



## GIỚI THIỆU HỆ THỐNG ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SOI CỔ TỬ CUNG

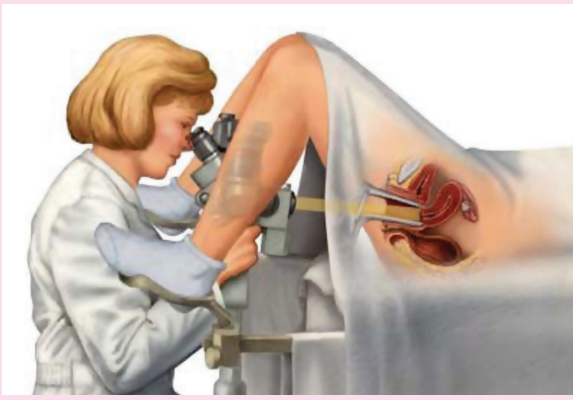
**BS. CKI. Bùi Quang Trung**

*Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Mỹ Đức*

Dù đã được cả thế giới tập trung nhiều nguồn lực, nhưng các bệnh ung thư ở phụ nữ vẫn là nguyên nhân gây ra hàng trăm nghìn lượt tử vong mỗi năm trên toàn cầu. Trong đó, ung thư cổ tử cung (CTC) vẫn còn là gánh nặng trong công tác chăm sóc sức khỏe phụ nữ trên toàn thế giới (WHO, 2014).

Trong công tác phòng chống ung thư CTC hiện nay và cả sau này, dự phòng thứ cấp vẫn luôn là một bước quan trọng, bao gồm phát hiện các tổn thương tiền ung thư và điều trị chúng. Cùng với xét nghiệm tế bào học và HPV DNA, soi CTC cũng được Bộ Y tế xác định là một công cụ quan trọng trong bước dự phòng thứ cấp ung thư CTC (Bộ Y tế, 2011).

Mặc dù xác định được vai trò quan trọng của soi CTC, nhưng những bước đầu tư cải tiến để nâng cao hiệu quả của kỹ thuật này ở nước ta gần như còn thiếu. Chưa cần nói đến những đầu tư nâng cấp kỹ thuật máy móc, ngay cả những điều đơn giản như việc đánh giá kết quả soi CTC theo một tiêu chuẩn nhất định ở nước ta cũng chưa thấy nhắc tới. Việc đánh giá chủ yếu dựa vào kinh nghiệm mỗi cá nhân, dẫn đến có sự đánh giá không đúng mức và không đồng bộ kết quả soi CTC giữa các nhà lâm sàng, giữa các trung tâm khác nhau... đưa đến nhiều khó khăn trong thực tế lâm sàng, đôi khi là điều trị quá mức và thường gây nhiều lo lắng không đáng có cho bệnh nhân.



Nhận thấy những khó khăn trong việc đánh giá hình ảnh trong soi CTC như đã phân tích ở trên, nhiều hệ thống phân chia mức độ và điểm số cho hình ảnh soi CTC đã ra đời nhằm gia tăng tính khách quan của việc đánh giá mức độ bất thường của hình ảnh soi CTC, cũng như giảm bớt đi phần nào những thay đổi có tính chủ quan lẫn khách quan. Từ đó, góp phần làm giảm đi những quyết định tiếp cận trong xử trí mang tính chủ quan cá nhân (Albert Singer, 2014).

Đến nay, đã có rất nhiều hệ thống đánh giá hình ảnh trong soi CTC khác nhau được sử dụng. Mỗi hệ thống dựa vào những tiêu chí khác nhau, cách phân loại, phân chia điểm số cũng khác nhau. Trong khuôn khổ bài viết này, chỉ xin giới thiệu hệ thống đánh giá Reid Colposcopic Index (RCI) và Reid Colposcopic Index sửa đổi (RCI sửa đổi) được sử dụng rộng rãi nhất, thường được giới thiệu trong các sách giáo khoa về soi CTC.

## REID COLPOSCOPIC INDEX

RCI được BS. Richard Reid và BS. Patricia Scalzi giới thiệu vào năm 1985 (Reid và cs., 1985) và theo các số liệu sau này thì RCI là hệ thống được sử dụng rộng rãi nhất thời đó (Albert Singer, 2014).

Hệ thống RCI tổng hợp các hình ảnh bất thường thấy được trong quá trình soi CTC vào thành 4 nhóm đặc điểm: màu sắc (sau khi bôi acid acetic), bờ và hình dạng

tổn thương, hình ảnh mạch máu, hình ảnh sau khi bôi Lugol để đánh giá (Reid và cs., 1985). Mỗi đặc điểm sẽ được cho điểm số từ 0 đến 2 tùy thuộc vào hình ảnh hiển thị trong quá trình soi CTC. Điểm 0 tương ứng với những thay đổi có giá trị tiên đoán phát triển thành tổn thương CIN thấp. Điểm 2 tương ứng với những đặc điểm gợi ý liên quan đến bất thường trong biểu mô mức độ cao. Điểm 1 tương ứng với những đặc điểm trung gian giữa những thay đổi bình thường và bệnh lý (Reid và cs., 1985).

RCI giúp chuẩn hóa kết quả soi CTC, đồng thời giúp cải thiện việc dự đoán kết quả mô học của hình ảnh tổn thương thấy được trên soi CTC (Albert Singer, 2014). Mức độ dự đoán chính xác đạt cao nhất khi tất cả các điểm số được tổng hợp lại. Điểm số tổng hợp 0-2 tương ứng với tổn thương mức độ thấp (nhiễm HPV hay CIN 1); điểm số 3-5 tương ứng với tổn thương mức độ trung bình (CIN 2); điểm số 6-8 tương ứng với CIN 2 đến CIN 3 (Reid và cs., 1985; Shakuntala, 2011). Những dữ liệu ngày đó cho thấy RCI giúp đạt được độ chính xác đến 97% trong việc dự đoán nhiễm HPV hay tổn thương trong biểu mô lát mức độ thấp (LSIL) và mức độ cao (HSIL) (Reid và cs., 1985; Apgar, 2008; Shakuntala, 2011).

Các kết quả nghiên cứu sau này cũng cho thấy áp dụng hệ thống RCI cho những kết quả khả quan. Một nghiên cứu tiền cứu được thực hiện ở Bệnh viện Đại học Tehran từ tháng 03/2004 đến tháng 10/2005 trên 344 phụ nữ soi CTC, được bấm sinh thiết dựa vào hệ thống RCI. Kết quả thu được sau đó được so sánh với kết quả của một nghiên cứu trước đó (với 353 phụ nữ) cũng được thực hiện tại đây bởi chính nhóm bác sĩ này, tuy nhiên không sử dụng hệ thống RCI trong đánh giá trước khi bấm sinh thiết (Mousavi và cs., 2007). Kết quả nghiên cứu được đăng trên Journal of Lower Genital Tract Disease cho thấy mặc dù có sự liên quan giữa ấn tượng về hình ảnh thấy được trong quá trình soi CTC và kết quả sinh thiết ( $P < 0,001$ ) ở cả 2 nhóm sử dụng và không sử dụng hệ thống RCI, tuy nhiên, ở nhóm sử dụng hệ thống RCI thì

mức độ tương quan mạnh hơn (0,74 so với 0,45). Giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng khi sử dụng hệ thống RCI để tiên đoán bất kỳ tổn thương nào ở CTC lần lượt là 92%, 70,5%, 74% và 90,7% (Mousavi và cs., 2007).

Một nghiên cứu tiến cứu khác thực hiện ở Belgaum (Ấn Độ) từ tháng 01/2008 đến tháng 06/2009 với tổng số 268 phụ nữ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm khi áp dụng hệ thống RCI đối với kết quả mô học là CIN 1 lần lượt là 88,5%, 86,2%, 77% và 93,5%. Nếu lấy ngưỡng mô học là CIN 2 thì các giá trị tương ứng là 85,2%, 99,6%, 95,8% và 98,3%. Mức độ liên quan giữa ấn tượng về hình ảnh thấy được trong quá trình soi CTC có sử dụng hệ thống RCI và kết quả sinh thiết là cao ( $k=0,73$ ) (Durdi và cs., 2009).

Tuy nhiên, theo kết quả được công bố trong nghiên cứu ASCUS LSIL Triage Study (ALTS) – một nghiên cứu rất lớn của Viện Ung thư Quốc gia của Hoa Kỳ (NCI) thì sử dụng hệ thống RCI không chính xác trong việc giúp phát hiện tân sinh trong biểu mô CTC mức độ 2/3 (CIN 2/3) như mong đợi (Ferris và cs., 2006). Nghiên cứu phân tích tổng cộng 3.549 kết quả soi CTC từ 4 trung tâm khác nhau, kết quả cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm khi áp dụng hệ thống RCI với mức điểm  $>3/6$  đối với kết quả mô học là CIN 3 trở lên lần lượt là 37,3% (95% CI 32,5-42,3%), 89,7% (88,6-90,8%), 30,8% (26,7-35,2%) và 92,1% (91,1-

93,0%). Tuy nhiên, điểm hạn chế không thể chối cãi của nghiên cứu này chính là việc loại bỏ điểm số đánh giá cho đặc điểm thứ tư, tức là hình ảnh bắt màu của CTC sau khi bôi Lugol (Ferris và cs., 2006).

## REID COLPOSCOPIC INDEX SỬA ĐỔI

Nhận thấy những điểm chưa phù hợp, hệ thống RCI sau đó được GS. Malcolm Coppleson cộng tác cùng BS. Richard Reid chỉnh sửa lại, gọi là RCI sửa đổi (Singer, 2014). Hệ thống RCI sửa đổi (Bảng 1) cũng được Tổ chức Y tế Thế giới đưa vào tài liệu giảng dạy và các đoàn hội lớn trên thế giới khuyến cáo sử dụng (Sellors, 2003).

Về cơ bản, hệ thống RCI sửa đổi cũng tương tự hệ thống RCI được sử dụng trước đó. Tuy nhiên, việc đánh giá về hình ảnh được chi tiết và rõ ràng hơn. Ngoài ra, việc phân chia mức điểm để dự đoán kết quả mô học của thương tổn cũng có chút thay đổi (Sellors, 2003). Cụ thể, với mức điểm số tổng hợp 0-2 tương ứng với CIN 1; điểm số 5-8 tương ứng với CIN 2 đến CIN 3; điểm số 3-4 tương ứng với tổn thương mức độ từ CIN 1 đến CIN 2 (Sellors, 2003; Shakuntala, 2011).

Đánh giá hiệu quả của hệ thống RCI sửa đổi, nhóm tác giả đến từ Hàn Quốc đã tiến hành một nghiên cứu lớn với kết quả được công bố trên tạp chí International Journal of Clinical Oncology vào năm 2010. Tổng số 300 phụ nữ có xét nghiệm tế bào học nghi ngờ hay bất thường hoặc có hình ảnh bất thường ở CTC được đưa vào nghiên cứu. Tất cả đều được soi CTC, được sinh thiết trực tiếp dưới hướng dẫn của soi CTC và được xét nghiệm HPV bằng phương pháp Hybrid Capture II có xác định các type HPV nguy cơ cao gây ung thư CTC. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ nhạy của xét nghiệm HPV nguy cơ cao trong việc phát hiện HSIL là 94,4%. Tuy nhiên, độ đặc hiệu chỉ là 65%, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 75,5% và 91%. Trong khi đó, nghiên cứu cho thấy việc sử dụng hệ thống RCI sửa đổi cho kết quả tốt hơn so



Bảng 1. Hệ thống RCI sửa đổi

Đặc điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Màu sắc vùng trắng	Trắng nhẹ (không đục hoàn toàn); như tuyết, sáng bóng; mờ; trong suốt; vượt quá vùng chuyển tiếp	Màu trắng xám và bề mặt sáng bóng	Trắng ngà, đục; xám
Bờ và hình dạng tổn thương	Răng cưa; góc cạnh, lõm chỏm; tổn thương phẳng với bờ không rõ ràng; nhú condyloma nhỏ hoặc nhú biểu mô nhỏ ở bề mặt	Tổn thương đều với bờ trơn láng, phẳng bao quanh	Mô ở bờ cuộn tròn, bị bong ra; có phân chia ranh giới trong vùng tổn thương (vùng trung tâm tổn thương mức độ cao, vùng rìa tổn thương mức độ thấp)
Hình ảnh mạch máu	Các mạch máu nhỏ, đồng dạng; chấm đáy mịn hay lát đá mịn; những mạch máu vượt qua khỏi ranh giới vùng chuyển tiếp; những mạch máu nhỏ ở trong nhú condyloma nhỏ hoặc tổn thương dạng nhú nhỏ	Không có mạch máu ở bề mặt tổn thương	Lát đá thô hay chấm đáy thô có ranh giới rõ ràng
Nhuộm Lugol	Dương tính: bắt màu nâu gỗ đều; âm tính (không bắt màu) đối với tổn thương $\leq 3/6$ điểm (theo 3 nhóm đặc điểm trên)	Bắt màu không đều, lốm đốm, loang lổ ở tổn thương $\geq 4/6$ điểm (theo 3 nhóm đặc điểm trên)	Âm tính đối với tổn thương $\geq 4/6$ điểm (theo 3 nhóm đặc điểm trên)

(Nguồn: IARC (2003). *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*)

với xét nghiệm HPV nguy cơ cao. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm lần lượt là 91,3%, 92,9%, 93,6% và 90,3% (Hong và cs., 2010). Các kết quả này cho thấy một cách mạnh mẽ việc sử dụng hệ thống RCI sửa đổi có thể giúp dự đoán chính xác các mức độ tổn thương mô học của biểu mô lát CTC. Việc áp dụng hệ thống này thuận tiện và khách quan hơn trong thực hành lâm sàng so với hệ thống RCI cũ.

Một nghiên cứu khác được tiến hành ở Ấn Độ với sự tham gia của tổng cộng 392 phụ nữ được khám phụ khoa

ghi nhận thấy các hình ảnh bất thường ở CTC. Các phụ nữ này sau đó được thực hiện soi CTC, được đánh giá dựa vào hệ thống RCI sửa đổi và được bấm sinh thiết trực tiếp dưới hướng dẫn của soi CTC. Với những phụ nữ có kết quả soi CTC bình thường, sẽ được bấm sinh thiết tại vùng chuyển tiếp của cả 4 góc phần tư của CTC. Kết quả cho thấy độ nhạy của soi CTC với tất cả các mức độ của tổn thương ở quanh mức 90% và gần đến 100% với tổn thương mức độ cao. Độ đặc hiệu cũng cao, lên đến 96,74% với tổn thương tương ứng mức CIN 2 - CIN 3. Tuy nhiên, độ đặc hiệu chỉ ngang mức 76,66% ở nhóm

tổn thương tương ứng mức CIN 1. Giá trị tiên đoán âm trong nghiên cứu này rất tốt, tuy nhiên, giá trị tiên đoán dương thấp, nhất là ở các nhóm tổn thương mức độ cao. Độ nhạy và độ đặc hiệu cao giúp soi CTC có thể trở thành một công cụ tốt trong việc sàng lọc ung thư CTC, nhất là ở nhóm có mức độ tổn thương cao. Tuy nhiên, độ đặc hiệu thấp ở nhóm có mức độ tổn thương thấp có thể dẫn đến việc chẩn đoán và điều trị quá mức. Qua đây, các nhà nghiên cứu khuyến cáo để việc sử dụng hệ thống RCI sửa đổi đạt được hiệu quả cao nhất trước hết cần tập trung vào yếu tố con người và cần thiết phải đưa hệ thống này vào chương trình đào tạo thống nhất (Sonali, 2014).

## KẾT LUẬN

Trên thế giới hiện đang lưu hành rất nhiều hệ thống đánh giá khác nhau ngoài hai hệ thống đánh giá được giới thiệu trong bài viết ngắn này (Shakuntala, 2011). Mỗi hệ thống có những đặc điểm riêng biệt cũng như có những ưu-nhược điểm khác nhau và sẽ được giới thiệu trong những bài viết khác trong thời gian tới.

Việc sử dụng hệ thống đánh giá nào thì tùy theo yêu cầu và chọn lựa phù hợp với thực tế của mỗi trung tâm. Tuy nhiên, theo ý kiến chủ quan của tác giả bài viết này thì việc cần làm trước hết là các trung tâm đào tạo soi CTC lớn trong nước cần đưa hệ thống đánh giá được chọn lựa phù hợp với thực tế lâm sàng nước ta vào trong giáo trình giảng dạy. Từ đó, thói quen sử dụng một hệ thống đánh giá chung sẽ phổ biến hơn việc đánh giá chủ quan theo kinh nghiệm.

Gần đây, Liên đoàn Quốc tế về Soi cổ tử cung và Bệnh lý cổ tử cung (IFCPC) cũng đưa ra bảng danh pháp mới IFCPC (2011) thay thế cho các bảng danh pháp được sử dụng trước đó. Trong đó, có nhiều thay đổi khác so với các bảng danh pháp cũ, đặc biệt đưa thêm những dấu hiệu mới rất có giá trị trong việc tiên đoán tổn thương CTC mức độ cao là dấu hiệu “inner border” và dấu hiệu “ridge” (Bornstein và cs., 2012). Tuy nhiên, đến nay các

hệ thống đánh giá đang lưu hành chưa cập nhật theo những thay đổi này. Do đó, đây có thể là một gợi ý nhỏ cho những nhà lâm sàng soi CTC ở nước ta tham gia nghiên cứu và cập nhật những hệ thống đánh giá này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Apgar Barbara S, Spitzer Mark (2008). Colposcopic assessment systems. In Reid RI (ed) Colposcopy: Principles and Practice. Saunders - Elsevier, Philadelphia.
2. Bornstein J, Bentley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, Perrotta M, Prendiville W, Russell P, Sideri M et al. (2012). Colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol*; 120:166-172.
3. Durdi GS, Sherigar BY, Dalal AM, Desai BR and Malur PR (2009). Correlation of colposcopy using Reid colposcopic index with histopathology - a prospective study. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*; 10:205-207.
4. Ferris DG and Litaker MS (2006). Prediction of cervical histologic results using an abbreviated Reid Colposcopic Index during ALTS. *Am J Obstet Gynecol*; 194:704-710.
5. Hong D, Seong W, Kim S, Lee Y and Cho Y (2010). Prediction of high-grade squamous intraepithelial lesions using the modified Reid index. *Int J Clin Oncol*; 15:65-69.
6. Hướng dẫn sàng lọc, điều trị tổn thương tiền ung thư để dự phòng thứ cấp ung thư cổ tử cung (2011). Bộ Y tế.
7. Mousavi AS, Fakour F, Gilani MM, Behtash N, Ghaemmaghami F and Karimi Zarchi M (2007). A prospective study to evaluate the correlation between Reid colposcopic index impression and biopsy histology. *J Low Genit Tract Dis*; 11:147-150.
8. Reid R and Scalzi P (1985). Genital warts and cervical cancer VII. An improved colposcopic index for differentiating benign papillomaviral infections from high-grade cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol*; 153:611-618.
9. Sellors JW RS (2003). Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual. International Agency for Research on Cancer. WHO, Lyon, France.
10. Shakuntala B (2011). Assessment and Interpretation of Abnormal Colposcopic Appearances of the Cervix. In B. Shakuntala MDB (ed) Principles and Practice of Colposcopy. Jaypee Brothers Medical Pub, New Delhi; 75-92.
11. Singer Albert AK (2014). Diagnosis of Cervical Precancer: Use of colposcopy. In Albert Singer AK (ed) Singer & Monaghan's Cervical and Lower Genital Tract Precancer: Diagnosis and Treatment, 3rd edition. Wiley-Blackwell, UK; 76-135.
12. Sonali Deshpande YK, Smita Andurkar, Suvarna Dahitankar (2014). Role of Colposcopy using Modified Reids Index in Screening of Cervical Cancer in Women with Abnormal Cervix on Naked Eye Examination. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*; 3:902-990.
13. WHO (2014). Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice, 2nd edition.