mạch máu hoặc các cơ quan gây chảy máu, tổn thương một vài cấu trúc gây rò rỉ^[2].

Các phương pháp chẩn đoán khác như siêu âm buồng tử cung–vòi tử cung, soi vòi tử cung cũng không có độ chính xác cao. Soi cùng đồ là một biện pháp thay thế khác, nhưng đã bị cấm từ thập niên 1970^[3].

Quan niệm soi vô sinh (fertiloscopy) được đưa ra vào năm 1998 sau thành công ban đầu của Gordts về nội soi bơm nước qua đường âm đạo (transvaginal hydrolaparoscopy). Soi vô sinh là sự phối hợp của soi khung chậu qua đường âm đạo, nghiệm pháp thông

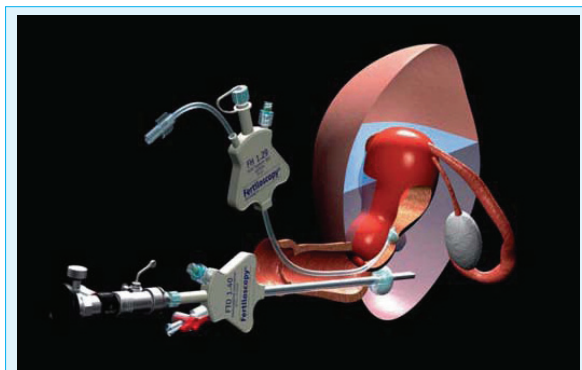
vòi tử cung, nội soi vòi tử cung, vi nội soi vòi tử cung và cuối cùng là nội soi buồng tử cung được thực hiện với gây tê tại chỗ^[4] (hình 3.13).

Soi vô sinh là thực hiện nội soi qua đường âm đạo sử dụng nước muối thay vì CO₂. Các ưu điểm của soi vô sinh bao gồm an toàn (vì không sử dụng CO₂ hoặc không cần nằm tư thế Trendelenburg), tỷ lệ biến chứng thấp và không có biến chứng nghiêm trọng, thủ thuật ít xâm lấn và có thể làm ở phòng khám với gây tê tại chỗ hoặc an thần toàn thân và không cần phải nằm viện, đánh giá tốt các vấn đề đường sinh dục nếu có bất thường, quan sát các cơ quan ở vị trí sinh lý không cần dùng dụng cụ nâng như trong nội soi ổ bụng^[4].

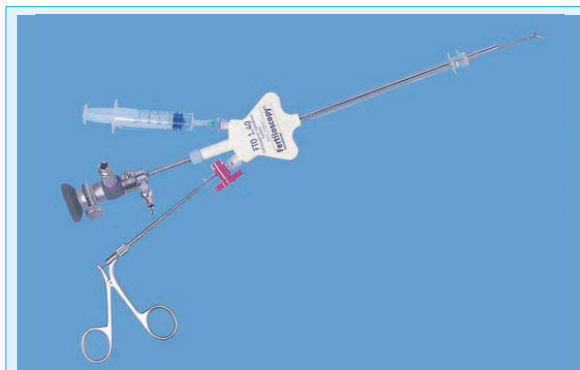
2. Dụng cụ

Các dụng cụ cơ bản để thực hiện soi vô sinh bao gồm^{[3],[5]}:

- Ống thông tử cung dẻo: có một bóng cao su bơm lên để cố định ống thông, mục đích:
 - + Bơm thuốc màu (xanh methylen) làm nghiệm pháp thông vòi tử cung (Dye test).
 - + Soi buồng tử cung bằng camera đường kính 4mm cho qua ống thông.
 - Kim chọc dò Douglas cứng (hình 3.14): được đưa qua túi cùng Douglas, có một bóng cao su bơm cố định kim:
 - + Dùng để đưa camera soi ổ bụng (đường kính 2,9–4mm).
 - + Đồng thời cũng dùng camera đó để soi bên trong VTC.
 - Thấu kính nội soi (telescope):
- Để thực hiện soi vô sinh, cần phải có thấu kính nội



Hình 3.13. Nguyên lý của soi vô sinh



Hình 3.14. Dụng cụ FTO 1.40 gồm kim chọc dò Douglas, đèn soi, bơm tiêm và forceps^[3]



Hình 3.15. Thấu kính nội soi Hamou II^[3]



Hình 3.16. Dụng cụ SF, từ trái qua phải: kéo, forceps sinh thiết, forceps cặp^[3]

soi có đường kính không quá 4mm và một thấu kính 30°. Thấu kính nội soi Hamou II được sử dụng phổ biến vì có đường kính 2,9mm, kính soi 30° cho phép phối hợp nhìn thẳng và nhìn mặt bên, hình ảnh phẫu trường được quan sát rộng hơn, linh hoạt hơn, độ phóng đại 120 lần giúp thực hiện được vì nội soi vòi tử cung^[3] (hình 3.15).

– Một số dụng cụ khác

Bộ dụng cụ chọc dò Douglas có kênh phẫu thuật cho phép sử dụng dụng cụ SF. Forceps sinh thiết, forceps cặp và kéo được sử dụng (hình 3.16).

3. Kỹ thuật

Kỹ thuật soi vô sinh khá đơn giản. Tuy nhiên, cần phải thực hiện chính xác để tránh các tai biến.

3.1. Chuẩn bị

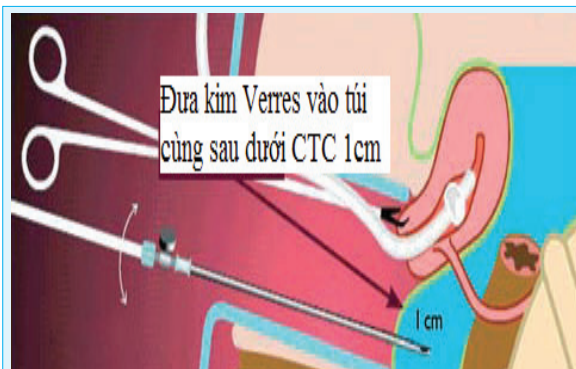
- Bệnh nhân được thực thao trước thủ thuật.
- Vị trí dụng cụ

Màn hình và nguồn sáng lạnh được đặt trên một xe di động để ở bên trái của bệnh nhân. Dịch truyền được cho ở bên phải^[3].

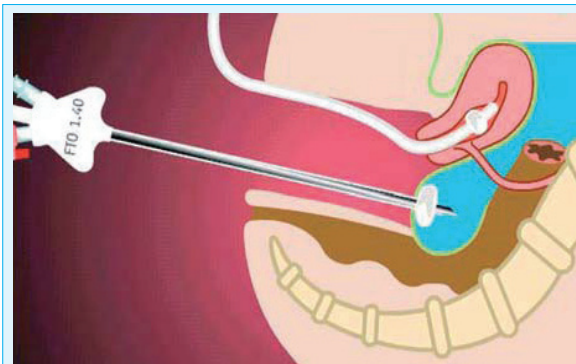
- Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân nằm ở tư thế phụ khoa, không cần nằm ở tư thế Trendelenburg.

– Khám âm đạo cẩn thận trước khi làm thủ thuật, nhằm phát hiện các bệnh lý gây tắc nghẽn ở túi cùng



Hình 3.17. Chọc kim Verres và bơm nước muối



Hình 3.18. Đưa fertiloscope (FTO 1.40) vào túi cùng sau

sau như khối u vùng chậu lọt túi cùng sau, nốt lạc nội mạc tử cung ở vách trực tràng âm đạo hoặc dính tử cung trực tràng. Đây là những chống chỉ định của soi vô sinh^[6].

3.2. Vô cảm

Sử dụng gây tê tại chỗ hoặc giảm đau toàn thân. Gây tê ngay tại vị trí vào trocar (chọc kim veres). Phương pháp này được sử dụng phổ biến ở các nước cho phép thực hiện thủ thuật ở phòng khám ngoại trú. Ưu điểm của giảm đau toàn thân là có thể soi vô sinh can thiệp khi phát hiện bệnh lý kèm theo. Trong trường hợp gây tê tại chỗ, sử dụng lidocain tê cạnh cổ tử cung sau khi chèn tấm bông có tẩm thuốc tê (Emla gel) trong 10 phút. Các thuốc sử dụng trong giảm đau toàn thân giống như khi chọc hút trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm^{[3],[4]}.

3.3. Các bước thực hiện

Soi vô sinh được thực hiện cho bệnh nhân ngoại trú, gồm năm bước (1) soi khung chậu (hydropelviscopy) (Hình 4.2), (2) test thông vòi, (3) soi vòi tử cung, (4) vi nội soi vòi tử cung, (5) soi buồng tử cung^{[3],[4]}.

3.3.1. Soi khung chậu (Hydropelviscopy)

– Đưa kim Verres vào túi cùng Douglas ở vị trí 1cm bên dưới cổ tử cung. Sau đó, bơm 150–200mL dung dịch muối qua kim verres không sử dụng bơm áp lực (hình 3.17).

– Rút kim Verres và thay thế bằng fertiloscope (FTO

1–40 – Fertility Focus Ltd, Anh). Đầu của fertiloscope sắc cho phép đàm trực tiếp mà không cần rạch túi cùng sau. Ngoài ra, đầu có bóng để cố định trong khoang phúc mạc khi thực hiện thủ thuật (hình 3.18).

– Đưa optic qua fertiloscope và bắt đầu quan sát (điều quan trọng là sử dụng optic 30° đường kính < 4mm). Thời gian đầu, quan sát hình ảnh hơi khó khăn qua soi vô sinh vì hình ảnh đảo ngược với nội soi ổ bụng thông thường, nhưng sau một thời gian ngắn làm quen rất dễ quan sát các cấu trúc của cơ quan sinh sản. Điều quan trọng là phải quan sát hệ thống hai buồng trứng, vòi tử cung, hố buồng trứng, một phần thành sau tử cung, dây chằng tử cung cùng và phúc mạc vùng chậu (hình 3.19–3.24). Cơ quan cần quan sát đầu tiên là phần sau của tử cung, sau đó quan sát thành chậu mỗi bên. Điều này xác định vị trí của phần phụ: dây chằng tử cung–buồng trứng và đoạn eo của vòi tử cung. Tiếp theo dây chằng tử cung–buồng trứng là buồng trứng. Nhờ thấu kính 30°, có thể nhìn thấy phần trên của buồng trứng bằng cách đi vào khoang giữa buồng trứng và hố buồng trứng. Quan sát vòi tử cung từ đoạn eo đến đoạn bóng và tua vòi tử cung. Do hình ảnh bị đảo ngược nên vòi tử cung có thể nằm bên trong buồng trứng. Nếu gặp khó khăn trong quan sát bất kỳ cấu trúc nào, cần phải đợi cho đến khi có nhiều dịch được bơm vào. Điều này sẽ cải thiện tầm

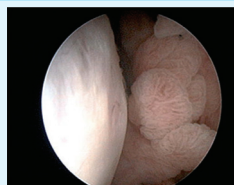
nhìn. Cần di chuyển telescope theo tất cả các hướng, và đừng quên chuyển động tới trước và về phía sau^[3].

3.3.2. Test thông vòi

Sau khi đánh giá tất cả các cơ quan sinh dục, thực hiện nghiệm pháp thông vòi thông qua telescope buồng tử cung (hình 3.25). Bơm thuốc nhẹ nhàng để tránh làm co thắt vòi tử cung. Quan sát thuốc ở tua vòi tử cung. (hình 3.26).

3.3.3. Nội soi vòi tử cung qua túi cùng Douglas (salpingoscopy)

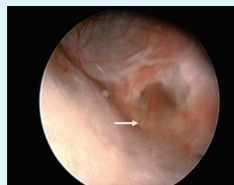
Nội soi vòi tử cung (Hình 3.27–3.34) là phương tiện rất hữu ích trong đánh giá vòi tử cung. Brosens và cộng sự đã xác định rõ giá trị của nó trong chẩn đoán dính bên trong vòi tử cung^[7]. Các tác giả này cũng đã miêu tả điểm số vòi tử cung, rất hữu ích trong đánh giá mức độ tổn thương vòi tử cung^[8]. Tuy nhiên, rất ít khi thực hiện nội soi vòi tử cung trong khi nội soi ổ bụng vì cần dùng telescope thứ hai, và cần phải thêm nguồn sáng, camera, màn hình và hệ thống hút rửa riêng. Ngược lại, rất dễ thực hiện nội soi vòi tử cung trong quá trình soi vô sinh với cùng một telescope do vị trí của tua vòi và sử dụng telescope nhỏ. Kỹ thuật đơn giản, đầu tiên, cố định tua vòi bằng forceps. Sau đó, đẩy nhẹ telescope qua tua vòi, có thể đi đến đoạn bóng và chỗ nối đoạn eo–đoạn bóng. Trong khi thực hiện thủ thuật, cần phải hút rửa vòi tử cung. Bằng cách quay telescope theo trục của nó và nhờ thấu kính 30°, có thể kiểm tra mỗi



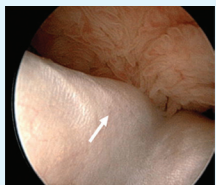
Hình 3.19. Tua vòi tử cung và buồng trứng bình thường^[3]



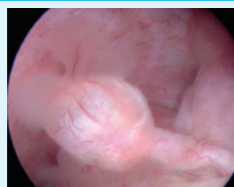
Hình 3.20. Đang phóng noãn^[3]



Hình 3.21. Đang phóng noãn: chú ý dịch nang noãn (mũi tên)^[3]



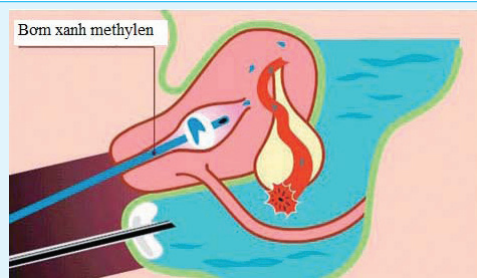
Hình 3.22. Dây chằng tử cung cùng phải (mũi tên) và tua vòi^[3]



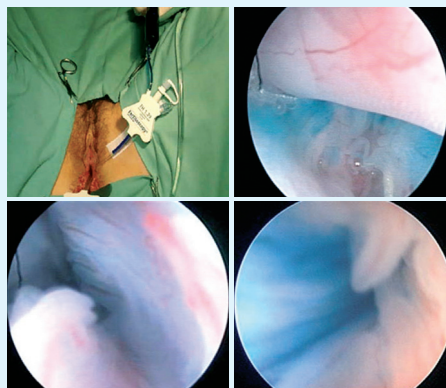
Hình 3.23. Vòi tử cung phụ^[3]



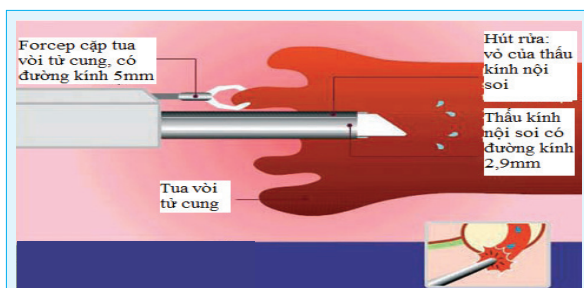
Hình 3.24. Nang cạnh vòi tử cung^[3]



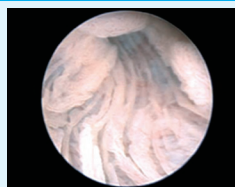
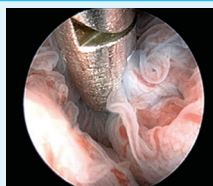
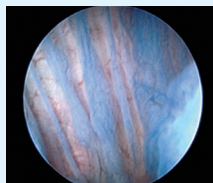
Hình 3.25. Test thông vòi



Hình 3.26. Nghiệm pháp thông vòi tử cung^[3]



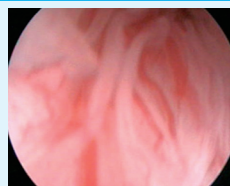
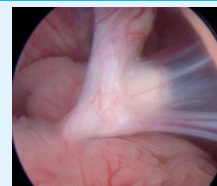
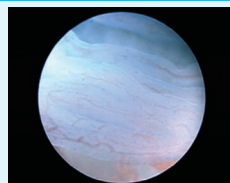
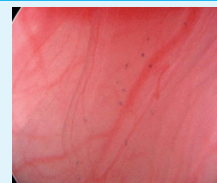
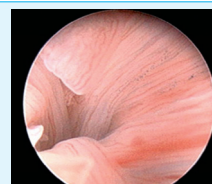
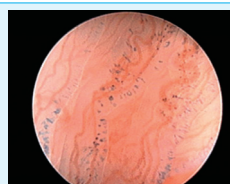
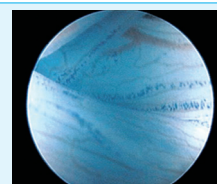
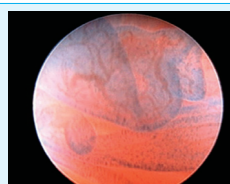
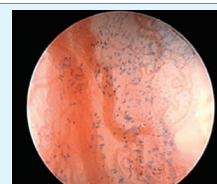
Hình 3.27. Nguyên lý nội soi vòi tử cung

Hình 3.28. Toàn cảnh nội soi vòi tử cung^[3]Hình 3.29. Hình ảnh đoạn bóng vòi tử cung qua nội soi vòi tử cung^[3]Hình 3.30. Cố định tua vòi tử cung bằng forceps^[3]Hình 3.31. Các nếp niêm mạc lớn^[3]Hình 3.32. Các nếp niêm mạc nhỏ^[3]

phần của đoạn bóng. Có thể xác định tất cả các bệnh lý như dính bên trong đoạn bóng hoặc các nếp niêm mạc dẹt. Các dấu hiệu này có tầm quan trọng trong việc quyết định biện pháp điều trị phẫu thuật tái tạo hay thụ tinh trong ống nghiệm.

3.3.4. Vi nội soi vòi tử cung

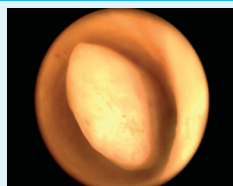
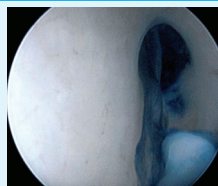
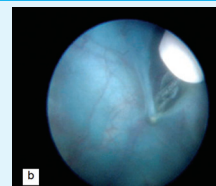
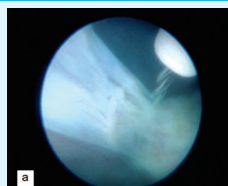
Khái niệm này được Marconi và Quintana đưa ra vào năm 1998^[12]. Các tác giả này đã chứng minh rằng sau test thông vòi, nhân tế bào vòi tử cung bệnh lý bị nhuộm xanh methylen. Mỗi nhân nhuộm màu là một tế bào bị hư hỏng (hoặc viêm hay chết). Để thực hiện vi nội soi vòi tử cung cần sử dụng optic đặc biệt (Hamou II-K, Storz, Đức) có độ phóng đại 100 lần. Tùy thuộc vào số nhân bị nhuộm xanh methylen, vòi tử cung được chia thành 4 giai đoạn, từ bình thường (giai đoạn 1: không có nhân nào bị nhuộm xanh methylen) đến bệnh lý (giai đoạn 4: có rất nhiều nhân

Hình 3.33. Dính bên trong đoạn bóng^[3]Hình 3.34. Dính bên trong tua vòi tử cung^[3]Hình 3.35. Giai đoạn 1^[3]Hình 3.36. Giai đoạn 1: Một nhân bị nhuộm xanh methylen^[3]Hình 3.37. Giai đoạn 2^[3]Hình 3.38. Giai đoạn 2: Nhìn thấy nhân bị nhuộm xanh methylen mà không cần kính phóng đại^[3]Hình 3.39a. Giai đoạn 3^[3]Hình 3.39b. Giai đoạn 3^[3]Hình 3.40a. Giai đoạn 4^[3]: Tất cả các bờ của nếp niêm mạc đều có nhân bị nhuộm xanh methylenHình 3.40b. Giai đoạn 4^[3]: Tương bào (giữa các nếp niêm mạc) và tế bào biểu mô (trên bờ của nếp niêm mạc) bị nhuộm xanh

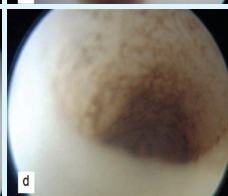
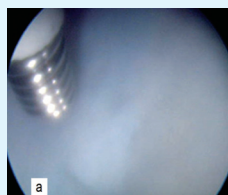
methylen). Mỗi giai đoạn được chẩn đoán xác định bằng vi sinh thiết nhờ forceps sinh thiết 5F (Hình 3.35–3.40)^[3]

3.3.5. Nội soi buồng tử cung

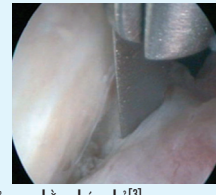
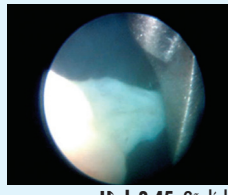
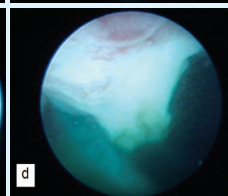
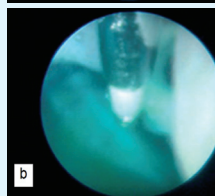
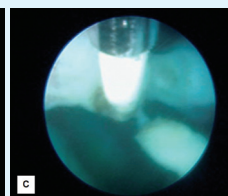
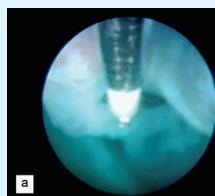
Nội soi buồng tử cung (hình 3.43 –3.44) là bước cuối cùng của soi vô sinh, nhằm đánh giá một cách toàn diện về hệ thống sinh sản. Thực hiện sinh thiết nội mạc cùng thời điểm nếu nghi ngờ có bệnh lý. Khi kết thúc thủ thuật, vết sẹo rất nhỏ không cần khâu và không cần dùng kháng sinh^[4].

Hình 3.41. Polyp buồng tử cung^[3]Hình 3.42. Nút nhầy ở lỗ vòi tử cung^[3]

Hình 3.44. a và b Gỡ dính vòi tử cung



Hình 3.43. (a-d) Đốt điểm buồng trứng qua soi vô sinh

Hình 3.45. Gỡ dính vòi tử cung bằng kéo nhỏ^[3]

Hình 3.46. (a-d) Gỡ dính

4. Soi vô sinh can thiệp

Ban đầu, soi vô sinh chỉ được dùng để chẩn đoán. Hiện nay, một số bệnh lý có thể được điều trị ngay như đốt điểm buồng trứng (hình 3.43) gỡ dính đơn giản (đặc biệt là dính phần xa vòi tử cung, buồng trứng, và hố buồng trứng) (Hình 3.44–3.46) và điều trị lạc nội mạc nhẹ, nốt nhỏ^[13].

Tuy nhiên, trong tương lai gần, với sự ra đời của các dụng cụ phẫu thuật hiện đại, có thể thực hiện nhiều can thiệp hơn qua soi vô sinh.

Đốt điểm buồng trứng được thực hiện dễ dàng qua soi vô sinh. Thủ thuật này do Fernandez và Alby đưa ra để điều trị hội chứng buồng trứng đa nang để kháng Clomiphene citrate^[13]. Đốt điểm buồng trứng qua soi vô sinh có hiệu quả tương đương nội soi ổ bụng, nhưng ít xâm lấn hơn rất nhiều. Sử dụng đốt lưỡng cực dùng một lần (Versapoint®; Gynecare, Mỹ) hay nhiều lần (Ovadrill®; Erbé-Soprane, Đức-Pháp). Đốt từ 10–15 lỗ ở mỗi bên buồng trứng. Thủ thuật được tiến hành rất nhanh (dưới 15 phút) và được thực hiện cho bệnh nhân ngoại trú.

Gỡ dính được tiến hành qua phối hợp dụng cụ đốt lưỡng cực và kéo nhỏ (hình 3.44–3.46). Tuy nhiên, điều này chỉ được thực hiện đối với dính mức độ nhẹ (ví dụ khi dính ảnh hưởng đến mối liên quan giữa vòi tử cung và buồng trứng).

Có thể tiến hành sinh thiết ở vòi tử cung để đánh giá sự tương quan giữa vi nội soi vòi tử cung với kết quả mô học.

Cũng có thể mở thông vòi tử cung như trong trường hợp ứ dịch vòi tử cung. Mục đích của việc mở

thông vòi tử cung không phải để điều trị mà để thực hiện nội soi vòi tử cung qua tua vòi nhằm chọn lựa biện pháp điều trị tốt nhất (tạo hình vòi tử cung hoặc cắt vòi tử cung và thụ tinh trong ống nghiệm).

Việc điều trị lạc nội mạc tử cung qua soi vô sinh cũng có tính khả thi, nhưng số trường hợp thực hiện được vào thời điểm hiện tại quá ít để có thể đưa ra hiệu quả của biện pháp này^[3].

Sau khi hoàn tất thủ thuật soi vô sinh, lấy telescope ra và dịch trong vùng chậu sẽ chảy ra ngoài một cách tự do. Không cần thiết phải lấy hết tất cả lượng dịch được bơm vào vì chúng sẽ được hấp thu. Không cần khâu để đóng vết sẹo ở âm đạo. Bệnh nhân được xuất viện ngay nếu được gây tê tại chỗ. Trong trường hợp gây mê thì có thể xuất viện sau vài giờ. Khuyến cáo bệnh nhân không dùng tampon và không quan hệ tình dục trong vòng 4 ngày đầu sau thủ thuật^[3].

5. Hiệu quả của soi vô sinh

Vấn đề cơ bản cần được xem xét là soi vô sinh có hiệu quả tương tự nội soi ổ bụng hay không và kỹ

thuật này có được xem như là “tiêu chuẩn vàng” trong đánh giá bệnh nhân vô sinh hay không.

Watrelot A đã thiết kế một nghiên cứu đặc biệt (nghiên cứu FLY- viết tắt của fertiloscopy versus laparoscopy) để đánh giá hiệu quả của soi vô sinh^[14]. Đây là một nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên đa trung tâm, trong đó soi vô sinh được tiến hành trước, sau đó nội soi ổ bụng được thực hiện trên cùng bệnh nhân vô sinh do hai phẫu thuật viên A và B được phân ngẫu nhiên. Mỗi trường hợp được quay phim lại và các video được hai người xem, nhận xét độc lập. Thử nghiệm này được Hội đồng Y Đức của Pháp chấp thuận theo bộ luật Huriet. Nghiên cứu được thực hiện tại 14 Trung tâm Trường-Viện (12 ở Pháp, 1 tại Bỉ, và 1 ở Tunisia) và bao gồm 92 bệnh nhân.

Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu cũng như hệ số kappa để kiểm định sự phù hợp giữa các kết quả từ 6 vị trí (cả hai buồng trứng, vòi tử cung, phúc mạc, và buồng trứng). Tổng số vị trí phân tích là 552 (92 × 6). Hệ số kappa giữa các vị trí thay đổi từ 0,75–0,91.

Sự phù hợp giữa các phương pháp chẩn đoán được xem là rất tốt khi hệ số kappa $\geq 0,75$. Do đó, kết luận của nghiên cứu FLY là “Nên thay thế nội soi ổ bụng bằng soi vô sinh ở những trường hợp vô sinh nữ không có bệnh lý rõ ràng”.

Trong nhiều năm qua, người ta nỗ lực tìm kiếm một phương pháp đơn giản, an toàn, ít xâm lấn, và tương đối rẻ tiền để chẩn đoán bất thường vùng chậu ở bệnh nhân vô sinh. Các phương pháp không xâm lấn như chụp tử cung-vòi tử cung và siêu âm buồng tử cung (hysterosonography) hoặc phương pháp xâm lấn hiện nay là nội soi đường bụng.

Bốn thông số quan trọng để đánh giá là độ thông vòi tử cung, môi trường vòi tử cung-phúc mạc, niêm mạc vòi tử cung và buồng tử cung. Các kết quả này được trình bày tóm tắt trong hình 3.47, 3.48, 3.49 và cho thấy rằng soi vô

sinh có lẽ là phương pháp thăm dò phù hợp nhất.

6. Chỉ định soi vô sinh

Tùy theo hệ thống y tế và quy định của pháp luật, có hai chiến lược khác nhau trong chỉ định soi vô sinh^[4]:

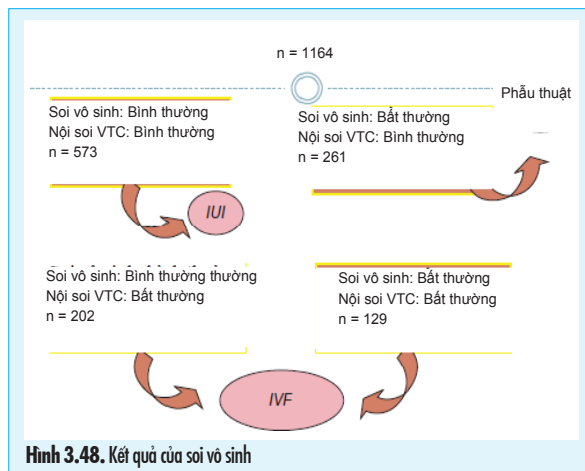
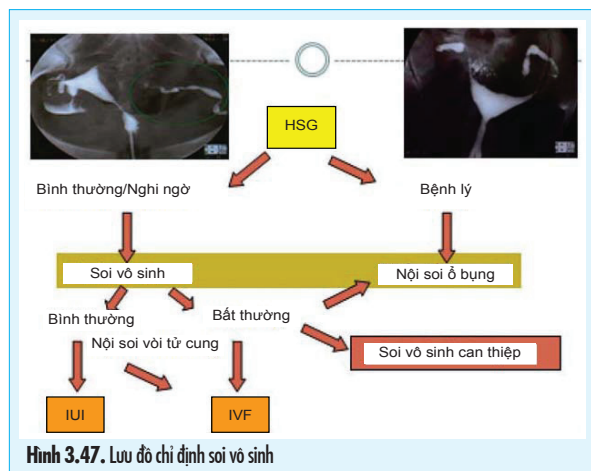
(1) Khi phòng khám được phép thực hiện thủ thuật, có thể tiến hành sớm soi vô sinh cho bệnh nhân vô sinh (một năm sau chẩn đoán). Trong trường hợp này, thủ thuật được thực hiện dưới sự gây tê tại chỗ. Nếu không phát hiện bất thường nên theo dõi bệnh nhân trong vòng hai năm, bởi vì cơ hội mang thai mỗi chu kỳ trong năm thứ hai vẫn là 12%. Sau hai năm, tỷ lệ mang thai tự nhiên giảm xuống khoảng 5% và các tác giả đều thống nhất rằng nên chỉ định bơm tinh trùng vào buồng tử cung. Nếu phát hiện bệnh lý, bệnh nhân được điều trị tùy theo tổn thương, phẫu thuật trong trường hợp lạc nội mạc hoặc dính vùng chậu hoặc thụ tinh ống nghiệm nếu tổn thương vòi tử cung mà phẫu thuật không thể tái tạo được.

(2) Nếu không được phép hoặc không có khả năng làm thủ thuật tại phòng khám, soi vô sinh được thực hiện dưới sự gây mê toàn thân tại phòng mổ trước khi chỉ định thụ tinh nhân tạo hay thụ tinh trong ống nghiệm (nghĩa là sau 2 năm, ngoại trừ ở những bệnh nhân vô sinh trên 38 tuổi). Nếu kết quả soi vô sinh bình thường, chỉ định kỹ thuật hỗ trợ sinh sản hoặc điều trị theo tổn thương.

Ưu điểm của gây tê tại chỗ là chi phí thấp. Trong khi đó, gây mê toàn thân cho phép soi vô sinh can thiệp hay tiến hành nội soi ổ bụng cùng thời điểm nếu cần thiết. Bệnh nhân có thể lựa chọn giữa hai phương pháp vô cảm này. Trong thực tế, thực hiện soi vô sinh càng sớm giúp điều trị sớm các bệnh lý và mang lại cơ hội có thai trong thời gian ngắn nhất.

7. Tai biến của soi vô sinh

Tỷ lệ tai biến dao động từ 5–10% tùy theo kinh



Điểm số của các phương tiện chẩn đoán
0: Không có giá trị; 5: Rất có giá trị

	Độ thông VTC	Buồng TC	Môi trường phúc mạc-VTC	Niêm mạc VTC	Tổng
Chụp TC-VTC	4	4	1	2	11
Siêu âm BTC	4	4	1	0	9
Nội soi ổ bụng	5	0	5	1	11
Nội soi ổ bụng + Nội soi BTC	5	5	5	1	16
Soi vô sinh	5	5	5	5	20

Hình 3.49. So sánh các phương pháp chẩn đoán^[4]

nghiệm của phẫu thuật viên. Để hạn chế tai biến, cần phải tích lũy kinh nghiệm, chú ý đến các chống chỉ định khi có bệnh lý ở túi cùng Douglas như lạc nội mạc tử cung ở vách trực tràng âm đạo hoặc dính trực tràng âm đạo. Có thể phát hiện những bệnh lý này khi khám âm đạo trước thủ thuật. Nếu nghi ngờ, nên dùng thủ thuật soi vô sinh và chuyển sang nội soi ổ bụng^{[3],[4]}.

Tai biến thường liên quan đến trực tràng. Tuy nhiên, đối với tai biến này, chỉ cần điều trị bảo tồn, dùng kháng sinh mà không cần can thiệp phẫu thuật^[15].

8. Kết luận

Soi vô sinh là một kỹ thuật hữu ích trong chẩn đoán bệnh lý vòi tử cung mà không cần mở bụng để quan sát trực tiếp.

Kết quả của nghiên cứu FLY cho thấy, soi vô sinh có hiệu quả tương đương nội soi ổ bụng và chụp tử cung-vòi tử cung. Tuy nhiên, soi vô sinh ít xâm lấn và ít nguy cơ

hơn “nội soi ổ bụng làm nghiệm pháp thông vòi”. Ngoài ra, kỹ thuật này cho phép đánh giá niêm mạc vòi tử cung. Đây là một ưu điểm của soi vô sinh so với nội soi ổ bụng. Trong thực tế, nội soi vòi tử cung qua túi cùng sau (salpingoscopy) chỉ cho phép đánh giá đoạn xa của vòi tử cung. Khó đánh giá đoạn gần vì quá hẹp ngoại trừ nội soi vòi tử cung qua cổ tử cung (fallopscopy). Tuy nhiên, nội soi vòi tử cung qua cổ tử cung có giá trị thấp vì chất lượng hình ảnh thu được kém. Nhược điểm này có ảnh hưởng không lớn vì đoạn xa vòi tử cung không chỉ là phần hay bị tổn thương nhất mà còn là phần quan trọng nhất của vòi tử cung, là nơi đón bắt trứng và sự thụ tinh xảy ra.

Vi nội soi vòi tử cung có giá trị tiên lượng tốt nhưng cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa trước khi được đưa vào sử dụng một cách thường quy.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có thai ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phẫu thuật qua soi vô sinh so với nhóm bệnh nhân được làm thụ tinh trong ống nghiệm (35,2% so với 35,6%). Phẫu thuật vòi tử cung vẫn là một lựa chọn thích hợp. Tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể, soi vô sinh can thiệp có thể được sử dụng để điều trị cho một số tổn thương.

Soi vô sinh là một phương pháp có giá trị thay thế cho nội soi ổ bụng và chụp tử cung-vòi tử cung có cản quang trong những trường hợp nghi ngờ bệnh lý vòi tử cung. Độ chính xác của soi vô sinh đã được chứng minh và cho phép chẩn đoán chính xác những bệnh nhân có bệnh lý vòi tử cung hoặc quanh vòi tử cung. Ở những bệnh nhân này, tỷ lệ mang thai sau phẫu thuật vòi tử cung tương đương thụ tinh trong ống nghiệm. Việc có thai tự nhiên sau phẫu thuật có nhiều ưu điểm như giá thành rẻ, sinh lý, và có thể có thai ở những lần sau mà không cần điều trị gì thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Swart P, Mol BW, Van Beurden M, et al (1995), The accuracy of hysterosalpingography in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis, *Fertil Steril*, 64, pp.486–91.
2. Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, et al (1998), Surgical complications of diagnostic and operative gynaecologic laparoscopy: a series of 29,966 cases, *Hum Reprod*, 13, pp.867–72.
3. Watrelot A (2007), Fertiloscopy, In: *Atlas of operative laparoscopy and hysteroscopy*, third edition, Informa UK Ltd, pp.115–132.
4. Watrelot A (2010), Fertiloscopy, In: *Ultrasonography in Reproductive Medicine and Infertility*, Cambridge University Press, 2010, pp.34–41.
5. Trần Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Nguyễn Song Nguyên, Hiếm muộn-Vô sinh và kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, Nhà xuất bản Y học, 2000.
6. Pellicano M, Catena U, Di Iorio P et al (2007), Diagnostic and operative fertiloscopy, *Minerva Ginecol*. 2007 Apr;59(2):175–81. Review. Italian.

7. Brosens I, Campo R, Gordts S (1999), Office hydrolaparoscopy for the diagnosis of endometriosis and tubal infertility, *Curr Opin Obstet Gynecol*, 11, pp.371–7.
8. Brosens I, Boeckx W, Delattin P, et al (1987), Salpingoscopy: a new preoperative diagnosis in tubal infertility, *Br J Obstet Gynaecol*, 94, pp.768–73.
9. Marconi G, Quintana R (1998), Methylene blue dyeing of cellular nuclei during salpingoscopy, a new in vivo method to evaluate vitality of tubal epithelium, *Hum Reprod*, 13, pp.3414–17.
10. Fernandez H, Alby JD (1999), De la culdoscopie à la fertiloscopy opératoire, *Endomag*, 21, pp.5–6.
11. Watrelot A, Nisolle M, Hocke C, et al (2003), Is laparoscopy still the gold standard in infertility assessment? A comparison of fertiloscopy versus laparoscopy in infertility, *Hum Reprod*, 18, pp.834–9.
12. Gordts S, Watrelot A, Campo R, Brosens I (2001), Risk and outcome of bowel injury during transvaginal pelvic endoscopy, *Fertil Steril*, 76, pp.1238–41.