

Ung Thư Cổ Tử Cung Trong Thai Kỳ

*Bs. Điền Đức Thiện Minh
Khoa Sản A – Bv Từ Dũ*

Ung thư cổ tử cung là một trong những loại ung thư thường gặp trong thai kỳ nhưng xử trí những trường hợp này vẫn chưa rõ ràng, nên tài liệu này là một tổng quan các tài liệu giúp xử trí trên lâm sàng. Xử trí ung thư cổ tử cung trong thai kỳ phụ thuộc vào 5 yếu tố : giai đoạn của bệnh (và kích thước khối u), tình trạng hạch, GPBL khối u, tuổi thai và nguyện vọng của sản phụ có muốn tiếp tục dưỡng thai. ở những bệnh nhân với giai đoạn sớm của bệnh được chẩn đoán trong 2 tam cá nguyệt đầu của thai kỳ thường được dưỡng thai cho đến khi thai đủ trưởng thành nếu không có di căn hạch. Nên mổ lấy thai khi thai trưởng thành.

Tóm lại, tài liệu này cung cấp một số khuyến cáo xử trí đối với các sản phụ bị ung thư cổ tử cung xâm lấn.

Ung thư cổ tử cung là một trong những loại ung thư thường được chẩn đoán trong thai kỳ bên cạnh ung thư vú, lymphoma và melanoma. Tuy nhiên tỉ lệ thực của ung thư CTC xâm lấn vẫn chưa rõ vì các nghiên cứu cohort rộng rãi vẫn chưa được thực hiện. việc xử trí các trường hợp này cũng vẫn chưa rõ ràng vì các tài liệu đã được công bố đều là hồi cứu, một số tính cả tổn thương xâm lấn và tiền xâm lấn trong khi một số khác tính tất cả các trường hợp chẩn đoán trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản.

Cho đến nay, xử trí các trường hợp ung thư CTC được chẩn đoán trong 2 tam cá nguyệt đầu thường là chấm dứt thai kỳ để điều trị khối u. Tuy nhiên, những báo cáo gần đây cho thấy ngày càng có khuynh hướng dưỡng thai đến lúc thai có khả năng nuôi được trước khi điều trị ung thư CTC đối với những bệnh nhân giai đoạn sớm. Điều này rất quan trọng vì khả năng có thai sau này bị ảnh hưởng sau điều trị ung thư CTC.

Đại cương

Tần suất ung thư CTC phát hiện trong thai kỳ tương tự như ở nhóm không có thai cùng lứa tuổi (Munoz và cộng sự 2002). Tỉ lệ nhiễm HPV 16 và 18 trong thai kỳ tương tự như trong cộng đồng, tuy nhiên tần suất phát hiện HPV trong thai kỳ có vẻ gia tăng trong thai kỳ, đặc biệt ở tam cá nguyệt III do sự hoạt hóa HPV tiềm ẩn (Smith và cs 1991). Trong một nghiên cứu gần đây nhận thấy tần suất phát hiện HPV trong thai kỳ khoảng 10,1% (Chan và cs, 2002). Tần suất ung thư CTC trong thai kỳ khoảng 1/1200 đến 1/10000 (Nguyen và cs 2000)

Xử trí ung thư CTC trong thai kỳ phụ thuộc vào 5 yếu tố :

1. Giai đoạn của bệnh (và kích thước u)
2. Tình trạng hạch (nếu biết)
3. Kết quả GPBL u
4. Tuổi thai
5. Nguyện vọng dưỡng thai của 2 vợ chồng

Nếu bệnh nhân muốn chấm dứt thai kỳ, cần thông tin rõ cho họ biết rằng : 1. tiên lượng ung thư CTC không xấu hơn khi xảy ra trong thai kỳ và 2. việc trì hoãn điều trị trong khi chờ

thai trưởng thành ở giai đoạn sớm của bệnh không ảnh hưởng lớn đến khả năng sống sót (survival)

Đánh giá u dựa trên khám lâm sàng và chụp MRI (Magnetic Resonance Imaging) vùng chậu-bụng. X quang phổi có thể thực hiện (phải bảo vệ thai) sau 3 tháng đầu trong trường hợp giai đoạn muộn (giai đoạn \geq IB2).

Thái độ xử trí phụ thuộc chủ yếu vào tuổi thai. Nên hội chẩn giữa các BS ung thư phụ khoa, sản khoa, GPBL và dưỡng nhi để cân nhắc tiên lượng đối với mẹ và thai.

Nếu ung thư được chẩn đoán khi thai có khả năng nuôi được

Có thể bắt đầu điều trị sau khi chấm dứt thai kỳ. Tốt hơn nên mổ lấy thai. Khi mổ lấy thai nên lượng giá hạch (hạch chậu và cạnh động mạch chủ). Ở bệnh nhân đủ con không còn muốn sinh và giai đoạn IB1 có thể tiến hành Wertheim – Meigs.

Thai chưa có khả năng nuôi được và sản phụ muốn dưỡng thai (loại trừ các trường hợp tế bào nhỏ)

A. Giai đoạn IB1 ở tuổi thai trước 18 tuần (nội soi lượng giá hạch có thể thực hiện được)

1. Giai đoạn IB1 và kích thước $u < 2$ cm

Nội soi lượng giá hạch (lymphadenectomy)

Hạch (-) : sản phụ có thể theo dõi dưỡng thai thêm mà không cần bắt đầu điều trị. Khám lâm sàng và chụp MRI mỗi 4 – 8 tuần. Nếu tình trạng không diễn tiến xấu hơn nên bắt đầu điều trị ngay khi thai có khả năng nuôi được. Chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai và điều trị ung thư CTC theo phác đồ chung. Có thể thực hiện phẫu thuật Wertheim-Meigs khi mổ lấy thai.

Hạch (+) : nên chấm dứt thai kỳ và bắt đầu hóa xạ trị (sau khi lấy thai ra). Mức độ xạ trị tùy mức độ ảnh hưởng của hạch (chỉ hạch chậu hay hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ)

2. Giai đoạn IB1 và kích thước $u 2 - 4$ cm

Mỗi trường hợp cần được xem xét riêng (không có xử trí tiêu chuẩn). Vì nguy cơ di căn hạch cao hơn so với $u < 2$ cm nên biện pháp chấm dứt thai kỳ là lựa chọn đầu tiên cần thảo luận với sản phụ. Nếu sản phụ muốn dưỡng thai thì theo dõi như đối với trường hợp $u < 2$ cm.

B. Giai đoạn IB1 ở tuổi thai sau 18-22 tuần (nội soi lượng giá hạch không thực hiện được)

1. Giai đoạn IB1 và kích thước $u < 2$ cm

Cần theo dõi cẩn thận bằng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Giải thích cho sản phụ nguy cơ gia tăng trong khi dưỡng thai đến lúc thai có thể nuôi được. Việc sử dụng corticoids để kích thích phổi thai trưởng thành không chống chỉ định. Điều trị ung thư CTC bắt đầu ngay khi thai có thể nuôi được. Chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai và điều trị ung thư theo phác đồ. Có thể thực hiện phẫu thuật Wertheim-Meigs khi mổ lấy thai.

2. Giai đoạn IB1 và kích thước $u 2 - 4$ cm

Mỗi trường hợp cần được xem xét riêng. Nếu thai gần có khả năng nuôi được, theo dõi tương tự như khi $u < 2$ cm.

Đặc biệt khi khối $u \# 4$ cm có thể bắt đầu xạ trị. Tuy nhiên cần thông tin cho sản phụ khả năng ảnh hưởng thai.

C. Kích thước $u > 4$ cm

Cần hóa xạ trị. Nếu tuổi thai 20 – 22 tuần cần lấy thai ra (hysterotomy). Nếu thai > 22 tuần hóa xạ trị sau mổ lấy thai (trong khi mổ lượng giá hạch). Nếu sản phụ muốn dưỡng thai thì tiến hành hóa trị tân hỗ trợ. Cần giải thích rõ cho sản phụ : 1/ nguy cơ bệnh diễn tiến nhanh, 2/ chưa rõ ảnh hưởng của hóa trị trên thai.

Đối với những trường hợp tế bào biệt hóa kém, độ ác tính cao được chẩn đoán ở tam cá nguyệt I và II cần chấm dứt thai kỳ sớm vì việc điều trị được coi như khẩn cấp.

Ung thư CTC trong thai kỳ

