

# ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC BẰNG CỔ ĐỊNH TRỤC TREO ĐÁY CHẬU TRƯỚC VÀO DẢI CHẬU LƯỢC HAI BÊN QUA PHẪU THUẬT NỘI SOI

Trần Ngọc Dũng<sup>1,2,✉</sup>, Trần Bảo Long<sup>1,2</sup>, Lưu Quang Dũng<sup>2</sup>  
Nguyễn Đức Phan<sup>2</sup>, Nguyễn Thu Vinh<sup>2</sup>, Hoàng Đình Ân<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

*Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả ban đầu của phương pháp khâu treo và cố định trục treo đáy chậu vào dải chậu lược hai bên bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị sa sinh dục. Trong thời gian 18 tháng, chúng tôi thực hiện kỹ thuật trên cho 32 bệnh nhân sa sinh dục độ 3, 4. Tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp lần lượt 3,1% và 6,2%. Tỷ lệ tái phát 3,1%. Mức độ đau sau mổ phần lớn là trung bình và thấp lần lượt là 31,2% và 62,5%. Tất cả bệnh nhân hồi phục sớm với thời gian nằm viện ngắn trung bình là 4,5 ngày. Chất lượng cuộc sống thay đổi rõ sau mổ với hai thang điểm PFDI và PFIQ giảm lần lượt là 112,51 xuống 18,75 và 95,21 xuống 13,54. Kết quả ban đầu cho thấy đây là phương pháp an toàn và hiệu quả.*

**Từ khóa:** Sa sinh dục, phẫu thuật nội soi, dải chậu lược.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục là bệnh lý hay gặp ở phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ sau sinh đẻ nhiều và mãn kinh. Tùy theo cách đánh giá về sa sinh dục mà tỷ lệ sa sinh dục dao động từ 3 - 50% theo từng nghiên cứu. Tỷ lệ sa sinh dục có triệu chứng khoảng 3 - 6%; khi khám âm đạo, tỷ lệ sa sinh dục có thể lên đến 50% các trường hợp.<sup>1</sup>

Bình thường, các tạng chậu (bàng quang, tử cung, trực tràng) nằm trong không gian tiểu khung theo một tư thế giải phẫu phù hợp với sinh lý nhất nhờ các phương tiện nâng đỡ đó là các dây chằng và các mạc chậu. Các phương tiện này tạo lên hai cấu trúc gọi là trục treo đáy chậu trước và trục treo đáy chậu sau. Trong đó, trục treo đáy chậu trước được tạo bởi mạc mu - cổ và phức hợp cổ tử cung cùng. Nó góp phần

giữ bàng quang và tử cung trong tiểu khung ở tư thế giải phẫu sinh lý nhất.<sup>2</sup> Khi tổn thương trục treo đáy chậu trước (phức hợp cổ tử cung cùng - mạc mu cổ) dẫn tới sa sinh dục.

Khâu treo cố định cổ tử cung vào ụ nhô theo trục treo đáy chậu sau được coi là một xu hướng thịnh hành và được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn bởi vì phương pháp này có thể thực hiện được bằng các phẫu thuật ít xâm lấn như phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật Robot.<sup>3,4</sup> Phương pháp này có một số ưu điểm như: mất máu ít, hồi phục sớm, tỷ lệ tái phát thấp và đặc biệt không bị khó quan hệ tình dục do lệch trục âm đạo như khâu treo vào dây chằng cùng gai. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có những nhược điểm như: kỹ thuật khó, thời gian mổ kéo dài, tai biến và biến chứng trong và sau mổ còn nhiều như: tổn thương đường tiết niệu, đường tiêu hóa, rối loạn đại tiện và tiểu tiện, sỏi mòn lưới...<sup>4-7</sup> Để khắc phục những nhược điểm của phương pháp này, treo và cố định trục treo đáy chậu trước vào dải chậu lược 2 bên qua

Tác giả liên hệ: Trần Ngọc Dũng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranngocdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 08/04/2024

Ngày được chấp nhận: 03/05/2024

phẫu thuật nội soi được coi là một giải pháp cho điều trị sa sinh dục, đặc biệt, ở những bệnh nhân có chống chỉ định tương đối và tuyệt đối khi thực hiện khâu treo cổ tử cung theo trục sau vào ụ nhô như: tiền sử mổ tiểu khung, bệnh lý vùng cùng cụt.<sup>8</sup> Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phương pháp khâu treo và cố định trục treo đáy chậu trước vào dải chậu lược hai bên qua phẫu thuật nội soi trong điều trị sa sinh dục.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Những bệnh nhân sa sinh dục được điều trị bằng phẫu thuật cố định trục treo đáy chậu vào dải chậu lược 2 bên qua phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại tổng quát - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2022 đến 06/2023.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Sa sinh dục độ 3 - 4 (Phân loại Baden - Walker).

- Sa sinh dục tái phát sau các phẫu thuật theo trục treo đáy chậu sau (qua ngã âm đạo và đường bụng).

- Sa sinh dục có chống chỉ định cố định vào ụ nhô: bệnh lý vùng cùng cụt và cột sống thắt lưng, bệnh nhân mổ vùng tiểu khung gây dính nhiều...

#### **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân**

- Sa trực tràng toàn thành và/hoặc sa cổ bàng quang - niệu đạo kèm theo.

- Bệnh lý cần cắt bỏ tử cung - âm đạo: ung thư cổ tử cung...

- Dị ứng với mảnh ghép nhân tạo.

- Chống chỉ định phẫu thuật nội soi: bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính nặng, suy tim...

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả tiến cứu một loạt ca bệnh.

#### **Quy trình nghiên cứu**

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, khai thác tiền sử bệnh, làm các xét nghiệm cận lâm

sàng (MRI động học sàn chậu, làm phiên đồ âm đạo...), xét nghiệm máu đánh giá tình trạng đông máu, tế bào máu ngoại vi, chức năng gan, thận, đường máu..., xét nghiệm miễn dịch HIV, HCV, HbsAg; tổng phân tích nước tiểu; nhóm máu để lựa chọn và loại trừ theo tiêu chuẩn.

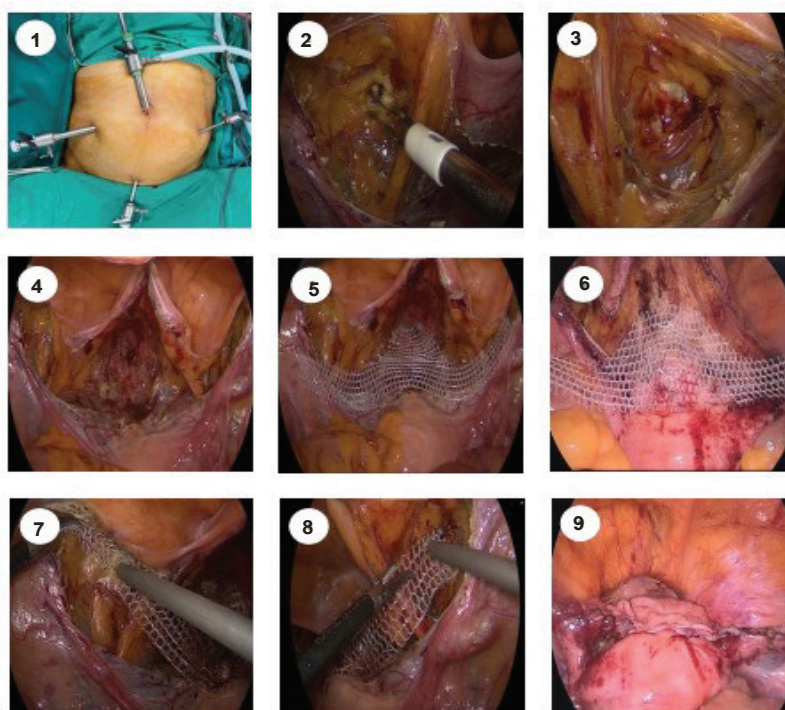
- Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi khâu treo và cố định trục treo đáy chậu trước vào dải chậu lược hai bên theo một quy trình thống nhất (Hình 1).

- Bệnh nhân được tái khám sau 1 tháng và 6 tháng: Qua thăm khám trực tiếp hoặc liên lạc qua điện thoại.

- Các chỉ số nghiên cứu trước - trong - sau mổ và tái khám được lấy theo bệnh án mẫu.

#### **Các bước phẫu thuật**

Bệnh nhân được đặt 4 trocar: 1 trocar 10mm trên rốn, 1 trocar 10mm ở vị trí giao điểm của đường ngang rốn với đường giữa đòn bên trái, 1 trocar 5mm ở vị trí đối diện và 1 trocar 5mm ở đường trắng giữa trên xương mu. Mổ lá trước dây chằng rộng sang bên trái đến thành bụng trước bên, bộc lộ dải chậu lược nằm ở ngành trên xương mu tại vị trí ngay trước bó mạch chậu ngoài bên trái. Làm tương tự, bộc lộ dải chậu lược bên phải). Phẫu tích bàng quang khỏi cổ tử cung và thành trước âm đạo giới hạn hai bên tương ứng với cung gân mạc chậu, phía sau là cổ tử cung, phía trước ngăn niệu đạo sau (được tạo bởi dây chằng niệu đạo chậu: phần nằm trước mạc mu - cổ). Tạo hình mảnh ghép nhân tạo (MGNT) bằng lưới chất liệu polyester với thân có hình dạng và kích thước tương ứng với mạc mu - cổ và 2 chi sang 2 bên. Cố định MGNT vào cổ tử cung - thành trước âm đạo thay thế cấu trúc trục treo đáy chậu trước bằng chỉ không tiêu đa sợi Ti - cron 2.0. Lần lượt cố định 2 chi của MGNT sao cho cổ tử cung ở chính giữa tiểu khung giúp trục âm đạo - tử cung tương ứng với S2. Khâu phục hồi lại phúc mạc của dây chằng rộng và thành bàng quang che phủ kín MNGT. Tháo CO<sub>2</sub> và đóng các lỗ trocar kết thúc cuộc mổ.



**Hình 1. Các bước của Quy trình phẫu thuật**

Quy trình phẫu thuật nội soi cố định trực treo đáy chậu trước vào dải chậu lược 2 bên điều trị sa sinh dục

Bước 1: Vị trí đặt trocar ổ bụng.

Bước 2: Bộc lộ dải chậu lược bên trái.

Bước 3: Bộc lộ dải chậu lược bên phải.

Bước 4: Bộc lộ cổ tử cung và thành trước âm đạo tới sát ngán niệu đạo sau (tương ứng cổ bàng quang - niệu đạo).

Bước 5: Tạo hình MGNT với thân có kích thước - hình dạng tương ứng mạc mu cổ và 2 chi để cố định vào dải chậu lược 2 bên.

Bước 6: Cố định thân MGNT vào cổ tử cung và thành trước âm đạo.

Bước 7: Cố định chi bên trái vào dải chậu lược bên trái.

Bước 8: Cố định chi bên phải vào dải chậu lược bên phải.

Bước 9: Khâu lại 2 lá của dây chằng rộng và bàng quang che phủ MGNT.

#### **Xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS

20.0 và test kiểm định t theo cặp.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

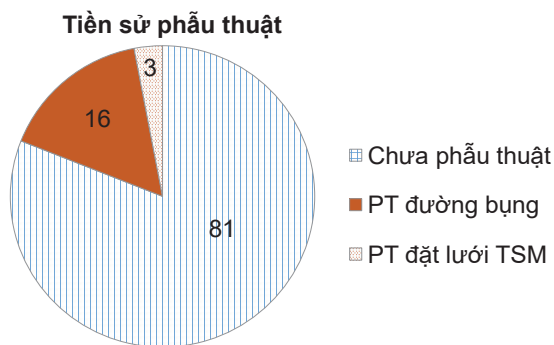
Bệnh nhân được thông qua mổ với hội đồng đa chuyên khoa: Ngoại khoa, phụ khoa, chẩn đoán hình ảnh, gây mê và được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật và được giải thích về các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ.

Các thông tin bệnh nhân được giữ bí mật chỉ để phục vụ nghiên cứu khoa học.

### **III. KẾT QUẢ**

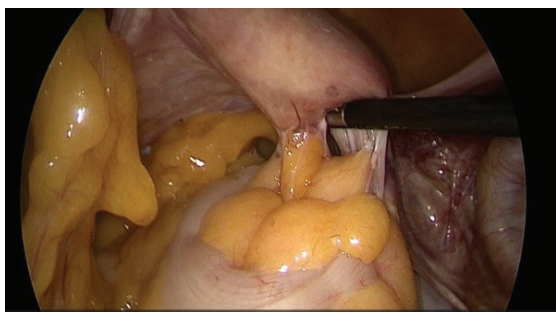
Nghiên cứu của chúng tôi có 32 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 65,84; dao động 43 - 83 tuổi. Số lần sinh đẻ trung bình là 3,8 lần; ít nhất 1 con và nhiều nhất là 8 con. chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index) trung bình là 22,8. Tỷ lệ sa sinh dục trước mổ độ III và độ IV lần lượt là 53,1% và 46,9%.



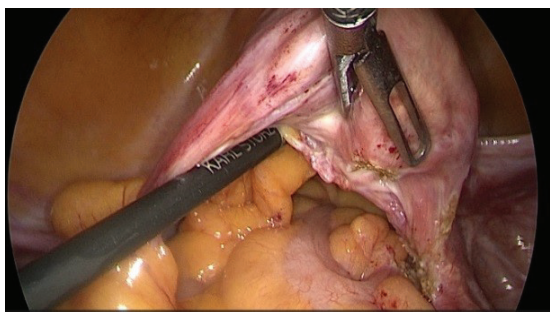
**Biểu đồ 1. Tiền sử phẫu thuật (PT)**

Về tiền sử phẫu thuật: Trong nghiên cứu, có 1 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật đặt lưới (MGNT) qua đường tầng sinh môn (TSM) - thành sau âm đạo để điều trị sa trực tràng kiểu

túi (Rectocel). Trong 16% bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ, có 1 bệnh nhân bị sa sinh dục tái phát sau phẫu thuật khâu treo cổ tử cung vào ụ nhô.



a. Hình ảnh tiểu khung sau đặt MGNT thành sau âm đạo - các tạng dính nhiều

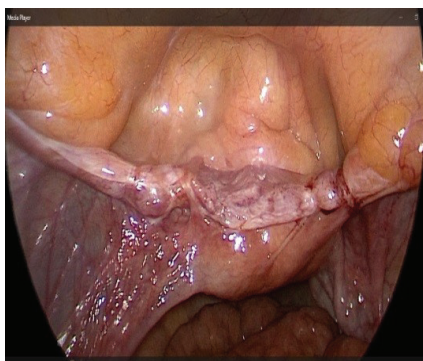


b. Hình ảnh dấu tích MGNT ở cổ tử cung sau phẫu thuật khâu treo cổ tử cung vào ụ nhô

**Hình 2. Tổn thương sau mổ đặt MGNT thành sau âm đạo và cổ tử cung**

Thời gian phẫu thuật từ: 50 - 110 phút, trung bình: 62,6 phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình: 39mL. Thời gian nằm viện: 3 - 7 ngày,

trung bình: 4,5 ngày. Có 1 bệnh nhân tái phát (3,1%): do để 2 chi của MGNT quá dài.



**Hình 3. Hai chi của MGNT quá dài gây sa sinh dục tái phát sau mổ cố định trực treo đáy chậu trước vào dải chậu lược 2 bên**

Bảng 1. Các tai biến và biến chứng

Nghiên cứu	Tai biến trong mổ					Biến chứng sau mổ				Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	n
	Mạch máu	Thần kinh	Tiết niệu	Tiêu hóa	RL tiểu tiện	RL đại tiện	Đau mạn tính	Tắc ruột	Thải lược		
n (%)	0	0	1 (3,1%)	0	1 (3,1%)	0	1 (3,1%)	0	0	14,2	32

Bệnh nhân bị tai biến rách thanh cơ thành bàng quang trong mổ. Sau mổ có 1 bệnh nhân bị bí tiểu phải đặt sonde tiểu và tập phục hồi

chức năng sau 2 tuần thì rút được sonde, 1 bệnh nhân đau mạn tính trên 6 tháng với mức độ nhẹ ở vùng tiểu khung.

Bảng 2. Mức độ đau sau mổ (SM)

Đau sau mổ (vas)	SM		SM 1 THÁNG		SM 6 THÁNG	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	18	56,3	31	96,9
2	5	15,6	9	28,1	0	0
3	15	46,9	5	15,6	1	3,1
4	10	31,2	0	0	0	0
5	2	6,2	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0
n	32	100,0	32	100,0	32	100,0

Phần lớn bệnh nhân sau mổ đều đau mức độ trung bình và nhẹ. Sau mổ 1 tháng phần lớn không còn đau, chỉ còn 15,6% bệnh nhân đau mức độ nhẹ.

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cải thiện một cách rõ nét trước và sau mổ.

#### IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trong nghiên cứu chúng tôi trung bình là 65,8 cao hơn một chút so với các tác

giả khác như Karsli và Szymczak lần lượt là 52,2 và 62,3 tuổi. Điều này có lẽ do tâm lý e ngại, xấu hổ của phụ nữ Việt Nam khi bị những vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản và tình dục, chính vì vậy, thường đi khám muộn hơn so với người phương Tây. Trong khi đó, số lần sinh đẻ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,8 cao hơn các tác giả phương Tây như Karsli và Szymczak lần lượt là 2,9 và 2,3, điều này cũng phù hợp với quan điểm sinh con của

**Bảng 3. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau mổ**

Thang điểm	Trước mổ (n = 28/32)	Sau mổ (n = 28/32)	p-value
PFDI	112,51	18,75	< 0,01
PFIQ	95,21	13,54	< 0,01

người Việt Nam nhiều hơn người phương Tây. Chỉ số cơ thể BMI trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 22,9 thấp hơn so với chỉ số BMI của các tác giả phương Tây như Karsli và Szymczak lần lượt là 28,8 và 27,3.<sup>9,10</sup> Một trong những ưu điểm của phẫu thuật khâu treo tử cung theo trục treo đáy chậu trước là thực hiện phẫu thuật thuận lợi hơn ở những bệnh nhân béo phì, có tiền sử mổ bụng vùng tiểu khung, bệnh nhân có vấn đề về cột sống vùng cùng cụt và bệnh nhân có chống chỉ định khâu treo cổ tử cung theo trục sau đáy chậu.<sup>8</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, ưu điểm này cũng được phát huy tốt khi có 16% bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ, trong số này có 1 bệnh nhân với tiền sử mổ sa sinh dục bằng phương pháp cố định cổ tử cung theo trục sau vào ổ nhô bị tái phát (Hình 2), có 1 bệnh nhân (3%) được mổ sa trực tràng kiểu túi bằng đặt mảnh ghép nhân tạo qua thành sau âm đạo (Hình 2). Ở 2 bệnh nhân này, nếu mổ sa sinh dục đi theo trục đáy chậu sau thì sẽ gặp nhiều khó khăn và nguy cơ tổn thương trực tràng - âm đạo... cao do dính, chính vì vậy chúng tôi đã điều trị sa sinh dục cho 2 bệnh nhân này bằng đi theo trục treo đáy chậu trước và cho kết quả tốt: không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ, thời gian mổ ngắn, trung bình 60 phút, mức độ đau sau mổ nhẹ, theo dõi sau mổ trên 6 tháng chưa có dấu hiệu tái phát.

Mức độ sa sinh dục trong nghiên cứu của chúng tôi là độ III và IV với tỷ lệ tương ứng lần lượt là 53,1% và 46,9%. Về mặt bệnh học, khi sa sinh dục độ III, IV bao giờ cũng kèm theo

sa thành trước và thành sau âm đạo - tương ứng với sa bàng quang và sa trực tràng kiểu túi (Rectocel). Đôi khi, bệnh nhân có thể kèm theo sa cổ bàng quang - niệu đạo hay sa trực tràng toàn thành và gây ra những rối loạn tiểu tiện: tiểu không tự chủ khi gắng sức (SUI: Stress urinary incontinence) hay đại tiện tắc nghẽn (ODS: obstructed defecation syndrome). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi đã loại trừ những bệnh nhân có sa trực tràng toàn thành và sa cổ bàng quang - niệu đạo kèm theo. Bởi những bệnh nhân này, nếu chỉ thay thế trục treo đáy chậu trước bằng MGNT sẽ không giải quyết được những rối loạn kèm theo đó. Còn khi thay trục treo đáy chậu trước bằng MGNT, chúng tôi có thể sửa chữa được sa tử cung và bàng quang cùng lúc.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi dao động từ 50-110 phút, trung bình là 62,6 phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi kéo dài hơn so với các tác giả khác như của Banerjee và Noe trung bình là 50 phút, hay trong nghiên cứu của Ahmet Kale và cộng sự thời gian phẫu thuật dao động từ 55 - 80 phút.<sup>11,12</sup> Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn có lẽ bởi một là trong nghiên cứu chúng tôi phải phẫu tích bóc lộ cả cổ tử cung và thành trước âm đạo đến tận cổ bàng quang (tương ứng với ngấn niệu đạo sau trên thành trước âm đạo), hai là có 16% bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ và 3% bệnh nhân có tiền sử mổ đặt MGHT thành sau âm đạo. Hai vấn đề này khiến thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với các tác giả khác chỉ bóc lộ cổ tử cung.

Lượng máu trong mổ mắt rất ít trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình 39ml. Kết quả cũng tương tự như một số tác giả khác với lượng máu mất trong cuộc mổ dao động từ 35 - 50ml.<sup>8,12</sup> Điều này cũng chứng tỏ một khía cạnh là khi phẫu thuật theo hướng trực treo đáy chậu trước, kỹ thuật khá thuận lợi nên lượng máu mất trong mổ không đáng kể.

Tai biến trong mổ của chúng tôi có 1 (3%) trường hợp (Bảng 1). Trong kỹ thuật của chúng tôi, do phải bóc lộ bàng quang khỏi tử cung và thành trước âm đạo, nên khi mới phẫu thuật, kỹ thuật chưa được hoàn thiện nên dẫn tới tổn thương thanh - cơ bàng quang. Trong các nghiên cứu của Banerjee và Noé hay của Kale và cộng sự, tai biến trong mổ không có.<sup>11,12</sup> Các tác giả trên chỉ bộ lộ cổ tử cung để điều trị sa sinh dục nên kỹ thuật đơn giản hơn, đồng thời số lượng bệnh nhân còn ít, do vậy tai biến trong mổ gần như không có.

Biến chứng sau mổ, đặc biệt là những rối loạn đại - tiểu tiện là những biến chứng hay gặp ở những bệnh nhân được điều trị sa sinh dục bằng cố định cổ tử cung vào ụ nhô, tùy theo từng nghiên cứu, tỷ lệ rối loạn tiểu tiện có thể tới 17%, đại tiện khó lên tới 19,5%.<sup>13</sup> Một trong những ưu điểm của các phẫu thuật cố định cổ tử cung vào dải chậu lược 2 bên là biến chứng gây rối loạn đại tiểu tiện thấp hơn nhiều so với treo cổ tử cung vào ụ nhô. Theo Noé và cộng sự, không có bệnh nhân nào sau cố định cổ tử cung vào dải chậu lược hai bên bị đại tiện khó, tỷ lệ rối loạn tiểu tiện chỉ là 7,1%. Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3,1% bị rối loạn tiểu tiện (đại tiện khó sau mổ) và không có bệnh nhân nào bị đại tiện khó (Bảng 1). Bệnh nhân bị bí tiểu sau mổ có lẽ do chúng tôi kéo quá căng MGNT, dẫn tới ép vào cổ bàng quang - niệu đạo, bệnh nhân được đặt sonde tiểu và tập phục hồi chức năng sau 1 tháng thì tiểu tiện bình thường.

Cũng như nhiều phẫu thuật nội soi khác, đau ít là một ưu điểm của các phẫu thuật ít xâm lấn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết sau mổ bệnh nhân đều đau ở mức độ trung bình và nhẹ ( $VAS \leq 5$ ), sau mổ 1 tháng tất cả bệnh nhân chỉ còn đau nhẹ và hết đau, có 1 bệnh nhân mức độ đau nhẹ ( $VAS = 3$ ) kéo dài 6 tháng (Bảng 2).

Chất lượng cuộc sống là một yếu tố quan trọng đánh giá hiệu quả của phẫu thuật sửa chữa sa tạng chậu nói chung và sa sinh dục nói riêng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, do đặc điểm văn hóa của người Việt Nam, rất ít người, đặc biệt là phụ nữ, muốn chia sẻ về sức khỏe tình dục, nên chúng tôi chỉ có thể đánh giá được chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau mổ thông qua hai thang điểm PFDI - 20 và PFIQ - 7 (mô tả những triệu triệu chứng rối loạn chức năng sàn chậu và tạng chậu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống). Qua đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, trước và sau mổ, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thay đổi một cách rõ ràng (Bảng 3). Điểm PFDI - 20 và PFIQ - 7 trước và sau mổ giảm rõ rệt lần lượt là 112,51 và 95,21 xuống còn 18,75 và 13,54. Khi so sánh với một số tác giả khác thực hiện khâu treo cổ tử cung vào dải chậu lược 2 bên như Karsli hay một số tác giả khâu treo cổ tử cung - móm âm đạo vào ụ nhô như Coolen thì thấy rõ chất lượng cuộc sống sau mổ sa sinh dục của các phương pháp này tương đồng với nhau và đều cho thấy sự cải thiện tốt chất lượng cuộc sống sau mổ.<sup>5,9</sup>

Tái phát sau mổ là vấn đề luôn được đặt ra khi thực hiện phẫu thuật điều trị sa sinh dục. Theo tác giả Ganatra và cộng sự, tỷ lệ tái phát phải mổ lại chung cho phẫu thuật nội soi treo và cố định cổ tử cung theo trực treo đáy chậu sau vào ụ nhô trung bình là 16%.<sup>7</sup> Khi treo và cố định cổ tử cung theo trực treo đáy chậu trước vào thành bụng trước bên, theo tác giả Salem và cộng sự, tỷ lệ tái phát là 10,8%.<sup>14</sup> Trong khi đó, khi treo và cố định

cổ tử cung theo trục trước vào dải chậu lược hai bên, theo tác giả Banerjee và Noé, tỷ lệ tái phát là 2,3%.<sup>11</sup> Như vậy, có thể thấy, điều trị sa sinh dục bằng cố định cổ tử cung vào dải chậu lược hai bên cho tỷ lệ tái phát thấp hơn những phương pháp trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tái phát là 3,1% với nguyên nhân do chúng tôi để hai chi của MNGT quá dài, từ đó dẫn đến sự tái phát ngay sau mổ (Hình 3). Tuy nhiên, thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn (trung bình 14,2 tháng - Bảng 1), nên cần thêm thời gian để đánh giá sự tái phát cũng như nguyên nhân tái phát.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị sa sinh dục bằng khâu cố định trực treo đáy chậu trước vào dải chậu lược 2 bên là một phương pháp an toàn, hiệu quả với thời gian phẫu thuật ngắn, ít các tai biến và biến chứng trong và sau mổ, chất lượng cuộc sống cải thiện tốt sau mổ. Tuy nhiên, kết quả xa đặc biệt là tái phát cần phải có thêm thời gian theo dõi để đánh giá một cách chính xác hiệu quả của phương pháp này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecology J.* 2013;24(11):1783-1790. doi:10.1007/s00192-013-2169-9
2. Petros PEP, Woodman PJ. The Integral Theory of continence. *Int Urogynecology J.* 2008;19(1):35-40. doi:10.1007/s00192-007-0475-9
3. Aubé M, Tu LM. Current trends and future perspectives in pelvic reconstructive surgery. *Womens Health.* 2018;14:1745506518776498. doi:10.1177/1745506518776498
4. Pan K, Zhang Y, Wang Y, et al. A systematic review and meta-analysis of conventional laparoscopic sacrocolpopexy versus robot-assisted laparoscopic sacrocolpopexy. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol*

*Obstet.* 2016;132(3):284-291. doi:10.1016/j.ijgo.2015.08.008

5. Coolen ALWM, van Oudheusden AMJ, Mol BWJ, et al. Laparoscopic sacrocolpopexy compared with open abdominal sacrocolpopexy for vault prolapse repair: a randomised controlled trial. *Int Urogynecology J.* 2017;28(10):1469-1479. doi:10.1007/s00192-017-3296-5

6. Sarlos D, Kots L, Ryu G, et al. Long-term follow-up of laparoscopic sacrocolpopexy. *Int Urogynecology J.* 2014;25(9):1207-1212. doi:10.1007/s00192-014-2369-y

7. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol.* 2009;55(5):1089-1103. doi:10.1016/j.eururo.2009.01.048

8. Winget VL, Gabra MG, Addis IB, et al. Laparoscopic pectopexy for patients with intraabdominal adhesions, lumbar spinal procedures, and other contraindications to sacrocolpopexy: a case series. *AJOG Glob Rep.* 2022;2(2):100034. doi:10.1016/j.xagr.2021.100034

9. Karslı A, Karslı O, Kale A. Laparoscopic Pectopexy: An Effective Procedure for Pelvic Organ Prolapse with an Evident Improvement on Quality of Life. *Prague Med Rep.* 2021;122(1):25-33. doi:10.14712/23362936.2021.3

10. Szymczak P, Grzybowska ME, Sawicki S, et al. Laparoscopic Pectopexy-CUSUM Learning Curve and Perioperative Complications Analysis. *J Clin Med.* 2021;10(5):1052. doi:10.3390/jcm10051052

11. Banerjee C, Noé KG. Laparoscopic pectopexy: a new technique of prolapse surgery for obese patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284(3):631-635. doi:10.1007/s00404-010-1687-7

12. Kale A, Biler A, Terzi H, et al. Laparoscopic pectopexy: initial experience of



single center with a new technique for apical prolapse surgery. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol*. 2017;43(5):903-909. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2017.0070

13. Noé KG, Schiermeier S, Alkatout I, et al. Laparoscopic pectopexy: a prospective, randomized, comparative clinical trial of standard laparoscopic sacral colpopercivopexy with the new laparoscopic pectopexy-postoperative

results and intermediate-term follow-up in a pilot study. *J Endourol*. 2015;29(2):210-215. doi:10.1089/end.2014.0413

14. Salem HT, Tawfik RM, El Saman AM, et al. Anterior abdominal wall cervicopexy for treatment of stage III and stage IV uterine prolapse. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2010;110(2):130-132. doi:10.1016/j.ijgo.2010.03.025

## Summary

### TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE WITH LAPAROSCOPIC PECTOPEXY

The study aimed to evaluate the initial results of laparoscopic pectopexy in the treatment of genital prolapse. 32 patients with grade III and IV genital prolapse underwent surgery within 18 months. The rates of intraoperative and postoperative complications were low at 3.1% and 6.2%, respectively. Recurrence rate was 3.1%. Postoperative pain levels were primarily moderate and low. Patients recovered swiftly with a short hospital stay averaging 4 to 5 days. Quality of life changed clearly after surgery, with the PFDI and PFIQ scores decreasing from 112.51 to 18.75 and 95.21 to 13.54, respectively. Initial results show this is a safe and effective method.

**Keywords:** Genital prolapse, laparoscopic pectopexy.