Kết quả điều trị lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Nguyễn Ngọc Ánh[1,2], Trần Thị Anh[2], Nguyễn Xuân Hùng[2], Lê Nhật Huy[2], Nguyễn Văn Chung[2], Phạm Thị Thanh Huyền[2], Vũ Thành Trung[2], Trương Văn Kiều[2]

1. Đại học Y Hà Nội, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Địa chỉ liên hệ:
Nguyễn Ngọc Ánh,
Đại học Y Hà Nội
Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: 0981 602 251
Email: nngocanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/04/2022
Ngày chấp nhận đăng: 31/05/2022
Ngày xuất bản: 15/06/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn (LNMTCTSM) ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống người bệnh do những cơn đau vùng đáy chậu mãn tính liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt. Trên thế giới nghiên cứu LNMTCTSM chủ yếu ở dạng báo cáo ca bệnh hoặc chùm ca bệnh. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật đối với căn bệnh này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn của 16 nữ người bệnh tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2019-2020.

Kết quả: 16 người bệnh đều có tiền sử sinh thường có cắt khâu tầng sinh môn. Thời gian ủ bệnh trung bình 50,6 ± 44,8 tháng. 7 người bệnh có xâm lấn cơ thắt hậu môn cần phải tạo hình cơ thắt. Thời gian nằm viện trung bình 8 ± 2,6 ngày. Thời gian theo dõi trung bình 17,43 tháng. 14/16 (87,5%) người bệnh có kết quả tốt. 2 người bệnh (12,5%) có biểu hiện đau tái phát sau phẫu thuật.

Kết luận: Điều trị LNMTCTSM bằng phẫu thuật, đặc biệt ở những người bệnh có xâm lấn cơ vòng mang lại kết quả tốt.

Từ khóa: Lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn, đau tầng sinh môn mãn tính, rạch tầng sinh môn, cơ thắt hậu môn.

Đặt vấn đề

Lạc nội mạc tử cung (LMNTC) là tình trạng bệnh lý khi có sự hiện diện của nội mạc tử cung gồm tuyến và mô đệm ở vị trí khác ngoài buồng tử cung. Đây là một bệnh lý phụ khoa thường gặp, từ 5-10% ở phụ nữ trong tuổi sinh sản. Lạc nội mạc tử cung ở tầng sinh môn (LNMTCTSM) hiếm gặp hơn, chiếm khoảng 0,31% phụ nữ điều trị phẫu thuật lạc nội mạc tử cung tại bệnh viện theo nghiên cứu của Lan Zhu (2009) [1]. LNMTCTSM trong nghiên cứu được định nghĩa là khối lạc nội mạc tử cung tại vùng đáy chậu (tầng sinh môn) trong tam giác niệu dục và tam giác hậu môn. LNMTCTSM ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của người bệnh, đặc biệt là những cơn đau vùng đáy chậu mạn tính liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt. Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật với mục đích loại bỏ tối đa tổn thương lạc nội mạc tử cung đồng thời tôn trọng bảo tồn các cấu trúc lân cận. Nếu có xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn cần được phẫu thuật bởi phẫu thuật viên chuyên khoa hậu môn – trực tràng giảm thiểu tái phát và nguy cơ tổn thương cơ thắt gây tình trạng rối loạn đại tiện. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về lạc nội mạc tử cung nhưng LNMTCTSM ít được đề cập đến. Tại Việt Nam, bên cạnh báo cáo ca bệnh của tác giả Lê Tư Hoàng và Nguyễn Sỹ Lánh (2005) [2], chúng tôi

chưa thấy có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật đối với căn bệnh này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý LNMTCTSM và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật căn bệnh này tại bệnh viện Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

16 người bệnh nữ được điều trị phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật Đại trực tràng – Tầng sinh môn bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2019 – 2020 với chẩn đoán lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn.

Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Thu thập số liệu: Theo mẫu phiếu bệnh án nghiên cứu, thu thập thông tin kết quả xa sau mổ qua khám lại và phỏng vấn qua điện thoại.

Người bệnh được thu thập số liệu về tiền sử bệnh, thời gian ủ bệnh (từ lần sinh đường âm đạo gần nhất đến khi có triệu chứng lâm sàng), các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị phẫu thuật, chăm sóc vết mổ và theo dõi biến chứng hậu phẫu sớm tại viện như đau sau mổ (thang điểm VAS – Visual Analogue Scale 0-10), nhiễm trùng, chảy máu vết mổ, rối loạn đại tiểu tiện. Các biến chứng xa được theo dõi là sẹo xấu vết mổ, đau sẹo vết mổ, xuất hiện khối đau tái phát tại tầng sinh môn, rối loạn đại tiện.

Quy trình khám lại sau mổ và đánh giá kết quả: theo dõi định kỳ 1 tháng sau khi ra viện, phỏng vấn qua điện thoại ở các thời điểm 3 tháng, 6 tháng sau xuất viện đến tháng 5/2021.

Xử lý số liệu: phần mềm REDcap, Excel.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dựa trên việc đảm bảo các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, cam kết không có xung đột lợi ích trong nhóm nghiên cứu. Đảm bảo tính bí mật của thông tin về người bệnh. Tiến hành nghiên cứu trung thực, khoa học và chính xác. Các số liệu thu thập được sử dụng cho nghiên cứu và không sử dụng vào bất cứ mục đích nào khác.

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình	Min	Max
Tuổi (năm)	34,0 ± 5,3	25	46
BMI (kg/m^2)	20,3 ± 2,3	16	25.5
Thời gian ủ bệnh	50,6 ± 44,8	7	168

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

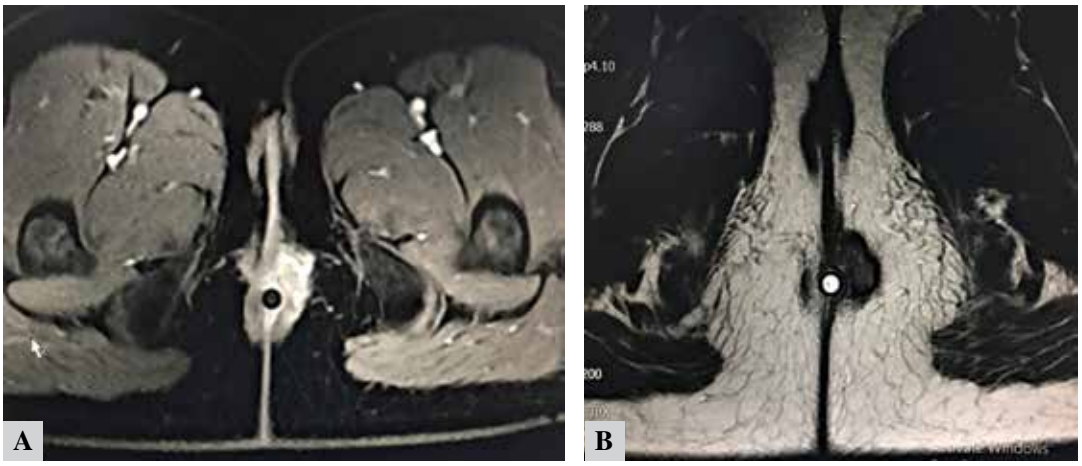
Sờ thấy khối cùng phía vị trí cắt khâu tầng sinh môn và biểu hiện đau mạn tính liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt (100%) (phải: 11/16 (68,75%), trái 5/16 (31,25%)).

Tiền sử bệnh: 100% người bệnh có tiền sử đẻ đường âm đạo và có cắt khâu tầng sinh môn. 2/16 người bệnh đã từng điều trị phẫu thuật bệnh lý lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn, không rõ tình trạng xâm lấn cơ thắt. Sau điều trị phẫu thuật, hai người bệnh này xuất hiện tái phát các triệu chứng đau, sờ thấy khối vùng tầng sinh môn: 1 người bệnh tái phát sau 10 tháng, 1 người bệnh tái phát sau 23 tháng.

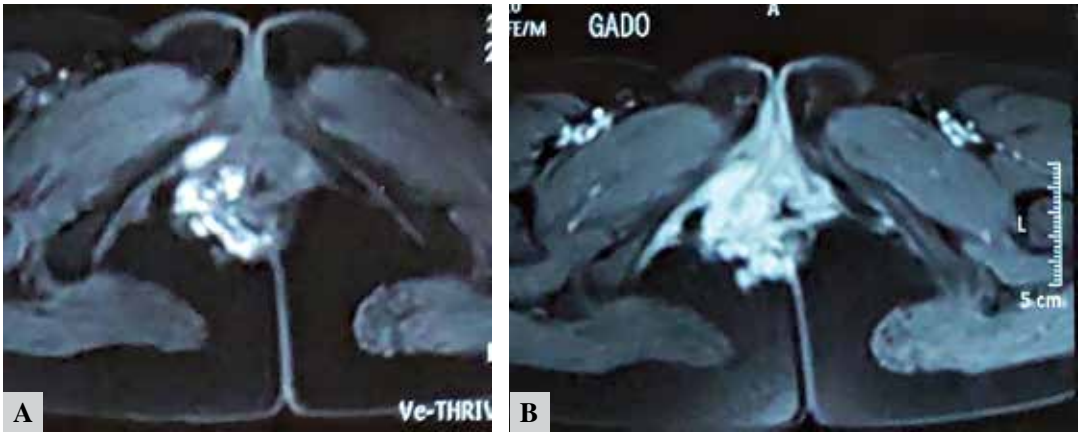
Đặc điểm khối tổn thương trên cộng hưởng từ: 15/16 ca có chụp cộng hưởng từ trước mổ.

Bảng 2. Đặc điểm khối tổn thương trên cộng hưởng từ

Đặc điểm	MRI (N =15)		
T1 (xóa mỡ + tiêm gadolinium)	Tăng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Giảm tín hiệu
	14 (93,33%)	-	-
T2	Tăng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Giảm tín hiệu
	10 (66,67%)	2 (13,33%)	3 (20,00%)
Kích thước khối trung bình	22,6 mm (từ 7 đến 46 mm)		
Tỷ lệ xâm lấn cơ thắt	5/15 (33,33%)		



Hình 1. Người bệnh Đỗ Thị Thu H. 46 tuổi: tổn thương tăng tín hiệu trên T1 xóa mỡ (A) và tăng nhẹ tín hiệu trên T2 (B)



Hình 2. Người bệnh Nguyễn Thị N. 34 tuổi: khối tổn thương lạc nội mạc tử cung có xâm lấn cơ thắt ngoài (A). T1 xóa mỡ chưa tiêm gadolinium, (B). T1 xóa mỡ có tiêm gadolinium

Tất cả người bệnh được điều trị phẫu thuật, được gây tê tủy sống trong quá trình phẫu thuật.

Thương tổn trong mổ: Kích thước khối trung bình 2,7 ± 1,0 cm (từ 1 đến 5 cm). 7/16 (43,75%) người bệnh có xâm lấn cơ thắt ngoài đã được phẫu thuật tạo hình cơ thắt ngoài trong mổ.

Kết quả điều trị phẫu thuật

Kết quả sớm sau mổ

Đánh giá đau tại thời điểm ngày đầu sau phẫu thuật : Điểm VAS trung bình 4 ± 1,4 (từ 3 đến 7). Điều trị giảm đau chủ yếu bằng paracetamol 11/16 (68,75%). Morphin được sử dụng ở 2/16 (12,5%) người bệnh.

Tất cả người bệnh được đặt sonde tiểu và nuôi dưỡng tĩnh mạch nhằm giữ vết mổ sạch và giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Bảng 3. Các đặc điểm chăm sóc hậu phẫu

Theo dõi sớm sau mổ (N = 16)	Trung bình	Min	Max
Điểm VAS (ngày đầu sau phẫu thuật)	4,0 ± 1,4	3	7
Thời gian đặt sonde tiểu (ngày)	3,7 ± 2,7	1	9
Thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch (ngày)	2,7 ± 2,0	1	7
Đại tiện lần đầu (số ngày sau phẫu thuật)	4,0 ± 2,3	2	9

Biến chứng sớm sau mổ: 14/16 người bệnh không có bất thường. 1/16 người bệnh có biểu hiện rối loạn đại tiện đã được điều trị Forlax. 1/16 người bệnh có dấu hiệu nề nhẹ vết mổ đã được điều trị kháng sinh betalactam, metronidazole và ciprofloxacine. Không ghi nhận biến chứng khác như chảy máu vết mổ, nhiễm trùng nặng cần cắt chỉ. Các người bệnh ra viện trong tình trạng ổn định.

Giải phẫu bệnh: Tất cả người bệnh đều có kết quả giải phẫu bệnh lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn, không có tế bào ác tính.

Thời gian nằm viện trung bình là 8 ± 2,6 ngày (từ 5 đến 14 ngày).

Kết quả sau ra viện

Thời gian theo dõi trung bình: 17,4 tháng (từ 7 đến 27 tháng).

Thời gian theo dõi trung bình: 17,4 tháng (từ 7 đến 27 tháng).

Có 14/16 (87,5%) người bệnh không thấy xuất hiện triệu chứng bất thường: không sẹo xấu, không đau tái phát trên nền sẹo mổ, không rối loạn đại tiện. 2/16 (12,5%) xuất hiện khối đau tái phát vùng tầng sinh môn xuất hiện sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng.

Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình các người bệnh là 34,0 ± 5,3 tuổi (từ 25 đến 46 tuổi). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Na Chen (2012) [3] trên 31 người bệnh với độ tuổi trung bình 33,4 tuổi (từ 26 đến 43 tuổi) cũng như nghiên cứu của Juanqing Li (2015) [4] trên 17 người bệnh với độ tuổi trung bình 34,35 tuổi (từ 26 đến 57 tuổi).

Chỉ số khối cơ thể (BMI) là 20,3 ± 2,3 kg/m^2 (từ 16 đến 25,5 kg/m^2). Nghiên cứu của Yan Liang (2021) [5] qua phân tích mối tương quan cho thấy thời gian ủ bệnh của LNMTCTSM không liên quan đến tuổi khởi phát, tuổi sinh đẻ, cho con bú và có kinh trở lại, nhưng có tương quan nghịch với BMI khi sinh và BMI trong vòng một tháng sau sinh (R2 = 0,53 / 0,86, P <0,05). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi không đánh giá mối tương quan này.

Theo kết quả nghiên cứu, tất cả người bệnh đều có tiền sử đẻ đường âm đạo có cắt khâu tầng sinh môn cũng như sờ thấy khối đau liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt ở vùng tầng sinh môn. Điều này cũng được tìm thấy trong nhiều báo cáo ca bệnh hoặc chùm ca bệnh trên thế giới [6] [7] [8] [9].

Thời gian ủ bệnh trung bình được tính từ lần sinh con đường âm đạo gần nhất đến thời điểm người bệnh xuất hiện triệu chứng đau hoặc sờ thấy khối ở vị trí tầng sinh môn. Trong nghiên cứu này, thời gian ủ bệnh trung bình của 16 người bệnh là 50,6 tháng (từ 7 đến 168 tháng). Kết quả này hơi cao hơn so với các nghiên cứu của Na Chen (2012) [3] là 36 tháng và Yu Liu (2020) [10] là 42,44 tháng.

Có 15/16 người bệnh được chỉ định chụp MRI có tiêm thuốc cản quang nhằm xác định chẩn đoán, tìm kiếm những tổn thương sâu và đánh giá có hay không tình trạng xâm lấn cơ thắt. 14/15 (93,75%) người bệnh có hình ảnh khối tăng tín hiệu trên T1 xóa mỡ có tiêm gadolinium. Tín hiệu khối tổn thương trên T2 biểu hiện đa dạng: giảm tín hiệu (20%), đồng tín hiệu (13,3%) và tăng tín hiệu (66,67%). Điều này phù hợp với những giai đoạn khác nhau của quá trình thoái hóa hemoglobin: cấp, bán cấp hay mạn tính [11].

Tất cả người bệnh đều được điều trị lấy khối lạc nội mạc dưới gây tê tuỷ sống. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định chẩn đoán lạc nội mạc tử cung ở 16/16 người bệnh. 7/16 (43,75%) người bệnh có xâm lấn cơ thắt ngoài đã được phẫu thuật tạo hình cơ thắt ngoài trong mổ. Kỹ thuật khâu hai đầu cơ thắt có thể được thực hiện bằng cách nối tận – tận hoặc khâu lớp phủ. Đến nay chỉ có một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng của Fitzpatrick [12] so sánh hai kỹ thuật này, cho thấy không có khác biệt đáng kể về tỷ lệ rối loạn đại tiện.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra kích thước trung bình khối lạc nội mạc tử cung là 2,7 ± 1,0 cm (từ 1 đến 5 cm). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lan Zhu (2009) [1] là 2,7 cm (từ 0,5 đến 6 cm) hay của Juanqing Li (2015) [4] là 2,38 cm (từ 1 đến 4 cm).

Tỷ lệ người bệnh có tình trạng xâm lấn cơ thắt là 7/16 (43,75%). Tỷ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu lấy số liệu từ những năm 1990 – 2010, 72,2%

theo nghiên cứu của Lan Zhu (2009) [1] và 48,4% theo nghiên cứu của Na Chen (2012) [3]. Tuy nhiên, so với một vài nghiên cứu lấy số liệu mới hơn giai đoạn 2010 – 2020, tỷ lệ xâm lấn cơ thắt trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn so với nghiên cứu của Juanqing Li (2015) [4] là 35,3% và Yu Liu (2020) [10] là 28,57%. Tỷ lệ xâm lấn cơ thắt cao này gây ra nhiều khó khăn hơn trong điều trị phẫu thuật cũng như làm tăng tỷ lệ tái phát và xuất hiện biến chứng sau mổ. Nghiên cứu đã cho thấy thời gian nằm viện trung bình dài hơn ở nhóm 7 người bệnh có xâm lấn cơ thắt (9,6 ngày) so với nhóm 9 người bệnh không có tổn thương này (6,8 ngày). Không có biến chứng sớm nào sau mổ được ghi nhận ở nhóm không có xâm lấn cơ thắt.

Theo dõi quá trình điều trị hậu phẫu tại bệnh viện, người bệnh được giảm đau theo 3 bậc: đau nhẹ (paracetamol hoặc NSAIDs), đau vừa (tramadol) hoặc đau mạnh (opioid). Paracetamol được dùng trong phần lớn trường hợp 11/16 (68,75%) người bệnh nhằm giảm đau cấp sau mổ. Morphin được sử dụng ở 2/16 (12,5%) người bệnh. Tất cả người bệnh được đặt sonde tiểu và nuôi dưỡng tĩnh mạch nhằm tránh nước tiểu và phân qua đường tầng sinh môn gây nhiễm trùng vết mổ, đặc biệt khi có tạo hình cơ thắt hậu môn. Thời gian đặt sonde tiểu trung bình 3,7 ngày. Thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch trung bình 2,7 ngày (từ 1 đến 7 ngày).

Chúng tôi ghi nhận các biến chứng sớm sau mổ như chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, rối loạn đại tiện và tiểu tiện. Kết quả cho thấy có một trường hợp nhiễm trùng nhẹ vết mổ (N.T.N 34 tuổi) (6,25%), đã được bổ sung kháng sinh ciprofloxacin, cắt chỉ vết mổ. Người bệnh này có tình trạng xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn vị trí 7 giờ đến 11 giờ và cơ hành xốp bên phải. Kích thước của khối lạc nội mạc tử cung là lớn nhất trong 16 người bệnh được nghiên cứu (5 cm x 5 cm x 4 cm). Tuy nhiên, không thấy rối loạn đại tiện, tiểu tiện ở người bệnh này sau phẫu thuật. Người bệnh được xuất viện trong tình trạng ổn định sau 14 ngày nằm viện.

Chúng tôi đã theo dõi người bệnh về các biến chứng xa như sẹo xấu vết mổ, đau do sẹo vết mổ, sờ thấy khối đau tái phát ở tầng sinh môn và rối loạn đại tiện ở thời điểm khám lại sau mổ một tháng; ở thời điểm 3 tháng, 6 tháng khi xuất viện và tháng 05/2021. Thời gian theo dõi hậu phẫu trung bình là 17,43 tháng (từ 7 đến 27 tháng). Kết quả cho thấy hầu hết các người bệnh (87,5%) không có bất kỳ triệu chứng bất thường nào. Triệu chứng sờ thấy khối đau tái phát ở vị trí tầng sinh môn xuất hiện ở 2 người bệnh vào thời điểm 1 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

Nếu chỉ đánh giá tái phát sau mổ tại bệnh viện Việt Đức thì tỷ lệ là 2/16 (12,5%). Tuy nhiên, nếu chúng ta xem xét tất cả các phương pháp điều trị được áp dụng cho tất cả các người bệnh trong mẫu nghiên cứu, tái phát đau tại vị trí tầng sinh môn xảy ra ở 3/16 (18,75%) người bệnh sau lần phẫu thuật đầu tiên. Tỷ lệ tái phát này cao hơn tỷ lệ 2/14 (14,28%) người bệnh trong nghiên cứu của Michail Matalliotakis (2020) [9]. Nó tương tự với tỷ lệ tái phát ở 3 trong số 16 người bệnh (18,75%) không được điều trị bằng GnRH sau phẫu thuật trong nghiên cứu của Yu Liu và cộng sự (2020) [10] sau thời gian theo dõi trung bình là 49 tháng (từ 7 đến 86 tháng) trong khi nó cao hơn tỷ lệ tái phát ở nhóm được điều trị bằng GnRH sau phẫu thuật (1/13 = 7,69%). Mặc dù có tăng tỷ lệ tái phát LNMTCTSM ở người bệnh không điều trị nội tiết sau phẫu thuật, kết quả này cần được nghiên cứu thêm trong tương lai với cỡ mẫu rộng hơn.

Biến đổi ác tính của LNMTCTSM được tìm thấy trong một vài báo cáo ca bệnh với tần suất rất hiếm [13] [14] [15]. Do giới hạn của thời gian theo dõi ngắn (từ 7 – 27 tháng), chúng tôi không ghi nhận trong mẫu nghiên cứu có xuất hiện biến chứng này.

Kết luận

Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi trung bình của các người bệnh là 34 tuổi (từ 25 đến 46 tuổi). Thời gian ủ bệnh trung bình là 50,6 tháng. Kích thước trung bình khối tổn thương trên MRI là 22,6mm (từ 7 đến 46mm). Tỷ lệ xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn là 7/16 (43,75%).

Về kết quả điều trị phẫu thuật:

Hậu phẫu: Thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày. Điểm VAS trung bình ngày đầu sau phẫu thuật

là 4/10. Tỷ lệ người bệnh không có biến chứng sớm sau mổ là 14/16 (87,5%). 1/16 (6,25%) người bệnh có nhiễm trùng nhẹ vết mổ, 1/16 (6,25%) có rối loạn đại tiện, đều ổn định khi ra viện.

Theo dõi sau ra viện: Thời gian theo dõi trung bình là 17,4 tháng (từ 7 đến 27 tháng). 14/16 (87,5%) người bệnh đạt kết quả tốt. 2/16 (12,5%) người bệnh xuất hiện khối đau tái phát vùng tầng sinh môn.

Tài liệu tham khảo

1. Zhu, L., et al., Presentation and management of perineal endometriosis. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2009. 105(3): p. 230-232.
2. Lê Tư Hoàng and Nguyễn Sỹ Lánh, Lạc nội mạc tử cung vào sẹo cắt tầng sinh môn. Y học thực hành, 2005. 510(4): p. 64-66.
3. Chen, N., et al., The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. Human reproduction, 2012. 27(6): p. 1624-1627.
4. Li, J., et al., Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. Archives of gynecology and obstetrics, 2015. 292(6): p. 1295.
5. Liang, Y., et al., Clinical characteristics of perineal endometriosis: A case series. World Journal of Clinical Cases, 2021. 9(5): p. 1037.
6. Laadioui, M., et al., L'endométriose périnéale profonde sur cicatrice dépisiotomie: à propos d'un cas rare. The Pan African Medical Journal, 2013. 16.
7. Dugarte, C.G.T., et al., Perineal endometrioma with anal sphincter involvement. Case report. Revista Mexicana de Coloproctología Enfermedades del Ano, Recto y Colon, 2011. 17(1): p. 25-29.
8. Jayanthan, S.S., G. Shashikala, and N. Arathi, Perineal scar endometriosis. The Indian Journal of Radiology & Imaging, 2019. 29(4): p. 457.
9. Matalliotakis, M., et al., Abdominal and perineal scar endometriosis: Retrospective study on 40 cases. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2020. 252: p. 225-227.
10. Liu, Y., et al., Characteristics and long-term outcomes of perineal endometriosis: A retrospective study. Medicine, 2020. 99(23).
11. Bazot M. BC, C.A., Uzan S., Daraï E, Imagerie par résonance magnétique et endométriose. EMC-Gynécologie, 2007. 149(30): p. 1-9.
12. Fitzpatrick, M., et al., A randomized clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third-degree obstetric tears. American journal of obstetrics and gynecology, 2000. 183(5): p. 1220-1224.
13. Hitti, I.F., S.S. Glasberg, and S. Lubicz, Clear cell carcinoma arising in extraovarian endometriosis: report of three cases and review of the literature. Gynecologic oncology, 1990. 39(3): p. 314-320.
14. Chene, G., et al., Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society, 2007. 17(3): p. 709.
15. Xu, S., W. Wang, and L.P. Sun, Comparison of clear cell carcinoma and benign endometriosis in episiotomy scar-two cases report and literature review. BMC women's health, 2020. 20(1): p. 1-6.