

Quản lý một khối thực thể không tân lập ở phần phụ: Nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng (endometrioma) Ứ dịch vòi Fallope

Âu Nhật Luân

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các nguyên tắc chung của quản lý các cấu trúc thực thể không tân lập ở phần phụ
2. Trình bày được các nguyên tắc chung của quản lý nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng và ứ dịch vòi Fallope

ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA CÁC KHỐI THỰC THỂ KHÔNG TÂN LẬP TẠI PHẦN PHỤ

Các khối thực thể không tân lập tại phần phụ là thuật ngữ tổng quát dùng để chỉ mọi cấu trúc dạng khối bất thường ở phần phụ, với cấu trúc mô học không mang các đặc điểm của tân sinh.

Các khối thực thể không tân lập tại phần phụ không phục vụ cũng như không liên quan đến bất cứ hoạt động chức năng nào của buồng trứng.

Các khối thực thể không tân lập được hình thành bằng nhiều con đường khác nhau, và đưa đến các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học khác nhau.

Các khối thực thể không tân lập của phần phụ thường thấy nhất là nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng (endometrioma), ứ dịch vòi Fallope do di chứng nhiễm *Chlamydia trachomatis* hay do các yếu tố gây viêm dính vùng chậu khác, các khối dính ở phần phụ do lao, các giả nang phúc mạc di chứng của nhiễm trùng kinh niên vùng chậu hay sau phẫu thuật...

Luôn có một vấn đề chủ đặc trưng trong tiếp cận một khối thực thể không tân lập.

Khai thác vấn đề chủ là chìa khóa trong chiến lược tiếp cận các khối này.

Đặc điểm của các cấu trúc tân lập ở buồng trứng là rất im hơi lặng tiếng, diễn tiến âm thầm không triệu chứng, thỉnh thoảng lộ diện bằng các triệu chứng vay mượn.

Điều này hoàn toàn trái ngược khi tiếp cận các khối thực thể không tân lập. Đặc trưng chung của các khối thực thể không tân lập tại phần phụ là thường rất “ồn ào” về mặt triệu chứng học. Các triệu chứng thay đổi tùy nguyên nhân, nhưng luôn luôn có một vấn đề chủ gợi ý định hướng chẩn đoán, và đó cũng thường là vấn đề khiến bệnh nhân đến khám.

Tiếp cận một khối thực thể không tân lập tại phần phụ có thể là nội khoa, nhưng cũng có thể là ngoại khoa.

Lựa chọn phương thức quản lý tùy thuộc vào vấn đề chủ cũng như yêu cầu được đặt ra khi giải quyết vấn đề chủ.

Quản lý một cấu trúc cơ năng tại buồng trứng chủ yếu là nội khoa. Quản lý một cấu trúc tân lập, bất kể lành hay ác đều là ngoại khoa.

Trái lại, quản lý một khối thực thể không tân lập tại phần phụ có thể là nội khoa hay là ngoại khoa. Bản chất của bệnh lý là một trong những yếu tố định hướng điều trị. Tuy

nhiên, bên cạnh đó, việc quyết định phương thức điều trị còn bị ảnh hưởng bởi mục tiêu của điều trị. Thay đổi mục tiêu điều trị (có nghĩa là vấn đề chủ khác nhau) sẽ làm thay đổi hoàn toàn phương thức tiếp cận và quản lý các khối thực thể không tân lập tại phần phụ.

Trong khuôn khổ của chương trình năm thứ sáu, hai cấu trúc thực thể không tân lập được chọn để phân tích là:

1. Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng
2. Ứ dịch vòi Fallope do di chứng của nhiễm *Chlamydia trachomatis*

NANG LẠC TUYẾN NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG (ENDOMETRIOMA)

Bệnh học và bệnh sinh

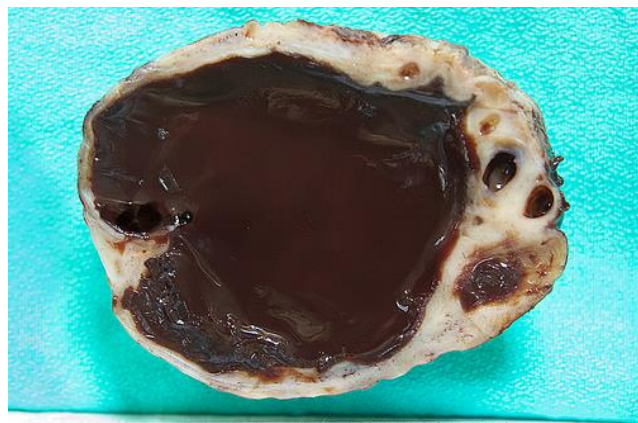
Nang lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng là một giả nang, phát triển bề mặt của buồng trứng, được cấu tạo bởi biểu mô nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành.

Nang lạc tuyến nội mạc tử cung là một cấu trúc dạng nang tại buồng trứng. Nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng là một giả nang, không có vỏ bao thật ngăn cách nang với mô buồng trứng. Cấu trúc của nang có liên hệ mật thiết với mô lành của buồng trứng. Thành của nang là một lớp biểu mô lót. Biểu mô này giống hệt biểu mô của một nội mạc tử cung chính vị về cấu tạo cũng như về chức năng. Cùng với biểu mô là mô đệm tùy hành, giống hệt như tại nội mạc tử cung.

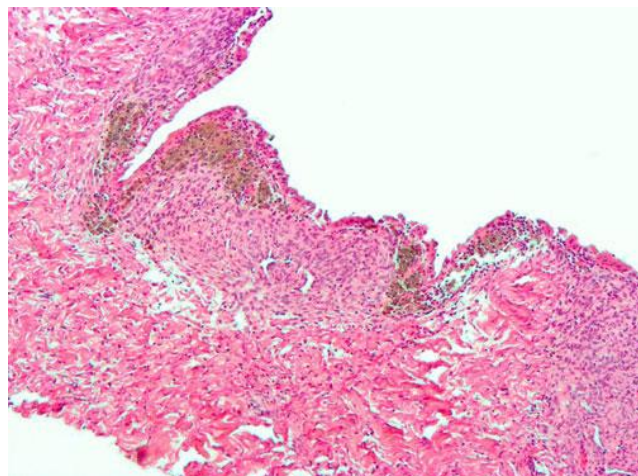
Như vậy, về bản chất, đây là một nội mạc tử cung chức năng lạc vị tại bề mặt buồng trứng. Trong chu kỳ kinh nguyệt, khi tại nội mạc tử cung chính vị xảy ra hành kinh, thì tại cấu trúc lạc vị cũng xảy ra hiện tượng sụp đổ nội mạc và xuất huyết. Tuy nhiên, máu chảy ra bị giam cầm trong nang, bị hấp thu một phần, với đậm độ hemosiderin đậm đặc dần theo sự cô đặc của dịch nang theo thời gian, hình thành một dịch nang đặc quánh, màu nâu chocolate, giàu hemosiderin.

Cơ chế hình thành nang lạc tuyến nội mạc tử cung được chấp nhận rộng rãi nhất là thuyết cấy ghép của John A. Sampson. Theo thuyết này, máu kinh trào ngược qua ngả vòi Fallope sẽ gieo rắc các mảnh vụn của nội mạc vào khoang phúc mạc, trong đó có bề mặt buồng trứng. Bề mặt buồng trứng sần sùi, nhiều khe rãnh là nơi bám rất tốt của các mảnh vụn nội mạc tử cung. Từ các vị trí bám nguyên thủy này, các tế bào nội mạc sẽ phát triển thành các mô nội mạc bị cầm tù trong các khe rãnh sâu của bề mặt buồng trứng, xuất huyết và hình thành cấu trúc giả nang của nang

lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Thuyết Sampson cũng giải thích được liên quan mật thiết giữa nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng với lạc nội mạc tử cung phúc mạc.



Hình 1a: Nang lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng
Đại thể: giả nang, không vỏ bọc thật, lòng chứa dịch nâu chocolate.
Nguồn: ovarian-cyst-symptoms.info



Hình 1b: Nang lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng
Vi thể: lòng nang lót bởi một lớp tế bào tuyến nội mạc tử cung với mô đệm tùy hành, có thể có tẩm nhuộm hemosiderin.
Nguồn: ovarian-cyst-symptoms.info

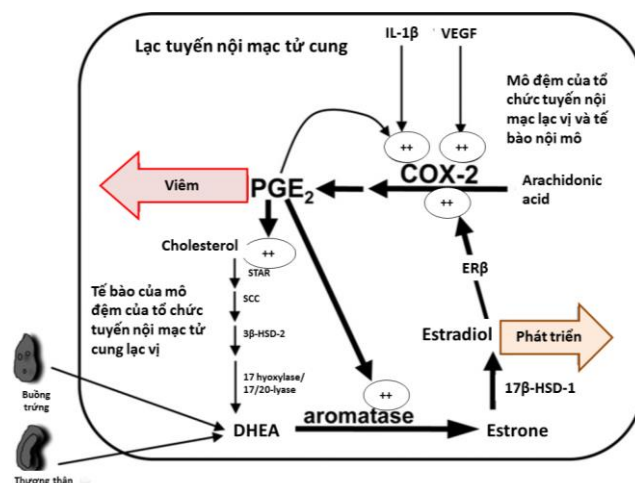
Tuy nhiên, việc trào ngược máu kinh chỉ là điều kiện cần nhưng chưa đủ để gây ra một tình trạng lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng hay phúc mạc chậu. Cần phải có các yếu tố ảnh hưởng trên qua trình cây ghép, cho phép tiến trình này hoàn tất.

Giả thuyết cây ghép hiện đại giữ lại ý tưởng của Sampson, nhưng cho rằng tế bào được cây ghép là các tế bào có đặc tính nguyên thủy hơn, tức là các progenitor chưa biệt hóa của nội mạc. Sau khi được gieo rắc trên bề mặt buồng trứng, các progenitor sẽ xâm nhập và phát triển *khi và chỉ khi* có các điều kiện đáp ứng miễn dịch thuận lợi. Đột biến tái cấu trúc các gene HMGA1 và HMGA2 được ghi nhận có liên quan mật thiết đến hình thành của các cấu trúc lạc tuyến nội mạc tử cung¹.

¹ Đột biến tái cấu trúc các gene HMGA1 và HMGA2 (High Mobility Group A) quan sát thấy có liên quan nhiều đến các bất thường cấu trúc liên quan đến trung biểu mô.

Đáp ứng miễn dịch bẩm sinh được kích hoạt dẫn đến tiến trình viêm. Acid arachidonic rồi COX-2 và cuối cùng là các prostaglandin gây ra biểu hiện viêm tại vị trí xâm nhập.

Prostaglandin PGE₂ của tiến trình viêm sẽ gián tiếp kích hoạt tổng hợp estrogen thông qua aromatase P450 và STAR (steroidogenic acute regulatory protein). Estrogen là điều kiện quan trọng cho duy trì và phát triển các tổ chức nội mạc lạc vị.



Hình 2: Thuyết cây ghép, quá trình viêm và cường estrogen
Nguồn: pharmrev.aspetjournals.org

Hình ảnh học và CA125

Siêu âm là phương tiện quan trọng nhất để chẩn đoán lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng.

Trên siêu âm thang xám, nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng thường được xếp vào loại IIA hay IIB.

Trong trường hợp điển hình, nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng thể hiện trên siêu âm thang xám là một hay nhiều cấu trúc nang, có phản âm kém đều. Nang có giới hạn rõ với cấu trúc buồng trứng chung quanh, thường không có chồi hay vách. Không có tầng dòng chảy quanh nang. Mô tả IOTA không hiện diện các M-rules.



Hình 3: Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng trên siêu âm thang xám (trái) và siêu âm Doppler (phải)
Nguồn: radiologyassistant.nl

Siêu âm là đủ để chẩn đoán lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng. Các phương tiện hình ảnh khác thường không cần thiết cho việc xác lập chẩn đoán nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng. MRI có thể có ích trong việc khảo sát và xác định thương tổn lạc tuyến nội mạc tử cung tùy hành như lạc tuyến nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu vùng chậu khi có thống kinh hay giao hợp đau...

CA125 tăng cao trong nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng.

CA125 là một chỉ báo sinh học của biểu mô phúc mạc nguyên thủy. CA125 tăng cao, thậm chí rất cao, trong nang lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng, nhưng là một triệu chứng không đặc hiệu. CA125 tăng cao trong cả nang lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng lẫn trong trường hợp u tân lập biểu mô buồng trứng dạng nội mạc tử cung (và các u buồng trứng biểu mô khác). Điều này gây rất nhiều khó khăn cho việc phân biệt hai tình trạng này. Cả hai khối đều có đặc điểm hình ảnh tương đồng, và cùng có CA125 tăng cao. Khác biệt duy nhất giữa hai tình trạng này là có hay không có mô đệm tùy hành khi khảo sát bằng mô bệnh học.

Vấn đề chủ của lạc nội mạc tử cung

Vấn đề chủ của lạc nội mạc tử cung gồm:

1. Nang lạc nội mạc tử cung không triệu chứng với tiềm năng ác tính thấp
2. Đau, chủ yếu trong các trường hợp nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng có kèm theo lạc tuyến nội mạc tử cung ở phúc mạc
3. Hiếm muộn do hệ quả của tiến trình viêm trên phúc mạc và trên giải phẫu học của vòi Fallopie và của vùng chậu

Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng có thể chỉ là nang đơn thuần, không triệu chứng cơ năng, hoặc gây hiếm muộn, hoặc gây đau.

Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng không triệu chứng lâm sàng, không vấn đề chủ khác

Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng là một bệnh lý lành tính.

Khả năng có ác tính trên một nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng là rất thấp, nhưng không thể bỏ qua.

Một phần lớn các nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng đơn thuần ít khi gây đau, và hiếm khi là ác tính.

Trong trường hợp này, nang lạc tuyến nội mạc tử cung đơn thuần phát hiện tình cờ qua khám định kỳ, và không kèm theo bất cứ triệu chứng nào khác.

Nếu bệnh nhân đến vì triệu chứng khối đơn thuần thì cần nhớ rằng:

1. Phẫu thuật chỉ làm sạch các mảnh cấy ghép nội mạc trên buồng trứng mà không ngăn chặn các cấy ghép mới trong tương lai. Tái phát nang lạc tuyến nội mạc tử cung sau phẫu thuật gần như là chắc chắn. Vì thế, hiếm khi có chỉ định phẫu thuật vì lý do khối u đơn thuần.
2. Phẫu thuật chỉ cần thiết khi cần thiết tìm bằng chứng của lành tính và để loại trừ khả năng ác tính khi có các dấu chỉ nghi ngờ.

Không có điều trị nội khoa nào làm thoái triển các nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng. Nếu bệnh nhân hoàn toàn không đau, không có vấn đề về hiếm muộn, và nang lạc tuyến nội mạc tử cung được đánh giá là nguy cơ thấp có ác tính thì không có chỉ định điều trị nội khoa. Nếu bệnh nhân không có ý định có thai, có thể dùng COCs

nhằm mục đích không làm cho nang lạc tuyến nội mạc tử cung lớn thêm, đồng thời tránh một thai kỳ ngoài ý muốn.

Chỉ chỉ định phẫu thuật vì lý do khối u đơn thuần khi không thể loại trừ được một khả năng ác tính, dù rất hiếm, như trên siêu âm có các nguyên tắc của ác tính (M-rules, IOTA), hay khi có diễn biến bất thường của CA125, hay khi nang to nhanh bất thường, hay khi nang có kích thước to, đường kính nang > 5-6 cm. Khi đó, phẫu thuật là nhằm tìm kiếm bằng chứng giải phẫu bệnh học của lành tính. Tuy nhiên, cần cân nhắc mọi yếu tố tùy hành như tình trạng hôn nhân, kế hoạch sinh con, triệu chứng đau...

Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng và đau

Đau không phải là chỉ định phẫu thuật của nang lạc tuyến nội mạc tử cung.

Lạc tuyến nội mạc tử cung đơn độc hiếm khi gây đau. Đau là hậu quả của các lạc tuyến nội mạc tử cung khác là lạc tuyến nội mạc tử cung ở phúc mạc, lạc tuyến nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu hay bệnh tuyến cơ tử cung. 12-32% phụ nữ được nội soi ổ bụng vì triệu chứng đau vùng chậu có lạc tuyến nội mạc tử cung ở nhiều dạng thức.

Như vậy, đau không phải là chỉ định phẫu thuật của nang lạc tuyến nội mạc tử cung. Điều trị nội khoa là ưu tiên cho triệu chứng đau.

Điều trị nội khoa hàng thứ nhất là NSAIDs nói chung, và các chất ức chế COX-2 nói riêng.

Do cơ chế bệnh sinh chủ yếu của đau là tiến trình viêm thông qua COX-2 và prostaglandin PGE2 nên NSAIDs thông thường, ức chế COX-2 là các điều trị ưu tiên, được xem như lựa chọn đầu tay. Việc dùng NSAIDs không ảnh hưởng đến các điều trị hiếm muộn, nếu như đau có kèm theo vấn đề hiếm muộn.

Điều trị nội khoa hàng thứ nhì là COCs và progestogen. Trong các progestogen, IUS-LNG có ưu thế giảm đau hơn các điều trị progestogen khác.

COCs, progestogen, là các lựa chọn hàng thứ nhì, được dùng sau thất bại của NSAIDs trong giảm đau. Trái với NSAIDs, việc dùng COCs và progestogen đối lập hoàn toàn với các điều trị hiếm muộn.

Có nhiều phương thức dùng progestogen cho đau, nhưng IUS-LNG (Mirena®) là progestogen có hiệu quả cao trong giảm đau của nang lạc tuyến nội mạc tử cung. IUS-LNG cũng ít tác dụng phụ hơn so với các progestogen khác.

COCs có thể được dùng theo cách dùng tiêu chuẩn. Việc dùng COCs liên tục không khoảng nghỉ trong thời gian dài liên tục (nhằm tránh có kinh, để tăng hiệu quả) không mang lại khác biệt trong hiệu quả điều trị.

Danazol cũng có hiệu quả tương tự như các thuốc hàng thứ nhì, tuy nhiên, danazol gây nam hóa, và gây trầm giọng không hồi phục. Danazol không được khuyến cáo cho sử dụng thường qui để điều trị lạc tuyến nội mạc tử cung.

GnRH đồng vận là các thuốc hàng thứ ba, với nhiều ảnh hưởng toàn thân. Được chỉ định trong bối cảnh của một kế hoạch điều trị tổng thể.

Ức chế men aromatase, GnRH đồng vận là các biện pháp điều trị nhằm vào mục đích triệt tiêu nguồn cung cấp estrogen. Là một điều trị đứng hàng thứ ba, sau thất bại

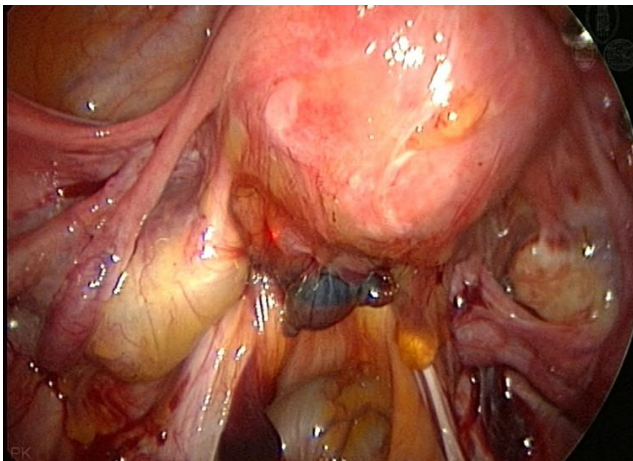
của các điều trị hàng thứ nhất và thứ nhì. Tuy nhiên, GnRH đồng vận không thể dùng kéo dài, do nhiều tác dụng phụ liên quan đến thiếu hụt nghiêm trọng và dài hạn estrogen, nhất là nguy cơ gây loãng xương. GnRH đồng vận phải được đặt trong bối cảnh của một kế hoạch điều trị tổng thể. Một điều trị “add-back” có thể là cần thiết trong một số trường hợp.

Rất hiếm khi phải phẫu thuật do đau vì nang lạc tuyến nội mạc tử cung đơn thuần. Cần lưu ý rằng bản thân nang lạc tuyến nội mạc tử cung đơn thuần không gây đau. Đau là do các tổn thương đi kèm. Vì thế, bóc nang lạc tuyến nội mạc tử cung đơn thuần không có hiệu quả giảm đau. Trong phẫu thuật, cần tìm hiểu các nguyên nhân khả dĩ có thể giải thích được đau như các tổn thương lạc tuyến nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu, hay các tổn thương viêm dính của phúc mạc gây bởi lạc tuyến nội mạc tử cung phúc mạc.

Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng có kèm theo tình trạng hiếm muộn

Nếu bệnh nhân với nang lạc tuyến nội mạc tử cung đến vì hiếm muộn, thì việc quyết định phẫu thuật hay không lệ thuộc vào rất nhiều yếu tố tùy hành.

21-48% phụ nữ được nội soi ổ bụng vì hiếm muộn có lạc tuyến nội mạc tử cung ở nhiều dạng thức khác nhau. Nang lạc tuyến nội mạc tử cung không có ảnh hưởng trực tiếp trên chất lượng và khả năng thụ tinh của noãn bào. Dù sự hiện diện của nồng độ cao hemosiderin có làm tăng nồng độ hemosiderin trong nang noãn, nhưng điều này không ảnh hưởng đến kết quả của thụ tinh trong ống nghiệm. Như vậy, điều trị nang lạc tuyến nội mạc tử cung có hiếm muộn không đồng nghĩa với phẫu thuật.



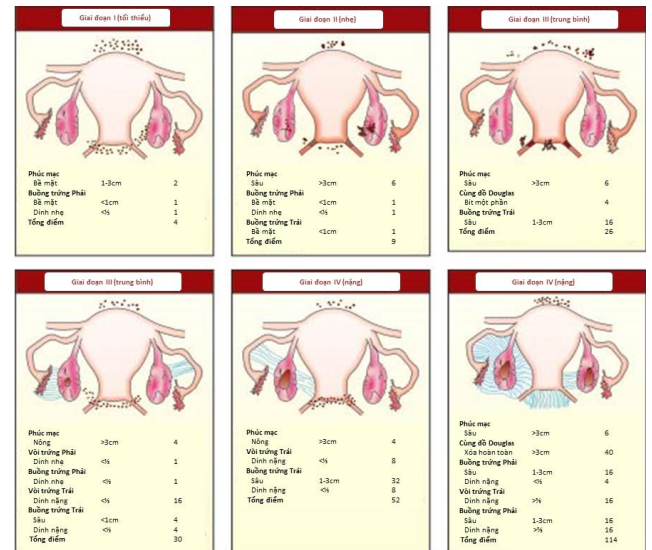
Hình 4: Lạc tuyến nội mạc tử cung vùng chậu Stage IV AFS. Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng trái. Vùng chậu viêm dính toàn bộ, với các tổn thương lạc tuyến nội mạc tử cung ở phúc mạc. Cùng đồ Douglas bị xóa. Giải phẫu học của hai vòi Fallope bị thay đổi.
Nguồn: pinterest.com

Vai trò của phẫu thuật chủ yếu nhằm để đánh giá giai đoạn của lạc tuyến nội mạc tử cung vùng chậu.

Đây là mục đích quan trọng nhất, giúp đánh giá và lên kế hoạch tổng thể cho điều trị hiếm muộn, gồm sinh sản hỗ trợ hay ngoài sinh sản hỗ trợ.

Nếu bệnh nhân với nang lạc tuyến nội mạc tử cung đến vì hiếm muộn, thì việc quyết định phẫu thuật hay không lệ

thuộc vào rất nhiều yếu tố tùy hành, gồm tuổi, yếu tố chồng, dự trữ buồng trứng, đã từng phẫu thuật trước đó hay chưa... Vì thế, phẫu thuật nhằm đánh giá vùng chậu, cải thiện khả năng mang thai... phải được đặt trong bối cảnh chung của một kế hoạch điều trị dài hạn hiếm muộn.

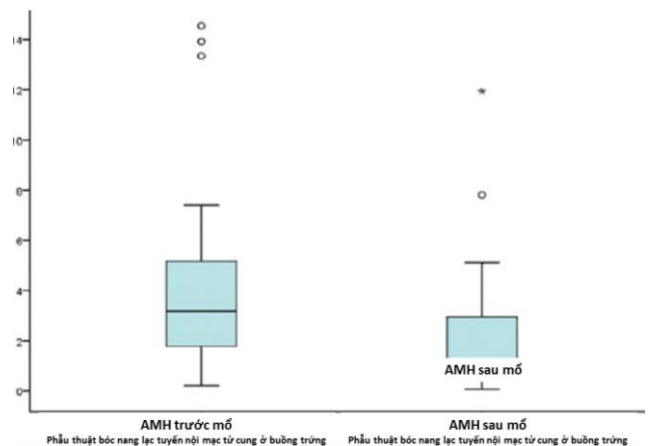


Hình 5: Phân giai đoạn lạc tuyến nội mạc tử cung vùng chậu (AFS-ASRM). Hệ thống này được chấp nhận rộng rãi. Dù còn hạn chế, nhưng hệ thống phân loại này là một mẫu tiêu chuẩn để ghi nhận các bằng chứng lâm sàng và so sánh hiệu quả của các phương pháp điều trị khác nhau.
Nguồn: jaypeejournal.com

Phẫu thuật không nhằm mục tiêu duy nhất là lấy bỏ nang lạc tuyến nội mạc tử cung.

Lấy bỏ nang lạc tuyến có thể làm cho tiến trình điều trị thuận lợi hơn về mặt kỹ thuật, nhưng làm cho dự trữ buồng trứng có thể bị suy giảm.

Quyết định phẫu thuật sẽ đưa bệnh nhân trực diện với suy giảm dự trữ buồng trứng và gây ra khó khăn cho các điều trị sau đó. Bóc một giả nang liên quan trực tiếp đến vỏ buồng trứng sẽ có ảnh hưởng trực tiếp đến trữ lượng noãn nang tại vỏ buồng trứng.



Hình 6: Suy giảm dự trữ buồng trứng trước (trái) và sau (phải) mổ bóc nang lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng. Nồng độ AMH sau phẫu thuật thấp hơn có ý nghĩa so với nồng độ AMH trước phẫu thuật. Đáng lo ngại là nồng độ AMH sau phẫu thuật nằm ở mức đe dọa gây rất nhiều khó khăn cho điều trị bằng sinh sản hỗ trợ.
Nguồn: advbiores.net

Vì thế, nếu buộc phải phẫu thuật để cải thiện kết cục của điều trị hiếm muộn thì phải cân nhắc tính toán đến 3 “tiền đề” sau:

1. Tái phát sau phẫu thuật là chắc chắn
2. Suy giảm dự trữ buồng trứng là chắc chắn
3. Hiệu quả của phẫu thuật trên kết cục điều trị hiếm muộn là không chắc chắn

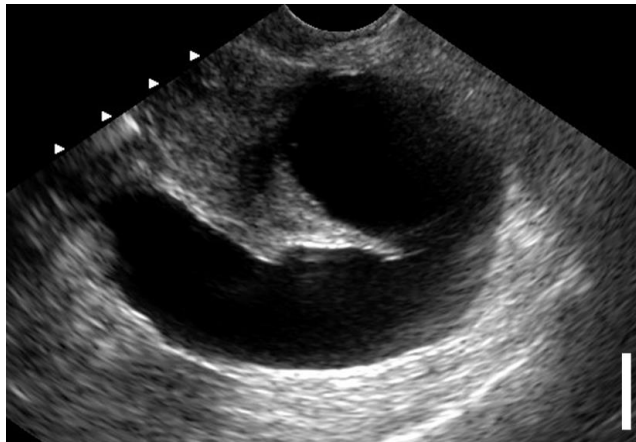
Đối với nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng, do nguy cơ của suy giảm dự trữ buồng trứng sau phẫu thuật và do khả năng tái phát là chắc chắn, nên điều trị ngoại khoa cho các cấu trúc thực thể không tân lập này là một điều trị cần phải hết sức cân nhắc.

Ứ DỊCH VỎI FALLOPE DO DI CHỨNG CỦA NHIỄM *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Các cấu trúc thực thể không tân lập do di chứng nhiễm trùng là các chỉ định ngoại khoa của khối ở phần phụ.

Ứ dịch ống dẫn trứng di chứng của nhiễm *Chlamydia trachomatis*, áp-xe tại vòi buồng trứng không đáp ứng với kháng sinh, lao vòi trứng là các cấu trúc thực thể không tân lập có chỉ định ngoại khoa ưu tiên.

Điều trị ngoại khoa trong bối cảnh này được xem như là một điều trị bổ túc, song hành với một điều trị khác như kháng sinh trong áp-xe tại vòi buồng trứng, kháng lao trong lao, hay thụ tinh trong ống nghiệm trong ứ dịch ống dẫn trứng...



Hình 7: Vòi Fallope ứ dịch trên siêu âm thang xám

Hình ảnh một khối ở phần phụ luôn đặt ra câu hỏi về nguồn gốc của khối này. Khi có hình ảnh tương tự, buộc phải tìm thấy cấu trúc buồng trứng với noãn nang, biệt lập với cấu trúc phần âm trống, dạng dài, có vách của ứ dịch vòi Fallope. Trên hình này, ta vẫn chưa nhìn thấy buồng trứng.

Nguồn: imagingpathways.health.wa.gov.au

Vì sinh-miễn dịch của vòi Fallope sau tổn thương nguyên thủy bởi *Chlamydia*

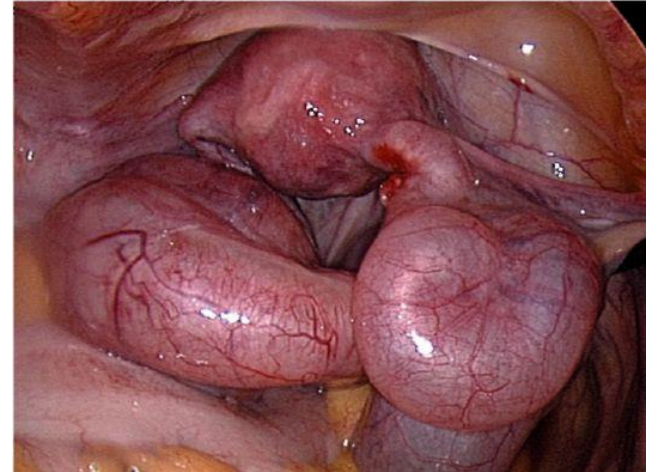
Sau nhiễm *Chlamydia trachomatis*, các di chứng tắc vòi tạo ra một rối loạn vì sinh thứ phát đa khuẩn, yếm khí, giàu độc tố.

Do các phản ứng viêm, vòi Fallope bị tổn hại, xơ hóa và bất tác.

Thay đổi môi trường tại vòi Fallope là điều kiện thuận lợi phát sinh các nhiễm khuẩn thứ cấp đa vi khuẩn, kể cả với vi khuẩn yếm khí. Nhiễm khuẩn thứ phát tạo ra nội độc tố

(endotoxins), cytokines, gốc tự do (oxidative stress), và rò rỉ chúng vào buồng tử cung. Nhiễm khuẩn thứ phát còn tạo nên một môi trường dịch vòi Fallope nghèo dinh dưỡng, chủ yếu là nghèo glucose do cạnh tranh.

Các khảo sát thực nghiệm hiện ủng hộ giả thuyết rằng nuôi cấy phôi trong môi trường dịch vòi Fallope bị ứ dịch ảnh hưởng xấu trên khả năng tạo phôi nang.



Hình 7: Ứ dịch vòi Fallope hai bên qua nội soi ổ bụng

Vòi Fallope ứ dịch, hoàn toàn mất chức năng, và là nguồn độc chất.

Nguồn: vmede.org

Ứ dịch vòi Fallope sau nhiễm *Chlamydia trachomatis* gây kết cục xấu cho thụ tinh trong ống nghiệm

Cơ chế chính xác vì sao ứ dịch vòi Fallope sau nhiễm *Chlamydia trachomatis* gây kết cục xấu cho thụ tinh trong ống nghiệm vẫn chưa được rõ.

Nếu phẫu thuật lấy bỏ vòi Fallope ứ dịch trước khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm, thì kết quả sẽ được cải thiện đáng kể khi so với không được cắt bỏ vòi Fallope ứ dịch trước thụ tinh trong ống nghiệm.

Một điều chắc chắn là ứ dịch vòi Fallope làm giảm nghiêm trọng khả năng có thai sau đó, kể cả với thụ tinh trong ống nghiệm, lẫn khả năng có thai tự nhiên bằng vòi Fallope “lành lặn” còn lại.

Một điều chắc chắn khác là nếu ta phẫu thuật lấy bỏ vòi Fallope ứ dịch trước khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm, thì kết quả sẽ được cải thiện đáng kể khi so với nhóm không được cắt bỏ vòi Fallope ứ dịch trước thụ tinh trong ống nghiệm.

Tuy nhiên tranh luận về cơ chế chính xác mà qua đó vòi Fallope ứ dịch làm giảm khả năng thành công của thụ tinh trong ống nghiệm hay khả năng có thai tự nhiên còn rất tranh cãi.

Các khảo sát dựa trên sinh vật thực nghiệm cho kết quả rất khác biệt và rất mâu thuẫn. Các khảo sát nuôi cấy phôi chuột trong môi trường dịch vòi Fallope ứ dịch không chứng minh được tác động xấu của dịch này trên phát triển phôi cũng như khả năng tạo phôi nang. Có thể nghĩ rằng dịch vòi Fallope ứ dịch không có tác động trực tiếp trên phôi.

Xu hướng hiện nay có vẻ thiên về các ảnh hưởng của các độc tố từ vòi Fallope trên khả năng làm tổ của phôi (tức ảnh hưởng gây hỗn loạn dòng thác đối thoại miễn nhiễm

trước chấp nhận mảnh bán dị ghép) mà rối loạn vi sinh-sinh hóa-miễn nhiễm tại vòi Fallope sau nhiễm *Chlamydia trachomatis* gây ra.

Ở một người bình thường, đối thoại miễn nhiễm thể hiện bằng việc chế tiết một số cytokines quanh cửa sổ làm tổ gồm cytokines like IL-1, LIF, colony stimulating factor-1 (CSF-1) và integrin $\alpha\beta3$.

Dịch từ vòi Fallope tổn thương có thể ảnh hưởng đến sản xuất các thành tố này từ phôi hay nội mạc tử cung và ảnh hưởng đến làm tổ.

Gián đoạn thông thương giữa vòi Fallope ứ dịch và buồng tử cung là một giải pháp thay thế cho cắt bỏ vòi Fallope ứ dịch, cải thiện kết cục của thụ tinh trong ống nghiệm.

Trong các tình huống khó khăn, quá dính, không thể thực hiện cắt vòi Fallope, như “đông đặc vùng chậu”, việc chọn giải pháp thay thế là làm gián đoạn thông thương vòi Fallope tại đoạn gần cũng mang lại hiệu quả tương đồng với cắt vòi.

Vấn đề duy nhất của giải pháp này là vấn đề để lại một ổ có tiềm năng đe dọa lâu dài về mặt vi sinh học.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 7th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2014.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ESHRE. Management of women with endometriosis. European Society for Human Reproduction and Embryology Guideline. 2013
2. Hafner. Chlamydia trachomatis infection: host immune responses and potential vaccines. Nature vol 1, n2, Mar 2008