

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BỆNH TUYẾN-CƠ TỬ CUNG

Phan Hà Minh Hạnh

Bệnh viện Mỹ Đức



Bệnh tuyến - cơ tử cung (adenomyosis) được miêu tả lần đầu tiên vào những năm 1990. Sau khi có sự xuất hiện về bệnh tuyến-cơ tử cung, nhiều khái niệm đã được đưa ra nhằm định nghĩa và chẩn đoán bệnh tuyến - cơ tử cung. Mặc dù có sự khó khăn trong xây dựng cách chẩn đoán xác định bệnh tuyến - cơ tử cung, nhưng ảnh hưởng của bệnh tuyến - cơ tử cung đến rối loạn kinh nguyệt, triệu chứng đau mạn tính hay ảnh hưởng đến khả năng sinh sản đã được nhiều nhà lâm sàng ghi nhận. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tuyến - cơ tử cung thường kèm biểu hiện lâm sàng như: thống kinh, cường kinh, đau khi quan hệ, hoặc có thể rong huyết... Đồng thời, vai trò của bệnh tuyến - cơ tử cung đối với những trường hợp sảy thai, sinh non, chuyển phôi thất bại cũng được ghi nhận.

Việc điều trị hiện nay đối với bệnh tuyến - cơ tử cung vẫn còn là vấn đề cần được nghiên cứu thêm có đối chứng lâm sàng với số lượng bệnh nhân lớn hơn. Điều trị triệt để bằng phẫu thuật cắt hoàn toàn tử cung hay điều trị phẫu thuật bảo tồn giảm bớt khối tuyến - cơ tử cung giúp cải thiện các triệu chứng do bệnh tuyến - cơ tử cung gây ra. Tuy nhiên, đối với các trường hợp hiếm muộn, mong con hay các phụ nữ trẻ, hay những trường hợp tái phát sau phẫu thuật, điều trị nội khoa vẫn chưa đem lại hiệu quả hoàn toàn như mong muốn, giảm nguy cơ tái phát sau phẫu thuật^[1]. Triệu chứng cải thiện, nhưng không hoàn toàn triệt để, nguy cơ tái phát sau điều trị với tỷ lệ cao. Do vậy, điều trị nội khoa trong mỗi trường hợp cụ thể này tùy theo trường hợp, nhu cầu

và nguyện vọng của bệnh nhân.

Nguyên nhân hay cơ chế sinh lý bệnh bệnh tuyến - cơ tử cung vẫn chưa được sáng tỏ. Trong đó có ba giả thuyết được đặt ra là nguyên nhân xuất hiện bất thường tế bào nội mạc tử cung ở cơ tử cung^[2]:

- Nguyên nhân từ sự xâm nhập tế bào nội mạc tử cung vào cơ tử cung. Sự xâm nhập này của tế bào nội mạc tử cung vào cơ tử cung thông qua sự không toàn vẹn của vùng chuyển tiếp tử cung (JZ: Junctional Zone). Sự xâm nhập tế bào này do tổn thương lớp vùng chức năng tử cung hay cũng có giả thuyết cho rằng do sự chế tiết bất thường của FSH, prolactin hay progesterone. Một cơ chế khác cũng đặt ra vai trò của các yếu tố miễn dịch làm thay đổi các cytokine, làm thay đổi sự toàn vẹn của vùng chức năng tử cung, tạo điều kiện xâm nhập của tế bào nội mạc tử cung.

- Cơ chế thứ hai xuất phát từ sự phát triển của tế bào ống Muller còn lại từ lúc bào thai. Giả thuyết này đặt ra sau khi tìm thấy các tổn thương lạc nội mạc tử cung trong trường hợp bệnh nhân bị hội chứng Rokytansky. Một nghiên cứu của Masumoto và cộng sự trên 23 bệnh nhân adenomyosis, tác giả ghi nhận sự khác biệt giữa tế bào ở nội mạc tử cung và lạc nội mạc tuyến cơ tử cung với quá trình phân chia và chế tiết khác nhau.

- Một giả thuyết khác đó là nguồn gốc các tế bào này là sự di chuyển trong hệ bạch huyết hay từ các tế bào gốc. Các giả thuyết này còn chưa được chứng minh và cần thêm nhiều nghiên cứu phân tử để làm sáng tỏ.

Với một số điểm lâm sàng được ghi nhận: triệu chứng do bệnh tuyến-cơ tử cung gây ra sẽ giảm hay biến mất khi mãn kinh. Và cũng giống như lạc nội mạc tử cung buồng trứng, người ta thấy có sự liên quan giữa các triệu chứng bệnh lý với sự thay đổi nồng độ estrogen và progesteron trong cơ thể. Do vậy mục đích của điều trị nội khoa đối với bệnh tuyến-cơ tử cung là làm ngăn chặn quá trình rụng trứng, ngăn quá trình hành kinh và tạo môi trường hormone sinh dục cân bằng. Các thuốc hiện nay khuyến cáo sử dụng điều trị nội khoa Adenomyosis bao gồm: GnRH agonist, viên thuốc tránh thai phối hợp, Progestin, Danazol, hay chất tác dụng chọn lọc trên estrogen, tác dụng chọn lọc trên progesterone hay kháng men thơm hóa. Một thuốc khác chỉ điều trị đơn thuần về triệu chứng, trong trường hợp khẩn và cần có sự kết hợp với các thuốc điều trị lâu dài là kháng viêm non steroid^[3].

KHÁNG VIÊM NON STEROID

Về cơ chế phân tử, bệnh tuyến-cơ tử cung được ghi nhận có sự gia tăng sản xuất các Interleukin trong cơ tử cung. Các interleukin làm tăng quá trình sản xuất các prostaglandin. Đây là một trong những nguyên nhân giải thích tình trạng thống kinh ở những bệnh nhân mắc phải bệnh tuyến cơ tử cung. Điều trị triệu chứng đơn thuần, sử dụng kháng viêm non steroid được khuyến cáo sử dụng làm cải thiện tình trạng thống kinh của bệnh nhân lạc nội mạc tử cung, bệnh tuyến - cơ tử cung, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ tuổi^[5].

Theo một tổng quan trên Cochrane 2010, NAIDS có hiệu quả trong điều trị các triệu chứng thống kinh nhưng không có bằng chứng rõ ràng là một loại thuốc hiệu quả nhất và an toàn nhất trong điều trị. Khuyến cáo trong điều trị thống kinh đối với nguyên nhân lạc nội mạc tử cung hay Adenomyosis là điều trị phối hợp bằng viên thuốc tránh thai phối hợp hay GnRHagonist và NAIDS trong trường hợp khẩn^[5].

THUỐC VIÊN TRÁNH THAI KẾT HỢP (COs)

Sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp trong điều trị bệnh tuyến - cơ tử cung thông qua cơ chế

ngăn rụng trứng, làm cân bằng sản xuất estrogen và progesteron. Nồng độ nội tiết trong thuốc tránh thai phối hợp có tác dụng làm màng rụng hóa nội mạc tử cung và làm teo niêm mạc tử cung. Do vậy, thuốc có tác dụng làm giảm triệu chứng do bệnh tuyến - cơ tử cung gây ra.

Hiện nay chưa có nghiên cứu về vai trò của thuốc viên tránh thai kết hợp đối với bệnh tuyến-cơ tử cung nhằm giảm thể tích tử cung, giảm nguy cơ tái phát sau phẫu thuật... Tuy nhiên tác dụng của thuốc viên tránh thai kết hợp đối với bệnh lạc nội mạc tử cung buồng trứng dưới 3 cm đã được ghi nhận. Theo nghiên cứu của Vercellini và cộng sự, việc sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp giảm nguy cơ tái phát của lạc nội mạc tử cung sau phẫu thuật. Nghiên cứu cũng ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa về hiệu quả điều trị khi sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp với liều hay thể hệ khác nhau. Vì vậy, sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp liều thấp nhất có thể giúp điều trị và giảm những tác dụng phụ có thể gặp^[6].

Theo khuyến cáo của NICE, việc sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp là lựa chọn đầu tay trong điều trị thống kinh hay xuất huyết tử cung bất thường. Việc sử dụng này mang lại hiệu quả và kinh tế khi sử dụng lâu dài, đi kèm với hiệu quả tránh thai đối với bệnh nhân không muốn có thai, kèm triệu chứng thống kinh, xuất huyết tử cung bất thường có bệnh tuyến-cơ tử cung.

PROGESTIN

Đối với bệnh tuyến-cơ tử cung có triệu chứng thống kinh hay xuất huyết tử cung bất thường, Medroxyprogesterone Acetate (MPA) được xem là lựa chọn với mục đích điều trị triệu chứng và điều trị lâu dài đối với bệnh nhân không muốn có thai. Tác dụng phụ hay gặp khi điều trị bằng MPA là rong huyết, mụn, tăng cân nhẹ. Tuy nhiên nghiên cứu về sự thay đổi khối mắc bệnh tuyến-cơ tử cung sau điều trị bằng MPA chưa được xác định.

Dienogest là một loại progestin khác, được sử dụng với mục đích điều trị lạc nội mạc tử cung tại Nhật và châu Âu. Một nghiên cứu lâm sàng có đối chứng cho thấy, sử dụng 1-2 mg Dienogest mỗi ngày làm giảm triệu chứng đau do lạc nội mạc tử cung,

giảm tổn thương của lạc nội mạc tử cung và làm tăng chất lượng sống của nhóm nghiên cứu. Những tác dụng phụ như đau đầu, mụn... có thể chấp nhận được đối với nhóm bệnh nhân sử dụng^[7].

Một nghiên cứu lâm sàng có đối chứng của Strowitzki và cộng sự so sánh hiệu quả điều trị thống kinh do lạc nội mạc tử cung buồng trứng giữa Dienogest và Leuprolide acetat. Hiệu quả điều trị đối với thống kinh là tương đương nhau và Dienogest có ít tác dụng phụ hơn và được chấp nhận tốt hơn so với Leuprolide acetat^[7].

DANAZOL

Danazol có tác dụng ức chế sản xuất steroid, làm giảm ngưỡng LH giữa chu kỳ và làm tăng lượng testosterone tự do trong máu. Danazol làm tăng sản xuất androgen, tạo môi trường estrogen thấp, do vậy có tác dụng trực tiếp lên quá trình phát triển của khối bị bệnh tuyến - cơ tử cung. Với cơ chế liên quan đến estrogen của bệnh tuyến - cơ tử cung, Danazol được ứng dụng trong điều trị lạc tuyến - cơ tử cung^[8].

Tác dụng điều trị giảm đau do lạc nội mạc tử cung buồng trứng sau 6 tháng điều trị bằng Danazol là 55-93%. Một nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị Adenomyosis bằng Danazol vòng và Dienogest. Danazol có tác dụng tương tự Dienogest trong điều trị triệu chứng thống kinh do bệnh tuyến - cơ tử cung. Danazol còn được ghi nhận có tác dụng giảm đau hiệu quả trong trường hợp bệnh tuyến - cơ tử cung nặng và làm giảm nồng độ CA 125 trong máu. Tác dụng này còn kéo dài sau khi vòng Danazol được tháo, tác dụng này có thể được quan sát trong 18 tháng sau đó^[9].

Tuy nhiên, việc sử dụng Danazol kéo dài làm xuất hiện nhiều triệu chứng không mong muốn: mụn, rụng lông, tăng cân, tăng nồng độ testosterone tự do trong máu. Do vậy sử dụng Danazol đường uống hiện nay bị hạn chế trong điều trị. Thay vào đó, Danazol đặt âm đạo hay vòng phóng thích Danazol là lựa chọn của các nhà lâm sàng khi muốn sử dụng Danazol với mục đích điều trị^[8].

DỤNG CỤ TỬ CUNG PHÓNG THÍCH LEVONORGESTREL: VÒNG MINERA

Vòng Minera được xem là dụng cụ tử cung hiệu

quả điều trị rong kinh, cường kinh hay tăng sản nội mạc tử cung, giảm triệu chứng thống kinh. Vậy có thể thấy rằng, các triệu chứng hay gặp do bệnh tuyến - cơ tử cung có thể được giảm hay điều trị bằng vòng nội tiết Mirena. Một tổng quan gần đây đã khẳng định hiệu quả của Mirena giúp giảm triệu chứng cường kinh do tử cung dạng bệnh tuyến - cơ tử cung. Vòng nội tiết điều trị hiệu quả hơn so với sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp hay tranexamic trong điều trị cường kinh^[2].

Một nghiên cứu lâm sàng có đối chứng đối với sử dụng vòng Minera và cắt hoàn toàn tử cung trên bệnh nhân bị bệnh tuyến - cơ tử cung. Nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt nồng độ hemoglobin giữa hai nhóm điều trị sau sáu tháng. Trong khi đó, sử dụng vòng Minera được bệnh nhân dễ chấp nhận, và hài lòng hơn so với nhóm được phẫu thuật^[2].

Hiệu quả sử dụng Minera đối với thể tích tử cung bị bệnh tuyến - cơ tử cung hay khối bị bệnh tuyến-cơ tử cung sau điều trị còn nhiều tranh cãi, Theo nghiên cứu của Bragetto và cộng sự, Minera giúp giảm bề dày vùng chuyển tiếp tử cung là 24,2% dựa trên siêu âm và hình ảnh MRI sau điều trị, giúp cải thiện triệu chứng thống kinh và cường kinh. Tuy nhiên, điều trị không làm thay đổi thể tích tử cung có ý nghĩa thống kê sau sáu tháng. Nghiên cứu của Cho và cộng sự hay Sheng và cộng sự lại ghi nhận có sự thay đổi thể tích tử cung có ý nghĩa thống kê^[3].

Sử dụng Minera được sử dụng kéo dài trên năm năm và tác dụng phụ hay gặp trong sáu tháng đầu điều trị như rong huyết.

GnRH AGONIST

GnRH agonist gắn vào receptor của GnRH trên vùng hạ đồi, sự kết hợp này làm giảm chế tiết xung GnRH từ vùng hạ đồi, từ đó gây giảm sản xuất estrogen và không có đỉnh LH gây rụng trứng, tạo sản xuất progesterone của hoàng thể. Tình trạng giảm sản xuất estrogen gây ra bệnh nhân tình trạng mãn kinh do thuốc, đây là tình trạng mãn kinh có hồi phục. Một số nghiên cứu ghi nhận tình trạng tăng receptor estrogen ở bệnh nhân mắc bệnh tuyến-cơ tử cung, do vậy tăng sử dụng estrogen của khối lạc tuyến-cơ tử cung^[1]. Do vậy theo giả thuyết này, việc giảm lượng estrogen trong máu giúp giảm

kích thích khối bị bệnh tuyến - cơ tử cung và các bất thường do rối loạn hormone trong bệnh tuyến - cơ tử cung.

Chỉ định điều trị bằng GnRH agonist thường được sử dụng trước phẫu thuật nhằm giảm kích thích và lượng máu đến khối tuyến - cơ tử cung này. Một nghiên cứu tại Ấn Độ ghi nhận việc sử dụng GnRH agonist có tác dụng làm giảm kích thích khối bị bệnh tuyến - cơ tử cung trong 4-8 tuần, với khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng kháng men thơm hóa^[10].

Hiện nay vai trò của bệnh tuyến - cơ tử cung đối với bệnh nhân vô sinh đã được làm rõ. Bệnh lạc nội mạc tử cung làm giảm tỷ lệ thụ thai, tăng nguy cơ sảy thai hay thất bại làm tổ... Điều trị bằng GnRH agonist có làm tăng khả năng thụ thai và giảm tỷ lệ sảy thai...? Một nghiên cứu tại Đài Loan trong quá trình theo dõi nhóm bệnh nhân lạc nội mạc tử cung, sử dụng GnRH agonist kết hợp với phẫu thuật giảm khối làm tăng khả năng có thai đối với bệnh nhân mắc bệnh tuyến - cơ tử cung điều trị đơn thuần GnRH agonist không hiệu quả^[11].

Tuy nhiên một nghiên cứu khác với số lượng bệnh nhân lớn hơn tại Nhật Bản. Nghiên cứu trên 85 bệnh nhân hiếm muộn có bệnh tuyến-cơ tử cung, 76 trường hợp điều trị trước hỗ trợ bằng GnRH agonist, không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai và sảy thai giữa 2 nhóm sử dụng và không sử dụng thuốc (43,5-41,5% và 31,7-30,3%)^[12]. Việc sử dụng GnRH agonist đối với nhóm bệnh nhân hỗ trợ sinh sản cần có thêm nghiên cứu hơn để khẳng định vai trò điều trị của GnRH agonist đối với nhóm bệnh nhân này nhằm tăng tỷ lệ có thai và mang thai.

Nhược điểm của GnRH agonist là gây biểu hiện thiếu estrogen khi sử dụng lâu dài. Do vậy sử dụng GnRH agonist kéo dài cần được cân nhắc và điều trị phối hợp estrogen nhằm giảm triệu chứng không mong muốn do thiếu hụt estrogen gây ra. Điều trị bằng GnRH agonist kéo dài trên sáu tháng cần được sự cân nhắc một cách hợp lý.

KHÁNG MEN THƠM HÓA AROMATASE (AI)

Kháng men thơm hóa aromatase (AI) có tác dụng trực tiếp giảm sản xuất estrogen thông qua ức

chế men chuyển hoá sản xuất estrogen. Hiện nay có rất ít nghiên cứu về vai trò hiệu quả của AI đối với điều trị bệnh tuyến - cơ tử cung. Tuy nhiên vai trò của AI đối với điều trị lạc nội mạc tử cung đã có ghi nhận. Việc sử dụng AI làm giảm triệu chứng đau do lạc nội mạc tử cung có ý nghĩa thống kê dựa trên nghiên cứu tổng quan của Ferraro và cộng sự. Tuy nhiên sử dụng AI đem lại nhiều tác dụng phụ không mong muốn: khô âm đạo, bệnh lý tim mạch, nóng bừng, vã mồ hôi... Sử dụng AI không làm giảm nguy cơ tái phát sau ngừng điều trị^[13].

Một nghiên cứu so sánh hiệu quả sử dụng của AI và GnRH agonist đối với nhóm phụ nữ có adenomyosis, giai đoạn tiền mãn kinh, ghi nhận hiệu quả điều trị tương đương trên cả hai nhóm bệnh nhân. Khối mắc bệnh tuyến - cơ tử cung giảm thể tích ở cả hai nhóm thuốc sử dụng. Một nghiên cứu khác cũng phân tích dựa vào hình ảnh MRI, siêu âm sau điều trị Adenomyosis bằng GnRH agonist và AI, ghi nhận rằng kích thích tử cung giảm ở cả hai nhóm, nhưng tỷ lệ giảm estrogen máu cao hơn ở nhóm điều trị bằng AI và nhiều tác dụng phụ hơn khi sử dụng lâu dài^[14].

Khuyến cáo của ESHRE về sử dụng AI đối với lạc nội mạc tử cung, AI chỉ sử dụng phối hợp điều trị khi các thuốc điều trị khác không hiệu quả^[13]. Cần có thêm nghiên cứu về hiệu quả của AI trong điều trị bệnh tuyến-cơ tử cung.

TÁC DỤNG CHỌN LỌC TRÊN ESTROGEN RECEPTOR (SERMS)

Hiện nay là thuốc mới được khuyến cáo sử dụng điều trị nội khoa nhân xơ tử cung. Một nghiên cứu trên động vật, SERMs có tác dụng làm giảm kích thích khối lạc nội mạc tử cung. Khi nghiên cứu về giải phẫu bệnh lý khi điều trị lạc nội mạc tử cung bằng SERMs, tác động của SERMs làm giảm tế bào tuyến và tế bào lạc nội mạc tử cung. Với tác dụng chọn lọc trên ER, tác dụng lên lạc nội mạc tử cung, đây là được phẩm hứa hẹn trong điều trị bệnh tuyến-cơ tử cung. Tuy nhiên, một tác giả nghiên cứu sử dụng SERMs trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung thấy rằng, tỉ lệ tái phát đau cao và sớm hơn ở nhóm điều trị bằng SERMs so với nhóm sử dụng giả dược. Một số phụ nữ ung thư vú khi sử dụng tamoxifen có

triệu chứng thống kinh ở bệnh tuyến - cơ tử cung hay gặp hơn. Do vậy cần có thêm nghiên cứu hiệu quả điều trị bằng SERMs đối với adenomyosis^[2].

TÁC DỤNG CHỌN LỌC TRÊN PROGESTERON RECEPTOR (SPRMS)

SPRMs cũng là ứng dụng mới trong điều trị nội khoa Adenomyosis và nhân xơ tử cung. Một nghiên cứu lâm sàng đã ghi nhận vai trò của thuốc chọn lọc trên progesteron receptor có hiệu quả điều trị Adenomyosis. Việc sử dụng 50 mg mifepristone mỗi ngày giúp cải thiện triệu chứng đau và làm giảm kích thước Adenomyosis. SPRMs làm thay đổi hình dạng nội mạc tử cung có hay không có xuất huyết. Tác dụng này làm ức chế tăng sinh nội mạc tử cung, teo nội mạc tử cung, giảm sản xuất prostaglandin và như vậy giảm triệu chứng đau và kích thích khối mắc bệnh tuyến - cơ tử cung. Tuy nhiên, do nghiên cứu ít, số lượng mẫu nghiên cứu không cao, cần có thêm nghiên cứu để đánh giá hiệu quả điều trị của SPRMs điều trị bệnh tuyến - cơ tử cung ứng dụng trên lâm sàng^[3].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vannuccini, S., Tosti, C., Carmona, F., Huang, S. J., Chapron, C., Guo, S. W., & Petraglia, F. (2017). Pathogenesis of adenomyosis: an update on molecular mechanisms. Reproductive BioMedicine Online.
2. Struble, J., Reid, S., & Bedaiwy, M. A. (2016). Adenomyosis: a clinical review of a challenging gynecologic condition. Journal of minimally invasive gynecology, 23(2), 164-185.
3. Pontis A, D'Alterio MN, Pirarba S, de Angelis C, Tinelli R, Angioni S. Adenomyosis: a systematic review of medical treatment. Gynecol Endocrinol. 2016;5:1-5.
4. Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev 2010(1):CD001751.
5. Lethaby A, Duckitt K, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD000400.
6. Vercellini P, Somigliana E, Daguati R, Vigano P, Mironi F, Crosignani PG. Postoperative oral contraceptive exposure and risk of endometrioma recurrence. Am J Obstet Gynecol 2008;198:504.e1-5.
7. Strowitzki T, Marr J, Gerlinger C, Faustmann T, Seitz C. Dienogest is as effective as leuprolide acetate in treating the painful symptoms of endometriosis: A 24-week, randomized, multicentre, open-label trial. Hum Reprod. 2010;25(3):633-641.
8. Sasa H, Imai K, Suzuki A, et al. Comparison of low-dose dienogest with low-dose danazol for long-term treatment of adenomyosis. Obstet Gynecol. 2014;123:975-985.
9. Gabriele Cenni, Lucia Lazzeri, Felice Petraglia. Long-term vaginal danazol treatment in fertile age women with adenomyosis. J Endometr Pelvic Pain Disord 2017; 9(1): 39-43.
10. Imaoka, I., Ascher, S. M., Sugimura, K., Takahashi, K., Li, H., Cuomo, F., ... & Arnold, L. L. (2002). MR imaging of diffuse adenomyosis changes after GnRH analog therapy. Journal of Magnetic Resonance Imaging, 15(3), 285-290.
11. Huang, B. S., Seow, K. M., Tsui, K. H., Huang, C. Y., Lu, Y. F., & Wang, P. H. (2012). Fertility outcome of infertile women with adenomyosis treated with the combination of a conservative microsurgical technique and GnRH agonist: long-term follow-up in a series of nine patients. Taiwanese journal of obstetrics and gynecology, 51(2), 212-216.
12. Tamura, H., Kishi, H., Kitade, M., AsaiSato, M., Tanaka, A., Murakami, T., ... & Sugino, N. (2017). Clinical outcomes of infertility treatment for women with adenomyosis in Japan. Reproductive Medicine and Biology.
13. Dunselman GA, Vermeulen N Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod 2014;29: 400-12.
14. Badawy AM, Elnashar AM, Mosbah AA. Aromatase inhibitors or gonadotropin-releasing hormone agonists for the management of uterine adenomyosis: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91:489-95.



BAN BIÊN TẬP

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

GS. TS. Trần Thị Lợi

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

BAN THƯ KÝ

BS. Huỳnh Thị Tuyết

ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh

Trần Hữu Yến Ngọc

Huỳnh Thị Thanh Hoa

Âu Thụy Kiều Chinh

Văn phòng HOSREM

Lầu 7, 90 Trần Đình Xu, phường Cô Giang,

Quận 1, TP. Hồ Chí Minh

ĐT: (028) 3836.5079 - 0933.456.650

Fax: (028) 3920.8788

Giờ tiếp hội viên: Thứ hai - thứ sáu (8:00-11:30, 13:30-17:00)

hosrem@hosrem.vn, www.hosrem.org.vn

Y học sinh sản là tài liệu chuyên ngành của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TP. Hồ Chí Minh (HOSREM) dành cho hội viên và nhân viên y tế có quan tâm.

Các thông tin của Y học sinh sản mang tính cập nhật và tham khảo. Trong những trường hợp lâm sàng cụ thể, cần tìm thêm thông tin trên y văn có liên quan.

Y học sinh sản xin cảm ơn và chân thành tiếp nhận các bài viết, phản hồi và góp ý của hội viên và độc giả dành cho tài liệu.

Mọi sao chép, trích dẫn phải được sự đồng ý của HOSREM hoặc của các tác giả.

HOSREM® 2017