Nghiên cứu đặc điểm u lạc nội mạc tử cung buồng trứng ở các trường hợp vô sinh

Nguyễn Đắc Hưng[1], Nguyễn Đắc Nguyên[2], Lê Minh Tâm[2]
[1] Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
[2] Trung tâm Nội tiết - Sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

doi:10.46755/vjog.2020.4.1144
Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Đắc Nguyên, email: ndnguyen@huemed-univ.edu.vn
Nhận bài (received): 30/09/2020 - Chấp nhận đăng (accepted): 18/03/2021

Tóm tắt

Mục tiêu: ***Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhân vô sinh có u lạc nội mạc tử cung (LNMTC) buồng trứng.***

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: ***Mô tả cắt ngang bệnh nhân có u LNMTC đang điều trị vô sinh tại Trung tâm Nội tiết sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế trong khoảng thời gian từ 4/2019 đến tháng 6/2020.***

Kết quả: ***Qua nghiên cứu gồm 101 trường hợp lạc nội mạc tử cung, ghi nhận độ tuổi trung bình là 36,53 ± 5,86 tuổi, BMI trung bình là 19,75 ± 1,6 kg/m^2. Vô sinh nguyên phát chiếm 76,23%. Thời gian vô sinh trung bình là 4,18 ± 2,69 năm. Đau bụng kinh chiếm 73%. Khám thấy phần phụ có khối u chiếm 75,24%. Prolactin trung bình: 388,26 ± 249,15 µUI/ml, AMH trung bình 4,03 ± 3,73 ng/ml, CA-125 trung bình: 56,78 ± 33,01 UI/ml. Siêu âm buồng trứng: 61,38% có u LNMTC ở buồng trứng (T). 30,69% bệnh nhân có kèm LNMTC trong cơ tử cung.***

Kết luận: ***Bệnh nhân vô sinh có u lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng có một số điểm khác biệt so với những bệnh nhân vô sinh khác. Việc nhận diện các yếu tố liên quan giúp góp phần điều chỉnh cách thức can thiệp trong điều trị vô sinh.***

Từ khoá: *U lạc nội mạc tử cung, vô sinh.*

Evaluation the characteristics of endometrioma in infertile patients

Nguyen Dac Hung[1], Nguyen Dac Nguyen[2], Le Minh Tam[2]
[1] Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University
[2] Hue Centre for Reproductive Endocrinology and Infertility, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Objective: ***To study on clinical and paraclinical characteristics of endometrioma in infertile patients.***

Materials and methods: ***A descriptive cross-sectional study, infertile patients with endometriosis examined at the Center for Reproductive Endocrinology and Infertility, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from 4/2019 to 6/2020.***

Results: ***Total 101 patients were recruited in this study. The average age is 36.53 ± 5.86 years, the average BMI is 19.75 ± 1.6 kg/m^2. 76.23% of patients are classified as primary infertility. The average duration of infertility is 4.18 ± 2.69 years. Dysmenorrhea accounted for 73% of patients. The result of the examination found an appendage tumor (75.24%). Average Prolactin level: 388.26 ± 249.15 UI/ml, AMH average level 4.03 ± 3.73 ng/ml, the CA-125 average level: 56.78 ± 33.01 UI / ml. Ultrasound: 61.38% patients have endometriosis tumors in the left ovarian. Adenomyosis was found in 30.69% of patients.***

Conclusions: ***Infertility patients with endometriosis in the ovaries have some differences compared to other infertile patients. The identification of relevant factors helps to regulate the intervention of infertility treatment.***

Keywords: *Endometrioma, infertility*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là tình trạng một cặp vợ chồng không có thai sau 1 năm chung sống, giao hợp bình thường, không sử dụng biện pháp tránh thai nào. Trong trường hợp người nữ lớn hơn hoặc bằng 35 tuổi, thời gian 1 năm trong định nghĩa trên có thể rút ngắn lại còn 6 tháng [1]. Đây là một tình trạng khá phổ biến, ước tính có khoảng 10-15% số cặp vợ chồng bị vô sinh [2]. Vô sinh là một gánh nặng lớn không chỉ cho các cặp vợ chồng mà còn là một thách thức lớn cho cả hệ thống y tế cũng như nền kinh tế và sự phát triển của mỗi quốc gia. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến vô sinh, trong đó, lạc nội mạc tử cung là một nguyên nhân phổ biến đã được xác định.

Lạc nội mạc tử cung là bệnh lý trong đó có sự hiện diện lạc chỗ của mô tuyến và mô đệm nội mạc tử cung nằm ngoài buồng tử cung [3], [4]. Lạc nội mạc tử cung

phần lớn được tìm thấy ở vùng chậu tuy nhiên tổn thương ở các cơ quan bên ngoài vùng chậu như phổi, não, da,... cũng đã được báo cáo [5], [6]. Lạc nội mạc tử cung thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, bệnh lành tính nhưng gây nhiều biến chứng như đau bụng mạn tính và vô sinh, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống hằng ngày cũng như tâm lý phụ nữ do ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Phần lớn các tác giả đều ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh là 1-2% trong cộng đồng, 10% phụ nữ độ tuổi sinh sản và 30-40% trong nhóm các bệnh nhân vô sinh [7], [8]. Có thể thấy rằng lạc nội mạc tử cung có những biểu hiện lâm sàng rất khác nhau, các triệu chứng thường xuất hiện muộn, có khi người bệnh hoàn toàn không có triệu chứng mà chỉ đi khám vì vô sinh. Các chất chỉ điểm sinh hoá có ý nghĩa hạn chế trong chẩn đoán vì độ nhạy và độ đặc hiệu chưa cao.

Mối liên quan giữa lạc nội mạc tử cung và vô sinh đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới. Vô sinh ở các bệnh nhân lạc nội mạc tử cung có thể do sự biến dạng giải phẫu ở cơ quan sinh dục nữ, rối loạn quá trình vận chuyển noãn, thay đổi tính chất dịch phúc mạc, rối loạn các hormone sinh dục và rối loạn sự phát triển nội mạc tử cung, giảm khả năng làm tổ [9]. Ngoài vô sinh, nhiều nghiên cứu cho rằng lạc nội mạc tử cung còn đem lại kết cục xấu cho thai kỳ, đặc biệt là làm tăng tỷ lệ sinh non, tiền sản giật, sẩy thai, rau bong non hay ra máu âm đạo bất thường, tăng tỷ lệ phải mổ lấy thai [10], [11], [12].

Chi phí dành cho việc điều trị bệnh cũng như các biến chứng mà lạc nội mạc tử cung gây ra là rất lớn, hơn nhiều so với chi phí điều trị một số bệnh mạn tính khác [13]. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về lạc nội mạc tử cung cũng như những hậu quả mà bệnh lý này mang lại. Điều này giúp cải thiện những ảnh hưởng của bệnh lên chất lượng cuộc sống và góp phần làm giảm chi phí điều trị. Nghiên cứu này nhằm khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhân vô sinh có u lạc nội mạc tử cung buồng trứng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân đến khám tại Trung tâm nội tiết sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian 04/2019 - 06/2020, có (1) được chẩn đoán vô sinh theo Tổ chức Y tế thế giới [1] và (2) hiện tại trên siêu âm qua đường âm đạo có các dấu hiệu điển hình gợi ý chẩn đoán u LNMTC tại buồng trứng (BT).

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu và (2) bệnh nhân có các bệnh lý cấp tính nặng, ung thư, tâm thần kinh.

Các bước nghiên cứu:

Hỏi bệnh: phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ công cụ thiết kế sẵn, gồm các thông tin hành chính, tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI) (kg/m^2), phân loại vô sinh, thời gian vô sinh, nguyên nhân vô sinh, tiền sử bệnh lý phụ khoa, phẫu thuật liên quan, tiền sử kinh nguyệt, gia đình; Triệu chứng cơ năng của u LNMTC: gồm thống kinh, đau hạ vị ngoài chu kỳ kinh, rối loạn kinh nguyệt

Khám lâm sàng: khám toàn thân, khám phụ khoa

Xét nghiệm cận lâm sàng: xét nghiệm nội tiết cơ bản, AMH và CA-125, siêu âm phụ khoa

Xử lý số liệu: Bằng phương pháp thống kê với phần mềm SPSS 20.0, MS Excel 2016.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Độ tuổi (năm)	20 – 29	16	15,84
	30 – 39	60	59,4
	≥ 40	25	24,76
Độ tuổi trung bình		36,53 ± 5,86	
BMI (kg/m^2)	< 18,5	21	20,79
	18,5 - 22,9	73	72,27
	≥ 23,0	7	6,94
Giá trị BMI trung bình		19,75± 1,6	
Phân loại vô sinh	Nguyên phát	77	76,23
	Thứ phát	24	23,77
Thời gian vô sinh	< 5 năm	65	64,35
	≥ 5 năm	36	35,65
Giá trị trung bình		4,18 ± 2,69	

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 36,53 ± 5,86 tuổi. Tỷ lệ độ tuổi 30-39 chiếm 59,4%. Giá trị BMI trung bình là: 19,75 ± 1,6 kg/m^2. 76,23% bệnh nhân được phân loại vô sinh nguyên phát. Và thời gian vô sinh trung bình là: 4,18 ± 2,69 năm.

Bảng 2. Tiền sử bệnh lý nhóm nghiên cứu

Tiền sử		Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh lý phụ khoa	U lạc nội mạc tử cung	23	22,8
	U xơ tử cung	6	5,9
	Khối u buồng trứng	5	4,9
	Khác	17	16,8
Tiền sử phẫu thuật liên quan sản phụ khoa	Mổ u lạc nội mạc tử cung	16	15,8
	Mổ u xơ tử cung	5	4,9
	Mổ u buồng trứng	4	3,9
	Mổ lấy thai	3	2,9
	Khác	3	2,9
Tiền sử sẩy thai (lần)	1	7	6,9
	2	4	3,9
	> 2	1	0,9
Tuổi bắt đầu hành kinh (tuổi)	< 12	12	11,7
	12 - 13	64	63,4
	≥ 14	25	24,9
Giá trị trung bình		13,9 ± 1,3	
Tiền sử gia đình có u lạc nội mạc tử cung	Có	13	12,9
	Không	88	87,1

Tiền sử u xơ TC và u nang BT lần lượt là 5,9% và 4,9%. Các bệnh lý khác như viêm âm đạo, viêm cổ TC, polyp cổ TC… chiếm 16,8%. 15,8% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mổ u LNMTC. Tỷ lệ đã mổ u xơ TC, mổ u BT, mổ lấy thai lần lượt là 4,9%, 3,9%, 2,9%. 11,7% các trường hợp có tiền sử sẩy thai. Sẩy thai 1 lần chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 6,9%. Bệnh nhân có tuổi bắt đầu hành kinh trong khoảng 12-13 (tuổi) chiếm đa số: 63,4%. Độ tuổi hành kinh trung bình ở là 13,9 ± 1,3 (tuổi). 12,9% bệnh nhân có tiền sử gia đình có u LNMTC.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng nhóm nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ%
Triệu chứng cơ năng	Thống kinh	73	72,27
	Đau vùng chậu ngoài chu kỳ kinh	45	44,55
	Giao hợp đau	30	29,7
	Đại tiện đau	25	24,75
	Rối loạn kinh nguyệt	14	13,86
Triệu chứng thực thể	Phần phụ có khối u	76	75,24
	Phần phụ di động kém	67	66,33
	Tử cung dính	32	31,68
	Dày dính túi cùng Douglas	8	7,92

Bệnh nhân lạc nội mạc tử cung có triệu chứng chủ yếu là thống kinh với tỉ lệ 72,27%, ngoài ra, đau vùng chậu ngoài chu kỳ kinh chiếm 44,55%. Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là khám thấy phần phụ có khối u (75,24%) và phần phụ di động kém (66,33%).

Bảng 4. Triệu chứng cận lâm sàng

Triệu chứng cận lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ %
FSH (UI/L)	<5	9	8,91
	5-12	75	74,26
	>12	17	17,83
Giá trị trung bình		8,39 ±4,4	

LH (UI/L)	< 5	74	73,27
	≥ 5	27	26,73
Giá trị trung bình		5,77 ± 3,34	
Estradiol (pmol/l)	< 50	43	42,57
	≥ 50	58	57,43
Giá trị trung bình		51,4 ± 44,12	
Prolactin (µUI/ml)	< 500	80	79,21
	≥ 500	21	20,79
Giá trị trung bình		388,26 ± 249,15	
AMH (ng/ml)	< 1,5	28	27,71
	1,5 - 4	56	55,46
	> 4	17	16,83
Giá trị trung bình		4,03 ± 3,73	
CA-125 (UI/ml)	< 35	31	30,70
	35 - 100	57	57,43
	> 100	13	12,87
Giá trị trung bình		56,78 ± 33,01	
Vị trí khối u lạc nội mạc tử cung (siêu âm)	Tại buồng trứng trái	62	61,38
	Tại buồng trứng phải	28	27,72
	Cả hai buồng trứng	11	10,90
Chiều dài trung bình (mm)		22,37 ± 9,1	
Chiều rộng trung bình (mm)		20,87 ± 9,26	
Hồi âm khối u buồng trứng (n=129)	Kính mờ	93	72,09
	Hỗn hợp	19	14,72
	Giảm âm	11	8,52
	Dạng nang	6	4,67
Hồi âm lạc nội mạc trong cơ tử cung (n=40)	Hỗn hợp	31	77,5
	Giảm âm	9	22,5

Nồng độ FSH, LH, Estradiol, Prolactin, AMH lần lượt là 8,39 ± 4,4UI/L; 5,77 ± 3,34 UI/L; 51,4 ± 44,12 pmol/L; 388,26 ± 249,15 µUI/ml; 4,03 ± 3,73. Giá trị trung bình CA-125 là: 56,78 ± 33,01 UI/l.

129 u LNMTC được phát hiện ở BT, trong đó có 43 u LNMTC ở BT phải (P) và 86 u ở BT trái (T). 61,38% chỉ có u LNMTC tại BT (T). Hình ảnh điển hình hồi âm dạng kính mờ trên siêu âm phát hiện ở 72,09% các trường hợp Khảo sát được 40 ổ LNMTC trong cơ TC ở 31 bệnh nhân có LNMTC (69,31%) trong cơ TC, tương tự, hình ảnh hồi âm dạng hỗn hợp trên siêu âm cũng chiếm đa số với 77,5%.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng

Qua nghiên cứu 101 trường hợp vô sinh có u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, nghiên cứu này đã khảo sát được các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng chính: thống kinh là triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất, tỷ lệ 72,27%, tương đồng với tỷ lệ: 72% trên nghiên cứu trước đây của Trần Đình Vinh [17]. Đau bụng ngoài chu kỳ kinh: tỷ lệ ở nhóm bệnh là 44,55% thấp hơn các nghiên cứu trước đó của Trần Đình Vinh (50,7%) [17], Nguyễn Thị Kim Anh (51,9%) [18]. Giao hợp đau chiếm 29,7% nhóm bệnh, khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Đình Vinh [17] và Lê Văn Tuấn, Cao Ngọc Thành: 30,9% [19].

Đại tiện đau chiếm tỷ lệ 24,75% thấp hơn 29,3% trong nghiên cứu của Trần Đình Vinh [22] nhưng cao hơn 23,6% của Lê Văn Tuấn, Cao Ngọc Thành [38]. Rối loạn kinh nguyệt chiếm tỷ lệ 13,86 % trong nhóm có u LNTMC, thấp hơn tỷ lệ của Nguyễn Thị Kim Anh (26,9%) [18] và Trần Thị Ngọc Hà [15]. Nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho rằng triệu chứng phổ biến của u LNMTC là thống kinh, đau vùng chậu mãn tính không liên quan chu kỳ kinh. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Về triệu chứng khám thấy phần phụ có khối u, tỷ lệ trong nhóm có u LNMTC là 75,24%, tương đồng với 78,8% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh và Nguyễn Xuân Vinh [18] và cao hơn so với 70,6% trong nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Hà [15]. Về triệu chứng phần phụ di động kém, tỷ lệ trong nhóm có u LNMTC

là 66,63% cũng tương đồng với 69,2% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh và Nguyễn Xuân Vinh [18]. Triệu chứng TC dính chiếm tỷ lệ 31,68% trong nhóm bệnh, tương đồng với 30,8% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh và Nguyễn Xuân Vinh [18] nhưng lại thấp hơn nhiều so với giá trị 64,4% trong nghiên cứu của Đinh Thị Phước Minh và cộng sự [11]. Về triệu chứng dày dính túi cùng Douglas khi thăm khám, tỷ lệ trong nhóm có u LNMTC là 7,92%, thấp hơn so với giá trị 15,4% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh và Nguyễn Xuân Vinh [18]. Nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho rằng triệu chứng thực thể phổ biến của u LNMTC là khám thấy phần phụ có khối u và phần phụ di động kém. Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm nội tiết

Về giá trị các xét nghiệm nội tiết, giá trị trung bình của FSH của nhóm có u LNTMC là: 8,39 ± 4,45 UI/l, cao hơn so với 7,75 ± 3,68 UI/l trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Nhật [39]; 7,2 ± 0,8 UI/l trong nghiên cứu của Tsolakidis D. và cộng sự [40]; 7,24 ± 1,21 UI/l trong nghiên cứu của Bhat R.G. và cộng sự [41]; 6,74 ± 4,84 UI/l trong nghiên cứu của Georgievska J. và cộng sự [42]. Tuy nhiên so sánh với nghiên cứu của Shebl O. và cộng sự (2009): 9,04± 3,83 UI/l [43] thì giá trị trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị FSH ở hai nhóm bệnh nhân. Theo Bhat R. G. [41] khi so sánh nồng độ FSH của các bệnh nhân trước và sau khi phẫu thuật cắt bỏ u LNMTC tại BT cho thấy không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê của nồng độ FSH. Mặc dù vậy, nghiên cứu của Georgievska J. lại chỉ ra có sự sụt giảm nồng độ FSH sau phẫu thuật u LNMTC [42] và do đó kết luận rằng u LNMTC tại BT góp phần dẫn đến sự sụt giảm chức năng của BT và phẫu thuật cắt bỏ u LNMTC có thể cải thiện tình trạng này. Có thể nói sự không nhất quán giữa những nghiên cứu khi khảo sát mối liên quan giữa nồng độ FSH, u LNMTC và chức năng của BT có thể là do sự biến thiên nồng độ chất này giữa các chu kỳ kinh nguyệt, cách thức chọn ngày trong chu kỳ xét nghiệm FSH. Nồng độ LH: giá trị trung bình của LH trong nhóm có u LNMTC là: 5,77 ± 3,34 UI/l cũng tương đồng với nghiên cứu của Shebl O. (2009): 5,7 ± 2,94 UI/l [43]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn so với một số tác giả sau: nghiên cứu của Nguyễn Minh Nhật [39] với giá trị 5,36 ± 3,08 UI/l, Biacchiardi C. P. với giá trị 5,0 ± 2,0 UI/l [22]. Cũng theo nghiên cứu của Biacchiardi C. P. [22], không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nồng độ LH giữa nhóm có và không có u LNMTC. Nồng độ Estradiol: giá trị Estradiol trung bình trong nhóm có u LNMTC là: 51,4 ± 44,12 pmol/l. Giá trị trung bình này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Minh Nhật: 30,27 ± 16,00 pmol/l [39], của Biacchiardi C. P. : 35,2 ± 24,5 pmol/l [22], Shebl O. (2009): 43,49 ± 35,38 pmol/l [43]. Điều này có thể vì một số bệnh nhân được thu thập bởi nghiên cứu của chúng tôi đã được điều trị trước đây. Cũng theo nghiên cứu của Shebl O. và của Yoo J. H. và cộng sự năm 2011 [44] khi nghiên cứu trên 1298 phụ nữ Hàn Quốc, mối liên quan giữa nồng độ Estradiol và u LNMTC hiện chưa rõ ràng. Nồng độ Prolactin: giá trị trung bình trong nhóm có u LNMTC là 388,26 ± 249,15 µUI/ml tương đương với 18,25 ± 11,71 ng/ml. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Lima A. P. (2006) trên các bệnh nhân vô sinh có u LNMTC với giá trị trung bình của prolactin ở những bệnh nhân có u LNMTC phân loại stage I-II và nhóm phân loại stage III-IV lần lượt là: 23,4± 3,7 ng/ml và 28,9± 2,1 ng/ml [45]. Nồng độ AMH: Giá trị trung bình trong nhóm có u LNMTC theo nghiên cứu của chúng tôi là 4,03± 3,73 ng/ml. Giá trị này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và Nguyễn Duy Ánh: 4,52 ± 2,87 ng/ml [24] nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Nhật [39] và Shebl O.(2009) [43] với AMH trung bình lần lượt là: 2,72 ± 2,28 ng/ml và 2,75± 2 ng/ml. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy kết quả nồng độ AMH trên những bệnh nhân có u LNMTC chưa được phẫu thuật là rất khác nhau: Biacchiardi C. P. [22]: 3,0 ± 0,4 ng/ml; Ecran C.M [46] 1,62 ± 1,09 ng/ml; Kijatima M. [47]: 4,27 ± 3,0 ng/ml. CA-125: Giá trị trung bình trong nhóm có u LNMTC là: 56,78± 33,01 UI/ml tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tiệp (2008) [48] với giá trị trung bình 54,07 UI/ml và thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Liên Châu (2013) với 65,3±5,3 u/ml [49]. Ngoài ra bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ CA-125 từ 35 đến 100 UI/ ml chiếm tỷ lệ 56,43%, bệnh nhân có nồng độ CA-125 dưới 35 UI/ml chiếm 30,7%. Trong nghiên cứu của Lê Văn Thụ có 68,1% trường hợp có nồng độ CA-125 trên 40 UI/ml [16]. Theo tác giả Trần Thị Ngọc Hà (2005) [15] tỷ lệ bệnh nhân có CA-125 tăng chiếm 46,14%. CA-125 ngoài tăng cao trong bệnh lý u LNMTC ở BT còn tăng trong ung thư BT và nhiều bệnh lý khác ngoài BT. Chính vì vậy, giá trị của CA-125 không được sử dụng để chẩn đoán chắc chắn u LNMTC. CA-125 hỗ trợ chẩn đoán khi nằm ở giới hạn từ 35UI/ml-100UI/ml và cần phối hợp triệu chứng lâm sàng, siêu âm sẽ cho chẩn đoán có độ chính xác cao hơn.

Đặc điểm siêu âm

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, khối u LNMTC một bên BT (89,1%), hai bên BT (10,9%). Trong đó u LNMTC chỉ tại BT trái (61,38%) nhiều hơn chỉ tại BT phải (27,72%). Dấu hiệu hay gặp nhất trên siêu âm là hồi âm dạng gương mờ chiếm 72,09%. So sánh với các tác giả khác, tỷ lệ u LNMTC ở hai bên BT theo nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với giá trị 23,3% theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Nhật [39], 29,2% của Celik H. G. [21] hay 23,3% của Biacchiardi C. P. [22]. Theo các tác giả cổ điển u LNMTC hay gặp ở BT trái (44%) nhiều hơn so với BT phải (21,3%). Theo nghiên cứu của Trần Xuân Trường hồi âm dạng gương mờ chiếm 80,9% [50]. Theo nghiên cứu của Trần Đình Vinh kết quả cũng tương tự hồi âm dạng gương mờ chiếm 82,7% [17]. Dù giữa các nghiên cứu có đều có sự khác biệt, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với các tác giả này. Về kích thước của khối u BT chiều dài, chiều rộng trung bình của các khối u LNMTC là: 22,37 ± 9,1mm và 20,87 ± 9,26mm. Kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Liên Châu (2013) cho thấy kích thước khối u LNMTC ≤ 60 mm chiếm tỉ lệ là 87%, kích thước khối u

LNMTC > 60 mm là 13% [49]. Trong khi đó tác giả Lê Văn Thụ (2007) lại cho rằng kích thước khối u LNMTC < 80 mm có tỉ lệ là 95,9% [16]. Nghiên cứu Nguyễn Văn Tuấn (2012) cho biết kích thước khối u LNMTC ≤ 70 mm có tỉ lệ là 86,4% và kích thước trung bình là 53,9 ± 1,6 mm [51] Nghiên cứu của Đinh Thị Phương Minh và cộng sự với kích thước trung bình của u LNMTC trên siêu âm là 31,4 ± 3,1mm [52]. Qua đó, nghiên cứu của chúng tôi về kích thước của khối u BT trên siêu âm cho ra kết quả nhỏ hơn so với các nghiên cứu trước đó. Vì nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên những bệnh nhân vô sinh, những đối tượng này đến khám sớm hơn vì vô sinh từ đó được phát hiện u LNMTC sớm hơn.

Ngoài ra, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 30,69% bệnh nhân có LNMTC trong cơ TC. Hồi âm u kiểu hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 77,5%, hồi âm u kiểu giảm âm chiếm tỷ lệ thấp hơn với 22,5%. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Struble và cộng sự (2016) với tỷ lệ hồi âm dạng giảm âm, không đồng nhất chiếm 75% [53]. Hai nghiên cứu tiến hành bởi Parazzini F., Vercellini P. và cộng sự cho rằng tỷ lệ của u LNMTC trong cơ TC ở các trường hợp bệnh nhân được cắt TC vào khoảng 20 - 30% [28], [54].

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân vô sinh có u lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng có một số điểm khác biệt so với những bệnh nhân vô sinh khác. Việc nhận diện các yếu tố liên quan giúp góp phần điều chỉnh cách thức can thiệp trong điều trị vô sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) (2009). Revised Glossary on ART Terminology. pp. 320-335.

2. Bộ môn Phụ sản trường Đại Học thành phố Hồ Chí Minh(2013). Vô sinh. ***Giáo trình Sản Phụ Khoa trường Đại Học thành phố Hồ Chí Minh.*** tập II. tr. 892-895.

3. Cao Ngọc Thành, Runge H.M. (2004). Lạc nội mạc tử cung. ***Nội tiết học sinh sản-Nam học.*** tr. 237-245.

4. Francesca M., Federica T. et al (2008). Endometriosis and human infertility: a new investigation into the role of eutopic endometrium. ***Human reproduction***. 23(3). pp. 530-537.

5. Adamson G. D., Pasta D. J. (2006). Endometriosis and infertility. ***Fertility and Sterility***. 86(4), pp. 156-160.

6. Barton-Smith P., Ballard K., Kent A. S. H. (2006). Endometriosis a general review and rationale for surgical therapy. ***Review in Gyneacology and Perinatal Practive 6***. Elsevier. pp. 168-176.

7. Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Hà Nội (2011). Lạc nội mạc tử cung. ***Bài giảng sản phụ khoa tập II***. Nhà xuất bản Y học. tr. 306–318.

8. Amer S. (2008). Endometriosis. ***Obstetrics. Gynaecology & Reproductive Medicine***. 18(5). pp. 126-133

9. Annemieke D. H., Christel M., Carla T. et al (2006). Endometriosis and assisted reproduction. ***The role for reproductive surgery***. pp. 132-139.

10. Bruun M., Arendt L., Forman A. et al (2018), Endometriosis and adenomyosis are associated with increased risk of preterm delivery and a small-for-gestational-age child: a systematic review and meta-analysis. ***Acta Obstet Gynecol Scand***. pp. 97-1073.

11. Glavind M., Forman A., Arendt L.H., et al (2017). Endometriosis and pregnancy complications: a Danish cohort study. ***Fertil Steril***. pp. 107-160.

12. Saraswat L, Ayansina D.T., Cooper K.G., et al (2017). Pregnancy outcomes in women with endometriosis: a national record linkage study. ***BJOG***. pp. 124-444.

13. Barton-Smith P., Ballard K., Kent A. S. H. (2006). Endometriosis a general review and rationale for surgical therapy. ***Review in Gyneacology and Perinatal Practive 6***. Elsevier. pp. 168-176.

14. Lim, J. U., Lee, J. H., Kim, J. S. et al (2017). Comparison of World Health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients. ***International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease***. 12, pp. 2465–2475.

15. Trần Thị Ngọc Hà (2005). ***Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong một số bệnh lý phụ khoa***. Luận án chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Huế.

16. Lê Văn Thụ (2007). ***Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi u lạc nội mạc tử cung***. Luận án chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.

17. Trần Đình Vinh (2011). ***Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị siêu âm Doppler màu trong chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung***. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.

18. Nguyễn Thị Kim Anh, Nguyễn Xuân Vinh (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung buồng trứng bằng phương pháp mổ nội soi. ***Tạp Chí Phụ Sản***. 14(4), tr. 58-63.

19. Trần Đình Vinh (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị lạc nội mạc tử cung bằng phẫu thuật nội soi. ***Tạp chí phụ sản***, 10(3), tr. 167-176.

20. Ferrero S., Venturini P. L., Gillott D.J., et al (2012). Hemostasis by bipolar coagulation versus suture after surgical stripping of bilateral ovarian endometriomas a randomized controlled trial. ***Invasive Gynecol,*** J. Minim, 19(6), pp. 722-730.

21. Celik H.G., Dogan E., Okyay E., et al (2012). Effect of laparoscopic excision of endometriosis on ovarian reserve, serial changes in the serum antimullerian hormone levels. ***Fertil Steril***. 97(6), pp. 1472-1478.

22. Biacchiardi C.P., Piane L.D., Camanni M., et al (2011). Laparoscopic stripping of endometriomas negatively affects ovarian follicular reserve even if performed by experienced surgeons. ***Reprod. Biomed. Online***, 23(6), pp. 740-746.

23. Hwu Y.M., Wu F.S.Y., Li S.H., et al (2011). The impact of endometrioma and laparoscopic cystectomy on serum Anti-Müllerian hormone levels. ***Reprod. Biol. Endocrinol***. ***RBE,*** 9, pp. 80.

24. Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Đức Hinh, Nguyễn Duy Ánh (2017). Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi của anti-mullerian hormone sau mổ nội soi bóc nang

lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng. ***Tạp chí Phụ sản***. 15(01), tr. 63–68.
25. Mahnaz A. et al (2016). Evaluation of Risk Factors Associated with Endometriosis in Infertile Women. ***The American Fertility Society***. 10(1), pp. 11–21.
26. Aaron K. Styer et al (2016). Association of uterine fibroids and pregnancy outcomes after ovarian stimulation–intrauterine insemination for unexplained infertility. American Society for Reproductive Medicine. 107(3), pp. 756-762.
27. Vimercati et al (2007). Do uterine fibroids affect IVF outcomes. ***Reproductive Biology Medicine Online***. 15(6), pp. 686-691.
28. Parazzini F., Vercellini P., Panazza S. et al (1997). Risk factors for adenomyosis. ***Human reproduction***. 12(6), pp. 1275-1279.
29. Phạm Thị Nữ (2010). ***Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến khối u lạc nội mạc tử cung***. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Trường Đại Học Y Dược Huế.
30. Phạm Huy Hiền Hào, Nguyễn Thị Thu Trang (2018). Điều trị phẫu thuật u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng tại bệnh viện phụ sản trung ương. ***Tạp chí phụ sản***. 16(01), tr. 111-116.
31. Hjordt H., Dalsgaard T., Hartwell D., et al (2014). Reproductive prognosis in endometriosis. A national cohort study. ***Acta Obstet Gynecol Scand***. 93, 483– 489.
32. Barbosa M.A., Teixeira DM., Navarro PA. et al (2014). Impact of endometriosis and its staging on assisted reproduction outcome: systematic review and meta-analysis. ***Ultrasound Obstet Gynecol***. 44, pp. 261 –278.
33. Donald E.P., Cheryl V., Jamil A. F. (1988). Spontaneous abortions in women with endometriosis. ***The American Fertility Society***. 50, No.5.
34. Hediger M., Hartnett H., Buck L. (2005). Association of endometriosis with body size and figure. ***Fertility and Sterility***. 84(5), pp. 1366–1374.
35. Susan A. T., Tanya A., Christina M. et al (2010). Early Menstrual Charasteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. ***Am J Obstet Gynecol***. pp. 202-534.
36. Moen M., Magnus P. (1993). The familial risk of endometriosis. ***Acta Obstet Gynecol Scand***. (72), pp. 560-564.
37. Coxhead D., Thomas E. (1993). Familial inheritance of endometriosis in a British population. A case control study. ***J Obstet Gynaecol***. (13), pp. 42-44.
38. Lê Văn Tuấn, Lê Minh Toàn, Cao Ngọc Thành (2014). Đánh giá hiệu quả giảm đau trong điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với liệu pháp hỗ trợ chất đồng vận GNRH. ***Tạp chí phụ sản***. 12(05), tr. 134-138.
39. Nguyễn Minh Nhật (2016). ***Nghiên cứu đặc điểm nội tiết và một số yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân vô sinh có lạc nội mạc tửu cung tại buồng trứng***. Luận văn Thạc sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa. Trường Đại học Y Dược Huế.
40. Tsolakidis D., Pados G., Validis D., et al (2010). The impact on ovarian reserve after laparoscopic ovarian cystectomy versus three-stage management in patients with endometriomas: a prospective randomized study. ***Fertil Steril***. 94(1), pp. 71-77.
41. Bhat R. G., Dhulked S., Ramachadran A., et al (2014). Laparoscopic cystectomy of endometrioma: Good surgical technique does not adversely affect ovarian. ***Journal of Human Reproduction***. 13(8), pp. 452-563.
42. Georgievska J., Sapunov S., Cekovska S., et al (2014). Ovarian Reserve After Laparoscopic Treatment of Unilateral Ovarian Endometrioma. ***Acta Inform. Medica***, 22(6), pp. 371.
43. Shebl O., Ebner T., Sommergruber M. et al (2009). Anti muellerian hormone serum levels in women with endometriosis: A case–control study. ***Gynecological Endocrinology***. 25(11), pp. 713-716.
44. Yoo J.H., Cha S.H., Park C.W., et al (2011). Serum anti-mullerian hormone is a better predictor of ovarian response than FSH and age in IVF patients with endometriosis. ***Clin. Exp. Reprod. Med***, 38(4), pp. 222-227.
45. Lima A. P., Moura M. D., Rosa S., et al (2006). Prolactin and cortisol levels in women with endometriosis. ***Brazilian Journal of Medical and Biological Research***. 39(8), pp. 1121-1127.
46. Ecran C.M., Sakinei M., Duru N. K., et al (2010). Anti-Müllerian hormone levels after laparoscopic endometrioma stripping surgery. ***Gynecol Endocrinol***. 26(6), pp. 468-472.
47. Kijatima M., Defrère S., Dolmans M., et al (2011). Endometriomas as a possible cause of reduced ovarian reserve in women with endometriosis. ***Fertil Steril***. 96(3), pp. 685-691.
48. Nguyễn Ngọc Tiệp (2008). ***Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, CA-125 trong chẩn đoán và điều trị khối u thực thể buồng trứng tại Bệnh viên Trung Ương Huế***. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa. Trường Đại học Y Dược Huế.
49. Hoàng Thị Liên Châu (2013). ***Nghiên cứu kết quả điều trị U lạc nội mạc tử cung tái phát tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế***. Luận án chuyên khoa II. Trường Đại học Y Dược Huế.
50. Trần Xuân Trường (2012). ***Nghiên cứu vai trò của siêu âm Doppler màu trong chẩn đoán u lạc nội mạc tử cung tại phần phụ***. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
51. Nguyễn Văn Tuấn (2012). ***Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với liệu pháp hỗ trợ chất đồng vận GnRH***. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.
52. Đinh Thị Phương Minh, Lê Sỹ Phương, Bạch Cẩm An và cộng sự (2012). Một số yếu tố tiên lượng lạc nội mạc tử cung tái phát. ***Tạp chí Phụ sản***. 10(3), tr. 162-171.
53. Struble J., Reid S., Bedaiwy M.A. (2016), Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. ***Journal of Minimally Invasive Gynecology***. 23(2), pp. 164–185.
54. Vercellini P., Parazzini F., Oldani S., et al (1995). Adenomyosis at hysterectomy: a study on frequency distribution and patient characteristics. ***Human reproduction***. 10(5), pp. 1160-1162