

READINESS ASSURANCE TEST

1. Vì sao ACOG 2012 khuyến cáo nên chấm dứt dùng thuật ngữ “Cervical intraepithelial lesion” (CIN), đồng thời thay chúng bằng low/high “squamous intraepithelial lesion” (LSIL/HSIL) cho cả khảo sát tế bào học lẫn mô bệnh học?
 - a. Hệ thống hai bậc (two-tiered) đơn giản hơn hệ thống ba bậc (three-tiered)
 - ☒ b. Bởi gặp nhiều bất cập về tính tin cậy khi quản lý các tổn thương CIN 2
 - c. Bởi tiếp cận đầu tiên là tế bào học, nên danh pháp mô bệnh học cần tương thích
 - d. Bởi các nhà thực hành đã quen với hệ thống hai bậc, nên cần thay đổi danh pháp
2. Nói về hiệu quả của các chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung khác nhau, nhận định nào sau đây là chính xác?
 - a. Chiến lược tầm soát dựa trên cơ sở tế bào học có hiệu quả làm giảm tử vong do ung thư cổ tử cung
 - b. Chiến lược tầm soát bằng HPV testing đơn thuần có thể được xem như một thay thế cho tế bào học
 - c. Chiến lược tầm soát bằng co-testing cải thiện sensitivity của tầm soát bằng tế bào học đơn thuần
 - ☒ d. Các nhận định trên về chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung liên đới với HPV cùng chính xác
3. HPV testing có thể được sử dụng như một phương tiện tầm soát đầu tay ung thư cổ tử cung. So với tầm soát bằng PAP’s test đơn thuần hay bằng co-testing, ưu thế của phương pháp tầm soát sơ cấp bằng HPV testing là gì?
 - a. HPV testing có giá trị dự báo dương mắc HSIL tốt hơn so với tế bào học
 - ☒ b. HPV testing có giá trị dự báo âm mắc HSIL tốt hơn so với tế bào học
 - c. HPV testing có specificity của tầm soát cao hơn của tế bào học
 - d. HPV testing có sensitivity của tầm soát cao hơn của tế bào học
4. Xét về chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung, đối với một phụ nữ đã được tiêm phòng vaccine HPV, thì bà ta có thể “được lợi” gì so với khi bà ta không tiêm?
 - a. Khi đó, chỉ cần làm Pap’s test đơn thuần, không cần phải làm co-testing
 - b. Nhịp độ của làm pap’s test sẽ thưa hơn so với người không được tiêm phòng
 - ☒ c. Việc đã tiêm phòng không làm thay đổi chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung
 - d. Chiến lược tầm soát sẽ thay đổi, tuy nhiên còn tùy theo đã được tiêm loại vaccine nào
5. Kết luận như thế nào khi một phết tế bào tầm soát tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung cho kết quả là ASC-US?
 - a. Dự báo dương cao có tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung độ thấp
 - b. Dự báo dương cao có tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung
 - ☒ c. Kết quả tầm soát dương tính với tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung
 - d. Kết quả tầm soát dương tính với tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung độ thấp
6. Vaccine phòng ngừa HPV, lời khuyên/nhận định nào sau đây là chính xác?
 - ☒ a. Các cá thể dù đã nhiễm HPV trước đó, hay đã có tổn thương trong biểu mô lát vẫn nên được tiêm vaccine

- b. Cần thực hiện HPV testing trước khi tiêm để quyết định tiêm/không tiêm cũng như loại vaccine cần tiêm
 - c. Do vaccine kích hoạt miễn nhiễm nên có thể gây thoái lui tổn thương trong biểu mô lát ở một số trường hợp
 - d. Do vaccine dùng virus giảm độc lực nên trong một số ít trường hợp có thể gây ra ung thư cổ tử cung
7. So với vaccin HPV nhị giá, thì vaccine tứ giá và vaccine cửu giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm các chủng HPV nào khác (ngoài hai chủng nguy cơ cao đã được bảo vệ bởi vaccine nhị giá)?
- a. Vaccin cửu giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm 7 chủng nguy cơ thấp
 - b. Vaccin cửu giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm 7 chủng nguy cơ cao khác
 - ☒ c. Vaccin tứ giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm 2 chủng nguy cơ thấp
 - d. Vaccin tứ giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm 2 chủng nguy cơ cao khác
8. Một trường hợp AIS trên tế bào học, được sinh thiết qua soi cổ tử cung, cho kết quả là HSIL (thuật ngữ cũ: CIN3). Thái độ xử trí tiếp theo nào là thích hợp?
- a. Thực hiện HPV testing để định hướng
 - b. Phá hủy tổn thương bằng đốt/áp lạnh
 - c. Cắt bỏ tổn thương bằng vòng LEEP
 - ☒ d. Khoét chóp cổ tử cung bằng dao nguội
9. Một trường hợp HSIL trên tế bào học, được sinh thiết qua soi cổ tử cung, cho kết quả là ung thư tại chỗ (AIS). Thái độ xử trí tiếp theo nào là thích hợp?
- ☒ a. Khoét chóp cổ tử cung bằng dao nguội
 - b. Khoét chóp cổ tử cung bằng dao điện
 - c. Cắt bỏ tổn thương bằng vòng LEEP
 - d. Cắt tử cung toàn phần đơn giản
10. Một trường hợp HSIL, được xử lý bằng cắt bỏ tổn thương bằng vòng LEEP. Khảo sát mô bệnh học bệnh phẩm từ LEEP thấy có AIS ở sát bờ phẫu thuật. Thái độ xử trí tiếp theo nào là thích hợp?
- ☒ a. Khoét chóp cổ tử cung
 - b. Cắt tử cung toàn phần đơn giản
 - c. Theo dõi bằng pap's test
 - d. Theo dõi bằng co-testing

1. Vì sao ACOG 2012 khuyến cáo nên chấm dứt dùng thuật ngữ “Cervical intraepithelial lesion” (CIN), đồng thời thay chúng bằng low/high “squamous intraepithelial lesion” (LSIL/HSIL) cho cả khảo sát tế bào học lẫn mô bệnh học?

- a. Hệ thống hai bậc (two-tiered) đơn giản hơn hệ thống ba bậc (three-tiered)
- b. Bối gặp nhiều bất cập về tính tin cậy khi quản lý các tổn thương CIN 2
- c. Bối tiếp cận đầu tiên là tế bào học, nên danh pháp mô bệnh học cần tương thích
- d. Bởi các nhà thực hành đã quen với hệ thống hai bậc, nên cần thay đổi danh pháp

Bàn luận:

CIN 2 là mức tổn thương lưng lửng, có thể chuyển lên cũng có thể chuyển xuống. Với hệ thống ba bậc, việc quản lý CIN gặp nhiều khó khăn. Khi chuyển sang hệ thống hai bậc, ngoài ưu điểm thống nhất danh pháp, còn giúp dễ quản lý CIN 2 hơn khi xếp nó vào nhóm HSIL. Tuy nhiên, hệ thống 2 bậc này phải đối mặt với vấn đề: không phải CIN 2 nào cũng chuyển đến cao hơn hay thành ung thư.

Pap’s test có nhược điểm là tỉ lệ bỏ sót tổn thương cao, ngoài ra còn gặp khó khăn với ASC-US. Sau đó người ta cải thiện độ nhạy bằng cách thêm phương pháp nhuộm dịch.

Sau khi xác định mối quan hệ giữa HPV và ung thư cổ tử cung, người ta lại đề ra thêm co-testing, giúp cải thiện độ nhạy và khả năng tầm soát của Pap’s test.

Pap’s test lệ thuộc rất nhiều vào người đọc. Đọc không ra thường kết luận là ASC-US.

Việc đưa phòng ngừa HPV đại trà sẽ làm thay đổi bối cảnh của việc tầm soát. Do đó lại đề xuất thêm việc lấy HPV testing là biện pháp tầm soát sơ cấp

2. Nói về hiệu quả của các chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung khác nhau, nhận định nào sau đây là chính xác?

- a. Chiến lược tầm soát dựa trên cơ sở tế bào học có hiệu quả làm giảm tử vong do ung thư cổ tử cung
- b. Chiến lược tầm soát bằng HPV testing đơn thuần có thể được xem như một thay thế cho tế bào học
- c. Chiến lược tầm soát bằng co-testing cải thiện sensitivity của tầm soát bằng tế bào học đơn thuần
- d. Các nhận định trên về chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung liên đới với HPV cùng chính xác

Bàn luận:

“Thay thế” ở đây là alternative chứ không phải là replace. HPV test và pap’s test không thay thế nhau mà là hỗ trợ nhau.

Thầy Thương:

< 29 tuổi thì chỉ nên tầm soát bằng Pap’s test vì nhầm mắt cũng biết tuổi này tần suất mắc HPV cao nhưng lại có khả năng thanh thải mạnh. Tuổi trẻ thì HPV vào và ra liên tục, người ta chỉ sợ khi HPV ở trong cổ tử cung quá lâu (2 năm)

Còn 30 – 65 tuổi thì kết hợp thêm HPV testing vì đã có nghiên cứu: nếu xài thêm HPV test thì tỉ lệ phát hiện CIN 3/HSIL tốt hơn là Pap. Nếu thêm HPV vô thì tần suất bị dẫn ra hơn, đỡ tốn kém hơn.

Từ ung thư suy ra thì 70% có HPV, chứ không phải nhiễm HPV thì 70% sẽ hóa ung thư! Tuổi trẻ thì cứ nhiễm HPV thoải mái.

3. HPV testing có thể được sử dụng như một phương tiện tầm soát đầu tay ung thư cổ tử cung. So với tầm soát bằng PAP's test đơn thuần hay bằng co-testing, ưu thế của phương pháp tầm soát sơ cấp bằng HPV testing là gì?
 - a. HPV testing có giá trị dự báo dương mắc HSIL tốt hơn so với tế bào học
 - b. HPV testing có giá trị dự báo âm mắc HSIL tốt hơn so với tế bào học**
 - c. HPV testing có specificity của tầm soát cao hơn của tế bào học
 - d. HPV testing có sensitivity của tầm soát cao hơn của tế bào học

Bàn luận: HPV test đơn thuần giúp ta trong việc dự báo âm: nếu HPV (-) 16,18 thì ok, không phải lo. Nếu HPV test (+) với type nguy cơ cao thì phải dùng tới tế bào học. => việc đưa HPV như là phương tiện sơ cấp như là một lựa chọn thay thế cho Pap test sơ cấp là để giảm cái khả năng sai sót do người đọc pap test.

4. Xét về chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung, đối với một phụ nữ đã được tiêm phòng vaccine HPV, thì bà ta có thể “được lợi” gì so với khi bà ta không tiêm?
 - a. Khi đó, chỉ cần làm Pap's test đơn thuần, không cần phải làm co-testing
 - b. Nhịp độ của làm pap's test sẽ thưa hơn so với người không được tiêm phòng
 - c. Việc đã tiêm phòng không làm thay đổi chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung**
 - d. Chiến lược tầm soát sẽ thay đổi, tuy nhiên còn tùy theo đã được tiêm loại vaccine nào
5. Kết luận như thế nào khi một phết tế bào tầm soát tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung cho kết quả là ASC-US?
 - a. Dự báo dương cao có tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung độ thấp
 - b. Dự báo dương cao có tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung
 - c. Kết quả tầm soát dương tính với tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung**
 - d. Kết quả tầm soát dương tính với tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung độ thấp
6. Vaccine phòng ngừa HPV, lời khuyên/nhận định nào sau đây là chính xác?
 - a. Các cá thể dù đã nhiễm HPV trước đó, hay đã có tổn thương trong biểu mô lát vẫn nên được tiêm vaccine**
 - b. Cần thực hiện HPV testing trước khi tiêm để quyết định tiêm/không tiêm cũng như loại vaccine cần tiêm
 - c. Do vaccine kích hoạt miễn nhiễm nên có thể gây thoái lui tổn thương trong biểu mô lát ở một số trường hợp
 - d. Do vaccine dùng virus giảm độc lực nên trong một số ít trường hợp có thể gây ra ung thư cổ tử cung

Bàn luận:

“Người ta cho chích Vaccine trước 26 tuổi vì sau 26 tuổi hầu như đã tiếp xúc với HPV rồi. Như vậy có mâu thuẫn không, khi mà người ta lại khuyến cáo vẫn chích cho BN đã từng nhiễm HPV?”

“Nếu >26 tuổi mà chưa QHTD hoặc chưa tiếp xúc HPV thì có cần phải chích ngừa không?”

“HPV từ đâu mà ra?”

Đã từng nhiễm HPV thì vẫn tiêm được, vì vaccine bao trùm thêm được nhiều typ khác nữa. Nếu đã từng nhiễm 1 typ thì giờ bổ sung miễn dịch thêm vài typ nữa là hoàn toàn có lợi.

Trước đây người ta chọn cut-off 26 tuổi vì nó đem lại lợi ích cho cộng đồng, khi tính toán gánh nặng y tế cho cộng đồng. Tuy nhiên sau 26 tuổi thì vẫn chích được. Nhớ là phải cá thể hóa, tư vấn tất cả mọi thứ trước khi tiêm phòng.

Người ta thống kê cho đến 26 tuổi là phần lớn đã nhiễm HPV, nhà sản xuất cũng khuyến cáo dựa trên bằng chứng đó. Nhưng đó là đặc điểm dịch tễ học của Mỹ, có đặc điểm là quan hệ tình dục từ rất sớm. Khuyến cáo ACOG là dành cho Mỹ chứ không phải cho mình.

Thực tế nếu trước khi quan hệ TD lần đầu tiên thì đi chích HPV là rất tốt.

Miễn dịch do vaccine tạo ra là có nhưng không đủ để điều trị. Hiện đang nghiên cứu.

“Đối với những người đã QHTD rồi, muốn tiêm vaccine, có cần phải test xem họ đã nhiễm typ nào để biết là đã nhiễm 16,18 chưa, nếu nhiễm rồi thì khỏi chích, chưa nhiễm thì chích?”

Có thể chích luôn mà không cần định typ. Nếu có điều kiện thì chích luôn cửu giá, nghèo thì chích nhị giá. Nếu đã nhiễm typ 16,18 thì dù có chích thì cũng không làm nặng thêm. Thêm nữa là tiền định typ với tiền tiêm vaccine gần như ngang nhau :v Định typ làm gì? Chích mẹ cho rồi :v

“HPV có thể được thanh thải, nếu đã được thanh thải thì cơ thể đã có được miễn dịch không, có cần phải chích ngừa lại không?” “Khi đã thanh thải rồi thì có thể mắc lại typ đó nữa không?”

Đồng ý là khi tiếp xúc với HPV cơ thể đã có miễn dịch, tuy nhiên miễn dịch này không bền. Nếu đã nhiễm thì việc tiêm vaccine này cũng xem như là một liều nhắc lại để làm bền vững miễn dịch đã có. Ngoài ra còn cung cấp thêm miễn dịch cho các typ khác nữa. Miễn dịch tự nhiên và do chích ngừa là không giống nhau. Miễn dịch do vaccine là **đã được đo lường tính toán rất kỹ** rằng: với liều lượng kháng nguyên đủ để tạo kháng thể đủ để bảo vệ khỏi sự xảy ra HSIL trong suốt nhiều năm sau đó, chứ không phải đánh giá hiệu quả dựa vào hiệu giá kháng thể. Nhiễm tự nhiên là không có chứng cứ là đủ khả năng bảo vệ. => chích ngừa vẫn tốt hơn nhiễm tự nhiên.

Miễn là nguồn lây type đó vẫn còn thì vẫn có thể mắc lại type đó.

7. So với vaccin HPV nhị giá, thì vaccine tứ giá và vaccine cửu giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm các chủng HPV nào khác (ngoài hai chủng nguy cơ cao đã được bảo vệ bởi vaccine nhị giá)?
- Vaccin cửu giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm 7 chủng nguy cơ thấp
 - Vaccin cửu giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm 7 chủng nguy cơ cao khác
 - Vaccin tứ giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm 2 chủng nguy cơ thấp**
 - Vaccin tứ giá có thêm khả năng bảo vệ khỏi nhiễm 2 chủng nguy cơ cao khác

Bàn luận:

“Tại sao vaccine tứ giá và cửu giá lại bổ sung thêm 2 chủng nguy cơ thấp mà không phải là chủng nguy cơ cao?”

Typ 16,18 chiếm 75% tần suất mắc. 15% còn lại là do rất nhiều typ. Bây giờ thêm 2 typ vô thì biết thêm type nào đây. Hơn nữa typ 6,11 gây mụn cóc sinh dục cũng có tần suất mắc cao và gây nên mụn cóc sinh dục, đó cũng là một vấn đề của cộng đồng, không phải chỉ có ung thư cổ tử cung không => bổ sung typ 6, 11

“Nếu nhiễm một lúc vừa typ nguy cơ cao, vừa typ nguy cơ thấp thì khả năng ung thu cổ tử cung tăng cao lên không?”

Ở đây phải xét đến cơ chế sinh ung của HPV nguy cơ cao, đó là thông qua gen E6, E7. E6 gây thoái giáng p53, E7 bất hoạt pRb và từ đó không kiểm soát được tình trạng tăng sinh. Đặc điểm này không có ở typ nguy cơ thấp. => việc đồng nhiễm 2 typ nguy cơ cao và thấp là không làm tăng khả năng ung thư.

Một người có thể nhiễm cùng lúc rất nhiều typ HPV

8. Một trường hợp AIS trên tế bào học, được sinh thiết qua soi cổ tử cung, cho kết quả là HSIL (thuật ngữ cũ: CIN3). Thái độ xử trí tiếp theo nào là thích hợp?
- Thực hiện HPV testing để định hướng

- b. Phá hủy tổn thương bằng đốt/áp lạnh
 - c. Cắt bỏ tổn thương bằng vòng LEEP
 - d. **Khoét chóp cổ tử cung bằng dao nguội**
9. Một trường hợp HSIL trên tế bào học, được sinh thiết qua soi cổ tử cung, cho kết quả là ung thư tại chỗ (AIS). Thái độ xử trí tiếp theo nào là thích hợp?
- a. **Khoét chóp cổ tử cung bằng dao nguội**
 - b. Khoét chóp cổ tử cung bằng dao điện
 - c. Cắt bỏ tổn thương bằng vòng LEEP
 - d. Cắt tử cung toàn phần đơn giản
10. Một trường hợp HSIL, được xử lý bằng cắt bỏ tổn thương bằng vòng LEEP. Khảo sát mô bệnh học bệnh phẩm từ LEEP thấy có AIS ở sát bờ phẫu thuật. Thái độ xử trí tiếp theo nào là thích hợp?
- a. **Khoét chóp cổ tử cung**
 - b. Cắt tử cung toàn phần đơn giản
 - c. Theo dõi bằng pap's test
 - d. Theo dõi bằng co-testing

Bàn luận:

“See and treat” đối với HSIL liệu có an toàn không? Có thể có những tổn thương mà mình không thấy thì sao?

Chiến lược này được WHO khuyến cáo cho các nước đang phát triển, kém về điều kiện vật chất. Chưa có máy soi cổ tử cung, chỉ có acid acetic, thấy được khi soi cổ tử cung bất thường thì đốt luôn. Thà làm còn đỡ hơn không làm, nhưng có vẻ quá lạm dụng tư hình và không có tâm :v

Giữa LEEP và dao lạnh thì chọn cái nào? Lấy mô hoàn hảo hơn thì là khoét chóp bằng dao lạnh, sẽ thấy được bờ phẫu thuật tốt hơn, lấy sâu hơn. LEEP thì độ sâu không bằng nhưng độ rộng lớn hơn, bề mặt lát cắt bị cháy hết.

Về nguyên tắc nếu thấy sang thương trên soi cổ tử cung thì phải lấy sang thương đó xem nó như thế nào. Nếu sang thương không đủ để chẩn đoán thì khoét chóp.

Khi có HSIL, phải xác định xem là chỉ có HSIL hay là đã là ung thư CTC xâm lấn hay tại chỗ => khoét chóp để chẩn đoán. Nếu là HSIL hoặc ung thư cổ tử cung tại chỗ thì việc khoét chóp là đã đủ rồi. Nếu K tại chỗ + lớn tuổi + đủ con thì có thể cắt tử cung. Nếu K xâm lấn thì phải cắt tử cung, nạo hạch chậu, v.v...

APPLICATION

TÌNH HUỐNG 1: BACTERIAL VAGINOSIS.

Dùng chung cho câu 1 và câu 2.

Cô A. 25 tuổi, PARA 1001, đến khám phụ khoa định kỳ và muốn làm PAP test.

3 năm trước, Cô có làm tế bào học đơn thuần có kết quả “tế bào bình thường”.

Cô A. đang tránh thai bằng bao cao su có thuốc diệt tinh trùng.

Đặt mỏ vịt thấy một ít dịch âm đạo loãng đục, hôi

Soi tươi huyết trắng thấy rất ít Lactobacilli, đồng thời có “clue-cells”.

Cổ tử cung lộ tuyến, tái tạo không đều. Tử cung và 2 phần phụ bình thường.

Kết quả tế bào học cổ tử cung là là ASC-US.

Xử trí nào là phù hợp cho cô A.? Chọn một hành động phải thực hiện trước tiên.

☒ A. **Điều trị bacterial vaginosis**

B. ☐ Test HPV

C. ☐ Soi cổ tử cung

Trong các ngày sau đó, Cô A. đã được làm test HPV âm tính với các type nguy cơ cao.

Cô cũng đã được điều trị đầy đủ với metronidazole và viên đặt Lactobacillus crispatus. Cô A. cũng đã được soi cổ tử cung, với kết quả cổ tử cung lộ tuyến tái tạo không đồng đều, không có hình ảnh bất thường qua soi cổ tử cung.

Kế hoạch thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung của bạn cho cô A. ở lần kế đến ra sao?

Chọn một kế hoạch hợp lý nhất

A. ☐ Tế bào học đơn thuần sau 03 tháng

B. ☐ Tế bào học đơn thuần sau 06 tháng

C. ☐ Tế bào học đơn thuần sau 12 tháng

D. ☐ Co-testing sau 06 tháng

E. ☐ Co-testing sau 12 tháng

☒ F. **Co-testing sau 36 tháng**

Bàn luận:

Đây là BN có BV + tế bào học ASC-US. ASC-US lần này có thể là do HPV hoặc là do BV

Có 2 lựa chọn: làm HPV ngay hoặc điều trị BV ổn trước, sau đó thì cho làm Pap's test lại, nếu Pap's test vẫn còn bất thường thì mới làm tiếp HPV.

Tùy thuộc vào điều kiện của BN, hoàn cảnh, địa lý... mà có thể chọn phương án khác nhau, nhưng lý tưởng nhất vẫn là điều trị BV trước. Sau đó sẽ làm lại Pap's test, nếu Pap (-) thì sẽ theo dõi như phác đồ, nếu pap (+) thì làm HPV.

Nếu làm HPV ở thời điểm trước hay sau điều trị BV đều không ảnh hưởng đến kết quả HPV. Tuy nhiên không làm ngay vì trong độ tuổi trẻ như vậy thì khả năng thanh thải rất tốt, nếu làm HPV (+) thì cũng không biết là nó sẽ ở lại hay bị thanh thải tiếp. => ở độ tuổi này thì phải theo dõi bằng tế bào học.

Pap's test cổ điển: 320K (ở Từ Dũ) – độ nhạy 70%, Pap's test nhúng dịch: 420K – độ nhạy 90%

ASC-US + HPV (-) => co-testing sau 3 năm

TÌNH HUỐNG 2: CHÁY RỤI BỜ PHẪU THUẬT

Cô B. 33 tuổi, PARA 0000, đến khám để chuẩn bị cho kế hoạch mang thai. Tiền sử không ghi nhận bất thường.

Khám âm đạo khí hư đục. Mô vạt thấy cổ tử cung lộ tuyến, cham dễ chảy máu, ngoài ra không ghi nhận bất thường khác.

Cô B. được làm co-testing tầm soát ung thư cổ tử cung. Trước nay cô B. chưa thực hiện tầm soát lần nào. Kết quả tế bào học: biến đổi tế bào do viêm. HPV test cho kết quả: HPV 16 (-), HPV 18 (-), HPV (+) với type nguy cơ cao khác.

Do co-testing dương tính nên cô B. được soi cổ tử cung. Sau acid acetic có hình ảnh lát đá và chấm đáy rải rác từ các vị trí 12 giờ đến 6 giờ trên một nền AW dày. Lugol âm tính. Bấm sinh thiết dưới soi cho kết quả tổn thương trong biểu mô độ cao CIN3. Nạo kênh cổ tử cung cho kết quả tế bào tuyến lành tính.

Do tổn thương mức độ cao nên cô B. được chỉ định khoét chóp chẩn đoán sau đó. Khoét chóp được thực hiện bằng dao điện. Kết quả giải phẫu bệnh của mô khoét chóp cổ tử cung phù hợp với tổn thương biểu mô gai mức độ cao CIN3. Tổn thương nằm ở vị trí 3 giờ, ở cổ ngoài, sát phía bên trong bờ phẫu thuật (mũi tên trên hình).

Không thể đánh giá đầy đủ bờ phẫu thuật gần tổn thương do bờ bị cháy. Không thấy hiện diện của AIS trên toàn bộ chóp cổ tử cung.

Xử trí nào tiếp theo là thích hợp cho cô B.

Hãy chọn một hành động ưu tiên nhất

- ☒ A. Hẹn theo dõi bằng tế bào học
- ☐ B. Hẹn theo dõi bằng HPV test
- ☐ C. Hẹn theo dõi bằng soi cổ tử cung
- ☐ D. Hẹn theo dõi bằng nạo kênh tử cung
- ☐ E. Hẹn cắt lại bằng LEEP
- ☐ F. Hẹn cắt lại bằng dao lạnh



Bàn luận:

Cô này còn trẻ, chưa có đưa con nào hết.

Việc khoét chóp lại trên một cái chóp đã khoét là rất khó, khoét rộng và sâu hơn ở tử cung có thể gây ra tai biến sản khoa sau này.

Tổn thương này là ở cổ ngoài, nạo kênh không thấy bất thường (không ảnh hưởng đến mô tuyến), chưa thấy tổn thương ở nơi khác, mặc dù mình chưa đánh giá được bờ phẫu thuật nhưng mình cũng chưa có bằng chứng BN có những tổn thương khác => BN này cần phải theo dõi thêm nữa chứ tạm thời chưa can thiệp mạnh tay ở trường hợp này.

Rõ ràng là soi cổ tử cung có ưu thế hơn tế bào học. Vấn đề bây giờ mình thắc mắc là không biết bờ phẫu thuật còn lại có sót tổn thương hay không => soi dễ phát hiện hơn, sinh thiết đúng ngay vị trí nghi ngờ.

Khoét bằng Cold Knife có nhược điểm là chảy máu nhiều, độ sâu không rõ ràng và tùy thuộc vào tay nghề, phải có expert. Làm LEEP không hẳn là sai, có ưu điểm là cầm máu được, nó có thể được làm với những người không phải là expert.

TÌNH HUỐNG 3: MÃN KINH

Bà C. 51 tuổi, PARA 5005, đã mãn kinh 3 năm.

Đúng 2 năm trước, khi đã mãn kinh 1 năm, bà C. có được thực hiện co-testing với kết quả ASC-US và HPV (+) với type nguy cơ cao khác với 16, 18.

Do kết quả ASC-US và HPV dương tính nên bà C. đã được thực hiện soi cổ tử cung. Do cổ tử cung đã teo nên không quan sát rõ được ranh giới lát trụ. Không quan sát thấy tổn thương trên cổ tử cung. Bầm sinh thiết mù ngẫu nhiên 4 điểm trên cổ tử cung cho kết quả tổn thương mức độ thấp ở mẫu từ vị trí 12 giờ. Nạo kênh cổ tử cung ra rất ít mô, không tìm thấy tế bào ác tính.

Bà đã được hẹn theo dõi bằng tế bào học đơn thuần mỗi 6 tháng. Từ đó đến nay, tất cả các kết quả đều là tế bào viêm teo.

Lần này là lần khám thứ tư kể từ sau khi bà được soi cổ tử cung và nạo sinh thiết. Bà C. lại được làm tế bào học. Tuy nhiên, bà vừa nhận được kết quả trả về lại là ASC-US.

Hãy nhận định về những việc đã làm. Chọn một đánh giá.

- A. ☐ Người ta đã thực hiện tốt tất cả những gì phải làm
- ☒ B. **Có một vài vấn đề. Lẽ ra người ta có thể làm tốt hơn những gì đã làm**
- C. ☐ Người ta đã phạm nhiều sai lầm trong quá trình quản lý trường hợp của bà C.
Bạn sẽ làm gì với kết quả ASC-US lần này. Chọn một hành động
- D. ☐ Theo dõi tiếp tục với tế bào học hay co-testing
- E. ☒ **Soi cổ tử cung, sinh thiết dưới soi và nạo kênh tử cung lại**
- ☒ F. **Khoét chóp cổ tử cung chẩn đoán hay LEEP hay LLETZ**

Bàn luận:

Khi ASC-US và HPV (+) thì việc soi cổ tử cung là đúng, không tìm thấy tổn thương dù đã nạo cổ tử cung và sinh thiết mù thì được theo dõi sát mỗi 6 tháng là đúng. Tuy nhiên, khi đã 2 lần âm tính thì nên thả bệnh nhân ra về chương trình tầm soát bình thường chứ không nên bắt bà ta tầm soát với lịch dày như vậy nữa.

Phụ nữ mãn kinh khoét chóp, nạo kênh là rất khó do nó teo hết rồi.

Khoét chóp: có ưu điểm là biết chắc tổn thương là gì, vừa là điều trị nếu tổn thương là HSIL.

Thực tế lâm sàng ta sẽ đứng trước rất nhiều lựa chọn khi gặp 1 BN thể này chứ không phải chỉ có 3 đáp án này. Tùy vào từng trường hợp cụ thể sẽ có quyết định khác. Tốt nhất vẫn có thể soi cổ tử cung, sinh thiết và nạo kênh lại, tuy nhiên nếu động thái ta quyết liệt hơn thì sẽ cho khoét chóp bằng LEEP (vì khoét bằng dao lạnh rất khó ở BN lớn tuổi thể này).

Nếu muốn thủ thuật soi thuận lợi hơn thì có thể điều trị bằng Estrogen (tại chỗ) vài ngày (7 – 10 ngày) trước khi thực hiện soi.

TÌNH HUỐNG 5: “KHỎI BỆNH”?

Bà G. 40 tuổi, PARA 2012, hôm nay đến tái khám theo dõi LSIL.

Đúng 2 năm trước, bà G. đi khám phụ khoa định kỳ và được làm co-testing với kết quả tổn thương biểu mô gai mức độ thấp (LSIL), koilocytes (+). Test HPV (+) với type nguy cơ cao khác 16, 18. Soi cổ tử cung thấy có vết trắng dày ở vị trí 11 giờ. Bầm sinh thiết được thực hiện ở vùng AW (+) cho kết quả chuyển sản gai lành tính, không có tổn thương di sản.

6 tháng sau lần đó, bà G. được thực hiện tế bào học đơn thuần, với kết quả tầm soát âm tính với tân sinh trong biểu mô.

Hôm nay bà G. đi khám lại và được thực hiện khám và co-testing. Khám ghi nhận âm đạo có ít dịch nhầy, sạch. Cổ tử cung lộ tuyến mép trước 1 cm, với nang naboth ở vị trí 9 giờ. Không ghi nhận các bất thường khác.

Tế bào học cho kết quả biến đổi tế bào lành tính. Test HPV (-).

Bạn sẽ xử trí ra sao cho bà G. khi vấn đề LSIL đột nhiên biến mất. Hãy chọn 2 lựa chọn thích hợp (AB) và (CDEF).



Theo dõi như theo dõi cho người chưa từng có LSIL

B. ☐

Theo dõi như theo dõi cho người đang có LSIL

C. ☐

Theo dõi bằng tế bào học đơn thuần



Theo dõi bằng co-testing

E. ☐

Theo dõi bằng tế bào học và soi cổ tử cung

F. ☐

Theo dõi bằng co-testing và soi cổ tử cung

Bàn luận:

LSIS: 47% sẽ trở về bình thường.

Bà này đang được theo dõi không đúng theo phác đồ. Theo dõi sau 6 tháng mới 1 lần, mà thời điểm hiện giờ là sau 1,5 năm mới theo dõi tiếp.

Khi HPV chuyển từ (+) thành (-), vẫn có thể chuyển thành ung thư vì HPV đã tích hợp vào trong tế bào (đã có nghiên cứu, nhưng chưa có kết quả của Pap's test đi kèm). => mình tạm nghĩ ca này là đã lui về bình thường.

CIN 2 hiện đang là lấp lửng giữa LSIL và HSIL, hiện có vài Biomarker để phân loại là CIN 2 này là LSIL hay HSIL. Ở BV Ung Bướu, xét nghiệm **Biomarker p16** (500K). Nếu có p16 thì xếp vào nhóm HSIL. Từ đó mà dần thay thế hệ danh pháp CIN thành SIL.

Thậm chí CIN 3 vẫn có Biomarker để chứng minh nó thuộc nhóm LSIL.