

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



HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG Ở THANH THIẾU NIÊN

Phạm Mỹ Hoàng Vân

Bệnh viện Từ Dũ



Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovarian syndrome – PCOS) là nguyên nhân phổ biến nhất gây vô sinh ở phụ nữ, thường biểu hiện trong thời niên thiếu^[1], đặc trưng chủ yếu là rối loạn chức năng rụng trứng và cường androgen. Hội chứng này không đồng nhất về lâm sàng và sinh hóa. Chẩn đoán PCOS có ý nghĩa suốt đời với nguy cơ tăng hội chứng chuyển hóa, đái tháo đường type 2, có thể mắc bệnh tim mạch và ung thư nội mạc tử cung

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN PCOS Ở VỊ THÀNH NIÊN

Người trưởng thành: Nhiều chẩn đoán gần đây của PCOS ở người trưởng thành dựa vào sự kết hợp của tăng biểu hiện androgen trên lâm sàng và sinh hóa không giải thích được, bằng chứng của chu kỳ không rụng trứng và buồng trứng đa nang. Các tiêu chí này được ghi nhận có 4 kiểu hình khác nhau theo thứ tự giảm dần^[3].

Các kiểu hình PCOS ở phụ nữ trưởng thành

- Phenotype 1 (PCOS cổ điển)
 - Biểu hiện lâm sàng và/hoặc sinh hóa của tăng androgen.
 - Kinh thưa với chu kỳ không rụng trứng.
 - Bằng chứng buồng trứng đa nang trên siêu âm.
- Phenotype 2
 - Biểu hiện lâm sàng và/hoặc sinh hóa của tăng androgen.
 - Kinh thưa với chu kỳ không rụng trứng.

- Phenotype 3 (không có bất thường về rụng trứng)
 - Biểu hiện lâm sàng và/hoặc sinh hóa của tăng androgen.
 - Bằng chứng buồng trứng đa nang trên siêu âm.
- Phenotype 4 (không biểu hiện cường androgen).
 - Kinh thưa với chu kỳ không rụng trứng.
 - Bằng chứng buồng trứng đa nang trên siêu âm.

Thanh thiếu niên

PCOS ở thanh thiếu niên thường nhận thấy bởi các triệu chứng tăng androgen không rụng trứng, nhưng 1/3 các trường hợp đến cơ sở y tế vì rậm lông hoặc béo phì kết hợp với dấu gai đen (Acanthosis nigricans), trước khi bất thường kinh nguyệt trở nên rõ ràng. Mặc dù béo phì và kháng insulin liên quan mạnh mẽ với hội chứng PCOS nhưng thực sự có 1/2 bệnh nhân không có béo phì.

Tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS ở thanh thiếu niên bao gồm biểu hiện tăng androgen kéo dài kèm bất thường chu kỳ kinh nguyệt do chu kỳ không rụng trứng, dựa trên tuổi và giai đoạn phát triển, được tóm tắt trong **bảng 1**.

Tiêu chí chẩn đoán dành riêng cho thanh thiếu niên rất quan trọng vì tiêu chí PCOS ở người trưởng thành có nhiều vấn đề khi áp dụng cho thanh thiếu niên.

Thứ nhất, thanh thiếu niên thường xuyên có chu kỳ không rụng trứng kết hợp với kinh nguyệt bất thường. Thứ hai, dấu hiệu cường androgen ở người trưởng thành thì ít đáng tin cậy khi áp dụng cho

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS ở nữ vị thành niên^[7].

Kết hợp không giải thích được

Chày máu từ cung bất thường

- Bất thường đối với tuổi hoặc tuổi phụ khoa
- Triệu chứng kéo dài từ 1 đến 2 năm

Bảng chứng tăng androgen

- Tăng testosterone dai dẳng trên mức người trưởng thành
- Rậm lông trung bình - nặng là bằng chứng lâm sàng của tăng androgen
- Mụn trứng cá viêm trung bình - nặng là chỉ định kiểm tra nồng độ tăng androgen trong máu

Tiêu chuẩn chẩn đoán đồng thuận quốc tế cho PCOS ở thanh thiếu niên.
Tiêu chuẩn này được phát triển năm 2015 bởi Hội đồng đồng thuận của Hội Nội tiết Nhi khoa (PES).

thanh thiếu niên, vì rậm lông có thể chỉ biểu hiện trong giai đoạn phát triển và hầu như mụn trứng cá ở thanh thiếu niên là rất phổ biến. Thứ ba là khó khăn trong việc đo nồng độ testosterone, vì nồng độ có thể tăng trong chu kỳ không rụng trứng. Và thứ tư là hình thái buồng trứng đa nang là biểu hiện thường gặp ở thanh thiếu niên.

CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Than phiền chính của các cô gái vị thành niên mắc PCOS có thể là tình trạng rậm lông, kinh nguyệt bất thường, bệnh gai đen (Acanthosis nigricans) và/hoặc béo phì.

Béo phì: thường gặp trong 1/2 số bệnh nhân PCOS, và thường là nguyên nhân than phiền ban đầu. Béo phì vùng trung tâm là dấu hiệu chung với chu vi vòng eo > 88 cm ở nữ vị thành niên cũng như phụ nữ trưởng thành.

Biểu hiện đề kháng insulin: chuyển hóa đề kháng insulin phổ biến ở nữ vị thành niên có PCOS. Hầu hết các nghiên cứu chỉ ra rằng mức độ đề kháng insulin không tương ứng với mức độ béo phì. Kháng insulin biểu hiện ở 50 – 75% các cô gái béo phì có PCOS và khoảng 60% những cô gái này có hội

chứng chuyển hóa.

Những thanh thiếu niên mắc PCOS có nguy cơ tăng không dung nạp glucose, cho thấy đề kháng insulin có liên quan đến rối loạn chức năng tế bào beta tuyến tụy thấy ở đái tháo đường type 2. Khoảng 10% phụ nữ PCOS sẽ mắc đái tháo đường type 2 ở khoảng 40 tuổi.

Đánh giá hội chứng buồng trứng đa nang được khuyến cáo cho nữ vị thành niên khi có một hoặc những đặc điểm sau đây:

- Mức độ rậm lông cũng như mụn trứng cá mà đáp ứng kém với điều trị tại chỗ.
- Rối loạn kinh nguyệt (vô kinh, thiếu kinh hay ra kinh nhiều).
- Béo phì hoặc rậm lông khu trú kèm kinh nguyệt bất thường.

Đánh giá

Cần tiếp cận từng bước để đánh giá các tiêu chí theo bảng 1.

Đánh giá cơ bản

Bước đầu khám lâm sàng có thể ghi nhận biểu hiện của (i) tình trạng cường androgen trên da (như tình trạng rậm lông và mụn trứng cá) và (ii) bất thường kinh nguyệt (biểu hiện của không rụng trứng). Điều này là do tình trạng tăng quá mức androgen, và được đánh giá bằng lượng testosterone tự do và toàn phần. Sau khi đã loại trừ các nguyên nhân không do PCOS bằng siêu âm và các xét nghiệm cận lâm sàng khác, bệnh nhân có hàm lượng testosterone tăng cao có thể xem như mắc PCOS^[5]. Thiếu dữ kiện về tăng androgen có thể loại trừ chẩn đoán PCOS ở thanh thiếu niên mặc dù tăng androgen trong PCOS có thể không rõ ràng cho đến vài năm sau khi có kinh lần đầu (**Bảng 2**).

(a) **Rậm lông:** cần xác định mức độ và tình trạng phân bố lông trên cơ thể^[5] (sử dụng bảng điểm Ferriman – Gallwey) đồng thời phải áp dụng phù hợp trên từng độ tuổi và dân tộc. Rậm lông trung bình hoặc nặng (> 15 điểm) là bằng chứng lâm sàng của cường androgen ở thanh thiếu niên. Khai thác bệnh sử cần khai thác bệnh nhân có cạo lông hay sử dụng thuốc làm rụng lông không.

- **Mụn trứng cá:** Mức độ mụn trứng cá cần được

đánh giá theo độ tuổi phụ khoa của bệnh nhân. Nghi vấn cường androgen khi mụn trứng cá viêm trung bình hoặc nặng (>10 tổn thương ở bất kỳ khu vực nào như mặt, vai, lưng... trong những năm quanh tuổi bắt đầu có kinh hoặc tồn tại và đáp ứng kém với các liệu pháp da liễu tại chỗ).

(b) Bất thường kinh nguyệt

Bảng 2. Các dạng xuất huyết tử cung bất thường do không rụng trứng bất thường ở thanh thiếu niên PCOS^[2].

Triệu chứng	Xác định
Vô kinh nguyên phát	15 tuổi mà vẫn chưa có kinh hoặc sau khi tuyến vú phát triển 3 năm mà vẫn chưa kinh.
Vô kinh thứ phát	Nhiều hơn 90 ngày mà vẫn chưa có kinh lại sau lần hành kinh trước.
Thiểu kinh	1 năm sau lần hành kinh đầu tiên: <ul style="list-style-type: none"> – Trung bình > 90 ngày mà vẫn chưa có kinh lại sau lần hành kinh đầu tiên (ít hơn 4 chu kỳ 1 năm). 2 năm sau lần hành kinh đầu tiên: <ul style="list-style-type: none"> – Trung bình > 60 ngày mà vẫn chưa có kinh lại sau lần hành kinh đầu tiên (ít hơn 6 chu kỳ 1 năm). 3 năm sau lần hành kinh đầu tiên: <ul style="list-style-type: none"> – Trung bình > 45 ngày mà vẫn chưa có kinh lại sau lần hành kinh đầu tiên (ít hơn 8 chu kỳ 1 năm). 4 năm sau lần hành kinh đầu tiên: <ul style="list-style-type: none"> – Trung bình > 38 – 40 ngày mà vẫn chưa có kinh lại sau lần hành kinh đầu tiên (ít hơn 9 chu kỳ 1 năm).
Xuất huyết tử cung nhiều	Chu kỳ kinh ngắn hơn 21 ngày hoặc xuất huyết tử cung kéo dài hoặc nặng (kéo dài hơn 7 ngày hoặc sử dụng hơn một băng vệ sinh/1 tiếng trong 2 tiếng).

Chẩn đoán phân biệt^[6]

- Không rụng trứng sinh lý ở vị thành niên.
- Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh.
- Rối loạn bẩm sinh liên quan đến chuyển hóa steroid tuyến thượng thận.
- Hội chứng Cushing.
- Virilizing khối u tuyến thượng thận hoặc buồng trứng là nguyên nhân hiếm gặp của tăng androgen.

Tuy nhiên, nó nghiêm trọng và 1/2 trong số đó là ác tính. Trong hầu hết các trường hợp, các khối u này sẽ gây khởi phát nhanh chóng triệu chứng virilizing bao gồm rậm lông, hói, giọng trầm...

- Tăng prolactin trong máu: Tăng prolactin nặng trong máu cho thấy có adenoma tuyến yên, biểu hiện tình trạng đau đầu, hoặc tiết sữa tuyến vú kèm chu kỳ kinh nguyệt bất thường. Khoảng 40% bệnh nhân tăng prolactin máu có tăng androgen do tác động của prolactin dư thừa lên việc sản xuất androgen tuyến thượng thận và chuyển hóa androgen, và phần lớn những phụ nữ này có tiết sữa tuyến vú.
- Acromegaly: do sự tiết quá mức hormone tăng trưởng tuyến yên, thường phối hợp với PCOS.
- Rối loạn chức năng tuyến giáp: can thiệp vào chuyển hóa hormone giới tính, và gây rối loạn kinh nguyệt. Suy giáp cũng gây ra sự thay đổi nang buồng trứng và giảm nồng độ hormone giới tính.
- Thuốc.

NGUYÊN TẮC TRONG ĐIỀU TRỊ PCOS Ở NỮ VỊ THÀNH NIÊN

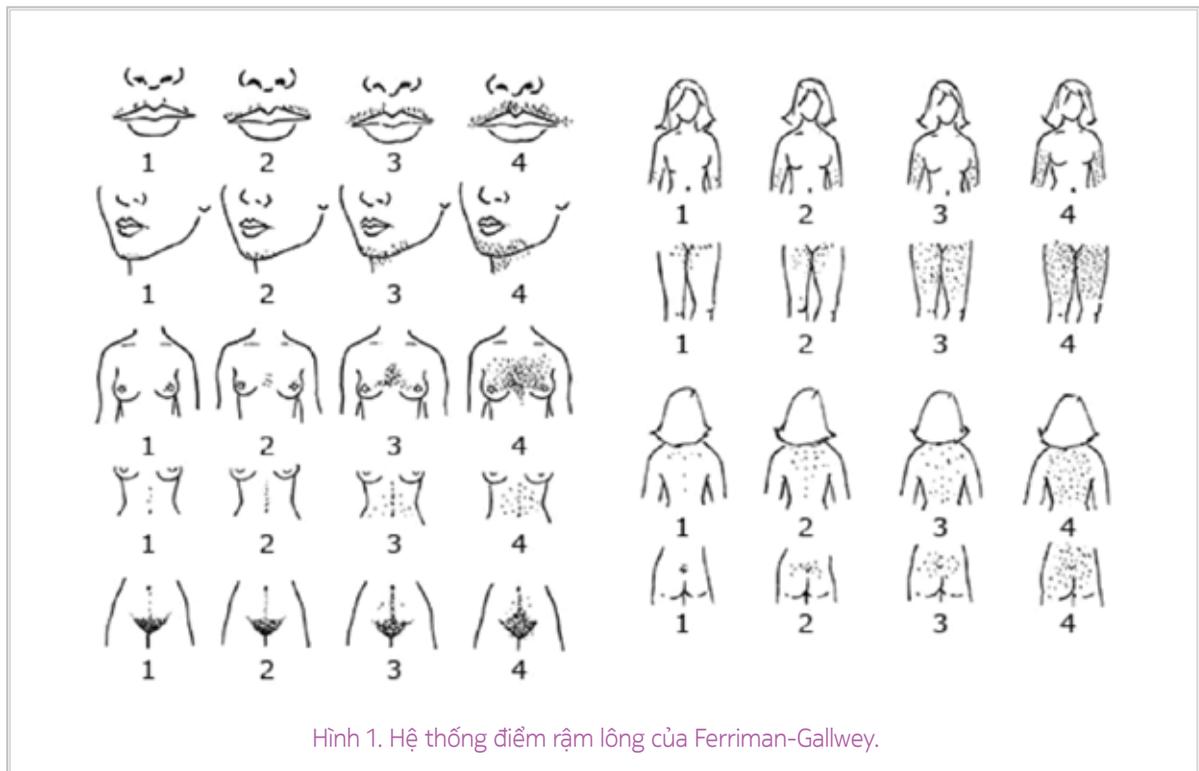
Điều trị PCOS là điều trị triệu chứng và cần cá thể hóa theo các than phiền, nhằm cải thiện cuộc sống của bệnh nhân như điều hòa kinh nguyệt, cải thiện các triệu chứng trên da của cường androgen, hội chứng chuyển hóa.

Thuốc ngừa thai phối hợp (COCs) được xem như điều trị đầu tay nhằm điều hòa kinh nguyệt, bảo vệ ung thư nội mạc tử cung, ức chế chức năng buồng trứng và bình thường nồng độ androgen trong máu góp phần cải thiện tình trạng mụn trứng cá và rậm lông^[6].

Việc điều chỉnh lối sống với việc hạn chế calo và tăng cường thể dục là điều tối quan trọng, đặc biệt trên những bệnh nhân béo phì^[4]. Điều trị giảm insulin bằng thuốc hay giảm cân có thể cải thiện chu kỳ kinh nguyệt nhưng không thay đổi tình trạng rậm lông.

KẾT LUẬN

Nhận biết và điều trị hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) ở thanh thiếu niên rất quan trọng nhằm quản lý hội chứng cường androgen và bất thường chu kỳ kinh nguyệt (rối loạn chức năng



Hình 1. Hệ thống điểm rậm lông của Ferriman-Gallwey.

buồng trứng). Thêm vào đó, PCOS tăng nguy cơ vô sinh, tăng sinh và ung thư nội mạc tử cung, đái tháo đường type 2, hội chứng chuyển hóa, và có thể mắc bệnh lý tim mạch.

Chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang ở thanh thiếu niên cần áp dụng tiêu chuẩn riêng đồng thuận quốc tế (Bảng 1), không dùng chung với Tiêu chuẩn chẩn đoán của phụ nữ trưởng thành. Nhóm đồng thuận kêu gọi cẩn thận trọng khi chẩn đoán PCOS trên thanh thiếu niên nếu bất thường kinh nguyệt không kéo dài trên 2 năm trở lên. Trước thời điểm này họ khuyến nghị nên xem những cô gái này là nhóm “có nguy cơ mắc PCOS”.

Khoảng 2/3 nữ giới cường androgen có tình trạng rậm lông. Ngược lại, rậm lông có thể có mà không có tăng androgen.

Mụn trứng cá mức độ trung bình hoặc nhiều hơn (> 10 tổn thương mụn ở mặt) ở giai đoạn sớm tuổi dậy thì, mụn trứng cá viêm trung bình hoặc nặng, kéo dài dai dẳng và đáp ứng kém với liệu pháp da liễu tại chỗ được xem là biểu hiện cường androgen.

Rối loạn kinh nguyệt gợi ý mức độ không rụng trứng bất thường ở nữ vị thành niên PCOS bao gồm ít hơn 6 chu kỳ kinh mỗi năm trong năm thứ

hai sau chu kỳ kinh đầu tiên, ít hơn 9 chu kỳ mỗi năm trong hoặc sau năm thứ 5 tính từ chu kỳ kinh đầu tiên, hoặc chảy máu quá nhiều^[2].

Bệnh nhân với các biểu hiện không điển hình như nam hóa, cường androgen bẩm sinh hoặc có yếu tố gia đình không giải thích được, hoặc không đáp ứng với điều trị PCOS chuẩn có thể mắc hội chứng rối loạn nam hóa hơn là mắc PCOS.

Sau khi đã chẩn đoán PCOS, điều quan trọng là xác định và theo dõi tình trạng dung nạp glucose bất thường, đái tháo đường type 2, và các biểu hiện khác của hội chứng chuyển hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Knochenhauer ES et al. The Prevalence and Features of the Polycystic Ovary Syndrome in an Unselected Population, in The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2004. p. 2745-2749.
2. Rosenfield RL. Adolescent Anovulation: Maturation Mechanisms and Implications, in The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2013. p. 3572-3583.
3. Rosenfield RL. The Polycystic Ovary Morphology-Polycystic Ovary Syndrome Spectrum, in Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2015, Elsevier. p. 412-419.
4. Kamboj MK and AE Bonny. Polycystic ovary syndrome in adolescence: diagnostic and therapeutic strategies, in Transl Pediatr 2017. p. 248-255.
5. Martin KA et al. Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: an endocrine society clinical practice guideline, in J Clin Endocrinol Metab 2008. p. 1105-20.
6. Rosenfield RL. The Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescents, in Pediatrics 2015. p. 1154-65.
7. Witchel SF et al. The Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome during Adolescence, in Horm Res Paediatr 2015.