

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA

- | | |
|---|---|
| 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ | 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị |
| 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà | 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm |
| 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và
điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà | 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau
do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như |
| 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên | 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm |
| 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán
hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa | 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ |
| 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến |
| 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và
bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ | 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy |
| 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới
Nguyễn Khánh Linh | |
| 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật
ngoại phụ khoa
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | |
| 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi
mang thai
Bùi Quang Trung | |
| 43 < Ngồi móng: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như | |

JOURNAL CLUB

- | | |
|--|--|
| 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa:
Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở
bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh | |
| 88 < NSAIDs không làm tăng huyết áp dai dẳng giai đoạn hậu sản | |
| 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có
huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai | |
| 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong
thai kỳ | |
| 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC | |
| 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM | |

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MÃN KINH”
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

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: 500-1.000 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 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



ĐỒNG THUẬN ASRM VỀ VÔ TINH Ở NAM GIỚI

Lê Khắc Tiến¹, Mai Đức Tiến²

¹Bệnh viện Mỹ Đức

²Bệnh viện Gia đình Đà Nẵng



CHẨN ĐOÁN VÔ TINH

Tỷ lệ vô tinh ghi nhận xấp xỉ 1% ở nam giới, và chiếm khoảng 10 – 15% nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới.

Vô tinh được chia ra làm 3 loại: trước tinh hoàn, tại tinh hoàn và sau tinh hoàn.

- Trước tinh hoàn bao gồm các bất thường nội tiết ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự sinh tinh (suy tinh hoàn thứ phát).
- Tại tinh hoàn, suy tinh hoàn nguyên phát do yếu tố nội tại phát sinh tại tinh hoàn dẫn đến vô tinh.
- Sau tinh hoàn: do rối loạn phóng tinh hay tình trạng tắc nghẽn ống dẫn tinh.

Một hệ thống phân loại khác thường được sử dụng trên lâm sàng là:

- Vô tinh bế tắc (obstructive azoospermia – OA): sinh tinh bình thường, thể tích tinh hoàn và FSH thường nằm trong giới hạn bình thường.
- Vô tinh không bế tắc (non obstructive azoospermia – NOA): được chia thành vô tinh không bế tắc trung tâm (FSH thấp, testosterone thấp hoặc bình thường và có tình trạng suy tinh hoàn) và vô tinh không bế tắc tại tinh hoàn (FSH tăng đáng kể, suy tinh hoàn).

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VỀ VÔ TINH

Chẩn đoán vô tinh nên dựa vào tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm nội tiết và một số xét nghiệm bổ sung khác. Xét nghiệm nội tiết tối thiểu bao gồm FSH và nồng độ testosterone toàn phần. Một số trường hợp cần tiến hành xét nghiệm nội

tiết đầy đủ: FSH, LH, estradiol, testosterone toàn phần và tự do, Prolactin.

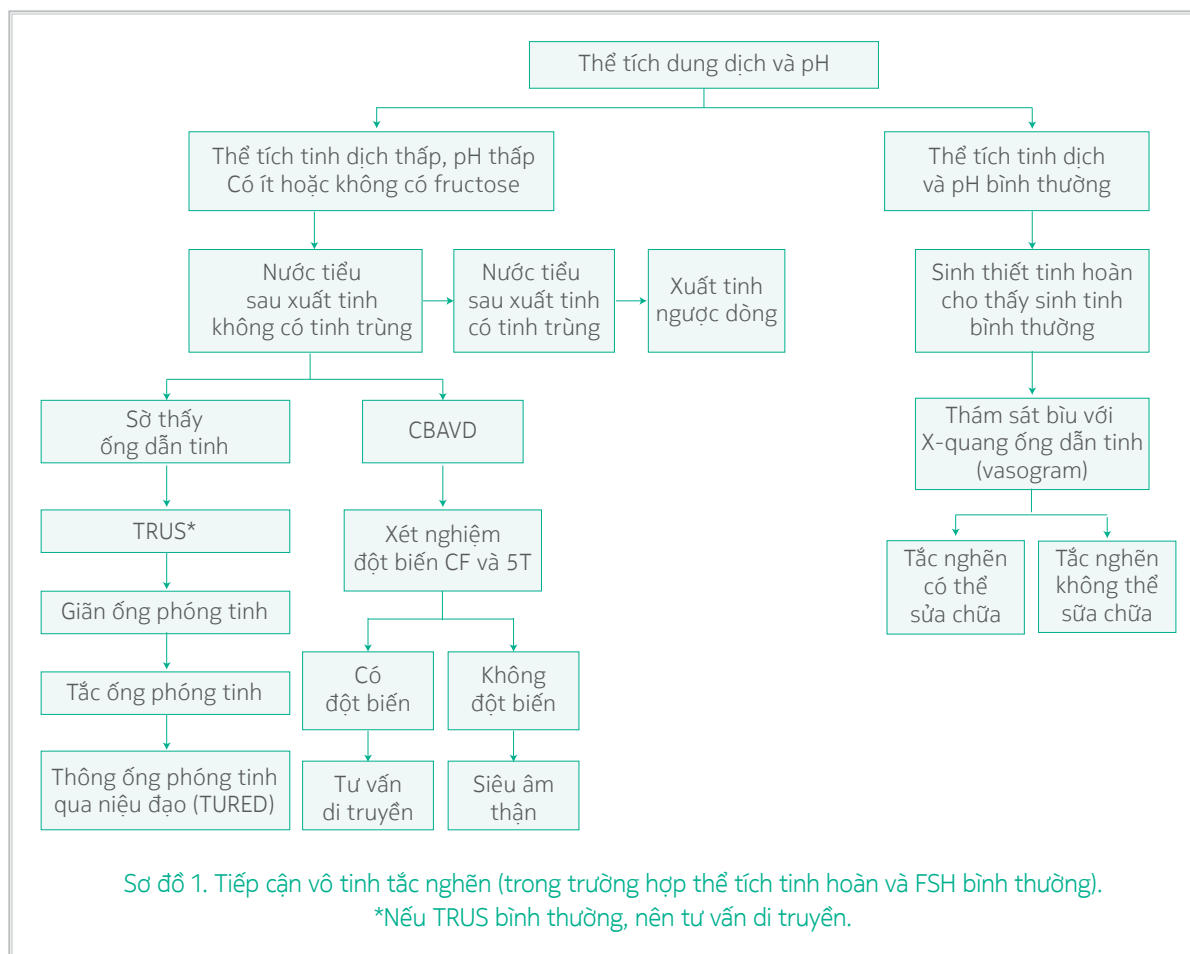
VÔ TINH BẾ TẮC

Vô tinh với thể tích tinh dịch thấp (< 1,5 ml), FSH và thể tích tinh hoàn bình thường cần đánh giá thêm nước tiểu sau xuất tinh, là bước đầu tiên để xác định xuất tinh ngược dòng. Nước tiểu sau xuất tinh có tinh trùng xác nhận tình trạng xuất tinh ngược dòng ở nam giới. Nam giới với thể tích tinh dịch xuất tinh thấp, sờ thấy ống dẫn tinh và không có hiện tượng xuất tinh ngược dòng, pH tinh dịch < 7,2 thì cần kết hợp thêm siêu âm ngả trực tràng để đánh giá túi tinh và ống phóng tinh xem có bế tắc hay không. (Sơ đồ 1)

VÔ TINH VỚI THỂ TÍCH XUẤT TINH ÍT

Ở những trường hợp bất sản ống dẫn tinh hay teo tinh hoàn, thể tích tinh dịch và nồng độ FSH là chìa khóa để xác định bệnh học của tình trạng vô tinh. Thể tích tinh dịch nên được đánh giá khi kiêng xuất tinh từ 2 – 3 ngày. Thể tích xuất tinh ít không liên quan với tình trạng suy sinh dục hoặc bất thường bẩm sinh ống phóng tinh, nó có thể gây ra bởi rối loạn chức năng phóng tinh, nhưng cũng có thể là do tình trạng bế tắc ống phóng tinh.

Một yếu tố có thể xác định tình trạng bế tắc ống dẫn tinh là: pH dịch túi tinh có tính acid (< 7,2) và không có sự hiện diện của fructose trong tinh dịch. Thể tích túi tinh bình thường cũng không



loại trừ hoàn toàn tình trạng tắc nghẽn túi tinh. Có khoảng 10 – 15 % nam giới bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh (congenital bilateral absence of the vas deferens – CBAVD) có bất sản thận đối bên không liên quan đến đột biến CFTR, điều này có thể được giải thích bởi một đột biến di truyền khác nhau mà dẫn đến bất thường trong ống Wolff với những bất thường tiếp theo trong túi tinh, ống dẫn tinh, và mào tinh hoàn. Bất sản thận một bên (unilateral renal agenesis – URA) là một tình trạng bẩm sinh khá phổ biến mà có thể là do bất thường liên quan đến sự hình thành của toàn bộ ống Wolff, bất thường phát triển nị niệu quản, hoặc thoái hóa của nị niệu quản trong giai đoạn đầu.

VÔ TINH VỚI THỂ TÍCH XUẤT TINH BÌNH THƯỜNG

Ở bệnh nhân vô tinh với thể tích tinh dịch bình thường, FSH bình thường, thể tích tinh hoàn bình thường thì yếu tố quan trọng nhất để đánh giá sự

sinh tinh là sinh thiết tinh hoàn. FSH huyết thanh tăng cao và thể tích tinh hoàn thấp gợi ý mạnh đến vô tinh không bế tắc. Khi thực hiện thủ thuật để thu thập tinh trùng làm ICSI, một phần mô tinh hoàn được lấy để gửi sinh thiết giải phẫu bệnh nhằm tiên lượng tình trạng bệnh. Kết quả sinh thiết tinh hoàn bình thường gợi ý bị tắc nghẽn ở đâu đó trong hệ thống sinh sản và cần xác định vị trí tắc. Vô tinh bế tắc thường không đơn thuần chỉ là tình trạng tổn thương của ống dẫn tinh (ví dụ chấn thương hay phẫu thuật vùng bẹn bìu trước, vùng chậu) hoặc bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh có tắc nghẽn mào tinh, có thể chỉ được xác nhận bằng thăm sát bìu. Phẫu thuật nối ống dẫn tinh - mào tinh (trong trường hợp tắc tại mào tinh) có thể kết hợp với ly trích tinh trùng và trữ lạnh tinh trùng nhằm đảm bảo khả năng thụ tinh ống nghiệm trong tương lai. Bệnh nhân vô tinh với thể tích tinh dịch bình thường, thăm khám tinh hoàn bình thường, nồng độ FSH bình thường, sinh thiết tinh hoàn xác nhận

tình trạng khiếm khuyết khả năng sinh tinh (thường là sinh tinh nửa chừng). Những bệnh nhân vô tinh không bế tắc này không nên thám sát bìu hay phẫu thuật phục hồi ống dẫn tinh.

BẤT SẢN ỐNG DẪN TINH HAI BÊN BẨM SINH (CBAVD)

Bất sản ống dẫn tinh có thể dễ dàng phát hiện qua thăm khám bìu. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh có thể được dùng để xác định bất thường kèm theo với bất sản ống dẫn tinh. Có khoảng 25% nam giới bất sản ống dẫn tinh một bên, khoảng 10 – 15 % bất sản ống dẫn tinh hai bên sẽ kèm theo bất sản một thận được phát hiện qua siêu âm. Ở nam giới vô tinh với bất sản ống dẫn tinh một bên, siêu âm ngã trực tràng (transrectal ultrasound – TRUS) có thể xác định chỗ hẹp của ống phóng tinh hay túi tinh đối bên. Do đặc điểm phôi thai học liên quan giữa ống dẫn tinh và túi tinh, hầu hết các bất sản ống dẫn tinh đều có thiếu sản hay bất sản túi tinh, và do phần lớn dịch túi tinh bắt nguồn từ túi tinh, nên tất cả nam giới bất sản ống dẫn tinh 2 bên sẽ có thể tích tinh dịch và pH thấp. Có sự liên quan mạnh giữa bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh với đột biến gen CFTR. Hầu hết tất cả nam giới mắc bệnh xơ nang bị bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh. Ít nhất 3/4 nam giới có bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh có đột biến gen CFTR. Tuy nhiên, thất bại trong việc xác định một sự bất thường gen CFTR ở nam giới có bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh không loại trừ một đột biến hoàn toàn, bởi vì 10 – 40% trường hợp không thể phát hiện bằng lâm sàng hay cận lâm sàng. Tầm soát bất thường gen CFTR, một số bất thường gen có thể xác định, tuy nhiên một số không thể xác định. Bệnh nhân với thận bất thường và bất sản ống dẫn tinh một hay hai bên đều không có tỷ lệ đột biến gen CFTR cao so với dân số chung. Trước khi điều trị sử dụng tinh trùng của bệnh nhân bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh hoặc bất thường một bên ống phóng tinh cần đánh giá người vợ, để loại trừ khả năng (khoảng 4%) người vợ cùng mang gen bất thường. Từ vấn đề di truyền cho cả vợ chồng khi có kết quả kiểm tra bất thường di truyền. Hầu hết bệnh nhân bị bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh sinh tinh bình thường,

nhưng một số trường hợp kèm một số nguyên nhân ảnh hưởng đến khả năng sinh tinh nên được kiểm tra trước khi trích tinh trùng thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

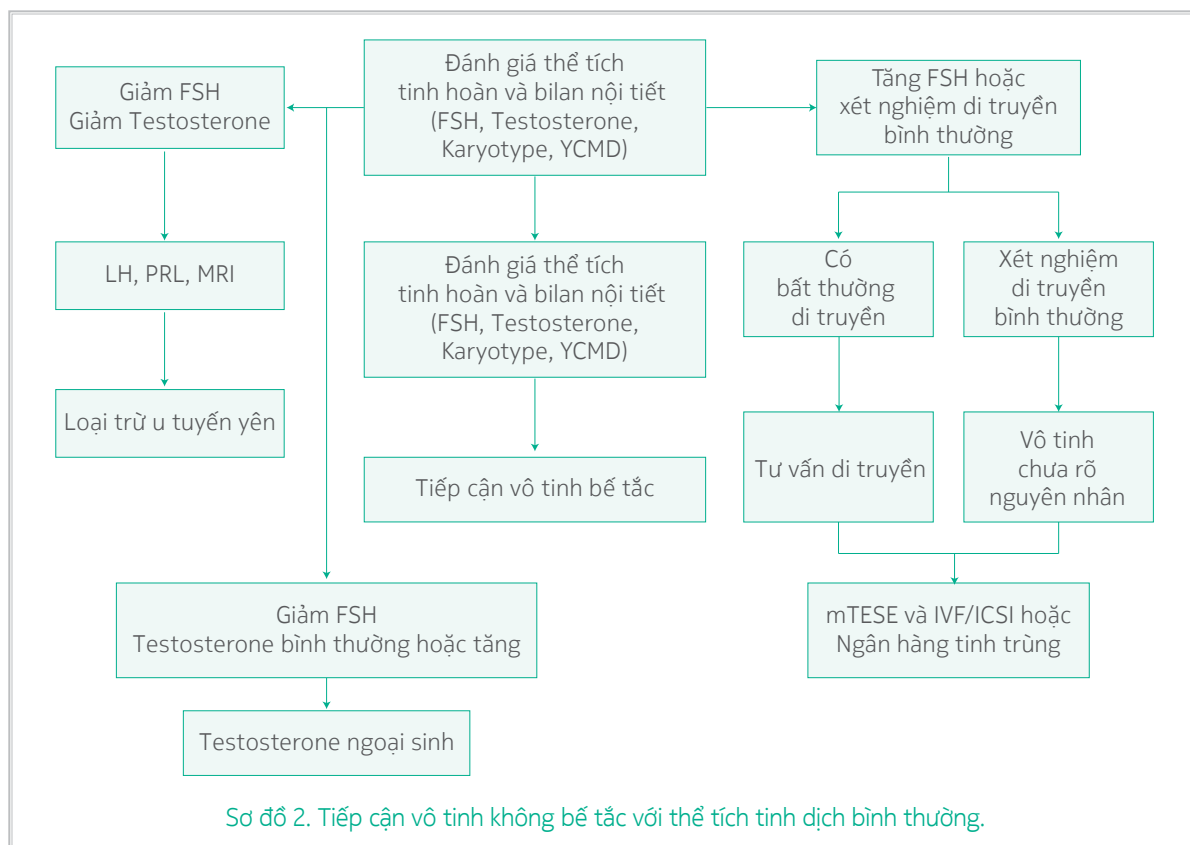
VÔ TINH KHÔNG BẾ TẮC (NOA)

Trong trường hợp nghi ngờ vô tinh không bế tắc do tăng FSH và thể tích xuất tinh bình thường, chẩn đoán bằng sinh thiết tinh hoàn ít khi được chỉ định ([Sơ đồ 2](#)). Nam giới có vô tinh không bế tắc thường có tinh hoàn hai bên teo, nhưng trong một số trường hợp có sinh tinh nửa chừng, thể tích tinh hoàn và FSH vẫn có thể bình thường. Thể tích tinh dịch ít có thể có liên quan đến nồng độ testosterone thấp.

Nồng độ các nội tiết cơ bản ban đầu giúp phân biệt giữa suy tinh hoàn nguyên phát và thứ phát. FSH tăng ($>7,6$ mIU/mL) và nồng độ testosterone bình thường hoặc thấp trên bệnh nhân có teo tinh hoàn hai bên thường gợi ý đến suy tinh hoàn nguyên phát. Trong trường hợp này, bệnh nhân nên được chỉ định làm thêm các xét nghiệm di truyền để loại trừ bất thường nhiễm sắc thể và vi mất đoạn trên nhiễm sắc thể Y.

Nồng độ gonadotropin thấp và teo tinh hoàn hai bên thường gợi ý suy tinh hoàn do nguyên nhân trung ương (hypogonadotropic hypogonadism). Suy tinh hoàn do nguyên nhân trung ương nặng thường là hậu quả của các rối loạn vùng dưới đồi như hội chứng Kallmann hoặc rối loạn bẩm sinh hoặc mắc phải của tuyến yên, bao gồm các u chức năng hay u cơ năng, có thể có liên quan đến nồng độ gonadotropin thấp dưới ngưỡng phát hiện.

Thêm vào đó, sự ức chế trục hạ đồi – tuyến yên – tinh hoàn với nồng độ gonadotropin rất thấp hoặc dưới ngưỡng phát hiện, từ đó không có sự kích thích của tinh hoàn có thể do những phản hồi ức chế thứ phát với testosterone ngoại sinh hoặc sử dụng các androgen steroid không đúng cách. Chính vì vậy, nếu nam giới có teo tinh hoàn hai bên kèm theo suy tinh hoàn do nguyên nhân trung ương nên được hỏi thêm về tiền sử sử dụng testosterone ngoại sinh, các steroid đồng hóa androgen hoặc những thực phẩm hỗ trợ cho tập luyện. Thêm vào đó, những xét nghiệm kiểm tra thêm như prolactin hay hình ảnh



học về tuyến yên nên được cân nhắc tiến hành thêm.

Nam giới có nghi ngờ vô tinh không bế tắc và teo tinh hoàn hai bên kèm giãn tĩnh mạch thừng tinh một hoặc hai bên hiện vẫn là một vấn đề nan giải. Ngoài việc loại trừ tất cả những nguyên nhân đã kể ở trên, bao gồm cả những nguyên nhân về di truyền thì có thể việc suy tinh hoàn nặng là do hậu quả của việc giãn tĩnh mạch thừng tinh. Giãn tĩnh mạch thừng tinh thường kèm theo tăng nồng độ FSH huyết thanh. Trong nhóm những bệnh nhân vô tinh không bế tắc có giãn tĩnh mạch thừng tinh, việc phẫu thuật cột tĩnh mạch giãn có thể giúp 10 – 40% các trường hợp bệnh nhân hồi phục khả năng sinh tinh. Thêm vào đó, phẫu thuật cột tĩnh mạch thừng tinh giãn có liên quan với tăng khả năng tìm thấy tinh trùng trong trường hợp làm thám sát nếu bệnh nhân vẫn không có tinh trùng.

XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN TRONG TRƯỜNG HỢP VÔ TINH KHÔNG BẾ TẮC

Vô sinh nam thường do nhiều yếu tố gây ra, trong đó khoảng 50% trường hợp có liên quan đến

bất thường về di truyền. Hai bất thường di truyền thường gặp nhất là bất thường nhiễm sắc thể gây suy yếu chức năng của tinh hoàn và vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y gây giảm sinh tinh khu trú.

Bất thường nhiễm sắc thể

Bất thường nhiễm sắc thể có thể được phát hiện thông qua nhiễm sắc thể đồ, chiếm tỷ lệ khoảng 7% các trường hợp vô sinh nam. Nhiễm sắc thể đồ cho thấy những bất thường mức độ lớn của nhiễm sắc thể, chẳng hạn như mất đoạn (toàn phần, bán phần) cũng như chuyển đoạn. Tần suất bất thường có mối tương quan nghịch với mật độ tinh trùng, chiếm từ 10 – 15% trong nhóm bệnh nhân vô tinh, 5% trong nhóm bệnh nhân thiếu tinh và dưới 1% trong nhóm nam giới có mật độ tinh trùng bình thường.

Lệch bội nhiễm sắc thể giới tính (ví dụ hội chứng Klinefelter) chiếm tỷ lệ 2/3 gần các bất thường nhiễm sắc thể được biết đến ở nam giới vô sinh. Nam giới mắc hội chứng Klinefelter còn dễ mắc các bệnh lý khác bên cạnh việc vô sinh, đây cũng là một đặc điểm hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân vô tinh không bế tắc. Nhiều bệnh nhân Klinefelter có

nồng độ testosterone bình thường hoặc thấp. Thiếu androgen có thể dẫn đến loãng xương, teo cơ và những bệnh lý hệ thống khác như đái tháo đường. Họ cũng sẽ tăng nguy cơ bị thuyên tắc mạch, ung thư vú ở nam giới hay ung thư tế bào mầm ngoài tuyến sinh dục (extragonadal germ-cellcancers). Chính vì vậy, tư vấn di truyền là việc không thể thiếu khi hỗ trợ một bệnh nhân Klinefelter.

Tần suất về bất thường cấu trúc ở nhiễm sắc thể thường, chẳng hạn như đảo đoạn hoặc chuyển đoạn, cũng xuất hiện cao hơn trong dân số nam vô sinh so với dân số chung. Những bất thường nhiễm sắc thể mức độ lớn có thể tăng nguy cơ sảy thai và/hoặc gây dị tật bẩm sinh cho thai nhi. Tương tự như trường hợp hội chứng Klinefelter, việc tư vấn di truyền là quan trọng trước khi bệnh nhân quyết định thực hiện ICSI/IVF.

Vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y (YCMD: Y-Chromosome Microdeletion)

Nhiễm sắc thể Y chứa những thông tin di truyền cần thiết cho sự biệt hoá giới tính nam và quy định chức năng của tinh trùng. Vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y quá nhỏ để có thể phát hiện thông qua nhiễm sắc thể đồ nhưng có thể phát hiện bằng kỹ thuật PCR. Đa phần các vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y xảy ra ở vùng trên cánh dài của nhiễm sắc thể Y, được gọi là yếu tố vô tinh (AZF), có 3 vùng là AZFa, b hoặc c. Mỗi vùng mất đoạn sẽ có mức độ vô tinh khác nhau và tần suất xuất hiện vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y nằm trong khoảng từ 10 – 15% các trường hợp thiếu tinh nặng hoặc vô tinh.

Ở nam giới có mất đoạn AZFc, có thể vẫn có tinh trùng xuất hiện trong tinh dịch. Những mất đoạn khác thường sẽ vô tinh, nhưng vẫn có thể sản xuất đủ tinh trùng để có thể ly trích tinh trùng bằng thủ thuật hay vi phẫu, và tinh trùng thu nhận được cũng không ảnh hưởng đến chất lượng của ICSI. Tuy nhiên, mất đoạn AZFa và AZFb dự đoán khả năng thu nhận tinh trùng kém, vì vậy, không nên thực hiện thủ thuật ly trích tinh trùng ở những bệnh nhân này. Bé trai sinh ra từ cha có mất đoạn AZFc sẽ thừa kế toàn bộ những bất thường và có nguy cơ thiếu tinh hoặc vô tinh. Mặc dù vẫn chưa có những nghiên cứu cho thấy vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y có

liên quan đến vấn đề sức khỏe nào khác hay không, những số liệu về sức khỏe trẻ sinh ra từ những người cha có vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y vẫn còn hạn chế.

Tư vấn di truyền nên được thực hiện khi có bất thường về di truyền, ở cả nam hoặc nữ, ngay khi những bất thường vừa được phát hiện. Vì vậy, nam giới có vô tinh không bế tắc nên được tiến hành nhiễm sắc thể đồ và phân tích tìm vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y để có thể được tư vấn di truyền trước khi chuyển phôi.

CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT TINH HOÀN

Khi xem xét trích tinh trùng thực hiện ICSI, thay vì sinh thiết tinh hoàn nhằm mục đích chẩn đoán, nên tiến hành trích tinh trùng và chỉ sinh thiết tinh hoàn khi cần thiết.

Sinh thiết chẩn đoán thường được chỉ định khi không chắc chắn rằng bệnh nhân là vô tinh tắc nghẽn hay không tắc nghẽn. Ví dụ một bệnh nhân nam vô tinh thể tích tinh dịch bình thường, thể tích tinh hoàn bình thường hoặc gần bình thường, có thể sờ thấy ít nhất một ống dẫn tinh và nồng độ FSH bình thường hoặc gần bình thường (tuy nhiên, không phải khi nào nồng độ FSH bình thường cũng đảm bảo rằng sinh tinh bình thường). Nếu có thể, nên thám sát sinh thiết tinh hoàn kèm theo đó là tìm kiếm tinh trùng trữ lạnh, tránh cho bệnh nhân phải thực hiện thủ thuật một lần nữa.

Trong trường hợp vô tinh nghi tắc nghẽn (ví dụ: từng triệt sản, tiền căn phẫu thuật thoát vị bẹn hai bên) có kèm nồng độ FSH bình thường, sinh thiết chẩn đoán là không cần thiết. Phẫu thuật tái tạo có hoặc không kèm theo ly trích tinh trùng nên được cân nhắc thực hiện trong những trường hợp này. Với những trường hợp bệnh nhân vô tinh không bế tắc (ví dụ: teo hình hoàn và nồng độ FSH tăng), một mẫu sinh thiết chẩn đoán nên được thực hiện.

TỔNG KẾT

- Chẩn đoán vô tinh được khẳng định khi có ít nhất 2 mẫu xét nghiệm tinh dịch đồ không có tinh trùng sau khi quay ly tâm, cách nhau tối thiểu 6 tuần.
- Vô tinh có thể do tắc nghẽn hay không tắc nghẽn.
- Đột biến di truyền là một nguyên nhân quan trọng gây vô tinh.

KẾT LUẬN

- Khảo sát cơ bản ban đầu cần được thực hiện khi tiếp cận một trường hợp vô tinh nam bao gồm: khai thác kỹ bệnh sử, thăm khám lâm sàng, bilan nội tiết nam bao gồm testosterone và FSH cũng như xét nghiệm di truyền khi cần thiết.
- Nam giới vô tinh không tắc nghẽn (ngoại trừ trường hợp suy sinh dục do nguyên nhân trung ương) nên được tư vấn làm xét nghiệm di truyền để loại trừ đột biến nhiễm sắc thể và vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y.
- Trong trường hợp suy sinh dục do nguyên nhân trung ương, nên hỏi về tiền sử sử dụng androgen ngoại sinh và nên kiểm tra nồng độ prolactin và hình ảnh tuyến yên để loại trừ bệnh lý tại tuyến yên.

- Nam giới có bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh nên được giả định rằng có mang gen đột biến CFTR (ngoại trừ trường hợp bất sản hoặc thiếu sản thận) và người vợ cũng nên được kiểm tra về di truyền. Cả hai vợ chồng nên được tư vấn di truyền, cho dù ngay cả khi xét nghiệm của vợ là bình thường.
- Trong trường hợp nam giới vô tinh với thể tích xuất tinh thấp và có thể sờ được ống dẫn tinh, thăm sát và sinh thiết tinh hoàn nên được thực hiện để xác nhận sự tắc nghẽn. Siêu âm ngả trực tràng nên được sử dụng để xác định các trường hợp tắc nghẽn ống phóng tinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Lược dịch từ: Reproduction Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Male & Urology 2018. Evaluation of the Azoospermic Male: A Committee Opinion. Fertil Steril, 109(5), 777-782.

Tiếp theo trang 75 ➔ KỸ THUẬT CHUYỂN PHÔI

7. Brown J, Buckingham K, Abou-Setta AM, Buckett W (2010). Ultrasound versus "clinical touch" for catheter guidance during embryo transfer in women. Cochrane Db Syst Rev:1.CD006107.
8. Buckett WM (2003). A meta-analysis of of ultrasound-guided versus clinical touch embryo transfer. Fertil Steril.80:1037-41
9. Cenksöy PO, Ficicioglu C, Yesiladali M, Akcin OA, Kaspar C (2014). The importance of the length of uterine cavity, the position of the tip of the inner catheter and the distance between the fundal endometrial surface and the air bubbles as determinants of the pregnancy rate in IV F cycles. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.172:46-50
10. Coroleu B, Barri PN, Carrera O, Martinez F, Parriego M, Hereter L et al (2002). The influence of the depth of the embryo replacement into the uterine cavity on implantation rates after IV F: A controlled, ultrasoundguided study. Hum Reprod.17:341-6.
11. Derks RS, Farquhar C, Mol BWJ (2009). Techniques for preparation prior to embryo transfer. Cochrane Db syst Rev.4.CD007628.
12. Ebnert, Yaman C, Moser M, Sommergruber M, Pölz W, Tews G (2001). The ineffective loading process of the embryo transfer catheter alters implantation and pregnancy rates. Fertil Steril.76:630-2.
13. Edwards RG, Fishel SB, Cohen J, Ferhilly CB, Purdy JM, Slater JM et al (1984). Factors influencing the success of in vitro fertilization for alleviating human infertility. J In Vitro Fert Embryo Transf.1:3-23.
14. Eskandar MA, Abou-Setta AM, El-Amin M, Almushait MA, Sobande AA (2007). Removal of cervical mucus prior to embryo transfer improves pregnancy rates in women undergoing assisted reproduction. Reprod Online.14:308-13.
15. Hearn-Stokes RM, Miller BT, Scott L, Creuss D, Chakraborty PK, Segars JH (2000). Pregnancy rates after embryo transfer depend on the provide at embryo transfer. Fertil Steril.74:80-6.
16. Lan VT, Khang VN, Nhu GH, Tuong HM (2012). Atosiban improves implantation and pregnancy rates in patients with repeated implantation failure. Reprod Biomed Online.25(3):254-60.
17. Lass A, Abusheikha N, Brinsden P (1999). The effect of difficult embryo transfer on the outcome of IV F. Hum Reprod.14:2417-20.
18. Lee HC, Seifer DB, Shelden RM (2004). Impact of retained embryos on the outcome of assisted reproductive technologies. Fertil Steril.82:334-7
19. Letterie GS (2005). Three-dimensional ultrasound-guided embryo transfer: A preliminary study. Am J Obstet Gynecol.192:1983-8.
20. Lewin A, Schenker JG, Avrech O, Shapira S, Safran A, Friedler S (1997). The role of uterine Straightening by passive bladder distension before embryo transfer in I VF cycles. J Assist Reprod Genet.14:32-4.
21. Lorusso F, Depalo R, Bettocchi S, Vacca M, Vimercati A, Selvaggi L (2005). Outcome of in vitro fertilization after transabdominal ultrasound-assisted embryo transfer with a full or empty bladder. Fertil Steril.84:1046-8.
22. Mansour RT, Aboulghar MA (2002). Optimizing the embryo transfer technique. Hum Reprod.17:1 149-53.
23. Mariani G and Beller C (2017) Embryo transfer. In: GARNER D, SIMÓN C (eds.). Handbook of in vitro fertilization. Fourth edition. Boca Raton, FL: CRC Press.
24. Martinez F, Coroleu B, Parraiego M, Carreras O, Belil I, Parera N et al (2001). Ultrasound-guided embryo transfer: Immediate withdrawal of the catheter versus a 30 second wait. Hum Reprod.16:871-4.
25. R. Matorras E, Urquijo R, Mendoza B, Corcóstequi A, Expósito F.J, Rodríguez-Escudero (2002). Ultrasound-guided embryo transfer improves pregnancy rates and increases the frequency of easy transfers. Hum Reprod.17:1762-6.
26. Montag M, Kupka M, Van Der Ven K, Van Der Ven H (2002). Embryo transfer on day 3 using low versus high fluid volume. Eur J Obstet Gyn R B.102:57-60
27. Poindexter ANI, Thompson DJ, Gibbons WE, Findley WE, Dodson MG, Young RL (1986). Residual embryos in failed embryo transfer. Fertil Steril.46:262-7.
28. Pope CD, Cook EK, Arny M, Novak A, Grow DR (2004). Influence of embryo transfer depth on in vitro fertilization and embryo transfer outcomes. Fertil Steril.81:51-8.
29. Porat N, Boehnlein LM, Schouweiler CM, Kang J, Lindheim SR (2010). Interim analysis of a randomized clinical trial comparing abdominal versus transvaginal ultrasound-guided embryo transfer. J Obstet Gynaecol Res.36:384-92.
30. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2017). Performing the embryo transfer: a guideline. Fertil Steril.107(4):882-896.
31. Richter ON, Kubler K, Schomolling J, Kupka M, Reinsberg J, Ulrich U (2004). Oxytocin receptor gene expression of estrogen-stimulated human myometrium in extracorporeally perfused non-pregnant uteri. Hum Reprod.10:339-46
32. Schoolcraft WB, Surrey ES, Gardner DK (2001). Embryo transfer: Techniques and variables affecting success. Fertil Steril.76:863-70.
33. Singh N, Gupta P, Mittal S, Malhotra N (2012). Correlation of technical difficulty during embryo transfer with rate of clinical pregnancy. J Hum Reprod Sci.5:258-61.
34. Teixeira DM, Dassunc LA, Vieira CV R, Barbosa MA, Coelho Neto MA, Nastri Co et al (2015). Ultrasound guidance during embryo transfer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ultrasound Obstet Gynecol.45:139-48.
35. Visschers BA, Bots RS, Peeters MF, Mol BW, Van Dessel HJ (2007). Removal of cervical mucus: Effect on pregnancy rates in IVF/ICSI. Reprod Biomed Online.15:310-5.