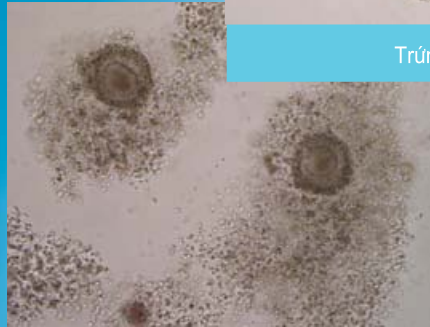




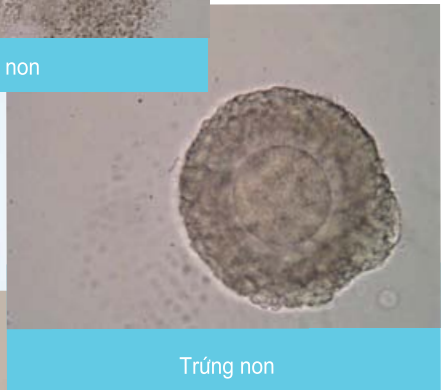
Tìm trứng



Trứng non



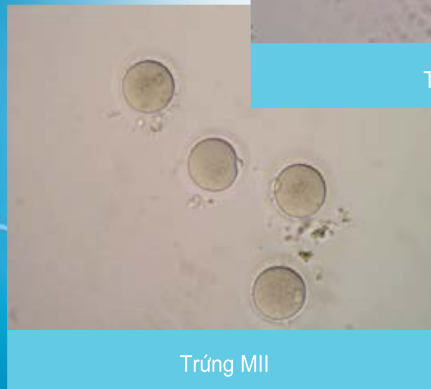
Trứng non



Trứng non



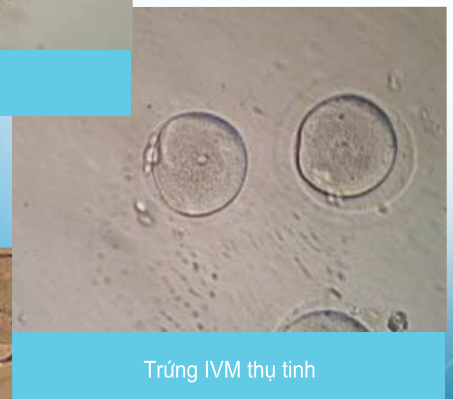
Pha môi trường IVF



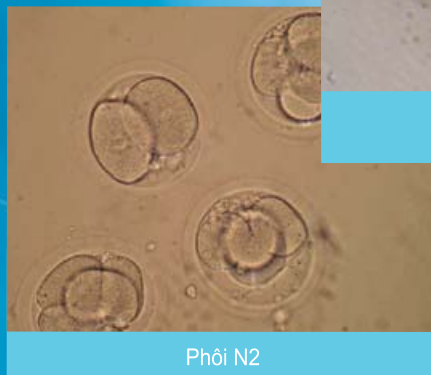
Trứng MII



Rửa trứng và cấy



Trứng IVF thụ tinh



Phôi N2

Kỹ thuật IVF



KẾT QUẢ SẢN KHOA CỦA CÁC BÉ SINH RA TỪ KỸ THUẬT IVM

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường^{1,2}

ThS. BS. Vương Thị Ngọc Lan³

¹HOSREM; ²IVFAS;

³Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP HCM

Đề tài đã báo cáo tại "The 15th World Congress in In Vitro Fertilization and the 4th Congress on In Vitro Maturation, Geneva, April, 2009"

Giới thiệu

Truởng thành trứng trong ống nghiệm (In Vitro Maturation - IVM) được xem là một kỹ thuật có thể thay thế phác đồ thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) cổ điển. Phác đồ TTTON hiện nay phải sử dụng một lượng lớn nội tiết trong thời gian kéo dài để kích thích buồng trứng. Kỹ thuật IVM chỉ cần sử dụng một lượng tối thiểu nội tiết, do đó không cần phải tiêm thuốc và siêu âm theo dõi kéo dài. Nhờ đó, chi phí điều trị được giảm đáng kể. Bên cạnh đó, một ưu điểm quan trọng của kỹ thuật IVM là loại trừ hoàn toàn hội chứng quá kích buồng trứng, là biến chứng thường gặp và nguy hiểm nhất của phác đồ TTTON cổ điển.

Các bệnh nhân bị buồng trứng đa nang (PCO) là đối tượng đặc biệt thích hợp cho kỹ thuật IVM do: (1) số nang noãn thứ cấp có sẵn ở buồng trứng nhiều; (2) nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng rất cao nếu áp dụng

phác đồ TTTON cổ điển. Do đó, hiện nay đây là chỉ định phổ biến nhất của IVM.

Theo tổng kết trên y văn thế giới, hiện nay có khoảng 30 trung tâm TTTON trên thế giới thực hiện thường qui kỹ thuật IVM và theo thống kê chưa đầy đủ, đã có hơn 1300 em bé ra đời từ kỹ thuật này (Sukkari, 2008).

Từ khi kỹ thuật IVM được áp dụng trên thế giới (1991) đến nay, đã có nhiều mối quan tâm về sức khỏe của các em bé sinh ra từ kỹ thuật này. Cho đến nay đã có một số báo cáo về kết quả sản khoa và sức khỏe của các bé sinh ra từ kỹ thuật IVM với số liệu tổng cộng trên 500 trường hợp. Các số liệu này đều cho thấy kết quả sản khoa và sức khỏe của các bé đều nằm trong các giới hạn bình thường (Cha et al., 2005; Soderstrom-Antila et al., 2006; Buckett et al., 2007).

Chúng tôi đã bắt đầu thực hiện kỹ thuật IVM ở Việt nam cho bệnh nhân buồng trứng đa nang (PCO) từ năm

2006. Trường hợp em bé IVM sinh đầu tiên ở Việt nam là vào năm 2007. Hiện nay, chúng tôi thực hiện khoảng 150 trường hợp IVM một năm tại IVF Vạn Hạnh và IVFAS. Đây là báo cáo đầu tiên về kết quả sản khoa của các trường hợp IVM ở Việt nam.

Phác đồ thực hiện IVM và theo dõi thai kỳ

Bệnh nhân được cho thuốc tạo chu kỳ kinh nếu có triệu chứng kinh thưa hoặc vô kinh. Chúng tôi cho bệnh nhân tiêm 100 đơn vị FSH tái tổ hợp mỗi ngày, trong 3 ngày liên tiếp, từ ngày thứ 8 của chu kỳ kinh. Vào ngày tiếp theo, bệnh nhân được tiêm 10.000 đơn vị hCG. Chọc hút trứng từ các nang nhỏ được thực hiện 36-40 giờ sau khi tiêm hCG.

Trứng được nuôi trưởng thành trong môi trường đặc biệt trong vòng 26-32 giờ. Sau đó, các trứng trưởng thành sẽ được thụ tinh trong ống nghiệm như các phác đồ TTON bình thường. Phôi tạo thành sẽ được nuôi cấy trong 2-3 ngày trước khi cấy lại vào buồng tử cung bệnh nhân.

Nội mạc tử cung được chuẩn bị với nội tiết tố kết hợp bao gồm estradiol và progesterone. Nếu có thai, bệnh nhân sẽ được hỗ trợ hoàng thể cho đến ít nhất là tuần thứ 9 của thai kỳ.

Tất cả các trường hợp có thai đều được theo dõi sát trong thai kỳ. Các chỉ số theo dõi bao gồm: cân nặng, sự phát triển của thai, biến chứng tiền sản giật, tiểu

đường thai kỳ, khoảng sáng sau gáy, siêu âm hình thái thai. Các trường hợp sanh đều được ghi nhận: cách sanh, số bé, cân nặng lúc sanh, giới tính, chỉ số APGAR và các biến chứng như: suy hô hấp sơ sinh, các bất thường và dị tật ở trẻ...

Kết quả sản khoa

Chúng tôi ghi nhận được 31 trường hợp sanh từ kỹ thuật IVM từ năm 2007 đến đầu năm 2009. Trong đó có 20 trường hợp sanh đơn thai và 11 trường hợp sanh song thai. Tuổi trung bình của sản phụ là 29,8 tuổi. Tăng cân trong thai kỳ trung bình của các sản phụ là 15kg. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp tiền sản giật hay tiểu đường thai kỳ nào trong 31 thai phụ trong báo cáo này. Các chỉ số về độ dày khoảng sáng sau gáy (nuchal translucency) và khảo sát hình thái thai nhi qua siêu âm 3 chiều đều nằm trong giới hạn bình thường.

Trong 42 trường hợp trẻ sơ sinh (20 bé đơn thai và 22 bé song thai), có 18 bé trai (42,9%) và 24 bé gái (57,1%). Có 2 trường hợp sanh ngả âm đạo, các trường hợp còn lại là mổ lấy thai. Có 4 trường hợp sanh non tháng (<37 tuần tuổi): 2 trong 20 trường hợp đơn thai và 2 trên 11 trường hợp song thai. Tuổi thai trung bình của các trường hợp sanh đơn thai là 37,8 tuần, dao động từ 30-40 tuần. Tuổi thai trung bình của các trường hợp sanh song thai là 37,4 tuần, dao động từ 34 đến 40 tuần. Cân nặng trung bình của trẻ sinh đơn thai là 2965g (1850-3450g). Cân nặng trung bình của trẻ sinh song thai là 2272g (1700-2700g).

Trong 42 bé trên, 40 bé có chỉ số APGAR 1 phút từ 7 trở lên và 2 bé có APGAR 1 phút là 6. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng sơ sinh nặng, tử vong sơ sinh hoặc di tật bẩm sinh nào ở tất cả các trường hợp trên. Tỷ lệ song thai trong báo cáo này cao là có thể do đa số các trường hợp song thai sau điều trị thường ở lại theo dõi khám thai với chúng tôi. Trong khi nhiều trường hợp đơn thai trở về địa phương khám thai và sanh, nên chúng



Trứng non

tôi không ghi nhận được số liệu sản khoa từ các trường hợp này.

Kết quả cho thấy các chỉ số về phát triển của thai kỳ và kết quả sản khoa của các thai kỳ và trường hợp trẻ sanh từ kỹ thuật IVM đều nằm trong các giới hạn bình thường. Chúng tôi không phát hiện các trường hợp bệnh lý hoặc bất thường nào ở các trẻ trong nhóm theo dõi. Các kết quả sản khoa khả quan trên có thể một phần do các sản phụ trẻ tuổi (trung bình 29,8 tuổi). Kết quả ghi nhận của báo cáo này cũng tương đương với các báo cáo trên y văn về các trẻ sinh ra từ kỹ thuật IVM.

Số liệu từ báo cáo của chúng tôi góp phần củng cố hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật IVM trong việc thay thế phác đồ TTTON cổ điển. Việc áp dụng IVM thành công ở Việt nam có ý nghĩa lớn về mặt y học và kinh tế. Các báo cáo trên y văn và tại các hội nghị quốc tế về IVM cho thấy Việt nam là một trong những nước đi đầu về kỹ thuật này trên thế giới hiện nay cả về số lượng chu kỳ điều trị và tỉ lệ thành công. Ý nghĩa quan trọng về mặt kỹ thuật của IVM là giúp tăng độ an toàn cho bệnh nhân khi thực hiện TTTON. Ngoài ra, kỹ thuật IVM còn giúp giảm đáng kể chi phí cho thuốc nội tiết khi thực hiện TTTON. Điều này đặc biệt có ý nghĩa ở các nước đang phát triển như Việt nam do chi phí thuốc hiện chiếm khoảng 60% chi phí điều trị TTTON.

Kết luận

Kỹ thuật trưởng thành trứng trong ống nghiệm (IVM) để điều trị cho các trường hợp phụ nữ bị buồng trứng đa nang và có chỉ định TTTON trong báo cáo này cho kết quả thai kỳ phát triển và kết quả sản khoa trong giới hạn bình thường.

Tài liệu tham khảo

1. CHA KY, CHUNG HM, LEE DR, et al. Obstetric outcome of patients with polycystic ovary syndrome treated by in vitro maturation and in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril*. 83(5):1461–1465. 2005.

2. SODERSTROM-ANTTILA V, SALOKORPI T, PIHLAJA M, et al. Obstetric and perinatal outcome and preliminary results of development of children born after in vitro maturation of oocytes. *Hum Reprod*. 21(6):1508–1513. 2006.

3. BUCKETT WM, CHIAN RC, HOLZER H, et al. Obstetric outcomes and congenital abnormalities after in vitro maturation, in vitro fertilization, and intracytoplasmic sperm injection. *Obstet Gynecol*. 110(4):885–891. 2007.

4. SUIKKARI AM. In-vitro maturation: its role in fertility treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol* 20:242–248. 2008.



Báo cáo kết quả IVM tại hội nghị quốc tế