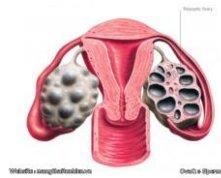


## HIỆU QUẢ

### PHÁC ĐỒ CLOMIPHENE CITRATE + FSH/hMG Ở BỆNH NHÂN BUỒNG TRỨNG ĐA NANG BƠM TINH TRÙNG

#### NGHIÊN CỨU LOẠT CA



Ts. Bs. Vũ Minh Ngọc – Khoa hiếm muộn BV Từ Dũ

## GIỚI THIỆU

- Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovarian syndrome – PCOS) gặp 5 – 13% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.
- PCOS được chẩn đoán dựa theo Rotterdam (ESHRE/ASRM, 2003) có 2 trong 3 tiêu chuẩn:
  - ❖ Rối loạn phóng noãn.
  - ❖ Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm.
  - ❖ Cường androgen trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng

The Rotterdam ESHRE/ASRM—Sponsored PCOS Consensus Workshop Group (2003)

## GIỚI THIỆU

- Trong số này có khoảng 80% bị rối loạn phóng noãn là nguyên nhân gây vô sinh (ESHRE/ASRM, 2008).
- Điều trị vô sinh cho những bệnh nhân PCOS có rối loạn phóng noãn là kích thích buồng trứng.

Thessaloniki ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group (2008)  
Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome

Thessaloniki ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group (2008)  
Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome

## Lựa chọn đầu tiên: Clomiphene Citrate (CC)

### Ưu điểm

- Thuận tiện
- Chi phí thấp
- Nguy cơ quá kích BT và đa thai thấp



### Nhược điểm

- 30% không đáp ứng với CC.
- Tác dụng kháng estrogen lên NMTC và chất nhày CTC

Thessaloniki ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group (2008)  
Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome

## Lựa chọn thứ 2: Gonadotropin (FSH/HMG)



### Nhược điểm

- Chi phí cao
- Không thuận tiện
- Nguy cơ đa thai và quá kích BT cao.

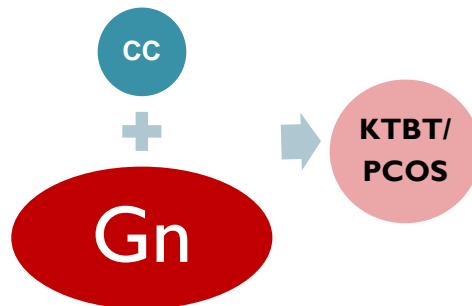
### Ưu điểm

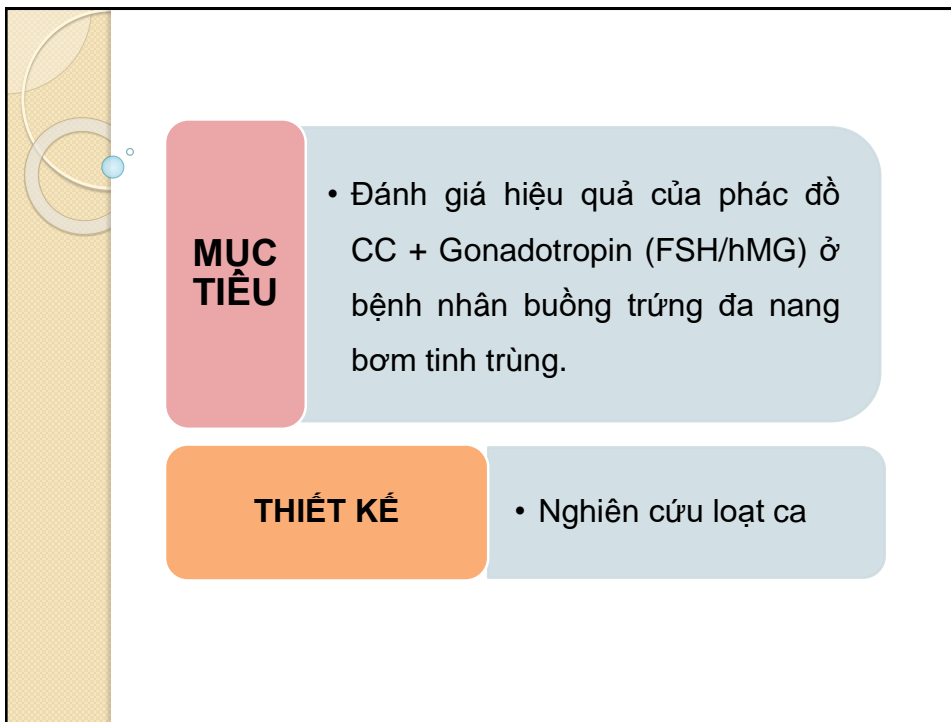
- Nhiều nang noãn phát triển
- NMTC phát triển tốt



## CÂU HỎI NGHIÊN CỨU ?

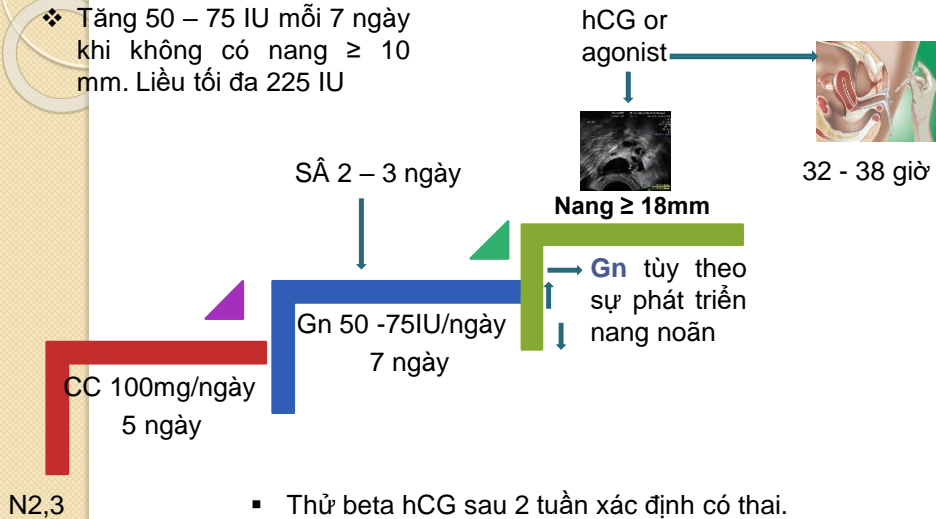
Nếu Gonadotropin quá mạnh trong khi đó CC không đủ mạnh, tại sao không kết hợp 2 thuốc để có thể khắc phục được nhược điểm của CC và Gonadotropin?





## BỆNH NHÂN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- ❖ Tăng 50 – 75 IU mỗi 7 ngày khi không có nang  $\geq 10$  mm. Liều tối đa 225 IU



- Thử beta hCG sau 2 tuần xác định có thai.
- Siêu âm sau 3 tuần xác định thai LS khi có túi thai trong TC, có hoạt động tim thai

## BỆNH NHÂN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### KẾT QUẢ CHÍNH

Thai lâm sàng/  
CK KTBT

### KẾT QUẢ PHỤ

- Số ngày KTBT
- Tổng liều Gn
- Độ dày NMTC ngày rụng trứng
- Tỷ lệ chu kỳ có nang trội
- Tỷ lệ quá kích buồng trứng
- Tỷ lệ đa thai.

<b>KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN</b>				
Đặc điểm bệnh nhân	NCTừ Dữ n = 32 CC + FSH/hMG	S.Christin n = 85 FSH	Wenyan n = 71 HMG	Wenyan n = 90 CC + HMG
Tuổi	27.8 ± 5.2	28.8 ± 3.2	26.93 ± 2.75	26.79 ± 2.61
Thời gian VS	2.9 ± 1.53	2.9 ± 1.7	3.09 ± 1.45	3.21 ± 1.47
• VS I • VS II	87,5% 12,5%	76% 24%	76.1% 23.9%	80% 20%
Nguyên nhân				
• PCOS	37.5%	100%	100%	100%
• PCOS + TT	43.75%			
• PCOS + ODT	12.5%			
• PCOS + TT+ ODT	6.25%			
<p>☐ Theo ASRM khuyến cáo: đánh giá vô sinh ở phụ nữ PCOS nên bắt đầu sau 6 tháng</p> <p>☐ ESHRE/ASRM, 2008: vô sinh ở phụ nữ PCOS khoảng 70 - 80%</p>				

<b>KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: ĐẶC ĐIỂM KTBT (1)</b>				
Đặc điểm KTBT	NC Từ Dữ n = 32 CC + FSH/hMG	S.Christin n = 85 rFSH	Wenyan n = 71 HMG	Monamad n = 77 HPuFSH
		Liều thấp tăng dần		
Thời gian KTBT (ngày)	12.3 ± 5.82 (7 – 19)	15.2 ± 7.0	19.24 ± 3.25	18.42 ± 6.2
Tổng liều Gn (IU)	511 ± 325.5 (150 – 1250)	951 ± 586	991.5 ± 242.1	1057.5 ± 585
Loại Gn				
• r FSH	62.5%	100%		
• u FSH	6.25%			100%
• hMG	25.0%		100%	
• r FSH + hMG	6.25%			
<p>❖ NC : Thời gian KTBT ngắn hơn, chi phí điều trị thấp hơn so với NC dùng Gn liều thấp tăng dần</p> <p>❖ NC Weiss NS: ở bệnh nhân PCOS kháng CC hoặc thất bại với CC, không tìm thấy chứng cứ cho thấy sự khác nhau về tỷ lệ sinh sống và QKBT giữa u FSH, r FSH hoặc hMG/HP – HMG. Tác giả khuyến cáo cân nhắc giá thành và sự thuận tiện</p>				

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: ĐẶC ĐIỂM KTBT (2)

Đặc điểm KTBT	NCTừ Dũ n = 32 CC + FSH/hMG	Wenyan n = 90 CC + HMG	Monamad n = 82 CC +HPuFSH
Thời gian KTBT (ngày)	12.3 ± 5.82 (7 – 19)	17.75 ± 3.87	12.34 ± 4.5
Tổng liều Gn (IU)	511 ± 325.5 (150 – 1250)	731.3 ± 290.3	532.5 ± 315
Loại Gn			100%
• r FSH	62.5%		
• u FSH	6.25%		
• hMG	25.0%		
• r FSH + hMG	6.25%	100%	

➤ CC + Gn chi phí thấp và thân thiện hơn với bệnh nhân

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: KẾT QUẢ KTBT (1)

Kết quả KTBT	NCTừ Dũ n = 32 CC + FSH/ HMG	Hatem Abu n = 127 Met + CC	Suhail n = 220/518 CC	Sohrabvand Met + CC
• NMTC ngày cho rụng trứng (mm)	9.7 ± 3.32 (6 – 13)	9.1 ± 0.1	9.62 ± 2.66 (4.6 – 13)	5.5 ± 2.8
• Chu kỳ có nang trội	96.9%	69.9%	41.25%	80.6%
• Chu kỳ QKBT	0%	0%	0%	0%

Cải thiện NMTC, tăng tỷ lệ chu kỳ có nang trội so với CC đơn thuần do kết hợp CC + Gn mà vẫn hạn chế được quá kích buồng trứng

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: KẾT QUẢ KTBT (2)

Kết quả KTBT	NC Từ Dữ n = 32 CC + HMG	S.Christin n = 85 FSH	Liều thấp tăng dần	
			Wenyan n = 71 HMG	Monamad n = 77 HPuFSH
• NMTC ngày cho rụng trứng (mm)	<b>9.7 ± 3.32 (6 – 13)</b>		10.3 ± 1.89	11.1 ± 1.8
• Chu kỳ có nang trội	<b>96.9%</b>	88.2%	90.1%	42.9%
• Chu kỳ QKBT	<b>0%</b>	2.25%	0%	0%

☐ NC của chúng tôi cho kết quả NMTC, tỷ lệ QKBT tương đương và tỷ lệ chu kỳ có nang trội cao hơn các NC liều Gn thấp tăng dần.

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: KẾT QUẢ KTBT (3)

Kết quả KTBT	NC Từ Dữ n = 32 CC + FSH/HMG	Wenyan n = 90 CC + HMG	Monamad n = 82 CC + HPuFSH
• Chu kỳ có nang trội	<b>31/32 (96.9%)</b>	85/90 (94.4%)	63/82 (82.9%)
• Chu kỳ QKBT	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

❖ NC cho kết quả tương đương với các NC trước đó (CC + Gn) khi KTBT ở PCOS/IUI: NMTC phát triển tốt, tỷ lệ chu kỳ nang trội cao mà không bị QKBT



### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: KẾT QUẢ CÓ THAI (1)

Kết quả	NC Từ Dũ n = 32 CC + FSH/HMG	Zain MM CC	Suhail n = 220/518 CC	Hatem n = 127 Met + CC
<b>Thai lâm sàng</b>	<b>7/32 (21.9%)</b>	<b>15.4%</b>	<b>12.12%</b>	<b>14.4%</b>
• Đơn thai	6/7 (85.7%)			
• Song thai	1/7 (14.3%)			
• ≥ 3 thai	0/7 (0%)			

☐ NC cho thấy (CC + Gn) KTBT ở PCOS/IUI cho kết quả thai lâm sàng cao hơn so với các NC chỉ dùng CC.

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: KẾT QUẢ CÓ THAI (2)

Kết quả có thai	NC Từ Dũ n = 32 CC + HMG	S.Christin n = 85 FSH	Wenyan n = 71 HMG	Monamad n = 77 HPuFSH
<b>Thai lâm sàng</b>	<b>7/32 (21.9%)</b>	<b>18.7%</b>	<b>12/71 (16.9%)</b>	<b>22/77 (28.5%)</b>
• Đơn thai	6/7 (85.7%)		10/12	21/22
• Song thai	1/7 (14.3%)		2/12	1/22
• ≥ 3 thai	0/7 (0%)		0	0

☐ NC cho thấy (CC + Gn) KTBT ở PCOS/IUI cho kết quả thai lâm sàng tương đương với các NC sử dụng Gn liều thấp tăng dần

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: KẾT QUẢ CÓ THAI (3)

Kết quả có thai	NCTừ Dũ n = 32 CC + FSH/HMG	Wenyan n = 90 CC + HMG	Monamad n = 82 CC +HPuFSH
Thai lâm sàng	7/32 ( <b>21.9%</b> )	17/90 ( <b>18.9%</b> )	24/82 ( <b>29.2%</b> )
• Đơn thai	6/7 (85.7%)	16/17	0
• Song thai	1/7 (14.3%)	1/17	0
• ≥ 3 thai	0/7 ( <b>0%</b> )	<b>0</b>	<b>0</b>

CC + Gn khi KTBT ở PCOS/IUI cho kết quả thai lâm sàng cao mà hạn chế được đa thai

### KẾT LUẬN

- Kết hợp CC và Gonadotropin để KTBT ở bệnh nhân PCOS làm IUI cho kết quả có thai lâm sàng, tỷ lệ chu kỳ có nang trội cao.
- Trong khi đó chi phí điều trị thấp hơn so với Gonadotropin, hạn chế được biến chứng QKBT và đa thai.
- Tuy nhiên cần phải có nghiên cứu với cỡ mẫu đủ lớn để khẳng định kết quả này.

**CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE  
CỦA QUÝ VỊ !**