

## MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TÁI PHÁT

Đinh Thị Phương Minh\*, Lê Sỹ Phương\*, Bạch Cẩm An\*, Phan Viết Tâm\*, Lê Minh Toàn\*, Nguyễn Văn Tuấn\*\*, Nguyễn Hữu Hồng\*, Hồ Thị Phương Thảo\*

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố giúp tiên lượng tái phát LNMTC. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 156 bệnh nhân được chẩn đoán LNMTC tái phát điều trị tại khoa Phụ sản – BVTW Huế từ 2009 – 2011. **Kết quả:** LNMTC tái phát chiếm 21,8 % (34/156 trường hợp). Tuổi trung bình trong nghiên cứu:  $31,2 \pm 6,9$  (tuổi). Thời gian theo dõi trung bình:  $20,7 \pm 9,3$  tháng. Thống kinh 79,4 %; Đau khi giao hợp: 55,9 %; Nắn thấy khối bất thường ở hạ vị: 70,6 %; Điểm số trung bình theo ASRM:  $37,8 \pm 10,4$ . CA125 trung bình:  $78,3 \pm 12,8$  (IU/mL); Đường kính trung bình của khối u lớn nhất trên siêu âm:  $31,4 \pm 3,1$  (mm). LNMTC tái phát ở nhóm < 30 tuổi (32,4 %), giai đoạn III – IV (27,5 %) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm còn lại. Nhóm bệnh nhân LNMTC tái phát được phẫu thuật đơn thuần so với nhóm điều trị nội khoa kết hợp phẫu thuật không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Tuổi < 30, giai đoạn III – IV/ASRM tại thời điểm chẩn đoán LNMTC có ý nghĩa tiên lượng tái phát LNMTC. Không có khác biệt về tỉ lệ LNMTC tái phát theo phương pháp điều trị được tìm thấy trong nghiên cứu này.

### Abstract:

#### Prognostic factors in recurrence of endometriosis

**Objectives:** To evaluate prognostic factors in recurrence of endometriosis. **Method:** Prospective – descriptive study. We studied 156 patients diagnosed with recurrence of endometriosis from 2009 – 2011 at Obs & Gyn Department of Hue Central Hospital. **Result:** Rate of recurrence of endometriosis: 21,8 % (34/156 cas). Mean age:  $31,2 \pm 6,9$ ; mean of follow-up duration:  $20,7 \pm 9,3$  months. Dysmenorrhoea, dyspareunia, pelvic masses are respectively 79,4 %, 55,9 % and 70,6 %; mean of ASRM score:  $37,8 \pm 10$ . Mean of serum CA 125:  $78,3 \pm 12,8$  (IU/mL); %; mean of the largest tumor size:  $31,4 \pm 3,1$ mm. Recurrence of endometriosis in the groups of women < 30 years old (32,4 %); stage III – IV/ASRM (27,5 %) are significant higher than other groups. Previous treatment is not a significant factor ( $p > 0,05$ ). **Conclusions:** The prognostic factors of recurrence of endometiosis are younger age, ARSM stage. There is no significant difference with previous treatment methods for recurrence of endometriosis.

(\*) Bệnh viện Trung ương Huế, (\*\*) Trường Cao đẳng Y tế Huế

### Đặt vấn đề

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) đặc trưng bởi sự hiện diện của mô NMTC bên ngoài

buồng tử cung như buồng trứng, phúc mạc, dây chằng tử cung – cùng, túi cùng Douglas,... [4][10]. Triệu chứng thường gặp

là đau hố chậu mẫn, các triệu chứng khác có thể gặp là: đau lưng, đau khi giao hợp, đại và tiểu tiện đau... [10][32]. LNMTC xuất hiện với tỉ lệ khoảng 10% ở các phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ [10].

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán LNMTC là quan sát thấy khối u hoặc tổn thương LNMTC qua phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật hở [2][12]. Việc điều trị LNMTC bao gồm cả phẫu thuật và điều trị nội khoa [10][25][32]. Tuy nhiên, tỉ lệ LNMTC sau điều trị thay đổi theo từng nghiên cứu: Theo Guo (2009) khoảng 21,5% sau 2 năm và tăng lên 40 – 50 % sau 5 năm [5]; Theo Wellbery (1999) tái phát LNMTC chiếm 19% sau 5 năm [25].

Có nhiều yếu tố nguy cơ giúp tiên lượng tái phát LNMTC đã được biết đến như tuổi phát hiện bệnh, điểm số - giai đoạn ARSM, phương pháp điều trị trước đó, tỉ lệ có thai sau điều trị, ... [5]. Tuy nhiên vẫn còn nhiều vấn đề bàn cãi xung quanh các nghiên cứu này. Xuất phát từ lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá một số yếu tố tiên lượng tái phát LNMTC” với các mục tiêu sau:

1. Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân LNMTC tái phát.
2. Đánh giá một số yếu tố tiên lượng tái phát LNMTC.

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 156 bệnh nhân được chẩn đoán LNMTC có theo dõi từ năm 2009 – 2011.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

- Bệnh nhân LNMTC được chẩn đoán LNMTC điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần hoặc phẫu thuật kết hợp với nội khoa hỗ trợ bằng GnRH agonist. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Được theo dõi định kỳ 3 tháng/lần từ 2009 – 2010.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân không tuân thủ phác đồ

điều trị hoặc mất dấu theo dõi. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

### Phương pháp nghiên cứu:

- **Nghiên cứu mô tả - tiến cứu.**

- **Các bước tiến hành:**

- Hỏi bệnh, khám lâm sàng, tiến hành các xét nghiệm cận lâm sàng.

- Nội soi chẩn đoán giai đoạn và giải quyết nguyên nhân nếu có thể. Đối với bệnh nhân nhập viện giai đoạn muộn (III – IV) thì sẽ được kết hợp điều trị nội khoa và phẫu thuật.

- Sau khi xuất viện bệnh nhân được theo dõi định kỳ 3 tháng/lần đánh giá tình trạng lâm sàng, siêu âm, CA125, tình trạng có thai sau điều trị trong suốt thời gian tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân được chẩn đoán LNMTC tái phát trên siêu âm ở buồng trứng dựa theo tiêu chuẩn của Kupfer: (1) khối echo kém đồng nhất, (2) khối echo hiện diện ở một nang hay nhiều nang ở các vị trí khác nhau, (3) nếu nang nghi ngờ sẽ siêu âm kiểm tra vào đầu pha noãn của chu kỳ sau. Nhóm bệnh nhân này sẽ được đánh giá mức độ dính trên lâm sàng để có chỉ định phẫu thuật ngay hoặc điều trị nội khoa hỗ trợ trước mổ. Kết quả chẩn đoán LNMTC tái phát được xác định sau lần phẫu thuật này.

**Xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm EPI 2002.

## Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Trong các năm 2009 – 2011 chúng tôi đã tiếp nhận điều trị cho 156 bệnh nhân LNMTC và ghi nhận 34 trường hợp LNMTC tái phát.

**Bảng 1. Đặc điểm chung**

<b>Tuổi trung bình</b>	31,2 ± 6,9 (tuổi)
<b>Tỉ lệ tái phát</b>	21,8 %
<b>Thời gian theo dõi trung bình</b>	20,7 ± 9,3 tháng

Nghiên cứu tại BV Từ Dũ của tác giả Trần Thị Lợi và CS ghi nhận tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $31,1 \pm 5,5$  tuổi [1]. Theo Jee và CS (2007), độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $35,5 \pm 7,9$  tuổi [6]. Nghiên cứu của Lee và CS (2010) báo cáo độ tuổi trung bình là  $30,1 \pm 4,3$  tuổi [8]. Không có sự khác biệt về độ tuổi so với nghiên cứu

của chúng tôi ( $p > 0,05$ ).

Tỉ lệ LNMTC tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,8 %. Tác giả Guo và CS (2009) báo cáo tỉ lệ tái phát LNMTC sau 2 năm là 21,5% [5], Koga và CS (2006) báo cáo tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật nội soi là (68/224 trường hợp) 30,4% [7]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm LNMTC tái phát**

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm LNMTC tái phát		n	%
Triệu chứng LS	Thông kinh	27/34	79,4
	Đau khi giao hợp	19/34	55,9
	Nấn thấy khối bất thường ở hạ vị	24/34	70,6
	Tử cung dính khi thăm khám	34/34	100
	Điểm số trung bình theo ASRM	$37,8 \pm 10,4$	
Triệu chứng CLS	CA125 trung bình (IU/mL)	$78,3 \pm 12,8$	
	Đường kính trung bình của khối u lớn nhất trên siêu âm (mm)	$31,4 \pm 3,1$	

Trần Đình Vinh (2010) nghiên cứu 150 bệnh nhân LNMTC ghi nhận có 72,0% trường hợp có biểu hiện thông kinh, 29,3% đau khi giao hợp. Điểm số theo ASRM ở nhóm bệnh nhân LNMTC giai đoạn III và IV lần lượt là  $34,9 \pm 8,0$  và  $75,0 \pm 15,1$  [3].

Cũng theo tác giả Trần Đình Vinh (2010), nồng độ CA125 > 62 IU/mL là ngưỡng tốt nhất

trong việc chẩn đoán LNMTC với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 58,4% và 72,3% [3]. Chỉ số CA125 trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả này. Tuy nhiên, CA125 là xét nghiệm ít đặc hiệu trong chẩn đoán LNMTC so với các xét nghiệm khác như IL - 6, TNF -  $\alpha$ , MRI, ... [4], [10].

**Bảng 3. Các yếu tố tiên lượng LNMTC tái phát**

Các yếu tố tiên lượng LNMTC tái phát		Tái phát (n1)	Không tái phát (n2)	% tái phát	p
Tuổi tại thời điểm chẩn đoán	< 30 tuổi	23	48	32,4	0,003
	$\geq 30$ tuổi	11	74	12,9	
Giai đoạn (ARSM)	I - II	9	56	13,8	0,04
	III - IV	25	66	27,5	
Phương pháp điều trị	Phẫu thuật đơn thuần	21	69	23,3	> 0,05
	Phẫu thuật + Nội khoa (GnRHa)	13	53	19,7	
Có thai sau điều trị		0	48	-	-

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ LNMTC tái phát là 32,4 % trường hợp < 30 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với 12,9 % trường hợp ở nhóm ≥ 30 tuổi ( $p = 0,003$ ). Trần Lâm Khoa và CS (2010) nghiên cứu các bệnh nhân LNMTC báo cáo tuổi > 30 có tỉ lệ tái phát gấp 1,6 lần tuổi < 30 với  $p = 0,01$  [1]. Một nghiên cứu của Parazzini thực hiện trên 311 bệnh nhân LNMTC cho thấy trên 30 tuổi có tỉ lệ tái phát cao gấp đôi bệnh nhân ≤ 30 [11].

Theo Tandoi và CS (2011) tỉ lệ các bệnh nhân nữ ≤ 21 tuổi có tỉ lệ LNMTC tái phát sau 5 năm là 32 % và tác giả này cũng đã kết luận tỉ lệ này là cao hơn so với nhóm phụ nữ lớn tuổi [13]. Tác giả Liu (2007) [9] và Vignali (2005) cũng nhận thấy tuổi càng cao thì tỉ lệ tái phát càng tăng [14].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ 27,5 % LNMTC tái phát có tiền sử phẫu thuật lần đầu được chẩn đoán ở giai đoạn III – IV theo ASRM cao hơn so với 13,8 % LNMTC tái phát ở nhóm giai đoạn I – II ( $p = 0,04$ ). Theo tác giả Parazzini và CS (2005) tỉ lệ tái phát sau 2 năm ở nhóm bệnh nhân LNMTC giai đoạn I - II là 5,7 % và ở nhóm LNMTC giai đoạn III – IV là 14,4 % với  $p < 0,05$  [11]. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, tác giả Liu và CS (2007), Kikichu và CS (2006) ghi nhận chỉ có điểm số ASRM mới có liên quan với tình trạng tái phát LNMTC (chứ không phải là

giai đoạn LNMTC) [9]. Như vậy, nhận định chung được rút ra là bệnh nhân LNMTC càng nặng thì tỉ lệ tái phát sẽ càng cao.

Về phương pháp điều trị trong lần đầu: Theo nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân LNMTC tái phát đã được điều trị kết hợp phẫu thuật và nội khoa thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chỉ điều trị phẫu thuật đơn thuần ( $p > 0,05$ ). Nghiên cứu của Roman và CS (2007) [12], Tandoi và CS (2011) [13] cũng báo cáo không có sự tương quan giữa phương pháp điều trị và tái phát LNMTC. Tuy nhiên, Koga và CS (2006) lại ghi nhận tỉ lệ tái phát LNMTC cao hơn ở nhóm điều trị nội khoa (OR = 2.324, (95% CI) = 1.232 - 4.383,  $p = 0.0092$ ) [7].

Ở nghiên cứu này chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có thai sau điều trị ở các bệnh nhân LNMTC tái phát. Tuy nhiên có 48 trường hợp có thai sau điều trị LNMTC thì chưa thấy tái phát trong thời gian nghiên cứu. Mặc dù vậy nghiên cứu của Koga và CS (2006) báo cáo có thai sau phẫu thuật làm giảm nguy cơ tái phát LNMTC (OR = 0.292, 95% CI = 0.028 - 0.317,  $p = 0.0181$ ) [7].

## Kết luận

Tuổi bệnh nhân tại thời điểm phát hiện LNMTC và giai đoạn bệnh (theo phân loại ASRM) là các yếu tố tiên lượng tái phát LNMTC. Không tìm thấy sự tương quan giữa phương pháp điều trị và tỉ lệ tái phát LNMTC.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Lâm Khoa, Trần Thị Lợi (2010), Mối liên quan giữa thời điểm phẫu thuật và tái phát lạc NMTC sau phẫu thuật bóc u, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), tr 321 – 324 .
2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2010), Điều trị phẫu thuật lạc nội mạc tử cung, *Hội thảo lạc nội mạc tử cung: thực trạng và thách thức*.
3. Trần Đình Vinh (2010), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của siêu âm doppler màu trong chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung, *Luận văn tiến sĩ Y – Dược học*, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Bedaiwy M.A (2004), Laboratory testing for endometriosis, *Clinica Chimica Acta*, 340, pp 41 – 56.
5. Guo SW (2009), “Recurrence of endometriosis and its control”, *Human Reproduction Update*, 15 (4), pp 441 – 461.
6. Jee B.C et al (2007), Impact of GnRH agonist treatment on recurrence of ovarian endometriomas after conservative

- laparoscopic surgery, *Fertility and Sterility*, doi: 10.1016/j.fernstert.2007.11.11.027.
7. Koga K et al (2006), Recurrence of ovarian endometrioma after laparoscopic excision, *Hum Reprod*, 21(8), pp 2171-2174.
  8. Lee DY (2010), "Post-operative cyclic oral contraceptive use after gonadotrophin – releasing hormone agonist treatment effectively prevents endometrioma recurrence, *Human Reproduction*, 25 (12), pp 3050 – 3054.
  9. Liu X et al (2007), Patterns of and risk factors for recurrence in women with ovarian endometriomas, *Obstet gynecol*, 109 (6), pp1411- 1420.
  10. Mounsey A.L (2006), Diagnosis and management of endometriosis, *American Family Physican*, 74(4), pp 597 – 600.
  11. Parazzini F et al (2005), Determinants of short term recurrence rate of endometriosis, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1, 121(2), pp 216 - 219.
  12. Roman H (2007) Prise en charge d'une endometriose douloureuse, *Journal de Gynescologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 36 (2), pp 141 – 150.
  13. Tandoi I (2011), High rate of endometriosis recurrence in young women, *J Pediatr Adolesc Gynecol* , 26 (4), pp 376 – 379.
  14. Vignali M (2005) Surgical treatment of deep endometriosis and risk of recurrence, *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 12(6), pp 508 – 513