

HỘI CHỨNG BUÔNG TRỨNG ĐA NANG: ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐỐT ĐIỂM BUÔNG TRỨNG

*ThS BS Lê Quang Thanh
BV Từ Dũ*

SUMMARY

The surgical treatment of Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) by laparotomy ovarian wedge resection was first reported by Stein and Leventhal in 1935. However, the procedure was often associated with the development of periadnexal adhesions obviating the beneficial effects of surgery. Therefore, this surgical treatment became truly obsolete. Advances in laparoscopic techniques have resulted in a resurgence of interest in surgical induction of ovulation. Laparoscopic ovarian drilling (LOD) is a less invasive modification of ovarian wedge resection. Due to the reasonable pregnancy rates and the ease of carrying out the procedure LOD is widely performed around the world. In contrast to LOD, medical treatment is less dependent on the surgeon's skill and technique. It is relatively inexpensive, and unlike LOD it may also decrease the future development of coronary heart disease. A randomized trial comparing the effects of metformin and LOD in women with PCOS is recommended. Until then, it is reasonable to treat women with PCOS-related infertility medically and use LOD sparingly.

Keywords: polycystic ovary syndrome, laparoscopic ovarian drilling, laparoscopy ovarian diathermy.

Năm 1935, Stein và Leventhal là những tác giả đầu tiên đưa ra phương pháp điều trị bằng phẫu thuật hở ổ bụng buồng trứng cho những trường hợp buồng trứng đa nang (BTĐN) nhằm mục đích điều hoà chu kỳ kinh nguyệt và thụ thai.⁽¹⁾ Vào thời kỳ đó phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất đối với những trường hợp BTĐN. Phẫu thuật càng ngày càng được áp dụng rộng rãi và được xem như là điều trị chuẩn cho những trường hợp BTĐN trong một thời gian dài. Nhưng kể từ khi Clomiphen Citrat (CC) được đưa vào điều trị BTĐN thì phẫu thuật hở ổ bụng buồng trứng không còn giữ vị trí độc tôn nữa mà chỉ được xem như một chọn lựa điều trị sau khi CC thất bại.⁽²⁾ Điều trị phẫu thuật hở ổ bụng buồng trứng tiếp tục được chấp nhận cho đến năm 1981 Adashi và cs đề cập đến biến chứng tạo dính sau phẫu thuật rất cao⁽³⁾ và đặc biệt là khi hMG đã chứng tỏ được ưu thế vượt trội⁽⁴⁾ thì điều trị phẫu thuật hở ổ bụng buồng trứng trở nên lỗi thời.

Vào thập niên 1980, những tiến bộ vượt bậc về kỹ thuật nội soi ổ bụng và cách thức

đốt điểm buồng trứng thay cho xẻ buồng trứng đã làm cho quan điểm điều trị BTĐN bằng phẫu thuật lại được quan tâm trở lại sau một thời gian bị quên lãng. Đến năm 1984, sau báo cáo đầy ấn tượng của Gjonnaess⁽⁵⁾ về việc ứng dụng nội soi ổ bụng để điều trị BTĐN thì quan điểm điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng được xem là một hướng đi mới và rất được ủng hộ. Người ta thấy rằng điều trị bằng phẫu thuật nội soi không chỉ rẻ tiền và đơn giản hơn điều trị bằng kích thích tố (không cần theo dõi nội tiết và siêu âm), mà loại trừ được nguy cơ đa thai và quá kích buồng trứng.⁽⁶⁾ Đồng thời những báo cáo bước đầu cho thấy nguy cơ tạo dính rất thấp khi mổ nội soi đốt điểm buồng trứng so với mổ bụng hở xẻ buồng trứng. Do đó phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng được đề nghị như là một chọn lựa điều trị đối với những bệnh nhân (BN) không đáp ứng với CC.

Gần đây khi Metformin được đưa vào điều trị và chứng tỏ được hiệu quả cao và ít xâm lấn hơn^(7,8) thì chỉ định phẫu thuật lại bị hạn chế. Phẫu thuật chỉ còn được đề nghị khi Metformin thất bại hoặc khi có chỉ định kết hợp thám sát đường sinh dục và vùng chậu.

I. CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG CỦA PHẪU THUẬT

Hiện nay cơ chế tác động của phẫu thuật vẫn chưa được rõ. Nhưng có một số giả thuyết được đưa ra tuy nhiên vẫn chưa có giải thích nào thoả mãn hoàn toàn những hiệu quả khác nhau được quan sát thấy sau phẫu thuật.

- Năm 1935, Stein-Leventhal⁽¹⁾ suy luận rằng xẻ buồng trứng làm giảm mật độ tập trung của những nang noãn ở vỏ buồng trứng. Từ đó cho phép nang noãn phát triển dễ dàng di chuyển ra bề mặt buồng trứng và phóng noãn bình thường.

- Năm 1984 Gjonnaes⁽⁵⁾ cho rằng khi đốt điện đã phá hủy một chất ức chế trong vỏ buồng trứng, từ đó cho phép sự rụng trứng diễn ra bình thường.

- Theo Daniell và Miller⁽⁹⁾ (1989) thì đốt điểm làm thoát dịch chứa androgen và Inhibin ở buồng trứng, do đó loại bỏ được chất ức chế rụng trứng.

- Theo Keckstein⁽¹⁰⁾ và Kovacs⁽¹¹⁾ là có sự giảm tạm thời Inhibin đưa đến tăng FSH làm tăng sự tuyển mộ nang noãn và rụng trứng.

- Theo Farhi⁽¹²⁾ khi đốt điểm gây tổn thương trên buồng trứng đưa đến giảm cơ chế phản hồi âm và tăng cơ chế phản hồi dương của trục tuyến yên-buồng trứng gây tăng tiết FSH.

- Một số tác giả cho rằng có sự thay đổi những yếu tố phát triển trong buồng trứng làm điều kiện thuận lợi cho noãn trưởng thành và phóng dễ dàng.

- Giả thuyết được nhiều người đồng ý nhất là khi làm tổn thương buồng trứng ở những người bị BTĐN gây nên sự phá huỷ mô đệm sản xuất ra Androgen của buồng trứng. Từ đó làm giảm sản xuất androgen trong buồng trứng dẫn đến giảm nồng độ androgen trong máu.⁽¹⁰⁾

II. KỸ THUẬT

1. Phẫu thuật xẻ buồng trứng

· Phẫu thuật mổ bụng hở xẻ buồng trứng là kỹ thuật tiền thân của nội soi đốt điểm buồng trứng. Kỹ thuật được thực hiện bằng cách mổ bụng và xẻ khoảng 1/3 dọc theo bờ tự do của buồng trứng. Trong báo cáo đầu tiên gồm 108 BN bị BTĐN đã được thực hiện xẻ buồng trứng 2 bên, có đến 95% BN có chu kỳ kinh đều lại và 85% BN đã có thai.⁽¹³⁾ Những báo cáo sau đó cho những tỉ lệ thành công khác nhau nhưng đều xác định hiệu quả của phương pháp này.^(14,15)

· McLaughlin⁽¹⁶⁾ và Yanagibori⁽¹⁷⁾ đã báo cáo áp dụng nội soi ổ bụng xẻ buồng trứng, trong một loạt gồm 25 BN liên tiếp được điều trị thì có đến 60% có thai, 36% bị dính sau mổ và đi đến kết luận xẻ buồng trứng dù là kỹ thuật mổ bụng hay nội soi thì cũng làm mất mô buồng trứng. Toaff và cs⁽¹⁵⁾ cũng đã có báo cáo cho thấy có những trường hợp suy sớm buồng trứng sau khi xẻ buồng trứng. Chính những biến chứng như vậy đã làm cho phẫu thuật này không còn được áp dụng.

2. Phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng

· Phương pháp nội soi ổ bụng đốt điểm buồng trứng nhẹ nhàng hơn xẻ buồng trứng rất nhiều. Gjonnaess⁽⁵⁾ đã sử dụng đầu đốt đơn cực chọc đốt tạo 8-15 lỗ, sâu khoảng 2-4 mm trên mỗi buồng trứng. Rụng trứng sau đó đã xảy ra ở khoảng 92% và tỉ lệ có thai là 80%.

· Những kỹ thuật đốt điểm buồng trứng khác cũng đã được mô tả, hầu hết các kỹ thuật đều là chọc đốt nhiều lỗ trên bề mặt của buồng trứng bằng Laser hoặc đốt điện. Các kỹ thuật chọc đốt bằng Laser cũng tương tự như đốt điện và cho tỉ lệ thành công tương đương.

· Do có quá nhiều kỹ thuật đốt điểm buồng trứng được áp dụng đã làm cho khó đánh giá và khó áp dụng. Trong nỗ lực giảm bớt sự khác biệt về kỹ thuật, năm 1997, Tulandi và cs⁽¹⁸⁾ đã chuẩn hoá kỹ thuật đốt điểm: dùng một đầu kim đốt điện đơn cực nhỏ có đường kính 3 mm (kim đốt đơn cực Corson), chọc thẳng góc với bề mặt buồng trứng, tạo 10 -15 lỗ có chiều sâu 4 - 5 mm xuyên qua lớp vỏ trên mỗi buồng trứng với dòng điện hiệu ứng đốt ở 40 W kéo dài 2 giây ở mỗi điểm.

3. Fertiloscopy

Gần đây, một kỹ thuật mới được mô tả và áp dụng là kỹ thuật nội soi ổ bụng qua ngã âm đạo. Về nguyên tắc vẫn như nội soi qua ngã bụng, nhưng sử dụng một số dụng cụ chuyên dùng (bộ đốt điện lưỡng cực Versapoint®). Fernandez và cs⁽¹⁹⁾ đã báo cáo kết quả đầu tiên (2001) cho thấy trong số 75 BN được thực hiện thì có đến 44 người có thai sau đốt điểm (29 trường hợp có thai tự nhiên và 15 trường hợp có thai sau khi sử dụng kết hợp CC-FSH). Đã có 36 trường hợp sanh (# 50% số BN được điều trị) và 8 trường hợp bị sẩy thai. Kết quả này cao hơn hẳn so với kết quả thực hiện bằng nội soi ổ bụng thông thường và kỹ thuật cũng nhẹ nhàng hơn.

III. BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT

Bao gồm những biến chứng chung của phẫu thuật nội soi và gây mê toàn thân. Những biến chứng quan trọng khác khi thực hiện đốt điểm:

- Dính sau mổ: do có nhiều BN thụ thai sau điều trị, cho nên số BN được làm phẫu thuật second-look bằng nội soi hoặc mổ bụng để kiểm chứng có dính hay không rất thấp. Do đó chỉ có những khảo sát với cỡ mẫu rất nhỏ được báo cáo, và tỉ lệ dính sau mổ cũng thay đổi nhiều tùy theo tác giả và tùy cách đốt điểm buồng trứng. Các báo cáo của Gurgan⁽²⁰⁾ và Saravelos⁽²¹⁾ cho tỉ lệ dính sau mổ khoảng từ 19% tới 43%. Người ta thấy rằng sử dụng Laser tạo dính nhiều hơn là đốt điện, và dùng những miếng Barrier chống dính cũng không làm giảm tỉ lệ dính sau mổ. Tuy nhiên, nếu dùng kim đốt đơn cực Corson như phương pháp chuẩn, cầm máu kỹ và rửa sạch ổ bụng sau mổ sẽ giảm thiểu tối đa sự tạo dính. Một phương pháp ngừa dính khác là làm second-look sớm (4 tuần sau mổ) và tách dính ngay nếu có. Tuy nhiên các khảo sát so sánh những nhóm có làm second-look tách dính và nhóm không làm thì tỉ lệ có thai như nhau. Mặc dù các báo cáo cho kết quả khác nhau về khả năng dính sau mổ, nhưng cũng phải lưu ý rằng biến chứng này rất thường gặp. Tuy nhiên biến chứng này không ảnh hưởng tới tỉ lệ có thai. Tuy rằng vẫn chưa có sự thống nhất, nhưng nếu có điều kiện thì vẫn nên làm nội soi second-look sớm ngay 4 tuần sau đốt điểm.

- Mãn kinh sớm hoặc teo buồng trứng: theo suy luận thì sự phá hủy nang noãn có thể gây ra thiếu nang buồng trứng, nhưng nếu làm đúng kỹ thuật vẫn chưa có nghiên cứu nào báo cáo có mãn kinh sớm xảy ra sau nội soi đốt điểm buồng trứng, mặc dù có báo cáo cho thấy có teo buồng trứng sau mổ. Tuy nhiên khi thực hiện phẫu thuật không nên đốt quá nhiều trên buồng trứng và cuống buồng trứng. Người ta cũng thấy rằng Laser gây hại cho nang noãn nhiều hơn so với đốt điện.

- Chảy máu ngay chỗ đốt điểm: hiếm khi gặp và dễ xử trí.

- Tổn thương dây chằng tử cung-buồng trứng: do cố định buồng trứng và đốt quá thô bạo.

IV. NHỮNG THAY ĐỔI SAU ĐỐT ĐIỂM BUỒNG TRỨNG

- Ngay sau khi phẫu thuật, thể tích của buồng trứng tăng tạm thời và sau đó giảm xuống.

- Nồng độ LH trong máu cũng tăng ngay sau mổ nhưng sau đó cũng giảm. Mặc dù, tần số của nhịp LH không đổi, nhưng biên độ nhịp LH giảm nhiều. Nồng độ LH trong máu trở thành yếu tố đánh giá kết quả điều trị tốt nhất. Những BN có nồng độ LH trước mổ trên 10 IU/L có đáp ứng tốt hơn những BN có nồng độ LH thấp, và mức độ giảm LH và Testosteron của họ cũng nhiều hơn.

- Sự đáp ứng của tuyến yên với GnRH cũng giảm đồng thời với nồng độ testosteron trong máu cho thấy rằng sự phá hủy mô đệm buồng trứng ảnh hưởng gián tiếp lên trục tuyến yên-buồng trứng. Sự giảm đáp ứng của tuyến yên với GnRH có thể quan sát thấy

ngay 4 ngày sau mổ và vẫn giảm sau 6 tuần.

- Nồng độ Androgen trong buồng trứng và trong máu giảm. Nồng độ testosterone toàn phần và tự do giảm 40%-50% so với trước mổ. Nồng độ của androstenedion cũng giảm nhiều.

- Trong khi nồng độ LH giảm, tác động của phương pháp này trên nồng độ FSH thay đổi nhiều và không rõ. FSH nói chung là tăng nhanh và sau đó tăng theo chu kỳ, giúp hồi phục lại chức năng rụng trứng. Sự tăng FSH và giảm LH giúp cho tỉ số LH/FSH trở lại bình thường, tuyển chọn một đợt noãn mới, và chức năng buồng trứng trở lại bình thường. 80% BN có vòng kinh đều và phóng noãn.

- Nồng độ của 17 alpha hydroxyl-progesteron cũng giảm đáng kể.

- Những thay đổi nội tiết sau mổ xảy ra rất nhanh và duy trì được trong nhiều năm. Hiệu quả phóng noãn kéo dài, có tác giả báo cáo 74% vẫn duy trì rụng trứng sau khi phẫu thuật 20 năm.

V. NHỮNG LỢI ÍCH CỦA NỘI SOI ĐỐT ĐIỂM BUỒNG TRỨNG

1. Kết hợp thám sát đường sinh dục và vùng chậu

Khi thực hiện nội soi ổ bụng đốt điểm buồng trứng, chúng ta có thể kết hợp thám sát đường sinh dục để đánh giá tử cung, buồng trứng, đặc biệt là vòi trứng và các bệnh lý vùng chậu nếu có. Đồng thời có thể giải quyết luôn trong lúc nội soi nếu có thể. Trong một số trường hợp đặc biệt điều này rất hữu ích cho việc tiên lượng tương lai sinh sản của BN và đề ra các biện pháp điều trị tích cực khác. Đây là một lợi ích mà các phương pháp điều trị khác không thể nào có được.

2. Thời gian thụ thai sau phẫu thuật

- Heylen và cộng sự⁽²²⁾ báo cáo: xuất độ có thai ở các thời điểm 12, 18, 24 tháng sau mổ là 68%, 73%, 73% sau khi đốt điểm buồng trứng bằng Laser. điều trị bằng CC. Tuy nhiên cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ và không phải tất cả BN đều được điều trị trước đó bằng CC.

- Li và cộng sự⁽²³⁾ báo cáo: khảo sát ở 111 BN cho tỉ lệ có thai là 54%, 62%, 68% ở thời điểm 12, 18, 24 tháng sau mổ. Nhưng không phải tất cả BN đều có những biểu hiện kinh điển của BTĐN, và một số BN chỉ có những hình ảnh siêu âm là đa nang mà không có tăng nồng độ androgen.

- Felemban⁽²⁴⁾ báo cáo: khảo sát thực hiện nội soi đốt điểm sử dụng kim đốt đơn cực ở 112 BN không đáp ứng với clomiphen citrat thì tỉ lệ có thai là 36%, 54%, 68% và 82% ở thời điểm 6, 12, 18, 24 tháng sau mổ.

3. Kích noãn và IVF

- Ở những BN không đáp ứng với CC đốt điểm buồng trứng sẽ giúp đáp ứng tốt hơn với thuốc sau khi phẫu thuật. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy BN có đáp ứng tốt hơn với CC và hMG. Khi dùng kết hợp với gonadotropin, người ta thấy rằng những BN đã được điều trị trước đó bằng đốt điểm buồng trứng có thời gian dùng thuốc ngắn hơn,

tổng liều dùng thấp hơn, tỉ lệ có thai cao hơn.

- Ở BN làm IVF, khi có đốt điểm trước đó thì sẽ cải thiện được tỉ lệ có thai và giảm nguy cơ quá kích buồng trứng. Hơn nữa, noãn phát triển tốt hơn, nồng độ estradiol trong máu thấp hơn, và số chu kỳ bị bỏ cũng thấp hơn. Mặc dù có báo cáo cho thấy số noãn thu được ít hơn nhưng những yếu tố này không ảnh hưởng đến tổng tỉ lệ có thai. Do vậy đốt điểm buồng trứng có thể rất hữu ích để điều trị những trường hợp có quá kích buồng trứng trước đó.

4. Giảm sẩy thai

- Người ta tin rằng ở những người bị BTĐN nồng độ LH cao đóng một vai trò quan trọng gây sẩy thai sớm ở 3 tháng đầu thai kỳ. Xuất độ của sẩy thai sớm ở người bị BTĐN cao hơn ở người không bị BTĐN từ 30%-50%. Trong số những phụ nữ bị sẩy thai liên tiếp, có 36-82% bị BTĐN. Tuy nhiên người ta vẫn chưa rõ là sẩy thai ở những người bị BTĐN là do nồng độ LH cao hay là do kích noãn bằng gonadotropins.

- Đốt điểm buồng trứng sẽ làm giảm được xuất độ sẩy thai # 15%: người ta so sánh tỉ lệ sẩy thai giữa 2 nhóm BN bị BTĐN và đã thụ thai, trong đó 1 nhóm đã được đốt điểm buồng trứng và một nhóm không được đốt điểm người ta thấy rằng tỉ lệ sẩy thai ở nhóm không được đốt điểm cao hơn khoảng 21%.

- Khi so sánh hiệu quả của đốt điểm buồng trứng so với điều trị nội tiết, người ta thực hiện so sánh giữa một nhóm được điều trị nội soi đốt điểm buồng trứng và một nhóm được điều trị bằng hMG và một nhóm được điều trị bằng Metrodin. Kết quả cho thấy tỉ lệ sẩy thai ở nhóm phẫu thuật là 21% so với 53% ở nhóm điều trị bằng hMG và 40% ở nhóm điều trị bằng Metrodin.⁽⁶⁾ Cơ chế giải thích cho điều này là do sau đốt điểm có sự giảm nồng độ LH là chất nội tiết chính liên quan đến sẩy thai.⁽²⁵⁾

5. Giảm hội chứng cường androgen

- Tăng nồng độ androgen là một đặc tính của BTĐN. Nguồn gốc của sự tăng này chủ yếu là tại buồng trứng, dẫn đến sự tăng sản xuất steroid từ tế bào vỏ của buồng trứng. Tuy nhiên, có khoảng 40%-70% BN sự tăng nồng độ androgen trong máu có nguồn gốc từ tuyến thượng thận, được xác định do đáp ứng bất thường với trắc nghiệm thử thách bằng ACTH. Tăng nồng độ insulin trong máu cũng làm ảnh hưởng không tốt đến hiệu quả của androgen do bị ức chế sản xuất globulin gắn kết với những nội tiết hướng sinh dục ở gan, do đó làm tăng lượng testosterone tự do trong máu.

- Sự cải thiện của nồng độ androgen được cho rằng xảy ra thứ phát do có sự giảm nồng độ LH và giảm sản xuất androgen ở mô đệm của buồng trứng. Tuy nhiên sau điều trị thì độ nhạy của insulin vẫn không thay đổi. Những kết quả này hoàn toàn phù hợp với những nghiên cứu thực nghiệm cho thấy giảm nồng độ androgen do sử dụng GnRH analogue không làm giảm độ nhạy của insulin hay nồng độ của insulin trong máu. Như vậy có thể thấy rằng khi làm giảm được nồng độ của androgen thì cũng sẽ cải thiện được độ nhạy của insulin.

- Nội soi đốt điểm buồng trứng cũng giúp giảm rụng lông và duy trì được nhiều năm.

Tuy nhiên phẫu thuật đốt điểm có rất ít hiệu quả trên chức năng thượng thận, ngay cả ở những BN có nồng độ insulin cao. Nội soi đốt điểm buồng trứng cũng có rất ít hoặc không có hiệu quả trên độ nhạy của insulin.

VI. NHỮNG LÝ DO KHÔNG ỦNG HỘ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRONG BTĐN⁽²⁸⁾

Tuy đã được xác định hiệu quả cũng như những ưu điểm nhất định, quan điểm điều trị BTĐN bằng phẫu thuật vẫn vấp phải những hạn chế và nhiều tác giả vẫn không ủng hộ phương pháp điều trị này.

1. Nhược điểm của những nghiên cứu

Từ 1935 – 1980, những nghiên cứu về hiệu quả của phẫu thuật mở bụng hở xẻ buồng trứng trong giai đoạn này bị nhiều hạn chế quan trọng về phương pháp nghiên cứu. Vấn đề đầu tiên là ‘đối tượng và tiêu chuẩn chọn bệnh’ không đồng nhất mà thay đổi theo từng nghiên cứu, bởi vì vào giai đoạn này việc chẩn đoán BTĐN chưa chuẩn xác như ngày nay. Việc chẩn đoán vẫn còn chủ quan, nhiều BN vẫn chưa chắc chắn là bị bệnh. Do đó, mức độ tin cậy của những nghiên cứu này còn phải đánh giá lại. Những kết quả thu được trong khoảng thời gian này rất mâu thuẫn (26% – 85% có thai tự nhiên sau phẫu thuật) và mang tính may rủi.

Ngay cả những nghiên cứu gần đây về phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng cũng vẫn bị những hạn chế về phương pháp nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của những khảo sát này rất hạn chế và không được định nghĩa rõ ràng. Hơn nữa, rất hiếm những thực nghiệm được thực hiện ngẫu nhiên và có nhóm chứng. Tiêu chuẩn chọn bệnh cũng bị hạn chế giống như những nghiên cứu trước đây là không thống nhất. Do đó, kết quả của những khảo sát này vẫn cần đánh giá lại.

2. Chỉ định phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh luận

· Vị trí của điều trị phẫu thuật trong BTĐN rất khó xác định. CC vẫn được xem như điều trị đầu tay. Chỉ định phẫu thuật thường là sau khi điều trị bằng CC thất bại. Câu hỏi được đặt ra ngày nay là liệu có thể xem những thuốc kháng-oestrogen như là một chuẩn mực của điều trị BTĐN? Vẫn chưa có những khảo sát so sánh giữa đốt điểm buồng trứng với những phương pháp điều trị khác (đã được chứng minh là rất hiệu quả trong điều trị hiếm muộn) như kích noãn kết hợp với IUI, IVF, hoặc điều trị đầu tay bằng hMG?

· Gần đây, người ta đang hướng đến một giả thuyết khác về bệnh căn học, đó là đặc tính kháng Insulin trong BTĐN. Do đó, Metformin đã được sử dụng rộng rãi và các thực nghiệm lâm sàng không đối chứng cho thấy tỉ lệ thành công tương đương với đốt điểm buồng trứng. Nhưng rõ ràng Metformin ít xâm lấn hơn so với phẫu thuật và còn có thêm những lợi ích khác như giảm tỉ lệ tiểu đường loại II và bệnh lý mạch vành. Tuy nhiên cũng cần phải có thêm những đánh giá chính xác hơn nữa về hiệu quả của Metformin và so sánh Metformin với phẫu thuật đốt điểm buồng trứng bằng những thực nghiệm

lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng.

- Cho tới lúc này, vẫn chưa có bất cứ sự thống nhất dứt khoát về chỉ định khi nào thì cần phẫu thuật. Những yếu tố đưa ra để khảo sát kết quả điều trị vẫn chưa rõ ràng, ví dụ những xét nghiệm sinh hoá mà đặc biệt là nồng độ Insulin cao trong máu không phải nghiên cứu nào cũng khảo sát. Chỉ có một số ít đánh giá nhưng lại làm cho người ta nghĩ rằng ở những BN có tăng nồng độ Insulin thì đốt điểm buồng trứng cho kết quả rất tốt. Nhưng thực chất thì kết luận này vẫn chưa chính xác.

- Hơn nữa, trong hầu hết những nghiên cứu đều đưa ra những định nghĩa không rõ ràng về thất bại của điều trị bằng CC. Đó cũng là lý do tại sao không đáp ứng với CC là chỉ định nhiều nhất của đốt điểm buồng trứng.

3. Một kỹ thuật còn rất mơ hồ

Cơ chế tại sao khi thực hiện phẫu thuật đốt điểm sẽ giúp hồi phục chức năng phóng noãn và cân bằng lại nội tiết còn chưa rõ ràng. Đồng thời cũng chưa có thống nhất một kỹ thuật đốt điểm chuẩn (dùng đầu đốt đơn cực, lưỡng cực, Laser hay sinh thiết làm giảm nhu mô buồng trứng).

4. Biến chứng

- Mặc dù là phẫu thuật nội soi vẫn không làm giảm được biến chứng của phẫu thuật nói chung và điện phẫu nói riêng. Hơn nữa, cũng phải lưu ý đến những tổn thương mạch máu buồng trứng và hậu quả của nó.

- Nguy cơ chủ yếu của phẫu thuật vẫn là gây dính với tỉ lệ gần như 100% nếu mổ bụng xẻ buồng trứng và nội soi không phải đã loại bỏ hoàn toàn nguy cơ này.

- Fertiloscopy là một giải pháp được đưa ra nhưng rất hạn chế. Trong những trường hợp nội soi điều trị hiếm muộn hình ảnh quan sát được rất giới hạn. Đồng thời nguy cơ tổn thương trực tràng hoặc ống tiêu hoá. Lợi ích của phương thức này vẫn còn bàn cãi, tuy về mặt lý thuyết có thể gây tê tại chỗ nhưng trên thực tế thì đa số những nghiên cứu về kỹ thuật này vẫn thực hiện dưới gây mê toàn thân.

VI. KẾT LUẬN

- Nội soi đốt điểm buồng trứng trở thành là một chọn lựa điều trị ở những BN bị hiếm muộn do BTĐN và không đáp ứng với điều trị CC. Phẫu thuật đốt điểm buồng trứng giúp BN không phải dùng hoặc ít dùng gonadotropin và cải thiện đáp ứng với thuốc. Thông thường được thực hiện nội soi ổ bụng thông thường, nhưng nếu có điều kiện nên thực hiện đầu tiên bằng Fertiloscopy qua đường âm đạo. Đây là một kỹ thuật mới, rất đơn giản và đang phát triển mạnh, có thể thực hiện ở phòng khám ngoại trú.

- Những lợi ích của nội soi đốt điểm buồng trứng rất nhiều, mà quan trọng nhất là bình thường hoá môi trường nội tiết trong cơ thể, với tỉ lệ có lúc tới 80% có phóng noãn tự nhiên và những hiệu quả lâu dài. Với phương pháp điều trị này người ta tránh được vấn đề phải theo dõi chặt chẽ mỗi chu kỳ như khi điều trị bằng nội tiết. Hơn nữa,

phương pháp này không đi kèm với nguy cơ quá kích buồng trứng và đa thai. Đồng thời có thể kết hợp khảo sát luôn chất lượng vòi trứng và các bệnh lý vùng chậu nếu có, điều này rất hữu ích giúp tiên lượng và điều trị tích cực hơn.

· Tuy nhiên cho đến lúc này người ta vẫn chưa thống nhất được quan điểm điều trị BTĐN: phẫu thuật hay nội khoa? Tương lai của phẫu thuật đốt điểm buồng trứng vẫn còn là vấn đề cần phải đánh giá thêm. Người ta không hoàn toàn bác bỏ phẫu thuật, nhưng cũng chỉ nên thực hiện khi có chỉ định thực sự. Quan điểm điều trị gần đây là ưu tiên điều trị nội khoa, chỉ can thiệp ngoại khoa khi nội khoa thất bại hoặc khi có chỉ định kết hợp thám sát đường sinh dục và vùng chậu. Cũng còn cần nhiều những thực nghiệm lâm sàng nghiêm túc để đánh giá khách quan thực những biện pháp điều trị BTĐN nói chung và Phẫu Thuật Đốt Điểm Buồng Trứng nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stein FI, Levanthal ML (1935). Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol* 29: 181 – 191.
2. Kistner RW (1968). Induction of ovulation with Clomiphene Citrate. In Behrman SJ., Kistner RW (eds) *Progress in Infertility*. P407. Boston: Little, Brown & Co.
3. Adashi EY, Rock JA, Guzick D et al. (1981). Fertility following bilateral ovarian wedge resection: a critical analysis of 90 consecutive cases of the polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 36: 320 – 325.
4. Gemzell CA, Diczfalusy E, Tilliger KG (1960). Human pituitary follicle stimulating hormone. Clinical effect of a partially purified preparation. *Ciba Foundation colloquia. Endocrinology* 13: 191 – 208
5. Gjonnaess H (1984). Polycystic ovarian syndrome treated by ovarian electrocautery through the laparoscope. *Fertil Steril* 41: 20-25.
6. Abdel Gadir A, Mowafi RS, Alnaser HM et al. (1990). Ovarian electrocautery, human menopausal gonadotrophins and pure follicle stimulating hormone therapy in the treatment of patients with polycystic ovarian disease. *Clinical Endocrinology (Oxford)* 33: 585 – 592.
7. Pirwany I, Tulandi T (2003). Laparoscopic treatment of polycystic ovaries: is it time to relinquish the procedure? *Fertil Steril*, vol.80, No.2, P: 241-251.
8. Al-Fadhli R, Tulandi T (2004). Laparoscopic treatment of polycystic ovaries: is its place diminishing? *Curr Opin Obstet Gynecol* 16: 295-298.
9. Daniell JF, Miller W (1989). Polycystic ovaries treated by laparoscopic laser vaporization. *Fertil Steril* 51: 232 – 236.
10. Kecstein J (1989). Laparoscopic treatment of Polycystic ovarian syndrome. In Sutton CJG (ed) *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology. Laparoscopic Surgery* 3 (3): 563 – 581.
11. Kovacs G, Buckler H, Bangah M et al. (1991). Treatment of anovulation due to polycystic ovarian syndrome by laparoscopic ovarian electrocautery. *Br J Obstet Gynecol* 98: 30 – 35.
12. Farhi J, Soule S, Jacobs HS (1995). Effect of Laparoscopic ovarian electrocautery on ovarian response and outcome of treatment with gonadotropins in clomiphene citrate – resistant patients with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 64: 930 – 935.
13. Stein FI (1964). Duration of Fertility following ovarian wedge resection – Stein – Levanthal syndrome. *Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology* 78: 237.
14. Portuondo Ja, Melchor JC, Neyro FL, Alegre A (1984). Periovarian adhesions following ovarian wedge resection or laparoscopic biopsy. *Endoscopy* 16: 143 – 145.

15. Toaff R, Toaff ME, Peyser MR (1976). Infertility following wedge resection of the ovaries. *Am J Obstet Gynecol* 124: 92 – 96.
16. Mc Laughlin DS (1984). Evaluation of adhesion reformation by early second-look laparoscopy following microlaser ovarian wedge resection. *Fertil Steril* 42: 531 – 537.
17. Yanagibori A, Kojima E, Ohtaka K, Morira M, Hirakawa S (1989). Nd-YAG laser therapy for infertility with a contact-type probe. *J Reprod Med* 34: 456 – 460.
18. Tulandi T, Watkin K, Tan SL (1997). Reproductive performance and three dimensional ultrasound volume determination of polycystic ovaries following laparoscopic ovarian drilling. *Int J Fertil Women Med* 42: 36-40.
19. Fernandez H, Alby JD, Gervaise A, de Tayrac R, Frydman R (2001). Operative transvaginal hydrolaparoscopy for treatment of polycystic ovary syndrome: a new minimally invasive surgery. *Fertil Steril* 75: 607 – 611.
20. Gurgan T, Urman B (1994). Adhesions after ovarian drilling and intercede. *Fertil Steril* 62: 424 – 426.
21. Saravelos H, Li TC (1996). Post-operative adhesions after laparoscopic electro-surgical treatment for polycystic ovarian syndrome with the application of Interceed to one ovary: a prospective randomized controlled study. *Hum Reprod* 11: 992 – 997.
22. Heylen SM, Puttemans PJ, Brosens IA (1994). Polycystic ovarian disease treated by laparoscopic argon laser capsule drilling: comparison of vaporization versus perforation technique. *Hum Reprod* 9: 1038 – 42.
23. Li TC, Saravelos H, Chow MS, Chisabingo R, Cooke ID (1998). Factors affecting the outcome of laparoscopic ovarian drilling for Polycystic ovarian syndrome in women with anovulation infertility. *Br J Obstet Gynecol* 105: 338 – 44
24. Felemban A, Tan SL, Tulandi T (2000). Laparoscopic treatment of Polycystic ovaries with insulated needle cautery: a reappraisal. *Fertil Steril* 73: 266 – 9.
25. Balen A, Jacobs H (1994). A prospective study comparing unilateral and bilateral laparoscopic ovarian diathermy in women with the polycystic ovary syndrome (BTØN). *Fertil Steril*. 62: 921 – 925.
26. Gomel V (2003). Pour le traitement chirurgical du syndrome des ovaries polykystiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, vol.32, No.3, P: 2S46-2S49.
27. Gjonnaess H (1994). Ovarian electrocautery in the treatment of women with polycystic ovary syndrome (BTØN). Factors affecting the results. *Acta Obstet Gynecol Scandin* 73: 407 – 412.
28. Madelenat P. Contre le traitement chirurgical du syndrome des ovaries polykystiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2003, vol.32, No.3, P : 2S50- 2S51.
29. Sutton C, Diamond MP. *Endoscopic Surgery For Gynecologists*. WB Saunders company Ltd, 1998. P: 233-240.