

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 50

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 50

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

- 06 < Điều trị nội khoa cho các vấn đề không liên quan đến hiếm muộn của hội chứng buồng trứng đa nang
Hồ Mạnh Tường
- 10 < Đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang
Lý Thiện Trung, Hồ Ngọc Anh Vũ
- 15 < Vai trò của AMH trong hội chứng buồng trứng đa nang
Võ Văn Cường
- 18 < Hội chứng buồng trứng đa nang ở thanh thiếu niên
Phạm Mỹ Hoàng Vân
- 22 < Thừa cân, béo phì ở phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang và cách quản lý
Lê Long Hồ
- 25 < Cập nhật tình hình nghiên cứu về tình trạng thiếu vitamin D ở phụ nữ mang hội chứng buồng trứng đa nang
Lâm Đò Phương Uyên
- 30 < Cải thiện triệu chứng nam hóa ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 34 < Hội chứng buồng trứng đa nang và mối liên quan với rối loạn tăng huyết áp thai kỳ
Bùi Quang Trung
- 37 < Nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Lê Tiểu My
- 41 < Hội chứng buồng trứng đa nang và nguy cơ sinh non
Nguyễn Khánh Linh
- 44 < So sánh giữa myo-inositol và metformin trên lâm sàng, chuyển hóa và tham số di truyền ở hội chứng buồng trứng đa nang
Tăng Quang Thái
- 50 < Nên thực hiện IVF hay IVM ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang?
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 54 < Chia sẻ một số kinh nghiệm lâm sàng trong việc lựa chọn bệnh nhân PCOM tối ưu cho IVM
Nguyễn Khánh Linh
- 57 < Ngân hàng sữa mẹ bệnh viện Từ Dũ: công trình mang ý nghĩa khoa học và tính nhân văn
Nguyễn Thị Minh Tâm
- 60 < Các hệ thống đánh giá và phân giai đoạn lạc nội mạc tử cung
Lê Tiểu My
- 65 < Đưa ra quyết định dựa trên thực chứng trong y học sinh sản
Nguyễn Thùy Linh Trang, Châu Uy Bằng, Lê Đăng Khoa
- 69 < Lựa chọn ưu tiên và chuyển viện trẻ sơ sinh bệnh tim bẩm sinh
Nguyễn Khôi

JOURNAL CLUB

- 74 < Vị thế của nuôi dưỡng thành noãn trong ống nghiệm trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản
- 76 < Nghiên cứu đầu tiên trên thế giới so sánh trực tiếp hiệu quả dự phòng sinh non trên song thai của hai biện pháp can thiệp: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng được thực hiện tại Việt Nam
- 78 < Kết cục thai kỳ tiền sản giật khởi phát sớm theo phương thức chấm dứt thai kỳ
- 79 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng về tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ
- 81 < Đồng thuận về định nghĩa thai chậm tăng trưởng chọn lọc trên thai kỳ song thai
- 82 < Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản không làm tăng nguy cơ ung thư ở trẻ em và thanh thiếu niên
- 83 < Điều trị cấp cứu tăng huyết áp nặng cấp tính trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản
- 85 < U buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh: phẫu thuật hay theo dõi?
- 87 < Hiệu quả sử dụng GnRH agonist so với hCG trong gây phóng noãn ở bệnh nhân PCOS điều trị IUI: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng

89 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 52

LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG - BỆNH TUYẾN CỐ TỬ CUNG

Tập 52 sẽ xuất bản vào tháng 12/2019.

Hạn gửi bài cho tập 52 là 20/8/2019.

Chuyên đề tập 53

CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN - Y HỌC BÀO THAI

Tập 53 sẽ xuất bản vào tháng 3/2020.

Hạn gửi bài cho tập 53 là 20/11/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin – kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 – 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 – 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất).

Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 700 – 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2019



Hội viên liên kết Vàng 2019



CÁC HỆ THỐNG ĐÁNH GIÁ VÀ PHÂN GIAI ĐOẠN LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Lê Tiểu My

Bệnh viện Mỹ Đức



Lạc nội mạc tử cung vùng chậu được định nghĩa là có sự hiện diện của mô nội mạc tử cung ở ngoài nội mạc tử cung và cơ tử cung, tần suất khoảng 10% phụ nữ độ tuổi sinh sản và có thể đến 35 – 50% ở bệnh nhân có triệu chứng. Biểu hiện của lạc nội mạc tử cung rất đa dạng, tổn thương có thể điển hình hay không điển hình từ dạng nốt trên phúc mạc, khối lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng hay dạng lạc nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu (DIE) (ASRM, 2012). Triệu chứng thường gặp nhất của lạc nội mạc tử cung là đau vùng chậu và liên quan đến vô sinh. Tuy nhiên, bệnh nhân lạc nội mạc tử cung có thể hoàn toàn không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng.

Phân loại hoặc đánh giá giai đoạn lạc nội mạc tử cung đến nay vẫn còn nhiều tranh luận, nguyên nhân có thể do biểu hiện đa dạng của bệnh. Hiện nay, trong thực hành lâm sàng, phẫu thuật nội soi vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và phân giai đoạn lạc nội mạc tử cung. Tuy nhiên, phẫu thuật chẩn đoán và điều trị ngày càng cho thấy không là

biện pháp mang lại lợi ích tối ưu cho bệnh nhân, đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân mong con. Vì vậy, hình ảnh học, trong đó quan trọng nhất là siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và phân độ lạc nội mạc tử cung.

MỘT SỐ HỆ THỐNG ĐÁNH GIÁ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG HIỆN NAY

Các khuyến cáo về chẩn đoán lạc nội mạc tử cung và giá trị của các kỹ thuật chẩn đoán hiện nay rất khác nhau giữa các hiệp hội y khoa. Nguyên nhân có thể do thời điểm ban hành khuyến cáo khác nhau và dựa trên những chứng cứ tại thời điểm khác nhau. Tuy nhiên, có thể thấy để chẩn đoán lạc nội mạc tử cung cần sự kết hợp của triệu chứng, các yếu tố lâm sàng, thăm khám và hình ảnh trong chẩn đoán lạc nội mạc tử cung, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định vẫn là kết quả mô học trên phẫu thuật.

Tóm tắt khuyến cáo của các hiệp hội trong chẩn đoán lạc nội mạc tử cung (Bảng 1).

Bảng 1. Tóm tắt khuyến cáo của các hiệp hội trong chẩn đoán lạc nội mạc tử cung (còn tiếp).

Phương tiện chẩn đoán	ACOG	ASRM	SOGC	EHSRE	WES
Lâm sàng	Chẩn đoán xác định chỉ có thể dựa vào phẫu thuật có sự xác nhận của mô học.	Nội soi trước khi điều trị “được xem là phương pháp được lựa chọn dù cảnh báo cần nhiều nghiên cứu hơn”.	Chẩn đoán những trường hợp nghi ngờ lạc nội mạc tử cung bao gồm bệnh sử, khám lâm sàng và hình ảnh học.	Nghi ngờ lạc nội mạc tử cung dựa trên bệnh sử và triệu chứng, kết hợp khám lâm sàng và hình ảnh học trong chẩn đoán và xác định bằng kết quả mô học sau phẫu thuật.	Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán là nhìn thấy tổn thương khi phẫu thuật nội soi kết hợp với kết quả mô học.

Bảng 1. Tóm tắt khuyến cáo của các hiệp hội trong chẩn đoán lạc nội mạc tử cung (tiếp theo).

Phương tiện chẩn đoán	ACOG	ASRM	SOGC	EHSRE	WES
TVUS	Là kỹ thuật được ưu tiên khi đánh giá lạc nội mạc tử cung và/hoặc lạc nội mạc tử cung sâu ở trực tràng hay vách trực tràng âm đạo.	Kỹ thuật hình ảnh không làm tăng độ chính xác của chẩn đoán.	Phương thức được chọn lựa đầu tay khi nghi ngờ lạc nội mạc tử cung.	Có thể hữu ích trong chẩn đoán hoặc loại trừ lạc nội mạc tử cung trực tràng. Được khuyến cáo trong chẩn đoán hoặc loại trừ lạc nội mạc tử cung buồng trứng.	Không đề cập.
MRI	Chỉ định trong trường hợp nghi ngờ lạc nội mạc tử cung vách trực tràng âm đạo hoặc bàng quang khi kết quả siêu âm không rõ ràng.	Kỹ thuật hình ảnh học không làm tăng độ chính xác của chẩn đoán.	Có thể cần thiết khi nghi ngờ lạc nội mạc tử cung sâu.	Dù chưa rõ ràng nhưng có thể hữu ích trong lạc nội mạc tử cung phúc mạc.	Không đề cập.

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists; ASRM: American Society for Reproductive Medicine; SOGC: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology; WES: World Endometriosis Society; TVUS: siêu âm ngã âm đạo; MRI: Magnetic Resonance Imaging – cộng hưởng từ

Phân loại lạc nội mạc tử cung cải tiến của ASRM (còn gọi là AFS score) (Bảng 2).

Bảng 2. Phân loại lạc nội mạc tử cung cải tiến của ASRM (còn gọi là AFS score).

	Lạc nội mạc tử cung	< 1 cm	1 – 3 cm	> 3 cm
Phúc mạc	Bề mặt	1	2	4
	Sâu	2	4	6
	(P) Bề mặt	1	2	4
Buồng trứng	Sâu	4	16	20
	(T) Bề mặt	1	2	4
	Sâu	4	16	20
	Dính túi cùng sau	Một phần	Hoàn toàn	
		4	16	
Buồng trứng	Dính	< 1/3	1/2 – 1/3	> 2/3
	(P) Dính nhẹ	1	2	4
	Dính nặng	4	8	16
	(T) Dính nhẹ	1	2	4
	Dính nặng	4	8	16
	(P) Dính nhẹ	1	2	4
Ống dẫn trứng	Dính nặng	4*	8*	16
	(T) Dính nhẹ	1	2	4
	Dính nặng	4*	8*	16

Nếu dính nặng các tua vòi của đầu tận ống dẫn trứng, đánh giá 16 điểm. Giai đoạn I (tối thiểu): 1 - 5; Giai đoạn II (nhẹ): 6 - 15; Giai đoạn III (trung bình): 16 - 40; Giai đoạn IV (nặng): > 40.

HỆ THỐNG PHÂN LOẠI THEO ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

Bảng thuật ngữ mô tả chức năng (Bảng 3).

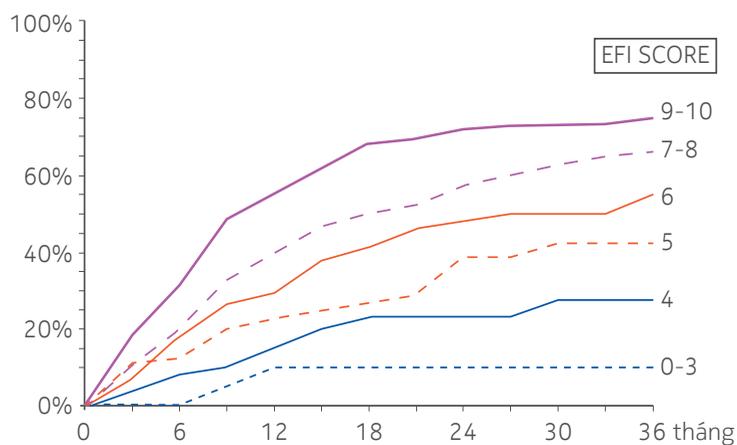
Bảng tính EFI (Bảng 4).

Ước đoán tỷ lệ thai dựa trên thang điểm EFI (Sơ đồ 1)

Bảng 3. Bảng thuật ngữ mô tả chức năng

Cấu trúc	Mức độ rối loạn chức năng	Mô tả
Ống dẫn trứng	Nhẹ	Tổn thương nhẹ lớp thanh mạc ống dẫn trứng.
	Trung bình	Tổn thương mức độ trung bình lớp thanh mạc hay lớp cơ của ống dẫn trứng, giới hạn tương đối di động ống dẫn trứng.
	Nặng	Xơ hóa ống dẫn trứng hoặc viêm ống dẫn trứng dạng nốt ở eo mức độ nhẹ/ trung bình, giới hạn nghiêm trọng di động của ống dẫn trứng.
	Mất chức năng	Tắc ống dẫn trứng hoàn toàn, xơ hóa nặng ống dẫn trứng hoặc viêm ống dẫn trứng dạng nốt.
Tua vòi Fimbria	Nhẹ	Tổn thương nhẹ, gây ảnh hưởng tối thiểu.
	Trung bình	Tổn thương tua vòi mức độ trung bình, ảnh hưởng mức độ trung bình, mất cấu trúc tua vòi và xơ hóa nhẹ bên trong tai vòi.
	Nặng	Tổn thương tua vòi mức độ nặng, ảnh hưởng mức độ nặng, mất cấu trúc tua vòi và xơ hóa mức độ trung bình trong tua vòi.
	Mất chức năng	Tổn thương nặng, ảnh hưởng mức độ nặng, mất hoàn toàn cấu trúc của tua vòi, tắc hoàn toàn ống dẫn trứng hoặc ứ dịch ống dẫn trứng.
Buồng trứng	Nhẹ	Kích thước buồng trứng bình thường hoặc gần như bình thường; tổn thương mức tối thiểu đến mức độ nhẹ thanh mạc buồng trứng.
	Trung bình	Giảm $\geq 1/3$ kích thước buồng trứng, tổn thương bề mặt buồng trứng mức độ trung bình.
	Nặng	Giảm $\geq 2/3$ kích thước buồng trứng, tổn thương bề mặt buồng trứng mức độ nặng.
	Mất chức năng	Không thấy buồng trứng hoặc dính toàn bộ vỏ buồng trứng

Để tính điểm chức năng tối thiểu (Least function - LF - score), tính tổng điểm thấp nhất của bên phải và bên trái. Nếu không có một bên buồng trứng, nhân đôi điểm thấp nhất của bên còn lại. Mức độ được tính theo điểm số: bình thường = 4; rối loạn chức năng nhẹ = 3, rối loạn chức năng mức độ trung bình = 2, rối loạn chức năng mức độ nặng = 1, mất chức năng = 0.



Sơ đồ 1. Ước đoán tỷ lệ thai dựa trên thang điểm EFI.
 Nguồn: Adamson GD, Pasta DJ. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system.

Bảng 4. Bảng tính EFI.

Yếu tố	Mô tả	Điểm
<i>Các yếu tố liên quan bệnh sử</i>		
– Tuổi	≤ 35	2
	36 – 39	1
	≥ 40	0
– Số năm mong con	≤ 3	2
	> 3	0
– Tiền sử sản khoa	Từng có thai	2
	Chưa từng có thai	0
Tổng điểm các yếu tố tiền sử		
<i>Các yếu tố đánh giá trên phẫu thuật</i>		
– LF score	Cao = 7 – 8	3
	Trung bình = 4 – 6	2
	Thấp = 1 – 3	1
– Tổn thương lạc nội mạc tử cung theo AFS	< 16	1
	≥ 16	0
– Tổng điểm AFS	< 71	1
	≥ 71	0
Tổng điểm các yếu tố đánh giá trên phẫu thuật		
EFI = tổng điểm các yếu tố liên quan bệnh sử + tổng điểm các yếu tố đánh giá trên phẫu thuật		

HỆ THỐNG PHÂN LOẠI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG DỰA TRÊN SIÊU ÂM NGẢ ÂM ĐẠO (UBESS)

Siêu âm khảo sát vùng chậu ngả âm đạo áp dụng phương pháp khảo sát 5 khu vực:

- (1) Khảo sát thường quy tử cung và buồng trứng;
- (2) Khảo sát sự mềm mại của site-specific;
- (3) Đánh giá sự di động của các cơ quan (sự di động của buồng trứng và túi cùng Douglas);
- (4) Đánh giá khoang trước, khoang sau và hai bên hố chậu tìm DIE không liên quan trực tràng;

(5) Đánh giá thành trước, sau của trực tràng tìm lạc nội mạc tử cung sâu ở trực tràng.

Thời gian trung bình cho khảo sát vùng chậu bằng kỹ thuật này khoảng 35 phút (Bảng 5).

Hệ thống phân loại lạc nội mạc tử cung dựa trên siêu âm (UBESS) và dự đoán mức độ phức tạp khi can thiệp phẫu thuật (Bảng 6).

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán lạc nội mạc tử cung trên phẫu thuật gồm ít nhất một trong các yếu tố sau:

- (1) Ít nhất một nốt trên bề mặt phúc mạc được chẩn đoán xác định lạc nội mạc tử cung bằng mô học;
- (2) Thấy một nốt dưới phúc mạc và có một vị trí khác đã được chẩn đoán lạc nội mạc tử cung;
- (3) Không quan sát được túi cùng sau.

Bệnh nhân được chẩn đoán lạc nội mạc tử cung giai đoạn higher-stage trước phẫu thuật (lạc nội mạc tử cung trực tràng có hoặc không ảnh hưởng túi cùng sau) cần được khảo sát đại trực tràng và tư vấn nguy cơ liên quan phẫu thuật ruột.

KẾT LUẬN

Chẩn đoán lạc nội mạc tử cung hiện nay, đặc biệt là nhóm bệnh nhân có triệu chứng, không phủ nhận vai trò của phẫu thuật nội soi.

Phẫu thuật vẫn là một chọn lựa điều trị thích hợp trong nhiều tình huống lâm sàng, ví dụ như không đáp ứng điều trị nội khoa.

Tuy nhiên, đánh giá và phân loại lạc nội mạc tử cung có tầm quan trọng trong quản lý điều trị, hoặc vẫn giúp ích khi khảo sát trước can thiệp phẫu thuật, nhằm hạn chế tối thiểu những rủi ro bên cạnh những ảnh hưởng của chính bệnh lý lạc nội mạc tử cung.

Bảng 5.

Vùng khảo sát	Mục tiêu	Dấu hiệu	Dự đoán dạng lạc nội mạc tử cung
I	Khảo sát thường quy tử cung và hai phần phụ	Các nang trong cơ, các đường phản âm dày, dày thành sau tử cung, mất khoảng giữa cơ tử cung và nội mạc tử cung.	Adenomyosis
		Nang buồng trứng thành dày có phản âm kém đồng nhất bên trong.	U lạc nội mạc tử cung
		Dạng “kính mờ”	
II			Có thể lạc nội mạc tử cung ở phúc mạc
III	Đánh giá sự di động của các cơ quan		
IIIa	Sự di động của buồng trứng	Sự di động của buồng trứng	Dính buồng trứng
IIIb	Tình trạng túi cùng sau	Dấu hiệu trượt ảnh động thời gian thực	Dính/không thấy túi cùng sau
IV	Đánh giá DIE không ở trực tràng	Nốt: tổn thương đặc hình tròn, phản âm kém	Lạc nội mạc tử cung ngoài buồng trứng không có ở trực tràng.
	Đánh giá thành trước, sau và 2 bên hố chậu	Dạng đường: đường phản âm sọc giảm âm Mảng: tổn thương hình dạng bất định phản âm kém	Lạc nội mạc tử cung ngoài buồng trứng có ở trực tràng.
V	Đánh giá lạc nội mạc tử cung sâu ở trực tràng	Tổn thương phản âm kém đè không xẹp ở lớp cơ (có thể xâm lấn đến lớp niêm mạc)	Lạc nội mạc tử cung sâu ở trực tràng.

Bảng 6. Hệ thống phân loại lạc nội mạc tử cung dựa trên siêu âm (UBESS) và dự đoán mức độ phức tạp khi can thiệp phẫu thuật.

Giai đoạn UBESS	Đặc điểm siêu âm ngã âm đạo có bơm gel	Mức độ phức tạp của phẫu thuật
Giai đoạn 1	Hai buồng trứng di động bình thường, không có lạc nội mạc tử cung sâu ở trực tràng và ngoài trực tràng, túi cùng Douglas bình thường.	Mức 1: phẫu thuật nội soi bình thường hoặc giai đoạn nhẹ
Giai đoạn 2	U lạc nội mạc tử cung +/- hai buồng trứng không di động +/- lạc nội mạc tử cung sâu không ở trực tràng +/- túi cùng Douglas bình thường.	Mức 2: giai đoạn trung bình
Giai đoạn 3	Lạc nội mạc tử cung sâu trực tràng +/- buồng trứng không di động (u lạc nội mạc tử cung) +/- túi cùng Douglas bình thường.	Mức 3: giai đoạn higher-stage

+/- có hay không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Adamson GD, Pasta DJ. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertil Steril* 2010;94:1609-1615.
- Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS; The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Endometriosis: Diagnosis and management. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32:S1-S32.
- Giudice LC. Clinical practice: Endometriosis. *New Engl J Med* 2010; 362: 2389 - 2398
- American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and Infertility: a committee opinion. *Fertil Steril* 2012; 98: 591 - 598
- Johnson NP, Hummelshoj L; World Endometriosis Society Montpellier C. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod.* 2013;28:1552-1568.
- Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014;29:400-412
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: A committee opinion. *Fertil Steril.* 2014;101:927-935.
- U. Menakaya, S. Reid, C. Lu, G. Bassem, F. Infante, G. Condous. Performance of ultrasound-based endometriosis staging system (UBESS) for predicting level of complexity of laparoscopic surgery for endometriosis. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2016; Vol 48, 786 – 795
- S. Gueriero, G. Condous, T. Van Den Bosch, L. Valentin et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurement: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2016; Vol 48, 318 – 332.
- Neil P. Johnson, Lone Hummelshoi et al. Word endometriosis society consensus on the classification of endometriosis. *Human Reproduction* 2017; Vol32, No.2: 315-324.
- Marc Bazot, Emile Darai. Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. *Fertility and Sterility* 2017, Vol 108, No.6, 886-894.
- Hugh S. Taylor, G. Dvid Adamson, Michael P. Diamond, Steven R. Goldstein, Andrew W. Horne, Stacey A. Missmer, Michael C. Snabes, Eric Surrey, Robert N. Taylor. An evidence-based approach to assessing surgical versus clinical diagnosis of symptomatic endometriosis. *Int J Gynecol Obstet* 2018; 142: 131 - 142.