

HSIL, ung thư tại chỗ và các vấn đề có liên quan

Nguyễn Vũ Hà Phúc, Nguyễn Thị Hương Xuân, Lê Hồng Cẩm

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được ý nghĩa của thuật ngữ HSIL
2. Trình bày được mối liên quan của HSIL với HPV và diễn tiến tự nhiên của HSIL
3. Trình bày được cách xử trí một trường hợp HSIL trên dân số chung và trên một số dân số đặc biệt
4. Trình bày được cách xử trí một trường hợp ung thư tại chỗ cổ tử cung

HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESIONS (HSIL)

HSIL là các tổn thương trong biểu mô cổ tử cung có tiềm năng ác tính cao.

Tổn thương trong biểu mô tế bào gai mức độ cao (High-grade squamous intraepithelial lesions) (HSIL) bao gồm dị sản ở mức độ vừa và nặng, CIN 2, CIN 3 hay ung thư tại chỗ trên mô học.

Tỉ lệ tự thoái triển của các tổn thương HSIL sau 24 tháng thấp.

Diễn tiến của HSIL sau 24 tháng:

- Thoái lui về bình thường: 35 %
- Tồn tại HSIL: 23 %
- Tiến triển thành ung thư xâm lấn: 1.44 %

Tổn thương HSIL nên được soi cổ tử cung ngay và sinh thiết thương tổn nhìn thấy được.

Nạo kênh cổ tử cung nên được thực hiện ở các bệnh nhân HSIL không đang mang thai.

Trong các kết quả tế bào học là HSIL, có gần 70% các trường hợp được báo cáo là có CIN 2 hoặc CIN 3, và 1-2% trường hợp có ung thư xâm lấn.

Vì vậy, tổn thương HSIL nên được soi cổ tử cung ngay và sinh thiết thương tổn nhìn thấy được.

Nạo kênh cổ tử cung nên được thực hiện ở các bệnh nhân HSIL không đang mang thai.

Nên khám toàn bộ âm đạo, nhất là khi tổn thương không tương ứng với kết quả tế bào học.

Một chiến lược quản lý khác đối với HSIL là “nhìn và điều trị ngay” (see and treat).

Ở các bệnh nhân có tổn thương nhìn thấy và không đang mang thai, cắt bằng vòng điện (LEEP) có thể thực hiện ngay cùng lúc với soi cổ tử cung.

Trong trường hợp này, sinh thiết cổ tử cung có thể bỏ qua và có thể đánh giá kênh cổ tử cung sau khi làm LEEP.

QUẢN LÝ HSIL (ASCCP 2012)

Soi cổ tử cung ở bất cứ độ tuổi nào của bệnh nhân.

hoặc

Khoét chóp ngay (ngoại trừ bệnh nhân còn trẻ dưới 25 tuổi hoặc phụ nữ có thai).

Điều trị HSIL ở phụ nữ có thai giống như ở phụ nữ không có thai (trừ nạo kênh và LEEP).

Nạo kênh và cắt bằng vòng điện là chống chỉ định khi có thai và không nên thực hiện.

Lưu đồ xử trí HSIL *



* Xử trí có thể khác đối với phụ nữ 21-24 tuổi, phụ nữ có thai và phụ nữ đã mãn kinh

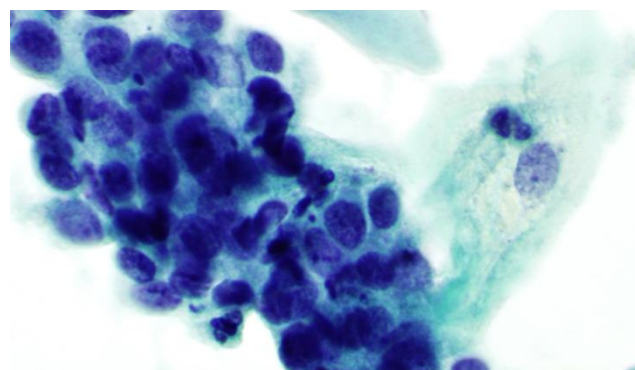
** Không thực hiện trong trường hợp phụ nữ có thai hay phụ nữ trẻ 21-24 tuổi

Lưu đồ 1: Quản lý HSIL theo hướng dẫn của ASCCP 2012

Nguồn: ASCCP

ADENOCARCINOMA IN SITU (AIS)

Tần suất ung thư tại chỗ thấp nhưng có chiều hướng tăng. HPV được tìm thấy trong hơn 95% các trường hợp AIS.



Hình 1: AIS

Tế bào với nhiễm sắc chất tăng đậm, bào tương nhỏ, dính thành chùm, có hiện tượng hội bào.

Nguồn: glowm.com

Khi có AIS, cần lưu ý không để bỏ sót tổn thương do tổn thương có thể nằm sâu trong kênh tử cung và đa ổ.

AIS trên tế bào học không cho phép loại trừ khả năng đã có ung thư xâm lấn.

Các thương tổn trên soi cổ tử cung đối với AIS có thể rất nhỏ và AIS thường lan vào trong kênh cổ tử cung, vì vậy để xác định giới hạn của sang thương có thể gặp khó khăn, quyết định lựa chọn độ rộng và độ sâu phù hợp khi thực hiện thủ thuật cắt bỏ mô bệnh khi điều trị khó chính xác.

Hơn nữa, tổn thương AIS có thể đa ổ và không liên tục, do đó bỏ phẫu thuật dù không còn tế bào bất thường cũng

không đảm bảo chắc chắn là mô bệnh đã được loại bỏ hoàn toàn.

Ung thư xâm lấn không thể loại trừ nếu như không có chẩn đoán mô học trên bệnh phẩm cắt ra.

Cắt tử cung toàn phần là lựa chọn tốt nhất nếu bệnh nhân đã đủ con.

Nếu điều trị bảo tồn, bắt buộc phải biết trạng thái của bờ phẫu thuật và kết quả nạo kênh tử cung.

Do các đặc điểm bệnh học trên: nằm sâu, đa ổ và không thể loại trừ hoàn toàn ung thư xâm lấn nên cắt tử cung toàn phần là một lựa chọn điều trị tốt nếu bệnh nhân đã đủ con.

Đối với bệnh nhân còn mong con, điều trị bảo tồn là một lựa chọn có thể chấp nhận, tuy nhiên nguy cơ AIS còn tồn tại là 10% và có một nguy cơ nhỏ sẽ diễn tiến thành nguy cơ ung thư xâm lấn ngay cả khi bờ phẫu thuật âm tính. Cũng giống như bờ phẫu thuật, nạo kênh trong lúc thực hiện thủ thuật cắt bỏ mô bệnh ở cổ tử cung và test HPV sau điều trị có ý nghĩa trong tiên đoán khả năng tồn tại của AIS.

Với AIS, khoét chóp cổ tử cung nên được thực hiện bằng dao lạnh (dao mổ thông thường) nhằm đánh giá trạng thái bờ phẫu thuật chính xác hơn.

Đối với AIS, khoét chóp bằng dao lạnh được ưa dùng hơn LEEP vì cắt bằng dao lạnh có thể đánh giá tốt bờ phẫu thuật tốt, giúp cho việc lên kế hoạch điều trị tiếp theo.

Về mặt lý thuyết, LEEP gây chảy bờ phẫu thuật và làm cho việc đánh giá bờ phẫu thuật trở nên rất khó khăn do tính chất không toàn vẹn của tế bào.

Gần đây, người ta chấp nhận điều trị AIS bằng bất cứ phương pháp cắt bỏ mô nào, với điều kiện cần giữ cho mẫu mô cắt ra ở cổ tử cung phải được nguyên vẹn và đánh giá được bờ phẫu thuật, tránh làm phân mảnh mô bệnh phẩm, cũng như tránh cả việc cắt bỏ thêm phần kênh tử cung rồi thêm.

QUẢN LÝ AIS (ASCCP 2012)

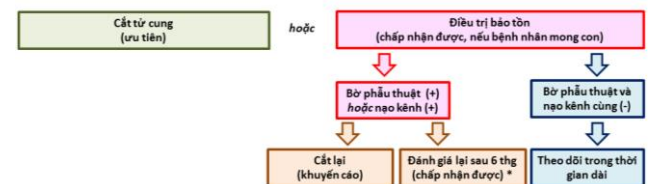
Cắt tử cung được lựa chọn đối với bệnh nhân đủ con.

Điều trị bảo tồn tử cung là lựa chọn có thể chấp nhận ở bệnh nhân còn mong con, với các điều kiện theo dõi nghiêm ngặt và dài hạn sau đó.

Nếu bờ phẫu thuật còn tế bào bất thường hoặc mô nạo kênh có CIN hoặc AIS, có thể cắt lại (ưu tiên) hoặc theo dõi đánh giá lại sau 6 tháng (chấp nhận).

Các phụ nữ không cắt tử cung nên được theo dõi trong thời gian dài.

Lưu đồ xử trí AIS



* Sử dụng co-testing + soi cổ tử cung + nạo kênh cổ tử cung

Lưu đồ 1: Quản lý AIS theo hướng dẫn của ASCCP 2012
Nguồn: ASCCP

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. ASCCP (2013). Updated consensus guidelines for the Management of Abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. Journal of Lower Genital Tract Disease, Vol 17, number 5, 2013.

