

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 58

THAI KỲ & CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 58 – QUÝ II/2021

THAI KỲ VÀ CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA

- 4 Thay đổi chức năng tuyến giáp trong thai kỳ
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 7 Điều trị cường giáp trong thai kỳ
TS. Lê Thị Thu Hà
- 13 Tổng quan chẩn đoán và xử trí suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ
BS. Phạm Thị Mỹ Tú
- 18 Viêm giáp tự miễn và thai kỳ
BS. Trần Thị Thu Vân
- 22 Tăng huyết áp áo choàng trắng trong thai kỳ cùng những hệ lụy ở thai phụ và thai nhi
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 25 Tiền sản giật – Một dạng hội chứng tim mạch loại 5 chưa được công nhận trong sức khỏe tim mạch của phụ nữ
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 29 Góc nhìn toàn diện về đái tháo đường thai kỳ
BS. Trần Thế Hùng
- 32 Nguy cơ thai nhỏ so với tuổi thai và thai chậm tăng trưởng trong tử cung trên phụ nữ đái tháo đường mạn tính
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 35 Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính của thai kỳ
BS. Tô Mỹ Anh, BS. Huỳnh Mạnh Tiến
- 40 Tiếp cận Hội chứng Cushing trên thai kỳ
BS. Phạm Trần Hồng Vân, BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Cập nhật các nghiên cứu mới nhất trong xử trí dọa sảy thai
TS. BS. Lê Quang Thanh
- 47 Mối liên quan giữa hội chứng buồng trứng đa nang và hoạt động não bộ
BS. Trần Thái Hữu Lộc và cộng sự
- 50 Chuẩn bị trước mang thai cho bệnh nhân có Lupus ban đỏ hệ thống
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 56 Thai già tháng
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 Bất sản thể chai – chẩn đoán và tiên lượng
ThS. BS. Cao Thị Mai Phương, BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 67 Điều trị hỗ trợ sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân có hội chứng Turner
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 73 Xét nghiệm bộ ba endometrio: Một góc nhìn tổng quát về nội mạc tử cung ở những bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 79 Trẻ sinh ra từ chỉnh sửa gen bằng CRISPR/CAS9: cơ hội và thách thức của hướng ứng dụng mới này trong hỗ trợ sinh sản
KS. Trương Văn Hải, ThS. Huỳnh Trọng Kha
- 84 Tinh hoàn không xuống và vô sinh
BS. Võ Văn Cường và cộng sự
- 89 *Hỏi - Đáp lâm sàng*
- 92 *Journal Club*
- Hoạt động thể chất – tập thể dục khi mang thai và sau sinh
 - Tiếp cận bạch cầu trong tinh dịch
 - Chỉ định chấm dứt thai kỳ giai đoạn non tháng muộn và vừa đủ tháng

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021
Chủ đề “Tiền sản giật – Sản giật”
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021



Y học sinh sản tập 61 – Quý I/2022
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2021

TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG VÀ VÔ SINH

BS. Võ Văn Cường, BS. Đoàn Phước Hiệp, BS. Mai Đức Tiên

Bệnh viện Đa khoa Gia Đình Đà Nẵng

Ca lâm sàng: Thai diễn tiến sau phẫu thuật hạ tinh hoàn không xuống một bên kết hợp ICSI trên trường hợp nam giới trưởng thành vô tinh có tinh hoàn không xuống một bên đã thất bại với mTESE tinh hoàn đối diện.

Phần lớn những trường hợp tinh hoàn không xuống được phẫu thuật hạ tinh hoàn trước tuổi dậy thì, vì vậy tinh hoàn không xuống hai bên ở nam giới trưởng thành ít được thấy trên thực hành lâm sàng (Marc và Howard, 2013). Phẫu thuật ở những trường hợp này chủ yếu để cải thiện tính thẩm mỹ và giảm nguy cơ ung thư tinh hoàn hơn là phục hồi khả năng sinh sản. Số trường hợp sau phẫu thuật hạ tinh hoàn ở nam giới trưởng thành bị tinh hoàn không xuống có tinh trùng trong tinh dịch khá thấp. Theo Zang và cộng sự, 2018, có 9 trường hợp tinh hoàn không xuống hai bên ở tuổi trưởng thành khôi phục được quá trình sinh tinh sau phẫu thuật hạ tinh hoàn (có 3 ca trong nghiên cứu của tác giả và 6 ca được báo cáo trong y văn) (Heaton và cs, 1993; Shin và cs, 1997; Giwercman và cs, 2000; Matsushita và cs, 2014; Yan và cs, 2018). Bên cạnh đó, một báo cáo loạt ca của Koji Chiba và cộng sự, 2009 trên tạp chí Fertility and Sterility với 5 trường hợp tinh hoàn không xuống một bên được thực hiện mTESE tinh hoàn đối diện đều thu hồi được tinh trùng khi phẫu thuật, tuy nhiên không báo cáo trường hợp thất bại với mTESE ở tinh hoàn đối diện (Koji và cs, 2009).

Bài này sẽ trình bày trường hợp có tinh trùng trong tinh dịch sau khi phẫu thuật hạ tinh hoàn

ở nam giới trưởng thành bị vô tinh do tinh hoàn không xuống một bên đã thất bại với mTESE tinh hoàn đối diện tại Đơn vị Hỗ trợ sinh sản IVFMD Family, Bệnh viện Gia Đình Đà Nẵng.

Bệnh nhân nam 30 tuổi, tinh hoàn ẩn bên phải, sờ được trong vùng bẹn phải, được chẩn đoán vô tinh (tinh dịch đồ 3 lần, azoospermia), với kết quả nội tiết (FSH = 26,36 mIU/ml, LH = 4,73 mIU/ml), không phát hiện đột biến AZF, karyotype 46, XY, siêu âm tinh hoàn trái 32 x 22 x 11 mm, tinh hoàn phải 33 x 24 x 13 mm nằm trong ống bẹn phải. Bệnh nhân được chỉ định mổ mTESE cho tinh hoàn đối diện với kết quả không có tinh trùng (7/2019). Tháng 9/2019, bệnh nhân được phẫu thuật hạ tinh hoàn không xuống bên phải. Tinh dịch đồ sau phẫu thuật 7 tháng có vài tinh trùng di động trong mẫu xuất tinh (cryptozoospermia). Bệnh nhân được chỉ định trữ tinh trùng tích lũy. Sau đó được thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm với kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (intracytoplasmic sperm injection – ICSI), kết quả có 2 phôi ngày 3, chuyển phôi trữ lạnh không có thai. Hai vợ chồng được thực hiện chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm lần hai, với 6 phôi ngày 3, chuyển phôi tươi 2 phôi ngày 3 có kết quả đơn thai diễn tiến 12 tuần.

Tỷ lệ có tinh trùng sau khi phẫu thuật hạ tinh hoàn ở nam giới trưởng thành bị tinh hoàn không xuống không cao (3/22 trường hợp)^[21]. Tuy nhiên, hiện tại vẫn chưa thấy báo cáo trường hợp thành công cho tinh hoàn không xuống một bên với tinh hoàn đối diện không có tinh trùng sau mTESE. Đặc biệt hơn nữa, tinh trùng từ tinh hoàn đã được hạ xuống có thể có được thai diễn tiến cùng với kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn. Một điểm trong trường hợp của bệnh nhân trên là chưa loại trừ được nguy cơ ung thư tinh hoàn ở tinh hoàn được hạ xuống. Tuy nhiên, với trường hợp này, có thể góp phần thêm chứng cứ cho việc phẫu thuật hạ tinh hoàn có thể thành công ở những trường hợp vô tinh tinh hoàn không xuống một bên đã được phẫu thuật mTESE không có tinh trùng ở tinh hoàn đối diện.

GIỚI THIỆU

Tinh hoàn không xuống là trường hợp 1 hoặc 2 tinh hoàn không di chuyển xuống bìu trước sinh, tần suất 2 – 5% ở trẻ mới sinh đủ tháng, giảm xuống 1 – 2% trong vòng 3 tháng đầu, sau 6 tháng, ít có trường hợp tinh hoàn tự di chuyển xuống bìu. Tần suất tinh hoàn không xuống nhiều hơn ở trẻ sinh non, có thể 30% (Toppari và Kaleva, 1999). Phần lớn những trường hợp này, tinh hoàn sẽ tự di chuyển xuống bìu sau khi sinh, còn khoảng 23% trong số này sẽ không di chuyển xuống bìu nếu không có phẫu thuật hạ tinh hoàn không xuống. Tinh hoàn không xuống một bên gấp ba lần so với hai bên với 46% bên phải, 31% bên trái, 23% hai bên (Thorup, 1990). Tinh hoàn không xuống hai bên có nguy cơ vô sinh gấp sáu lần so với nhóm tinh hoàn không xuống một bên và dân số bình thường. Khoảng 10% nam giới vô sinh có tiền sử tinh hoàn không xuống và phẫu thuật hạ tinh hoàn. Cơ chế chính của nam giới có tiền sử phẫu thuật hạ tinh hoàn dẫn đến vô sinh có thể liên quan đến sự phát triển không bình thường của tinh hoàn, môi trường không thích hợp, nhiệt độ cao, kháng thể kháng tinh trùng (Fawzy và cs, 2015).

Tinh hoàn không xuống (UDT – undescended testis – UDT) bao gồm tinh hoàn ở các vị trí của đường di chuyển tinh hoàn từ bìu và tinh hoàn lạc chỗ với các khái niệm sau.

- Tinh hoàn ẩn (cryptorchid/undescended): tinh hoàn không sờ thấy ở bìu.
- Tinh hoàn lạc chỗ (ectopic): sự di chuyển bất thường không trong đường di chuyển của tinh hoàn từ ổ bụng xuống bìu, thường thấy sau ống bẹn, xương đùi, xương mu, đáy chậu, hay ở ngang vị trí bìu.
- Tinh hoàn co rút (retractile): có thể sờ được tinh hoàn ở vị trí hiện tại mà không làm căng tinh hoàn.
- Tinh hoàn trượt (gliding): có thể sờ được tinh hoàn ở phần trên của bìu nhưng trở về vị trí ban đầu sau khi buông.
- Tinh hoàn ẩn mắc phải: tinh hoàn di chuyển ngược lên lại hoàn toàn dù tiền sử tinh hoàn xuống bình thường, có phẫu thuật hạ tinh hoàn đã xuống, hay sau phẫu thuật thoát vị bẹn.

SINH BỆNH HỌC CỦA TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG

Quá trình di chuyển bình thường của tinh hoàn

Pha 1

Tinh hoàn gắn với cơ hoành bởi dây chằng treo (cranial – suspensory ligament) dưới ảnh hưởng của testosterone. Cùng lúc đó, dây chằng sinh dục (gubernaculum) gắn vào đuôi tinh hoàn và neo tinh hoàn vào vùng bẹn. Sự dày lên của dây chằng sinh dục được kiểm soát bởi protein giống insulin 3 (insulin like 3 protein – INSL3). INSL 3 được tiết ra bởi tế bào Leydig, được kiểm soát một phần bởi beta hCG và LH. Những trường hợp tinh hoàn không xuống, số lượng tế bào Leydig giảm, và có thể góp phần giải thích cơ chế bệnh sinh của tinh hoàn không xuống (Huff DS và cs, 1993). AMH được cho rằng có ảnh hưởng đến pha đầu tiên của quá trình di chuyển tinh hoàn, những trường hợp tồn tại ống Mullerian do đột biến receptor AMH, tinh hoàn di động và nằm ở vị trí của buồng trứng. Tuy

nhiên, những nghiên cứu trên chuột cho thấy bị đột biến receptor AMH vẫn có sự di chuyển bình thường của tinh hoàn (Josso, 2001). Tỷ lệ tinh hoàn ẩn trong ổ bụng khá thấp, khoảng 5% trong tổng số tinh hoàn không xuống (Virtanen và cs, 1993).

Pha 2

Là pha cuối cùng của quá trình di chuyển của tinh hoàn, xảy ra từ tuần 25 – 35 của thai kỳ dưới sự dẫn đường của dây chằng sinh dục. Androgen kích thích nhánh cảm giác của thần kinh sinh dục đùi để phóng thích chất dẫn truyền thần kinh peptide liên quan gen calcitonin (calcitonin gene related peptide – CGRP). CGRP sẽ kiểm soát quá trình lớn lên và dài ra của dây chằng sinh dục – vốn chứa nhiều receptor của androgen. Điều này có thể giải thích được các trường hợp tinh hoàn không xuống ở bé trai có nhân tế bào thần kinh sinh dục đùi bất thường do thoát vị tủy – màng tủy, với tỷ lệ tinh hoàn không xuống là 36%, cao hơn so với tỷ lệ bình thường từ 2 – 5%. Bên cạnh đó, ở những trường hợp tinh hoàn không xuống một bên, cơ chế về hormone không thể giải thích được vì hormone sẽ tác động lên cả hai bên tinh hoàn, nhưng có thể giải thích bằng giả thuyết thần kinh sinh dục đùi. Những bất thường của dây thần kinh sinh dục đùi (vị trí giải phẫu, số lượng sợi thần kinh, nồng độ CGRP trong tế bào thần kinh) sẽ dẫn đến sự di chuyển bất thường của dây chằng sinh dục ở 2 bên (Hutson và Hasthorpe, 2005).

Đường kính dây chằng sinh dục đạt kích thước tối đa vào tháng thứ bảy của thai kỳ, làm giãn rộng ống bẹn. Cùng lúc đó, phần đầu của ống phúc tinh mạc (processus vaginalis) được kéo dài ra giống túi thừa của phúc mạc để tạo đường đi cho tinh hoàn từ trong ổ bụng xuống bìu. Áp lực trong ổ bụng tăng lên do có sự lớn lên của các cơ quan trong ổ bụng đẩy tinh hoàn và mào tinh xuống bìu. Khoảng cách di chuyển từ 5 – 10 cm tính từ lỗ bẹn trong đến đáy bìu. Tinh hoàn và mào tinh được bao phủ bởi phúc mạc, đoạn xa của ống phúc tinh mạc tạo thành mạc tinh (tunica vaginalis testis). Tinh hoàn có thể

di chuyển ngược lên nếu 2 lá của ống phúc tinh mạc không dính hoàn toàn vào nhau. Dây chằng sinh dục sẽ co rút lại, xơ hóa và tạo thành dây chằng bìu sau này (scrotal ligament) (Barteczko và Jacob, 2000).

Tinh hoàn ẩn mắc phải

Sau sinh, khoảng cách từ lỗ bẹn trong đến bìu tăng từ 4 – 5 cm lên 8 – 10 cm, đồng nghĩa với thừng tinh phải tăng chiều dài gấp đôi. Do đó, nếu thừng tinh không tăng được chiều dài có thể dẫn đến tình trạng tinh hoàn di chuyển ngược lại mắc phải (Hutson và Hasthorpe, 2005; Hutson và Southwell, 2013).

Cơ chế hiện tại vẫn chưa rõ nguyên nhân của tinh hoàn ẩn mắc phải. Số lượng trẻ từ 5 – 10 tuổi được phẫu thuật hạ tinh hoàn tăng lên có thể được giải thích bằng tình trạng tinh hoàn ẩn mắc phải. Ở trường hợp này, nguy cơ ung thư tế bào sinh dục tinh hoàn không tăng lên, nên có thể chờ để tinh hoàn di chuyển xuống lại ở tuổi dậy thì (Hack W và cs, 2007). Tuy nhiên, để hạn chế ảnh hưởng của tinh hoàn ẩn đến khả năng sinh sản sau này, nên phẫu thuật hạ tinh hoàn càng sớm càng tốt ở lứa tuổi này (Niedzielski JK và cs, 2016).

CÁC HẬU QUẢ CỦA TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG

Nhiệt độ ở bìu thấp hơn 2 – 3°C so nhiệt độ cơ thể để duy trì quá trình sinh tinh bình thường. Có năm đặc điểm của bìu để có thể duy trì nhiệt độ thấp: da bìu mỏng, có nhiều tuyến mồ hôi; có lớp cơ bám da, đám rối tĩnh mạch dây leo để trao đổi nhiệt giữa máu tĩnh mạch (nhiệt độ thấp) với máu động mạch (nhiệt độ cao), nhằm giảm nhiệt độ máu động mạch tới bìu; cơ nâng bìu và không có mô mỡ. Nhiệt độ cao làm tăng quá gốc tự do oxy hóa, protein sốc nhiệt (heat shock protein) làm phá hủy tế bào sinh tinh và tế bào Sertoli (Ritzén EM, 2008).

Sự chuyển dạng từ tế bào mầm sinh tinh thành tế bào AD (adult dark) diễn ra từ tháng thứ 3 đến tháng 9 sau sinh do đỉnh gonadotropin

và testosterone ở giai đoạn này (mini puberty), một giai đoạn quan trọng ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh về sau. Trường hợp tinh hoàn di chuyển xuống bìu bình thường, một số tế bào sinh dục sẽ chuyển dạng thành AD, số còn lại sẽ đi theo quá trình chết tế bào theo chương trình, vì vậy sẽ không còn tế bào sinh dục bào thai toàn năng (pluripotential fetal germ cell) sau 2 tuổi. Tinh hoàn không xuống sẽ ảnh hưởng đến quá trình chuyển thành tế bào sinh dục AD và không chết theo chương trình. Việc ức chế chuyển dạng sẽ dẫn đến thiếu nguồn tế bào mầm cho quá trình sinh tinh sau dậy thì, trong khi tồn tại những tế bào mầm sinh dục chưa biệt hóa làm tăng nguy cơ phát triển thành các tế bào ung thư sau này (Hadziselimovic và Herzog, 2001; Hutson và Hasthorpe, 2005; Cobellis và cs, 2014). Tỷ lệ ung thư tế bào biểu mô tại chỗ được ước tính bằng 1,7%, và nguy cơ tân sản mô tinh hoàn của những bệnh nhân tinh hoàn không xuống so với tinh hoàn xuống bình thường là 40 lần (Giwerzman và cs, 1989; Barthold, 2012). Bên cạnh đó, số lượng tế bào sinh dục giảm $\frac{1}{4}$ ở những trẻ sơ sinh có tinh hoàn ẩn. Những báo cáo cho thấy không còn tế bào sinh dục ở những trường hợp tinh hoàn không xuống ở tháng tuổi thứ 12 hay 18, do đó, việc phẫu thuật hạ tinh hoàn nên được thực hiện trước tháng 12 hoặc 18 sau sinh (Hadziselimovic và cs, 2007; Kollin và cs, 2007).

Nghiên cứu của Gilvydas và cộng sự năm 2018 ở những trường hợp tinh hoàn không xuống một bên cho thấy tinh hoàn không xuống không chỉ ảnh hưởng đến tinh hoàn không xuống mà còn ảnh hưởng đến tinh hoàn bên phía đối diện đã xuống do thiếu hụt gonadotropin ở giai đoạn mini puberty. Kết quả sinh thiết tinh hoàn thấy rằng không có tế bào AD ở 48% tinh hoàn không xuống, 21% tinh hoàn đối diện và 11% ở cả 2 tinh hoàn, điều này có thể giải thích cho những trường hợp vô tinh ở tinh hoàn không xuống một bên (13%) (Hadziselimovic và Herzog, 2001).

Tinh hoàn không xuống và khả năng sinh sản

Nguy cơ vô sinh nam tăng lên ở những trường hợp tinh hoàn không xuống, nhất là tinh hoàn không xuống hai bên, với 10% ở nam giới có tiền sử tinh hoàn không xuống và được phẫu thuật hạ tinh hoàn, trong khi đó nếu không được điều trị, có thể lên đến 89% đối với tinh hoàn không xuống hai bên và 32% đối với tinh hoàn không xuống một bên (Eric Chung và Gerald, 2011).

Ở những trường hợp tinh hoàn không xuống một bên, thể tích tinh hoàn ẩn sẽ nhỏ hơn so với tinh hoàn đối diện đã xuống và các chỉ số của tinh dịch đều bị ảnh hưởng ít hơn so với tinh hoàn không xuống hai bên. Nếu tinh hoàn không xuống hai bên được phẫu thuật, 28% có mật độ tinh trùng ít nhất 20 triệu/ml. Ở những trường hợp tinh hoàn không xuống một bên nếu không được phẫu thuật hạ tinh hoàn, có 50% nam giới có mật độ trên 20 triệu/ml so với 70% nếu được phẫu thuật hạ tinh hoàn. Do đó, phẫu thuật hạ tinh hoàn là cần thiết cho cả tinh hoàn không xuống hai bên và một bên (Virtanen và cs, 2007).

ĐIỀU TRỊ TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG

Có hai phương pháp điều trị cơ bản là phẫu thuật hạ tinh hoàn và dùng hormone, chúng có thể dùng độc lập hoặc bổ trợ lẫn nhau với mục đích chính đưa tinh hoàn xuống bìu để giảm ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh, dự phòng ung thư tinh hoàn, giảm nguy cơ xoắn tinh hoàn.

Hormone liệu pháp

Dựa trên giả thuyết tinh hoàn không xuống là do rối loạn trục hạ đồi – tuyến yên – tinh hoàn trong những tháng cuối thai kỳ và sau khi sinh ra. Do đó thiếu hormone trong giai đoạn mini puberty, làm cho tinh hoàn không di chuyển xuống bìu. Hormone có thể sử dụng là hCG, GnRH. Những hormone này có thể dùng đơn lẻ, phối hợp hoặc hỗ trợ điều trị cho trước và sau phẫu thuật hạ tinh hoàn. Tuy nhiên, hiệu

quả không cao (20%), bên cạnh đó, có thể có tác dụng phụ đến việc sản xuất tinh trùng trong tương lai đối với dùng hCG nên hiện tại dùng hormone để điều trị tinh hoàn không xuống không phải là lựa chọn ban đầu (Niedzielski và cs, 2016).

Phẫu thuật hạ tinh hoàn

Phẫu thuật thành công được định nghĩa là đưa tinh hoàn xuống bìu và không làm teo tinh hoàn do biến chứng thiếu máu nuôi tinh hoàn đã được hạ xuống. Tỷ lệ thành công tùy thuộc vào vị trí tinh hoàn không xuống, phương pháp phẫu thuật, nhưng tỷ lệ thành công chung là 95%, cao hơn so với liệu pháp hormone. Phẫu thuật hạ tinh hoàn nên là phương pháp tiếp cận đầu tiên. Có thể chờ để tinh hoàn di chuyển tự nhiên trong vòng 6 tháng đầu, phẫu thuật hạ tinh hoàn nên được thực hiện trong vòng 12 – 18 tháng tuổi đầu đời của bé trai hoặc ngay khi phát hiện ở trẻ lớn tuổi hơn (Niedzielski JK và cs, 2016).

KẾT LUẬN

Tinh hoàn không xuống không chỉ ảnh hưởng đến khả năng sinh sản mà còn tăng nguy cơ ung thư tinh hoàn. Những trường hợp tinh hoàn không xuống nên được phát hiện sớm để có hướng xử trí thích hợp nhằm giảm khả năng ảnh hưởng đến khả năng sinh sản về sau. Phẫu thuật hạ tinh hoàn không xuống là phương pháp điều trị hiệu quả cho cả trường hợp tinh hoàn không xuống một bên và hai bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Virtanen H.E, Bjercknes R, Cortes D, Jørgensen N, Rajpert-De Meyts E, Thorsson A.V, Main K.M. Cryptorchidism: classification, prevalence and long-term consequences. Acta Paediatr. 2007;96(5):611–6.
2. Hutson J.M, Li R, Southwell B.R, Petersen B.L, Thorup J, Cortes D. Germ cell development in the postnatal testis: the key to prevent malignancy in cryptorchidism? Frontiers in Endocrinology. 2013;3(176).
3. Niedzielski J.K, Oszkowska E, Stowikowska-Hilczek J. Undescended testis – current trends and guidelines: a review of the literature. Archives of Medical Science. 2016;12(3):667–77.
4. Hadziselimovic F, Herzog B. The importance of both an early orchidopexy and germ cell maturation for fertility. The Lancet. 2001;358(9288):1156–7.
5. Cobellis G, Noviello C, Nino F, Romano M, Mariscoli F, Martino A, Papparella A. Spermatogenesis and Cryptorchidism. Frontiers in Endocrinology. 2014;5(63).
6. Barthold JS. Abnormalities of the testis and scrotum and their surgical management. In: Wein A.J, Kavoussi L.R, Novick A.C, Partin A.W, Peters C.A, editors Campbell-Walsh urology. 10th ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 3560–74.
7. Eric Chung, Gerald B.B. Cryptorchidism and its impact on male fertility: a state of art review of current literature. Can Urol Assoc J. 2011;5(3):210–4.

PreCongress Course Hội nghị Vô sinh và Kỹ thuật Hỗ trợ sinh sản năm 2021

Khóa tập huấn

KIẾN THỨC CƠ BẢN trong HỖ TRỢ SINH SẢN lần 12

*Khách sạn Le Meridien Saigon
Số 3C Tôn Đức Thắng, Quận 1, TP.HCM*

