

HỆ THỐNG PHÂN LOẠI RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN THEO FIGO 2022

BS. Lý Thiện Trung

Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức

ĐỊNH NGHĨA VÀ NGUYÊN NHÂN RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN

Rối loạn phóng noãn thường gặp ở trẻ em gái và phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, thường có liên quan đến rối loạn chức năng của trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng^[1,2]. Các rối loạn bao gồm: thay đổi tần số hoặc tính đều đặn của chu kỳ kinh, rong kinh, cường kinh hay một số trường hợp có thể gây vô kinh^[3]. Rối loạn phóng noãn dẫn đến rối loạn chu kỳ kinh nguyệt, ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống và là một trong những nguyên nhân thường gặp của hiếm muộn, vô sinh.

Trong độ tuổi sinh sản, khi không có thai, không cho con bú và không sử dụng nội tiết ngừa thai, mỗi tháng buồng trứng người phụ nữ có một nang noãn vượt trội và phóng noãn. Tính đều đặn của phóng noãn thường được đánh giá thông qua tính đều đặn của chu kỳ kinh nguyệt. Đa phần những phụ nữ phóng noãn đều đặn có chu kỳ kinh nguyệt từ 24 – 35 ngày. Rối loạn phóng noãn có thể được biểu hiện qua chu kỳ kinh nguyệt không đều. Có thể nghi ngờ rối loạn phóng noãn khi bệnh nhân có kinh nguyệt không đều (chu kỳ ngắn hơn 24 ngày hoặc dài hơn 35 ngày) hoặc bệnh nhân có xuất huyết tử cung bất thường hoặc vô kinh. Tuy nhiên, chu kỳ kinh nguyệt đều không đồng nghĩa là phóng noãn đều, vẫn có 1 – 14% phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt đều gặp những chu kỳ không phóng noãn^[4].

Toàn bộ cơ chế và nguyên nhân của rối loạn phóng noãn vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ. Cho đến nay, nguyên nhân phổ biến nhất gây rối loạn

phóng noãn là hội chứng buồng trứng đa nang, chiếm khoảng 70% các trường hợp. Các nguyên nhân khác gồm bệnh lý tuyến giáp (2 – 3%), bệnh lý tuyến yên (13%), cường androgen do tăng sản tuyến thượng thận hoặc u tuyến thượng thận (2%), chưa rõ nguyên nhân (7 – 8%) và rối loạn trục hạ đồi – tuyến yên chức năng (do thừa cân, rối loạn ăn uống, luyện tập cường độ cao)... Rối loạn phóng noãn do tăng prolactin máu chiếm 5 – 10% các trường hợp rối loạn phóng noãn do ức chế sự chế tiết gonadotropin. Hầu hết phụ nữ tăng prolactin máu thường vô kinh hay có kinh thưa^[5].

CÁC HỆ THỐNG PHÂN LOẠI VỀ RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN TRƯỚC ĐÂY

Để thuận tiện cho ứng dụng lâm sàng, nghiên cứu khoa học và giảng dạy, nhiều tổ chức trên thế giới đã đưa ra các phân loại về rối loạn phóng noãn.

Phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization – WHO) năm 1973^[6]

Hệ thống phân loại rối loạn phóng noãn đầu tiên được công bố bởi WHO vào năm 1973, chia rối loạn phóng noãn ra làm ba nhóm.

– WHO nhóm I: Rối loạn phóng noãn do suy vùng trung tâm (Hypogonadotropic Hypogonadal Anovulation). Nhóm bệnh nhân này chiếm 5 – 10% những phụ nữ bị rối loạn phóng noãn với nồng độ FSH, LH, estradiol rất thấp. Nguyên nhân là do bất thường trong sự chế tiết gonadotropin – releasing hormone (GnRH) hoặc tuyến yên không nhạy cảm với

GnRH. Có thể kể đến các trường hợp như luyện tập thể lực cường độ cao, sứt cân đột ngột, hội chứng Kallmann.

– WHO nhóm II: Rối loạn phóng noãn do rối loạn chức năng (Eugonadotropic Estrogenic Anovulation). Nhóm này chiếm 75 – 85% phụ nữ rối loạn phóng noãn, đặc trưng bởi nồng độ FSH và estradiol trong máu bình thường, nồng độ LH bình thường hoặc tăng. Thường gặp nhất trong nhóm này là hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovary syndrome – PCOS).

– WHO Nhóm III: Rối loạn phóng noãn do suy buồng trứng (Hypergonadotropic Anovulation), chiếm 10 – 20% các trường hợp, đặc trưng bởi nồng độ FSH tăng cao và đa số là vô kinh. Ở nhóm bệnh nhân này, buồng trứng không có khả năng đáp ứng với các hormone hướng sinh dục. Ví dụ điển hình là những bệnh nhân suy buồng trứng, mất mô buồng trứng sau phẫu thuật hay do bất thường nhiễm sắc thể (hội chứng Turner).

Trong phân loại này, rối loạn phóng noãn do tăng prolactin máu được xếp vào nhóm khác.

Phân loại của WHO năm 1976^[7]

Ba năm sau khi đề xuất phân loại đầu tiên, WHO công bố bảng phân loại thứ hai của rối loạn phóng noãn dựa trên nồng độ prolactin, nồng độ FSH và test progestogen. Phân loại này chia rối loạn phóng noãn làm bảy nhóm:

- Nhóm I: Suy hạ đồi – tuyến yên.
- Nhóm II: Rối loạn chức năng vùng hạ đồi – tuyến yên.
- Nhóm III: Suy buồng trứng.
- Nhóm IV: Dị dạng đường sinh dục bẩm sinh hoặc mắc phải.
- Nhóm V: U tăng tiết prolactin.
- Nhóm VI: Tăng prolactin máu không do u.
- Nhóm VII: U không có chức năng ở vùng hạ đồi – tuyến yên.

Từ đó đến nay, phân loại của WHO đã được áp dụng rộng rãi trong các sách về phụ khoa, hiếm muộn, và nội tiết sinh sản. Đồng thời, một số tác giả cũng điều chỉnh các phân loại này thành nhiều phiên bản khác nhau.

Phân loại của Viện Y tế và Chất lượng Điều trị Quốc gia Anh (National Institute of Health and Care Excellence – NICE) năm 2004^[8]

Phân loại này được biên soạn dựa trên Sổ tay hướng dẫn điều tra và chẩn đoán cặp vợ chồng hiếm muộn của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1993 (WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple)^[9]. Theo đó, rối loạn phóng noãn được chia làm ba nhóm:

- Nhóm I: Gonadotropins và estradiol thấp.
- Nhóm II: Rối loạn gonadotropins và estradiol bình thường.
- Nhóm III: Gonadotropins cao và estradiol thấp.

Trong phân loại này, nhóm I về cơ bản đề cập đến thiếu năng sinh dục và suy tuyến yên (hypogonadotropic hypogonadism) và các trường hợp tăng prolactin máu. Nhóm II thường được gọi là "rối loạn chức năng trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng" và hầu hết coi nhóm này là những phụ nữ mắc hội chứng buồng trứng đa nang. Nhóm III là nhóm bệnh nhân suy buồng trứng.

PHÂN LOẠI VỀ XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG (ABNORMAL UTERINE BLEEDING – AUB) CỦA FIGO

Liên đoàn Phụ khoa và Sản khoa Quốc tế (International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO) công bố phân loại về xuất huyết tử cung bất thường (Abnormal Uterine Bleeding – AUB lần đầu năm 2011 và cập nhật phiên bản mới năm 2018^[3,10]. Theo đó, AUB được phân loại dựa trên hai hệ thống là System 1 và System 2.

System 1 mô tả AUB trong độ tuổi sinh sản theo tần số, tính đều đặn, thời gian ra máu tử cung và lượng máu. Phiên bản cập nhật gần nhất của System 1 mô tả xuất huyết tử cung bất thường như sau:

- Ra máu kéo dài: > 8 ngày ra máu.

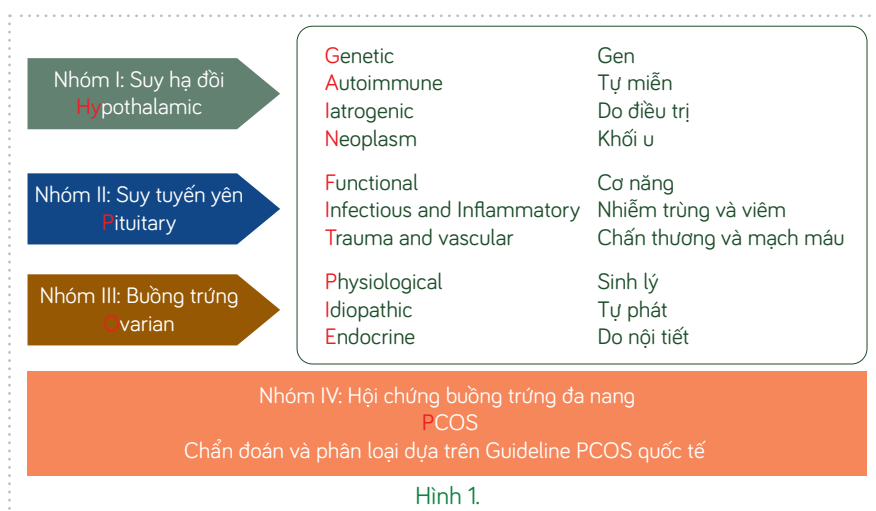
- Ra máu thường xuyên: > 4 lần ra máu trong khoảng thời gian 90 ngày.
- Ra máu không thường xuyên: ≤ 2 lần ra máu trong khoảng thời gian 90 ngày.
- Ra máu không đều: Độ dài của chu kỳ dài nhất và ngắn nhất cách nhau trên 7 – 9 ngày. Trên lâm sàng sẽ áp dụng là trên ± 4 ngày.

System 2 mô tả về những nguyên nhân có thể gây AUB, bao gồm 9 nguyên nhân được viết tắt là PALM–COEIN. Cụ thể là:

- Polyp (AUB–P);
- Adenomyosis (AUB–A);
- U xơ cơ tử cung Leiomyoma (AUB–L);
- Tăng sinh và bệnh lý ác tính (Malignancy and hyperplasia AUB–M);
- Bệnh lý đông máu (Coagulopathy AUB–C);
- Rối loạn phóng noãn (Ovulatory dysfunction AUB–O);
- Bệnh lý nội mạc tử cung (Endometrial disorders AUB–E);
- Do điều trị (Iatrogenic AUB–I);
- Chưa rõ nguyên nhân – Not otherwise classified (AUB–N).

Trong nhóm nguyên nhân AUB–O – tức xuất huyết tử cung bất thường do rối loạn phóng noãn, chẩn đoán thường được xác lập bằng tính chất chu kỳ kinh nguyệt và nguyên nhân thường được cho rằng do một trong những rối loạn của trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng.

HỆ THỐNG PHÂN LOẠI RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN THEO FIGO 2022^[11]



Hình 1.

Kể từ những lần lặp lại đầu tiên của phân loại của WHO, đã có những tiến bộ đáng kể trong việc hiểu biết về sinh lý buồng trứng, quá trình phóng noãn và sinh lý bệnh của các rối loạn phóng noãn. Do đó, việc có một phân loại toàn diện và cập nhật hơn là rất cần thiết.

Do đó, FIGO thành lập Ủy ban Chỉ đạo Rối loạn phóng noãn (Ovulatory Disorders Steering Committee – ODSC) bao gồm các thành viên của Ủy ban về Rối loạn Kinh nguyệt (Committee on Menstrual Disorders – MDC) của FIGO (nay là Ủy ban về Rối loạn Kinh nguyệt và các Vấn đề Sức khỏe Liên quan, Committee on Menstrual Disorders and Related Health Impacts – MDRHI) và Ủy ban về Y học Sinh sản, Nội tiết và Vô sinh (Committee on Reproductive Medicine, Endocrinology and Infertility). Ủy ban đã đưa ra một hệ thống phân loại rối loạn phóng noãn mới để áp dụng cho thực hành lâm sàng, nghiên cứu khoa học và giảng dạy.

Để đưa ra hệ thống mới, FIGO đã thực hiện đồng thuận DELPHI từ 46 chuyên gia trên toàn thế giới. Thực hiện tuần tự các bước: 3 vòng khảo sát, họp mặt trực tiếp, vòng 4 và vòng đưa ra kết luận về hệ thống phân loại gồm hai tầng. (Hình 1)

Tầng 1 được gọi là HyPO–P. Trong đó, nhóm I gồm những bệnh nhân suy vùng hạ đồi; nhóm II gồm những bệnh nhân suy tuyến yên; nhóm III gồm những bệnh nhân có bất thường tại buồng trứng; và nhóm IV là những bệnh nhân PCOS.

Ở tầng thứ 2, mỗi nhóm nguyên nhân của

tầng 1 được chia làm 10 nguyên nhân nhỏ được viết tắt là GAIN – FIT – PIE. Cụ thể là Genetic (do gen), Autoimmune (tự miễn), Iatrogenic (do điều trị), Neoplasm (khối u); Functional (cơ năng), Infectious and Inflammatory (nhiễm trùng và viêm), Trauma and vascular (chấn thương và mạch máu); Physiological (sinh lý), Idiopathic (tự phát), Endocrine (nội tiết).

ỨNG DỤNG CỦA HỆ THỐNG PHÂN LOẠI RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN MỚI

Hệ thống mới được thiết kế cho các bác sĩ lâm sàng, các nhà nghiên cứu khoa học và các thầy cô giảng dạy y khoa dùng cho mục tiêu lâm sàng, nghiên cứu và giảng dạy. Tùy thuộc vào đối tượng, rối loạn phóng noãn có thể chỉ tập trung phân loại vào bốn nhóm ở tầng 1 HyPO–P hoặc thêm chi tiết được cung cấp bởi tầng 2 GAIN–FIT–PIE.

Để áp dụng hệ thống phân loại này, bệnh nhân phải được xác định là bị rối loạn phóng noãn. Hầu hết, nhưng chắc chắn không phải tất cả, rối loạn phóng noãn được gợi ý bởi sự hiện diện của các triệu chứng của AUB, vô kinh đến chảy máu kinh không thường xuyên hoặc không đều. Do đó, những bệnh nhân có kinh nguyệt không đều hoặc không thường xuyên đều được coi là bị rối loạn phóng noãn.

Việc phân loại rối loạn phóng noãn theo tầng 1 và 2 đòi hỏi bác sĩ lâm sàng phải thực hiện khai thác bệnh sử, thăm khám thật kỹ và phân tích các cận lâm sàng để xác định nguyên nhân cơ bản có thể gây ra rối loạn phóng noãn để có cách xử trí phù hợp.

MỘT SỐ VÍ DỤ VỀ PHÂN LOẠI RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN THEO HỆ THỐNG FIGO 2022

Ví dụ 1: Bệnh nhân kinh nguyệt không đều, không thường xuyên và ra máu kéo dài, xét nghiệm nội tiết có tăng prolactin máu, hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy một khối u ở tuyến yên. Bệnh nhân được phân loại là loại 2–N (nhóm 2: Tuyến yên – Neoplasm nghĩ do khối u).

Ví dụ 2: Bệnh nhân kinh nguyệt không đều, không thường xuyên, rậm lông nhẹ, siêu âm thấy ít nhất một buồng trứng có hơn 20 nang thứ cấp, không kèm nang vượt trội hoặc nang noãn thể. Bệnh nhân sẽ được loại 4 – PCOS.

Trên thực tế, khả năng xác định vị trí giải phẫu và cơ chế bệnh sinh có thể khó khăn tùy theo nguyên nhân rối loạn và các nguồn lực sẵn có tại cơ sở y tế. Tuy nhiên, bác sĩ nên chẩn đoán chính xác để điều trị phù hợp cho các trường hợp rối loạn phóng noãn tùy theo nguyên nhân.

LỜI KẾT

Hệ thống FIGO phân loại rối loạn phóng noãn HyPO–P, GAIN–FIT–PIE đã được đệ trình để xem xét như một tiêu chuẩn trên toàn thế giới cho chăm sóc lâm sàng, nghiên cứu khoa học, dịch tễ học và giảng dạy. Việc áp dụng hệ thống mới có thể giúp nâng cao kiến thức của chúng ta về cơ chế, chẩn đoán và quản lý bệnh nhân rối loạn phóng noãn. Việc áp dụng này cần có sự hỗ trợ chung của các hiệp hội và chuyên gia thuộc chuyên ngành sản phụ khoa. Cuối cùng, không có hệ thống nào được coi là vĩnh viễn, vì vậy việc ứng dụng phân loại mới, xem xét và sửa đổi cẩn thận cần được thực hiện thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update*. 2003 Oct;9(5):493 – 504.
2. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, và cs Recommendations from the international evidence – based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2018 Aug;110(3):364 – 79.
3. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, the FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet*. 2018 Dec;143(3):393 – 408.
4. Prior JC, Naess M, Langhammer A, Forsmo S. Ovulation Prevalence in Women with Spontaneous Normal – Length Menstrual Cycles – A Population – Based Cohort from HUNT3, Norway. *PLoS One*. 2015;10(8):e0134473.
5. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *JAMA*. 2021 Jul 6;326(1):65 – 76.
6. Agents stimulating gonadal function in the human. Report of a WHO scientific group. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1973;514:1 – 30.
7. Agents stimulating gonadal function in the human. Report of a WHO scientific group. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1976;514.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fertility problems: Assessment and treatment. *Clinical guideline CG156*. London: NICE and RCOG; 2013. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>.
9. Rowe PJ, Comhaire FH, Hargreave TB, Mellows HJ. *WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1993:83.
10. Fraser I, Critchley H, Broder M, Munro M. The FIGO Recommendations on Terminologies and Definitions for Normal and Abnormal Uterine Bleeding. *Semin Reprod Med*. 2011 Sep;29(05):383 – 90.
11. Munro MG, Balen AH, Cho S, Critchley HOD, Diaz I, Ferriani R, và cs The FIGO Ovarulatory Disorders Classification System. *Fertil Steril*. 2022 Oct;118(4):768 – 86.