

CÁC YẾU TỐ DỰ BÁO GIẢM DỰ TRỮ BUỒNG TRỨNG SAU MỔ NỘI SOI BÓC NANG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TẠI BUỒNG TRỨNG

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đặng Hồng Hải¹, Nguyễn Duy Anh^{1,2,3}

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam

³Bộ môn Phụ sản, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nội soi bóc nang lạc nội mạc tử cung (LNMTCT) có thể ảnh hưởng đến mô buồng trứng lành, dẫn đến giảm dự trữ buồng trứng (DOR). Nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố dự báo DOR sau mổ nội soi bóc nang LNMTCT theo tiêu chuẩn Bologna.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu theo dõi dọc trên 100 bệnh nhân không có DOR trước mổ (AMH $\geq 1,1$ ng/ml), đo nồng độ AMH trước mổ và tại 1, 3, 6 tháng sau mổ. Bệnh nhân được xem là DOR hậu phẫu khi AMH $< 1,1$ ng/ml. Các yếu tố phân tích gồm: tuổi, BMI, vô sinh, số bên có nang, kích thước trung bình, CA125, điểm đau NRS, điểm rASRM, thời gian mổ.

Kết quả: Tỷ lệ DOR là 34%, 33%, 30% lần lượt sau 1, 3, 6 tháng. Hồi quy logistic cho thấy hai yếu tố liên quan đến DOR: (1) số bên có nang (tương quan thuận), (2) AMH trước mổ (tương quan nghịch). Ở nhóm nang một bên, ngưỡng AMH trước mổ dự báo DOR là 3,11 ng/ml (sau 1 tháng), 2,62 ng/ml (sau 3 hoặc 6 tháng). Ở nhóm nang hai bên, tỷ lệ DOR cao (64 - 68%), nhưng không xác định được điểm cắt AMH.

Kết luận: Số bên có nang LNMTCT và nồng độ AMH trước mổ là hai yếu tố dự báo nguy cơ giảm dự trữ buồng trứng sau mổ bóc nang LNMTCT theo tiêu chuẩn Bologna.

Từ khóa: Giảm dự trữ buồng trứng, AMH, nội soi bóc nang LNMTCT, tiêu chuẩn Bologna.

ABSTRACT

PREDICTED FACTORS FOR DIMINISHED OVARIAN RESERVE AFTER LAPAROSCOPIC CYSTECTOMY OF OVARIAN ENDOMETRIOMAS

Nguyen Thi Thu Ha^{1,2}, Dang Hong Hai¹, Nguyen Duy Anh^{1,2,3}

Introduction: Laparoscopic cystectomy for ovarian endometriomas (LCE) can reduce ovarian reserve (DOR), potentially affecting ovarian response in assisted reproductive technology. This study aimed to identify predictors of DOR after LCE based on the Bologna criteria.

Methods: A prospective longitudinal study was conducted on 100 patients with normal preoperative ovarian reserve (AMH ≥ 1.1 ng/mL). Of these, 75 had unilateral and 25 had bilateral endometriomas. Serum AMH levels were measured before surgery and at 1, 3, and 6 months postoperatively. DOR was defined as AMH < 1.1 ng/mL post-surgery. Factors analyzed included age, BMI, infertility status, pain score, number of involved ovaries, mean cyst diameter, CA125, rASRM stage, and operative time.

Results: DOR rates were 34%, 33%, and 30% at 1, 3, and 6 months, respectively. Logistic regression revealed two independent predictors of postoperative DOR: bilateral involvement (positive correlation) and higher preoperative AMH

Ngày nhận bài: 12/11/2024. Ngày chỉnh sửa: 20/2/2025. Chấp thuận đăng: 24/03/2025

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Hà. Email: dr.hanguyen.nhog@gmail.com. ĐT: 0965995599

Các yếu tố dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ nội soi bóc nang...

(negative correlation). In unilateral endometriomas, preoperative AMH cutoffs of 3.11 ng/mL (for 1-month DOR) and 2.62 ng/mL (for 3 - or 6 - month DOR) were identified. However, in bilateral endometriomas, while DOR rates ranged from 64% to 68%, no definitive cutoff was determined.

Conclusions: Bilateral involvement and lower preoperative AMH strongly predict postoperative DOR according to the Bologna criteria. These findings emphasize the importance of carefully assessing ovarian reserve prior to LCE, particularly in women with infertility.

Keywords: Diminished ovarian reserve, Anti-Mullertian Hormone (AMH), laparoscopic cystectomy of endometriomas, the Bologna criteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là một bệnh lý phụ khoa thường gặp, chiếm khoảng 10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và chiếm đến 50% các trường hợp đi khám vì mong con, trong đó nang LNMTC tại buồng trứng là hình thái LNMTC thường gặp [1]. Cho đến nay, chọn lựa phương pháp điều trị với bệnh nhân LNMTC vẫn chưa có đồng thuận. Theo hướng dẫn điều trị của ESHRE, nội soi ổ bụng kết hợp với điều trị nội khoa có thể cải thiện triệu chứng LNMTC tốt hơn [2]. Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật bóc nang LNMTC, tổn thương mô buồng trứng lạnh do kỹ thuật bóc nang, đốt điện cầm máu là điều không thể tránh khỏi. Cuối cùng dẫn đến ảnh hưởng đến dự trữ buồng trứng và đáp ứng của buồng trứng với kích thích buồng trứng trong các chu kỳ điều trị thụ tinh trong ống nghiệm [3].

Dự trữ buồng trứng là tiên lượng khả năng sinh sản của người phụ nữ, dựa trên số lượng và chất lượng buồng trứng. Trong những năm gần đây, có rất nhiều test được dùng để đánh giá dự trữ buồng trứng như hormone kháng ống Muller (Anti - Mullerian Hormone - AMH), hormon sinh dục thùy sau tuyến yên (FSH), estradiol (E2) và inhibin B cũng như các đánh giá trên siêu âm về thể tích buồng trứng hay số nang thứ cấp đầu chu kỳ. Tuy nhiên, AMH được coi là một test ưu việt trong đánh giá dự trữ buồng trứng do dễ đo, không bị ảnh hưởng bởi chu kỳ kinh nguyệt và một số thuốc nội tiết [4]. Năm 2011, theo ESHRE đưa ra tiêu chuẩn Bologna dự báo đáp ứng kém của buồng trứng, trong đó bệnh nhân có khả năng có đáp ứng buồng trứng kém khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn: tuổi ≥ 40 , tiền sử đáp ứng kém, giảm dự trữ buồng trứng (diminish ovarian reserve - DOR) với AMH $< 1,1$ ng/ml hay số nang thứ cấp đầu chu

kỳ $< 3 - 5$ [5]. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng theo tiêu chuẩn Bologna, phụ nữ được chẩn đoán đáp ứng kém buồng trứng sau mổ nội soi bóc nang LNMTC có tỷ lệ có thai lâm sàng và tỷ lệ sinh sống thấp hơn so với phụ nữ được chẩn đoán đáp ứng kém nguyên phát [6].

Hiện nay, các phương pháp can thiệp tác động đến u buồng trứng đã chứng minh có liên quan với giảm dự trữ buồng trứng, nhưng những nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ của giảm dự trữ buồng trứng vẫn còn hạn chế [7, 8]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Tìm ra các yếu tố dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ nội soi bóc nang lạc nội mạc tử cung theo tiêu chuẩn Bologna.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 100 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi bóc nang LNMTC buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2015 đến 31/07/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 18 - 40, không có giảm dự trữ buồng trứng theo tiêu chuẩn Bologna [5], được chẩn đoán là có nang LNMTC tại buồng trứng trên siêu âm và có chỉ định mổ nội soi bóc nang LNMTC tại buồng trứng, được chẩn đoán xác định là nang LNMTC tại buồng trứng qua mổ nội soi và kết quả giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: có hội chứng buồng trứng đa nang theo tiêu chuẩn Rotterdam [9], có tiền sử phẫu thuật tại buồng trứng trước đó, có nang LNMTC kèm theo u nang buồng trứng khác, nghi ngờ bệnh lý ác tính của buồng trứng, dùng nội tiết trong vòng 3 tháng trước khi phẫu thuật hay có bất cứ bệnh lý rối loạn nội tiết nào và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc so sánh trước - sau. Bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi bóc nang LNMTC tại buồng trứng. Trước mổ: đặc điểm lâm sàng (tuổi, BMI, tình trạng vô sinh), siêu âm (kích thước nang LNMTC, số bên có nang), xét nghiệm AMH, điểm đau NRS, CA125. Trong mổ: thực hiện quy trình mổ nội soi bóc nang LNMTC tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, đánh giá điểm, giai đoạn LNMTC theo rASRM và thời gian phẫu thuật. Sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng (± 1 tuần): Siêu âm và xét nghiệm lại AMH. Đánh giá mối liên quan của các yếu tố trên với giảm dự trữ buồng trứng sau mổ

Cỡ mẫu nghiên cứu: Được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu theo dõi dọc so sánh sự thay đổi trung bình ở 2 thời điểm với cỡ mẫu ước tính tối thiểu 100 bệnh nhân.

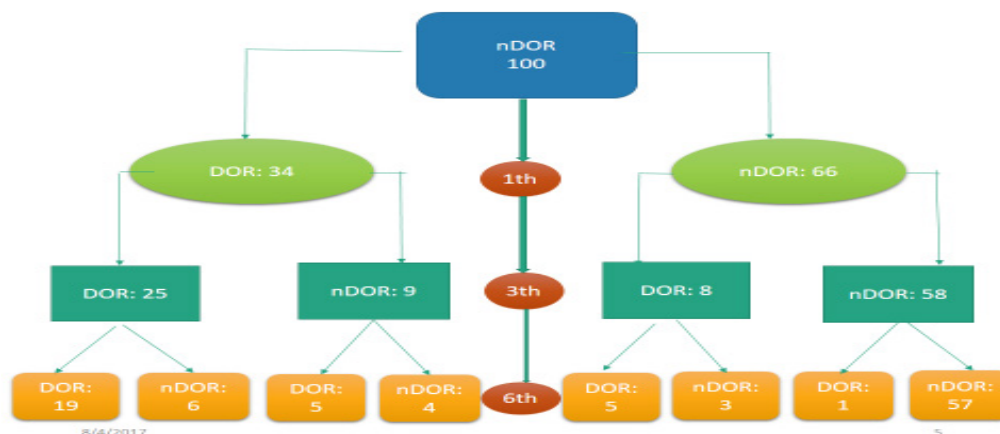
Các tiêu chuẩn của nghiên cứu: Kích thước nang LNMTC: được tính bằng trung bình của 2 đường kính: đường kính lớn và đường kính nhỏ vuông góc với đường kính lớn. Tổng kích thước nang: bằng

tổng kích thước của tất cả các nang LNMTC ở cả 2 bên buồng trứng. Vị trí nang LNMTC: là sự có mặt của nang LNMTC ở 1 bên hay 2 bên buồng trứng. Giai đoạn LNMTC: theo phân loại rASRM, trong đó: giai đoạn I: 1-5 điểm, giai đoạn II: 6-15 điểm, giai đoạn III: 16-40 điểm, giai đoạn IV: > 40 điểm. Xét nghiệm nồng độ AMH: phương pháp tự động hoàn toàn Access 2 IA AMH. Giảm dự trữ buồng trứng (DOR) theo tiêu chuẩn Bologna với AMH < 1,1 ng/ml [5].

Xử lý số liệu: Các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng Mean $\pm$ SD, so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng Chi-square test, kiểm định phân bố chuẩn bằng Skewness-Kurtosis test, so sánh sự khác biệt giữa hai biến định lượng độc lập bằng Mann-Whitney test, so sánh sự khác biệt giữa hai biến định lượng ghép cặp bằng Wilcoxon ghép cặp test, đánh giá giá trị của một phương pháp chẩn đoán bằng đường cong ROC, hồi qui logistic đa biến tìm yếu tố nguy cơ, $p < 0,05$ biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

100 bệnh nhân với nồng độ AMH trước mổ $\geq 1,1$ ng/ml có tình trạng giảm dự trữ buồng trứng sau mổ như sau:



Hình 1: Diễn biến tình trạng giảm dự trữ buồng trứng sau mổ

34 (34%), 33 (33%) và 30 (30%) bệnh nhân có tình trạng giảm dự trữ buồng trứng ở lần lượt 3 thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ. Có 2 yếu tố có liên quan với giảm dự trữ buồng trứng ở cả 3 thời điểm sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng là số bên buồng trứng có nang LNMTC và nồng độ AMH trước mổ (Bảng 1). Nguy cơ giảm dự trữ buồng trứng sau mổ lần lượt cao gấp 2,67; 3,19 và 3,39 lần ở nhóm có nang LNMTC ở 2 bên buồng trứng so với nhóm có nang LNMTC chỉ ở 1 bên buồng trứng ($p < 0,0001$) (Bảng 2).

Các yếu tố dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ nội soi bóc nang...

Bảng 1: Kết quả mô hình hồi qui logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa tình trạng giảm dự trữ buồng trứng sau mổ và các yếu tố nguy cơ

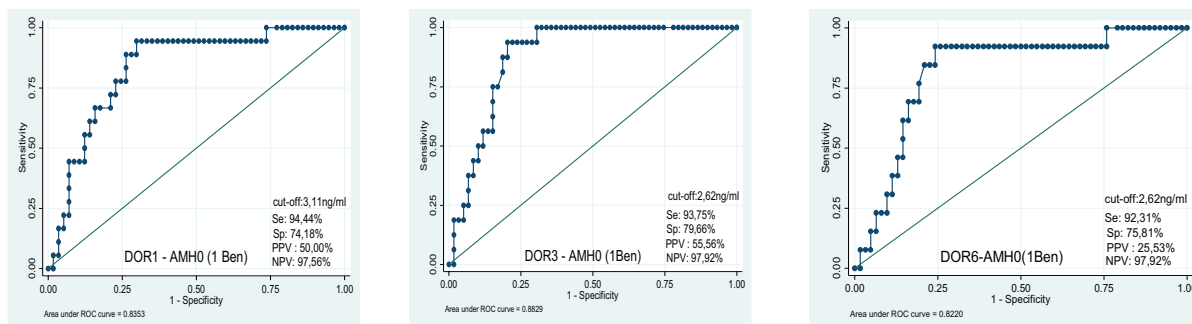
DOR1		Odds Ratio	p	Khoảng tin cậy 95%
Số bên có nang	1 bên	1	0,028	1,23 - 40,60
	2 bên	7,08		
Nồng độ AMH0	> 4ng/ml	1	0.003	2,19 - 47,87
	≤ 4,0ng/ml	10,23		
Giai đoạn LNMTC	3	1	0.010	1.48 - 17,85
	4	5,14		
DOR3				
Số bên có nang	1 bên	1	0,013	1,61 - 53,20
	2 bên	9,25		
Nồng độ AMH0	> 4ng/ml	1	0,008	1,74 - 38,17
	≤ 4,0ng/ml	8,15		
Giai đoạn LNMTC	3	1	0,015	1,36 - 16,75
		4,78		
DOR6				
Số bên có nang	1 bên	1	0,005	2,12 - 71,41
	2 bên	12,31		
Nồng độ AMH0	> 4ng/ml	1	0,019	1,37 - 30,06
	≤ 4,0ng/ml	6,41		
Giai đoạn LNMTC	3	1	0,053	0,99 - 13,23
	4	3.61		

Bảng 2: So sánh nguy cơ gây giảm dự trữ buồng trứng sau mổ của số bên có nang LNMTC

Số bên Sau mổ		n	1 bên (n=75)		2 bên (n=25)		p	RR
			n	%	n	%		
1 tháng	DOR1	34	18	24,00	16	64,00	< 0,001	2,67
	nDOR1	66	57	76,00	9	36,00		
3 tháng	DOR3	33	16	21,33	17	68,00	< 0,0001	3,19
	nDOR3	67	59	78,67	8	32,00		
6 tháng	DOR6	30	13	17,33	17	68,00	< 0,0001	3,92
	nDOR6	70	62	82,67	8	32,00		

Các yếu tố dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ nội soi bóc nang...

Trong nhóm nang ở 1 bên buồng trứng, điểm cắt tối ưu nồng độ AMH trước mổ có khả năng dự báo giảm dự trữ buồng trứng ở thời điểm 1 tháng là 3,11 ng/ml và 3 tháng hoặc 6 tháng là 2,62 ng/ml. Trong khi đó, nhóm nang ở 2 bên buồng trứng, không xác định được điểm cắt nồng độ AMH trước mổ có khả năng dự báo giảm dự trữ buồng trứng (Hình 2).



A. 1 tháng sau mổ

B. 3 tháng sau mổ

C. 6 tháng sau mổ

Hình 2: Đường cong ROC biểu thị giá trị AMH0 dự báo DOR sau mổ bóc nang LNMTC ở 1 bên buồng trứng

IV. BÀN LUẬN

Lạc nội mạc tử cung là bệnh lý phụ khoa được định nghĩa sự phát triển của tuyến nội mạc tử cung phát triển bên ngoài tử cung, trong đó buồng trứng là vị trí thường gặp nhất. Cho đến nay, chọn lựa phương pháp điều trị với bệnh nhân LNMTC vẫn chưa có đồng thuận. Theo hướng dẫn điều trị của ESHRE, nội soi ổ bụng kết hợp với điều trị nội khoa có thể cải thiện triệu chứng LNMTC tốt hơn [2]. Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật bóc nang LNMTC, tổn thương mô buồng trứng lành là điều không thể tránh khỏi và kết quả cuối cùng dẫn đến giảm dự trữ buồng trứng [3]. Đáp ứng của buồng trứng có vai trò quan trọng trong các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, những trường hợp đáp ứng kém buồng trứng sau mổ bóc nang LNMTC có tỉ lệ có thai lâm sàng và tỉ lệ sinh sống thấp hơn có ý nghĩa so với phụ nữ được chẩn đoán đáp ứng kém nguyên phát [6], do đó, bên cạnh việc tìm ra những yếu tố ảnh hưởng đến mức độ giảm AMH sau mổ, việc tìm ra yếu tố dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ có vai trò quan trọng, giúp tư vấn cho bệnh nhân và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp nhằm bảo tồn khả năng sinh sản ở những bệnh nhân vô sinh có lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng. Trong số 104 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, có 100 bệnh nhân có nồng độ AMH trước mổ $\geq 1,1$ ng/ml, tức là không có tình trạng giảm dự trữ buồng trứng trước

mổ theo tiêu chuẩn Bologna [5]. Trong quá trình theo dõi sau mổ, do có sự thay đổi nồng độ AMH sau mổ mà số lượng bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng cũng khác nhau ở các thời điểm sau mổ là 34, 33, và 30 bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng tương ứng với 3 thời điểm sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng (Hình 1).

Bảng 1 cho thấy kết quả phân tích mối liên quan giữa tình trạng giảm dự trữ buồng trứng sau mổ và các yếu tố nguy cơ. Tất cả các yếu tố liên quan đến sự thay đổi của AMH sau mổ được đưa vào mô hình hồi qui logistic đa biến, trong đó nồng độ AMH trước mổ được chia làm 2 nhóm với điểm cắt là 4ng/ml. Kết quả là có 3 yếu tố có liên quan đến tình trạng giảm dự trữ buồng trứng sau mổ, đó là: số bên có nang LNMTC tại buồng trứng, nồng độ AMH trước mổ và giai đoạn LNMTC theo ASRM, trong đó đến 6 tháng thì sự liên quan của giai đoạn LNMTC với giảm dự trữ buồng trứng sau mổ không có ý nghĩa nữa ($p > 0,05$).

Khi so sánh nguy cơ gây giảm dự trữ buồng trứng sau mổ khi nang ở 1 bên hay 2 bên buồng trứng cho thấy: tỉ lệ giảm dự trữ buồng trứng sau mổ ở nhóm có nang LNMTC buồng trứng ở cả 2 bên buồng trứng là 64%, 68% và 68%, trong khi tỉ lệ này ở nhóm có nang LNMTC chỉ ở 1 bên buồng trứng là 24%, 21,33% và 17,33% tương ứng với 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ. Đồng thời, nguy cơ giảm dự trữ buồng trứng sau mổ lần lượt gấp

Các yếu tố dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ nội soi bóc nang...

2,67; 3,19 và 3,39 lần ở nhóm có nang LNMTC ở 2 bên so với nhóm có nang LNMTC chỉ ở 1 bên buồng trứng ($p < 0,0001$) (Bảng 2). Ozaki và cộng sự (2016) cũng đánh giá các yếu tố dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ qua theo dõi 112 bệnh nhân mổ nội soi bóc nang LNMTC tại buồng trứng với tiêu chuẩn giảm dự trữ buồng trứng là nồng độ AMH $< 1,1\text{ng/ml}$ lấy theo tiêu chuẩn Bologna 2011 tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, kết quả hồi qui logistic cũng tìm ra 2 yếu tố liên quan đến giảm dự trữ buồng trứng sau mổ 3 tháng và 6 tháng đó là số bên có nang LNMTC và nồng độ AMH trước mổ [7].

Nồng độ AMH trước mổ liên quan đến thay đổi AMH sau mổ cũng như có liên quan đến giảm dự trữ buồng trứng sau mổ đã được nghiên cứu ghi nhận qua việc xây dựng hồi qui tuyến tính đa biến và hồi qui logistic. Với mong muốn là tìm ra một điểm cắt có khả năng dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ tốt nhất, chúng tôi đã lựa chọn điểm cắt dựa trên nguyên tắc: tại điểm cắt đó, độ nhạy (Se) và độ đặc hiệu (Sp) đều $> 50\%$ trong đó trung bình độ nhạy và độ đặc hiệu là cao nhất, đồng thời, do số bên có nang LNMTC là yếu tố tác động mạnh nhất đến mức độ giảm AMH sau mổ nên chúng tôi đã tìm điểm cắt riêng khi nang ở 1 bên và 2 bên buồng trứng. Với nhóm có nang LNMTC ở 1 bên buồng trứng: chúng tôi tìm được điểm cắt AMH0 $\leq 3,11\text{ng/ml}$ sau mổ 1 tháng mà tại đó khả năng dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ của AMH0 là tốt nhất với Se: 94,44%, Sp: 74,18% (trung bình Se - Sp: 82,31%), PPV: 50,00%, NPV: 97,56%; điểm cắt AMH0 $\leq 2,62\text{ng/ml}$ sau mổ 3 tháng và 6 tháng mà tại đó khả năng dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ của AMH0 là tốt nhất với Se: 93,75%, Sp: 79,66% (trung bình Se - Sp: 86,71%), PPV: 55,56%, NPV: 97,92% sau mổ 3 tháng và Se: 92,31%, Sp: 75,81% (trung bình Se - Sp: 84,06%), PPV: 25,53%, NPV: 97,92% sau mổ 6 tháng. Đường cong ROC cũng chỉ ra rằng tọa độ được xác định bởi Se, Sp của điểm cắt đó là vị trí đối chiều của đường cong (Hình 2) và nồng độ AMH trước mổ (AMH0) có giá trị cao trong việc dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ ở những trường hợp nang lạc nội mạc tử cung chỉ ở 1 bên buồng trứng với diện tích dưới đường cong (AUC) đều $> 0,8$ ở cả 3 thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ.

Với những trường hợp nang LNMTC ở cả 2 bên buồng trứng, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa nồng độ AMH trước mổ với sự giảm dự trữ buồng trứng sau mổ. Ozaki (2016) cũng đã tìm điểm cắt của AMH0 trong việc dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ và tìm ra được điểm cắt AMH0 là $\leq 2,1\text{ng/ml}$ dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ ở cả 2 thời điểm 3 tháng và 6 tháng khi nang ở 1 bên buồng trứng. Nghiên cứu cũng tìm ra được điểm cắt 3,0ng/ml và 3,5ng/ml dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ 3 tháng và 6 tháng khi nang ở 2 bên buồng trứng [7]. Như vậy, mặc dù giá trị điểm cắt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Ozaki nhưng độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị của AMH trước mổ trong việc dự báo giảm dự trữ buồng trứng sau mổ của 2 nghiên cứu tương đương nhau (với diện tích dưới đường cong - AUC đều $> 0,8$). Khi nang ở 2 bên buồng trứng, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa của nồng độ AMH trước mổ với việc giảm dự trữ buồng trứng sau mổ, có thể do số bệnh nhân có nang LNMTC ở 2 bên buồng trứng của chúng tôi chưa đủ lớn (25 bệnh nhân) và cần có những nghiên cứu sâu hơn về sau để đánh giá chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra số bên buồng trứng có nang LNMTC và nồng độ AMH trước mổ có thể dự báo nguy cơ giảm dự trữ buồng trứng sau mổ nội soi bóc nang LNMTC theo tiêu chuẩn Bologna. Như vậy, ngay cả khi phẫu thuật ở bệnh nhân có nguy cơ giảm dự trữ buồng trứng thấp nhất cũng có thể dẫn đến giảm dự trữ buồng trứng, do đó, cần thận trọng trong việc thực hiện phẫu thuật nội soi bóc nang LNMTC ở những bệnh nhân vô sinh.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu y sinh, bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, bệnh nhân có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson NP, Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. Hum Reprod. 2013; 28(6): 1552-68.
2. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022; 2022(2): hoac009.
3. Kuroda M, Kuroda K, Arakawa A, Fukumura Y, Kitade M, Kikuchi I, et al. Histological assessment of impact of ovarian endometrioma and laparoscopic cystectomy on ovarian reserve. J Obstet Gynaecol Res. 2012; 38(9): 1187-93.
4. Arce JC, La Marca A, Mirner Klein B, Nyboe Andersen A, Fleming R. Antimüllerian hormone in gonadotropin releasing-hormone antagonist cycles: prediction of ovarian response and cumulative treatment outcome in good-prognosis patients. Fertil Steril. 2013; 99(6): 1644-53.
5. Ferraretti AP, La Marca A, Fauser BC, Tarlatzis B, Nargund G, Gianaroli L. ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. Hum Reprod. 2011; 26(7): 1616-24.
6. Roustan A, Perrin J, Debals-Gonthier M, Paulmyer-Lacroix O, Agostini A, Courbiere B. Surgical diminished ovarian reserve after endometrioma cystectomy versus idiopathic DOR: comparison of in vitro fertilization outcome. Hum Reprod. 2015; 30(4): 840-7.
7. Ozaki R, Kumakiri J, Tinelli A, Grimbizis GF, Kitade M, Takeda S. Evaluation of factors predicting diminished ovarian reserve before and after laparoscopic cystectomy for ovarian endometriomas: a prospective cohort study. J Ovarian Res. 2016; 9(1): 37.
8. Chang HJ, Han SH, Lee JR, Jee BC, Lee BI, Suh CS, et al. Impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve: serial changes of serum anti-Müllerian hormone levels. Fertil Steril. 2010; 94(1): 343-9.
9. Smet ME, McLennan A. Rotterdam criteria, the end. Australas J Ultrasound Med. 2018; 21(2): 59-60.