



Vai trò của thuốc ngừa thai uống trong lĩnh vực hiếm muộn

Dr Cheng Toh Yeong,

MMED, FRCOG, FRAZCOG, MBBS, FAMS,
Medical director, Hanh Phuc IVF center, Hanh Phuc International Hospital
Fertility Specialist, Tow Yung Clinic, Singapore

The 1st Singapore Standard Hospital



Thuốc ngừa thai uống

Lịch sử phát triển

Loại thuốc	Đặc điểm	Xuất hiện năm (tại Đức)
Một pha	thuốc uống kết hợp liều cao	1961
Liên tiếp	chỉ có estrogen	1964
Hai pha	kết hợp estrogen-progestogen hai dạng khác nhau	1969
Chỉ có Progesterone	chỉ có progestogen	1972
Một pha liều thấp	30 - 35 µg ethinyl estradiol mỗi viên	1973
Ba pha	kết hợp estrogen-progestogen ba dạng khác nhau	1979
Liều cực thấp	20 µg ethinyl estradiol mỗi viên	1992

The 1st Singapore Standard Hospital



Thuốc ngừa thai phối hợp

- Chứa estrogen and progestogen và được phân loại theo cách dưới đây
Thành phần: => 50 µg = liều cao
estrogen 30-35µg= liều thấp
 20 µg = liều cực thấp
- Phải bắt đầu dùng thuốc vào ngày đầu tiên của kỳ kinh. Dùng thuốc liên tục mỗi ngày trong 21 ngày, tiếp theo là 7 ngày nghỉ hay dùng placebo.
- Chỉ số Pearl: 0.2 - 0.9

The 1st Singapore Standard Hospital



Progestogens

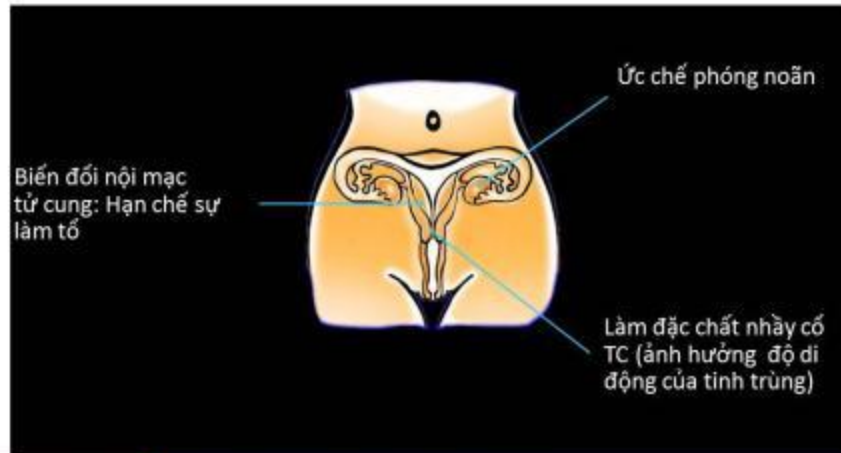
1. Dẫn xuất 17 α -hydroxy-progesterone	• Pregnane	<ul style="list-style-type: none"> ● Progesterone ● Medroxyprogesterone ● Megestrol acetate ● Medrogestone ● Chlormadinone acetate ● Cyproterone acetate
2. Dẫn xuất 19- nortestosterone	• Estrane	<ul style="list-style-type: none"> ● Dienogest ● Norethisterone ● Norethisterone acetate ● Ethynodiol diacetate ● Lynestrenol ● Norethynodrel
	• Gonane	<ul style="list-style-type: none"> ● Levonorgestrel ● Desogestrel ● Norgestimate ● Gestodene
Ethinyl estradiol		

Oestrogens

The 1st Singapore Standard Hospital

Thuốc ngừa thai phối hợp

Cơ chế tác động



Thuốc ngừa thai phối hợp

- Khi kê toa thuốc ngừa thai phối hợp uống, câu châm ngôn sau đây được áp dụng
"as much as necessary, as little as possible"

Khuyến cáo của Hội nghị về Thuốc ngừa thai uống lần 22, Zurich, tháng 5 năm 1999

Thuốc ngừa thai phối hợp

Những ích lợi ngoài tác dụng ngừa thai(1)

Chỉ định	Hiệu quả của thuốc ngừa thai uống
Các rối loạn chu kỳ kinh	
• cường kinh, rong kinh	giảm lượng máu kinh
• thiếu kinh và đa kinh	tái tạo chu kỳ kinh đều đặn
• thay đổi kỳ kinh	điều chỉnh giai đoạn kinh tới sớm hay trì hoãn vì những mục đích khác nhau (như đi chơi, tham gia thể thao)
• thống kinh	giảm đau bụng kinh do ảnh hưởng lên quá trình tổng hợp và hoạt động của prostaglandin
• Hội chứng tiền kinh	giảm các triệu chứng tiền kinh : cáu gắt, lo lắng hay trầm cảm

Thuốc ngừa thai phối hợp

Những ích lợi ngoài tác dụng ngừa thai(1)

Chỉ định	Hiệu quả của thuốc ngừa thai uống
Các rối loạn chu kỳ kinh	
• cường kinh, rong kinh	giảm lượng máu kinh
• thiếu kinh và đa kinh	tái tạo chu kỳ kinh đều đặn
• thay đổi kỳ kinh	điều chỉnh giai đoạn kinh tới sớm hay trì hoãn vì những mục đích khác nhau (như đi chơi, tham gia thể thao)
• thống kinh	giảm đau bụng kinh do ảnh hưởng lên quá trình tổng hợp và hoạt động của prostaglandin
• Hội chứng tiền kinh	giảm các triệu chứng tiền kinh : cáu gắt, lo lắng hay trầm cảm

Thuốc ngừa thai phối hợp

Những ích lợi ngoài tác dụng ngừa thai (2)

Chỉ định	Hiệu quả của thuốc ngừa thai uống
• nang buồng trứng	giảm nang buồng trứng do tác động ức chế sinh dục
• lạc NMTC	cải thiện lạc NMTC và giảm triệu chứng (thống kinh, rong kinh, giao hợp đau)
• mụn trứng cá, rậm lông, tăng tiết bã	ức chế tổng hợp androgen của buồng trứng, tác động của oestrogen và tính kháng androgen của progestogen, trên da và phần phụ của da
Vú	
• bệnh lý tuyến vú	giảm nguy cơ các u vú lành tính
• đau vú	giảm triệu chứng

The 1st Singapore Standard Hospital

***Dùng thuốc ngừa thai uống
lĩnh vực hiếm muộn***

The 1st Singapore Standard Hospital

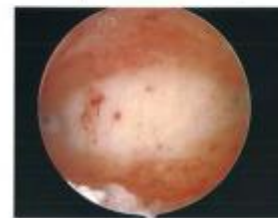
Thuốc ngừa thai phối hợp

Non-contraceptive health-benefits (2)

Chỉ định	Hiệu quả của thuốc ngừa thai uống
• nang buồng trứng	giảm nang buồng trứng do tác động ức chế sinh dục
• lạc NMTC	cải thiện lạc NMTC và giảm triệu chứng (thống kinh, rong kinh, giao hợp đau)
• mụn trứng cá, rậm lông, tăng tiết bã	ức chế tổng hợp androgen của buồng trứng, tác động của oestrogen và tính kháng androgen của progestogen, trên da và phần phụ của da
Vú	
• bệnh lý tuyến vú	giảm nguy cơ các u vú lành tính
• đau vú	giảm triệu chứng

The 1st Singapore Standard Hospital

Pha nang noãn

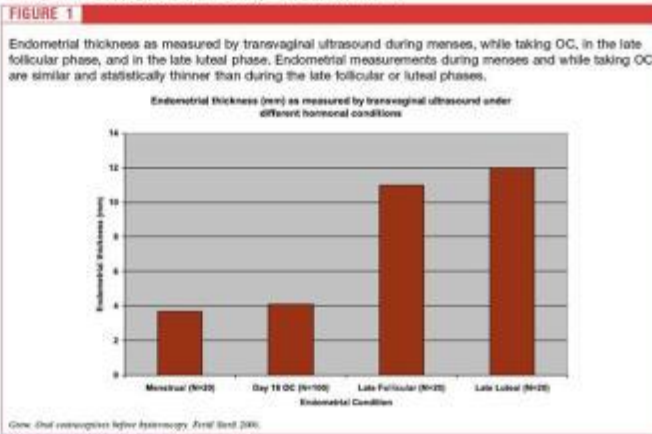


Pha hoàng thể



The 1st Singapore Standard Hospital

Đo NMTC ở nhóm bệnh nhân giảm khả năng SS (subfertile):
 1. Cuối pha nang noãn và vào pha hoàng thể ở 20 bệnh nhân
 2. Ngày 18 dùng ngừa thai uống ở 100 bệnh nhân



Nhóm chứng:
 •NMTC lúc hành kinh – 3.7mm
 •Pha nang noãn(N14) – 11.0mm
 •Pha hoàng thể(N25) – 12mm

v.s.

Nhóm dùng thuốc ngừa thai:
 •N 18 – 4.1 mm

TECHNIQUES AND INSTRUMENTATION

Oral contraceptives maintain a very thin endometrium before operative hysteroscopy

Daniel E. Givie, M.D., and Khiero Ibrahim, M.D.
 Department of Obstetrics and Gynecology, Tufts University School of Medicine, Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts

Objective: To show that early follicular-phase administration of an oral contraceptive pill (OC) consistently provides a thin endometrium, as determined by transvaginal ultrasound. This is an ideal condition when performing operative hysteroscopy.

Design: Retrospective chart review of patients who have undergone ultrasonographic evaluation of the endometrial thickness under different hormonal conditions. Endometrial measurement was obtained during menstruation, in the late follicular phase, and in the luteal phase in 20 patients. In another group of 100 patients, endometrial measurement was made on the 18th day of OC administration, initiated during menses.

Setting: A reproductive endocrinology unit in a university-affiliated medical center.

Patients: Patients undergoing treatment for subfertility of various etiologies.

Intervention(s): Transvaginal ultrasonographic measurements of the endometrium.

Main Outcome Measure(s): Endometrial thickness by transvaginal ultrasound.

Results: Combination OCs started on menstrual days 1-3 maintain a uniformly thin endometrium, 4.1 ± 1.0 mm (mean ± SD), comparable to menstrual endometrium (3.7 ± 1.5 mm). This was statistically thinner compared with endometrium observed in the late follicular phase (11 ± 2.0 mm) or late luteal phase (12 ± 2.5 mm). Transvaginal ultrasonographic measurements of the endometrium under different conditions were compared by the unpaired t-test.

Conclusions: Oral contraceptives maintain a very thin, flat endometrium, such that lesions might be readily identified and treated during operative hysteroscopy procedures. Prevention of pregnancy and endometrial atrophy with administration of OCs facilitates procedural scheduling for patients and surgeons. (*Fertil Steril*® 2006;85:204-7. ©2006 by American Society for Reproductive Medicine.)

Key Words: Hysteroscopy, oral contraceptive, ultrasound, endometrial preparation

“.....excellent visualization of the uterine cavity and the lesion of interest.....”

InfoSheet : THE HYSTEROSALPINGOGRAM (“HSG”)

What happens if the X ray department cannot accommodate an HSG during this window of time?

If there is a problem in scheduling the procedure during this important window of time, we may ask you to take the birth control pill for 2-3 weeks. The Pill should be started on the third day of your period.

The birth control pill will suppress ovulation and also keep the uterine lining thin. It is a perfect time to do an HSG because there is no risk of pregnancy, the lining of the uterus is thin, and the risk of infection may be lower.

The HSG can then be scheduled at any time while you are on the Pill. After your HSG has been done you can stop the Pill – and you will have a period.

This strategy avoids the frustration of potentially waiting month after month until the HSG can be done.

Đánh giá bệnh nhân hiếm muộn

- Lên kế hoạch các XN
 - Chu kỳ không đều
 - Tránh khả năng có thai ở pha hoàng thể
- Giữ NMTC mỏng
 - Avoid false +ves – tránh điều trị quá mức
- Không có pha chế tiết
 - Nang hoàng thể

NHƯNG.....



PCOS



OCPs in PCOS

PACIFIC COAST FERTILITY SOCIETY

FERTILITY AND STERILITY
VOL. 33, NO. 7, AUGUST 2008
Copyright © 2008 American Society for Reproductive Medicine
Published by Elsevier Science Inc.
Printed in advance page 9, 10, 11, 12

Treatment of chronic anovulation resistant to clomiphene citrate (CC) by using oral contraceptive ovarian suppression followed by repeat CC treatment

Ernest F. Brangan, M.D., and M. Antonette Estes, B.S.

38 bệnh nhân

2 tháng OCP +150mg clomiphene = 72.6% phòng noãn + 58% có thai trong nhóm kháng clomid

Monthly cumulative pregnancy rate

Month	Pregnancies	Cumulative PR
1	7	18%
2	3	26%
3	8	47%
4	1	50%
5	3	58%
6	0	58%

The 1st Singapore Standard Hospital

The 1st Singapore Standard Hospital



OCPs in PCOS

Pretreatment with oral contraceptives in infertile anovulatory patients with polycystic ovary syndrome who receive gonadotropins for controlled ovarian stimulation

TABLE 1

Reproductive outcomes in infertile women with PCOS undergoing controlled ovarian stimulation with (experimental group) or without (control group) OCs before treatment.

Reproductive outcome	Experimental group	Control group	P
Cycles started (n)	80	90	1.00
Cycles started/total no. of completed cycles/no. of cycles (%)	7/8 (8.8)	8/9 (8.9)	1.00
Mono-ovulatory cycle rate: no. of mono-ovulatory cycles/no. of noncanceled cycles (%)	69/80 (81.2)	60/82 (81.0)	.004
Duration of stimulation of noncanceled cycles (d)	15.6 ± 5.1	13.1 ± 4.5	.025
hCG administration units (IU) used in noncanceled cycles/no. of noncanceled cycles	1,305.0 ± 570.0	962.0 ± 327.5	.016
Dominant follicles on day of hCG administration (n)	1.5 ± 0.9	2.1 ± 1.3	.038
Peak E ₂ levels on day of hCG administration/dominant follicles (pg/mL)	206.0 ± 34.7	232.0 ± 52.3	.011
Pregnancy rate: no. of pregnancies/no. of cycles (%)	19/80 (21.6)	17/90 (18.9)	.054
Multiple pregnancy rate: no. of multiple pregnancies/no. of noncanceled cycles (%)	2/80 (2.6)	5/82 (6.1)	.227
Cumulative pregnancy rate: no. of pregnancies/no. of patients (%)	19/40 (47.5)	17/40 (42.5)	.653
Abortion rate: no. of abortions/no. of pregnancies (%)	1/19 (5.3)	2/17 (11.8)	.481
Live-birth rate: no. of babies/no. of pregnancies (%)	16/19 (84.7)	15/17 (88.2)	.481
OHSS rate: no. of OHSS/no. of cycles (%)	0/80 (0.0)	2/90 (2.2)	.160



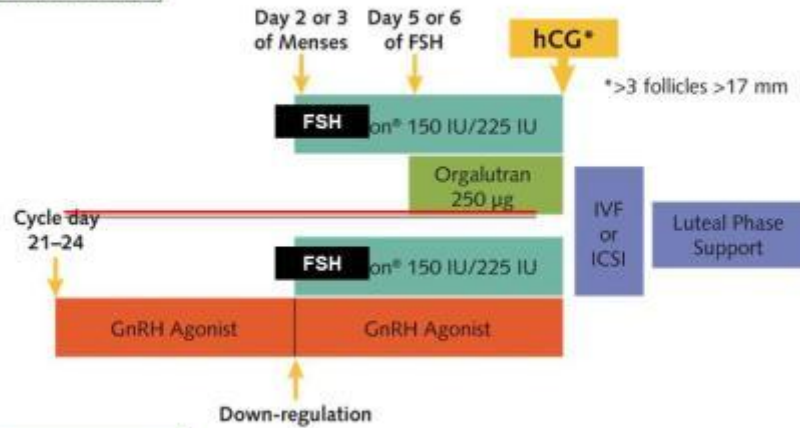
CÁC CHU KỲ IVF

Stefano P et al 08

The 1st Singapore Standard Hospital

The 1st Singapore Standard Hospital

Đồng vận vs Đối vận trong IVF



Các lưu ý trong chu kỳ sử dụng đồng vận

- Sự hình thành nang chức năng—
 - Down kéo dài
 - Hủy chu kỳ

✗ Có thai khi đang dùng GnRH (1%) - FDA Phân loại thai kỳ X

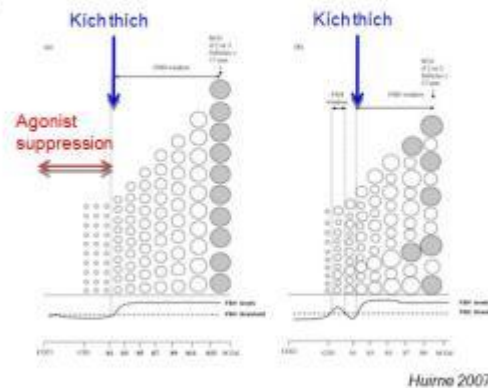
Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2007

Table 1 Characteristics of patients exposed to inadvertent administration of leuprolide acetate soon after conception

Patient	Age (years)	Duration of infertility (years)	Diagnosis	Duration of Luteal exposure (days)	Pregnancy outcome	Duration of pregnancy (weeks)	BFW (g)	Mode of delivery
1†	33	2	Unexplained	21	LB	39	3180	CS
2†	38	3.5	Unexplained	21	LR	37	2530	CS
3†	36	6	Unexplained	25	LB	38	3370	NVD
4	38	6	Unexplained	22	LB	38	3900	NVD
5	33	1.5	Male factor	21	LB	38	2840	NVD
6	31	4	Tubal factor	21	LB	37	2480	CS
7	35	4	Endometriosis	22	LB	40	3460	CS
8	28	1.5	Endometriosis	22	MA	12	-	-
9†	39	5	Fallopian reversal	22	MA	10	-	-

Các lưu ý— Chu kỳ đối vận

- Lên chương trình chu kỳ khó hơn
- Kích thước nang noãn không đồng bộ



Thuốc ngừa thai trong IVF

Trước giai đoạn GnRH

Thiết lập chu kỳ để kích thích buồng trứng

Br J Obstet Gynaecol 1994
Fertil Steril 1990

Giai đoạn dùng GnRH

? Cải thiện kết quả trên những bệnh đáp ứng kém và đáp ứng quá mức

Does pretreatment with progestogen or oral contraceptive pills in low responders followed by the GnRHa flare protocol improve the outcome of IVF-ET?
E. Al-Mizzen et al. J Assist Reprod Genet 2000;17:140-6.

Human Reproduction vol.12 no.11, pp.2359-2365, 1997

Dual suppression with oral contraceptives and gonadotrophin releasing-hormone agonists improves in-vitro fertilization outcome in high responder patients

Các lưu ý – Chu kỳ đồng vận

- Sự hình thành nang chức năng trong các chu kỳ GnRH đồng vận

Effects of pretreatment with an oral contraceptive on the time required to achieve pituitary suppression with gonadotropin-releasing hormone analogues and on subsequent implantation and pregnancy rates

Bişjan et al 1998

Comparison between patients pretreated and patients not pretreated with an oral contraceptive before the commencement of GnRH-a treatment.

Variable	Patient group		P value
	Pretreated with an OC (n = 51)	Not pretreated with an OC (n = 51)	
Age (y)	35.2 (32.5–39.1)	33.7 (31.6–38.3)	NS
No. of patients with a cycle of 28/31 start after 7 days of GnRH-a treatment	0	27	<.0001
No. of days of GnRH-a treatment required to achieve pituitary suppression	7 (7–14)	21 (7–33)	<.0001
No. of days of gonadotropin treatment	10 (8–11)	12 (11–12)	<.0001
Total quantity of gonadotropin administered (mg/ml)	33 (23–38)	44 (33–50)	<.0001
No. of oocytes retrieved	9	9	NS
E ₂ level on the day of hCG administration (pmol/L)	1,835 (1,166–3,311)	1,738 (961–2,205)	NS
No. of follicles	16 (11–22)	13 (9–20)	0.47
No. of follicles of >14 mm on the day of hCG administration	9 (8–11)	7 (5–9)	NS
No. of oocytes collected	11 (7–19)	10 (7–15)	NS
No. of oocytes fertilized	6 (3–10)	6 (3–9)	NS
Cumulative embryo score	18 (18–40)	31 (21–40)	NS
No. of embryos implanted	1 (0–3)	3 (0–3)	NS
Implantation rate (%)	22.1	29.1	NS
Clinical pregnancy rate per cycle started (%)	37.2	33.3	NS

The 1st Singapore Standard Hospital

Các lưu ý – Chu kỳ đối vận

- Không đồng bộ kích thước nang noãn
 - Gia tăng FSH nội sinh tạo kích thước nang noãn không đều, dẫn đến dùng hCG dựa trên kích thước nang lớn nhất

Huime JA, Hugues JN, Pirard C, Fischl F, Sage JC, Pouly JL, Obraca A, Braat DM, van Loenen AC and Lambalk CB (2006) Cetrorelix in an oral contraceptive-pretreated stimulation cycle compared with busserelin in IVF/ICSI patients treated with r-hFSH: a randomized, multicentre, phase IIIb study. Hum Reprod 21,1408–1415.

- Số lượng trứng thu được thấp hơn trong chu kỳ đối vận

Al-Inany H and Aboulghar M (2002) GnRH antagonist in assisted reproduction: a Cochrane review. Hum Reprod 17,874–885.

The 1st Singapore Standard Hospital

Các lưu ý – Chu kỳ đối vận

- Không đồng bộ kích thước nang noãn
- Thuốc ngừa thai uống trước CK điều trị

	Randomization group		P value
	Cetrorelix group (with OC)	Busserelin group (no OC)	
Number of patients (ITT)	91	91	
Number of oocytes retrieved ^a	11.4 ± 7.3	10.9 ± 10.9	0.64
Number of intact oocytes ^b	10.8 ± 7.1	10.8 ± 6.5	0.91
% of oocytes intact ^b	95.3	89.5	0.67
Number of metaphase-II oocytes ^c	8.9 ± 5.8	8.8 ± 4.4	0.95
Number of embryos (2pn)	6.2 ± 4.3	6.5 ± 4.0	0.73
Fertilization rate (%)	56.7%	57.8%	0.59
Number of good quality embryos (≥II) ^d	3.2 ± 2.5	3.1 ± 2.9	0.73

RESULTS: Number of oocytes, cancellation rates, r-hFSH requirements, number of oocyte retrievals during the weekend or public holiday and number of pregnancies were similar in both groups. Both treatment regimens were well tolerated.

KẾT LUẬN: Dùng ngừa thai uống trước điều trị Cetrorelix cho số lượng trứng thu được tương đương với phác đồ dài busserelin.

Các lưu ý – Chu kỳ đối vận

- Lên chương trình chu kỳ đối vận

Human Reproduction Vol.21, No.8 pp. 1408–1415, 2006
Advance Access publication March 14, 2006

doi:10.1093/humrep/del010

Cetrorelix in an oral contraceptive-pretreated stimulation cycle compared with busserelin in IVF/ICSI patients treated with r-hFSH: a randomized, multicentre, phase IIIb study

J.A.Huime¹, J.N.Hugues², C.Pirard³, F.Fischl⁴, J.C.Sage⁵, J.L.Pouly⁶, A.Obraca⁷, D.M.Braat⁸, A.C.D.van Loenen⁹ and C.B.Lambalk^{1,9}

	Randomization group		P value
	Cetrorelix group (with OC)	Busserelin group (no OC)	
Number of patients (ITT)	91	91	
Oocyte retrieved on a weekend or public holiday ^a	5 (5.5%)	6 (7.1%)	0.74

The 1st Singapore Standard Hospital

Huime 2006

The 1st Singapore Standard Hospital

Các lưu ý – Chu kỳ đối vận

- Các thử nghiệm sử dụng thuốc ngừa thai uống dạng phối hợp - 30µg EE + 150µg gestogen.
- Thời gian sử dụng ngừa thai uống khoảng 14-28 ngày
- Khoảng thời gian không dùng thuốc 2 – 5 ngày

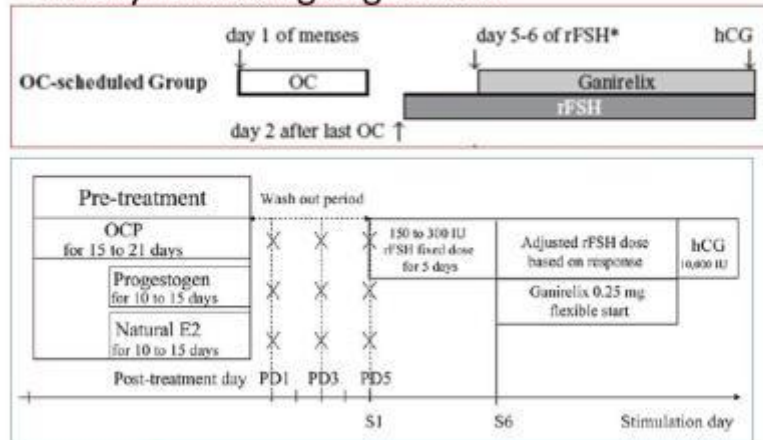
Các lưu ý – Chu kỳ đối vận

Các điểm quan trọng khi sử dụng thuốc ngừa thai uống:



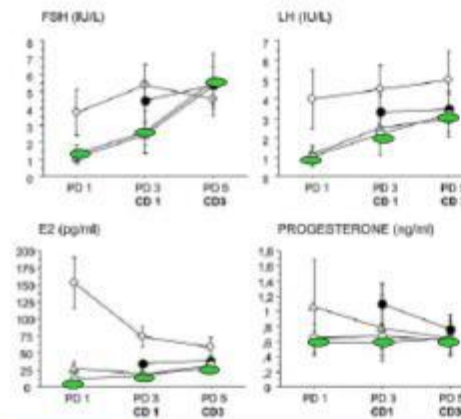
Thuốc ngừa thai – Chu kỳ đối vận

- N2 hay N5 sau ngưng thuốc?



Thuốc ngừa thai – Chu kỳ đối vận

Nồng độ hormone- Ngưng thuốc 5 ngày

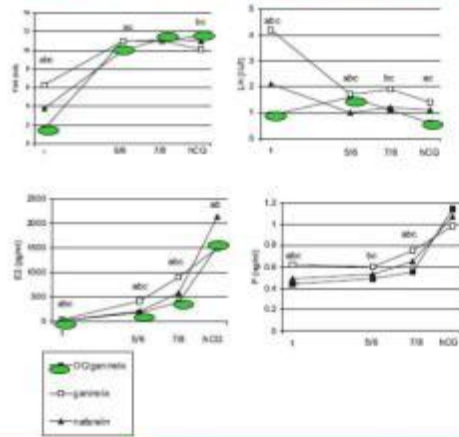


Chu kỳ trước chu kỳ GnRH đối vận (**Ganirelix**), bệnh nhân phân nhóm ngẫu nhiên:

1. Thuốc ngừa thai uống (OCP) [ethinyl estradiol (E2) 30 mg + desogestrel 150 mg] (n = 21)
2. Norethisterone 10 mg/day (n = 23) or 17-bE2 4 mg/day (n = 25)
3. Không dùng thuốc (n = 24)

Thuốc ngừa thai uống – Chu kỳ đối vận

Nồng độ hormone- Ngưng thuốc 2 ngày



Chu kỳ trước khi IVF, bệnh nhân được phân nhóm ngẫu nhiên:

1. **Thuốc ngừa thai uống (OCP)** [ethinyl estradiol (E2) 30 µg + desogestrel 150 µg] & **Ganirelix** (n = 110)
2. **Chỉ cho Ganirelix** (n = 111)
3. **Nafarelin** (n = 111)

↑ Stimulation + Dose

Luk Rombauts et al. *nan Reproduction* Vol 21, No 1 pp. 95–103, 2008

Thuốc ngừa thai uống – Chu kỳ đối vận

Nồng độ hormone- Ngưng thuốc 2 ngày

Chu kỳ trước khi IVF, bệnh nhân được phân nhóm ngẫu nhiên:

1. **Thuốc ngừa thai uống (OCP)** [ethinyl estradiol (E2) 30 µg + desogestrel 150 µg] & **Ganirelix** (n = 110)
2. **Chỉ cho Ganirelix** (n = 111)
3. **Nafarelin** (n = 111)

TABLE 1v. Summary statistics of efficacy parameters (intention to treat)

Parameter	OCP/ganirelix (n = 111)	ganirelix (n = 110)	nafarelin (n = 111)	P (comparison between treatment groups, ANOVA)
Total rFSH dose (IU)*	2667.0 (880.7)	1965.7 (515.5)	2221.8 (655.3)	≤ 0.001 ^a
No. of rFSH treatment days ^a	11.7 (1.9)	9.4 (1.8)	10.3 (1.7)	≤ 0.001 ^a
No. of oocytes recovered per attempt	13.1 (7.8)	11.5 (7.8)	12.9 (8.7)	NS ^a
No. of good quality embryos obtained ^b	5.1 (3.8)	5.0 (4.5)	5.7 (4.3)	NS ^a

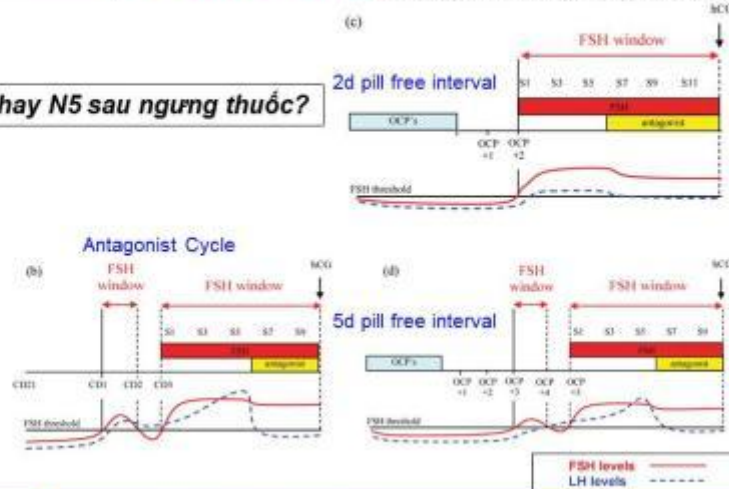
Luk Rombauts et al. *Human Reproduction* Vol 21, No 1 pp. 95–103, 2008

Thuốc ngừa thai uống – Chu kỳ đối vận

Đặc điểm pha nang noãn

Hume et al. *Human Reproduction* Vol 22, No 11 pp. 2805–2813, 2007

N2 hay N5 sau ngưng thuốc?



Thuốc ngừa thai uống – Chu kỳ đối vận

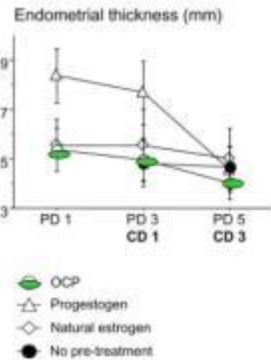
Đặc điểm kinh và NMTC

Ngưng thuốc 5 ngày

TABLE 1. Characteristics of patients in each pre-treatment group and in the control group without pre-treatment

	OCP (n = 21)	Progestogen (n = 23)	Estrogen (n = 22)	Control (n = 24)	P
Age (years)	30.8 ± 4.6	32.9 ± 2.5	31.8 ± 3.2	31.2 ± 4.3	NS
BMI (kg/m ²)	22.2 ± 2.9	22.4 ± 3.3	22.4 ± 2.7	22.3 ± 3.4	NS
Pre-treatment duration (days)	18.7 ± 3.0	13.3 ± 2.7	10.6 ± 3.6	NA	0.001
Menstrual onset					
Mean day	+4.1 ± 1.1	+3.7 ± 0.7	-1.3 ± 4.1	NA	0.001
Median	+4	+4	-2.5		
Range	+2 to +7	+3 to +5	-8 to +6		

Đặc điểm kinh và NMTC



Characteristics of stimulation and embryological data in the non-oral contraceptive pill (OCP) and OCP group

	Non-OCP group	OCP group	P
Endometrial thickness on day 6 of stimulation (mm)	7.9 ± 2.1	6.8 ± 2.2	<0.001

I.Cédric Dumerin et al. Human Reproduction Vol.22, No.1 pp. 109–116, 2007

Efstratios M Kolibianakis et al. Human Reproduction Vol.21, No.2 pp. 352–357, 2006

Oral contraceptive pretreatment significantly reduces ongoing pregnancy likelihood in gonadotropin-releasing hormone antagonist cycles: an updated meta-analysis

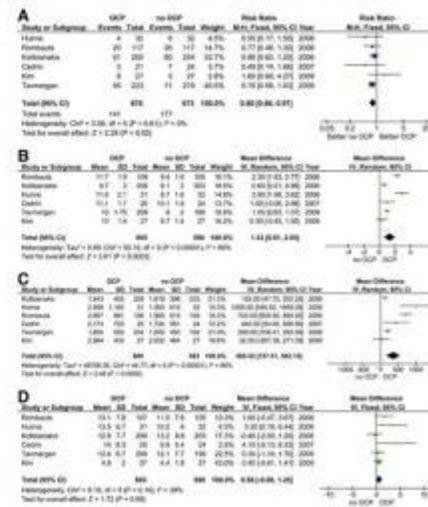
Ongoing pregnancy rate (PR) per randomized woman was found to be significantly lower in patients with oral contraceptive (OC) pill pretreatment (relative risk: 0.80, 95% confidence interval [CI]: 0.66–0.97; rate difference: -5%, 95% CI: -10% to -1%; fixed effects model) after pooling data from six randomized controlled trials encompassing 1,343 patients. Duration of stimulation (weighted mean difference [WMD]: +1.33 days, 95% CI: +0.61–2.05) and gonadotropin consumption (WMD: +360 IU, 95% CI: +158–563) were significantly increased after OC pretreatment, but there was no statistically significant gain in the number of cumulus-oocyte complexes (WMD: +0.6 cumulus-oocyte complexes, 95% CI: -0.08–1.25). (Fertil Steril® 2010;94:2382–4. ©2010 by American Society for Reproductive Medicine.)

Oral contraceptive pretreatment significantly reduces ongoing pregnancy likelihood in gonadotropin-releasing hormone antagonist cycles: an updated meta-analysis

Georg Griesinger et al 2010 Fertil Steril 2010;94:2382–4.

Relative risks and weighted mean differences with 95% confidence intervals (CI) for the outcomes.

- (A) Ongoing pregnancy per randomized patient;
- (B) duration of stimulation (days);
- (C) gonadotropin consumption (IU);
- (D) number of cumulus-oocyte complexes.



Number-needed-to-treat-to-harm is 20 patients

Oral contraceptive pill, progesteron or estrogen pretreatment for ovarian stimulation protocols for women undergoing assisted reproductive techniques (Review)

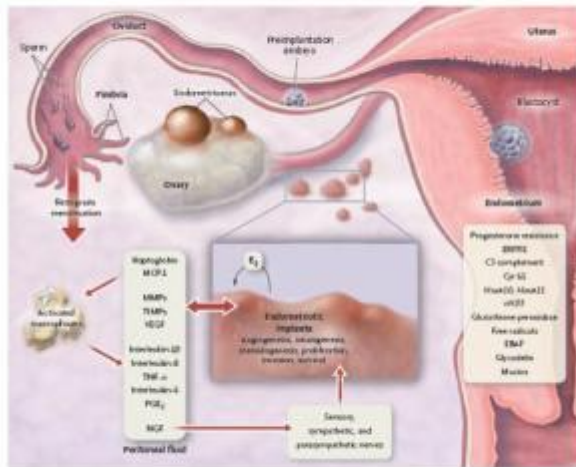
Saunders B, van Dierckx SM, Ferginon C, Boshuizen L, Kester JAM



- Không có chứng cứ về ảnh hưởng lên số trẻ sinh sống
- Tỷ lệ thai lâm sàng thấp hơn (Peto OR 0.69, 95% CI 0.50 to 0.9; P = 0.03) và dùng gonadotropin nhiều ngày hơn và lượng nhiều hơn

“...những thay đổi lớn trong các phác đồ HTSS không nên thực hiện thời điểm này...”

Lạc NMTC và vô sinh



Lạc NMTC và vô sinh

A

Use of oral contraceptives in women with endometriosis before assisted reproduction treatment improves outcomes

Dominique de Ziegler et al
Fert Stert 2010;94:2796-9

TABLE 1
Population characteristics and outcomes.

	Group 1				Group 2				P value
	Controls	I-II	III-IV	OMA	Controls	I-II	III-IV	OMA	
Clinical PR									
<37 y	42.0	55.0	39.6	40.9	39.7	29.7	23.8	12.0	
>38 y	16.7	26.8	33.3	50.0	18.5	8.0	10.0	16.7	
Total	35.0	48.1	37.9	41.4	32.9 ^a	23.6	21.2	12.9 ^b	

Post-operative OC use reduces the risk of ovarian endometrioma recurrence after laparoscopic excision.

Human Reproduction, Vol.24, No.12 pp. 3042-3048, 2009
Advanced Access publication on August 14, 2009 doi:10.1093/humrep/dsp297

human reproduction ORIGINAL ARTICLE Gynaecology

Post-operative oral contraceptive use reduces the risk of ovarian endometrioma recurrence after laparoscopic excision

M. Takamura, K. Koga¹, Y. Osuga¹, Y. Takemura, K. Hamasaki, Y. Hirota, O. Yoshino, and Y. Taketani

KẾT LUẬN

- Thuốc ngừa thai uống chứng tỏ các ích lợi trước khi thực hiện các can thiệp
 - Lên chương trình
 - Tránh tình trạng có thai ở pha hoàng thể
 - Những tác động lên NMTC

Thuốc ngừa thai uống trong IVF

Bất lợi

? Tỷ lệ thai thấp

Thời gian KT dài

Khác thường

The 1st Singapore Standard Hospital

The 1st Singapore Standard Hospital

Thuốc ngừa thai uống trong IVF

Ưu điểm

Đồng bộ nang noãn

Ngăn ngừa nang chức năng

Chương trình

Bất lợi

? Tỷ lệ thai thấp

Thời gian KT dài

Khác thường

The 1st Singapore Standard Hospital