

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: **5306/QĐ-BYT**

Hà Nội, ngày **07** tháng **11** năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung”**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung”.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung” bao gồm bản giấy và bản điện tử (app) được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB, PC.



Nguyễn Trường Sơn

BỘ Y TẾ

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2019)

Hà Nội 2019

Mục lục

1. ĐẠI CƯƠNG	4
2. YẾU TỐ NGUY CƠ	4
2.1. Cấu trúc giải phẫu và kinh nguyệt	4
2.2. Môi trường	4
2.3. Chế độ ăn	4
3. CHẨN ĐOÁN	5
3.1. Lâm sàng	5
3.1.1. Triệu chứng cơ năng	5
3.1.2. Triệu chứng thực thể	5
3.2. Cận lâm sàng	6
3.2.1. Siêu âm	6
3.2.2. Cộng hưởng từ (MRI).....	6
3.2.3. Dấu ấn sinh học	6
3.2.4. Các kỹ thuật khác hỗ trợ chẩn đoán LNMTC sâu, LNMTC bàng quang, niệu quản, trực tràng.....	6
3.3. Phân loại thể lâm sàng LNMTC	6
3.3.1. LNMTC ở phúc mạc	6
3.3.2. LNMTC buồng trứng.....	6
3.3.3. LNMTC sâu	6
3.3.4. Bệnh tuyến cơ tử cung.....	7
3.3.5. LNMTC tại các vị trí khác.....	7
3.4. Phân độ LNMTC (theo ASRM đã hiệu chỉnh)	7
3.5. Chẩn đoán phân loại theo ICD (International Classification of Diseases) .7	
3.6. Chẩn đoán phân biệt	7
4. ĐIỀU TRỊ	7
4.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị	7
4.1.1. Nguyên tắc điều trị	7
4.1.2. Mục tiêu điều trị.....	7
4.2. Điều trị LNMTC và đau	8
4.2.1. Điều trị nội khoa giảm đau bước 1	8
4.2.2. Điều trị nội khoa giảm đau bước 2	9
4.2.3. Điều trị phẫu thuật giảm đau.....	9

4.3. Điều trị LNMTC và hiếm muộn - vô sinh.....	11
4.3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị	11
4.3.2. Điều trị phẫu thuật trong LNMTC và vô sinh.....	11
4.3.3. Điều trị nội tiết sau phẫu thuật cho LNMTC và hiếm muộn - vô sinh..	12
4.3.4. Điều trị hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)	12
4.3.5. Điều trị hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản (ART).....	12
4.3.6. Phẫu thuật điều trị LNMTC trước khi thực hiện ART	12
4.4. Điều trị LNMTC khác (thành bụng, tăng sinh môn...)	13
PHỤ LỤC 01	14
PHỤ LỤC 02	15
PHỤ LỤC 03	16
TÀI LIỆU THAM KHẢO	21

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2019)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý phụ khoa mạn tính, phức tạp, dễ tái phát, trong đó có sự hiện diện của mô giống mô tuyến ở nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành nằm ngoài buồng tử cung. Sự hiện diện mô lạc chỗ này thúc đẩy sự hình thành các phản ứng viêm mãn tính và là bệnh lý phụ thuộc estrogen.
- Bệnh LNMTC bao gồm các thể: LNMTC ở phúc mạc, LNMTC ở buồng trứng, LNMTC sâu, bệnh tuyến cơ tử cung (hay còn gọi LNMTC vào cơ tử cung); các thể LNMTC thường đi kèm với nhau trên cùng một bệnh nhân.
- Tần suất mắc bệnh không được biết chính xác, ước tính khoảng 10% phụ nữ độ tuổi sinh sản bị LNMTC. Trong số BN LNMTC có khoảng 40 – 82% phụ nữ bị đau vùng chậu mạn tính, 50% phụ nữ LNMTC bị ảnh hưởng gây hiếm muộn vô sinh, 17- 48% là các khối LNMTC ở buồng trứng.
- Lâm sàng có thể không có triệu chứng, nhưng LNMTC thường hay xuất hiện trong bệnh cảnh đau vùng chậu, hiếm muộn, hoặc kết hợp cả hai. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Bệnh đòi hỏi một kế hoạch điều trị dài hạn với mục tiêu tối ưu hoá điều trị nội khoa tránh lặp đi lặp lại các can thiệp ngoại khoa.
- Mặc dù có rất nhiều nỗ lực trong nghiên cứu về LNMTC, các bác sĩ lâm sàng hiện tại vẫn đang đối diện với không ít khó khăn trong chẩn đoán và xử trí, vì vậy một tài liệu hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị LNMTC là cần thiết.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Cấu trúc giải phẫu và kinh nguyệt

Nhóm phụ nữ sau có thể có nguy cơ cao bị LNMTC:

- Phụ nữ chưa sinh đẻ, chu kỳ kinh ngắn, hành kinh dài ngày, cường kinh, dậy thì sớm
- Tiền sử gia đình có người bị LNMTC
- Tắc nghẽn đường thoát máu kinh

2.2. Môi trường

Liên quan giữa LNMTC và sự phơi nhiễm với các chất hoá học dẫn đến biến đổi các nội tiết tố đã được ghi nhận, nhưng cơ chế chưa biết rõ.

2.3. Chế độ ăn

Thức uống có cồn, caffeine, chất béo, thịt đỏ, thuốc lá... có thể là nguy cơ cao LNMTC

3. CHẨN ĐOÁN

LNMTC thường được chẩn đoán muộn. Việc chậm trễ trong chẩn đoán có thể dẫn đến những hệ quả bất lợi cho điều trị.

Sơ đồ Quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị LNMTC trong Phụ lục 01 ban hành kèm theo.

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Triệu chứng liên quan phụ khoa: đau bụng khi hành kinh, có thể đau không liên quan kỳ kinh, đau không có tính chu kỳ, đau sau khi giao hợp, hoặc đau khu trú theo kỳ kinh tại thành bụng quanh sẹo mổ lấy thai, hoặc đau tại vùng tầng sinh môn sau sinh đường âm đạo....., xuất huyết tử cung bất thường (trong bệnh tuyến cơ tử cung), chậm hoặc không có thai.
- Triệu chứng không liên quan phụ khoa: phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có đi đại tiện (cần) đau, đi tiểu đau, tiểu ra máu, chảy máu trực tràng....xảy ra theo chu kỳ kinh. Các khối lạc tuyến NMTC ở buồng trứng có kích thước lớn có thể gây chèn ép trực tràng hay bàng quang gây các triệu chứng do chèn ép như tiểu khó tiểu lắt nhắt, táo bón....

Hai nhóm triệu chứng này có thể xuất hiện đơn thuần hoặc đi kèm với nhau.

3.1.2. Triệu chứng thực thể

Cần khám thành bụng, âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn/ khám trực tràng, nhất là khi có triệu chứng gợi ý trên. Các dấu hiệu thực thể (gợi ý LNMTC và vị trí LNMTC):

- LNMTC sâu: vách âm đạo trực tràng, 2 dây chằng tử cung cùng nề cứng khi khám bằng tay có kết hợp khám trực tràng; hoặc nhìn thấy các nốt xanh tím trong vùng cùng đồ sau khi khám bằng mỏ vịt hoặc đặt van âm đạo, sờ chạm có thể đau.
- LNMTC vào buồng trứng: khám âm đạo hay trực tràng thấy có khối cạnh tử cung ở một hoặc 2 bên, kém di động.
- Bệnh tuyến cơ tử cung: khám phụ khoa thấy tử cung có kích thước lớn, dày không đều như khối cầu (nếu là LNMTC thể lan toả), có thể kém di động.
- Một số vị trí LNMTC khác: sờ được khối cứng chắc gợi ý LNMTC, cương và đau theo kỳ kinh, nằm tại thành bụng quanh vùng sẹo mổ lấy thai, hoặc vùng tầng sinh môn....
- Thực tiễn khám lâm sàng có thể không ghi nhận gì bất thường dù có triệu chứng cơ năng gợi ý LNMTC.



3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Siêu âm

- Siêu âm ngã âm đạo (TVS) là lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán LNMTC vùng chậu; phụ nữ chưa giao hợp: sử dụng siêu âm ngã trực tràng (TRS) để chẩn đoán.
- Siêu âm có hình ảnh điển hình LNMTC ở buồng trứng: phản âm kém dạng kính mờ, có thể nhiều thùy, không chồi nhú..., hoặc hình ảnh toàn bộ cơ tử cung phản âm kém và phản âm sọc trong bệnh tuyến cơ tử cung (thể lan toả) hoặc cơ tử cung có vùng phản âm kém khu trú giới hạn không rõ (thể khu trú).

3.2.2. Cộng hưởng từ (MRI)

MRI có thể được chỉ định thêm khi siêu âm không đánh giá được hết tính chất, mức độ xâm lấn của u lạc nội mạc tử cung với các cơ quan xung quanh, hoặc khi cần đánh giá tổn (sang) thương LNMTC sâu, cần phân biệt giữa bệnh tuyến cơ tử cung và nhân xơ tử cung...

3.2.3. Dấu ấn sinh học

- CA125 huyết thanh hay nước tiểu cũng như mô nội mạc tử cung, máu kinh, dịch lòng tử cung không khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán LNMTC
- CA125 huyết thanh tăng nhưng không đặc hiệu để chẩn đoán bệnh LNMTC.

3.2.4. Các kỹ thuật khác hỗ trợ chẩn đoán LNMTC sâu, LNMTC bàng quang, niệu quản, trực tràng

Chụp đường tiêu hoá, tiết niệu có cản quang, nội soi bàng quang - niệu quản, nội soi đại - trực tràng ... có thể hữu ích giúp đánh giá thêm về LNMTC nặng vùng chậu.

3.3. Phân loại thể lâm sàng LNMTC

3.3.1. LNMTC ở phúc mạc

Chẩn đoán được khi thực hiện nội soi hay mổ bụng, nhìn thấy có tổn (sang) thương LNMTC nằm trên bề mặt phúc mạc chậu, thành chậu, thanh mạc ruột...

3.3.2. LNMTC buồng trứng

Chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng có khối bướu nằm một hoặc hai bên cạnh tử cung, kém di động, dính cùng đồ sau hay vách chậu, và hình ảnh đặc trưng nang LNMTC vào buồng trứng của siêu âm, hoặc cộng hưởng từ.

3.3.3. LNMTC sâu

Chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng có tổn (sang) thương dày cứng vách trực tràng âm đạo, khối nề cứng kém di động nằm cùng đồ sau, dây chằng tử cung cùng... Hình ảnh siêu âm, cộng hưởng từ, chụp cản quang đường tiết niệu, tiêu hoá, nội soi bàng quang - niệu quản, nội soi đại - trực tràng... giúp hỗ trợ chẩn đoán khi có chỉ định.

3.3.4. Bệnh tuyến cơ tử cung

Chẩn đoán dựa vào đau vùng chậu, hội chứng xuất huyết âm đạo, khám lâm sàng tử cung có kích thước to dày không đều, và hình ảnh của siêu âm, hoặc của cộng hưởng từ khi có chỉ định.

3.3.5. LNMTC tại các vị trí khác

Chẩn đoán dựa khám lâm sàng, hỏi tiền sử - bệnh sử: mỗi khi có kinh sờ được khối cứng đau nằm vùng quanh sẹo mổ thành bụng (nếu có mổ lấy thai) hoặc khối cứng đau vùng quanh sẹo khâu tầng sinh môn (nếu sinh đường âm đạo).

3.4. Phân độ LNMTC (theo ASRM đã hiệu chỉnh)

Phân độ LNMTC có thể được thực hiện khi bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật. Bảng phân độ LNMTC trong Phụ lục số 02 kèm theo.

3.5. Chẩn đoán phân loại theo ICD (International Classification of Diseases)

Tên bệnh	Mã ICD 10
Bệnh tuyến cơ tử cung (Adenomyosis)	N80.0
LNMTC ở buồng trứng (Ovarian endometriomas- OMA)	N80.1
LNMTC ở phúc mạc (Pelvic peritoneal endometriosis - PPE)	N80.3
LNMTC sâu: (Deeply infiltrating endometriosis-DIE):	
- Ở vách trực tràng - âm đạo	N80.4
- Ở đường tiêu hóa	N80.5
Các thể LNMTC có thể đơn độc, nhưng thường đi kèm với nhau trên cùng một bệnh nhân	

3.6. Chẩn đoán phân biệt

- Khối u buồng trứng không phải LNMTC: cần thực hiện tổng soát bilan đánh giá u để loại trừ u ác tính buồng trứng (dựa vào bệnh sử, chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, cộng hưởng từ, CT scan, các dấu ấn sinh học bướu...).
- Bệnh lý ác tính vùng chậu không phải là LNMTC xâm lấn vách trực tràng - âm đạo, vách bàng quang, - âm đạo, cùng đồ sau, vách chậu...
- Nhân xơ tử cung trong cơ, không phải là bệnh tuyến cơ tử cung.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị

4.1.1. Nguyên tắc điều trị

- Cá thể hóa điều trị hướng đến lợi ích người bệnh, không hướng đến mục tiêu loại bỏ tổn (sang) thương.
- Tối ưu hóa điều trị nội khoa và tránh các phẫu thuật lặp đi lặp lại.

4.1.2. Mục tiêu điều trị

- Giảm đau, giảm tiến triển và giảm tái phát bệnh.

- Tăng khả năng có thai.
- Cải thiện chất lượng sống.
- Xác định người bệnh cần phẫu thuật, và lựa chọn thời điểm phù hợp nhất.
- Có kế hoạch điều trị và theo dõi sau phẫu thuật.

4.2. Điều trị LNMTC và đau

Sơ đồ Quy trình lâm sàng điều trị đau do LNMTC trong Phụ lục 03 được ban hành kèm theo.

- Đau bụng kinh, đau vùng chậu mãn tính nếu có đáp ứng giảm đau được với các thuốc giảm đau kháng viêm không – steroids (NSAIDs), viên tránh thai kết hợp (COCs), hoặc nội tiết progestins mà không cần bằng chứng mô học xác nhận LNMTC, thì các điều trị này được xem là vừa là chẩn đoán vừa là điều trị LNMTC. Ngoài ra nội soi ổ bụng là một kỹ thuật có tính chất xâm lấn. Chính vì các lý do như vậy thực hiện nội soi ổ bụng để chẩn đoán trước khi điều trị đau bụng kinh, đau vùng chậu mãn không phải là bước thường qui.
- Cần loại trừ các nguyên nhân gây đau vùng chậu khác trước khi bắt đầu điều trị theo kinh nghiệm.

4.2.1. Điều trị nội khoa giảm đau bước 1

a) Giảm đau nhóm kháng viêm không – steroid (NSAIDs)

Hiệu quả trong điều trị thống kinh nguyên phát, là nhóm thuốc có thể chọn lựa đầu tiên điều trị đau do LNMTC. Thuốc có chống chỉ định cho người có tiền sử loét dạ dày tá tràng, bệnh lý tim mạch

b) Thuốc viên tránh thai kết hợp

- Hiệu quả giảm đau bụng kinh, giảm giao hợp đau, giảm đau vùng chậu mạn tính và có tác dụng ngừa thai. Có thể xem xét kê đơn thuốc viên tránh thai kết hợp uống theo chu kỳ hoặc liên tục, và không uống quá 3 tháng nếu không giảm đau.
- Nội tiết tránh thai kết hợp có hiệu quả giảm đau bụng kinh, giao hợp đau nhưng ít hiệu quả giảm đau trong LNMTC sâu.

c) Progestin, kháng progestin, danazol

- Là một trong các lựa chọn giảm đau do LNMTC, tùy đặc điểm từng người bệnh có thể lựa chọn các thuốc thuộc nhóm progestin khác nhau (dienogest, norethisterone acetate, hoặc kháng progestin (gestrinone).
- Lựa chọn progestin và kháng progestin cần lưu ý thuốc có tác dụng phụ ít nhất, nhất là các tác dụng phụ không hồi phục (huyết khối, nam hoá...)
- Dụng cụ tử cung có nội tiết levonorgestrel (LNG-IUS) làm giảm cường kinh, giảm đau, chỉ định trong bệnh tuyến cơ tử cung có triệu chứng.

- Dienogest có hiệu quả giảm đau tương đương GnRH với ít tác dụng phụ do rối loạn vận mạch, không ảnh hưởng mật độ xương; có thể sử dụng lâu dài (liên tục hoặc ngắt quãng) với các dữ liệu lâm sàng đánh giá sau hơn 10 năm theo dõi.
- Norethisterone acetate có thể được sử dụng để giảm đau trong LNMTC, tuy nhiên dữ liệu lâm sàng còn hạn chế và kém hiệu quả trong một số trường hợp đau do LNMTC.
- Danazol do có nhiều tác dụng phụ và có các tác dụng phụ không hồi phục. Medroxyprogesterone acetate dạng tiêm có ảnh hưởng mật độ xương. Do vậy không khuyến cáo điều trị giảm đau với thuốc nhóm danazol và medroxyprogesterone acetate, trừ khi không còn lựa chọn nào khác.

4.2.2. Điều trị nội khoa giảm đau bước 2

a) Progestins

Nếu trong bước 1 chưa được sử dụng, thì trong bước 2 có thể chỉ định dienogest điều trị, khi nhóm NSAID, thuốc viên tránh thai kết hợp không có hiệu quả giảm đau.

b) GnRH đồng vận

- GnRH đồng vận có hiệu quả giảm đau do LNMTC, khuyến cáo phối hợp với liệu pháp bổ trợ (add – back therapy) để điều chỉnh các triệu chứng rối loạn vận mạch do thiếu hụt estrogen và giảm mật độ xương nếu điều trị kéo dài trên 6 tháng. Chưa có dữ liệu về hiệu quả và tính an toàn khi sử dụng đồng vận GnRH để giảm đau khi sử dụng trên 6 tháng. Cần cân nhắc lợi ích và nguy cơ khi sử dụng kéo dài trên 6 tháng.
- Liệu pháp bổ trợ (add- back) nên được phối hợp ngay khi bắt đầu điều trị GnRH.
- Thận trọng khi chỉ định điều trị cho phụ nữ trẻ và tuổi vị thành niên vì ở những đối tượng này chưa được đánh giá hết mật độ xương tối đa.
- Các GnRH đồng vận (Goserelin, Triptorelin, Leuprolid...) đều có thể là một trong các lựa chọn để giảm đau do LNMTC.

c) Ức chế Aromatase

- Cân nhắc sử dụng thuốc ức chế aromatase kết hợp với thuốc viên tránh thai phối hợp, progestins, GnRH đồng vận để giảm đau do LNMTC sâu, không đáp ứng điều trị nội – ngoại khoa
- Thuốc có nhiều tác dụng phụ, chỉ nên chỉ định khi tất cả mọi điều trị nội – ngoại khoa thất bại.

4.2.3. Điều trị phẫu thuật giảm đau

a) Chỉ định điều trị phẫu thuật

- Thất bại với tất cả các điều trị nội khoa
- LNMTC và có bệnh lý hoặc tình trạng đi kèm khác cần can thiệp phẫu thuật.

Hiệu quả điều trị giảm đau là như nhau khi mổ mở hay nội soi ổ bụng, tuy nhiên nội soi ưu tiên lựa chọn vì là phẫu thuật ít xâm lấn, ít đau sau mổ, hồi phục nhanh, nằm viện ngắn ngày, có tính thẩm mỹ...

b) Phẫu thuật nội soi ổ bụng đối với LNMTC phúc mạc hay nang LNMTC ở buồng trứng

- LNMTC phúc mạc: cắt bỏ hay đốt huỷ tổn (sang) thương LNMTC có hiệu quả giảm đau.
- LNMTC ở buồng trứng: không dẫn lưu, hoặc đốt laser hay đốt điện mặt trong nang LNMTC vì tái phát cao, nên bóc nang LNMTC vì có hiệu quả giảm đau và giảm tỉ lệ tái phát.

c) Phẫu thuật trong LNMTC sâu

- Có hiệu quả giảm đau nhưng có thể có biến chứng, nặng nhất là biến chứng ruột, các biến chứng chung trong mổ khoảng 2.1%, sau mổ khoảng 13.9% (9.5% nhẹ, 4,6% nặng), cần cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt bỏ tổn (sang) thương LNMTC sâu.
- Có thể tạo lầy tổn (sang) thương nốt LNMTC trên ruột, hoặc cắt đoạn ruột lấy nguyên khối LNMTC.

d) Phẫu thuật cắt tử cung

Phụ nữ đủ con không đáp ứng với các điều trị bảo tồn, có thể cân nhắc, tư vấn cắt tử cung; cắt các tổn (sang) thương LNMTC đại thể.

đ) Hạn chế dính sau phẫu thuật

- Phẫu thuật viên cần thực hiện đúng nguyên tắc phẫu thuật thực hành, hạn chế tối đa chảy máu, gây chấn thương mô... để làm giảm nguy cơ tạo dính thêm.
- Cân nhắc sử dụng các chất chống dính (cellulose tái sinh oxy hoá, màng chống dính phẫu thuật polytetrafluoroethylene, hyaluronic acid...) để ngăn ngừa và làm giảm dính sau phẫu thuật vùng chậu, phẫu thuật liên quan LNMTC.

e) Điều trị nội tiết trước phẫu thuật điều trị đau do LNMTC

Không chỉ định điều trị nội tiết nhằm chuẩn bị trước phẫu thuật, khi có chỉ định điều trị ngoại khoa để giảm đau.

g) Điều trị nội tiết sau phẫu thuật điều trị đau do LNMTC

- Không chỉ định điều trị nội tiết trong mục đích hỗ trợ phẫu thuật để cải thiện thêm kết quả phẫu thuật.

h) Điều trị nội tiết dự phòng tái phát bệnh hoặc tái phát đau do LNMTC ở phụ nữ đã được điều trị phẫu thuật

- Điều trị kéo dài trên 6 tháng nhằm ngăn ngừa tái phát bệnh hay tái phát đau do LNMTC sau phẫu thuật.

- Đặt dụng cụ tử cung có nội tiết Levonorgestrel, hoặc Dienogest, hoặc thuốc viên tránh thai kết hợp ít nhất 18 - 24 tháng sau phẫu thuật điều trị đau, là một trong các biện pháp dự phòng tái phát đau do LNMTC.
- Chọn lựa điều trị tùy thuộc nguyện vọng người bệnh, chi phí điều trị, khả năng sẵn có và tác dụng phụ .

i) Phẫu thuật trong LNMTC gây đau và hiếm muộn - vô sinh

- Thực hiện nội soi gỡ dính, cắt bỏ hoặc phá hủy tổn (sang) thương LNMTC, bóc nang LNMTC... làm giảm đau và cải thiện tỉ lệ có thai, không nên chỉ là nội soi chẩn đoán ở phụ nữ có vô sinh kèm LNMTC độ I-II (theo phân độ AFS/ASRM có sửa đổi - American Fertility Society/American Society for Reproductive Medicine).
- Cần tư vấn nguy cơ suy giảm chức năng buồng trứng sau phẫu thuật và mất buồng trứng; quyết định phẫu thuật phải cân nhắc và thận trọng nếu có tiền sử phẫu thuật buồng trứng trước đó.

4.3. Điều trị LNMTC và hiếm muộn - vô sinh

4.3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị

- Nếu có cả đau và hiếm muộn – vô sinh, ưu tiên điều trị hiếm muộn - vô sinh trước.
- Nếu phụ nữ LNMTC bị hiếm muộn – vô sinh có kèm với các nguyên nhân hiếm muộn – vô sinh khác, nên cân nhắc áp dụng sớm các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
- Nếu phụ nữ LNMTC bị hiếm muộn – vô sinh, có giảm dự trữ buồng trứng, nên cân nhắc thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản sớm.
- *Không điều trị nội tiết* (nội tiết tránh thai, progestins, GnRH đồng vận hoặc Danazol) ức chế chức năng buồng trứng để cải thiện điều trị hiếm muộn - vô sinh có kèm LNMTC tối thiểu và nhẹ.

4.3.2. Điều trị phẫu thuật trong LNMTC và vô sinh

a) Phẫu thuật chỉ có hiệu quả rõ khi người bệnh hiếm muộn – vô sinh và bị LNMTC ở độ I, II.

b) Phẫu thuật bóc khối LNMTC trên các người bệnh hiếm muộn - vô sinh:

- Chỉ định phẫu thuật nang LNMTC vào buồng trứng: khi có triệu chứng chèn ép cơ quan lân cận, hoặc nghi ngờ ác tính, hoặc có yêu cầu cần thiết từ quá trình điều trị hiếm muộn – vô sinh, hỗ trợ sinh sản ...
- Nguy cơ của phẫu thuật bóc nang LNMTC: phẫu thuật không cải thiện rõ rệt khả năng có thai, nhưng có thể làm giảm dự trữ buồng trứng, làm mất cơ hội có thai, suy tuyến buồng trứng sớm ... nhất là khi phẫu thuật lặp lại nhiều lần trên một người bệnh.

- Nếu cần thiết phải phẫu thuật đối với nang LNMTC trên người bệnh bị hiếm muộn – vô sinh, hoặc chưa đủ con... thì phẫu thuật phải được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, tôn trọng nguyên tắc phẫu thuật thực hành nhằm hạn chế tối đa các tổn (sang) thương cho mô buồng trứng còn lại.
- Cần tư vấn cho người bệnh có nang LNMTC hiểu rõ về các nguy cơ của phẫu thuật đối với nang LNMTC buồng trứng, quyết định phẫu thuật phải cân nhắc và thận trọng nếu người bệnh có tiền sử phẫu thuật buồng trứng trước đó.

c) Các kỹ thuật điều trị LNMTC có kèm hiếm muộn – vô sinh:

- LNMTC phúc mạc: nội soi ổ bụng gỡ dính, cắt bỏ hoặc đốt phá huỷ tổn (sang) thương LNMTC... làm cải thiện tỉ lệ có thai ở LNMTC độ I-II, không nên chỉ là nội soi chẩn đoán.
- LNMTC ở buồng trứng: nội soi gỡ dính và bóc nang LNMTC làm cải thiện tỉ lệ có thai và giảm tái phát nang, thay vì chỉ dẫn lưu hoặc đốt mặt trong nang LNMTC.

4.3.3. Điều trị nội tiết sau phẫu thuật cho LNMTC và hiếm muộn - vô sinh

- Không điều trị nội tiết sau phẫu thuật để cải thiện tỉ lệ có thai tự nhiên.

4.3.4. Điều trị hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

- Phụ nữ vô sinh có LNMTC độ I - II có thể thực hiện kích thích buồng trứng và làm IUI để tăng tỉ lệ có thai sinh sống, thay vì chờ có thai tự nhiên.
- Cân nhắc cân trọng việc thực hiện kích thích buồng trứng và IUI trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật ở người bệnh có LNMTC độ I - II.

4.3.5. Điều trị hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản (ART)

- Chỉ định thực hiện ART cho người bệnh hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC có vòi trứng bị tổn (sang) thương mất chức năng, hoặc có kèm vô sinh nam, và/hoặc khi các điều trị khác thất bại.
- Chỉ định kháng sinh dự phòng khi chọc hút trứng trên buồng trứng có nang LNMTC.

4.3.6. Phẫu thuật điều trị LNMTC trước khi thực hiện ART

- Không có bằng chứng về phẫu thuật bóc nang LNMTC có kích thước ≥ 3 cm trước khi thực hiện hỗ trợ sinh sản giúp cải thiện tỉ lệ có thai.
- Cân nhắc chỉ định phẫu thuật bóc nang LNMTC trước khi thực hiện hỗ trợ sinh sản, nếu có chỉ định phẫu thuật chỉ để cải thiện triệu chứng đau hoặc dễ tiếp cận noãn nang sau đó.

- Người bệnh cần được tư vấn về các nguy cơ của phẫu thuật trên buồng trứng. Quyết định phẫu thuật cần cân nhắc và thận trọng trên người bệnh đã có tiền sử phẫu thuật buồng trứng trước đó.
- Hiệu quả của phẫu thuật cắt bỏ tồn (sang) thương LNMTC sâu trước khi thực hiện điều trị hiếm muộn – vô sinh, hỗ trợ sinh sản, không liên quan kết cục sinh sản.

4.4. Điều trị LNMTC khác (thành bụng, tăng sinh môn...)

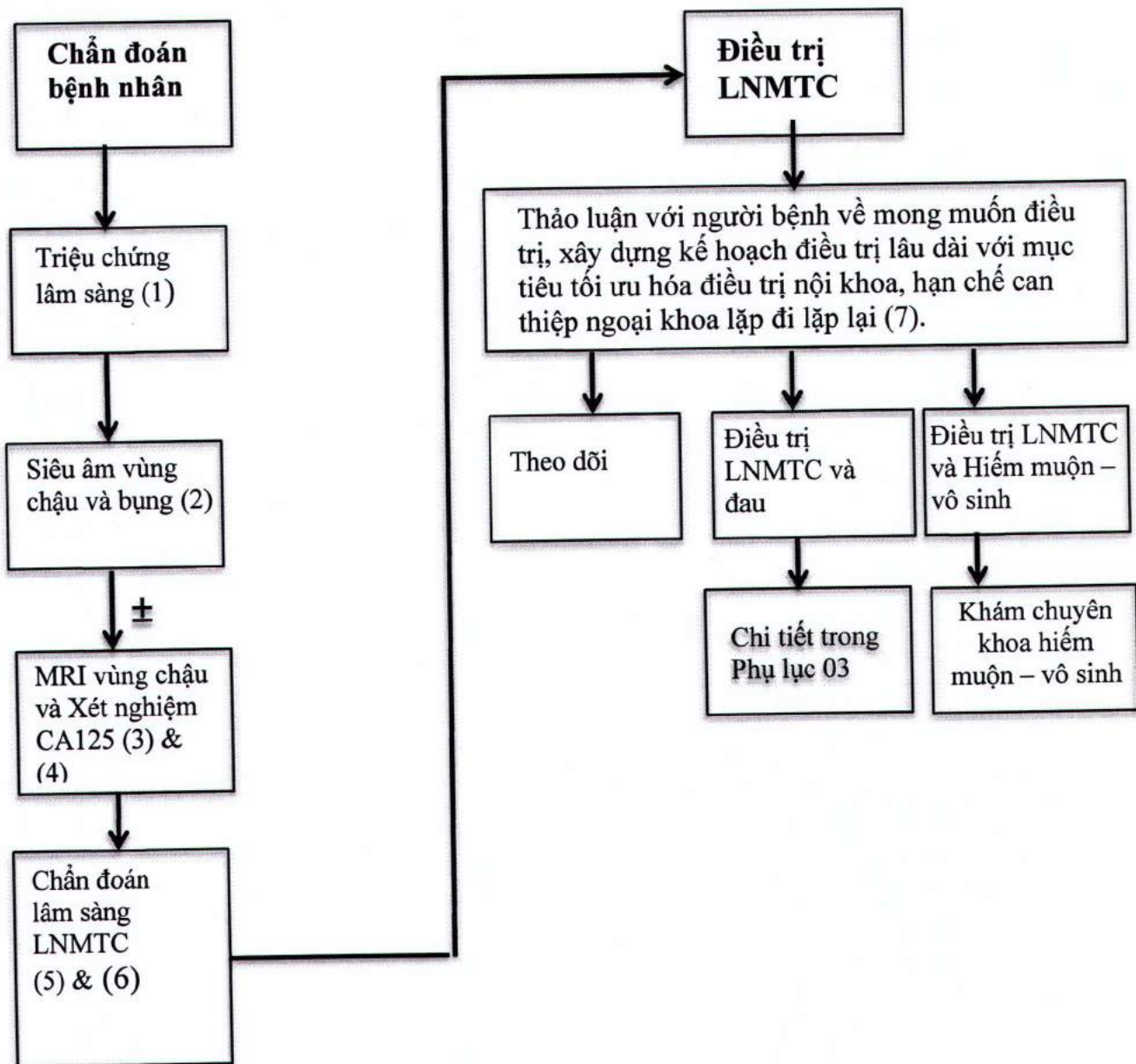
- Điều trị phẫu thuật cắt bỏ khối LNMTC, cần lấy mô đủ rộng đến bờ phẫu thuật mềm mại không còn mô sượng cứng.
- Không điều trị nội tiết trước và sau phẫu thuật.

PHỤ LỤC 01

**QUY TRÌNH LÂM SÀNG
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG**

(Bản App và web: Quy trình lâm sàng)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2019)



PHỤ LỤC 02

PHÂN ĐỘ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG (THEO ASRM đã hiệu chỉnh)

Độ I (tối thiểu): 1-5

Độ II (nhẹ): 6-15

Độ III (trung bình): 16-40

Độ IV (nặng): > 40

Tổng cộng _____

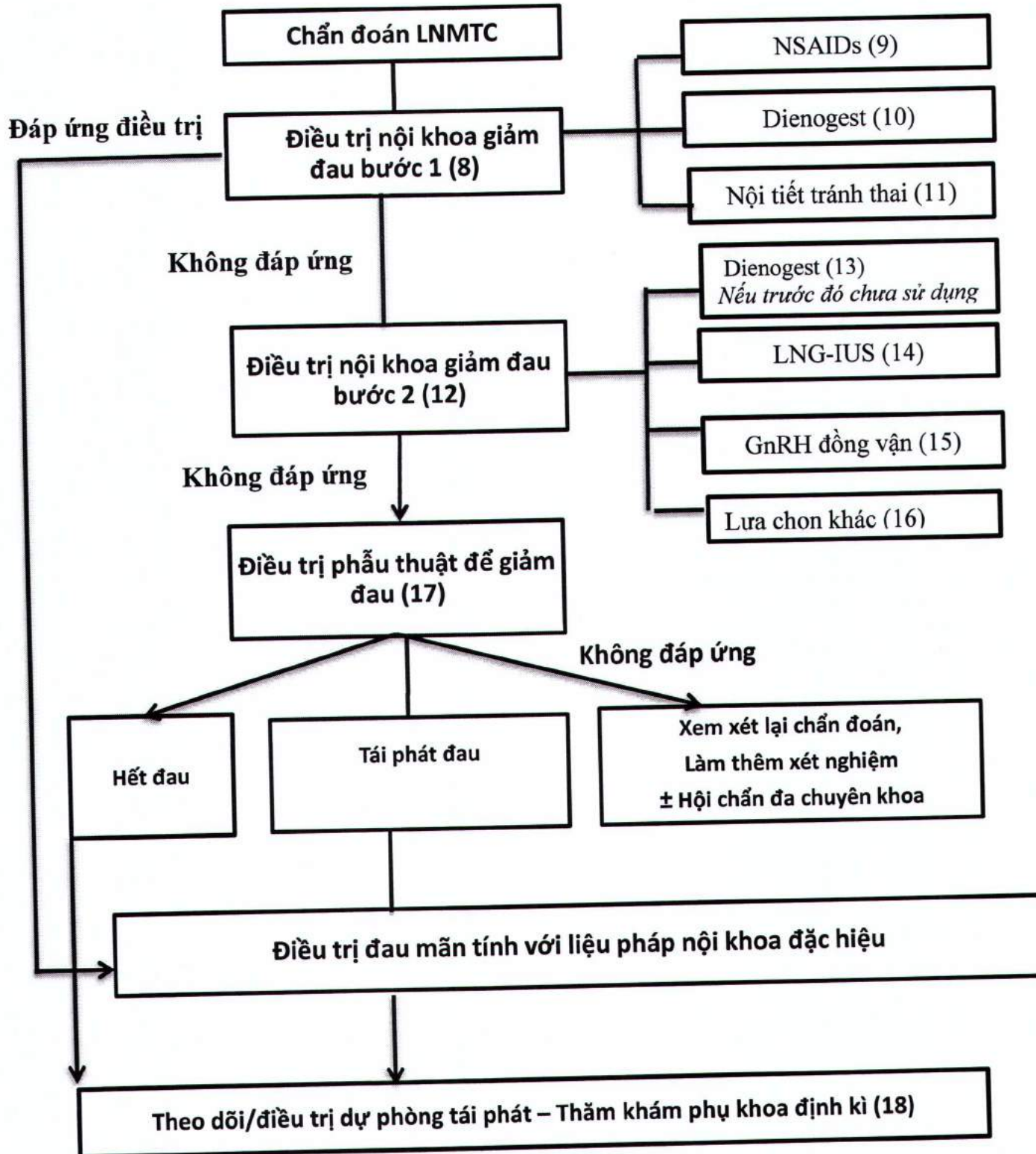
Phúc mạc	Lạc nội mạc tử cung		<1 cm	1-3 cm	>3cm
		Nông		1	2
	Sâu		2	4	6
Buồng trứng	Bên Phải	Nông	1	2	4
		Sâu	4	16	20
	Bên Trái	Nông	1	2	4
		Sâu	4	16	20
Mất cùng đồ sau			Bán phần		Toàn phần
			4		40
Buồng trứng	Dính		<1/3 bề mặt	1/3-2/3 bề mặt	>2/3 bề mặt
	Bên Phải	Màng mỏng	1	2	4
		Dày, chặt	4	8	16
	Bên Trái	Màng mỏng	1	2	4
		Dày, chặt	4	8	16
	Vòi trứng	Bên Phải	Màng mỏng	1	2
Dày, chặt			4*	8*	16
Bên Trái		Màng mỏng	1	2	4
		Dày, chặt	4*	8*	16

*Nếu loa vòi tắc hoàn toàn, chuyển điểm đánh giá sang 16.

PHỤ LỤC 03

**QUY TRÌNH LÂM SÀNG
ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ ĐAU**
(Bản App và web: Quy trình lâm sàng)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2019)



MÔ PHÒNG NỘI DUNG BẢN APP VÀ WEB

Chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung

(1) Triệu chứng lâm sàng:

- Triệu chứng liên quan phụ khoa: đau bụng khi hành kinh, có thể đau không liên quan kỳ kinh, đau không có tính chu kỳ, đau sâu khi giao hợp, hoặc đau khu trú theo kỳ kinh tại thành bụng quanh sẹo mổ lấy thai, tại vùng tầng sinh môn sau sinh ngã âm đạo...., xuất huyết tử cung bất thường (trong bệnh tuyến cơ tử cung), chậm hoặc không có thai.
- Triệu chứng không liên quan phụ khoa: phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có đi cầu đau, đi tiểu đau, tiểu ra máu, chảy máu trực tràng... xảy ra theo chu kỳ kinh. Các khối lạc tuyến nội mạc tử cung vào buồng trứng có kích thước lớn có thể gây chèn ép trực tràng hay bàng quang gây các triệu chứng do chèn ép như tiểu khó tiểu lắt nhắt, đi cầu táo bón....

Hai nhóm triệu chứng này có thể đơn thuần hay đi kèm với nhau.

(2) Siêu âm vùng chậu và bụng

- Siêu âm ngã âm đạo (TVS) là lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán LNMTC vùng chậu; phụ nữ độc thân, chưa từng giao hợp có thể được siêu âm qua ngã trực tràng (TRS).
- Siêu âm ngã âm đạo có thể hữu ích giúp chẩn đoán LNMTC ở trực tràng hoặc loại trừ LNMTC ở trực tràng.
- Siêu âm giúp chẩn đoán hoặc loại trừ LNMTC buồng trứng.
- Hình ảnh siêu âm đặc trưng LNMTC vào buồng trứng ở phụ nữ tiền mãn kinh: echo kém dạng kính mờ, có thể có phân thùy thùy, không chồi nhú có dòng chảy mạch máu.
- Siêu âm 3 chiều (3D) chưa được đồng thuận sử dụng để chẩn đoán LNMTC vách trực tràng âm đạo.

(3) MRI vùng chậu

Khi siêu âm không đánh giá được hết tính chất, mức độ xâm lấn của bướu với các cơ quan xung quanh, hoặc khi cần đánh giá sang thương LNMTC sâu, cần phân biệt giữa bệnh tuyến cơ tử cung và nhân xơ tử cung.... MRI có thể được chỉ định thêm.

(4) Xét nghiệm CA125

- Xét nghiệm CA125: thường tăng trong lạc nội mạc tử cung tuy nhiên ít có giá trị vì không đặc hiệu.
- Một số các dấu ấn sinh học có nguồn gốc trong mô nội mạc tử cung, dịch tử cung hay máu kinh và/hoặc dấu ấn miễn dịch trong huyết tương, nước tiểu hoặc huyết thanh ít có ý nghĩa trong chẩn đoán lạc nội mạc tử cung.

(5) Chẩn đoán lâm sàng xác định LNMTC

Chẩn đoán LNMTC bằng nội soi ổ bụng mang tính xâm lấn ảnh hưởng đến dự trữ buồng trứng, nên có thể chẩn đoán xác định LNMTC cho bệnh nhân dựa trên đánh giá lâm sàng, không cần bằng chứng mô học LNMTC.

(6) Phân loại giai đoạn bệnh LNMTC

Phân độ LNMTC có thể được thực hiện khi bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật. Bảng phân độ LNMTC trong Phụ lục số 02 kèm theo.

(7) Thảo luận với người bệnh về mong muốn điều trị, xây dựng kế hoạch điều trị lâu dài với mục tiêu tối ưu hóa điều trị nội khoa, hạn chế can thiệp ngoại khoa lặp đi lặp lại.

- Nguyên tắc:
 - + Cá thể hóa điều trị hướng đến lợi ích người bệnh, không hướng đến mục tiêu loại bỏ tổn (sang) thương.
 - + Tối ưu hóa điều trị nội khoa và tránh các phẫu thuật lặp đi lặp lại.
- Mục tiêu điều trị
 - + Giảm đau, giảm tiến triển và giảm tái phát bệnh.
 - + Tăng khả năng có thai.
 - + Cải thiện chất lượng sống.
 - + Xác định người bệnh cần phẫu thuật, và lựa chọn thời điểm phù hợp nhất.
 - + Có kế hoạch điều trị và theo dõi sau phẫu thuật

(8) Điều trị nội khoa giảm đau bước 1

- Điều trị LNMTC không có triệu chứng tùy thuộc vào mức độ tổn thương LNMTC tại thời điểm hiện tại và mong muốn của bệnh nhân.
- Cần xem xét dữ liệu tác dụng phụ khác nhau của các thuốc, đặc biệt là tác dụng phụ không thể hồi phục (ví dụ như nguy cơ huyết khối và tác dụng phụ nam hóa) để lựa chọn liệu pháp phù hợp nhất với bệnh nhân.

(9) NSAIDs:

Giảm đau nhóm kháng viêm non – steroides (NSAIDs) có hiệu quả trong điều trị thống kinh nguyên phát, nằm trong nhóm thuốc có thể chọn lựa đầu tiên điều trị đau do LNMTC. Thuốc có chống chỉ định cho người có tiền sử loét dạ dày tá tràng, bệnh lý tim mạch....

(10) Dienogest

- Dienogest là progestins được chứng minh hiệu quả giảm đau trong LNMTC và được đánh giá là điều trị đặc hiệu giảm đau trong LNMTC bao gồm đau vùng chậu, giao hợp đau, đau bụng kinh....

- Dienogest với liều 2mg/ngày hiệu quả giảm đau tương đương thuốc đồng vận GnRH nhưng ít tác dụng phụ gây bốc hỏa và không ảnh hưởng đến mật độ khoáng xương khi sử dụng lâu dài.
- Dienogest có thể được sử dụng lâu dài (liên tục hoặc ngắt quãng) để đạt hiệu quả giảm đau và giảm tái phát lâu dài cho bệnh nhân.
- Dienogest có thể được sử dụng để giảm đau trên lứa tuổi vị thành niên bị LNMTC.

(11) Nội tiết tránh thai

- Thuốc viên tránh thai kết hợp uống liên tục; hoặc miếng dán estrogen/ progestin có hiệu quả giảm thống kinh, giảm giao hợp đau, giảm đau vùng chậu mạn tính và ngừa thai.
- Có thể xem xét kê toa thuốc ngừa thai nội tiết kết hợp theo chu kỳ hoặc liên tục, không dùng quá 3 tháng nếu không giảm đau. Nếu sử dụng nội tiết tránh thai không giảm đau được cho bệnh nhân, chuyển đổi liệu pháp sử dụng Dienogest có thể được xem xét.
 - + Nội tiết tránh thai có hiệu quả giảm đau bụng kinh, giao hợp đau do LNMTC
 - + Nội tiết tránh thai ít hiệu quả giảm đau trong LNMTC lạc chỗ (phức mạc, LNMTC sâu).

(12) Điều trị nội khoa giảm đau bước 2:

- Chỉ định trong trường hợp điều trị nội khoa giảm đau bước 1 không hiệu quả.

(13) Dienogest

- Dienogest là progestins được chứng minh hiệu quả giảm đau trong LNMTC và được đánh giá là điều trị đặc hiệu giảm đau trong LNMTC bao gồm đau vùng chậu, giao hợp đau.
- Dienogest với liều 2mg/ngày hiệu quả giảm đau tương đương thuốc đồng vận GnRH nhưng ít tác dụng phụ gây bốc hỏa và không ảnh hưởng đến mật độ khoáng xương khi sử dụng lâu dài.
- Dienogest có thể được sử dụng lâu dài (liên tục hoặc ngắt quãng) để đạt hiệu quả giảm đau và giảm tái phát lâu dài cho bệnh nhân.
- Dienogest có thể được sử dụng để giảm đau trên lứa tuổi vị thành niên bị LNMTC.

(14) LNG-IUS

Dụng cụ tử cung chứa Levonorgestrel có thể là một lựa chọn giảm đau trong lạc nội mạc tử cung.

(15) GnRH Đồng vận

- GnRH đồng vận có hiệu quả giảm đau do LNMTC, khuyến cáo phối hợp với liệu pháp hỗ trợ (add – back therapy) để điều chỉnh các triệu chứng rối loạn vận mạch

do thiếu hụt estrogen và giảm mật độ xương nếu điều trị kéo dài trên 6 tháng. Chưa có dữ liệu đầy đủ về hiệu quả và tính an toàn khi sử dụng đồng vận GnRH để giảm đau khi sử dụng trên 6 tháng.

- Liệu pháp bổ trợ (add- back) nên được phối hợp ngay khi bắt đầu điều trị GnRH.
- Thận trọng khi chỉ định điều trị cho phụ nữ trẻ và tuổi vị thành niên vì các phụ nữ này chưa được đánh giá hết mật độ xương tối đa.
- Các GnRH đồng vận (Goserelin, Triptorelin, Leuprolid) đều có thể là một trong các lựa chọn để giảm đau do LNMTC.

(16) Lựa chọn khác:

- Danazol và anti-progestagens (gestrinone), medroxyprogesterone acetat chỉ sử dụng khi các liệu pháp trên thất bại.

(17) Điều trị phẫu thuật để giảm đau

- Chỉ định điều trị phẫu thuật khi:
 - + Thất bại với tất cả các điều trị nội khoa
 - + LNMTC và có bệnh lý hoặc tình trạng đi kèm khác cần can thiệp phẫu thuật
- Hiệu quả điều trị giảm đau là như nhau khi mổ mở hay nội soi ổ bụng. Tuy nhiên nội soi ưu tiên lựa chọn vì là phẫu thuật ít xâm lấn nên bệnh nhân ít đau sau mổ, nằm viện ngắn ngày, hồi phục nhanh, có tính thẩm mỹ...

(18) Theo dõi/điều trị dự phòng tái phát — Thăm khám phụ khoa định kì

- LNMTC là bệnh lý mạn tính, bệnh nhân LNMTC nên được biết trước về nguy cơ tái phát bệnh để phối hợp với bác sĩ điều trị về kế hoạch điều trị lâu dài giảm tái phát, thăm khám và theo dõi định kì.
- Điều trị nhằm ngăn ngừa tái phát đau hay tái phát LNMTC kéo dài trên 6 tháng, là điều trị dự phòng cấp 2 sau phẫu thuật.
- Dữ liệu y văn ghi nhận đặt dụng cụ tử cung có Levonorgestrel, Dienogest ít nhất 18 -24 tháng sau phẫu thuật điều trị đau, là một trong các biện pháp dự phòng cấp 2 tái phát đau do LNMTC.
- Chọn lựa điều trị (liên tục hoặc ngắt quãng) tùy thuộc nguyện vọng người bệnh, chi phí điều trị, khả năng sẵn có và tác dụng phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. Hội Y học sinh sản Hoa kỳ (ASRM - American Society for Reproductive Medicine). *Fertility and Sterility*® Vol. 101, No. 4, April 2014
2. Leyland N et al. SOGC Clinical Practice Guideline. Endometriosis and Management. *J Obstet Gynecol Canada* Volume 32, Number 7. Hội các nhà Sản phụ khoa Canada (SCOG – Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada)
3. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Hooghe TD, Bie B De, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis †. *Hum Reprod.* 2014;29(3):400–12.
4. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(3).
5. Reproductive TPC of the AS for. Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril* [Internet]. 2012;98(3):591–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.031>
6. Subramaniam, R, SInthamoney E, Damodaran P, Kumarasamy S SWT. Management of Endometriosis. <http://www.ogsm.org.my/docs/Endometriosis-guideline.pdf>. 2016.
7. Committee F endometriosis. FOGSI GOOD CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS ON Theme: Enigmatic Disease - Educate Empower and Eradicate Editorial grant from Jagsonpal GOOD CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS ON Convener: 2016.
8. Rogers PAW, Hooghe TMD, Fazleabas A, Giudice LC, Montgomery GW, Petraglia F, et al. Defining Future Directions for Endometriosis Research: Workshop Report From the 2011 World Congress of Endometriosis in Montpellier, France. *Reprod Sci.* 2013;20(5):483–99.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis. www.nice.org.uk. 2019.
10. Saridogan E, Becker CM, Feki A, Grimbizis GF, Hummelshoj L, Keckstein J, et al. Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1: *Hum Reprod.* 2017;1–6.
11. Health AGD of. NATIONAL ACTION PLAN. 2018.
12. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod.* 2017;32(2):315–24.
13. U. Ulrich OB. National German Guideline (S2k) Guideline for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470398/>. 2014. p. 1014–118.
14. Johnson NP, Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod.* 2013;28(6):1552–68.

15. SASREG Committee. SOUTH AFRICAN GUIDELINE FOR TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS. Vol. 29, <https://sasreg.co.za/downloads/Treatment-of-Endometriosis.pdf>. 2017.
16. Vitonis AF, Fassbender A, Ph D, Louis MB, Ph D, Hummelshoj L. Foundation Endometriosis Phenome and biobanking harmonization project: II. Clinical and covariate phenotype data collection in endometriosis research. *Fertil Steril*. 2014;102(5):1223–32.
17. Dijk LJEW Van, Nelen WLDM, Hooghe TMD, Dunselman GAJ, Hermens RPMG, Bergh C, et al. The European Society of Human Reproduction and Embryology guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis: an electronic guideline implementability appraisal. *Implement Sci [Internet]*. 2011;6(1):7. Available from: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/7>
18. Hwang H, Chung Y, Lee SR, Park H, Song J, Kim H, et al. Clinical evaluation and management of endometriosis: guideline for Korean patients from Korean Society of Endometriosis. *Obs Gynecol Sci*. 2018;61(5):553–64.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. www.nice.org.uk. 2019.
20. Society A, Reproductive FOR, Informacion SDE, Pacientes P. Endometriosis. www.asrm.org. 2017.
21. Guerriero S, Condous G, Bosch TVANDEN, Valentin L, Leone FPG, Martins WP. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obs Gynecol*. 2016; 48:318–32.
22. Bertero C, Edelstam G, Kjer JJ, Melin AS, Rhodin A VL. Endometriosis Diagnosis, treatment and patient experiences. https://www.sbu.se/contentassets/35858a6d8b2847b1b3839198f8c6618a/endometriosis_summary_2018.pdf. 2018.
23. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol*. 2017; 27:2765–75.
24. NHS England. NHS standard contract for complex gynaecology- severe endometriosis. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/08/Complex-gynaecology-severe-endometriosis.pdf>. 2013.
25. Jayaprakasa K, Becker C MM. The Effect of Surgery for Endometriomas on Fertility. *BJOG*. 2017;125(55):19–28.
26. ASRM TPC of the. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2014;101(4):927–35.
27. Casper RF et al. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril*. 2017 Mar;107(3):533–536.