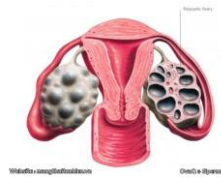


HIỆU QUẢ

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.

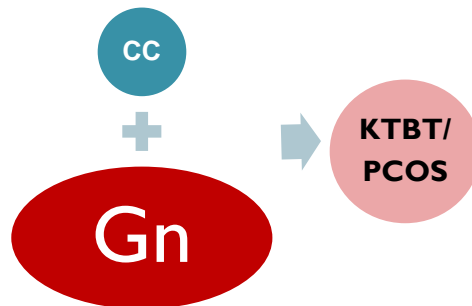
Ưu điểm

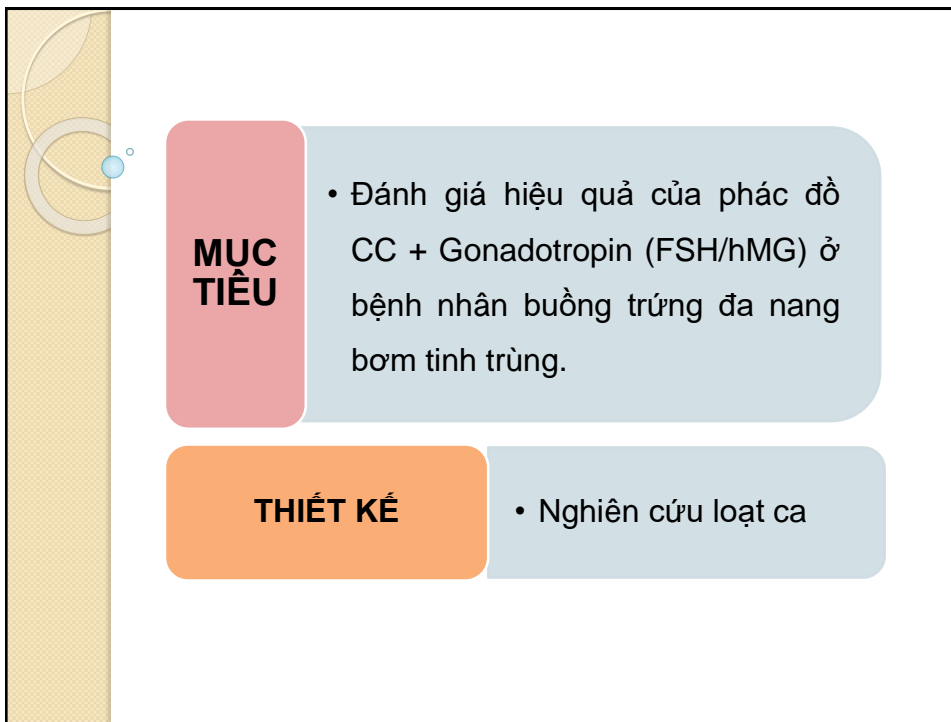
- Nhiều nang noãn phát triển
- NMTC phát triển tốt



CÂU HỎI NGHIÊN CỨU ?

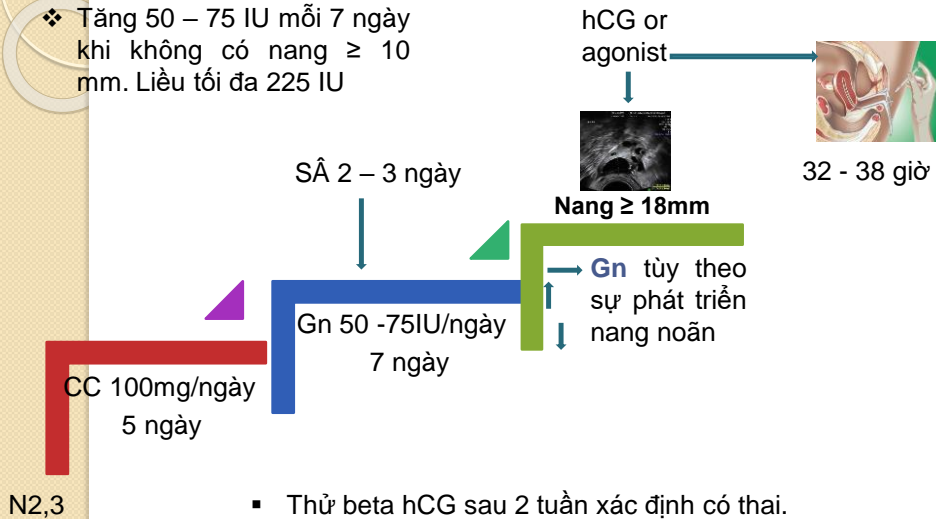
Nếu Gonadotropin quá mạnh trong khi đó CC không đủ mạnh, tại sao không kết hợp 2 thuốc để có thể khắc phục được nhược điểm của CC và Gonadotropin?





BỆNH NHÂN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- ❖ Tăng 50 – 75 IU mỗi 7 ngày khi không có nang ≥ 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.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN				
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%			
<input type="checkbox"/> Theo ASRM khuyến cáo: đánh giá vô sinh ở phụ nữ PCOS nên bắt đầu sau 6 tháng <input type="checkbox"/> ESHRE/ASRM, 2008: vô sinh ở phụ nữ PCOS khoảng 70 - 80%				

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN: ĐẶC ĐIỂM KTBT (1)				
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%			
<input checked="" type="checkbox"/> NC : Thời gian KTBT ngắn hơn, chi phí điều trị thấp hơn so với NC dùng Gn liều thấp tăng dần <input checked="" type="checkbox"/> 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				

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			
• r FSH	62.5%		
• u FSH	6.25%		
• hMG	25.0%		100%
• 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 Dũ n = 32 CC + HMG	S.Christin n = 85 FSH	Wenyan n = 71 HMG	Monamad n = 77 HPuFSH
• NMTC ngày cho rụng trứng (mm)	9.7 ± 3.32 (6 – 13)		10.3 ± 1.89	11.1 ± 1.8
• Chu kỳ có nang trội	96.9%	88.2%	90.1%	42.9%
• Chu kỳ QKBT	0%	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 Dũ n = 32 CC + FSH/HMG	Wenyan n = 90 CC + HMG	Monamad n = 82 CC + HPuFSH
• NMTC ngày cho rụng trứng (mm)	9.7 ± 3.32 (6 – 13)	9.9 ± 1.78	10.6 ± 2.5
• Chu kỳ có nang trội	31/32 (96.9%)	85/90 (94.4%)	63/82 (82.9%)
• Chu kỳ QKBT	0%	0%	0%

❖ 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
Thai lâm sàng	7/32 (21.9%)	15.4%	12.12%	14.4%
• 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
Thai lâm sàng	7/32 (21.9%)	18.7%	12/71 (16.9%)	22/77 (28.5%)
• 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 (21.9%)	17/90 (18.9%)	24/82 (29.2%)
• Đơn thai	6/7 (85.7%)	16/17	0
• Song thai	1/7 (14.3%)	1/17	0
• ≥ 3 thai	0/7 (0%)	0	0

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 !**