



SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG VÀ XỬ TRÍ CIN Ở PHỤ NỮ CÓ THAI



Ths. BS. LÊ TỰ PHƯƠNG CHI
KHOA UBPK, BV TỪ DŨ

Tại sao cần sàng lọc UTCTC khi đang có thai ?

- > 20 năm qua, tỷ lệ mắc UTCTC ở phụ nữ trẻ 20 - 30 tuổi tăng lên. Do tăng nhiễm HPV trong thế hệ này.
- Ung thư CTC là loại ung thư thường gặp nhất trong thai kỳ.
 - Tần suất UTCTC 0, 45 – 1 / 1000 ca sanh sống.
 - 1 – 3% UTCTC xâm lấn, thường ở giai đoạn IB hoặc II
- Tuổi sinh con đầu tiên tăng lên. Tỷ lệ CIN trong khi mang thai tăng (3,3 – 3,7 /100.000 thai kỳ)
- Pap's bất thường ở PN có thai 5 – 8 %, # không có thai.

Tại sao cần sàng lọc UTCTC khi đang có thai ?

- Những nơi chưa có chương trình sàng lọc UTCTC hoặc chương trình yếu kém, đi khám thai là **cơ hội** để sàng lọc UTCTC.
- Radha Bai Prabhu T và cs (2016),
 - 96.6% phụ nữ có thai chưa bao giờ làm Pap's.
 - 80% phụ nữ từ 21 - 30 tuổi
 - Sàng lọc bằng Pap's cổ điển, 56% PN sàng lọc khi thai < 12 tuần, 13-20 tuần là 24%, > 21 tuần là 20% trường hợp.
- Mang thai không ảnh hưởng (9 tháng 10 ngày chỉ là thời gian ngắn !

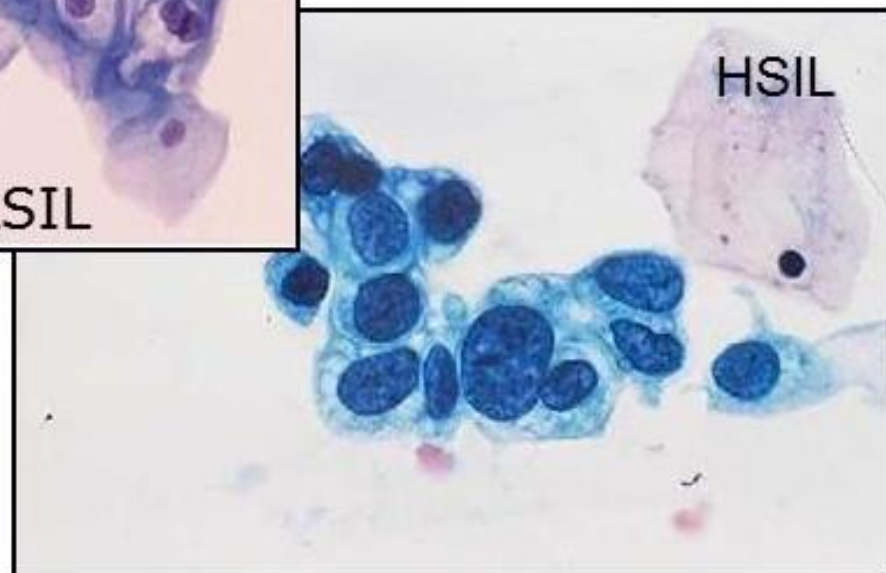
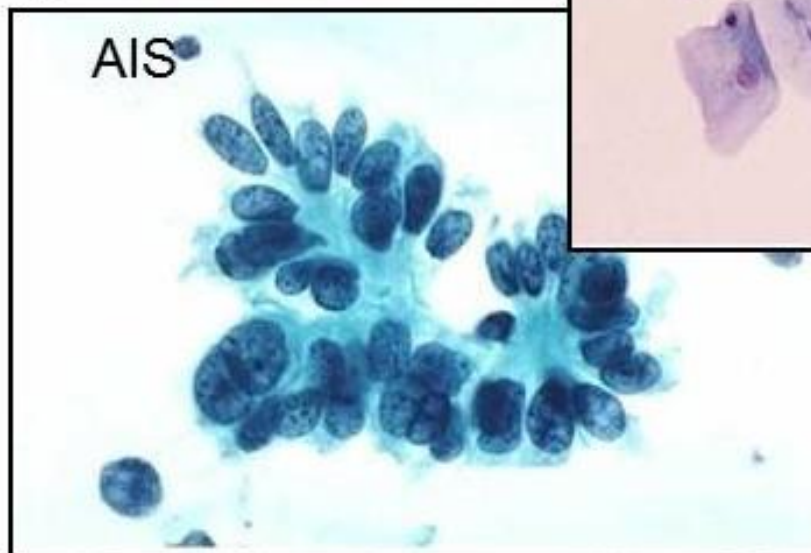
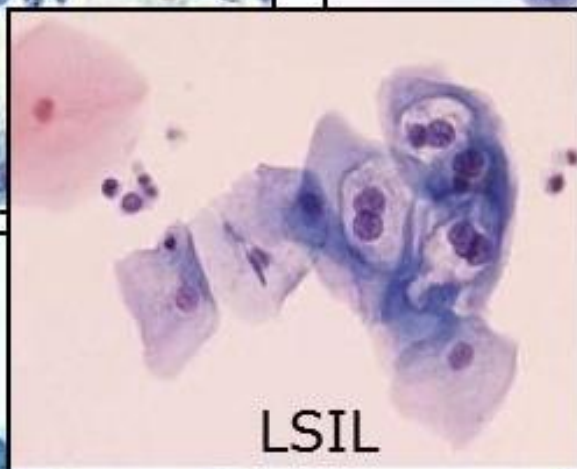
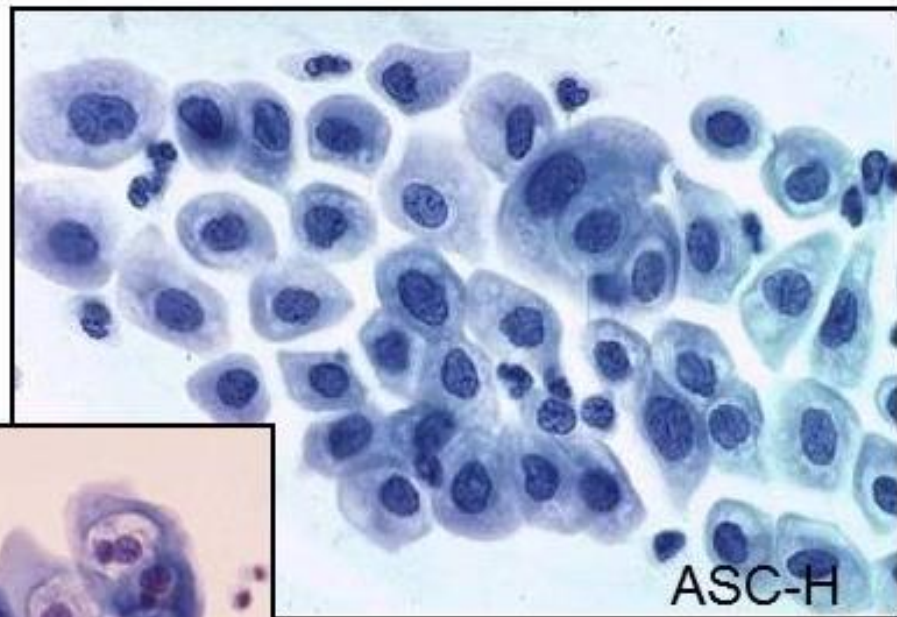
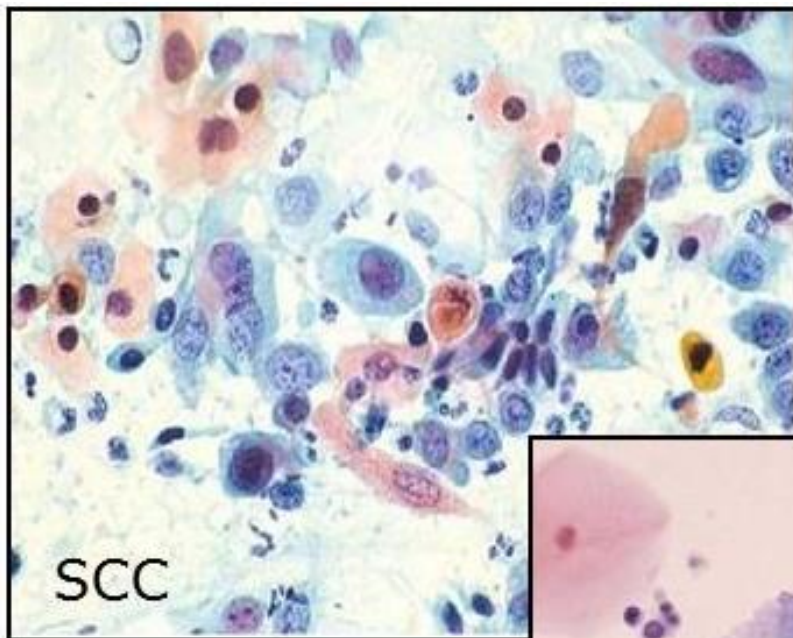
Phương pháp sàng lọc UTCTC

- Sàng lọc UTCTC bằng tế bào là một phần của chăm sóc trước sinh thông thường, vì các tổn thương tiền UTCTC xảy ra ở phụ nữ trẻ.
- Mục đích: loại trừ UT xâm lấn
- Pap's, soi cổ tử cung và sinh thiết đã được chứng minh là an toàn

Các PP sàng lọc

- Tế bào học (cổ điển, nhúng dịch)
- HPV DNA
- VIA

Kết quả tế bào học bất thường



Xử trí kết quả sàng lọc bất thường

- Tùy thuộc vào tổn thương, tuổi thai
- Theo dõi mỗi 3 tháng
- Đánh giá sau sanh 6 – 12 tuần

Soi cổ tử cung

- Mục đích: loại trừ ung thư xâm lấn
- Chỉ định: # không có thai
 - Pap's bất thường: LSIL, HSIL, ASC-H
 - HPV 16 (+), HPV 18 (+)
 - Cổ TC nghi ngờ ung thư



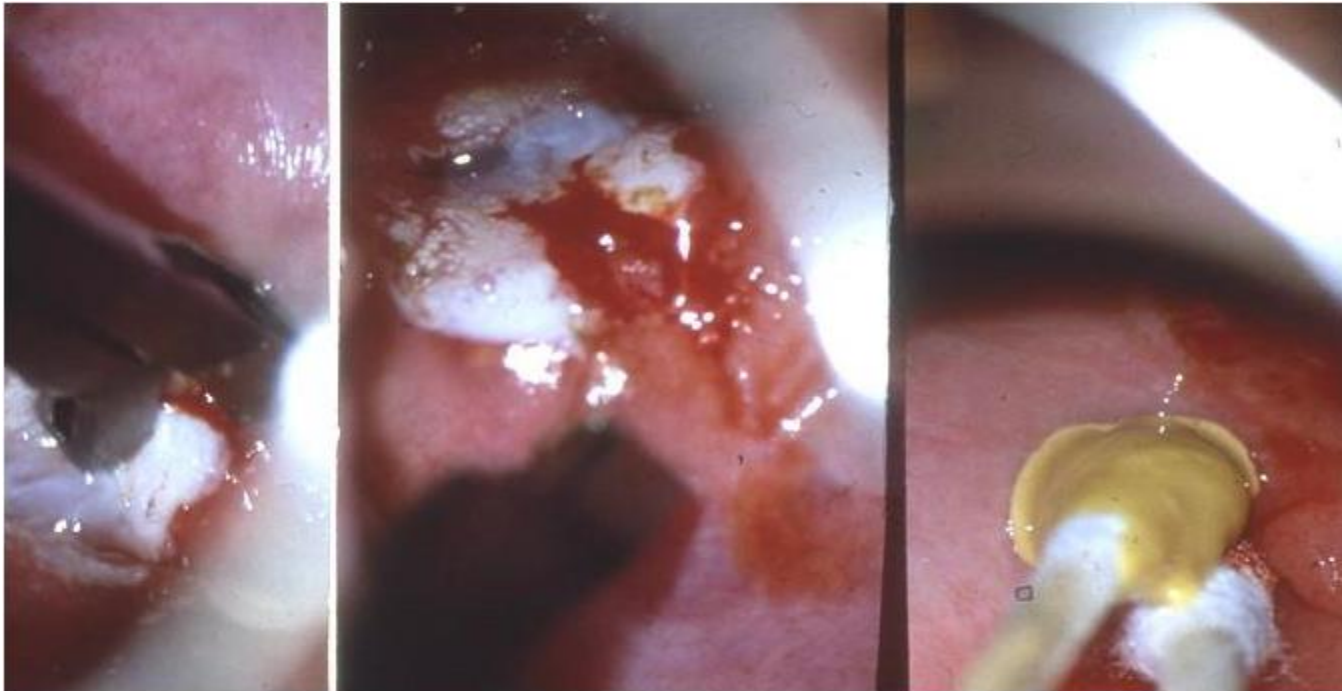
Khó khăn

- CTC: nhiều chất nhầy, tím, phù nề, to, sung huyết dễ chảy máu (3 tháng cuối)
- Mạch máu tăng sinh nhiều: chấm đốm, lát đá
- Thành âm đạo: sa nhiều.
- Chẩn đoán quá mức hoặc thấp hơn: chấm đốm, lát đá, VT nhiều



Sinh thiết cổ tử cung

- Chỉ nên thực hiện với tổn thương mức độ cao
- Không nạo kênh CTC. Cytobrush có thể dùng nhưng cẩn thận, nhẹ nhàng
- An toàn, nhưng gây chảy máu nhiều hơn
- Cầm máu: Monsell's
- Không ảnh hưởng sức khỏe thai nhi (hư thai)



ASC-US

- # phụ nữ không có thai
- Tế bào học 1 năm sau hoặc
- Xét nghiệm HPV DNA

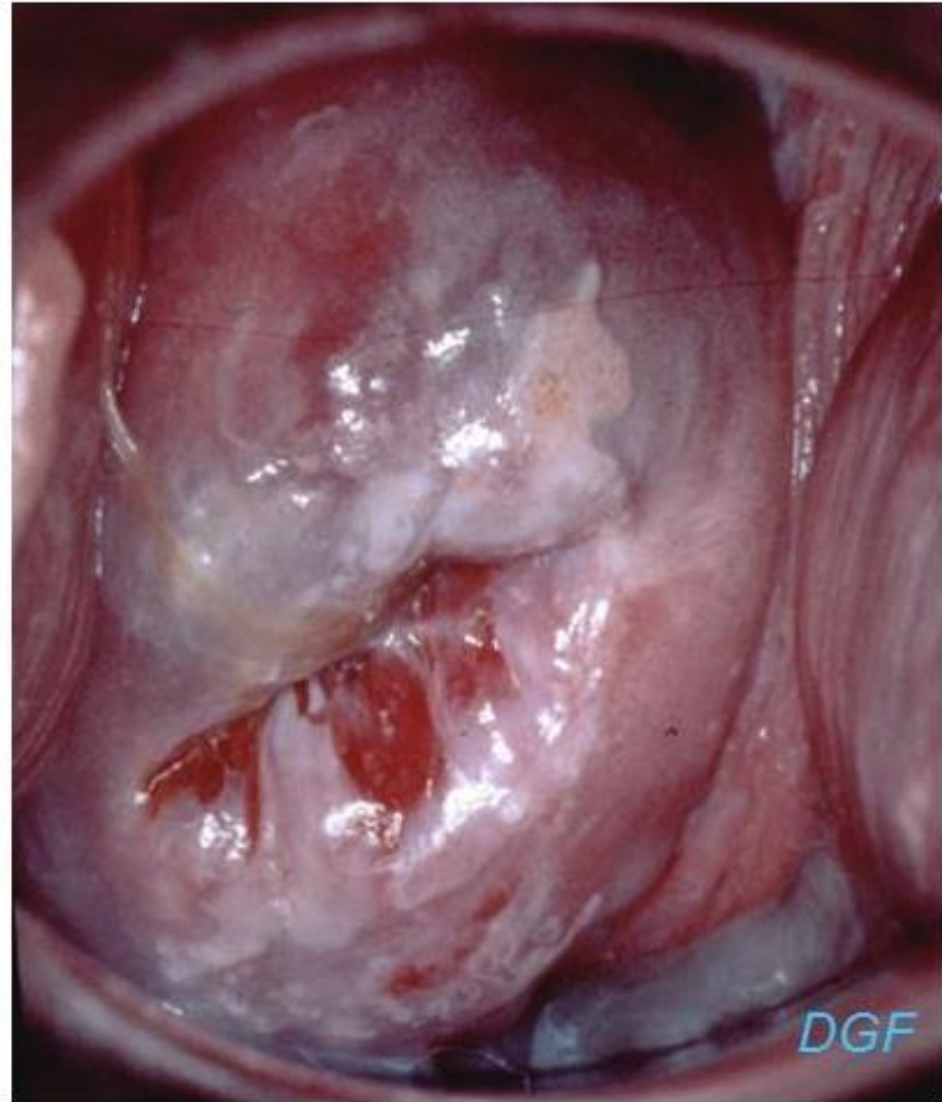
✓ Nếu HPV (+) → soi CTC

✓ Soi CTC trì hoãn sau sanh (hậu sản ≥ 6 tuần)

✓ Nếu không có CIN2 +, xử trí theo hướng dẫn của PN không có thai sau thời gian hậu sản.

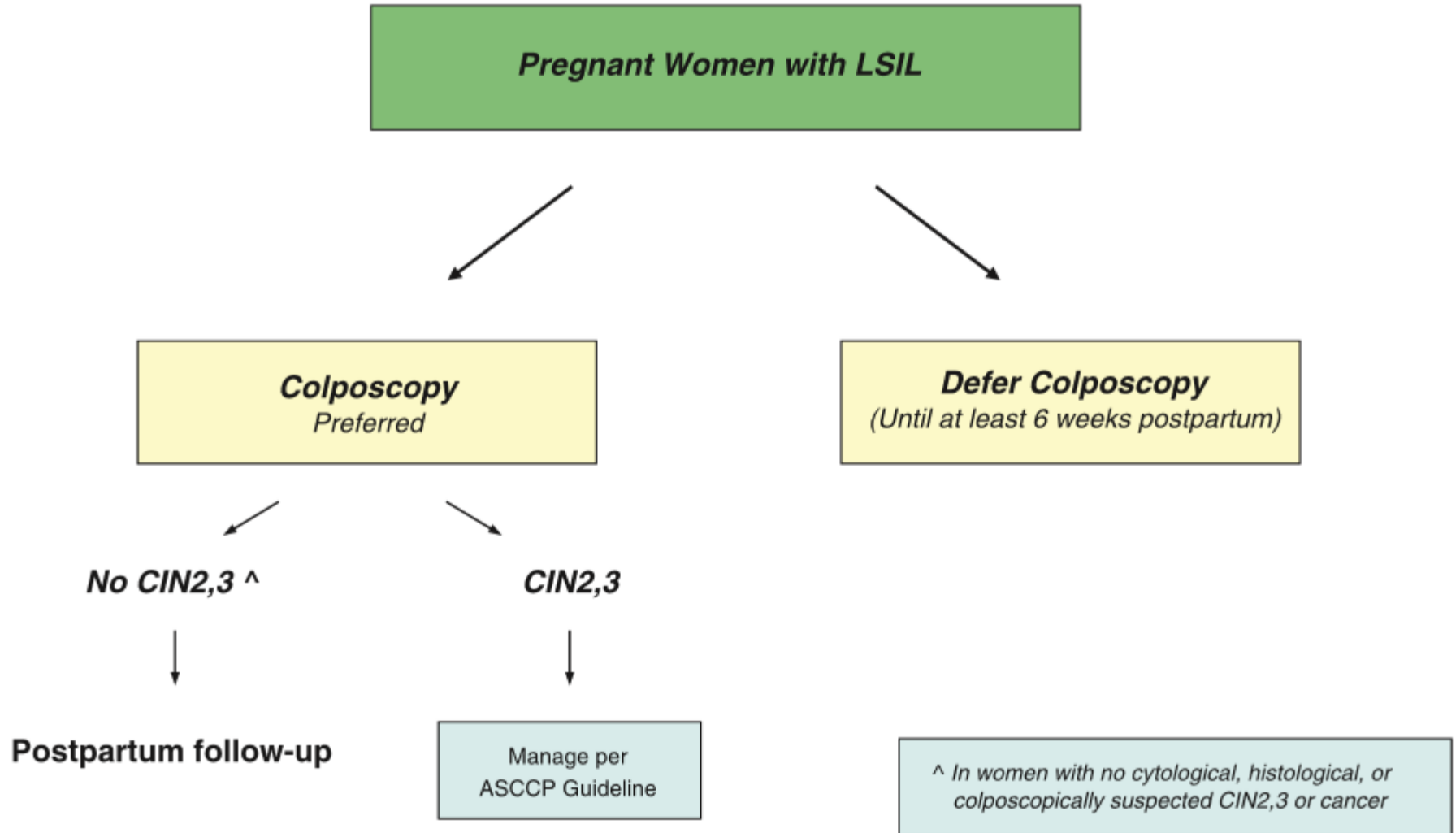
SIL

- Tần suất: 3- 10%,
LSIL > HSIL
- Không có tiến triển
(LSIL → HSIL, hoặc
UT)
- Thường thoái triển
sau sinh



LSIL

Management of Pregnant Women with Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL)



LSIL

- Nên Soi CTC (≥ 25 tuổi) (BII) .
 - Không nạo kênh CTC (EIII).
 - PN có thai từ 21 - 24 tuổi: xử trí như LSIL ở PN 21 -24 tuổi không có thai.
 - Có thể trì hoãn soi CTC cho đến sau sinh 6 tuần (CIII).
- ✓ Nếu tế bào, GPB, hoặc soi CTC không có CIN 2+: đánh giá lại sau sanh (BIII).
 - ✓ Không soi CTC hoặc làm Pap's kiểm tra lại trong thai kỳ (DIII).

ACS-H, HSIL, AGC, Ung thư

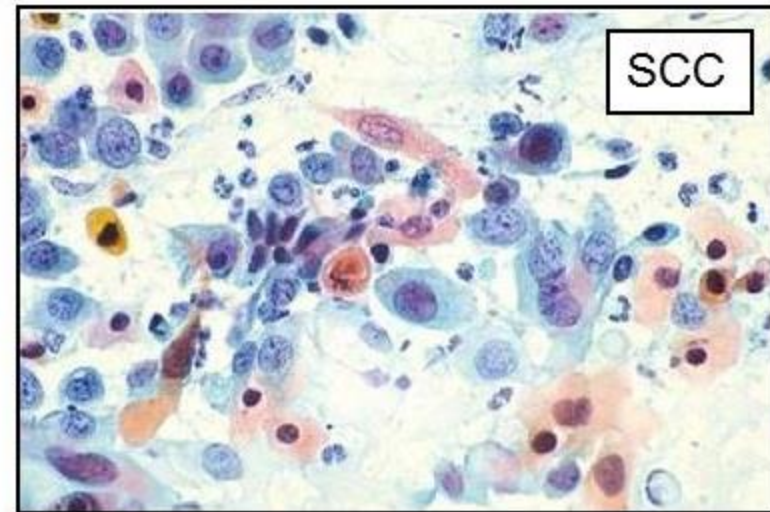
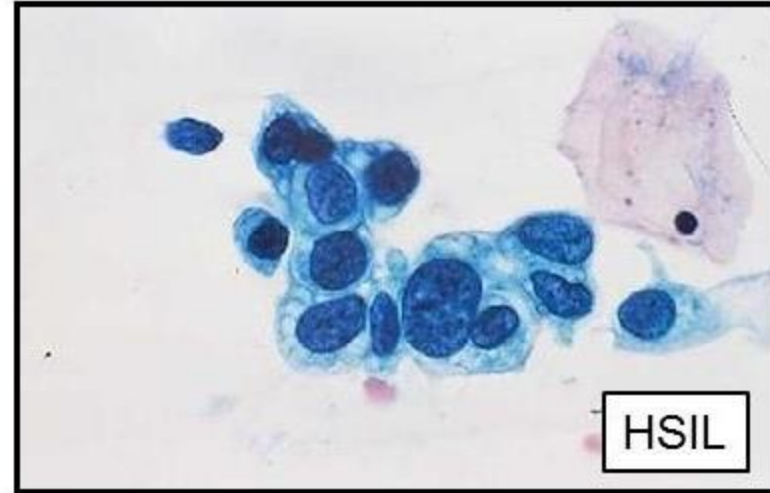
ACS-H, HSIL, AGC, Ung thư



SOI CỔ TỬ CUNG

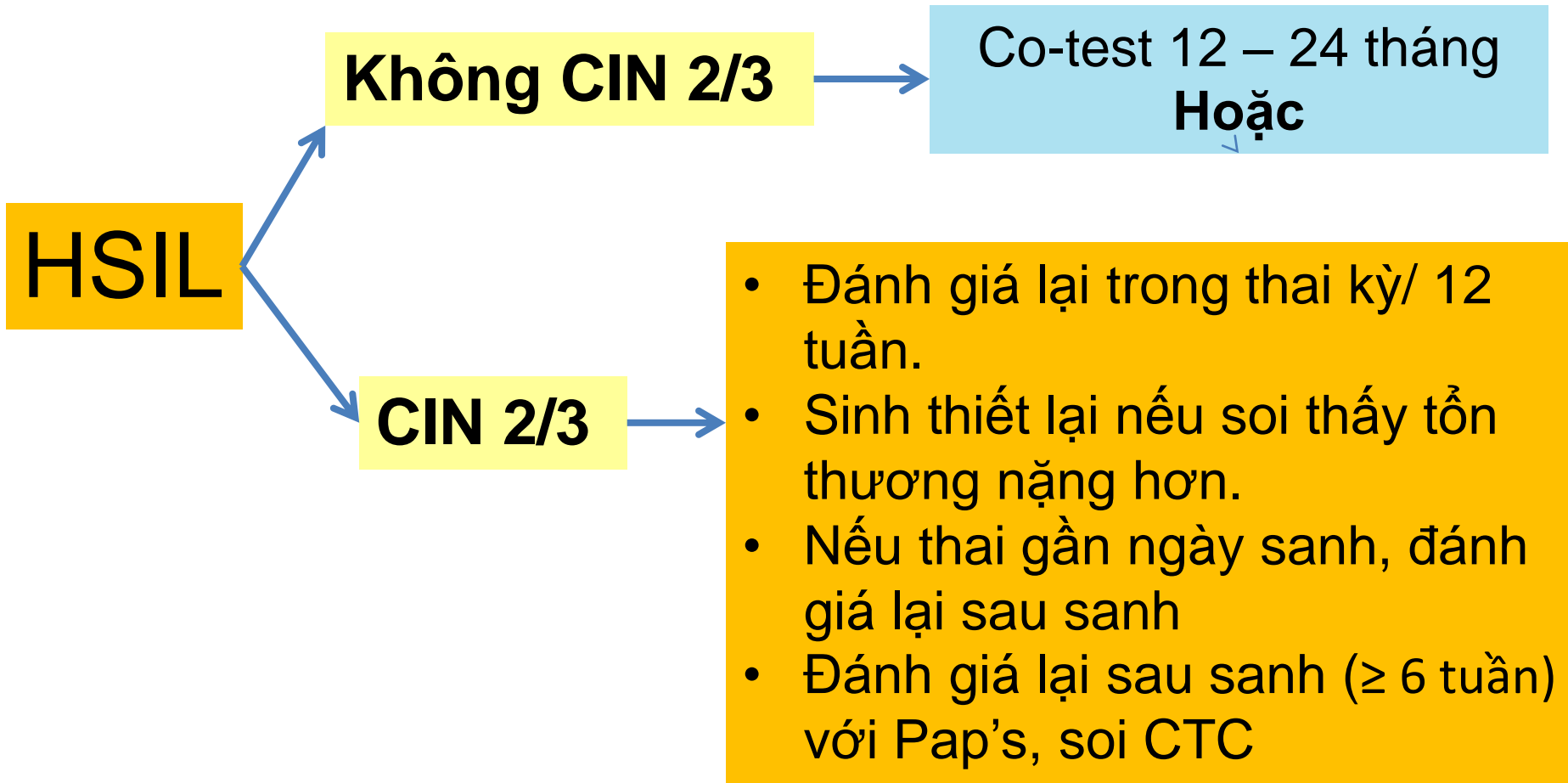


Sinh thiết



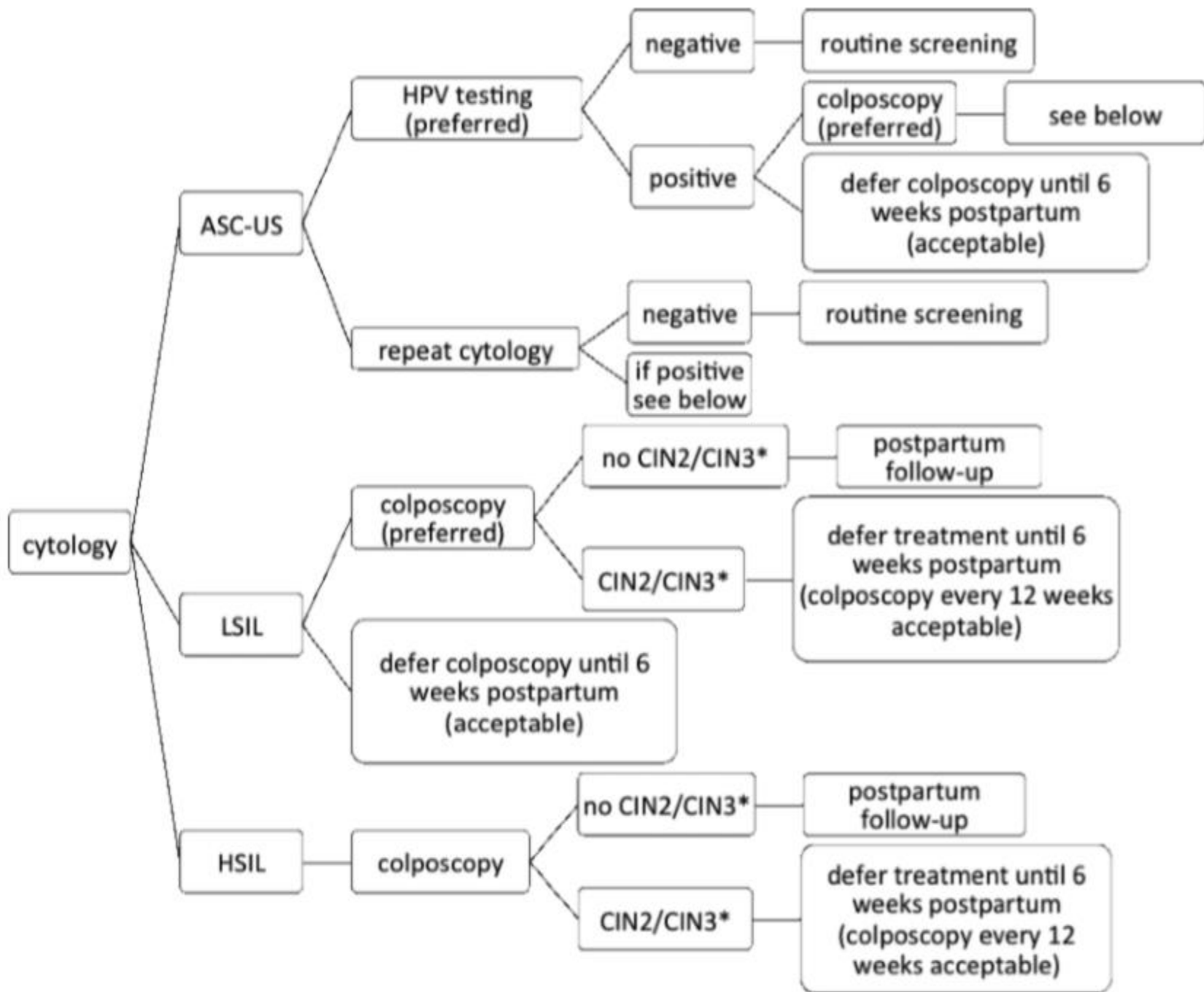
The Bethesda System Atlas, 2004

HSIL



AGC, AIS

- Việc đánh giá ban đầu của AGC ở phụ nữ mang thai như của phụ nữ không mang thai (BII), ngoại trừ việc nạo kênh cổ tử cung và sinh thiết nội mạc tử cung(EIII).
- Nếu kết quả sinh thiết, không có CIN 2 +, AIS, hoặc ung thư, làm lại Co-test 12 tháng, 24 tháng sau.





Xử trí CIN ở phụ nữ có thai

Xử trí Tân sinh trong biểu mô CTC (CIN)

Tế bào

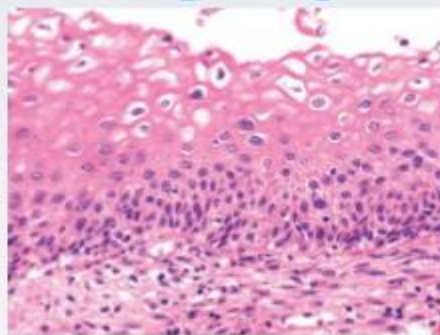
Mô học

Xử trí

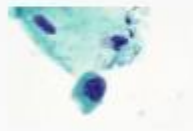


LSIL

CIN1

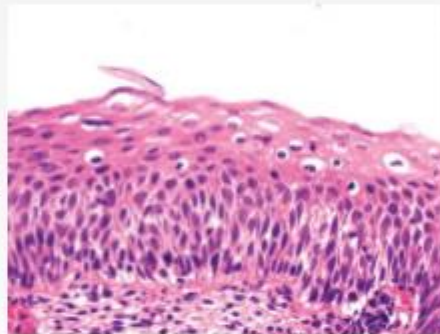


Moderate



HSIL

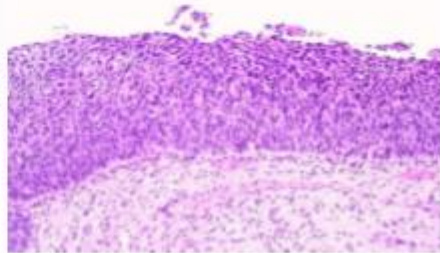
CIN2



Severe



CIN3



Theo dõi

Điều trị:
LEEP/LLETZ,
khoét chóp
bằng dao, đốt
lạnh, laser

CIN TRONG THAI KỲ

- Điều trị CIN không có nguy cơ ngay lập tức cho mẹ hoặc thai nhi, nhưng có thể liên quan đến kết quả bất lợi của thai nhi trong quá trình điều trị
 - LEEP/LLETZ gây ra sẩy thai, sanh non, thai chết
- ASCCP (2013): khi UT xâm lấn đã được loại trừ bằng soi CTC và sinh thiết, điều trị CIN ở phụ nữ mang thai nên hoãn lại cho đến sau sinh.
- Trong thời gian mang thai chỉ theo dõi.
- Hầu hết thoái triển và ổn định, rất hiếm tiến triển thành ung thư xâm lấn trong thai kỳ (0 – 0,4%).
 - CIN I thoái triển từ 32 đến 69%
 - CIN II-III thoái triển từ 16,7 đến gần 70%,



Natural history of cervical intraepithelial neoplasia in pregnancy: postpartum histo-pathologic outcome and review of the literature

Mariella Mailath-Pokorny¹, Richard Schwameis², Christoph Grimm², Alexander Reinthaller^{2,3} and Stephan Polterauer^{2,3*}

NC hồi cứu có nhóm chứng (2005-2010), theo dõi 51 PN có thai và 51 PN không có thai có CIN với 17 ca CIN I (33.3 %), 7 ca CIN II (13.7 %) và 27ca CIN III (52.9 %) cho mỗi nhóm.

	Có thai N (%)	Không có thai N (%)	P	OR (95% CI)
Tồn tại	20 (39,2)	30 (58,8)	0,048	0,45 (0,2-0,99)
Tiến triển	2 (3,9)	5 (9,8)	0,240	0,38 (0,07-2,03)
Thoái triển	29 (56,9)	16 (31,4)	0,010	2,88 (1,28-6,49)
Lành bệnh	21 (41,2)	14 (27,5)	0,144	1,85 (0,81-4,24)
Tổng	51	51		

Tỷ lệ thoái triển tự nhiên và tồn tại thấp hơn ở nhóm có thai

Diễn tiến CIN TRONG THAI KỲ

Table 3 Rates of histo-pathological outcome parameters of pregnant patients broken down by CIN grade

Parameter	CIN 1 N (%)	CIN 2 N (%)	CIN 3 N (%)	p-Value	OR (95 % CI)
Total	17	7	27		
Persistence	2 (11.8)	1 (14.3)	17 (63.0)	0.002	4.01 (1.68–9.61)
Progression	1 (5.9)	1 (14.3)	0	0.32	4.02 (0.07–2.38)
Regression	14 (82.4)	5 (71.4)	10 (37.0)	0.005	0.34 (0.16–0.72)
Complete Remission	14 (82.4)	5 (71.4)	2 (7.4)	0.001	0.13 (0.05–0.33)

- Thoái triển: CIN1 (82,4%), CIN2 (71,4%), CIN3 (37%)
- Tiến triển: CIN 1(5,9%), CIN2 (14, 3%), CIN3 (0 %)
- Tồn tại: CIN 1 (11,8%), CIN 2 (14,3), CIN 3(63%)

CIN và thai kỳ

Yuko Matsubara và cs (2013): nghiên cứu ở những phụ nữ Nhật bị CIN

- Có 55% CIN 3 và 36% ung thư tại chỗ thoái triển sau sanh.
- Tất cả các loại CIN đều thoái triển
- Không có trường hợp CIN tiến triển thành K xâm lấn sau sanh.
- Đề nghị một chiến lược điều trị bảo tồn với những trường hợp mang thai + CIN, theo dõi sát trước và sau sanh.

PP sanh có ảnh hưởng đến thoái triển ?

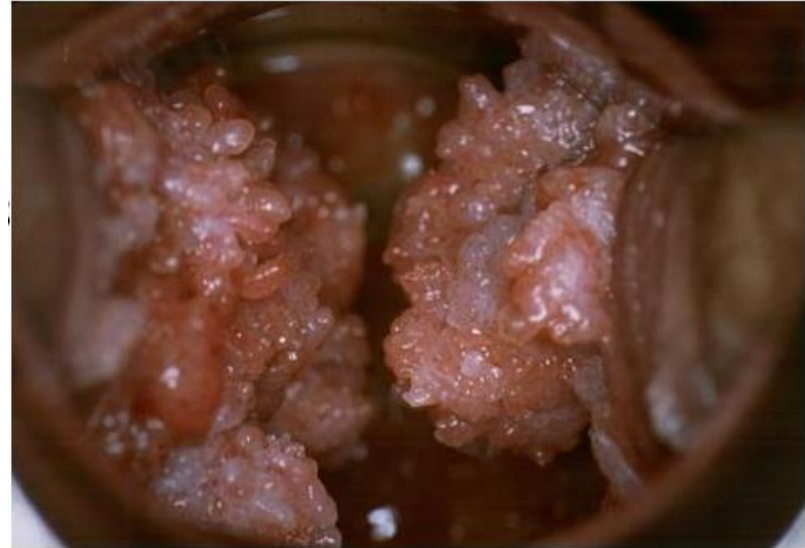
1. Ahdoot và cs (1998): HSIL: sanh ngã
ÂĐ thoái triển 60%. MLT không có thoái
triển
2. Yost và cs (1999): HSIL thoái triển 70%,
không phụ thuộc vào PP sanh.
3. Kaneshio BE và cs (2005): PP sanh
không ảnh hưởng diễn tiến tự nhiên của
CIN. Con rạ và con so có tỷ lệ thoái triển
như nhau.

Cơ chế thoái triển?

- Do chấn thương CTC trong giai đoạn 2, 3 chuyển dạ → phản ứng viêm trong biểu mô CTC, thúc đẩy những cơ chế sửa chữa tổn thương.
- Do thiếu máu nuôi cục bộ trong quá trình chín mùi CTC làm tổn thương thoái triển.

Nhiễm HPV trong thai kỳ

- Tỷ lệ và quá trình nhiễm HPV tương tự như không mang thai.
- Mang thai gây nên thay đổi miễn dịch tế bào tạm thời
 - Giảm CD4 và tb lympho T
 - Triệu chứng nhiễm HPV lâm sàng nhiều và rõ ràng
 - **HPV phát triển nhanh hơn nhưng không làm tiến triển bệnh hoặc gây ra ung thư**
 - Hậu sản làm HPV thoái triển



Tỷ lệ nhiễm HPV thay đổi trong thai kỳ?

- Tăng thải loại HPV ở tam cá nguyệt thứ 3 và thời kỳ hậu sản (Mae E.N và cs 2002)
- Thải loại HPV tăng đáng kể sau sinh hơn trong thai kỳ (84.5% vs 15.5%) ([Jalil EM](#) và cs 2013).
- Bn nhiễm HIV và HPV: tỷ lệ nhiễm HPV giảm đáng kể sau sanh.

Kết luận

- Mang thai là giai đoạn mà người phụ nữ chắc chắn cần sự chăm sóc y tế nên khám thai nên cung cấp cơ hội sàng lọc.
- Sàng lọc cơ hội trong thai kỳ có thể phát hiện các tổn thương tiền UT, và UT.
- PP sàng lọc và xử trí # với PN không có thai.
- Mang thai không làm nặng thêm tình trạng bệnh
- Hầu hết các tổn thương CIN thoái triển sau sanh.
- Tỷ lệ hrHPV giảm sau sanh
- Những trường hợp CIN có điều kiện theo dõi, nếu muốn có con, vẫn có thể để mang thai.



CHÂN THÀNH CÁM ƠN