LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG: PHẪU THUẬT HAY KHÔNG PHẪU THUẬT?

BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh[1], ThS. BS. Thân Trọng Thạch[2]

[1]Đại học Tân Tạo, [2]Đại học Y Dược TPHCM

TỔNG QUÁT

Lạc nội mạc tử cung được định nghĩa là sự hiện diện của tuyến và mô đệm nội mạc tử cung bên ngoài buồng tử cung, ảnh hưởng 5 – 10% phụ nữ độ tuổi sinh sản. Trên lâm sàng, lạc nội mạc tử cung thường được biểu hiện với 3 nhóm triệu chứng chính: đau vùng chậu mạn tính, hiếm muộn và ung thư buồng trứng liên quan đến lạc nội mạc tử cung buồng trứng. Lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng chiếm 17 – 44% phụ nữ lạc nội mạc tử cung[1], trong đó khoảng 2 – 50% là không triệu chứng[2]. Cũng giống như lạc nội mạc tử cung nói chung, cơ chế bệnh sinh của lạc nội mạc tử cung buồng trứng hiện vẫn còn chưa rõ. Do đó, tiếp cận điều trị lạc nội mạc tử cung buồng trứng là cá thể hóa điều trị triệu chứng dựa trên bức tranh toàn cảnh, hai phương pháp điều trị được biết đến là điều trị nội khoa và phẫu thuật. Trong một cuộc khảo sát giữa các nhà phụ khoa châu Âu, phương pháp thường được lựa chọn để điều trị lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng là phẫu thuật[3]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho thấy những bất lợi trong điều trị lạc nội mạc tử cung bằng phẫu thuật liên quan đến giảm dự trữ buồng trứng. Điều này dẫn đến sự tranh cãi về việc lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu cho lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Bài viết này sẽ phân tích những lợi thế cũng như những điều còn hạn chế của điều trị phẫu thuật trong lạc nội mạc tử cung buồng trứng.

LỢI ÍCH CỦA PHẪU THUẬT

Cũng giống như những dạng lạc nội mạc tử cung khác, lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng cũng gây đau – triệu chứng chính của lạc nội mạc tử cung[4]. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp của Cochrane vào năm 2008 về so sánh hiệu quả giữa cắt bỏ và phá hủy tổ chức nang lạc nội mạc tử cung ≥ 3 cm trên 2 nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT), gồm 164 phụ nữ. Kết quả cho thấy đối với những lạc nội mạc tử cung buồng trứng không đáp ứng với điều trị nội khoa, phẫu thuật giúp làm giảm các triệu chứng của lạc nội mạc tử cung, đặc biệt là triệu chứng đau – một trong những than phiền chính của bệnh nhân lạc nội mạc tử cung; đồng thời nghiên cứu cũng cho thấy phẫu thuật nội soi cắt bỏ nang lạc nội mạc tử cung vượt trội hơn phẫu thuật nội soi dẫn lưu và phá hủy nang lạc nội mạc tử cung về các khía cạnh như giảm thời gian tái phát đau bụng kinh, đau khi giao hợp, đau vùng chậu không liên quan chu kỳ kinh nguyệt; làm giảm thời gian tái phát của bệnh và tăng tỷ lệ mang thai tự nhiên sau khi phẫu thuật[5].

Để chẩn đoán lạc nội mạc tử cung, chúng ta cần lấy mô bệnh học qua nội soi mới có thể chẩn đoán xác định được, trong khi trước đó khi nghi ngờ lạc nội mạc tử cung, ta chỉ dựa vào lâm sàng và những cận lâm sàng gián tiếp. Việc thực hiện phẫu thuật sẽ giúp chúng ta lấy mẫu mô một cách dễ dàng, giúp chẩn đoán xác định bệnh đồng thời giúp phát hiện nguy cơ ác tính tiềm ẩn của ung thư buồng trứng. Một nghiên cứu hồi cứu của Zheng – Xing He vào năm 2017 để phát hiện yếu tố nguy cơ của ung thư buồng trứng trên 1.038 phụ nữ 45 tuổi trở lên có lạc

nội mạc tử cung ở buồng trứng dựa trên chẩn đoán qua phẫu thuật và bệnh học. Với 30 phụ nữ có ung thư buồng trứng được xếp vào nhóm I, 1.008 phụ nữ còn lại được xếp vào nhóm II. Tuổi trung bình ở nhóm I lớn hơn khoảng 2 tuổi so với nhóm II (50,8 và 48,5; P = 0,002). Kết quả cho thấy:

– Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 48,6 ± 3,9 tuổi. Tỷ lệ ung thư buồng trứng liên quan lạc nội mạc tử cung trong những phụ nữ trên là 30/1.038, chiếm 2,9%. Phân bố những bệnh nhân này theo tuổi như sau: 1,7% (13/751) trong nhóm 45 – 49 tuổi, 5,6% (12/215) trong nhóm 50 – 54 tuổi, 10% (5/50) trong nhóm 55 – 59 tuổi và không có phụ nữ ung thư trên 59 tuổi.

– Có 10,3% (107/1.038) bệnh nhân đã mãn kinh, ở nhóm I chiếm 36,7% (11/30) và nhóm II chiếm 9,5% (96/1.008). Với những phụ nữ đã mãn kinh làm tăng 5,5 lần nguy cơ mắc ung thư buồng trứng liên quan lạc nội mạc tử cung (OR 5,5; KTC 95%, 2,54 – 11,9; P = 0,041). Với những phụ nữ chưa mãn kinh, ung thư ít gặp hơn ở nhóm mà triệu chứng chính là đau bụng kinh (OR 0,12; KTC 95%, 0,02 – 0,88; P = 0,011) nhưng lại thường gặp hơn ở nhóm triệu chứng đau bụng không thường xuyên (OR 3,38; KTC 95%, 1,61 – 7,08, P = 0,001).

– Đường kính lớn nhất của nang lạc nội mạc tử cung được đo trong lúc thực hiện phẫu thuật, có 29/30 (96,7%) (nhóm I) và 933/1.008 (92,6%) (nhóm II) có nang lạc nội mạc tử cung nhìn thấy được trong lúc phẫu thuật. Khi phân tích đường cong ROC, ta nhận thấy 8 cm là điểm cắt cho yếu tố nguy cơ của ung thư buồng trứng liên quan lạc nội mạc tử cung. Những bệnh nhân có khối u ≥ 8 cm làm tăng 7,19 lần nguy cơ phát triển thành ung thư buồng trứng (OR 7,19; KTC 95%, 3,35 – 15,50, P < 0,001).

– Ngoài ra, có 93,3% (28/30) phụ nữ nhóm I và 66% (665/1.008) phụ nữ nhóm II có những rối loạn liên quan đến nội mạc tử cung (gồm polyp nội mạc tử cung, tăng sản nội mạc tử cung, tăng sản không điển hình, ung thư nội mạc tử cung) cần phải cắt tử cung hoặc nạo lòng trong lúc phẫu thuật. Những phụ nữ có những rối loạn nội mạc tử cung kèm theo làm tăng 4,11 lần nguy cơ ung thư buồng trứng (OR 4,11; KTC 95%, 1,73 – 9,73, P = 0,021)[6].

Có thể thấy, có nhiều yếu tố nguy cơ cho ung thư buồng trứng liên quan lạc nội mạc tử cung như tuổi, tình trạng mãn kinh, kích thước khối u lạc nội mạc tử cung và những rối loạn kèm theo mà trong đó, phẫu thuật giúp dễ dàng lấy mô bệnh học nhằm chẩn đoán xác định, phát hiện nguy cơ ác tính đồng thời giải quyết những rối loạn về nội mạc tử cung kèm theo.

Cuối cùng, để đánh giá về khả năng mang thai sau phẫu thuật so với không lựa chọn phẫu thuật, một nghiên cứu quan sát của Pedro năm 2010 trên 825 bệnh nhân lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng từ năm 2001 – 2008 với độ tuổi trung bình là 35,3 ± 3,1 tuổi, thời gian vô sinh là 3,2 ± 2,3 năm, với nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng được đo qua siêu âm hoặc nội soi có kích thước là 5,8 ± 2,1 cm. Kết quả cho thấy: 483 (58,5%) bệnh nhân (nhóm 1a) lựa chọn phẫu thuật là lựa chọn điều trị đầu tiên và trong số đó có 262 (54,2%) bệnh nhân mang thai tự nhiên sau phẫu thuật, khoảng thời gian để có thai trung bình là 11,2 tháng. Trong nhóm 221 phụ nữ không có thai sau phẫu thuật, có 144 phụ nữ thực hiện IVF (nhóm 1b), thu được 184 trứng và thụ thai thành công 56 ca (30,4%). 173 bệnh nhân không thực hiện phẫu thuật mà thực hiện IVF (nhóm 2) với kích thước nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng là 5,4 ± 3,2 cm. Trong nhóm này thu được 211 trứng và 68 trường hợp có thai (32,2%). Nhóm chứng (nhóm 3) gồm 169 bệnh nhân không điều trị gì, có 11,8% (20/169) phụ nữ mang thai tự nhiên. Qua kết quả trên, ta thấy: tỷ lệ mang thai tự nhiên ở nhóm 1a là 54,2% cao hơn nhóm chứng là 11,8%. Tỷ lệ mang thai tính chung cho nhóm 1 là nhóm thực hiện phẫu thuật nói chung là 65,8% cao hơn hẳn nhóm 2 (32,2%) và nhóm 3 (11,8%)[7]. Vì vậy, phẫu thuật làm tăng khả năng mang thai tự nhiên ở những bệnh nhân lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng.

Những điểm cần lưu ý để tối ưu hóa hiệu quả sau phẫu thuật lạc nội mạc tử cung buồng trứng

Mặc dù phẫu thuật cắt bỏ nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng cho tỷ lệ tái phát thấp hơn nhưng không thể loại trừ hoàn toàn với tỷ lệ tái phát 10% được ghi nhận mỗi năm (Koga và cs, 2015). Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp cho thấy việc sử dụng kéo dài thuốc ngừa thai phối hợp (OCs) sau mổ cho tỷ lệ tái phát thấp hơn so với chỉ phẫu thuật đơn độc (OR 0,12, KTC 95%, 0,05 – 0,29) (Vercellini, 2013; NICE 2017). Không có sự khác biệt về hiệu quả ngăn ngừa tái phát được ghi nhận khi so sánh giữa dùng liên tục OCs và dùng theo chu kỳ. Tuy nhiên đối với triệu chứng thống kinh thứ phát do lạc nội mạc tử cung buồng trứng, sử dụng liên tục OCs cho kết quả tốt hơn (Muzii và cs, 2016). Do đó, khuyến cáo nên điều trị kéo dài OCs hay progestin đơn thuần sau phẫu thuật điều trị lạc nội mạc tử cung buồng trứng trên những đối tượng chưa mong muốn mang thai để hạn chế tỷ lệ tái phát các triệu chứng.

MẶT TRÁI CỦA PHẪU THUẬT

Bên cạnh lợi ích mà phẫu thuật đem lại cho bệnh nhân lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, mặt trái phương pháp này cũng được nghiên cứu, tác hại chủ yếu trên dự trữ buồng trứng và hiếm muộn. Một nghiên cứu quan sát tiền cứu của Mehdizadeh năm 2017 trên 70 bệnh nhân có nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng ở một hay cả hai buồng trứng với kích thước trung bình là 59,86 ± 21,92 mm, nồng độ AMH (anti – mullerian hormone) được đo trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 6 tháng. Kết quả cho thấy:

– Có 45 (64%) bệnh nhân bị nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng một bên (nhóm 1), 25 (36%) bệnh nhân có lạc nội mạc hai buồng trứng (nhóm 2) và phần lớn bệnh nhân lạc nội mạc tử cung buồng trứng ≥ 50 mm, chiếm 72,85% (52/70). Nhóm 1 có 29% bệnh nhân có nang < 50 mm (nhóm 1a) và 71% bệnh nhân có nang ≥ 50 mm (nhóm 1b); nhóm 2 có 8% bệnh nhân có cả 2 nang < 50 mm (nhóm 2a) và 76% cả hai nang ≥ 50 mm (nhóm 2b) và 16% có 1 nang < 50 mm (nhóm 2c).

– AMH trước phẫu thuật ở cả hai nhóm 1 và nhóm 2 không có sự khác biệt (2,89 ± 2,16 và 3,86 ± 3,58; P = 0,113); có sự khác biệt AMH giữa nhóm 1a và 1b (3,67 ± 3,02 và 1,99 ± 1,57, P = 0,027) và không có sự khác biệt AMH trong nhóm 2 (4,64 ± 3,91; 0,31 ± 0,01 và 3,38 ± 2,69; P = 0,227)

– Sau 6 tháng theo dõi, AMH sau phẫu thuật ở cả 2 nhóm thấp hơn hẳn so với AMH ban đầu (1,32 ± 0,16 so với 2,63 ± 0,319; P = 0,008), trong từng nhóm 1 và 2 đều có sự giảm AMH tương tự (nhóm 1: 2,21 ± 1,32 so với 2,52 ± 1,61; P = 0,046; nhóm 2: 2,18 ± 1,32 so với 3,81 ± 3,50, P = 0,029). Giữa 2 nhóm, nhóm 2 giảm AMH nhiều hơn nhóm 1 (1,62 ± 3,74 so với 0,31 ± 0,91, P = 0,046). Trong nhóm 1, AMH giảm nhiều hơn ở nhóm 1b so với nhóm 1a (1,23 ± 2,70 so với 0,66 ± 1,59; P = 0,028) và tương tự ở nhóm 2, AMH giảm nhiều hơn hẳn ở nhóm 2b so với nhóm 2a và 2c (2,82 ± 4,05 so với 0,27 ± 0,56 và 0,37 ± 0,00; P = 0,025)[8].

Do đó, phẫu thuật nội soi làm giảm AMH và với nang lạc nội mạc tử cung càng lớn (≥ 50 mm) thì mức độ giảm AMH sau phẫu thuật càng cao.

Ngoài ra, trong quá trình phẫu thuật, mô lành buồng trứng có thể bị cắt nhầm, làm giảm thể tích buồng trứng cũng như vô tình lấy đi mô buồng trứng khỏe mạnh. Một nghiên cứu hồi cứu của Horace vào năm 2010 trên 35 phụ nữ, thu thập 38 mẫu mô lạc nội mạc tử cung buồng trứng. Có 24 mẫu (63%) nang ở buồng trứng trái và 14 mẫu (37%) được lấy ở buồng trứng phải. Có 8 phụ nữ có nang ở cả 2 buồng trứng nhưng chỉ có 3 bệnh nhân có cả hai nang > 30 mm (loại 5 ca). Có 18 phụ nữ (47%) lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng kèm theo lạc nội mạc tử cung sâu ở trực tràng và trực tràng – âm đạo cùng lúc. Chỉ có 1 mẫu (3%) là không tìm thấy mô buồng trứng trên mẫu lạc nội mạc tử cung và có 25 mẫu (66%) có cấu trúc tuyến kèm theo với nội mạc

tử cung. Độ dày của nội mạc tử cung là 140 ± 97 μm; độ dày dải xơ hóa lân cận là 851 ± 499 μm; độ dày mô buồng trứng bị cắt đi là 1.173 ± 712 μm; đường kính nang là 46 ± 12 mm; diện tích nang là 69,5 ± 39,4 cm^2 và số nang noãn vô tình bị cắt đi là 46 ± 57. Qua kết quả phân tích, có mối liên quan giữa số nang trứng bị cắt đi với mô buồng trứng bị cắt trong lúc phẫu thuật (P = 0,02) và đồng thời có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ dày mô buồng trứng bị cắt đi với đường kính của nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng (hệ số tương quan là 0,39; P = 0,015) và với diện tích của nang lạc nội mạc tử cung (hệ số tương quan 0,35; P = 0,03). Nghiên cứu cũng đi đến kết quả nếu đường kính nang lạc nội mạc tử cung cứ tăng 1 cm thì độ dày mô buồng trứng bị cắt trong quá trình phẫu thuật tăng trung bình 200 μm.

Mặt khác, phẫu thuật nội soi còn được cho rằng làm giảm đáp ứng với kích thích buồng trứng. Một nghiên cứu tổng quan của Somigliana vào năm 2003 trên tổng số 32 bệnh nhân lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng 1 bên với 46 chu kỳ kích trứng. Có 69% (22/32) bệnh nhân phẫu thuật nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng bên trái và 31 (10/32) bệnh nhân phẫu thuật bên phải. Kích thước nang lạc nội mạc tử cung trung bình là 3,9 ± 1,5 cm. Thời gian hiếm muộn trung bình là 5,4 ± 3,4 năm và thời gian kích trứng sau phẫu thuật là 2,4 ± 1,7 năm. Kết quả cho thấy tại thời điểm kích thích buồng trứng, số lượng nang noãn > 15 mm ở bên buồng trứng đã phẫu thuật giảm hơn hẳn so với bên buồng trứng còn lại, cụ thể là 2,0 ± 1,5 ở buồng trứng đã phẫu thuật so với 4,2 ± 2,5 ở bên đối diện, đã giảm 53% số lượng nang noãn trưởng thành (KTC 95%, 35 – 72%; P < 0,001). Thể tích buồng trứng ở bên đã phẫu thuật cũng thấp hơn so với bên nguyên vẹn, mặc dù giá trị giảm này ít có ý nghĩa thống kê hơn, cụ thể 7,4 ± 5,5 so với 9,5 ± 6,5 cm^3, giảm 23% (KTC 95%, 3 – 42%; P = 0,02). Để khảo sát mối tương quan giữa đường kính của nang với khả năng đáp ứng kích thích của buồng trứng, Somigliana đã chọn mốc 3 cm. Với mốc 3 cm này thì kích thước nang lạc nội mạc tử cung không có ý nghĩa với sự giảm số nang noãn vì đều có sự giảm số nang noãn > 15 mm tương tự nhau ở cả kích thước nang ≤ 3 cm hoặc > 3 cm[9]. Vậy phẫu thuật nội soi lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng làm giảm đáp ứng với kích thích buồng trứng, không liên quan đến kích thước nang lạc nội mạc tử cung.

Một trong những triệu chứng chính của lạc nội mạc tử cung chính là hiếm muộn. Ở phần lợi ích của phẫu thuật, ta đã chỉ ra rằng phẫu thuật làm cải thiện khả năng mang thai tự nhiên, tuy nhiên đối với những phụ nữ đã phẫu thuật nhưng không thể mang thai, họ sẽ được lựa chọn thực hiện phương pháp hỗ trợ sinh sản. Vậy thì phẫu thuật trong lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng có làm cải thiện kết cục của phương pháp hỗ trợ sinh sản hay không? Một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp của Nickkho – Amiry vào năm 2018 trên 10 nghiên cứu (có 1 nghiên cứu RCT) về so sánh kết cục thai kỳ khi thực hiện IVF/ICSI giữa những bệnh nhân lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng được thực hiện phẫu thuật và không thực hiện phẫu thuật. Kết quả cho thấy: trong 4 nghiên cứu, phẫu thuật không làm tăng tỷ lệ trẻ sống (OR 0,75; KTC 95%, 0,54 – 1,06; P = 0,11); trong 7 nghiên cứu, không có sự khác biệt về tỷ lệ thai lâm sàng giữa nhóm thực hiện phẫu thuật và nhóm không làm phẫu thuật (OR 1,08; KTC 95%, 0,8 – 1,45; P = 0,62); trong 5 nghiên cứu, thực hiện phẫu thuật cũng không làm cải thiện tỷ lệ mang thai trong mỗi chu kỳ so với nhóm không thực hiện phẫu thuật (OR 0,88; KTC 95%, 0,6 – 1,29; P = 0,51). Bên cạnh đó, về số trứng nhận được khi kích thích buồng trứng, sự khác biệt giữa phẫu thuật và không làm phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê (sự khác biệt trung bình (MD): -0,43; KTC 95%, (-1,67) – 0,8, P = 0,49) và cũng không có sự khác biệt về tổng số phôi tạo được trong mỗi chu kỳ giữa hai nhóm (MD 0,06; KTC 95%, (-0,21) – 0,33; P = 0,66). Hơn nữa, tổng số liều gonadotropin được sử dụng trong mỗi chu kỳ giữa hai nhóm cũng không có sự

khác biệt (MD: 244,81; KTC 95%, (-525,43) – 1015,06; P = 0,53); đồng thời đỉnh estradiol trong chu kỳ kích thích buồng trứng cũng không khác nhau giữa hai nhóm (MD: -159,349; KTC 95%, (-490,15) – 171,46)[10]. Vì vậy, việc phẫu thuật lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng cũng không làm cải thiện kết cục khi người phụ nữ sử dụng phương pháp hỗ trợ sinh sản.

LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG BUỒNG TRỨNG Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Lạc nội mạc tử cung là nguyên nhân phổ biến nhất gây thống kinh nguyên phát ở trẻ gái vị thành niên, với tỷ lệ được chẩn đoán xác định sau đó là 60%. Hầu hết các tổn thương lạc nội mạc ở giai đoạn sớm và khó được phát hiện khi thực hiện hình ảnh học hỗ trợ (siêu âm đầu dò âm đạo/trực tràng hay cộng hưởng từ) mà chỉ có thể chẩn đoán xác định bằng phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, trên nhóm đối tượng này, khi lâm sàng nghi ngờ có lạc nội mạc tử cung, dù chẩn đoán có được xác định hay không, cũng nên được nghi ngờ có tồn tại bệnh lý lạc nội mạc tử cung và nên bắt đầu điều trị thuốc kháng viêm non-steroid (NSAIDs) và thuốc ngừa thai phối hợp liều thấp để giảm triệu chứng cũng như giới hạn tiến triển của bệnh (Zannoni và cs, 2016); khuyến cáo này cũng tương tự đối với nhóm phụ nữ lớn tuổi hơn (NICE, 2017).

TỔNG KẾT

Lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng là một trong những kiểu hình phổ biến của lạc nội mạc tử cung, gây ra những triệu chứng làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Phẫu thuật cắt bỏ lạc nội mạc tử cung buồng trứng dường như là lựa chọn phổ biến và kỹ thuật chiếm ưu thế hơn là chọc hút hay phá hủy nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng. Mặc dù phẫu thuật tỏ ra ưu thế trong việc giảm các triệu chứng đau, làm tăng khả năng mang thai tự nhiên và giúp chẩn đoán xác định bệnh, tránh bỏ sót những nguy cơ ác tính trên mô bệnh học, nhưng phẫu thuật cũng làm giảm dự trữ buồng trứng, làm giảm đáp ứng với kích thích buồng trứng, cũng như không làm cải thiện kết cục của phương pháp hỗ trợ sinh sản, đồng thời trong quá trình phẫu thuật còn có khả năng cắt nhầm nhiều mô lành buồng trứng nếu như nang lạc nội mạc tử cung càng to. Do đó, nên có cái nhìn toàn diện khi tiếp cận điều trị bệnh nhân lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, bệnh nhân cần được thông tin đầy đủ về cả mặt lợi và hại trước khi điều trị phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Busacca M, Vignali MJCOiO, Gynecology. Ovarian endometriosis: from pathogenesis to surgical treatment. 2003;15(4):321-6.
2. Fauconnier A, Chapron CJHru. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. 2005;11(6):595-606.
3. Gelbaya TA, Gordts S, D'Hooghe TM, Gergolet M, Nardo LGJRbo. Management of endometrioma prior to IVF: compliance with ESHRE guidelines. 2010;21(3):325-30.
4. Tokushige N, Russell P, Black K, Barrera H, Dubinovsky S, Markham R, et al. Nerve fibers in ovarian endometriomas. 2010;94(5):1944-7.
5. Hart RJ, Hickey M, Maouris P, Buckett WJCdosr. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. 2008(2).
6. He Z-X, Shi H-H, Fan Q-B, Zhu L, Leng J-H, Sun D-W, et al. Predictive factors of ovarian carcinoma for women with ovarian endometrioma aged 45 years and older in China. 2017;10(1):45.
7. Barri PN, Coroleu B, Tur R, Barri-Soldevila PN, Rodríguez IJRbo. Endometriosis-associated infertility: surgery and IVF, a comprehensive therapeutic approach. 2010;21(2):179-85.
8. Mehdizadeh Kashi A, Chaichian S, Ariana S, Fazaeli M, Moradi Y, Rashidi M, et al. The impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve in patients with unilateral and bilateral endometrioma. 2017;136(2):200-4.
9. Somigliana E, Ragni G, Benedetti F, Borroni R, Vegetti W, Crosignani PJHR. Does laparoscopic excision of endometriotic ovarian cysts significantly affect ovarian reserve? Insights from IVF cycles. 2003;18(11):2450-3.
10. Nickkho-Amiry M, Savant R, Majumder K, Edi-O'sagie E, Akhtar MJAog, obstetrics. The effect of surgical management of endometrioma on the IVF/ICSI outcomes when compared with no treatment? A systematic review and meta-analysis. 2018;297(4):1043-57.

Tiếp theo trang 37

TRÁNH THAI TRONG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Một nghiên cứu về DMPA dài hạn ở phụ nữ trẻ 12 – 18 tuổi cho thấy mặc dù mật độ xương giảm trong quá trình sử dụng, nhưng hầu hết xương được thay thế khá nhanh sau khi ngừng sử dụng. Harel và cộng sự nhận thấy rằng mật độ xương đã trở về mức cơ bản trong vòng 60 tuần sau khi ngừng DMPA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. Grandi G, Barra F Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019 Feb;24(1):61-70.
2. Contraception and endometriosis: challenges, efficacy, and therapeutic importance. Edith Weisberg, and Ian S Fraser
3. Vercellini P, Barbara G, Somigliana E, Bianchi S, Abbiati A, Fedele L. Comparison of contraceptive ring and patch for the treatment of symptomatic endometriosis. Fertil Steril. 2010;93:2150–2161.
4. Mansour D. The benefits and risks of using a levonorgestrel-releasing intrauterine system for contraception. Contraception. 2012;85:224–234.