

Cập nhật điều trị Lạc Nội mạc tử
cung: Điều trị nội khoa hay ngoại
khoa?

BS Âu Nhật Luân

Định nghĩa bệnh lý Lạc Nội Mạc Tử Cung (LNMTC)

“LNMTC: hiện diện của *mô giống nội mạc tử cung* ở bên ngoài tử cung gây ra phản ứng viêm, mãn tính. Trong khi một số phụ nữ bị triệu chứng đau và/hoặc kèm vô sinh, trong khi một số khác hoàn toàn không có triệu chứng. Tỷ lệ chính xác của LNMTC từ 2-10% trong dân số nữ chung nhưng lên đến 50% trong số phụ nữ vô sinh.

ESHRE guideline update 2013



Cơ chế bệnh sinh của Lạc Nội Mạc Tử Cung?

Đề kháng Progesteron¹⁻²

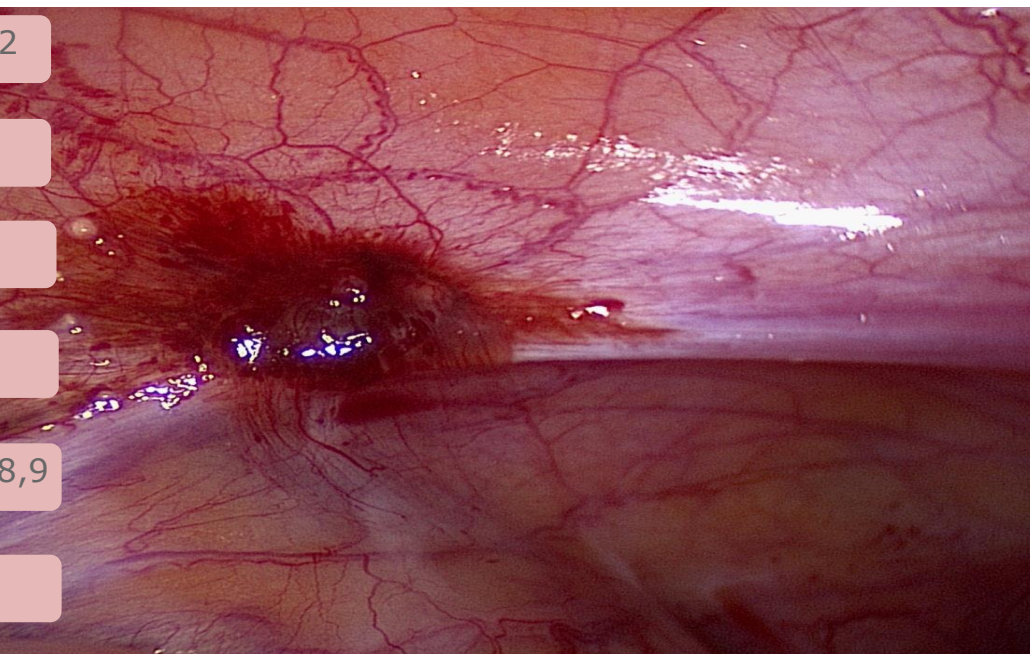
Giảm chu trình chết³

Tạo mạch⁴⁻⁵

Viêm⁶⁻⁷

Tăng hoạt tính estrogen^{8,9}

Tăng sinh tế bào¹⁰



1. Attia et al., JCEM 2000;85:2897-2902
2. Bulun et al., Sem Reprod Med 2012;30:39-45
3. Gebel et al., Fertil Steril 1998;69:1042-47;
4. Crosin et al., Fertil Steril 2009;92:1214-20
5. Takehara et al., Hum Patho 2004;35:1396-75

6. Hornung et al., JCEM 1997;82:1621-8
7. Osteen et al., Sem Reprod Endocrinol 1996;14:247-55;
8. Bulun NEJM 2009;360:268-79
9. Xue Q, et al., Biol Reprod 2007;77:681-7.
10. Béliard A, Fertil Steril 2004;82:80-5.

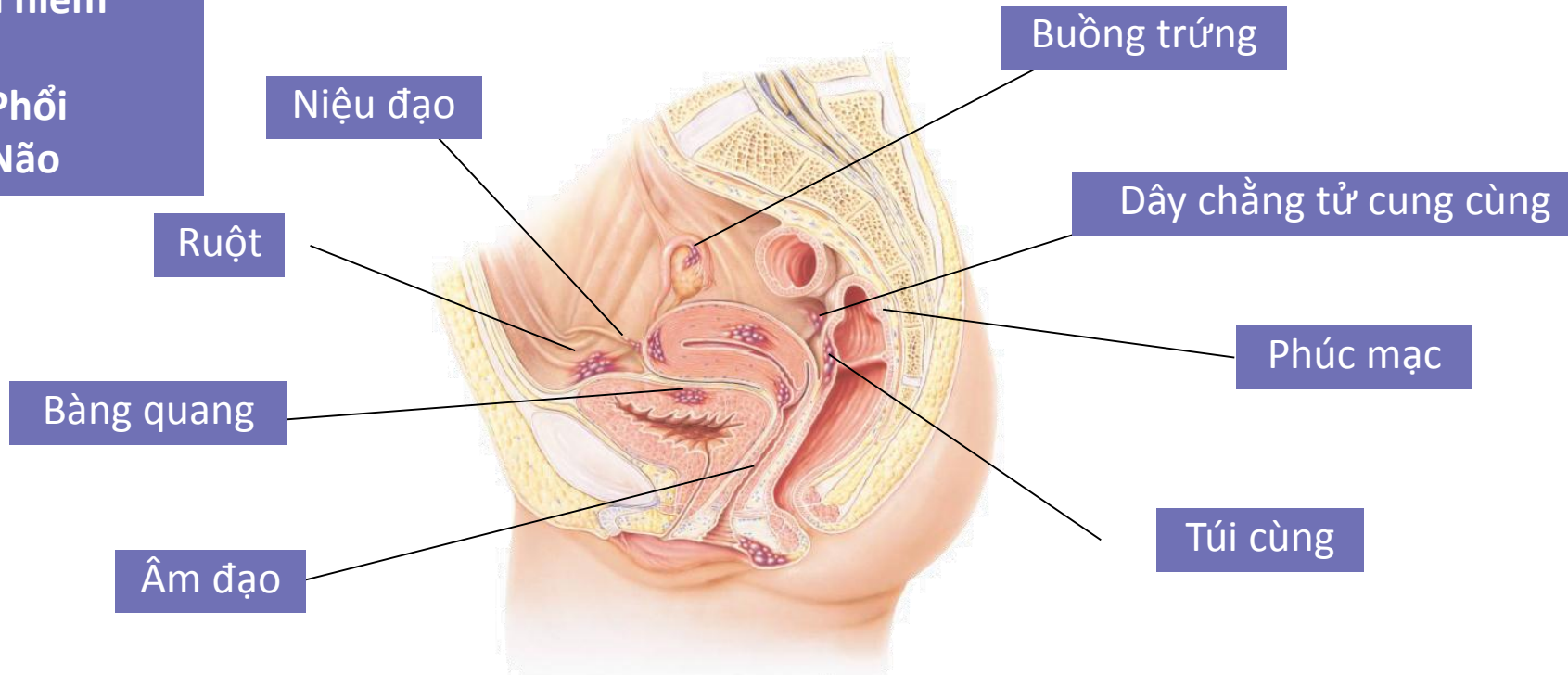
Những vị trí thường gặp trong bệnh lý LNMTC

“LNMTC được tìm thấy trong hầu hết các mô của cơ thể. Triệu chứng phụ thuộc vào vị trí mô tổn thương”

ESHRE guideline update 2013

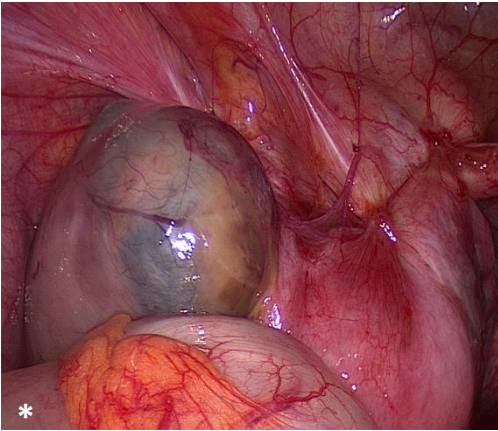
Vị trí hiếm gặp:

- Phổi
- Não



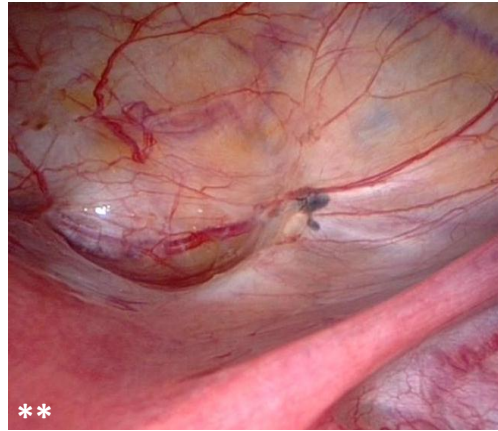
ESHRE Guideline update 2013; Accessed at: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.aspx>

Các loại LNMTC



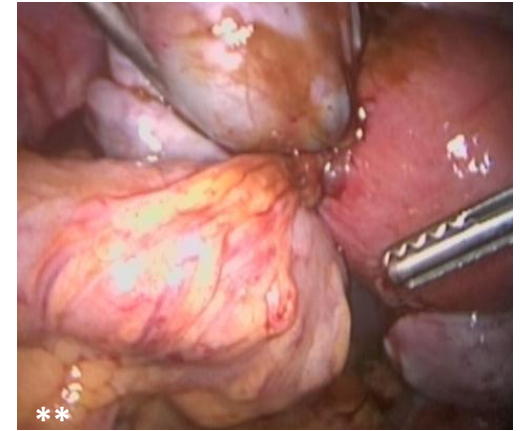
LNMTTC buồng trứng

- Những nang màu sô-cô-la chứa máu và mô vụn
- Có thể gây giảm khả năng sinh sản bằng cách giảm số lượng nang và gây viêm tại chỗ



LNMTTC phúc mạc

- Cấy mô nội mạc trên bề mặt phúc mạc
- Thường chỉ phát hiện được qua nội soi



LNMTTC thâm nhiễm sâu

- Thâm nhiễm sâu vào lớp phúc mạc (>5mm)

*Image provided courtesy of Prof. Michael Mueller, Bern, Switzerland

**Image provided courtesy of Prof. Andreas D. Ebert, Berlin, Germany.

***Image provided courtesy of Dr Mauricio S Abrao, Sao Paulo University, Brazil.

DeCherney AH et al. Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology. Chapter 56. The McGraw-Hill Companies, Inc. 2013.

Streuli I et al. Expert Opin Emerg Drugs. 2012; 17(1): 83–104.

Streuli I et al. Expert Opin Pharmacother. 2013; 14(3): 291–305.

1 trong 10 phụ nữ bị LNMTC trong suốt giai đoạn sinh sản

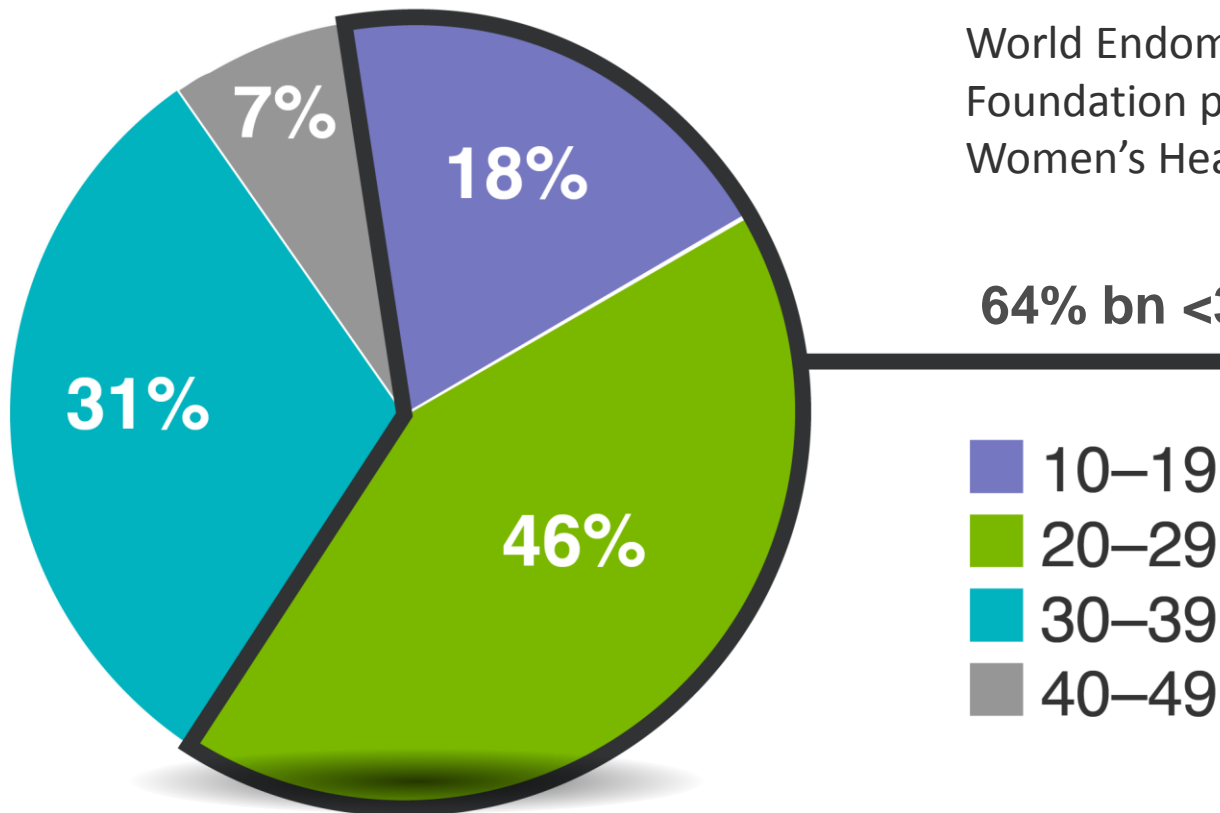


LNMTTC ảnh hưởng đến những năm tháng đẹp nhất của người phụ nữ

Độ tuổi đến tư vấn lần đầu khi có triệu chứng

World Endometriosis Research Foundation prospective Global Study of Women's Health

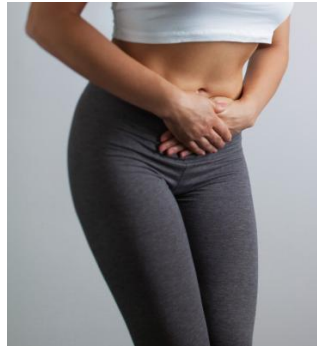
64% bn <30 tuổi



Nnoaham KE et al. Fertil Steril 2011; 96: 366–373.

Đau là triệu chứng thường gặp nhất ¹

- Thống kinh
 - Triệu chứng được ghi nhận nhiều nhất
 - Thống kinh nặng gợi ý nhiều đến khả năng LNMTCT²
- Đau khi giao hợp
 - Thường gặp ở vị trí phúc mạc (88%) và âm đạo trực tràng (100%)³
- Đau vùng chậu mãn tính
- Không có mối liên quan rõ rệt giữa mức độ đau và độ lan rộng của bệnh ¹

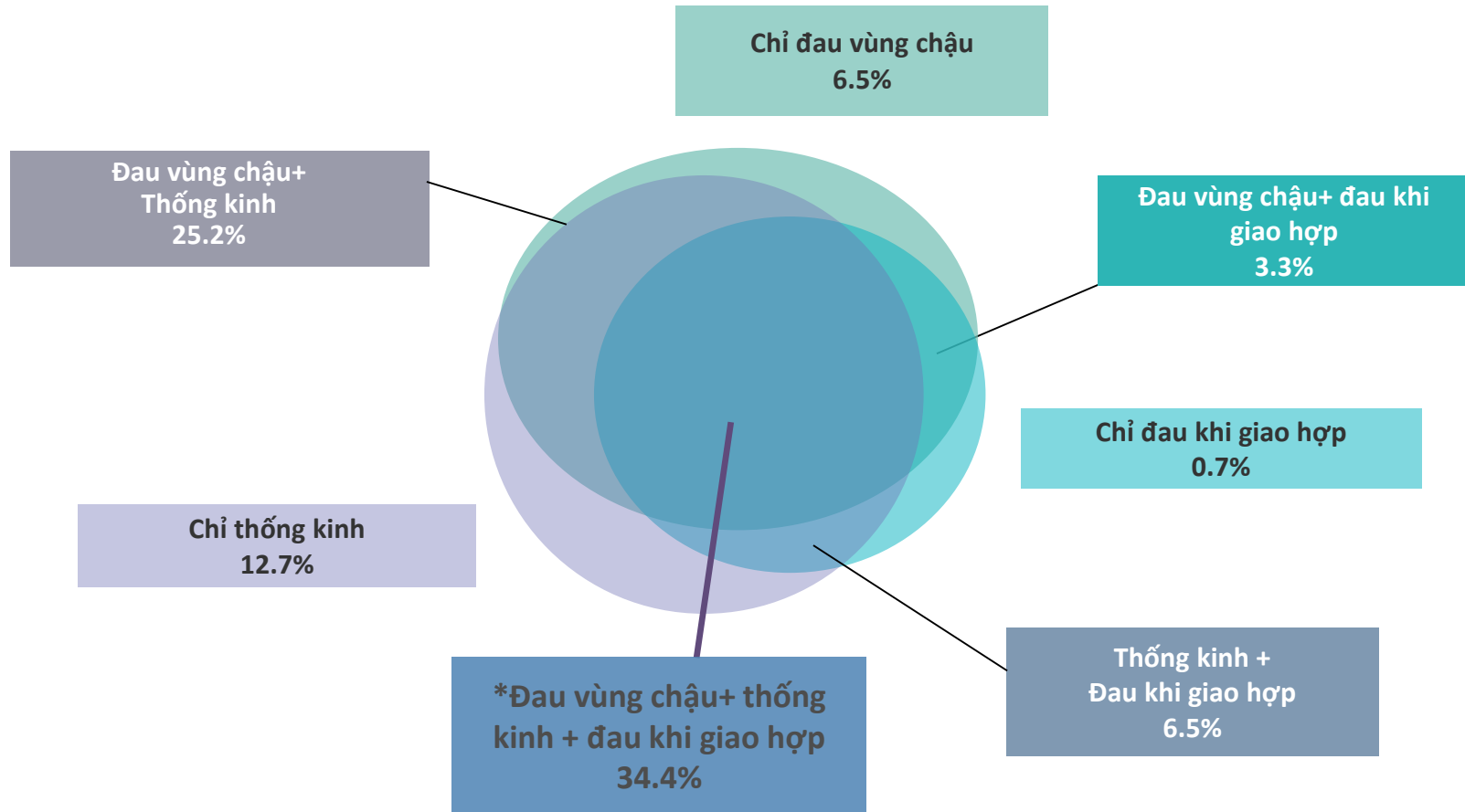


*Figure adapted from Sinaii et al, 2008.

1. Sinaii N et al. Fertil Steril 2008; 89(3): 538–545.
2. Mahmood TA and Templeton A. Hum Reprod 1991; 6(4): 544–549.
3. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Hum Reprod 2001; 16(12): 2668–2671.

Triệu chứng gợi ý chẩn đoán ^{1*}	%*
Thống kinh	78.7
Đau vùng chậu	69.4
Đau khi giao hợp	44.9
Khó chịu ruột	36.4
Đau bụng (tiêu hóa)	29.0
Vô sinh	26.2
Khối/u buồng trứng	19.5
Khó tiểu	9.9
Rối loạn tiết niệu khác	6.2

Triệu chứng LS



10.7% phụ nữ không ghi nhận có bất kỳ triệu chứng đau bụng phụ khoa

n=940

Figure adapted from Sinaii N et al. Fertil Steril 2008; 89(3): 538–545.

LNMTC thường đi kèm với vô sinh

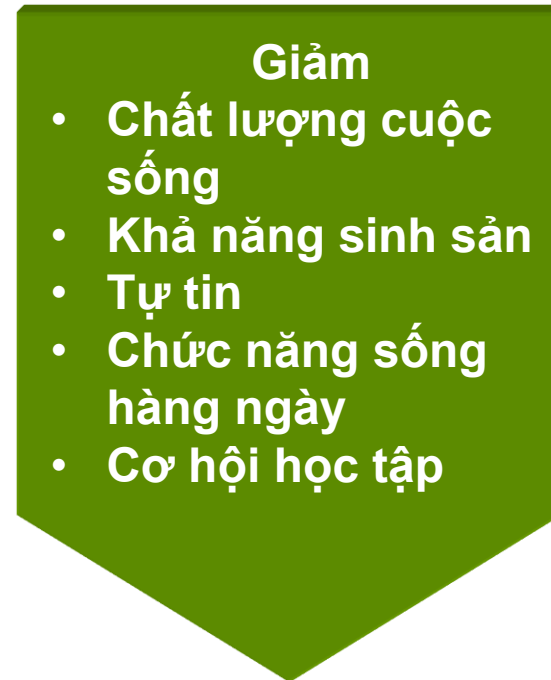
30–40% phụ nữ LNMTC bị vô sinh hoặc hiếm muộn

Mối quan hệ nhân quả chưa được xác định đầy đủ

25–40% phụ nữ vô sinh bị LNMTC

Ảnh hưởng của LNMTC?

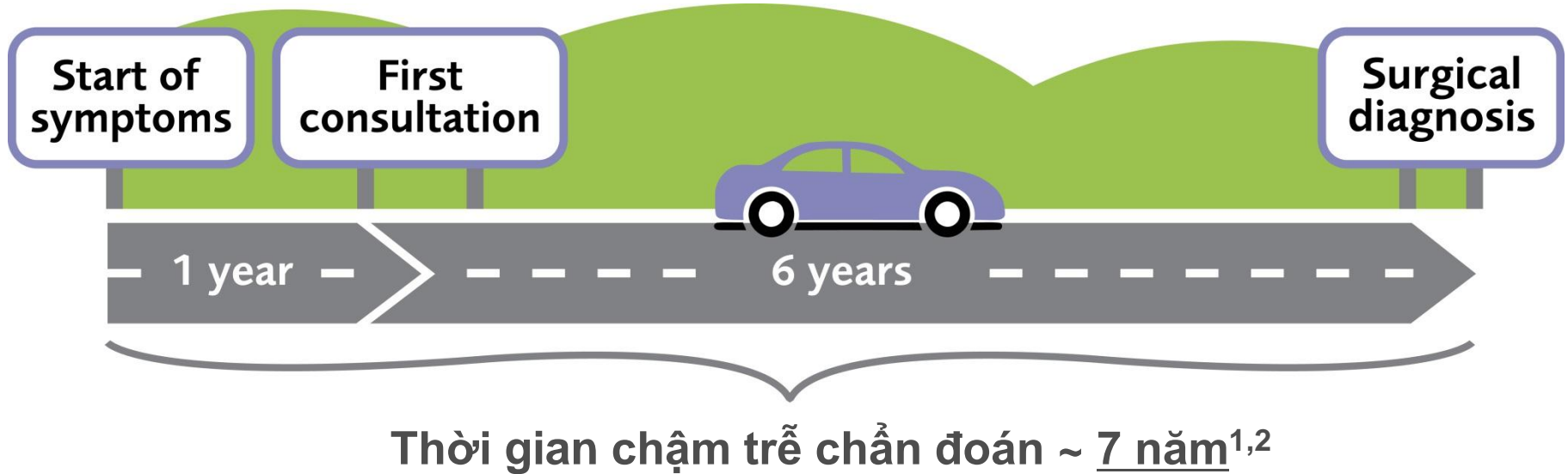
- 176 triệu phụ nữ bị LNMTC trên thế giới¹
- LNMTC để lại gánh nặng lớn cho xã hội và bn ²⁻⁶



1. Nnoaham KE et al. Fertil Steril 2011; 96: 366–373.
2. Simoens S et al. Hum Reprod 2012; 27(5): 1292–1299.
3. Mounsey AL et al. Am Fam Phys 2006; 74(4): 594–600.

4. Gao X et al. Curr Med Res Opin 2006; 22(9): 1787–1797.
5. Bernuit D et al. J Endometriosis 2011; 3(2): 73–85.
6. Fourquet J et al. Fertil Steril 2011; 96(1): 107–112.

Chậm trễ trong chẩn đoán LNMTC



Trung bình 7 lần thăm khám BS gia đình trước khi khám chuyên khoa

1. Nnoaham KE et al. Fertil Steril 2011; 96(2): 366–373.
2. Arruda MS et al. Hum Reprod 2003; 18: 756–759.

Tại sao phải chẩn đoán sớm?

- Ảnh hưởng đến tiến trình của bệnh
 - Giảm nguy cơ đau mãn tính
 - Giảm nguy cơ hội chứng đau đi kèm
 - Giảm nguy cơ vô sinh
- Giúp điều trị hiệu quả hơn
- Giải thích cho triệu chứng đau

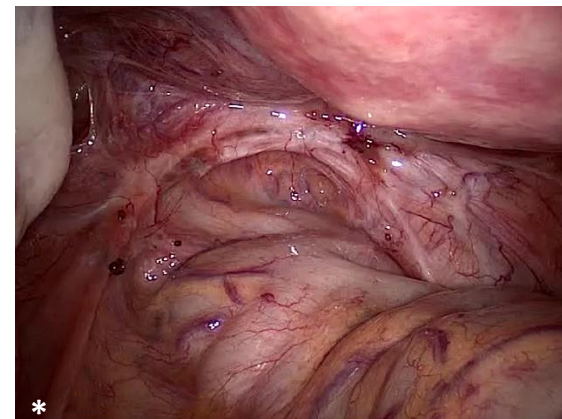
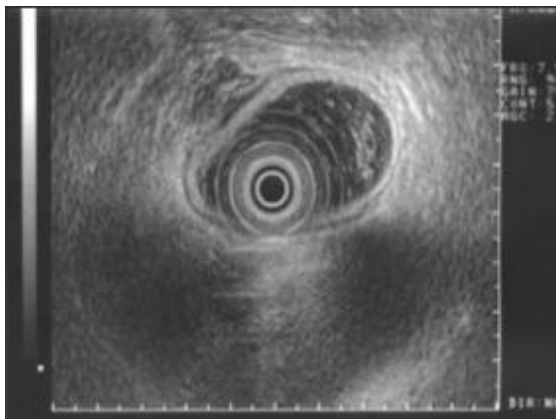
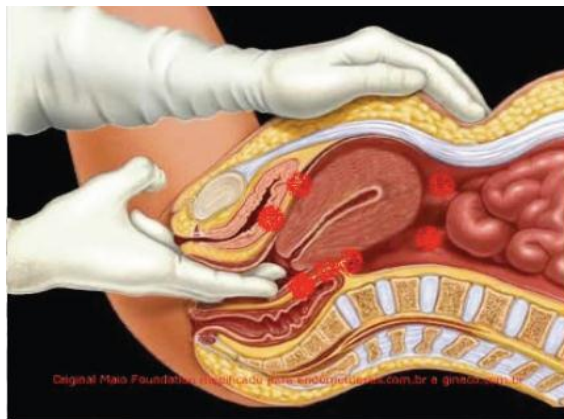


Chẩn đoán LNMTC?

Khám LS¹

Chẩn đoán hình ảnh²

Nội soi^{1,3}



*Laparoscopy image provided courtesy of Prof. Michael Mueller, Bern, Switzerland.

1. SOGC Clinical Practice Guideline. Endometriosis: Diagnosis and management. J Obstet Gynecol Can 2010; 32(7 Suppl 2): S1-S32
2. Hudelist G et al. Hum Reprod 2009; 24(5): 1012–1017.
3. ESHRE 2013 guideline; Accessed at: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.aspx>.11.

Chẩn đoán bằng phẫu thuật có phải luôn cần thiết không?

“Do việc chẩn đoán không bằng phẫu thuật đã được chứng minh là có độ tin cậy cao, nên việc thực hiện nội soi ngay từ đầu để chẩn đoán xác định LNMTC là điều thử thách,”

Vercellini P et al. Endometriosis: current and future medical therapies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22(2): 275–306.

“Mặc dầu chẩn đoán xác định LNMTC cần có nội soi, nhưng điều trị nội khoa theo kinh nghiệm đã được đề nghị không chỉ để điều trị triệu chứng mà còn để chẩn đoán hợp lý LNMTC”

Luciano DE and Luciano AA. Management of endometriosis-related pain: an update. Womens Health (Lond Engl) 2011; 7(5): 585–590.

Mục tiêu điều trị LNMTC



Điều trị triệu chứng

- Nếu triệu chứng đau thì giảm đau
- Nếu triệu chứng là vô sinh thì hỗ trợ sinh sản



Giảm nguy cơ tiến triển của bệnh

- Bảo tồn sinh sản
- Phòng ngừa tiến triển đến đau mãn tính



Hạn chế tối thiểu phẫu thuật

- Xác định những bn được hưởng lợi từ phẫu thuật và tìm thời gian tốt nhất để phẫu thuật
- Duy trì điều trị sau phẫu thuật đóng vai trò quan trọng

Phẫu thuật LNMTC

Ưu điểm	Nhược điểm
Kết hợp nội soi và mô học xem như là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán LNMTC ¹	Kỹ thuật/chuyên gia không có sẵn ³
Có thể kết hợp chẩn đoán và điều trị trong một thủ thuật ^{1,2}	Phương pháp xâm lấn không phù hợp cho tất cả các bn ^{3,4}
Phẫu thuật thì hiệu quả trong giảm đau kèm LNMTC ^{1,2} và phẫu thuật qua nội soi để loại bỏ sang thương được xem như liệu pháp hiệu quả trong việc cải thiện sinh sản ở LNMTC giai đoạn I và II ²	Tỉ lệ tái phát 10–55% có triệu chứng và sang thương LNMTC trong vòng 12 tháng sau phẫu thuật loại bỏ sang thương ²
Điều trị nội khoa theo sau phẫu thuật đem lại lợi ích cao nhất ⁶	20% đến 40% phụ nữ không cải thiện sau phẫu thuật bảo tồn ⁵
Can thiệp phẫu thuật đúng lúc ngay từ lần đầu được chứng minh đem lại lợi ích lớn nhất ⁶	Nguy cơ biến chứng ^{2,4,5}
	Kết quả của can thiệp phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm phẫu thuật và có nguy cơ gây dính hoặc gây biến đổi cấu trúc giải phẫu vùng chậu ^{1,2,7}

Phẫu thuật nên được thực hiện vào thời điểm phù hợp nhất để tối thiểu số lần phải phẫu thuật

1. ESHRE 2013 guidelines; Accessed at: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.aspx>.
2. Johnson NP and Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. Hum Reprod 2013; 28(6):1552–1568.
3. Brosens IA and Brosens JJ. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 90(2):159–164.
4. Al-Jefout M et al. Hum Reprod 2009; 24(12): 3019–3024.
5. Leyland N et al. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32(7 Suppl 2): S1–S32.
6. Abbott et al. Fertil Steril 2004; 82: 878–884.
7. Kappou D et al. Minerva Ginecol 2010; 62(5): 415–432.

Điều trị nội khoa LNMTC

Nguyên tắc chính trong điều trị nội khoa LNMTC: ức chế tổng hợp estrogen, dừng kích thích chu kỳ và chảy máu; và gây teo sang thương nội mạc lạc chỗ ¹



Ưu điểm	Nhược điểm
Điều trị nền tảng của LNMTC	Các liệu pháp nội tiết hiện nay đều không cho phép có thai khi điều trị ⁴
Ức chế các triệu chứng đau (thống kinh, đau khi giao hợp và đau vùng chậu mãn) là một trong những bước của kế hoạch điều trị lâu dài ²	Cần điều trị kéo dài vì nguy cơ tái phát khi dừng điều trị ⁵
COCs* và progestins được đề nghị như liệu pháp hàng đầu trong điều trị nội khoa ¹	Ít điều trị chuyên biệt cho LNMTC và có ít bằng chứng RCTs ⁶
Có nhiều lựa chọn ³	Trong số các điều trị sẵn có hiện tại, các tác dụng không mong muốn như đau đầu ^{4,7} ảnh hưởng trên BMD, ⁷ bốc hỏa, ⁷ tác dụng phụ do androgen, ⁷ XH âm đạo bất thường, ^{6,7} khô âm đạo ⁴ và chậm có thai trở lại ⁸

Điều trị lý tưởng là điều trị giúp giảm đau, thoái triển sang thương lạc nội mạc, thậm chí trong các trường hợp nặng, và cho phép có thai ³

COC, combined oral contraceptive; RCT, randomized control trial; BMD, Bone mineral density

* COCs are not licensed for the treatment of Endometriosis

1. Kappou D et al. Minerva Ginecol 2010; 62(5): 415–432.

2. JOCG guidelines; Accessed at <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui244CPG1007E.pdf>

3. Soares SR et al. Fertil Steril 2012; 98(3): 529–555.

4. Vercellini P et al. Hum Reprod Update 2003; 9(4): 387–396.

5. Johnson NP et al. Hum Reprod 2013; 28(6): 1552–1568.

6. Davis L et al. Cochrane Database Syst Rev 2007; 18(3): CD001019.

7. McCormack P et al. Drugs 2010; 70(16): 2073–2088.

8. Klipping C et al. J Clin Pharmacol 2012; 52: 1704–1713.

Điều trị nội khoa hiện tại

Điều trị không đặc hiệu

COCs

NSAIDs

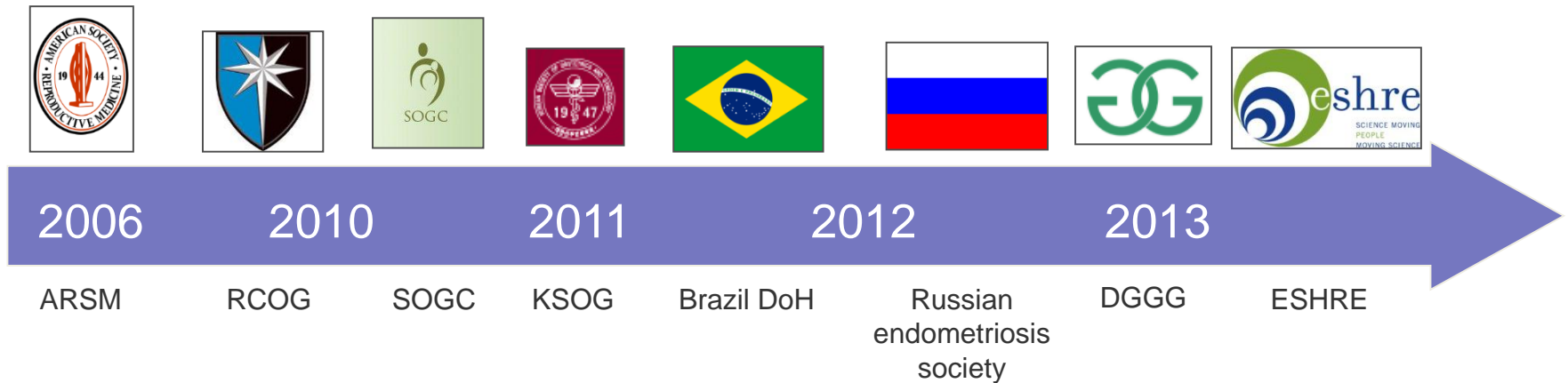
Điều trị đặc hiệu

Đồng vận Gonadotropin

Progestins

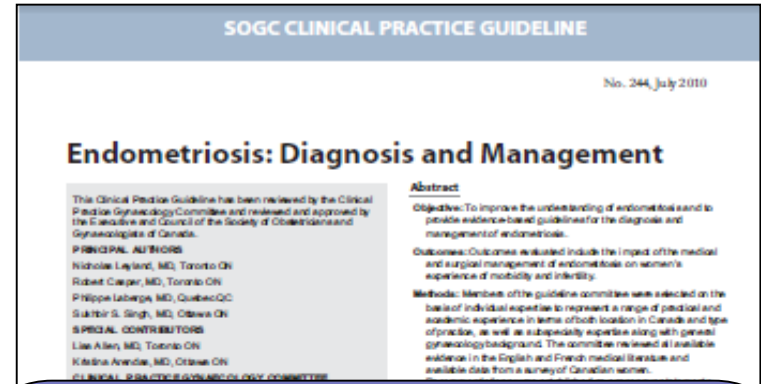
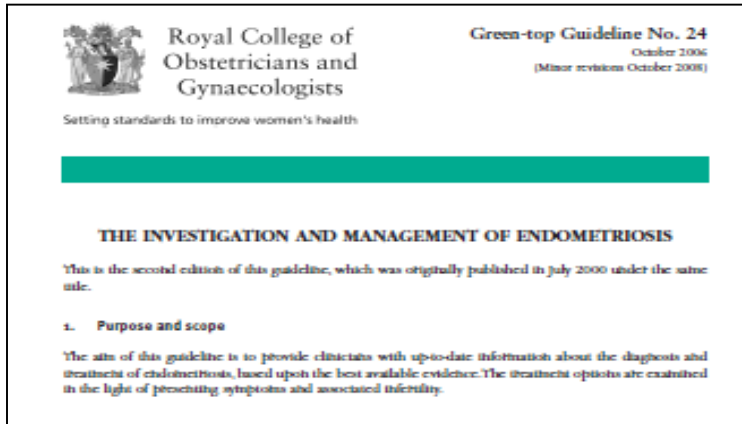
Tất cả điều trị trên đều có thử thách

Hướng dẫn lâm sàng điều trị LNMTC



ASRM=The American Society for Reproductive Medicine
DGGG=Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Gebertshilfe e.V.
DoH = Department of Health
ESHRE=European Society of Human Reproduction and Embryology
KSOG = Korean Society of Obstetrics and Gynecology
RCOG=Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SOGC=Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

Điều trị sớm các triệu chứng của LNMTC



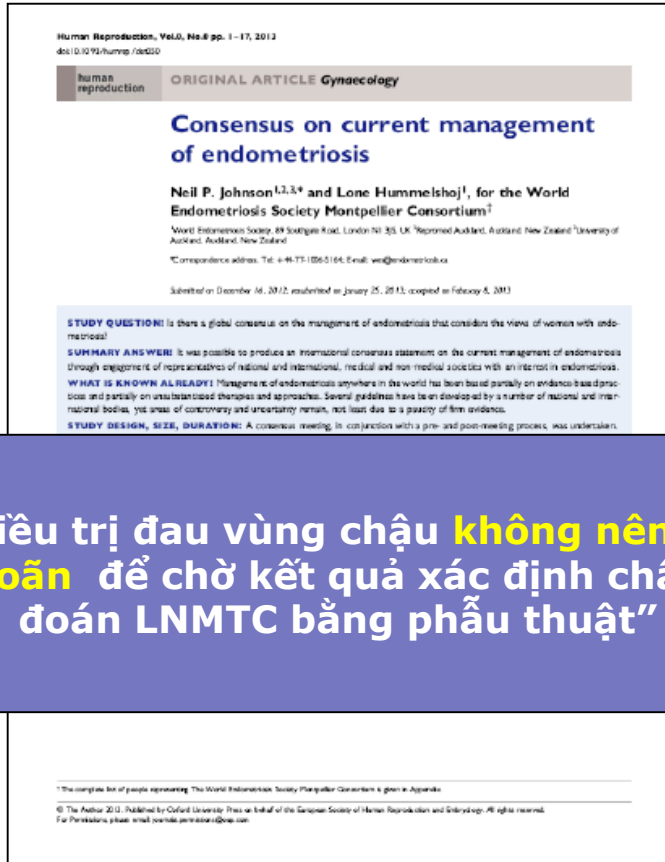
“Điều trị theo kinh nghiệm fortên các bn có triệu chứng đau nghi ngờ do LNMTC mà không có chẩn đoán xác định bao gồm tư vấn, NSAIDs, progestogens hoặc COCs”

“Bắt đầu bằng nội soi **không** luôn luôn là cần thiết trước khi điều trị nội ở bn đau vùng chậu. Việc điều trị đau là cần thiết ở bn thống kinh nặng hoặc đau vùng chậu mãn tính cần cải thiện chất lượng sống dù có hay không nguyên nhân do LNMTC.”

This RCOG guideline was developed in accordance with standard methodology for clinical guidelines. The Cochrane Library (including the Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE and EMBASE), YRP, Medline and PubMed (electronic databases) were searched for relevant randomised controlled trials, systematic reviews and meta-analyses. The search was restricted to articles published in English between January 2000 and April 2006. Recent consensus documents were also studied. The databases were searched using the relevant MeSH terms including all sub-headings and this was combined with a keyword search. Main keywords included 'endometriosis', 'endometriosis, diagnosis', 'endometriosis, drug therapy', 'endometriosis, complications', 'endometriosis', 'endometriosis, surgery'.

1. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Endometriosis: Diagnosis and management, J Obstet Gynaecol, 2010
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, The investigation and management of endometriosis: RCOG Guidelines no. 24, London, RCOG

Các guideline ủng hộ cho việc điều trị chủ động LNMTC



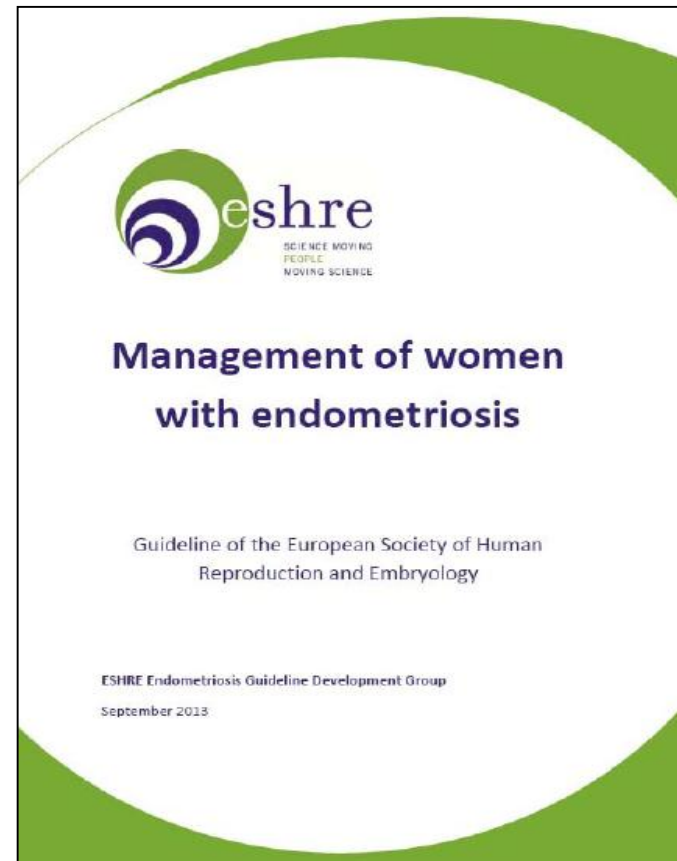
“Điều trị đau vùng chậu **không nên trì hoãn** để chờ kết quả xác định chẩn đoán LNMTC bằng phẫu thuật”



“Điều trị theo kinh nghiệm trên các bệnh nhân có triệu chứng đau nghi ngờ do LNMTC mà không có chẩn đoán xác định bao gồm tư vấn, NSAIDs, progestogens hoặc COCs”

1. Johnson et al., Hum Reprod 2013; 28:1552-68 (World Endometriosis Society)
2. ESRHE guideline 2013

Điều trị nội khoa sau phẫu thuật để phòng ngừa tái phát LNMTC và đau do LNMTC được khuyến cáo trong nhiều guidelines



1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, The investigation and management of endometriosis: 2008 RCOG Guidelines no. 24,
2. ACOG bulletin, Obst Gynecol 2010;116:223-236

Điều trị nội khoa sau phẫu thuật khi nghi ngờ bệnh lý tồn dư, hoặc khi triệu chứng đau không giảm, hoặc khi muốn kéo dài thời gian không có triệu chứng đau do LNMTC sau phẫu thuật –ACOG 2010

Human Reproduction, Vol.0, No.0 pp. 1–17, 2013
doi:10.1093/humrep/dat020

human reproduction ORIGINAL ARTICLE Gynaecology

Consensus on current management of endometriosis

Neil P. Johnson^{1,2,3*} and Lone Hummelshoj¹, for the World Endometriosis Society Montpellier Consortium[†]

¹World Endometriosis Society, 29 Southgate Road, London N15 3S, UK; ²Reformed Auckland, Auckland, New Zealand; ³University of Auckland, Auckland, New Zealand

*Correspondence address: Tel: +94 77 1055164; Email: neil@endometriosis.co.uk

Submitted on December 16, 2012; published on January 25, 2013; accepted on February 5, 2013

STUDY QUESTION: Is there a global consensus on the management of endometriosis that considers the views of women with endometriosis?

SUMMARY ANSWER: It was possible to produce an international consensus statement on the current management of endometriosis through engagement of representatives of national and international, medical and non-medical societies with an interest in endometriosis.

WHAT IS KNOWN ALREADY? Management of endometriosis anywhere in the world has been based partially on evidence based practice and partially on unvalidated therapies and approaches. Several guidelines have been developed by a number of national and international bodies, but issues of consistency and structure remain, not least due to a paucity of firm evidence.


Key words: endometriosis / evidence based / management / WES Montpellier Consortium / World Endometriosis Society

†The complete list of people representing The World Endometriosis Society Montpellier Consortium is given in Appendix.

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

“Điều trị nội khoa có thể được chỉ định thường quy như biện pháp bổ sung cho phẫu thuật hoặc như chiến lược điều trị nội khoa dài hạn để phòng ngừa tái phát LNMTC”

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN—GYNECOLOGISTS

NUMBER 114, JULY 2010 (Replaces Practice Bulletin Number 77, December 1999)

Management of Endometriosis

Endometriosis represents a significant health problem for women of reproductive age. The etiology, the relationship between the extent of disease and the degree of symptoms, the effect on fertility, and the most appropriate treatment of endometriosis remain incomplete. The purpose of this document is to present the evidence, including risks and benefits, for the effectiveness of medical and surgical therapy for adult women who are symptomatic with pelvic pain or infertility or both. Treatment options for adolescents are discussed in other documents (7).

Background

Incidence

Endometriosis is a gynecologic condition that occurs in 6–10% of women of reproductive age (2), with a prevalence of 38% (range, 20–50%) in infertile women (3–6), and in 71–87% of women with chronic pelvic pain (7–9). Contrary to much speculation, there are no data to support the view that the incidence of endometriosis is increasing (10), although improved recognition of endometriotic lesions may have led to an increase in the rate of detection (11). There also appears to be no particular racial predisposition to endometriosis.

A familial association of endometriosis has been suggested, and patients with an affected first-degree relative have nearly a 7–10-fold increased risk of developing endometriosis (12, 13). There is a strong concordance in monozygotic twins (14). The proposed inheritance is characteristic of a polygenic-multifactorial mechanism. A number of genetic polymorphisms have been identified (15).

Etiology

Endometriosis is a chronic gynecologic disorder whose principal manifestations are chronic pain and infertility.

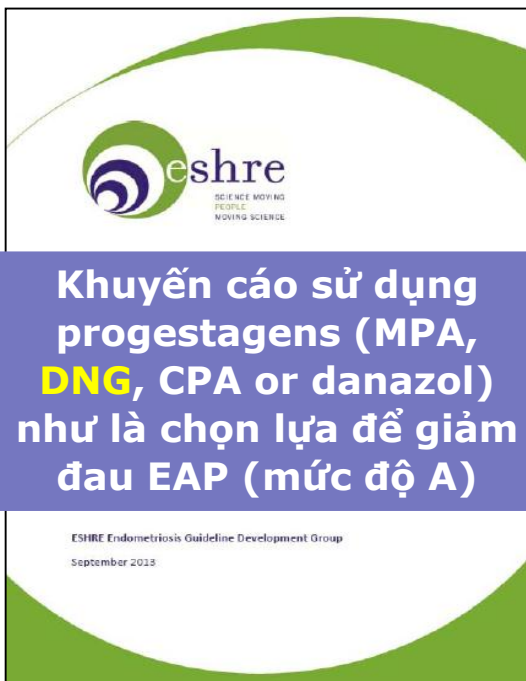
The pathogenesis of endometriosis is complex but is still thought to be principally associated with attachment and implantation of endometrial glands and stroma on the peritoneum from retrograde menstruation. Other theories such as hematogenous or lymphatic transport, stem cells from bone marrow, and coelomic metaplasia may explain some clinical circumstances (16).

The complex interaction between aberrant expression of endometrial genes as well as altered hormonal response will predispose patients to the development of endometrial lesions (17–20). Key components in the development of endometriosis are local overproduction of prostaglandins by an increase in cyclooxygenase-2 (COX-2) activity and overproduction of local estrogen by increased aromatase activity. Progesterone resistance dampens the antiestrogenic effect of progesterone and amplifies the local estrogenic effect (19).

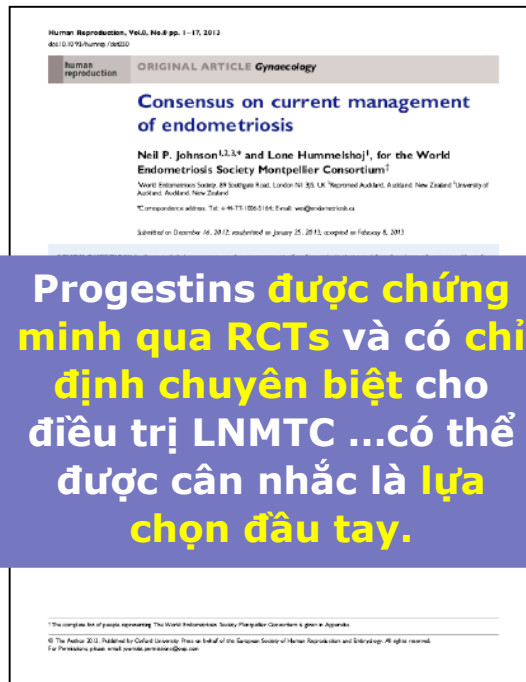
The resulting endometrial lesions can lead to a chronic inflammatory disorder with increased numbers of activated macrophages and proinflammatory cytokines in the peritoneal fluid that may cause pain and infertility. The most commonly found inflammatory cytokines are tumor necrosis factor alpha and interleukins 1, 6, and 8 (21). These cytokines are associated with pain by several mechanisms, including the induction

Committee on Practice Bulletins—Gynecology. This Practice Bulletin was developed by the Committee on Practice Bulletins—Gynecology with the assistance of Tommaso Falcone, MD, and John R. Lee, MD. The information is designed to aid practitioners in making decisions about appropriate obstetric and gynecologic care. These guidelines should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure. Variations in practice may be warranted based on the needs of the individual patient, resources, and limitations unique to the institution or type of practice.

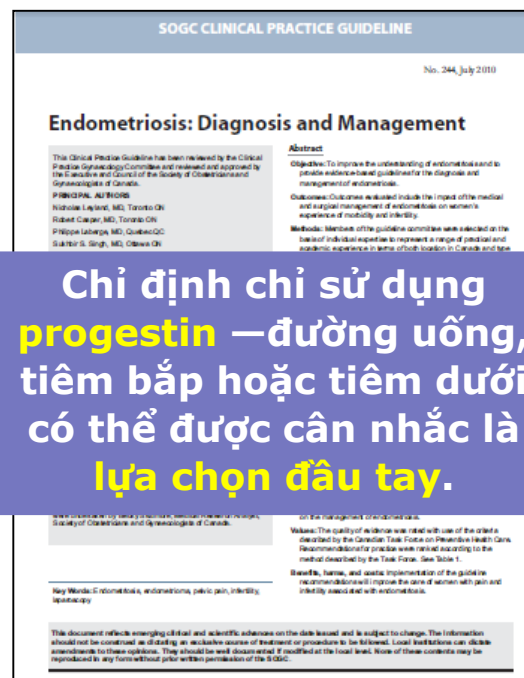
Vai trò của Dienogest trong các guideline gần đây



Khuyến cáo sử dụng progestagens (MPA, **DNG**, CPA or danazol) như là chọn lựa để giảm đau EAP (mức độ A)



Progestins **được chứng minh qua RCTs** và có **chỉ định chuyên biệt** cho điều trị LNMTCT ...có thể được cân nhắc là **lựa chọn đầu tay**.



Chỉ định chỉ sử dụng **progestin** —đường uống, tiêm bắp hoặc tiêm dưới— có thể được cân nhắc là **lựa chọn đầu tay**.

German guidelines consider dienogest equally effective as GnRH agonists⁴

1. ESRHE 2013 guideline. <http://guidelines.endometriosis.org/pain.html>
2. Johnson et al., Hum Reprod 2013;28:1552-68
3. Robertson et al., Int J Gynecol Obstet 2010;111:193-7
4. Deutsche Gesellschaft fuer Gynaekologie and Geburtshilfe e.V. Diagnostik und Therapie der Endometriose (S1). 2010

Đồng thuận về điều trị LNMTC

- Chủ động điều trị sớm cho đau vùng chậu
- Ủng hộ cho cả điều trị nội khoa theo kinh nghiệm và điều trị hỗ trợ

Visanne® (dienogest 2mg) được đề nghị như lựa chọn điều trị nội khoa đầu tay cho bn LNMTC cũng như điều trị hỗ trợ cho bn phẫu thuật

Johnson NP et al. Hum Reprod 2013; 28(6): 1552–1568.

human reproduction ORIGINAL ARTICLE Gynaecology

Consensus on current management of endometriosis

Neil P. Johnson^{1,2,3,*} and Lone Hummelshoj¹, for the World Endometriosis Society Montpellier Consortium†

¹World Endometriosis Society, 89 Southgate Road, London N1 3JS, UK; ²ReproMed Auckland, Auckland, New Zealand; ³University of Auckland, Auckland, New Zealand

*Correspondence address. Tel: +44 77 1006 5164; E-mail: wes@endometriosis.co

Submitted on December 16, 2012; resubmitted on January 25, 2013; accepted on February 8, 2013

STUDY QUESTION: Is there a global consensus on the management of endometriosis that considers the views of women with endometriosis?

SUMMARY ANSWER: It was possible to produce an international consensus statement on the current management of endometriosis through engagement of representatives of national and international, medical and non-medical societies with an interest in endometriosis.

WHAT IS KNOWN ALREADY: Management of endometriosis anywhere in the world has been based partially on evidence-based practices and partially on unsubstantiated therapies and approaches. Several guidelines have been developed by a number of national and international bodies, yet areas of controversy and uncertainty remain, not least due to a paucity of firm evidence.

STUDY DESIGN, SIZE, DURATION: A consensus meeting, in conjunction with a pre- and post-meeting process, was undertaken.

PARTICIPANTS/MATERIALS, SETTING, METHODS: A consensus meeting was held on 8 September 2011, in conjunction with the 11th World Congress on Endometriosis in Montpellier, France. A rigorous pre- and post-meeting process, involving 56 representatives of 34 national and international, medical and non-medical organizations from a range of disciplines, led to this consensus statement.

MAIN RESULTS AND THE ROLE OF CHANCE: A total of 69 consensus statements were developed. Seven statements had unanimous consensus; however, none of the statements were made without expression of a caveat about the strength of the statement or the statement itself. Only two statements failed to achieve majority consensus. The statements covered global considerations, the role of endometriosis organizations, support groups, centres or networks of expertise, the impact of endometriosis throughout a woman's life course, and a full range of treatment options for pain, infertility and other symptoms related to endometriosis.

LIMITATIONS, REASONS FOR CAUTION: This consensus process differed from that of formal guideline development. A different group of international experts from those participating in this process would likely have yielded subtly different consensus statements.

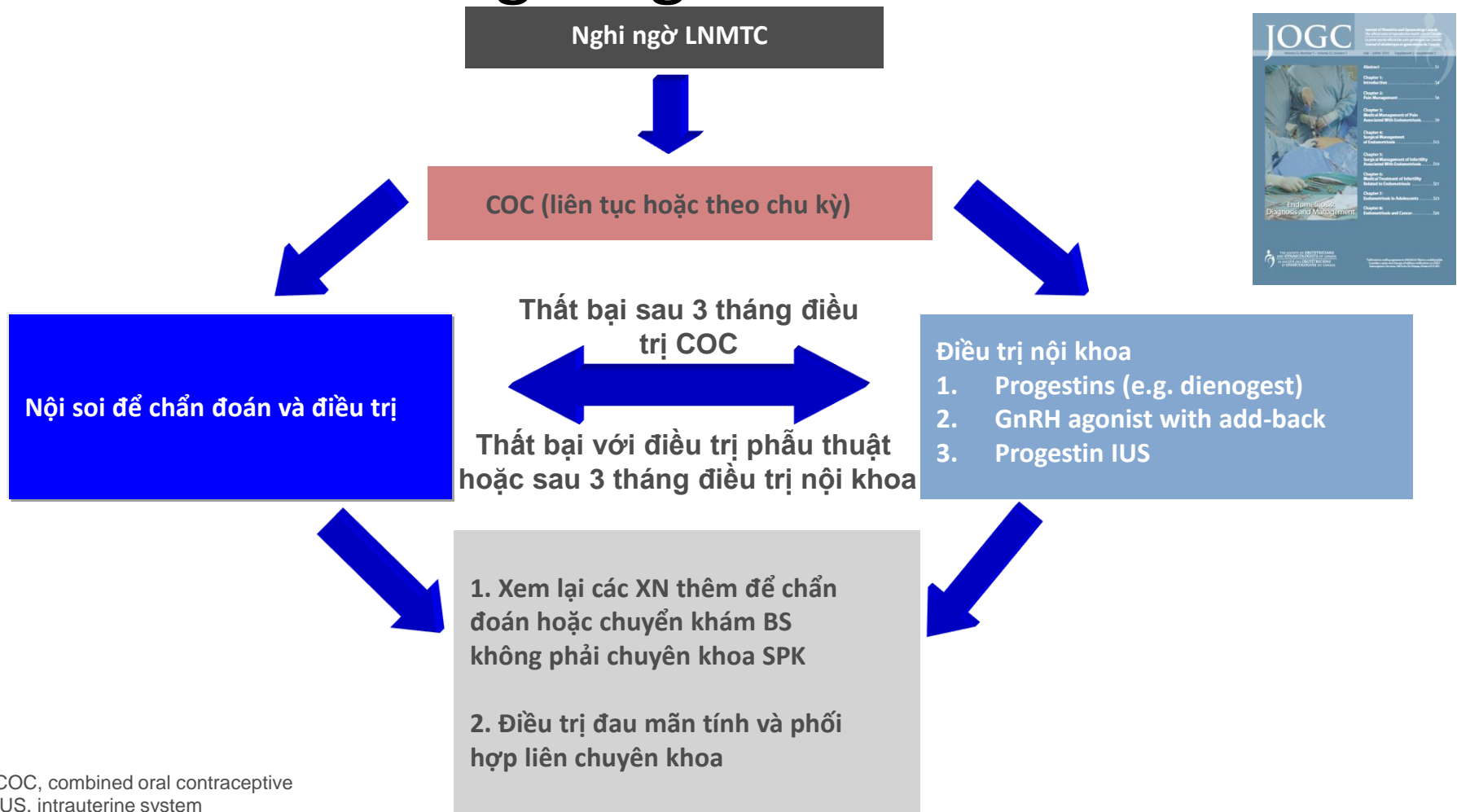
WIDER IMPLICATIONS OF THE FINDINGS: This is the first time that a large, global, consortium, representing 34 major stakeholding organizations from five continents, has convened to systematically evaluate the best available current evidence on the management of endometriosis, and to reach consensus. In addition to 18 international medical organizations, representatives from 16 national endometriosis organizations were involved, including lay support groups, thus generating input from women who suffer from endometriosis.

STUDY FUNDING/COMPETING INTEREST(S): The World Endometriosis Society commissioned and hosted the consensus meeting. Financial support for participants to attend the meeting was provided by the organizations that they represented. There was no other specific funding for this consensus process. Full disclosures of all participants are presented herein.

Key words: endometriosis / evidence based / management / WES Montpellier Consortium / World Endometriosis Society

*The complete list of people representing The World Endometriosis Society Montpellier Consortium is given in Appendix.
© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved.
For Permissions, please email: journal.permissions@oup.com

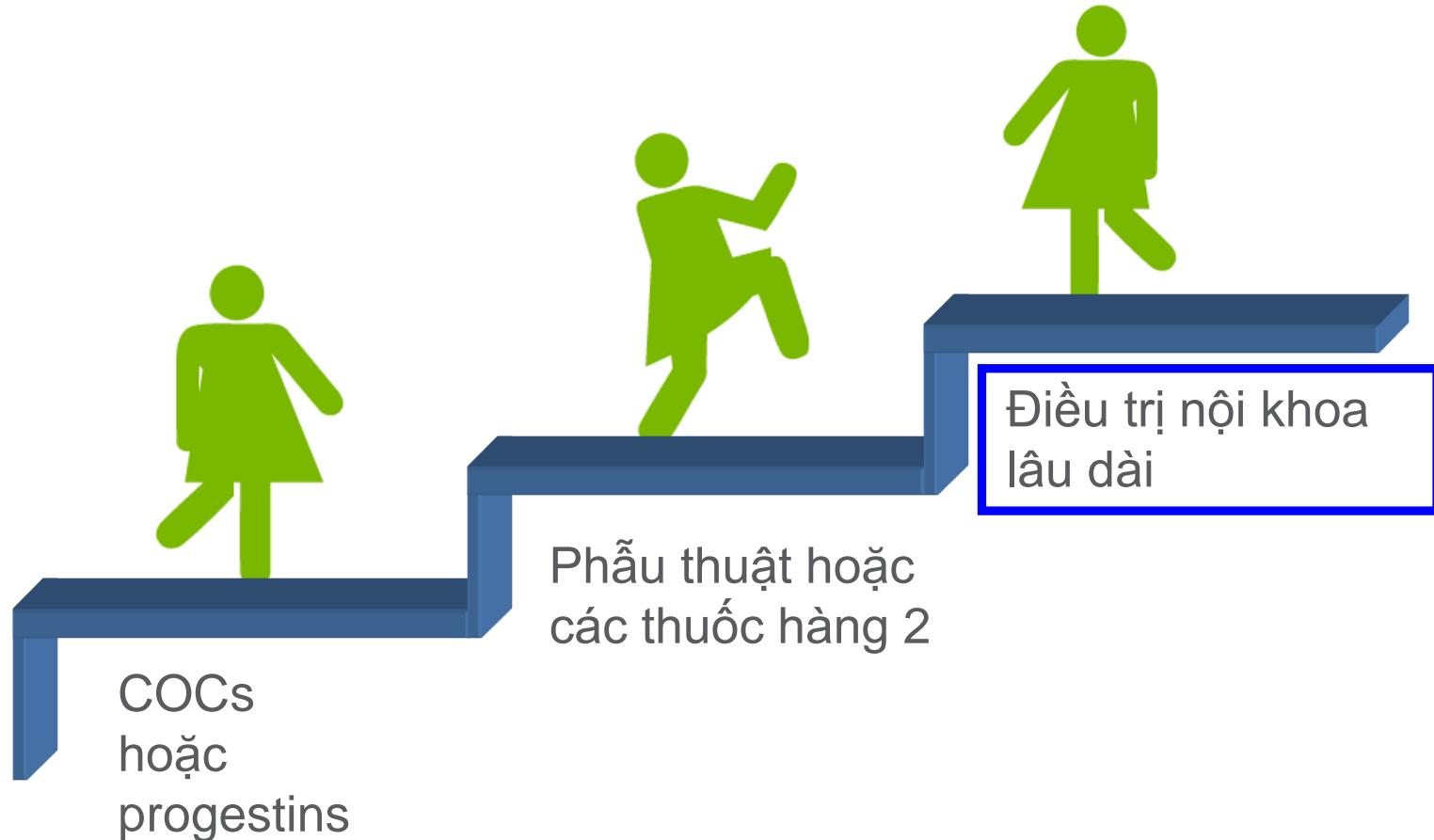
SOGC guideline algorithm: xử trí đau ở bn nghi ngờ LNMTC



COC, combined oral contraceptive
IUS, intrauterine system

Figure adapted from: SOGC Clinical Practice Guideline. J Obstet Gynecol Can 2010.

Các bước tiếp cận trong điều trị LNMTC



COC, combined oral contraceptive.

SOGC Clinical Practice Guideline. J Obstet Gynecol Can 2010; 244: S1–S32.

Kết luận

- Điều trị nội khoa: first-line
 - Kiểm soát triệu chứng đau
 - Phòng ngừa tái phát
 - Bảo tồn chức năng sinh sản
- Phẫu thuật: cá thể hóa bệnh nhân
 - Cải thiện cơ hội có thai tự nhiên
 - Phụ nữ tuổi mãn kinh