

Kết cục của phẫu thuật u buồng trứng trên thai phụ tại bệnh viện Từ Dũ

Cao Văn Hưng^{1,*}, Trần Thị Ngọc², Lê Quang Thanh², Phạm Việt Thanh³



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự an toàn và kết cục xấu thai kỳ trong phẫu thuật và hậu phẫu của phương pháp mổ nội soi và mổ mở u buồng trứng trong thai kỳ tại bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ 01/2015 đến 01/2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 309 trường hợp được phẫu thuật u buồng trứng trong thai kỳ tại bệnh viện Từ Dũ từ 1/2015-1/2021 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. **Kết quả:** Tỷ lệ các biến chứng trong phẫu thuật mổ mở u buồng trứng trong thai kỳ là 3,2%; trong đó tỷ lệ vỡ vết mổ thành bụng là 0,65%; tỷ lệ xuất huyết nội là 0,65% và tỷ lệ phải truyền máu là 1,95%. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào trong phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong thai kỳ. Tỷ lệ kết cục xấu trên thai trong phẫu thuật mổ mở u buồng trứng trong thai kỳ là 2,59%; trong đó tỷ lệ dọa sẩy thai là 0,65%; tỷ lệ sẩy thai là 0,65%; tỷ lệ ối vỡ non chuyển dạ sinh non là 0,65% và tỷ lệ thai lưu là 0,65%. **Kết luận:** Không ghi nhận kết cục xấu của thai trong phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong thai kỳ. Sự khác biệt về biến chứng ở mẹ và thai ở cả hai phương pháp mổ mở và mổ nội soi u buồng trứng trong thai kỳ không có ý nghĩa về phương diện thống kê.

Từ khoá: U buồng trứng và thai, phẫu thuật mổ nội soi, phẫu thuật mổ mở

ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng trong thời kỳ mang thai là một tình trạng không hiếm gặp, có tỷ lệ hiện mắc mắc trong dân số dao động từ 0,19-8,8%¹. Trong đó, phần lớn nang cơ năng sẽ tự thoái triển vào tam cá nguyệt hai, những u buồng trứng được mô tả là nang đơn giản trên siêu âm với echo trống, thành trơn láng, không vách, kích thước nhỏ, dưới 5-6 cm, thì thường sẽ ngưng tiến triển trước tuần thứ 16 của thai kỳ^{2,3}. Tuy nhiên, các khối u buồng trứng với kích thước lớn hơn, đặc điểm mô tả phức tạp trên siêu âm có thể tồn tại và gia tăng kích thước, gây ra các biến chứng khi mang thai³⁻⁵. Mặc dù các phẫu thuật u buồng trứng trong thai kỳ dù là nội soi hay mổ mở đều có nguy cơ dẫn đến một số biến cố bất lợi cho thai nhi như sẩy thai, thai lưu và chuyển dạ sinh non⁶. Tuy nhiên, nếu không phẫu thuật khi cần thiết mà chỉ theo dõi cũng có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng khác như xoắn (1-22%), vỡ u (0-9%) hoặc chuyển dạ tắc nghẽn (2-17%)³⁻⁵.

Mặc dù, quan điểm xử trí khối u buồng trứng trong thai kỳ vẫn còn nhiều tranh cãi giữa lợi ích và nguy cơ khi chọn lựa tiếp tục theo dõi hay thực hiện phẫu thuật ngay trong thai kỳ^{5,7}. Chỉ định phẫu thuật là khá rõ ràng khi bệnh nhân có triệu chứng hoặc biến chứng như: xoắn, vỡ, kích thước u lớn có nguy cơ cao gây chuyển dạ ngưng tiến, hay trong trường hợp nghi

ngờ ác tính qua các đặc điểm trên siêu âm như: u đặc, có vách ngăn dày, kích thước > 5cm⁸. Tuy nhiên, vì những lo ngại đã nêu trên, những khối u buồng trứng dù không xuất hiện biến chứng hay không nghi ngờ ác tính trong thai kỳ thường được phẫu thuật chủ động vào tam cá nguyệt thứ 2 (16-20 tuần) dựa trên khuyến cáo của Hiệp hội Tiêu hoá và Phẫu thuật nội soi Hoa Kỳ, thời điểm phẫu thuật này nhằm đảm bảo không ảnh hưởng tới hoàng thể thai kỳ trong ba tháng đầu, cũng như hạn chế phẫu thuật trong ba tháng cuối vì bất lợi của tử cung to, tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non⁹. Để có cơ sở tư vấn cho thai phụ và gia đình về tính an toàn của phẫu thuật điều trị u buồng trứng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết cục của phẫu thuật u buồng trứng trên thai phụ tại bệnh viện Từ Dũ”

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Đoàn hệ hồi cứu.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu để so sánh hai tỉ lệ có hiệu chỉnh ở nhóm mổ mở và nhóm mổ nội soi.

$$n = \frac{\{Z_{2\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{2\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

¹Bộ môn Sản Phụ Khoa – sức khỏe sinh sản, Khoa Y, ĐHQG-HCM, Việt Nam

²Bệnh viện Từ Dũ, Việt Nam

³Bệnh viện Phụ Sản Mê Kông, Việt Nam

Liên hệ

Cao Văn Hưng, Bộ môn Sản Phụ Khoa – sức khỏe sinh sản, Khoa Y, ĐHQG-HCM, Việt Nam

Email: cvhung@medvnu.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 17-10-2021
- Ngày chấp nhận: 29-11-2021
- Ngày đăng: 26-12-2021

DOI: 10.32508/stdjhs.v2i2.493



Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Trích dẫn bài báo này: Hưng C V, Ngọc T T, Thanh L Q, Thanh P V. **Kết cục của phẫu thuật u buồng trứng trên thai phụ tại bệnh viện Từ Dũ.** *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.*; 2(2):307-313.

$$p_1 = \frac{p_2 OR}{1 + p_2 (OR - 1)}$$

$n_2 = n_2 \times r$. N tổng = $n_1 + n_2$. Trong đó, $p = (p_2 + p_1)/2$. p_1 : tỉ lệ ước tính ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi. p_2 : tỉ lệ ước tính ở nhóm bệnh nhân được mổ mở. $Z_{2\alpha} = 1.96$: là trị số Z của phân phối chuẩn cho xác suất 2α . $Z_{2\beta} = 0.84$: là trị số Z của phân phối chuẩn cho xác suất 2β . n_1 : Cỡ mẫu nghiên cứu cho nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi. n_2 : Cỡ mẫu nghiên cứu cho nhóm bệnh nhân được mổ mở. OR: 0.0001 theo nghiên cứu của tác giả Yi-Xuan Liu¹⁰. Cần chọn ít nhất 154 thai phụ vào mỗi nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, có tổng số 309 thai phụ chia làm 2 nhóm, nhóm mổ nội soi có 155 thai phụ, nhóm mổ mở có 154 thai phụ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả những thai phụ mang thai được chẩn đoán u buồng trứng thực thể, được phẫu thuật nội soi ổ bụng hoặc phẫu thuật mở bụng tại Bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian nghiên cứu. Các đối tượng này sau đó được chia thành 2 nhóm để khảo sát, tùy thuộc vào phương pháp phẫu thuật là nội soi ổ bụng hay phẫu thuật mở ổ bụng.

Tiêu chuẩn loại ra

Có can thiệp phẫu thuật điều trị bệnh lý đi kèm ngay trong lần phẫu thuật điều trị u buồng trứng hoặc sau đó mà thời điểm phẫu thuật vẫn trong thời gian nghiên cứu. Có can thiệp loại phẫu thuật khác và/hoặc can thiệp bằng phương pháp nội khoa vì chẩn đoán xác định u buồng trứng ác tính, vì u buồng trứng tái phát mà thời điểm can thiệp vẫn trong thời gian nghiên cứu. Hồ sơ không đủ dữ liệu.

Nhóm nghiên cứu

Gồm 1 thành viên thu thập số liệu là học viên lớp bác sĩ chuyên khoa cấp II của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Thông tin thu thập từ máy tính phòng mổ và hồ sơ bệnh án điền vào bộ câu hỏi cấu trúc có sẵn.

Số liệu thu thập được sẽ nhập vào máy tính bằng phần mềm Excel. Xử lý số liệu bằng phần mềm R.

Phân tích gồm 2 phần chính

Phần I: Mô tả các biến số nền: biến số liên tục được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn nếu là phân bố chuẩn; trung vị, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất nếu không phải phân bố chuẩn. Biến phân nhóm được mô tả bằng tần số và tỉ lệ. Các biến số phụ thuộc: biến số liên tục được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn

nếu là phân bố chuẩn; trung vị, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất nếu không phải phân bố chuẩn. Biến phân nhóm được mô tả bằng tần số và tỉ lệ.

Phần II: Xác định sự khác biệt về đặc điểm nền, kết cục giữa hai nhóm dùng phép kiểm t nếu biến phụ thuộc là biến số liên tục có phân bố chuẩn. Xác định sự khác biệt về đặc điểm nền, kết cục giữa hai nhóm dùng phép kiểm phi tham số Kruskal-Wallis nếu biến phụ thuộc là biến số liên tục không phân bố chuẩn. Xác định sự khác biệt về đặc điểm nền, kết cục giữa hai nhóm dùng phép kiểm Chi bình phương nếu biến phụ thuộc là biến số phân nhóm. Các phép kiểm đều được thực hiện với độ tin cậy 95%, trị số $P < 0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Hội đồng y đức

Nghiên cứu được Hội đồng nghiên cứu khoa học, Hội đồng Y Đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua và được sự cho phép của Hội đồng nghiên cứu khoa học bệnh viện Từ Dũ.

KẾT QUẢ

Từ 1/2021-6/2021 tại bệnh viện Từ Dũ, có 309 trường hợp u buồng trứng trong thai kì được phẫu thuật, trong đó có 154 trường hợp được thực hiện mổ mở và 155 trường hợp còn lại được thực hiện phẫu thuật nội soi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: tuổi trung bình của tất cả đối tượng nghiên cứu là 28 tuổi. Nhóm tuổi dưới 35 là chủ yếu, chiếm 88,7%. Các yếu tố dịch tễ của 2 nhóm mổ mở và nội soi khá tương đồng nhau (Bảng 1).

Nhận xét: tuổi thai lúc mổ u buồng trứng trung bình ở nhóm nội soi và mổ mở là ở tam cá nguyệt hai. Phần lớn là phẫu thuật chương trình. Ở cả hai nhóm mổ nội soi và mổ mở, phần lớn có phương pháp mổ là bóc u với tỉ lệ lần lượt là 92,9% và 85,7%. Nhóm mổ nội soi chỉ có 9 trường hợp có sử dụng thuốc giảm gò hay dưỡng thai trước mổ, chiếm tỉ lệ 5,8%, trong khi đó, tỉ lệ này ở nhóm mổ mở là 59,7% (Bảng 2).

Nhận xét: các kết cục hậu phẫu thuật của mổ nội soi và mổ mở như: tai biến trong khi mổ, biến chứng hậu phẫu, số trường hợp phải mổ lại, sử dụng thuốc giảm gò hay dưỡng thai là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3).

Nhận xét: các biến chứng về thai sau phẫu thuật như: sẩy thai, thai lưu, ối vỡ non, chuyển dạ sinh non không gặp ở các trường hợp mổ nội soi, mà chỉ ghi nhận ở các trường hợp mổ mở với tỉ lệ thấp (Bảng 4).

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Mổ nội soi (N=155)	Mổ mở (N=154)	Chung (N=309)	Trị số
Tuổi				
Trung bình (ĐLCL)	28,0 (4,91)	28,0 (5,58)	28,0 (5,25)	0,111
[Nhỏ nhất, lớn nhất]	[18, 40]	[18, 43]	[18, 43]	
<35 tuổi	142 (91,6%)	132 (85,7%)	274 (88,7%)	
35 tuổi	13 (8,4%)	22 (14,3%)	35 (11,3%)	
Địa chỉ, n (%)				
TP Hồ Chí Minh	27 (17,4%)	26 (16,9%)	53 (17,2%)	1,000
Nơi khác	128 (82,6%)	128 (83,1%)	256 (82,8%)	
Dân tộc, n (%)				
Kinh	150 (96,8%)	151 (98,1%)	301 (97,4%)	0,727
Khác	5 (3,2%)	3 (1,9%)	8 (2,6%)	
Nghề nghiệp, n (%)				
Buôn bán	13 (8,4%)	15 (9,7%)	28 (9,1%)	0,041
Công chức	22 (14,2%)	31 (20,1%)	53 (17,2%)	
Công nhân	59 (38,1%)	46 (29,9%)	105 (34,0%)	
Nội trợ	39 (25,2%)	40 (26,0%)	79 (25,6%)	
Nông dân	6 (3,9%)	8 (5,2%)	14 (4,5%)	
Nhân viên văn phòng	12 (7,8%)	12 (7,7%)	24 (7,8%)	
Tự do	4 (2,6%)	2 (1,3%)	6 (1,9%)	

Bảng 2: Thời điểm phát hiện và đặc điểm phẫu thuật u buồng trứng

Đặc điểm	Mổ nội soi (N=155)	Mổ mở (N=154)	Chung (N=309)	Trị số P
Tuổi thai phát hiện u (tuần)				
Trung bình (ĐLCL)	7,30 (5,01)	11,8 (7,55)	9,55 (6,78)	<0,001
Trung vị [Min, Max]	7 [4, 20]	11 [4, 37]	8 [4, 37]	
Tuổi thai lúc mổ u (tuần)				
Trung bình (ĐLCL)	15,2 (3,45)	18,4 (6,90)	16,8 (5,67)	<0,001
[Min, Max]	[4, 25]	[5, 37]	[4, 37]	
< 14 tuần	30 (18,58%)	26 (16,8%)	56 (17,8%)	
14-29 tuần	124 (80,5%)	111 (71,6%)	235 (76,1%)	
> 29 tuần	1 (0,6%)	17 (11,6%)	18 (5,8%)	
Phương pháp mổ, n (%)				
Bóc u	144 (92,9%)	132 (85,7%)	276 (88,4%)	<0,001
Cắt phần phụ	11 (7,1%)	22 (14,3%)	33 (10,7%)	
Sử dụng thuốc giảm gò hay dưỡng thai trước mổ, n (%)				
Có	9 (5,8%)	62 (40,3%)	71 (23,0%)	<0,001
Không	146 (94,2%)	92 (59,7%)	238 (77,0%)	

Bảng 3: Đặc điểm kết cục phẫu thuật của u buồng trứng trong thai kỳ

Đặc điểm	Mổ nội soi (N=155)	Mổ mở (N=154)	Chung (N=309)	Trị số P
Lượng máu mất (mL)				
Trung bình (ĐLC)	37,3 (20,2)	55,3 (88,5)	46,2 (64,6)	0,014
Trung vị [Min, Max]	30 [10, 100]	50 [10, 1000]	40 [5,1000]	
Thời gian mổ (phút)				
Trung bình (ĐLC)	88,1 (52,1)	73,5 (34,9)	80,8 (44,9)	0,004
[Min, Max]	75 [30, 390]	65 [30, 380]	70 [30, 390]	
Tai biến trong khi mổ, n (%)				
Có	0	0	0	0,481
Không	153 (98,7%)	154 (100%)	307 (99,4%)	
Biến chứng hậu phẫu, n (%)				
Có	0	5 (3,2%)	5 (1,6%)	0,402
Không	155 (100%)	149 (96,8%)	304 (98,4%)	
Thời gian nằm viện (ngày)				
Trung bình (ĐLC)	3,26 (0,579)	5,09 (0,993)	4,17 (1,22)	<0,001
Trung vị [Min, Max]	3 [2, 5]	5 [2, 10]	4 [2, 10]	
Sử dụng kháng sinh hậu phẫu, n(%)				
Có	61 (39,4%)	149 (96,8%)	210 (68,0%)	<0,001
Không	94 (60,6%)	5 (3,2%)	99 (32,0%)	
Sử dụng giảm đau hậu phẫu, n (%)				
Có	58 (37,4%)	152 (98,7%)	210 (68,0%)	<0,001
Không	97 (62,6%)	2 (1,3%)	99 (32,0%)	
Sử dụng thuốc giảm gò hay thuốc dưỡng thai hậu phẫu, n(%)				
Có	148 (95,5%)	150 (97,4%)	298 (96,4%)	0,546
Không	7 (4,5%)	4 (2,6%)	11 (3,6%)	

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được đặc điểm về dịch tế học, tiền căn, thai kỳ hiện tại (Bảng 1), của hai nhóm mổ nội soi và mổ mở là khá tương đồng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Một số đặc điểm có sự khác biệt rõ ở hai nhóm, đó là: tuổi thai phát hiện u buồng trứng, tuổi thai lúc mổ u buồng trứng và có sử dụng thuốc giảm gò hay dưỡng thai trước mổ (Bảng 2) là có khác nhau, và sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê.

Nhìn chung, tỉ lệ biến chứng mẹ ở cả hai phương pháp phẫu thuật nội soi và mổ mở đều khá thấp. Tất cả các biến chứng xảy ra trên mẹ trong quá trình phẫu thuật và thời gian hậu phẫu đều nằm ở nhóm thực hiện mổ mở. Tỉ lệ biến chứng này tuy không cao nhưng so với những nghiên cứu của các nhóm tác giả khác đều không ghi nhận trường hợp nào có hở vết mổ thành

bụng, thai kì hậu phẫu mổ mở là yếu tố nguy cơ của hở vết mổ thành bụng, tuy nhiên có nhiều yếu tố khác như cơ địa bệnh nhân, chế độ sinh hoạt sau mổ mà không nằm trong mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi. Không có biến chứng nào về thai được ghi nhận sau phẫu thuật nội soi, tuy nhiên ở những trường hợp mổ mở có tổng cộng 4 trường hợp xảy ra kết cục xấu trên thai.

Lượng máu mất trong mổ nội soi ít hơn so với mổ mở và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. thời gian mổ nội soi ngắn hơn so với thời gian mổ mở và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (P=0,004). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi ngắn hơn so với thời gian nằm viện sau mổ mở u buồng trứng trong thai kỳ và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (P<0,001). Sự khác biệt về biến chứng hậu phẫu ở hai phương pháp phẫu thuật mổ mở và mổ nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi là không có ý nghĩa thống

Bảng 4: Đặc điểm kết cục thai của phẫu thuật u buồng trứng trong thai kỳ

Đặc điểm	Mổ nội soi (N=155)	Mổ mở (N=154)	Chung (N=309)	Trị số P
Sẩy thai, n (%)				
Có	0	1 (0,6%)	1 (0,3%)	0,997
Không	155 (100%)	153 (99,4%)	308 (99,7%)	
Sẩy thai (tuần)				
Trung bình (ĐLC)	0	6 (0)	6 (0)	
Sẩy thai sau thời điểm mổ (giờ)				
Trung bình (ĐLC)	0	4 (0)	4 (0)	
Sinh non, n (%)				
Có	0	1 (0,6%)	1 (0,3%)	0,997
Không	155 (100%)	153 (99,4%)	308 (99,7%)	
Ối vỡ non, n (%)				
Có	0	1 (0,6%)	1 (0,3%)	0,997
Không	155 (100%)	153 (99,4%)	308 (99,7%)	
Ối vỡ non (tuần)				
Trung bình (ĐLC)	0	31 (0)	31 (0)	
Ối vỡ non sau thời điểm mổ (giờ)				
Trung bình (ĐLC)	0	6 (0)	6 (0)	
Thai lưu, n (%)				
Có	0	1 (0,6%)	1 (0,3%)	0,997
Không	155 (100%)	153 (99,4%)	308 (99,7%)	
Thai lưu (tuần)				
Trung bình (ĐLC)	0	23 (0)	23 (0)	
Thai lưu sau thời điểm mổ (giờ)				
Trung bình (ĐLC)	0	7 (0)	7 (0)	

kê, với $P=0,402$.

Sự khác biệt về tỉ lệ phải sử dụng kháng sinh, giảm đau hậu phẫu ở mổ nội soi và mổ mở trong nghiên cứu của chúng là có ý nghĩa thống kê ($P<0,001$). Không có sự khác biệt về sử dụng thuốc giảm gò hay dưỡng thai sau phẫu thuật ở cả hai phương pháp mổ nội soi và mổ mở. Phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu đều được sử dụng giảm gò và dưỡng thai sau hậu phẫu (Bảng 3).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 4 kết cục xấu trên thai, bao gồm: 1 trường hợp dọa sẩy thai lúc 11 tuần, 1 trường hợp sẩy thai 6 tuần, 1 trường hợp ối vỡ non chuyển dạ sinh non lúc 31 tuần và 1 trường hợp thai lưu 23 tuần. Cả 4 kết cục xấu này đều nằm ở nhóm mổ mở u buồng trứng trên thai, không có kết cục xấu nào về thai ở nhóm mổ nội soi, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê ($P=0,997$) (Bảng 4).

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu được thực hiện trên 309 thai phụ tại Bệnh viện Từ Dũ, trong thời gian từ tháng 01/2015 đến tháng 1/2011 cho kết quả:

- Tỉ lệ các biến chứng trong phẫu thuật mổ mở u buồng trứng trong thai kỳ là 3,2%; trong đó tỉ lệ hở vết mổ thành bụng là 0,65%; tỉ lệ xuất huyết nội là 0,65% và tỉ lệ phải truyền máu là 1,95%. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào trong phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong thai kỳ.
- Tỉ lệ kết cục xấu trên thai trong phẫu thuật mổ mở u buồng trứng trong thai kỳ là 2,59%; trong đó tỉ lệ động thai là 0,65%; tỉ lệ sẩy thai là 0,65%;

ti lệ ối vỡ non chuyển dạ sinh non là 0,65% và tỉ lệ thai lưu là 0,65%. Chúng tôi không ghi nhận kết cục xấu của thai trong phẫu thuật nôi soi u buồng trứng trong thai kỳ.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng ở mẹ và thai ở cả hai phương pháp mổ mở và mổ nôi soi u buồng trứng trong thai kỳ sự khác biệt không có ý nghĩa về phương diện thống kê.

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

OR: Odds Ratio

MRI: Magnetic Resonance Imaging

CA125: Carcinoma Antigen 125

HE4: Human epididymal protein 4

ROMA: Risk of Ovarian Malignancy Algorithm

ĐLC: Độ lệch chuẩn

Min: Minimum

Max: Maximum

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nhóm nghiên cứu cam kết không mâu thuẫn quyền lợi và nghĩa vụ của các thành viên trong nhóm tác giả.

ĐÓNG GÓP CỦA TÁC GIẢ

Cao Văn Hưng lên ý tưởng và thiết kế nghiên cứu; thực hiện việc thu thập và phân tích số liệu; tham gia viết bản thảo của bài báo.

Trần Thị Ngọc, Lê Quang Thanh tham gia viết bản thảo của bài báo.

Phạm Việt Thanh lên ý tưởng và thiết kế nghiên cứu; sửa chữa bản thảo bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bignardi T, Condous G. The management of ovarian pathology in pregnancy. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 539-548. 2009;PMID: 19230784. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.009>.
2. Canis M et al. Laparoscopic management of adnexal masses: a gold standard?. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 14(4), 423-8. 2002;PMID: 12151833. Available from: <https://doi.org/10.1097/00001703-200208000-00010>.
3. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 61(7), 463-70. 2006;PMID: 16787549. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000224614.51356.b7>.
4. Ko ML, Lai T, Chen S. Laparoscopic management of complicated Adnexal masses in the first trimester of pregnancy. *Fertil Steril*, 92, 283-7. 2009;PMID: 18692789. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.04.035>.
5. Schemeler KM et al. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol*, 105(5Pt1):1098-103. 2005;PMID: 15863550. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000157465.99639.e5>.
6. Mathevet P, Nessah K, Mellier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol Biol*, 108, 217-22. 2003;PMID: 12781415. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(02\)00374-3](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(02)00374-3).
7. Giuntoli RL 2nd, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*, 49(3), 492-505. 2006;PMID: 16885656. Available from: <https://doi.org/10.1097/00003081-200609000-00009>.
8. Garite TJ, Kurtzman J, Maurel K, Clark R, Obstetrix Collaborative Research N. Impact of a 'rescue course' of antenatal corticosteroids: a multicenter randomized placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 200(3), 248e1-9. 2009;PMID: 19254583. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.01.021>.
9. Yumi H. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc*, 22, 849-61. 2008;PMID: 18288533. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00464-008-9758-6>.
10. Yi-Xuan Liu et al. Laparotomy versus laparoscopy for the elective cystectomy of a benign ovarian tumour during pregnancy: a retrospective cohort study. *Int J Clin Exp Med*, 10(7), 10918-10927. 2017;PMID: <http://www.ijcem.com/files/ijcem0049387.pdf>.

Outcomes of ovarian cystectomy on pregnant patients at Tu Du hospital

Cao Van Hung^{1,*}, Tran Thi Ngoc², Le Quang Thanh², Pham Viet Thanh³



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the safety and adverse pregnancy outcomes during and after laparoscopy versus laparotomy for the treatment of ovarian cysts during pregnancy at Tu Du hospital from January 2015 to January 2021. **Materials and method:** Retrospective cohort study on 309 pregnant women who have ovarian cysts and satisfy the selective criteria at Tu Du hospital from 1/2015 to 1/2021. **Result:** The total rate of complications in laparotomy was 3.2%; including 0.65% of abdominal wound, 0.65% of internal bleeding, and 1.95% of blood transfusion. No complication in laparoscopy was recorded in the study. The total rate of adverse pregnancy outcomes in laparotomy was 2.60%, which is nearly equally distributed into the threatened miscarriage rate, the miscarriage rate, the rate of premature rupture of membranes in preterm labor, and the still-birth rate (each rate was approximately 0.65%). **Conclusion:** There was no adverse event of fetal outcome of laparoscopic operation for ovarian cysts during pregnancy. There was no difference in maternal and fetal complications in both laparotomy and laparoscopy for ovarian cysts during pregnancy.

Từ khoá: Ovarian Cysts during pregnancy, laparoscopy, laparotomy

¹Department of Gynecology and Obstetrics, School of Medicine, VNU-HCM, Vietnam

²Tu Du Hospital, Vietnam

³Me Kong Hospital, Vietnam

Correspondence

Cao Van Hung, Department of Gynecology and Obstetrics, School of Medicine, VNU-HCM, Vietnam

Email: cvhung@medvnu.edu.vn

History

- Received: 17-10-2021
- Accepted: 29-11-2021
- Published: 26-12-2021

DOI: 10.32508/stdjhs.v2i2.493



Copyright

© VNU-HCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Trích dẫn bài báo này: Hung C V, Ngoc T T, Thanh L Q, Thanh P V. **Outcomes of ovarian cystectomy on pregnant patients at Tu Du hospital.** *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.*; 2(2):307-313.