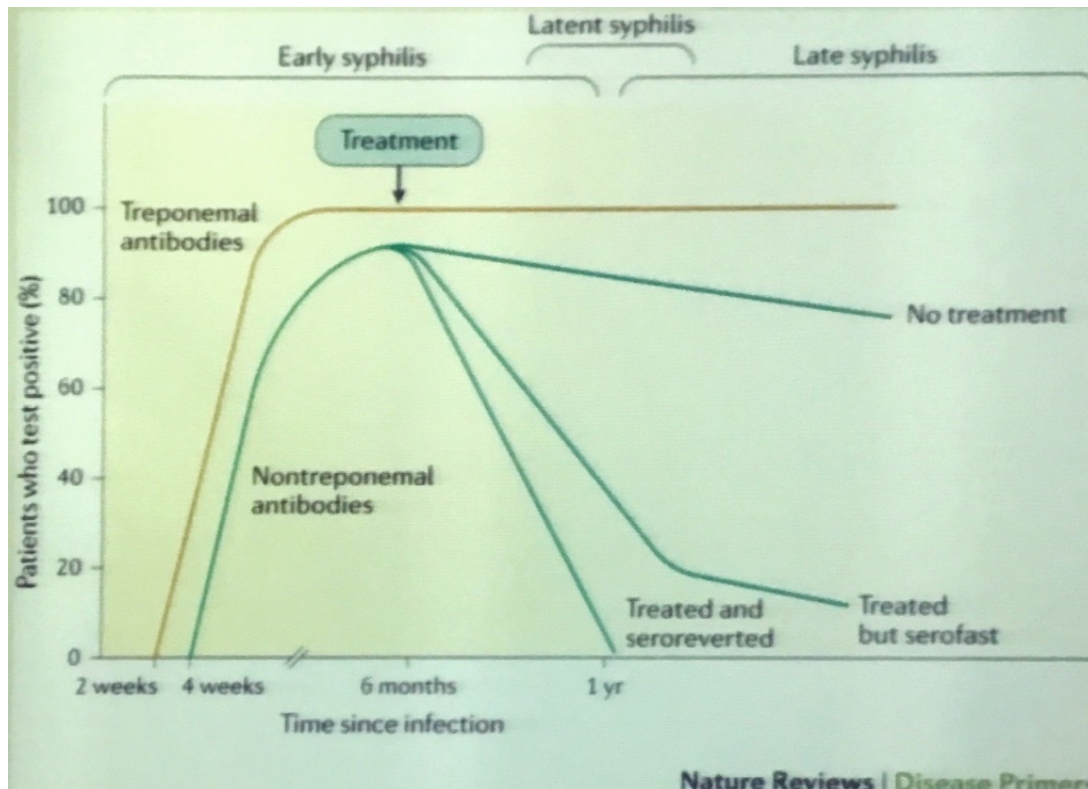


# Thầy Luân ôn tập

Tuesday, December 3, 2019 7:54 AM



VDLR - ko đồng nghĩa chưa từng nhiễm giang mai

Kể từ khi treponemo xâm nhập vào cơ thể, 2W sau trepanomal bắt đầu dương; 4W VDLR bắt đầu dương.

- TPHA dương suốt đời -> bằng chứng đã từng nhiễm giang mai, tuy nhiên không nơi được diễn tiến lúc sau đó
- VDLR thay đổi hiệu giá -> muốn biết tình trạng giang mai hiện giờ như thế nào -> làm VDLR. Nếu không điều trị 80% bn không điều trị sẽ có VDLR dương, 20% âm tính. Nếu điều trị thì VDLR sẽ giảm xuống rất nhiều và duy trì hiệu giá thấp

Chiến lược cổ điển dùng VLDR -> bỏ sót những case có điều trị r mà VDLR âm/ hoặc những case âm từ ban đầu

GTN: are composed of a spectrum of disease from benign to maglinant -> 1 phổ, chứ không xác định được nguy cơ cao hay thấp mà chỉ tiên lượng 1 tân sinh nguyên bào nuôi -> ko có quan điểm hoá dự phòng mà chỉ có hoá điều trị: khi nào cần điều trị thì mới hoá trị, ngoại trừ khi những hoàn cảnh đặc biệt không cho phép theo dõi (vd ở nhà xa). Còn vd ở thành phố -> cho hút nào thai trứng -> hút nạo thai trứng làm gpb xong tốt thì cho về, chứ không điều trị dự phòng.

FIGO 2000 staging and classification of GTN

---

**FIGO Anatomical Staging**

Stage I      Disease confined to the uterus

Stage II     GTN extends outside of the uterus, but is limited to the genital structures (adnexa, vagina, broad ligament)

Stage III    GTN extends to the lungs, with or without known genital tract involvement

Stage IV    All other metastatic sites

---

**Modified WHO Prognostic Scoring System as Adapted by FIGO**

---

Scores	0	1	3	4
Age	<40	≥40	-	-
Antecedent pregnancy	mole	abortion	term	-
Interval months from index pregnancy	<4	4-12	13-24	≥25
Pretreatment serum hCG (iu/l)	<10 <sup>5</sup>	10 <sup>5</sup> -10 <sup>6</sup>	10 <sup>6</sup> -10 <sup>7</sup>	>10 <sup>7</sup>
Largest tumor size (including uterus)	-	≤5 cm	>5 cm	-

Site or metastases	lung	spleen, kidney	gastro-intestinal	liver, brain
Number of metastases	—	1-4	5-8	>8
Previous failed chemotherapy	—	—	single drug	2 or more drugs

**Format for reporting to FIGO Annual Report.** In order to stage and allot a risk factor score, a patient's diagnosis is allocated to a stage as represented by a Roman numeral I, II, III, and IV. This is then separated by a colon from the sum of all the actual risk factor scores expressed in Arabic numerals, e.g. Stage II:4, Stage IV:9. This stage and score will be allotted for each patient.

longer, over at least a period of 2 weeks or more days 1, 7, 14.

(3) GTN is diagnosed when the hCG level remains elevated for 6 months or more.

GTN is diagnosed if there is a histological diagnosis of choriocarcinoma.

The third consensus statement regards the recommendation of investigative tools. Many new investigative tools give much better resolution and can pick up small metastasis not visible before. The prognostic implication of this small metastasis has not been thoroughly investigated. Since GTN differs from other solid tumor where cytology or histology confirmation of metastatic lesion on imaging is recommended and the implication

number of lung metastases to evaluate the risk score. Lung CT may be used.

(2) Liver metastases may be diagnosed by ultrasound or CT scanning.

(3) Brain metastases may be diagnosed by MRI or CT scanning.

The final consensus statement regards the revision of the staging of GTN (Table 1).

As mentioned before, the anatomically-based FIGO staging has its merit as shown by the study on choriocarcinoma. However, it is obviously not adequate for GTN without histological assessment. Based on current analysis, 2 modifications of the WHO scoring system were recommended to be adopted in the future.

Đọc bài gestational trophoblastic neoplasia FIGO 2000 staging and classification

U buồng trứng: trước khi qua ORADS phải thuần thực IOTA ADNEX

Tầm soát vú

3A: theo dõi

3C: buộc lòng phải sinh thiết

FNA: khảo sát tế bào học

Sinh thiết lõi: khảo sát mô học + khảo sát receptor để quyết định điều trị

4: Phải sinh thiết

Phá thai nội khoa

Thai lưu: chế tiết progesterone của lá nhau rất ít. (thai chết không có nghĩa nhau chết, nhưng trên thực tế nhau thường chết r, hoặc chế tiết rất ít)

-> ko yêu cầu mifepriston cho thai lưu, chỉ misopristol

Mife dùng để ly giải hiệu ứng của progesterone (do cạnh tranh mạnh v progesterone trên thụ thể) -> thiếu hụt

HPV vaccine

HPV rất phổ biến, type nguy cơ cao phổ biến bao nhiêu, thì type nguy cơ thấp phổ biến chừng đó. HPV là gánh nặng thực sự, chia đều cho cả nguy cơ cao (ung thư) và cả nguy cơ thấp (mụn cóc)

-> bỏ thêm 2 type nguy cơ thấp vào thành tứ giá so với nhị giá sẽ giảm tải gánh nặng y tế-> insurance và cả người bệnh sẽ hài lòng

Với trẻ trai: tứ giá là bắt buộc

Với trẻ gái: tứ giá và nhị giá là 2 lựa chọn tương đối tương đồng.

Magie sulfate: điều trị triệu chứng

Chỉ có nước Mỹ mới ủng hộ Magie sulfate thường quy. Ở châu âu 1993 ko hề có khái niệm sử dụng magie sulfate

- Nếu khống chế được huyết áp (huyết áp ở mức đích và phải ổn định), cơ hội bị sản giật là cực thấp.
- Trong khi nếu huyết áp cứ lên cứ xuống -> có cho thuốc huyết áp giật vắn cứ giật. Ở đk HV, TD kiểm soát huyết áp không tốt -> cứ cho magie sulfate để dự phòng.

Thầy luân nghĩ rằng phải cho magie sulfate dặt dè, chỉ khi nào có xác nhận tiền sản giật nặng rõ ràng, nguy cơ sản giật cao. Còn nếu xài tràn lan -> nhức nhôi vấn đề sử dụng đến khi nào ??

-> cần tìm các thông tin có tính tin cậy hơn: các chỉ số sinh hoá khác. Hiện tại cũng có các phương tiện khác giúp dự đoán nguy cơ sản giật (PIGF ratio, SFLT1 predicting and improving

clinical management of pre-eclampsia ), giúp bác sĩ tiên lượng chính xác hơn.