

ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP TVT HIỆU CHỈNH ĐƯỢC ĐỂ ĐIỀU TRỊ TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC PHỨC TẠP Ở PHỤ NỮ - NHỮNG KINH NGHIỆM BAN ĐẦU

Nguyễn Văn Ân¹✉, Đoàn Vương Kiệt¹, Phạm Huy Vũ¹, Lê Trương Tuấn Đạt¹

¹Khoa Niệu học Chức năng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phương pháp TVT hiệu chỉnh được (adjustable TVT) để điều trị những trường hợp tiểu không kiểm soát khi gắng sức SUI (stress urinary incontinence) phức tạp ở phụ nữ mà tiên lượng khả năng thất bại cao nếu áp dụng các phương pháp dải treo giữa niệu đạo kinh điển như TOT (transobturator tape) và TVT (tension - free vaginal tape).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu loạt trường hợp, được tiến hành tại khoa Niệu học Chức năng, bệnh viện Đại học Y Dược tpHCM. Bệnh nhân được chọn là những trường hợp SUI phức tạp ở phụ nữ. Gọi là phức tạp nghĩa là khả năng thất bại cao nếu áp dụng các kỹ thuật TVT, TOT tiêu chuẩn, cụ thể là nếu có ít nhất một trong các yếu tố sau: 1) Suy cơ thắt nội tại niệu đạo ISD (intrinsic sphincter deficiency); 2) Niệu đạo không tăng động (NĐ.KTĐ); 3) Đã phẫu thuật điều trị SUI mà thất bại. Sling được sử dụng là Adjustable Sling của hãng AMI (Áo). Kỹ thuật đặt dải treo theo nguyên tắc TVT. Hiệu chỉnh sức căng của dải treo sớm sau mổ nếu bệnh nhân bị khó tiểu hoặc còn tiểu không kiểm soát.

Kết quả: Từ tháng 10/2020 đến tháng 5/2022, có 10 bệnh nhân (BN) nữ bị SUI phức tạp đã được phẫu thuật theo phương pháp TVT hiệu chỉnh được, với tuổi trung bình là 57,4. Thời gian mổ trung bình là 39 phút. Thời gian theo dõi trung bình là 8,4 tháng. 5 trường hợp phải điều chỉnh độ căng của sling sau mổ: 5 lần làm giảm sức căng do tiểu khó hoặc bí tiểu sau khi rút thông tiểu, 2 lần làm tăng độ căng do còn són tiểu khi gắng sức và (2 bệnh nhân phải điều chỉnh 2 lần, 1 bệnh nhân phải điều chỉnh 3 lần). Ở lần tái khám sau cùng, 9/10 trường hợp đều hết bị són tiểu khi gắng sức, 1/10 trường hợp bị tiểu khó ở mức độ nhẹ, không có trường hợp nào lộ mesh.

Kết luận: TVT hiệu chỉnh được là phương pháp khá dễ thực hiện, an toàn và hiệu quả, giúp giảm tỉ lệ thất bại so với việc áp dụng các phương pháp kinh điển TVT, TOT để điều trị SUI được tiên liệu là phức tạp. Lưu ý việc hiệu chỉnh độ căng của mesh nên thực hiện trong 1 tuần đầu sau khi mổ. Sau thời gian này sẽ rất khó điều chỉnh vì sling đã dính chặt bởi việc tạo mô sợi.

Từ khóa: Tiểu không tự chủ khi gắng sức; Suy cơ thắt nội tại; TVT hiệu chỉnh được.

Ngày nhận bài:

18/6/2022

Chấp thuận đăng:

01/8/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Văn Ân

Email:

bsan.nieukhoa@gmail.com

SĐT: 0908163284

ABSTRACT

APPLICATION OF ADJUSTABLE TENSION FREE VAGINAL TAPE PROCEDURE FOR TREATMENT OF COMPLICATED STRESS URINARY INCONTINENCE – PRELIMINARY RESULTS.

Nguyen Van An¹✉, Doan Vuong Kiet¹, Pham Huy Vu¹, Le Truong Tuan Dat¹

Áp dụng phương pháp TVT hiệu chỉnh được để điều trị tiểu...

Purpose: Evaluate the efficacy and safety of adjustable TVT (Tension - free Vaginal Tape) procedure for treatment of complicated SUI (Stress Urinary Incontinence) in women, which has a high probability of failure if using classical methods of mid - urethral sling such as TVT and TOT (Trans Obturator Tape).

Methods: This is a case series study, conducted at the Department of Functional Urology, Ho Chi Minh city University Medical Center. Selected patients were complicated SUI cases in women. Complicated SUI means a high probability of failure if standard TVT, TOT techniques are applied, in particular if at least one of the following factors is present: 1) intrinsic sphincter deficiency; 2) nonurethral hypermobility; 3) prehistory of surgical treatment for SUI that failed. Sling used was Adjustable Sling of AMI company (Austria). Technique of placing sling is according the principle of TVT. Adjust sling tension early if the patients still have urinary incontinence or difficulty of urination.

Results: From October 2020 to May 2022, 10 women with complicated SUI were operated by adjustable TVT technique, with a mean age of 57.4 years. Mean operating time was 39 minutes. Mean follow - up was 8.4 months. 5 cases had to adjust the tension of sling after surgery: 5 times to decrease the tension due to difficulty urinating or urinary retention after removing the catheter, 2 times to increase the tension due to stress urinary leakage and (2 patients had to adjust 2 times, another one had to adjust 3 times). At the last follow - up visit, 9/10 patients had no urinary leakage, 1/10 had mild difficulty urinating, none of them showed mesh erosion.

Conclusion: Adjustable TVT is a safe, effective, fairly easy method for treatment of complicated SUI in women, which can help to reduce failure rate compared to classical methods of mid - urethral sling. We note that the adjustment should be done in the first week after surgery. After this time, it will be very difficult because the sling is already adhered by the fibrous tissue formation.

Key words: Stress Urinary Incontinence; Intrinsic Sphincter Deficiency, Adjustable Tension - free Vaginal Tape.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các phương pháp phẫu thuật đặt Dải treo nâng đỡ giữa niệu đạo MUS (Mid Urethral Sling) đã trở nên tiêu chuẩn vàng trong điều trị Tiểu không kiểm soát khi gắng sức SUI (Stress Urinary Incontinence) ở phụ nữ từ khoảng 2 thập niên qua, kể từ khi Umsten giới thiệu phương pháp Dải treo âm đạo không căng TVT (Tension - free Vaginal Tape) năm 1996 [1] và Delorme giới thiệu phương pháp Dải treo xuyên lỗ bịt TOT (Trans Obturator Tape) năm 2003 [2]. Tỷ lệ thành công của 2 phương pháp trên rất cao: trong 1 năm đầu là 62 - 98% đối với TOT và 71 - 97% đối với TVT [3]. Lưu ý rằng đã có nhiều báo cáo ghi nhận tỉ lệ thất bại khá cao nếu bệnh nhân thuộc phân nhóm suy cơ thắt nội tại niệu đạo ISD (Intrinsic Sphincter Deficiency) [4], và một số tác giả chọn phương pháp TVT cho những trường hợp tiểu không kiểm soát khi gắng sức có suy cơ thắt nội

tại (SUI - ISD) vì có thể kéo căng dải treo hơn so với phương pháp TOT [5 - 7]. Nhưng ngược lại, nếu kéo căng dải treo quá mức lại có thể gây khó tiểu hoặc thậm chí bí tiểu sau mổ, và việc điều chỉnh độ căng dải treo sau mổ là không dễ dàng và có thể đem lại hậu quả điều trị bị thất bại [8].

Vì thế nhiều tác giả đã tìm cách nghiên cứu để gia tăng tỉ lệ thành công của phân nhóm SUI - ISD vốn được xem là khó khắc phục tình trạng són tiểu sau mổ. Một giải pháp được báo cáo trong những năm gần đây là đặt dải treo giữa niệu đạo hiệu chỉnh được (adjustable MUS).

Đặt vấn đề: Chúng tôi cũng đã gặp những tình huống phức tạp nêu trên sau phẫu thuật MUS để điều trị SUI (nhất là với phân nhóm SUI - ISD): còn són tiểu sau mổ, tái phát són tiểu sau mổ, tiểu khó hoặc bí tiểu sau mổ... Chúng tôi đã sử dụng phương pháp dải treo sau xương mu hiệu chỉnh

Bệnh viện Trung ương Huế

được (adjustable TVT) từ hơn 1 năm qua tại khoa Niệu học Chức năng, bệnh viện Đại học Y Dược TpHCM. Bài viết trình bày những kết quả ban đầu của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đây là nghiên cứu mô tả loạt trường hợp. Bệnh nhân (BN) được đưa vào xét chỉ định phẫu thuật là phụ nữ bị SUI mức độ nặng (độ III theo phân loại Stamey). Chỉ định thực hiện phương pháp mổ TVT hiệu chỉnh được bao gồm: 1) Có bằng chứng của suy cơ thắt nội tại niệu đạo (ISD); 2) Khám lâm sàng ghi nhận niệu đạo không tăng động; 3) BN vẫn bị hay tái phát són tiểu sau khi đã được phẫu thuật điều trị tiểu không tự chủ.

- ISC được chẩn đoán và phân độ theo McGuire, bằng cách đo áp lực điểm són tiểu LPP (Leak Point Pressure) ghi nhận trị số < 60 cm H₂O khi thực hiện nghiệm pháp Valsava [9].

- Tăng động niệu đạo được chẩn đoán bằng test que gòn khi khám âm đạo với ghi nhận góc xoay > 30 độ

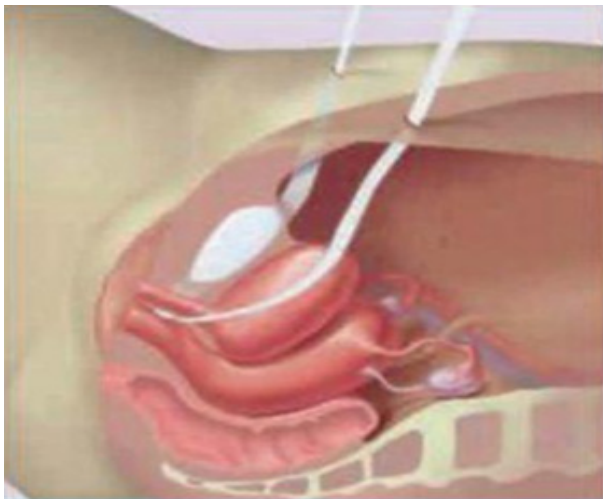
Tiêu chuẩn loại trừ khi BN đang bị nhiễm khuẩn niệu, đang bị viêm âm đạo, đang bị rối loạn đông máu mà chưa điều trị ổn, hoặc bị bệnh nền nặng khiến không đủ điều kiện phẫu thuật.

Kỹ thuật mổ là đặt dải treo sau xương mu qua ngã âm đạo, theo nguyên tắc của phẫu thuật TVT (**hình 1**). Dải treo sử dụng là loại TVA sling của hãng AMI (**hình 2**).

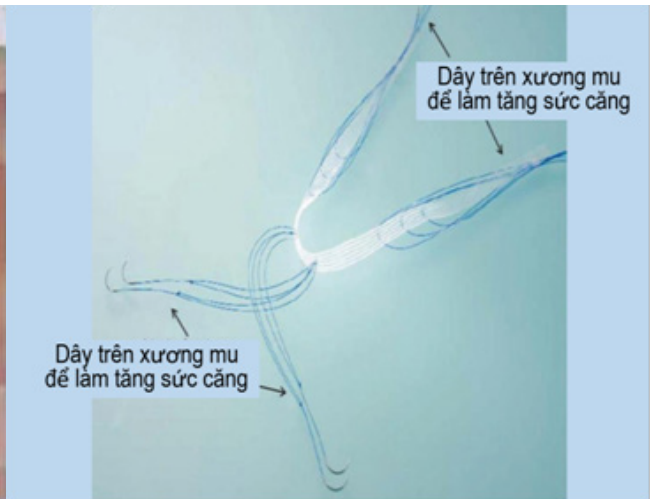
Theo dõi thời gian mổ, lượng máu mất, tai biến trong mổ nếu có, thời gian rút thông tiểu, thời gian nằm viện.

Ghi nhận việc điều chỉnh sling trong thời gian hậu phẫu. Thời gian điều chỉnh sling (nếu cần) là từ ngày hậu phẫu thứ 1 sau khi rút thông tiểu, nhưng không quá 7 ngày.

BN được hẹn tái khám sau mổ 6 tuần, 6 tháng, và sau mỗi năm. Ghi nhận hết són tiểu hay vẫn còn són tiểu (hỏi bệnh và khám lâm sàng), có tiểu khó không (trường hợp có than phiền thì đo niệu dòng đồ và lượng tồn lưu sau tiểu), biến chứng hậu phẫu nếu có.



Hình 1: Minh họa vị trí đặt dải treo TVT



Hình 2: TVA sling (công ty A.M.I., Austria)

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 11/2020 đến tháng 5/2022, có 10 BN nữ đã được phẫu thuật TVT hiệu chỉnh được tại khoa Niệu học Chức năng, BV Đại học Y Dược TpHCM (**bảng 1**).

3.1. Số liệu trước mổ

Tuổi trung bình: $57,4 \pm 5,5$ (min = 44, max = 78).

6 trường hợp (t/h) được chẩn đoán ISD đơn thuần, 2 t/h được chẩn đoán niệu đạo không tăng động đơn thuần, 2 TH vừa có ISD vừa có niệu đạo không tăng động.

Các t/h được chẩn đoán ISD dựa trên phép đo áp lực điểm són tiểu với nghiệm pháp Valsava, với áp lực điểm són tiểu trung bình ALPP = $39,0 \pm 11,8$ cm H₂O (min = 21, max = 59).

1 BN có tiền căn phẫu thuật TOT để điều trị SUI trước 8 năm nhưng thất bại. 2 BN khác có bệnh đi kèm: 1 bị rò bàng quang - âm đạo, 1 bị sa trực tràng, đều được phẫu thuật trong cùng cuộc mổ TVT hiệu chỉnh được, nhưng các thông số cuộc mổ được tính riêng.

3.2. Số liệu trong mổ

Số liệu trong mổ được thể hiện ở **bảng 1**. Thời

Áp dụng phương pháp TVT hiệu chỉnh được để điều trị tiểu...

gian phẫu thuật trung bình = 38 ± 7 phút. Lượng máu mất trung bình khoảng $54,0 \pm 37,7$ mL (min = 20, max = 100). Không ghi nhận tai biến trong mổ.

3.3. Số liệu sau mổ

Tất cả các bệnh nhân đều được rút gạc âm đạo và rút thông tiểu ngay hậu phẫu thứ nhất: có 5 bệnh nhân phải điều chỉnh lại độ căng của sling (**hình 3**) (**bảng 2**).

Số ngày nằm viện trung bình = $3,0 \pm 1,8$ ngày (min = 1, max = 6)

Thời gian theo dõi trung bình = $8,4 \pm 7,0$ tháng (min = 1, max = 18)

Có 2 t/h phải khâu âm đạo thì 2 để tránh lộ dải treo (1 mũi khâu), sau khi kéo giảm độ căng của sling qua ngã âm đạo.

Không ghi nhận són tiểu tái phát, cũng chưa ghi nhận biến chứng sau mổ cho đến thời điểm khám lại sau cùng.



Hình 3: Điều chỉnh làm giảm độ căng của sling

Bảng 1: Nhân khẩu học và phân loại chẩn đoán SUI thể phức tạp

STT	Bệnh nhân	Tuổi	Phân loại SUI		Ghi chú
			ISD	NĐ không tăng động	
1	Dương Thị X	57	x		Tái phát sau mổ TOT
2	Nguyễn Thị Ph.	53	x	x	
3	Phạm Thị Th.	44	x		
4	Nguyễn Thị Lệ H.	54	x		Kèm rò BQ - AD
5	Đặng Thị C.	67		x	Kèm túi sa trực tràng
6	Trần Thị Bích L.	54	x		
7	Lưu Thị Th.	55	x		
8	Nguyễn Thị H.	59	x		
9	Đặng Ngọc Ánh	78	x	x	
10	Đinh Thị L.	53		x	

Bảng 2: Điều chỉnh sling sau mổ và hiệu quả

Bệnh nhân	Số lần điều chỉnh	Cách điều chỉnh sling	Kết quả sau cùng
Dương Thị X.	3	Lần 1: giảm, lần 2: tăng, lần 3: giảm độ căng	Tốt
Phạm Thị Th.	1	Giảm độ căng	Tốt
Nguyễn Thị Lệ H.	2	Lần 1: giảm, lần 2: tăng độ căng	Tốt
Nguyễn Thị H.	2	Lần 1: giảm, lần 2: giảm độ căng	Tốt
Đặng Ngọc A.	1	Giảm độ căng	Khá (còn tiểu hơi khó)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về chỉ định đặt dải treo hiệu chỉnh được trên bệnh nhân nữ bị SUI

ISD: Đa số các tác giả đồng ý áp dụng các biện pháp đặt sling hiệu chỉnh được đối với chỉ định này do khả năng thất bại cao nếu sử dụng các phương pháp mổ MUS thông thường như TVT, TOT [4, 10 - 12]. 7/10 BN của chúng tôi bị suy cơ thắt nội tại niệu đạo ISD.

Niệu đạo không tăng động: cũng là yếu tố quan trọng gây nguy cơ thất bại cao cho phương pháp MUS. Clemons (2007) [13] nhận định: tỉ lệ thành công là 78% khi áp dụng phương pháp TVT cho phụ nữ bị SUI nói chung, nhưng nếu có 1 yếu tố nguy cơ thì tỉ lệ thành công giảm đi: 50% khi có tình trạng không tăng động niệu đạo, 60% khi có ISD, còn nếu phối hợp cả 2 nguy cơ thì tỉ lệ thành công chỉ còn 17%. 5/10 BN của chúng tôi ghi nhận niệu đạo không tăng động, trong đó 2 BN kết hợp với ISD.

Tái phát sau phẫu thuật điều trị SUI trước đây: Nếu trước đây BN đã được mổ bởi một phương pháp nào đó để điều trị SUI mà không thành công, khả năng có yếu tố nguy cơ gây thất bại cao nếu mổ lại. Mặt khác, khi mổ lại cũng tìm biện pháp tránh để thất bại lần 2. Vì thế, nhiều tác giả sử dụng phương pháp sling hiệu chỉnh được cho những trường hợp này [4, 14, 15]. Chúng tôi có 1 bệnh nhân đã được phẫu thuật TOT trước đây 8 năm, vốn tái phát tình trạng són tiểu sớm sau mổ vài tháng.

BN béo phì: Khi tham khảo y văn, chúng tôi

nhận thấy có tác giả áp dụng phương pháp sling hiệu chỉnh được trên BN béo phì, do lực ép quá lớn lên sức chịu đựng của sling nên dễ gây tái phát són tiểu sau khi làm MUS thông thường [16]. Trong báo cáo này, chúng tôi chưa chú ý đến yếu tố béo phì.

3.2. Về các phương pháp đặt dải treo hiệu chỉnh được

Theo Ugurlucan (2017) [12], các kỹ thuật đặt adjustable MUS thông dụng hiện nay được chia làm 4 nhóm chính: 1) ngã sau xương mu: gồm có REMEEX® của công ty Neomedic (Spain), TVA® (Trans - vaginal Adjustable Tape) của công ty AMI (Austria); 2) ngã sau xương mu hoặc xuyên lỗ bịt: SAFYRE® của công ty Promedon (Argentina); 3) ngã xuyên lỗ bịt: TOA® (Trans - obturator Adjustable Tape) của công ty AMI (Austria); 4) Adjustable Minislings: gồm có ALTIS® của công ty Coloplast (USA) và AJUST® (adjustable single-incision transobturator sling) của công ty CR Bard Inc (USA).

Đa số các tác giả đều sử dụng kỹ thuật TVT, chỉ có vài báo cáo sử dụng kỹ thuật TOT hiệu chỉnh được (sử dụng sling TOA) [17]. Cá nhân chúng tôi ưa chuộng kỹ thuật TVT để hiệu chỉnh trong trường hợp bệnh nhân bị ISD, vì cho rằng có thể giúp tăng dần sức căng của sling hướng về trên xương mu hiệu quả hơn nếu hướng ngang qua 2 lỗ bịt. Ngoài ra, hiện mới có loại sling TVA của công ty A.M.I. hiện diện ở thị trường Việt Nam, nên chúng tôi chọn phương pháp adjustable TVT cho những trường hợp khó của SUI là hợp lý.

3.3. So sánh với các tác giả khác

Bảng 3: So sánh với các tác giả khác

Tác giả	Chỉ định	Phương pháp mổ	Số t/h	T/g theo dõi TB (tháng)	Tỉ lệ thành công
Schmid (2010)	Tái phát SUI sau mổ	TVA	25	12	21/25 (84%)
Yoo (2010)	ISD, tái phát SUI sau mổ	Remeex	17	12	82,3% hết són tiểu, 17,6% cải thiện
Giberty (2011)	ISD	Remeex	30	60,6	86% hết són tiểu 7% cải thiện
Oh (2012)	ISD	TOA	33	6	75,6%
Chúng tôi	ISD, NĐ không tăng động, tái phát sau mổ SUI	TVA	10	8,4	90% hết són tiểu 10% cải thiện

1 trường hợp của chúng tôi chỉ được xem là cải thiện, tuy hết són tiểu nhưng có tiểu khó sau mổ: tái khám sau 1 tháng đo niệu dòng đồ ghi nhận Qmax = 12 mL/s, tồn lưu sau tiểu 120 mL.

V. KẾT LUẬN

Số lượng BN của chúng tôi còn ít và thời gian theo dõi còn ngắn, nhưng kết quả ban đầu cho thấy tỉ lệ thành công cao và hầu như chưa gặp tai biến, biến chứng là rất đáng khích lệ. Nghiên cứu sẽ được tiếp tục và sẽ được báo cáo sau này với số lượng BN nhiều hơn và thời gian theo dõi lâu hơn, để các số liệu có thêm phần giá trị. Chúng tôi nhận định đây là phương pháp không khó thực hiện nhưng giúp gia tăng tỉ lệ thành công của những trường hợp khó của SUI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 1996;7:81-86.
2. Delorme E. La bandelette trans - obturatrice: Un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *Prog Urol*. 2001;11.
3. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Ogah J. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015:Cd006375.
4. Schmid C, Bloch E, Amann E, Mueller MD, Kuhn A. An adjustable sling in the management of recurrent urodynamic stress incontinence after previous failed midurethral tape. *Neurourol Urodyn*. 2010;29:573-7.
5. Nguyễn Văn Ân, Vũ PH. Vai trò của phẫu thuật TVT trong thời đại phổ biến của phẫu thuật TOT điều trị tiểu không tự chủ do áp lực. *Y học TPHCM*. 2019;23:91-95.
6. Kim HG, Park HK, Paick SH, Choi WS. Comparison of Effectiveness between Tension - Free Vaginal Tape (TVT) and Trans - Obturator Tape (TOT) in Patients with Stress Urinary Incontinence and Intrinsic Sphincter Deficiency. *PLoS One*. 2016;11:e0156306.
7. Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray C, Thomas E, De Souza A, et al. Three - year follow - up of tension - free vaginal tape compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency. *Obstet Gynecol*. 2012;119:321-7.
8. Zubke W, Gruber I, Gardanis K, Wallwiener D. Tension-free vaginal tape (TVT): our modified technique - effective solutions for postoperative TVT correction. *Gynecological Surgery*. 2004;1:111-118.
9. McGuire EJ, Cespedes RD, O'Connell HE. Leak-point pressures. *Urol Clin North Am*. 1996;23:253-62.
10. Giberti C, Gallo F, Cortese P, Schenone M. The suburethral tension adjustable sling (REMEEEX system) in the treatment of female urinary incontinence due to 'true' intrinsic sphincter deficiency: results after 5 years of mean follow-up. *BJU Int*. 2011;108:1140-4.
11. Oh TH, Shin JH, Na YG. A Comparison of the Clinical Efficacy of the Transobturator Adjustable Tape (TOA) and Transobturator Tape (TOT) for Treating Female Stress Urinary Incontinence with Intrinsic Sphincter Deficiency: Short - term Results. *Korean J Urol*. 2012;53:98-103.
12. Ugurlucan FG, Yasa C. Adjustable midurethral slings in the treatment of female stress urinary incontinence, in *Synopsis in the management of urinary incontinence*. 2017, IntechOpen.
13. Clemons JL, LaSala CA. The tension-free vaginal tape in women with a non - hypermobile urethra and low maximum urethral closure pressure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18:727-32.
14. Han JY, Lee KS, Choo MS. Management of Recurrent or Persistent Stress Urinary Incontinence after Mid-urethral Sling. *Low Urin Tract Symptoms*. 2012;4 Suppl 1:95-101.
15. Yoo DH, Noh JH. Readjustable sling procedure for the treatment of female stress urinary incontinence with intrinsic sphincter deficiency: preliminary report. *Korean Journal of Urology*. 2010;51:420.
16. Kim WB, Lee SW, Lee KW, Kim JM, Kim YH, Kim ME. Readjustable midurethral sling (REMEEEX system) in obese women. *Investig Clin Urol*. 2019;60:488-495.
17. Shkarupa D, Kubin N, Staroseltseva O, Shapovalova E. Adjustable transobturator sling for the treatment of primary stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2018;29:1341-1347.