

Khoa Nội tiết Sinh sản Nam

Quy định androgen

- testosterone (từ tế bào Leydig) chủ yếu liên quan đến phản hồi tiêu cực về LH và GnRH, trong khi

ức chế chất ức chế (từ tế bào Sertoli) ức chế tiết FSH

Kiểm tra chức năng tinh hoàn

- kích thước tinh hoàn (giới hạn dưới = 4 cm x 2,5 cm ở người lớn). Có thể sử dụng máy đo độ lan để đo tinh hoàn

thể tích (12-25 mL = kích thước người lớn)

- LH, FSH, testosterone tổng số, khả dụng sinh học và / hoặc miễn phí
- phân tích tinh dịch
 - lượng tinh dịch, nồng độ, hình thái và khả năng di chuyển của tinh trùng được sử dụng phổ biến nhất

thông số

- sinh thiết tinh hoàn
 - chỉ định với FSH bình thường và azoospermia / oligospermia

Suy sinh dục và vô sinh

- xem Tiết niệu, U37
- giảm hiệu quả trong quá trình hình thành giao tử hoặc sản xuất testosterone

Nguyên nhân học

- nguyên nhân bao gồm nguyên phát (suy tinh hoàn), thứ phát (suy tuyến yên-vùng dưới đồi) và vô căn

Chẩn đoán Hội chứng Thiếu hụt Testosterone (tức là khởi phát nguyên phát ở người lớn

thiếu năng sinh dục)

- yêu cầu các biểu hiện lâm sàng của testosterone deficiency (xem thanh bên) VÀ testosterone được ghi nhận

các mức dưới phạm vi tham chiếu trong phòng thí nghiệm (được thực hiện trên 2 phân tích riêng biệt, thử nghiệm cần được thực hiện ở

8-9 giờ sáng khi testosterone thường ở mức cao nhất)

- loại trừ các nguyên nhân phụ

Sự đối xử

- mục tiêu: thay thế testosterone (cải thiện ham muốn tình dục, khối lượng cơ bắp, sức mạnh, sự phát triển của lông trên cơ thể, khối lượng xương)

- Tiêm IM, miếng dán / gel testosterone qua da, uống

- các hành vi bên cạnh: mụn trứng cá, ứ nước, tăng hồng cầu, ngưng thở khi ngủ, phì đại lành tính tuyến tiền liệt,

tác động không chắc chắn về các biến cố / tử vong do tim ở nam giới lớn tuổi

- chống chỉ định ở nam giới bị ung thư tuyến tiền liệt hoặc ung thư vú, có thể sờ thấy nốt tuyến tiền liệt, kháng nguyên tuyến tiền liệt (PSA) > 4 ng / mL, tăng hematocrit, ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn nghiêm trọng không được điều trị

(OSA), các triệu chứng nghiêm trọng ở đường tiết niệu dưới (LUTS), CHF, MI hoặc đột quỵ không kiểm soát được trong 6 năm qua

mo, hoặc tăng huyết khối

- không được đề xuất ở nam giới > 65 tuổi, ở nam giới mắc bệnh đái tháo đường típ 2 với nồng độ testosterone thấp, hoặc ở nam giới

lập kế hoạch sinh đẻ trong thời gian tới

■ liệu pháp testosterone chỉ để điều trị các triệu chứng của thiếu năng sinh dục, kết quả là giảm

sinh tinh (và giảm số lượng tinh trùng) bằng cách ức chế thêm trục hạ đồi-tuyến yên và ức chế sản xuất testosterone nội sinh

- mục tiêu: khả năng sinh sản

■ điều trị nguyên nhân cơ bản

■ Chất chủ vận GnRH nếu rối loạn chức năng vùng dưới đồi với tuyến yên còn nguyên vẹn, tiêm SC trong xung động

thời trang sử dụng một máy bơm bên ngoài

■ hCG ± hormone kích thích nang trứng tái tổ hợp (rFSH) trong các trường hợp vùng dưới đồi hoặc

tổn thương tuyến yên

■ chất chủ vận dopamine (ví dụ: bromocriptine, cabergoline) nếu prolactinoma

■ chiết xuất tinh trùng qua tinh hoàn (TESE) hoặc chiết xuất tinh trùng bằng kính hiển vi (MICROTESE) - chỉ khi

các mô tinh hoàn không hoạt động

Các nguyên nhân khác của vô sinh nam

- rối loạn di truyền: hội chứng Kartagener (rối loạn vận động đường mật nguyên phát), chứng xơ nang (không có

ống dẫn tinh)

- giải phẫu: hypospadias, xuất tinh ngược

- tắc nghẽn: tắc ống dẫn tinh, bất sản ống dẫn tinh, tắc ống dẫn tinh, bệnh túi tinh

- rối loạn chức năng tình dục: rối loạn cương dương, xuất tinh sớm, quan hệ tình dục không thường xuyên

- phẫu thuật: cắt bỏ tuyến tiền liệt qua đường miệng (TURP), cắt tuyến tiền liệt tận gốc, cắt bỏ tinh hoàn

CÁC ĐỊNH NGHĨA TRONG HÀNH ĐỘNG ANDROGEN

Nguyên nhân học

- vô cảm hoàn toàn với androgen (CAIS)
- không nhạy cảm với androgen một phần (PAIS)
- 5- α -reductase deficiency
- rối loạn phát triển tuyến sinh dục hỗn hợp
- khiếm khuyết trong tổng hợp testosterone
- hội chứng nam giới vô sinh
- hội chứng nam giới thụ tinh kém

Sự đối xử

- thay thế hoặc bổ sung hormone
- hỗ trợ tâm lý
- phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục để điều trị chứng đái tháo đường (do tăng nguy cơ ung thư tinh hoàn)

Rối loạn cương dương

- xem Tiết niệu, U33

Gynecomastia

Sự định nghĩa

- nữ hóa tuyến vú thực sự đề cập đến sự tăng sinh lành tính của thành phần tuyến của vú nam giới,

dẫn đến sự hình thành của một khối đồng tâm, cao su, mềm kéo dài từ (các) núm vú

- giả tuyến vú hoặc u mỡ đề cập đến sự mở rộng của mô mỡ, đặc biệt là ở

những người béo phì

Nguyên nhân học

Sinh lý học

- tuổi dậy thì
- hơi già
- sơ sinh (hormone của mẹ)

Bệnh học

- nữ hóa tuyến vú sinh lý - phân bố ba phương thức ở nam giới sơ sinh, dậy thì và lớn tuổi
- thuốc - spironolactone, cimetidine, ketoconazole, GH tái tổ hợp ở người, hCG, estrogen,

kháng nguyên, chất chủ vận GnRH, chất ức chế 5- α -reductase, liệu pháp loại bỏ androgen (ADT)

- phẫu thuật ADT (cắt tinh hoàn) cho ung thư tuyến tiền liệt
- chết đói và cho ăn
- thiếu năng sinh dục nam
- xơ gan
- điều trị nhiễm HIV - do mô mỡ là một phần của chứng loạn dưỡng mỡ
- sản phẩm thảo dược - dầu có nguồn gốc thực vật như dầu oải hương và dầu cây trà
- vô căn
- u tinh hoàn
- suy thận

- các nguyên nhân hiếm gặp khác: u tuyến thượng thận nữ hóa, rối loạn phát triển giới tính, hCG ngoài tử cung, gia đình

nữ hóa tuyến vú trước tuổi dậy thì

- cường giáp

Sinh lý bệnh

- mất cân bằng nội tiết tố do:

- tăng hoạt động của estrogen

- ◆ tăng sản xuất, hoặc tăng sẵn có các tiền chất estrogen cho ngoại vi

chuyển đổi thành estrogen

- giảm hoạt động androgen

- ◆ giảm sản xuất androgen, liên kết

androgen với globulin liên kết hormone giới tính

(SHBG), hoặc phóng tỏa thụ thể androgen

Lịch sử

- thay đổi gần đây về các đặc điểm của vú

- nổi đau

- chấn thương tinh hoàn

- quai bị

- sử dụng rượu và / hoặc ma túy

- FHx

- rối loạn chức năng tình dục

Khám sức khỏe

- dấu hiệu nữ tính hóa

- nhũ hoa

■ loại trừ các dấu hiệu màu đỏ gợi ý ung thư vú: một bên, lệch tâm, khối cứng hoặc xed, da

lõm hoặc thụt vào, và tiết dịch núm vú (đặc biệt là máu) hoặc đóng vảy

■ nữ hóa tuyến vú xảy ra đồng tâm xung quanh núm vú, không liên quan đến mô bên dưới

- kiểm tra hệ tiết niệu
- dấu tích của bệnh gan hoặc tuyến giáp

Điều tra

- phòng thí nghiệm: TSH huyết thanh, PRL, LH, FSH, testosterone, estradiol, LFTs, creatinine, hCG (nếu hCG là

tăng cao, cần xác định vị trí khối u nguyên phát); tuy nhiên không phải tất cả các cuộc điều tra đều được yêu cầu cho mọi

trường hợp nữ hóa tuyến vú

- Chụp X-quang phổi và CT ngực / bụng / xương chậu (để xác định khối u)
- U / S tinh hoàn (nếu nghi ngờ thiếu năng sinh dục nguyên phát hoặc khối u khi khám sức khỏe)
- Chụp MRI vùng dưới đồi-tuyến yên nếu nghi ngờ suy sinh dục thứ phát hoặc u tuyến yên

Sự đối xử

- quan sát ban đầu đối với hầu hết nam giới bị nữ hóa tuyến vú (sau khi ngừng sử dụng thuốc và

điều trị nguyên nhân cơ bản)

- Y khoa

■ sửa chữa rối loạn cơ bản, ngừng thuốc có trách nhiệm

- nội tiết tố nam cho thiếu năng sinh dục
- chống estrogen: tamoxifen có hầu hết bằng chứng cho lợi ích của t
- phẫu thuật
- tồn tại lâu (> 12 tháng, brotic), khó chịu, hoặc gây đau khổ tâm lý