

NGUYỄN ĐỨC VƯỢNG Y2014

Tài liệu mang tính tham khảo

Người đọc tự đánh giá nội dung

QUẢN LÝ TỔN THƯƠNG TRONG BIỂU MÔ LÁT CTC RAT

Thầy Luân:

Từ năm ngoái, tên bài này được đổi vì người ta đã chuyển từ danh pháp ba bậc CIN thành danh pháp hai bậc SIL. Đồng thời dân số giờ đã được tiêm phòng HPV nhiều nên có nhiều thay đổi: Trong dân số này, tầm soát ung thư cổ tử cung ra sao ? Vai trò của tế bào học như thế nào ? ...

Những công cụ cũ hoặc không hiệu quả hoặc quá tốn cho một dân số đã được tiêm phòng. Tầm soát phải hiệu quả kinh tế, do tiêm phòng nên có nhiều thay đổi, thể hiện qua câu 9 và câu 10.

Chủ đề 1: Tiêm phòng HPV

1. Khuyến cáo trong thai kỳ

- FDA xếp vào nhóm B → Đọc lại phân loại trong tbl y4 thuốc trang thai kỳ abcdx. X là chống chỉ định. D là lợi ích vượt trên nguy cơ, nếu không xài bệnh nhân chết nhưng nguy cơ chưa được chứng minh hoặc có những bằng chứng có thể nguy hiểm nhưng lợi ích lớn hơn
- Đây không phải thuốc trị bệnh.
 - + Nếu HPV rồi có thể cần nhưng không phải lúc này.
 - + Chưa bị HPV thì chưa cần chích lúc này, để đưa 2 tính mạng ra phơi nhiễm thuốc khi chưa đủ bằng chứng
 - Ta có nhiều lúc để chích, không phải chích lúc này
- Đã lỡ chích xong rồi mới có thai
 - + Chưa bằng chứng ảnh hưởng thai. Nên không bỏ thai
 - + Ngưng cho tới khi xong thai kỳ rồi chích lại

2. Loại nào cho phụ nữ đã nhiễm HPV

- Đối với người đã nhiễm HPV, chích loại cứu giá để cho người ta hưởng lợi từ những tủy chưa bị nhiễm.
 - + Trước đây người ta đưa tuổi 26 vì hạn chế ung thư trong cộng đồng và nhà nước bảo hiểm cover tới 26. Sau 26 muốn chích thì bỏ tiền tự chích
 - + Sau này, nhà nước Úc Mỹ đã cover cho tới 45 tuổi. Khi extend như vậy mới có câu hỏi này: Thế người nhiễm rồi chích sao ? Chứ xưa thì không nói.
 - + Chích thứ nhiễm rồi không lợi, chích cái chưa nhiễm → Cứu giá

3. Những vấn đề khác

- Phác đồ hỗn hợp nhị giá và cứu giá.
 - + Chưa có dữ kiện ủng hộ việc hoàn thành lộ trình bằng những mũi bổ sung
 - + Nếu liệu trình chưa hoàn thành thì mũi cứu giá là đủ để kết thúc liệu trình
 - + Chưa chứng minh được giá trị của các mũi bổ sung.
 - + Có nghiên cứu trên NCBI, về add vô
- Nhị giá hay Tứ giá
 - + Hai nhà sản xuất khác nhau, hai cái này như nhau qua chứng minh

Chủ đề 2: Primary screening ở dân số đã chích HPV

- Hồi trước tế bào học, sau đó cotesting, giờ chỉ HPV testing
- Nguyên lý cơ bản của tầm soát
 - + Tầm soát một bệnh nếu bệnh đó có thể phát hiện được qua tầm soát
 - + Thứ hai bệnh đủ nhiều để tầm soát
 - + Thứ ba nếu tầm soát được phải có điều trị.
- Ung thư CTC
 - + Nguy hiểm chết nhiều
 - + Tầm soát nhiều công cụ
 - + Tầm soát sớm thì có nhiều cách tác động

- Screen for what ?
 - + Ở đây không tầm soát HIV
 - + Mà là tầm soát trong biểu mô lát
 - Từ đó tới nay chưa ai có ý định tầm soát HPV mà là tầm soát cái tân sinh trong biểu mô lát
- Sau cái HPV dương đầu sẽ có hàng loạt cái khác → Hạn chế tỷ lệ bỏ sót của chương trình tầm soát. Đặc biệt trên dân số chích ngừa rộng rãi, khi đó nó sẽ hiện rõ những con chưa chích ngừa (những con hiếm).
- Đây là một chiều hướng, nhưng chưa được khẳng định ưu thế tuyệt đối so với cotesting.
 - + Cách đây thầy đưa NITP vào người ta nói mô mỏng nhưng giờ đã thành hiện thực.
 - + Nhưng 10 năm sắp tới mấy đứa nhỏ được chích lớn lên thì chính sách tầm soát CTC phải đổi.
- HPV trong cotesting khác HPV trong primary testing. Có phải shift từ HPV testing
 - Hiện nay cotesting vẫn là số một nhưng 10 năm nữa có lẽ nên HPV alone. Tương lai 😊 Có nghiên cứu trên NCBI, về add vô.

Chủ đề 3: Xử lý bờ phẫu thuật

1. Khẳng định vùng an toàn

- Bờ phẫu thuật cần cách tổn thương 5mm
- Dương tính bờ là bờ này còn tb ác tính

2. Nếu dùng dao điện

- Khoét dao lạnh thì phải may cầm máu đặc biệt
- Khoét dao điện thì cháy bờ phẫu thuật, không biết có an toàn không
- Câu này chiều nói 😊

Chủ đề 4: Giải quyết tổn thương mắt nhìn thấy

Làm gì: GPB, soi cổ tử cung, tbh hay cotesting ?

- Nguyên tắc khi thấy tổn thương nghi ngờ (ở da hoặc âm hộ ..) việc đầu tiên làm là sinh thiết gửi gpb.
- Sau khi bấm sinh thiết đi soi CTC xem có bỏ sót tổn thương ở chỗ khác CTC không
- Nhưng có những trường hợp, đặt mỏ vịt vô thấy tổn thương sùi cả CTC bấm luôn được rồi chứ làm soi không mang giá trị. Sinh thiết mà xâm lấn thì chỉ định điều trị luôn còn không ra xâm lấn thì đi tìm tiếp tránh bỏ sót.
- **Tổn thương CTC là đa ổ, có 1 ổ thì có thể có nhiều ổ khác → Khoét chóp standard ?**

Chủ đề 5: Tại sao test Lugol bỏ khỏi soi CTC (không bắt buộc như test khác) ?

- Lugol chỉ bắt tb gai trưởng thành
- Tb trụ hay gai non không bắt được
- Lugol bắt màu âm tính thì nói tb non, dương thì tb trưởng thành
- Aceto white dương có vết trắng thì không làm lugol, thì bấm sinh thiết vùng aceton white (vùng tb gai không trưởng thành đậm độ protein cao) . **Còn chỗ nữa là soi ánh sáng xanh dương mạch máu gì đó ?**
- Còn nếu bấm chỗ acetone âm lugol dương ? Thì nó là tb bình thường bấm làm gì cho trầy CTC.
- **Lâm sàng chẳng ai bỏ vì bôi lugol nhẹ, dương đều cho an tâm chứ chẳng ai bỏ 😊**

QUẢN LÝ TỔN THƯƠNG TRONG BIỂU MÔ LÁT CTC APP

Tình huống 2: Positive incisal margin after LEEP

1. Tóm tắt

- Phụ nữ trẻ tuổi chưa con, tầm soát ra nhiễm HPV nguy cơ cao nên được soi sinh thiết cho kết quả tổn thương cổ tử cung CIN3
- Tổn thương CTC là tổn thương đa ổ, chỗ này CIN chỗ kia có thể AIS hoặc ung thư xâm lấn rồi
- Do đó, đánh giá bờ phẫu thuật rất quan trọng, ảnh hưởng điều trị sau đó.
 - + CIN3 thì cắt tử cung đơn giản
 - + Ung thư xâm lấn thì nhiều khi mổ lớn luôn
- Khoét chóp là thủ thuật có thể ảnh hưởng cổ tử cung sau này, gây hở eo cổ tử cung, tăng nguy cơ sanh non xảy thai.
- Cô này không thể quay về tầm soát bằng HPV primary được ?

2. Chi Hường Xuân

- AIS cũng có thể xảy ra nhưng AIS ở vùng cổ tử cung còn lại tỷ lệ thấp do trước khi mình khoét chóp, mình đã đánh giá
 - + Soi cổ tử cung quan sát vùng nguy cơ rồi mới khoét vô vùng đó.
 - + Nói thêm, khoét chóp dạng nón. Đỉnh nón nằm trong kênh cổ tử cung. Đỉnh chóp sâu vô kênh cổ tử cung hay cạn dựa vào đánh giá kênh cổ tử cung. Nếu không rõ thì khoét sâu nếu lành tính thì khoét nông.
- Phác đồ ASCCP 2013: Đối với những trường hợp không rõ lành tính hay ác tính như vậy
 - + Khoét lại bằng dao lạnh được ưu tiên trên người không mong con.
 - + Cotesting và soi cổ tử cung sau mỗi 6 tháng với người mong con

- Khoét lại trên một ca khoét điện rồi rất khó → Một ý câu này nêu bật là dao điện về nguyên tắc không tốt bằng dao lạnh (dao thường) do làm nát bờ phẫu thuật.

3. Thầy Chí Thương

- Cần phân biệt được tầm soát và chẩn đoán. Khoét chóp là chẩn đoán còn ba cái kia tầm soát.
 - + Tầm soát: Pap smear, HPV primary, cotesting.
 - + Nghi ngờ HPV cao mới soi cổ tử cung bấm sinh thiết CIN3. Lúc đó mới khoét chóp chẩn đoán
- Muốn lựa chọn gì thì phải tư vấn người ta hiểu: Chọn mẹ hay chọn con. Thực tế giữa con và mẹ thì chọn mẹ vì mẹ mới sinh được con. Còn nếu sinh con mẹ chết sớm thì con cũng tội nữa → Thường chọn mẹ. Nhưng chọn cách nào thì đồng thuận.
 - + Khoét chóp thì tốt hơn. Lần sau có thai nguy cơ hở eo cổ tử cung
 - + Cotesting và soi cổ tử cung thì còn risk nhưng không ảnh hưởng cổ tử cung
- Đi thi thì câu rõ ràng nhưng đi học TBL thì đáp án nước đôi để bàn luận 😊

Tình huống 4: Ý kiến bác sĩ khác nhau

1. Chị Hương Xuân

- Nạo kênh là thủ thuật nhỏ
- Bệnh nhân này có thể theo dõi tb học sau 12 tháng
 - + Nhiễm HPV16 nhưng tb học bình thường, soi cổ tử cung âm tính thấy rõ ranh giới lát trụ. Do đó khi làm tb học lấy rõ được vùng chuyển tiếp.
 - + Nếu soi không thấy rõ ranh giới, có thể nạo kênh cho chắc không có tổn thương ác tính.

2. Thầy Chí Thương

- Vì sao dẫn chuyển sang HPV primary thay vì cotesting ?
- Với cotesting
 - + Nếu pap bình thường hpv âm dễ
 - + Hai pap dương hpv dương cũng dễ
 - + HPV dương Pap âm thì soi. Soi cổ tử cung sẽ bấm sinh thiết
 - + Pap dương HPV âm thì soi
 - Diễn giải kết quả lằng nhằng khó khăn
- Xu hướng chỉ HPV thôi cho đơn giản xử trí.
 - + Dương soi cổ tử cung, sinh thiết
 - + Âm 3 năm làm lại
- Cô này soi cổ tử cung bình thường, HPV dương
 - 12 tháng làm lại cotesting và soi.
- HPV 80% được thanh thải ra khỏi cơ thể, chừng 2 năm ở lại mới sợ
 - Làm 1 năm được rồi
- Nạo kênh nhỏ nhẹ nhưng người không biết làm có thể chảy máu, sốc do đau → Không cần cũng không làm.
- Nếu ở bên Mỹ được tiêm tới 45. Ở VN được tiêm HPV tới 26 → Hoàn cảnh hiện tại là không tiêm. Nhưng biết là tiêm có lợi do chéo tuyp khác.

Chủ đề 5: Khởi bệnh

- LSIL HPV (+)
- 2 năm sau hết LSIL HPV (-)
- LSIL là CIN1 nguy cơ thấp. Nhiều khi viêm âm đạo coi ra cũng giống giống vậy
- Theo dõi kiểu gì ?
 - + LSIL 1 năm làm cotesting
 - + Người bình thường thì 3 năm.
- Theo thầy xử trí như bình thường
 - + LSIL không phải nguy cơ cao
 - + Còn lo quá làm như LSIL cũng được.

