

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 58

THAI KỲ & CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 58 – QUÝ II/2021

THAI KỲ VÀ CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA

- 4 Thay đổi chức năng tuyến giáp trong thai kỳ
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 7 Điều trị cường giáp trong thai kỳ
TS. Lê Thị Thu Hà
- 13 Tổng quan chẩn đoán và xử trí suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ
BS. Phạm Thị Mỹ Tú
- 18 Viêm giáp tự miễn và thai kỳ
BS. Trần Thị Thu Vân
- 22 Tăng huyết áp áo choàng trắng trong thai kỳ cùng những hệ lụy ở thai phụ và thai nhi
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 25 Tiền sản giật – Một dạng hội chứng tim mạch loại 5 chưa được công nhận trong sức khỏe tim mạch của phụ nữ
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 29 Góc nhìn toàn diện về đái tháo đường thai kỳ
BS. Trần Thế Hùng
- 32 Nguy cơ thai nhỏ so với tuổi thai và thai chậm tăng trưởng trong tử cung trên phụ nữ đái tháo đường mạn tính
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 35 Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính của thai kỳ
BS. Tô Mỹ Anh, BS. Huỳnh Mạnh Tiến
- 40 Tiếp cận Hội chứng Cushing trên thai kỳ
BS. Phạm Trần Hồng Vân, BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Cập nhật các nghiên cứu mới nhất trong xử trí đạ sảy thai
TS. BS. Lê Quang Thanh
- 47 Mối liên quan giữa hội chứng buồng trứng đa nang và hoạt động não bộ
BS. Trần Thái Hữu Lộc và cộng sự
- 50 Chuẩn bị trước mang thai cho bệnh nhân có Lupus ban đỏ hệ thống
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 56 Thai già tháng
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 Bất sản thể chai – chẩn đoán và tiên lượng
ThS. BS. Cao Thị Mai Phương, BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 67 Điều trị hỗ trợ sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân có hội chứng Turner
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 73 Xét nghiệm bộ ba endometrio: Một góc nhìn tổng quát về nội mạc tử cung ở những bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 79 Trẻ sinh ra từ chỉnh sửa gen bằng CRISPR/CAS9: cơ hội và thách thức của hướng ứng dụng mới này trong hỗ trợ sinh sản
KS. Trương Văn Hải, ThS. Huỳnh Trọng Kha
- 84 Tinh hoàn không xuống và vô sinh
BS. Võ Văn Cường và cộng sự
- 89 *Hỏi - Đáp lâm sàng*
- 92 *Journal Club*
- Hoạt động thể chất – tập thể dục khi mang thai và sau sinh
 - Tiếp cận bạch cầu trong tinh dịch
 - Chỉ định chấm dứt thai kỳ giai đoạn non tháng muộn và vừa đủ tháng

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021
Chủ đề “**Tiền sản giật – Sản giật**”
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021



Y học sinh sản tập 61 – Quý I/2022
Chủ đề “**Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản**”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2021



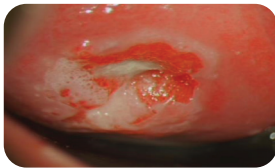
HỎI – ĐÁP LÂM SÀNG

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng, BS. Nguyễn Thành Nam

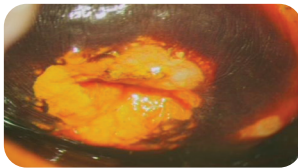
Bệnh viện Mỹ Đức



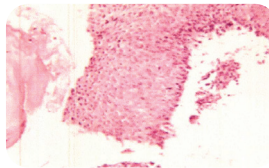
Chị Đ. được chỉ định tầm soát ung thư cổ tử cung (CTC) trước chuyển phôi. Kết quả: PAP's liquid: “**Tổn thương tế bào gai có ý nghĩa không xác định**”, HPV: “**Đương tính chủng 33 và 16**”, soi CTC và bấm sinh thiết có kết quả như hình dưới đây. Bạn hãy cho biết chẩn đoán sơ bộ và hướng xử trí tiếp theo cho trường hợp của chị Đ.?



Hình 1. Hình ảnh cổ tử cung sau acid acetic.



Hình 2. Hình ảnh cổ tử cung sau Lugol.



Hình 3. Hình ảnh mô học của các tế bào mô cổ tử cung sau sinh thiết.



CHẨN ĐOÁN

Đại thể

- Sau acid acetic 3%: ghi nhận vùng acetowhite (biểu mô trắng) ở vị trí 8 giờ.
- Sau Lugol 1%: vùng rìa ngoài CTC (biểu mô lát) bắt màu nâu đen là màu của dung dịch Lugol. Vùng trung tâm không bắt màu là vùng tế bào tuyến, có nguy cơ tân sinh trong biểu mô CTC.

Kết quả mô học mẫu mô sinh thiết khi soi CTC

- Đây là trường hợp **tân sinh trong biểu mô cổ tử cung độ 2** (Cervical intra-epithelial neoplasia 2, CIN 2) theo Hệ thống phân loại Bethesda 2001^[1].
- Đặc điểm mô học: Lớp thượng mô cổ tử cung tăng sản với các tế bào đa dạng, nhân lớn, dị dạng và tăng sắc. Các tế bào sắp xếp mất tính phân cực ngang và xếp theo chiều dọc ở 2/3 dưới của thượng mô.
- Theo thống kê của Ostor và cộng sự (năm 1993), tổn thương CIN 2 có thể có diễn tiến tự nhiên như sau:

- Thoái triển: 43%
- Tồn tại: 35%
- Tiến triển thành CIN 3: 22%, trong đó có 5% tiến triển thành ung thư CTC xâm lấn.

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Điều trị tổn thương CIN 2 có kèm nhiễm HPV chủng 16 và chủng 33, PAP bất thường **rất khác** so với điều trị tổn thương CIN 2 thông thường (không kèm nhiễm HPV chủng nguy cơ cao + không có bất thường biểu mô), cụ thể:

- **Không** phải tất cả các trường hợp CIN 2 đều cần phải điều trị ngay. Theo đồng thuận về Thuật ngữ Tế bào gai vùng hậu môn – sinh dục 2015 (The lower anogenital squamous terminology standardization project, LAST), tổn thương CIN 2 có thể được phân tầng nguy cơ sâu hơn nữa theo sự biểu hiện gen $p16^{INK4}$ xác định bằng kỹ thuật nhuộm hóa mô miễn dịch. Tổn thương có sự biểu hiện quá mức gen $p16^{INK4}$ cần được điều trị ngay lập tức trong khi các tổn thương khác có thể tiếp tục theo dõi thêm^[2]. Ở trường hợp này, do kèm nhiễm HPV chủng 16 và chủng 33 nên tổn thương CIN 2 được đánh

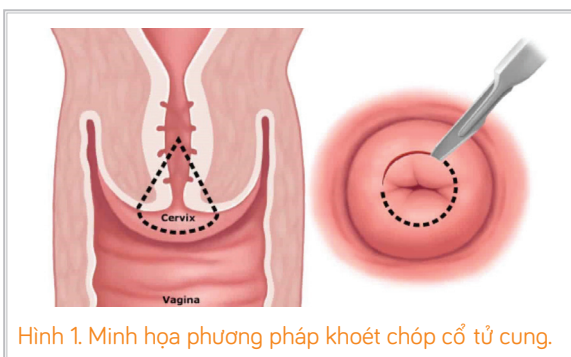
giá là có nguy cơ cao, **nên điều trị ngay**.

– Có 2 phương pháp phẫu thuật điều trị CIN 2 là hủy mô (ablative technique) và khoét chóp CTC (conization). Tuy nhiên, **không** sử dụng các kỹ thuật hủy mô ở trường hợp này do tổn thương nguy cơ cao, kỹ thuật hủy mô không cho phép lấy mẫu bệnh phẩm để phân tích giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Do đó, phương án phù hợp cho bệnh nhân này chỉ là **khoét chóp CTC**.

– Có **2 phương pháp** khoét chóp CTC là sử dụng vòng LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) hoặc sử dụng dao mổ (cold knife conization, CKC). Vòng LEEP có nhược điểm là thường không cắt đủ rộng, và khó đạt được sự kiểm soát thích hợp về độ sâu của vết cắt. Khoét chóp CTC bằng dao lạnh tránh tạo ra các tác dụng phụ của nhiệt độ lên mẫu bệnh phẩm, do đó cho phép đánh giá mô bệnh học tốt hơn so với vòng LEEP. Do đó, ưu tiên chọn lựa **khoét chóp CTC bằng dao lạnh**.

– Khi khoét chóp CTC bằng dao lạnh, phải **chú ý**:

- Phải lấy toàn bộ vùng chuyển tiếp, **VÀ**
- Phải lấy được toàn bộ tổn thương, chú ý vết trắng ở đâu thì phải lấy hết tới đó, **VÀ**
- Bờ phẫu thuật phải cách bờ tổn thương tối thiểu từ 3 – 5 mm.



Hình 1. Minh họa phương pháp khoét chóp cổ tử cung.

ĐÁNH GIÁ VÀ THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

Xem xét kết quả mô bệnh học sau điều trị CIN là quan trọng vì trong một số trường hợp, bệnh nhân cần phải điều trị thêm hoặc có chế độ theo dõi sát hơn.

– **Trường hợp 1: Nếu phát hiện ung thư CTC**

giai đoạn II (FIGO 2018) trở lên, cần hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa Ung bướu phụ khoa để đưa ra hướng xử trí, có thể cần phải xạ trị trước phẫu thuật.

– **Trường hợp 2: Ung thư CTC giai đoạn IB** (FIGO 2018) có chỉ định cắt hoàn toàn tử cung rộng và nạo hạch bạch huyết 2 bên (có thể kèm xạ trị bổ trợ) và mang thai hộ sau đó.

– **Trường hợp 3: Ung thư CTC giai đoạn IA (thể vi xâm nhiễm)** (FIGO 2018) có chỉ định cắt hoàn toàn tử cung. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân còn mong muốn mang thai, có thể cân nhắc phẫu thuật bảo tồn khả năng sinh sản bằng cách **cắt đoạn CTC** (cervical amputation) và chuyển phôi cho bệnh nhân mang thai sau đó.

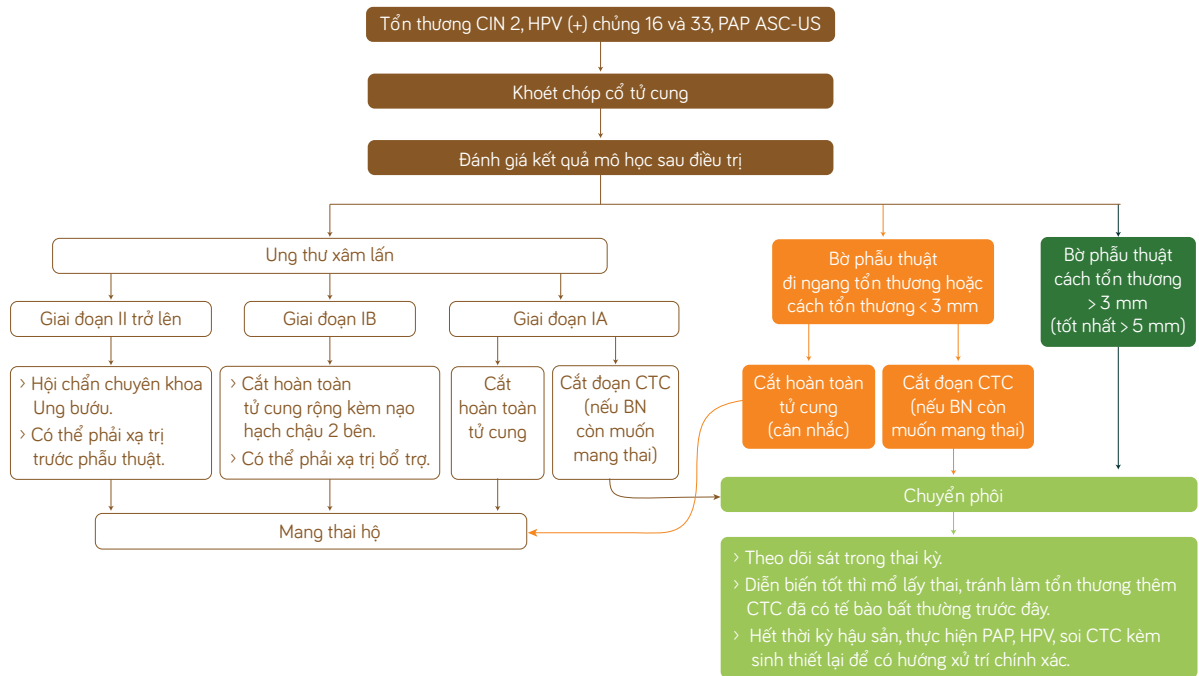
– **Trường hợp 4:** Nếu khoét chóp bằng dao lạnh đi ngang qua tổn thương hoặc cách bờ phẫu thuật quá gần (**<3 mm**), bệnh nhân có thể cần lặp lại phẫu thuật (cắt hoàn toàn tử cung hoặc cân nhắc cắt đoạn CTC nếu bệnh nhân vẫn muốn mang thai).

– **Trường hợp 5:** Khi bờ phẫu thuật cách tổn thương **>3 mm** (tốt nhất **>5 mm**), bệnh nhân được cho phép mang thai sau đó. Trong quá trình theo dõi thai, phải đặt mỏ vịt xem CTC mỗi lần khám. Ngoài ra, phải phối hợp xét nghiệm PAP và soi CTC khi mang thai nếu nghi ngờ ung thư, mặc dù biết rằng khi mang thai, theo sinh lý tự nhiên biểu mô CTC có xu hướng trở nên tăng sinh nhiều hơn.

Nên chọn lựa phương pháp chấm dứt thai kỳ là mổ lấy thai để tránh làm tổn thương thêm CTC đã có tế bào bất thường trước đây. Hết thời kỳ hậu sản, phải làm PAP, HPV và soi CTC kèm sinh thiết lại để có hướng xử trí chính xác tiếp theo^[4].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

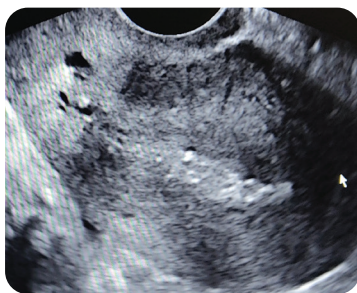
1. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda System: Terminology for reporting results of cervical cytology. J Am Med Assoc. 2002;287(16):2114-2119. doi:10.1001/jama.287.16.2114
2. Clinton LK, Miyazaki K, Ayabe A, Davis J, Tauchi-Nishi P, Shimizu D. The LAST guidelines in clinical practice: Implementing recommendations for p16 use. Am J Clin Pathol. 2015;144(6):844-849. doi:10.1309/AJCPULP7XD8OQYY
3. Stein EB, Hansen JM, Maturen KE. Fertility-Sparing Approaches in Gynecologic Oncology: Role of Imaging in Treatment Planning. Radiol Clin North Am. 2020;58(2):401-412. doi:10.1016/j.rcl.2019.10.006
4. Basu P, Taghavi K, Hu SY, Mogri S, Joshi S. Management of cervical premalignant lesions. Curr Probl Cancer. 2018;42(2):129-136. doi:10.1016/j.crrprobcancer.2018.01.010.



Hình 2. Lưu đồ xử trí tổn thương CIN 2, HPV (+) chủng 16 và 33, PAP ASC-US.



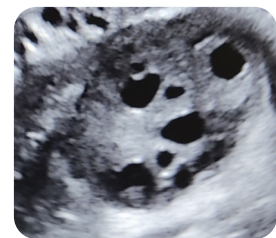
Chị L.T.N., sinh năm 1984, PARA 0020, thực hiện kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm tại IVFMD, Bệnh viện Mỹ Đức từ tháng 4/2019, được tổng cộng 14 phôi trữ ngày 5. Chị N. đã chuyển phôi 2 lần (tháng 7/2019 và tháng 9/2019), kết quả 2 lần chị đều bị sảy thai sinh hóa. Chị quyết định tạm ngưng điều trị một thời gian. Ngày 6/4/2021, chị N. quay lại BV Mỹ Đức, mong muốn được chuẩn bị nội mạc tử cung để chuyển phôi trữ (kinh chót 30/3/2021, kinh áp chót 11/2/2021). Được biết, chu kỳ kinh nguyệt của chị N. không đều, thông thường khoảng 3 – 4 tháng mới có kinh một lần, không sử dụng thuốc. Chị N. cao 157 cm, nặng 57 kg, không ghi nhận tiền sử bệnh lý nội khoa nào trước đây. Dưới đây là hình ảnh siêu âm phụ khoa của chị N.



Tử cung và nội mạc tử cung.



Buồng trứng (P).



Buồng trứng (T).

Chẩn đoán sơ bộ của bạn là gì? Có nên chuẩn bị nội mạc tử cung để chuyển phôi trữ cho chị N. hay không?

Quý độc giả vui lòng đóng góp câu trả lời qua địa chỉ mail: vanphong@hosrem.vn.

Đáp án sẽ được tiết lộ ở nội san Y học sinh sản số 59.