



GIÃN TĨNH MẠCH THƯỜNG TINH VÀ VÔ SINH NAM

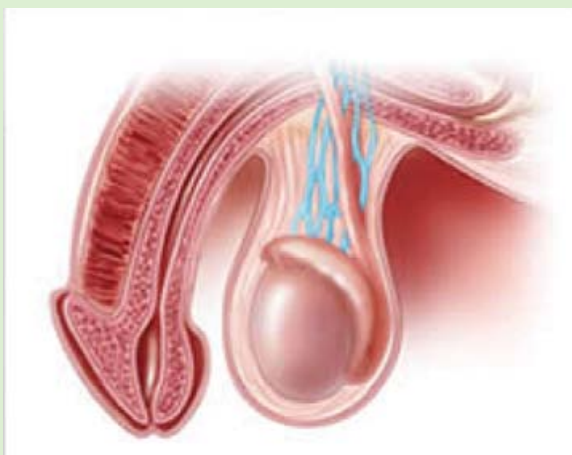
BS. Vũ Nhật Khang
IVFAS

ĐẠI CƯƠNG VỀ GIÃN TĨNH MẠCH THƯỜNG TINH

Giãn tĩnh mạch thường tinh (GTMTT) là sự giãn và xoắn bất thường của tĩnh mạch tinh đi trong đoạn thường tinh. Đây là bệnh lý thường gặp ở nam giới, theo Tổ chức Y tế thế giới GTMTT xảy ra ở 11,7% nam giới có tinh dịch đồ bình thường và ở 25,4% nam giới có tinh dịch đồ bất thường. Hầu hết các trường hợp GTMTT xảy ra ở bên trái (khoảng 95%), và một số ít còn lại xảy ra ở 2 bên.

Nguyên nhân

Tĩnh mạch trong tinh hoàn, cũng như tĩnh mạch ở chân, có những van giúp đỡ cho máu đi về tim mà không chảy ngược lại, nếu những van này không hoạt động hoặc bị suy yếu thì dòng máu sẽ chảy ngược vào trong các tĩnh mạch tinh gây nên hiện tượng GTMTT. Cho đến nay người ta vẫn chưa biết tại sao các van này không hoạt động.



Bình thường



Không bình thường



Bệnh gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải, sở dĩ bên trái gặp nhiều hơn bên phải là do cấu trúc giải phẫu của tĩnh mạch tĩnh phải ngắn và đổ xéo góc vào tĩnh mạch chủ dưới; trong khi đó tĩnh mạch tĩnh trái dài hơn và đổ gần như vuông góc vào tĩnh mạch thận. Ngoài ra, có một số trường hợp giãn tĩnh mạch tĩnh do không có van hoặc hệ thống van tĩnh mạch bị suy yếu.

Mối liên quan với vô sinh nam

Các nghiên cứu cho thấy nguy cơ vô sinh ở những nam giới bị GTMTT cao hơn so với nam giới không bị bệnh lý này. Cơ chế chính xác gây tổn thương tinh hoàn ở bệnh nhân GTMTT vẫn chưa rõ, có thể do nhiều yếu tố góp phần.

Cơ chế tổn thương do tăng nhiệt độ ở bìu (làm nhiệt độ tinh hoàn tăng lên 0,6-0,8°C) là giả thuyết được nhiều người chấp nhận nhất. Ở người, nhiệt độ ở bìu thường thấp hơn thân nhiệt khoảng 2°C. Khi nhiệt độ tại bìu tăng sẽ ảnh hưởng cấu trúc mô học của tinh hoàn, ức chế quá trình sinh tinh và gây tổn thương ADN của tinh trùng. Sự gia tăng của các chất oxy hóa tái hoạt (ROS) ở những nam giới bị GTMTT có thể đóng vai trò chính trong quá trình chết theo chương trình của tinh trùng.

Ngoài ra còn một số giả thuyết ít được chấp nhận như: trào ngược các chất chuyển hóa từ thượng thận - thận

vào tĩnh mạch tĩnh: ở bệnh nhân GTMTT có sự gia tăng, ứ đọng máu tĩnh mạch, tăng prostaglandine hoặc catecholamine trong tĩnh mạch tĩnh.

Triệu chứng của giãn tĩnh mạch thường tĩnh

Hầu hết không có triệu chứng gì đặc biệt, một số ít có thể có triệu chứng đau và khó chịu ở bìu. Con đau thường nhẹ và trung bình, xảy ra khi ngồi hoặc đứng nhiều, cơn đau sẽ giảm khi bệnh nhân nằm nghỉ ngơi. Bệnh không ảnh hưởng đến hệ tiết niệu hay khả năng cương cứng của dương vật khi quan hệ.

Ở một số trường hợp GTMTT nặng có thể sờ thấy một búi giun nằm ở trên tinh hoàn.

Chẩn đoán

Khi khám bệnh nhân sẽ đứng trong một phòng ấm vài phút. Thường tĩnh có thể sờ thấy khi dùng hai ngón tay bóp nhẹ vào phần giữa gốc dương vật và phần trên của bìu.

Trong trường hợp điển hình sẽ nhìn thấy tĩnh mạch tĩnh rất to và ngoằn ngoèo phía trên tinh hoàn, sờ có cảm giác như búi giun. Trong những trường hợp giãn nhẹ, người bệnh cần được khám cẩn thận và làm nghiệm pháp Valsava mới phát hiện được. (Nghiệm pháp Valsava sẽ làm tĩnh mạch thường tĩnh to lên và hiện rõ dưới da). Siêu âm Doppler bìu chỉ giúp hỗ trợ chẩn đoán và không phải là yếu tố quyết định để chẩn đoán.

*** Phân độ giãn tĩnh mạch thường tĩnh theo WHO:**

Độ 0: không phát hiện được trên lâm sàng, chỉ chẩn đoán được trên siêu âm Doppler

Độ I: chỉ phát hiện được khi bệnh nhân thực hiện nghiệm pháp Valsava

Độ II: sờ thấy nhưng không nhìn thấy

Độ III: nhìn thấy dễ dàng

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA GIÃN TĨNH MẠCH THƯỜNG TINH

Giãn tĩnh mạch thường tinh có ảnh hưởng xấu đến sự phát triển tinh hoàn cũng như sự sinh tinh trùng, tuy nhiên hầu hết nam giới bị GTMTT vẫn có khả năng có thai tự nhiên. Vì vậy chỉ riêng sự hiện diện của GTMTT đơn thuần không có chỉ định điều trị.

Lựa chọn bệnh nhân

GTMTT được chỉ định điều trị khi thỏa có các điều kiện sau:

- GTMTT có thể sờ thấy được (độ II và độ III),
- Cặp vợ chồng bị hiếm muộn
- Người vợ khám bình thường và còn trẻ tuổi (<35 tuổi)
- Có ít nhất một lần tinh dịch đồ bất thường.

Các phương pháp

Hiện nay có 4 phương pháp ngoại khoa điều trị GTMTT: phẫu thuật cổ điển, vi phẫu, phẫu thuật nội soi và tắc mạch. Vi phẫu là phương pháp phổ biến và được đánh giá cao để điều trị GTMTT. Khi phẫu thuật bác sĩ dùng kính phóng đại để nhận biết động mạch, tĩnh mạch, bạch mạch và cột các tĩnh mạch giãn. Phẫu thuật có thể thực hiện với gây tê hay gây mê.

Theo dõi sau phẫu thuật

Thông thường bệnh nhân nằm lại trong bệnh viện một

hoặc hai ngày sau phẫu thuật. Tránh hoạt động mạnh trong vòng 48 giờ sau phẫu thuật, sau đó có thể tiếp tục hoạt động bình thường. Các nguy cơ có thể xảy ra trong và sau khi mổ bao gồm: tràn dịch màng tinh, tổn thương động mạch thường tinh gây teo tinh hoàn, GTMTT tái phát và nhiễm trùng. Để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật lên chất lượng tinh trùng và khả năng có thai, cần theo dõi ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật.

Giãn tĩnh mạch thường tinh không tinh trùng

Một số tác giả cho rằng rối loạn chức năng tinh hoàn ở các trường hợp GTMTT có thể dẫn tới không tinh trùng. Phẫu thuật điều trị GTMTT ở các trường hợp này mặc dù tỷ lệ có thai sau khi phẫu thuật rất hiếm, nhưng một số trường hợp có thể tìm thấy tinh trùng di động trong tinh dịch sau phẫu thuật. Tuy nhiên hầu hết các trường hợp này đều phải thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản mới có thể có thai được.

ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN CÓ GTMTT BẰNG CÁC KỸ THUẬT HỖ TRỢ SINH SẢN

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) và thụ tinh trong ống nghiệm/tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (IVF/ICSI) là các lựa chọn phổ biến cho các cặp vợ chồng hiếm muộn bị GTMTT hiện nay. Trong trường hợp người vợ có những vấn đề ảnh hưởng đến khả năng sinh sản, thì các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản có hiệu quả hơn so với phẫu thuật điều trị GTMTT.





Và khi điều trị ngoại khoa thất bại, IUI và IVF là những lựa chọn tiếp theo cho bệnh nhân hiếm muộn có GTMTT. Một số tác giả khuyến cáo có thể thực hiện điều trị ngoại khoa trước để giúp giảm các tổn thương có thể có của GTMTT lên tinh trùng, sau đó khi thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản để điều trị hiếm muộn thì khả năng thành công sẽ cao hơn.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN CÓ GIẢN TĨNH MẠCH THÙNG TINH

Mặc dù có rất nhiều nghiên cứu cho rằng bệnh nhân hiếm muộn có GTMTT có thể điều trị được bằng phẫu thuật, hiệu quả của điều trị ngoại khoa vẫn còn nhiều tranh cãi.

Các nghiên cứu phân tích gộp về hiệu quả điều trị hiếm muộn cho thấy điều trị phẫu thuật GTMTT có cải thiện một hay nhiều thông số của tinh dịch đồ nhưng không cải thiện khả năng có thai. Evers và cộng sự đã thực hiện phân tích gộp 8 nghiên cứu ngẫu nhiên, có nhóm chứng cho thấy điều trị phẫu thuật không làm tăng khả năng có thai so với không điều trị.

Nieschlag và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu tiến cứu, mù đôi và có nhóm chứng, cho thấy các phương pháp điều trị GTMTT xâm lấn (như phẫu thuật, tắc mạch...) không có khác biệt ở tỷ lệ có thai so với nhóm được tư vấn kỹ và rõ ràng.

Tuy nhiên, AUA và ASRM (2006) cho rằng nên thực hiện phẫu thuật GTMTT vì: giúp cải thiện chất lượng tinh trùng, cải thiện khả năng có thai trong một số trường hợp, đồng thời, chi phí, nguy cơ tai biến và biến chứng của phẫu thuật thấp.

KẾT LUẬN

GTMTT là một bệnh thường gặp ở nam giới trong độ tuổi sinh sản, nhưng không phải hầu hết các trường hợp mắc bệnh bị hiếm muộn. Cho tới thời điểm hiện tại vẫn chưa biết mối liên quan giữa vô sinh và GTMTT.

Các số liệu hiện tại cho thấy phẫu thuật điều trị GTMTT có thể cải thiện được số lượng và chất lượng của tinh trùng. Tuy nhiên, việc cải thiện khả năng có thai sau khi phẫu thuật vẫn chưa được chứng minh rõ ràng.

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản có thể giúp các cặp vợ chồng có thai sớm hơn, do đó được xem như là phương pháp điều trị hữu hiệu cho các trường hợp bị GTMTT nhẹ và nặng, đặc biệt nếu người vợ lớn tuổi.

Tài liệu tham khảo chính

Sigman M, Jarow JP: Male infertility. In Walsh PC et al Eds, Campbells Urology, W.B Saunders 2002; 1475-1531.

Patrick J. Rowe . WHO Manual for the Standardized Investigation, Diagnosis and Management of the Infertile Male. World Health Organization, Geneva

Evers JH, Collins J, Clarke J. Surgery or embolisation for varicocele in subfertile men. Cochrane Database Syst Rev 2008 Jul 16;(3):CD000479.

Nieschlag, E., Gertle, L., Fishedick, A. et al. (1998) Update on treatment of varicocele: counselling as effective as occlusion of the vena spermatica. Human Reproduction 13(8), 2147-2150