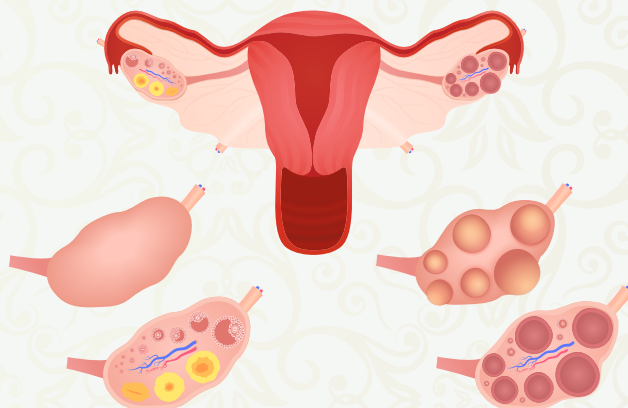


HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG 2017

Hồ Mạnh Tường

HOSREM

Nội dung bài viết xin giới thiệu tóm tắt một số quan điểm và vấn đề liên quan đến hội chứng buồng trứng đa nang dựa trên y văn hiện nay. Đồng thời giới thiệu các tài liệu tham khảo quan trọng liên quan đến PCOS.



HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS: PolyCystic Ovarian Syndrome) xuất hiện với tỉ lệ từ 4 đến 21% phụ nữ tuổi sinh sản, tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán. Đây được xem là rối loạn nội tiết thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

Hội chứng được ghi nhận từ năm 1935 với tên gọi là Stein Leventhal. Cho đến nay, nhiều hiệp hội, tổ chức đã đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau: NIH (1990), tiêu chuẩn Rotterdam (2004), AE-PCOS (2006). Tuy nhiên, tiêu chuẩn chẩn đoán phổ biến nhất và được chấp nhận nhiều nhất là tiêu chuẩn Rotterdam.

Nguyên nhân PCOS chưa rõ ràng, có thể là sự kết hợp của các yếu tố di truyền và môi trường sống. Sinh lý bệnh của PCOS khá phức tạp và cho đến nay chưa được hiểu rõ. Mặc dù tên gọi của hội chứng là về buồng trứng, tuy nhiên PCOS không phải là một vấn đề của buồng trứng. Buồng trứng chỉ là một cơ quan trong cơ thể chịu ảnh hưởng của hội chứng này. PCOS được xem là một hội chứng bao gồm các rối loạn về chuyển hóa và nội tiết toàn thân.

CHẨN ĐOÁN VÀ TRIỆU CHỨNG

Hiện nay, chẩn đoán PCOS thường dựa vào tiêu chuẩn đồng thuận Rotterdam. Các triệu chứng PCOS có thể khác nhau tùy chủng tộc và khu vực địa lý.

Tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS Rotterdam

1. Cường androgen trên lâm sàng/cận lâm sàng (HA).
2. Rối loạn phóng noãn (OD).
3. Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm (PCOM).

Chẩn đoán PCOS khi phụ nữ có hai trong ba triệu chứng trên, sau khi loại trừ các nguyên nhân gây các

triệu chứng tương tự. (ESHRE/ASRM, 2004)

Dựa theo tiêu chuẩn Đồng thuận Rotterdam, có thể chia phụ nữ PCOS thành bốn loại với các nhóm triệu chứng khác nhau. Mỗi nhóm phụ nữ này có thể có các đặc điểm lâm sàng, mức độ rối loạn nội tiết, chuyển hóa khác nhau và tiên lượng cũng khác nhau về khả năng có thai và biến chứng lâu dài.

- Nhóm A: HA + OD + PCOM.
- Nhóm B: HA + OD.
- Nhóm C: HA + PCOM.
- Nhóm D: OD + PCOM.

Tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS có thể được điều chỉnh tùy theo độ tuổi của phụ nữ, do có thể có biểu hiện khác ở tuổi vị thành niên và tuổi mãn kinh.

Ngoài ra, ở mỗi giai đoạn trong đời sống (vị thành niên, trưởng thành, có thai, tiền mãn kinh, mãn kinh), phụ nữ có thể đối mặt với các vấn đề sức khỏe khác nhau, về thể chất hoặc tinh thần. Do đó, phụ nữ PCOS có thể tìm đến các bác sĩ thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau.

(Lizneva D và cs, 2016)

SINH LÝ BỆNH

Trước đây, các cơ chế sinh lý bệnh thường được quan tâm trên PCOS thường xoay quanh cường androgen và giảm nhạy cảm insulin. Trong những năm gần đây, vai trò của AMH trong sinh lý bệnh PCOS ngày càng được chú ý. Nhiều giả thuyết gần đây sử dụng sự tăng AMH để giải thích hầu hết các cơ chế sinh lý bệnh của PCOS. Các rối loạn PCOS càng nặng thì AMH càng tăng. Có thể trong tương lai, AMH sẽ được áp dụng để chẩn đoán và tiên lượng các rối loạn của PCOS. Trong tương lai việc tác động lên hoạt động của AMH có thể là những

phương cách điều trị PCOS hữu hiệu.

Cơ chế gây rối loạn phóng noãn ở phụ nữ PCOS được giải thích chủ yếu do nguyên nhân nội tiết, chuyển hóa, không do nguyên nhân cơ học. Điều trị gây phóng noãn hiệu quả nhất hiện nay là sử dụng thuốc nội tiết.

(Dewailly và cs, 2016; Garg và Tal, 2016; Cimino và cs, 2016)

ĐIỀU TRỊ HIỂM MUỘN

Hiếm muộn là triệu chứng thường gặp nhất khiến phụ nữ PCOS đến khám và tư vấn bác sĩ. PCOS là nguyên nhân lớn nhất gây rối loạn phóng noãn ở phụ nữ tuổi sinh sản. Nguyên nhân chính gây hiếm muộn ở phụ nữ PCOS là rối loạn phóng noãn, ngoài ra có thể có một số yếu tố khác như béo phì, giảm nhạy cảm insulin, bất thường về nội mạc tử cung... cũng ảnh hưởng đến khả năng có thai.

Điều trị hiếm muộn cho phụ nữ PCOS chủ yếu là gây phóng noãn. Một số vấn đề cần cập nhật như sau:

– Trước nay, clomiphene citrate luôn được xem là thuốc đầu tay để gây phóng noãn trên phụ nữ PCOS. Gần đây, nhiều nghiên cứu và phân tích gộp với cỡ mẫu lớn cho thấy chất ức chế men thơm hóa, cụ thể letrozole, có tác dụng gây phóng noãn và kết quả có thai tốt hơn clomiphene citrate. Ngoài ra letrozole có thể an toàn, ít tác dụng phụ hơn clomiphene citrate.

– Kích thích phóng noãn bằng gonadotropin cho hiệu quả điều trị cao và khá an toàn với các phác đồ hiện nay. Đối với những trường hợp nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng (OHSS) cao, có thể có các biện pháp dự phòng hiệu quả, hoặc chuyển sang chọc hút noãn thực hiện IVM/IVF và đông lạnh phôi toàn bộ.

– Cơ chế làm rối loạn phóng noãn ở phụ nữ PCOS được xem là do các yếu tố nội tiết và cận tiết. Cơ chế tác động của đốt điểm buồng trứng là làm hủy một phần mô buồng trứng, qua đó thay đổi các hoạt động về nội tiết và cận tiết, giúp buồng trứng có thể phóng noãn trở lại. Việc đốt điểm buồng trứng cần thận trọng vì hiệu quả thấp, không ổn định, chi phí cao. Ngoài ra, đốt điểm buồng trứng còn có nguy cơ làm giảm dự trữ buồng trứng và gây dính ở vùng chậu sau đó và bên cạnh đó là các tai biến gây mê và phẫu thuật.

– Nếu cặp vợ chồng hiếm muộn do vợ bị PCOS, kèm thêm một hay nhiều nguyên nhân hiếm muộn rõ ràng khác, nên xem xét chỉ định IVF. Khi có chỉ định IVF, kỹ thuật nuôi trứng trưởng thành trong ống nghiệm (IVM) có thể sẽ là một lựa chọn và ngày càng phổ biến trong tương lai do hiệu quả cải thiện, an toàn, đơn giản và giảm chi phí điều trị đáng kể.

(Legro và cs, 2014; Balen và cs, 2016; Wang và cs, 2017)

PHỤ NỮ PCOS CÓ THAI

Phụ nữ PCOS khi có thai được xem là thai kỳ nguy cơ cao vì nhiều biến chứng thai kỳ đều gia tăng nguy cơ. Cần có chế độ theo dõi và dự phòng phù hợp.

Các nghiên cứu và một số phân tích gộp cho thấy phụ nữ PCOS khi có thai có tăng nguy cơ các biến chứng trong thai kỳ như tăng huyết áp trong thai kỳ, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ. Ngoài ra, phụ nữ PCOS cũng tăng các vấn đề bất thường với kết cục thai kỳ như tỷ lệ sinh non, tỷ lệ sơ sinh cần chăm sóc đặc biệt, tỷ lệ tử vong chu sinh...

(Palomba và cs, 2015; Lizneva và cs, 2016; Yu và cs, 2016)

CÁC BIẾN CHỨNG LÂU DÀI CỦA PCOS

Phụ nữ PCOS có rối loạn chuyển hóa ở các mức độ khác nhau như rối loạn lipid máu, rối loạn dung nạp đường huyết. Các nguy cơ lâu dài về sức khỏe của phụ nữ PCOS bao gồm: bệnh tim mạch, đái tháo đường type 2. Phụ nữ PCOS có triệu chứng vô kinh có tăng nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung và ung thư nội mạc tử cung. Một vấn đề quan trọng của PCOS trước nay ít được quan tâm là các rối loạn chuyển hóa đi kèm. Do đó, cần thận trọng khi sử dụng thuốc tránh thai kết hợp ở phụ nữ PCOS, đặc biệt là sử dụng kéo dài. Cần đánh giá các rối loạn chuyển hóa trước khi quyết định sử dụng thuốc tránh thai kéo dài. Chú ý các nguy cơ tác dụng phụ của thuốc viên tránh thai lên cơ địa rối loạn nội tiết và chuyển hóa của PCOS.

(Palomba và cs 2015; Lizneva và cs, 2016)

KẾT LUẬN

PCOS là một rối loạn nội tiết chuyển hóa thường gặp ở phụ nữ. PCOS có nhiều vấn đề về chẩn đoán, các triệu chứng và phương án điều trị. Việc tiếp cận phụ nữ PCOS và các vấn đề sức khỏe cần toàn diện và cá thể hóa theo từng vấn đề chính. Hiện có những quan điểm mới về sinh lý bệnh, chẩn đoán, điều trị, các biến chứng lâu dài và theo dõi phụ nữ PCOS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Balen A et al (2016). The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance. Human Reproduction Update 22(6): 687-708.
2. Cimino I et al (2016). Novel role for anti-Müllerian hormone in the regulation of GnRH neuron excitability and hormone secretion. Nature Communications DOI: 10.1038/ncomms10055.
3. Dewailly D et al (2016). Interactions between androgens, FSH, anti-Müllerian hormone and estradiol during folliculogenesis in the human normal and polycystic ovary. Human Reproduction Update 22, (6) 709-724.
4. Garg D and Tal R (2016). The role of AMH in the pathophysiology of polycystic ovarian syndrome. Reproductive BioMedicine Online 33:15-28.
5. Legro RS et al (2014). Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome. N Engl J Med 371:119-129.
6. Lizneva D et al (2016). Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Fertility and Sterility 106(1):6-15.
7. Palomba S et al (2015). Complications and challenges associated with polycystic ovary syndrome: current perspectives. Int J Womens Health. 31(7):745-63.
8. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group (2004) Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum Reprod 19(1):41-7.
9. Wang R et al (2017). Treatment strategies for women with WHO group II anovulation: systematic review and network meta-analysis BMJ 356:j138.
10. Yu et al (2016). Association between polycystic ovary syndrome and the risk of pregnancy complications: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. Medicine 95(51):e4863. doi: 10.1097/MD.00000000000004863.