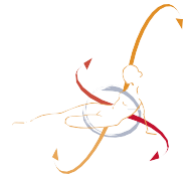


**SỔ TAY
HƯỚNG DẪN
ĐIỀU TRỊ
UNG THƯ
CỔ TỬ CUNG**





UNGBUOUPHUKHOA





SỔ TAY HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

dựa trên

Hướng dẫn của ESGO-ESTRO-ESP về điều trị
bệnh nhân ung thư cổ tử cung

ESGO xin chân thành cảm ơn Nhóm phát triển quốc tế về sự lao động liên tục và đã hoàn thiện hướng dẫn này cho những bệnh nhân Ung thư cổ tử cung (xem bên dưới). ESGO cũng rất biết ơn đến 159 nhà phê bình quốc tế từ bên ngoài về sự tham gia của họ (danh sách có sẵn trên trang web của ESGO).

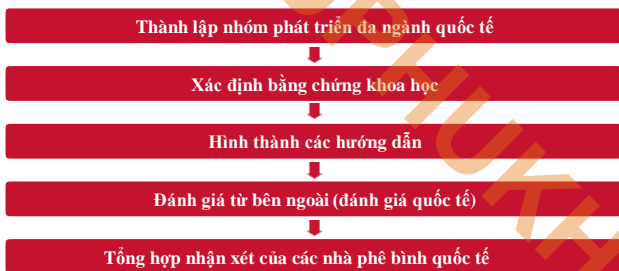
ESGO cũng mong muốn bày tỏ lòng biết ơn chân thành đến Viện Ung thư Quốc gia (Pháp) đã tài trợ chính cho công trình này.

Name	Specialty	Affiliation
David Cibula	Surgeon (chair)	Gynecologic Oncology Center, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Prague (Czech Republic)
RichardPötter	Radiationoncologist (chair)	Vienna General Hospital, Vienna (Austria) Maria
RosariaRaspollini	Pathologist (chair)	University Hospital, Careggi - Florence (Italy)
FrançoisPlanchamp	Methodologist	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Elisabeth Avall-Lundqvist	Medical oncologist	Linköping University, Linköping (Sweden)
DanielaFischerova	Radiologist	Gynecologic Oncology Center, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Prague (Czech Republic)
ChristineHaie Meder	Radiation oncologist	Institut Gustave Roussy, Villejuif (France)
ChristhardtKöhler	Surgeon	Asklepios Hamburg Altona and University of Cologne, Medical Faculty, Cologne (Germany)
Fabio Landoni	Surgeon	University of Milan Bicocca, Monza (Italy)
Sigurd Lax	Pathologist	General Hospital Graz Sued-West, Graz (Austria)
Jacob Christian Lindegaard	Radiation oncologist	Aarhus University, Aarhus (Denmark)
Umesh Mahantshetty	Radiation oncologist	Tata Memorial Hospital, Mumbai (India)
PatriceMathevet	Surgeon	Lausanne University, Lausanne (Switzerland)
W Glenn McCluggage	Pathologist	Belfast Health And Social Care Trust, Belfast (United Kingdom)
Mary McCormack	Medical oncologist	University College Hospital London, London (United Kingdom) Raj
Naik	Surgeon	Queen Elizabeth Hospital, Gateshead (United Kingdom) Remi
Nout	Radiation oncologist	Leiden University, Leiden (Netherlands)
Sandro Pignata	Medical oncologist	Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "FondazioneG Pascale", IRCCS, Naples, (Italy)
Jordi Ponce	Surgeon	University Hospital of Bellvitge (IDIBELL), Barcelona (Spain)
Denis Querleu	Surgeon	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Francesco Raspagliesi	Surgeon	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milan (Italy)
Alexandros Rodolakis	Surgeon	Athens University, Athens (Greece)
Karl Tamussino	Surgeon	Medical University of Graz, Graz (Austria)
Pauline Wimberger	Surgeon	Dresden University, TU Dresden, Dresden (Germany)

Mặc dù có sự tiến bộ đáng kể trong việc sàng lọc, phát hiện và điều trị tổn thương cổ tử cung xâm lấn, ung thư cổ tử cung xâm lấn là ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ châu Âu. Có sự khác biệt lớn ở châu Âu và trên toàn thế giới về tỷ lệ mắc, quản lý và tỷ lệ tử vong của ung thư cổ tử cung¹.

Hiệp hội Ung thư phụ khoa Châu Âu (ESGO), Hiệp hội Xạ trị và Ung thư Châu Âu (ESTRO), và Hiệp hội Giải phẫu bệnh Châu Âu (ESP) đã cùng nhau phát triển các hướng dẫn dựa trên bằng chứng và lâm sàng về xếp giai đoạn Ung thư cổ tử cung, điều trị và theo dõi cho bệnh nhân cổ tử cung. Điều trị bao gồm điều trị bảo tồn chức năng sinh sản, giai đoạn T1a, T1b1 / T2a1, ung thư cổ tử cung chẩn đoán sau khi cắt tử cung đơn giản, ung thư cổ tử cung tiên triển tại chỗ tại vùng, bệnh di căn xa, ung thư cổ tử cung trong thai kỳ và bệnh tái phát. Nguyên tắc xạ trị và đánh giá bệnh lý cũng đã được xác định.

Quá trình 5 bước để cho ra đời những hướng dẫn này:



Mục tiêu của các hướng dẫn này là hoàn thiện và thống nhất việc điều trị bệnh nhân ung thư cổ tử cung trong một chiến lược đa mô thức. Những hướng dẫn này được sử dụng bởi các chuyên gia ung thư phụ khoa, bác sĩ phụ khoa, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ xạ trị ung thư, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ hóa trị ung thư, bác sĩ xạ trị, bác sĩ tổng quát, đội chăm sóc giảm nhẹ và các chuyên gia y tế.

Những hướng dẫn này không bao gồm điều trị ung thư cổ tử cung loại thần kinh nội tiết, sarcom và các loại mô học hiếm gặp khác. Nó cũng không bao gồm bất kỳ phân tích kinh tế nào về chiến lược điều trị. Bất kỳ bác sĩ nào áp dụng hoặc tham khảo các hướng dẫn này sẽ phải có sự phán đoán y tế độc lập, tùy thuộc vào các yếu tố lâm sàng riêng biệt của từng bệnh nhân để xác định bất kỳ sự chăm sóc hoặc điều trị nào cho bệnh nhân.

¹ Ferlay, J., et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 49, 1374-1403 (2013)



Để đảm bảo các khuyến cáo điều trị dựa trên chứng cứ, Y văn hiện tại đã được xem xét và đánh giá nghiêm túc. Một tổng quan y văn toàn diện về các công trình nghiên cứu từ tháng 1 năm 1997 đến tháng 1 năm 2017 đã được thực hiện.

Nếu phương pháp tiếp cận là phương thức WAL, thì nó vẫn được chỉ định là đối tượng đề thảo luận và hoặc đánh giá. Trong trường hợp không có bằng chứng khoa học rõ ràng, quyết định được đưa ra dựa trên kinh nghiệm của các chuyên gia và sự đồng thuận của nhóm soạn thảo.

Hướng dẫn này có năm mức “Độ mạnh của hướng dẫn” (SIGN grading system²):

- A Có ít nhất một phân tích tổng hợp, đánh giá hệ thống hay thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng được đánh giá 1++, và có thể áp dụng trực tiếp cho dân số mục tiêu; hoặc Một nhóm bằng chứng bao gồm các nghiên cứu được đánh giá 1+, có thể áp dụng trực tiếp cho dân số mục tiêu, và thể hiện tính nhất quán tổng thể của kết quả
 - B Một nhóm bằng chứng bao gồm các nghiên cứu được đánh giá 2++, có thể áp dụng trực tiếp cho dân số mục tiêu, và thể hiện tính nhất quán tổng thể của kết quả; hoặc Bảng chứng ngoại suy từ các nghiên cứu được đánh giá 1++ or 1+
 - C Một nhóm bằng chứng bao gồm các nghiên cứu được đánh giá 2+, có thể áp dụng trực tiếp cho dân số mục tiêu, và thể hiện tính nhất quán tổng thể của kết quả; or Bảng chứng ngoại suy từ các nghiên cứu được đánh giá 2++
 - D Bảng chứng mức độ 3 hay 4; hoặc Bảng chứng ngoại suy từ các nghiên cứu được đánh giá 2+
- ✓ Khuyến cáo thực hành tốt nhất dựa trên kinh nghiệm lâm sàng của nhóm soạn thảo hướng dẫn

1++ phân tích tổng hợp, đánh giá hệ thống hay thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng chất lượng cao với rủi ro sai lệch thấp, 1+ phân tích tổng hợp, đánh giá hệ thống hay thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng được tiến hành tốt với rủi ro sai lệch thấp, 2++ đánh giá hệ thống chất lượng cao về nghiên cứu bệnh chứng hay nghiên cứu đoàn hệ/nghiên cứu bệnh chứng chất lượng cao hay nghiên cứu đoàn hệ với nguy cơ gây nhầm lẫn hay sai lệch rất thấp và khả năng cao là quan hệ nhân quả, 2+ nghiên cứu bệnh chứng hay nghiên cứu đoàn hệ thực hiện tốt với nguy cơ gây nhầm lẫn hay sai lệch thấp và khả năng trung bình là quan hệ nhân quả, 3 nghiên cứu không phân tích, như báo cáo ca lâm sàng, loạt ca, 4 ý kiến chuyên gia.

² <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>



NỘI DUNG:

Khuyến cáo chung.....	8
Xếp giai đoạn.....	8
Điều trị giai đoạn T1a.....	12
Điều trị giai đoạn T1b1/T2a1.....	14
Điều trị bảo tồn chức năng sinh sản.....	18
Xử trí khi phát hiện Ung thư cổ tử cung sau cắt tử cung đơn giản.....	20
Điều trị bệnh giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng.....	22
Điều trị khi bệnh đã di căn xa ngay từ lúc chẩn đoán.....	24
Bệnh tái phát.....	25
Theo dõi.....	29
Ung thư cổ tử cung trong thai kỳ.....	32
Những nguyên tắc Xạ trị.....	34
Những nguyên tắc đánh giá Giải phẫu bệnh.....	39

KHUYẾN CÁO CHUNG

- ✓ Kế hoạch điều trị cần được thực hiện thông qua hội đồng hội chẩn và dựa trên kiến thức toàn diện và chính xác về tiên lượng và các yếu tố dự đoán về kết cục bệnh lý ung thư, biến chứng và chất lượng sống.
- ✓ Bệnh nhân nên được tư vấn cẩn thận về kế hoạch điều trị được đề xuất, và các phương pháp điều trị thay thế khác, bao gồm cả nguy cơ và lợi ích của tất cả các phương pháp.
- ✓ Việc điều trị nên được thực hiện bởi 1 đội ngũ chuyên gia chuyên chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ung thư phụ khoa.

XẾP GIAI ĐOẠN

Xếp giai đoạn theo FIGO và phân loại TNM

- ✓ Bệnh nhân Ung thư cổ tử cung nên được xếp giai đoạn theo phân loại TNM. Xếp giai đoạn lâm sàng (FIGO) cũng nên được ghi nhận lại (*Bảng 1*).
- C** TNM nên dựa trên mối tương quan của nhiều phương thức đánh giá (bao gồm khám lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh) sau khi hội chẩn.
- ✓ Ghi nhận lại phương pháp được sử dụng để đánh giá các yếu tố bướu (T), tình trạng hạch (N) và di căn xa như lâm sàng (c - clinical), hình ảnh học (i - imaging) và/hoặc giải phẫu bệnh (p - pathological).
- ✓ Di căn hạch nên được phân loại theo TNM (Xem phần Những nguyên tắc đánh giá Giải phẫu bệnh).

Bảng 1. Xếp giai đoạn FIGO và phân loại TNM

Phân loại T ³ GD FIGO*		Định nghĩa
TX		Không đánh giá được bướu nguyên phát
T0		Không có bằng chứng về bướu nguyên phát
T1	I	Bướu khu trú ở tử cung(chưa lan đến cơ tử cung)
T1a	IA	Carcinom xâm lấn xác định trên vi thể. Xâm lấn mô mềm tối đa 5.0 mm chiều sâu từ màng đáy và rộng dưới 7.0 mm, xâm lấn khoang mạch máu, mạch máu hay mạch bạch huyết không ảnh hưởng đến phân loại.
T1a1	IA1	Xâm lấn mô mềm dưới 3.0mm, rộng ≤ 7mm
T1a2	IA2	Xâm lấn mô mềm trên 3.0mm và không quá 5.0mm, rộng ≤ 7mm
T1b	IB	Sang thương khu trú ở cổ tử cung thấy được trên lâm sàng hay sang thương vi thể lớn hơn T1a2/IA2. Bao gồm tất cả sang thương đại thể, kể cả xâm lấn sâu
T1b1	IB1	Sang thương thấy được trên lâm sàng ≤ 4.0 cm đường kính lớn nhất
T1b2	IB2	Sang thương thấy được trên lâm sàng > 4.0 cm đường kính lớn nhất
T2	II	Bướu ra ngoài tử cung nhưng chưa lan đến vách chậu hay 1/3 dưới âm đạo
T2a	IIA	Chưa xâm lấn chu cung
T2a1	IIA1	Sang thương thấy được trên lâm sàng ≤ 4.0 cm đường kính lớn nhất
T2a2	IIA2	Sang thương thấy được trên lâm sàng > 4.0 cm đường kính lớn nhất
T2b	IIB	Bướu xâm lấn chu cung
T3	III	Bướu xâm lấn đến vách chậu* và/hoặc lan đến 1/3 dưới âm đạo gây thận mất nước hay thận mất chức năng
T3a	IIIA	Bướu lan đến 1/3 dưới âm đạo nhưng chưa đến vách chậu
T3b	IIIB	Bướu xâm lấn đến vách chậu và/hoặc gây thận mất nước hay thận mất chức năng
T4	IVA	Bướu xâm lấn niêm mạc bàng quang hay trực tràng và/hoặc lan ra ngoài khung chậu (phủ bóng nước không đủ đánh giá bướu T4)
	IVB	Di căn xa

*Vách chậu được xác định là cơ, gân, cấu trúc thần kinh mạch máu và phần xương của xương chậu.

3 Union for International Cancer Control (UICC), 8th edition of the UICC TNM classification of malignant tumours (2016).

4 Pecorelli, S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 105, 103-104 (2009).

Pecorelli, S., Zigliani, L. & Odicino, F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet* 105, 107-108 (2009).

Pecorelli, S. Corrigendum to „Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 108, 176 (2010).

Các yếu tố tiên lượng

Ghi chép chính xác về những yếu tố tiên lượng chính liên quan đến bước dưới đây được khuyến cáo:

B

- Giai đoạn theo TNM và FIGO, bao gồm kích thước bướu tối đa, mô tả chi tiết bướu lan rộng ra khỏi cổ tử cung, và các yếu tố liên quan đến hạch (số lượng, kích thước, vị trí).
- Loại mô học .
- Độ sâu xâm lấn mô đệm và bề dày tối thiểu của phần mô đệm không bị xâm lấn.
- Có xâm lấn khoang mạch máu – bạch huyết (LVSI) hay không.
- Có di căn xa hay không.

Khám lâm sàng và hình ảnh học

✓

Khám phụ khoa và sinh thiết +/- soi cổ tử cung là bắt buộc để chẩn đoán ung thư cổ tử cung.

B

MRI là phương tiện đầu tiên để đánh giá sự lan rộng của bướu vùng chậu và hướng dẫn điều trị

✓

Siêu âm ngã âm đạo/trực tràng là lựa chọn nếu được thực hiện bởi bác sĩ siêu âm có kinh nghiệm

✓

Có thể soi bàng quang hay trực tràng có thể đề sinh thiết nếu có sang thương nghi ngờ ở bàng quang hay trực tràng được ghi nhận trên MRI hay siêu âm.

Đánh giá di căn hạch / di căn xa

B

Giai đoạn sớm (T1a, T1b1, T2a1): đánh giá hạch chậu bằng phẫu thuật là tiêu chuẩn vàng để tiên lượng và hướng dẫn điều trị (ngoại trừ T1a1 & LVSI(-)).

B

Giai đoạn tiến xa (T1b2 trở lên, ngoại trừ T2a1) hoặc giai đoạn sớm nhưng nghi ngờ di căn hạch qua chẩn đoán hình ảnh: khuyến cáo PET-CT hoặc CT ngực/bụng để đánh giá di căn hạch và di căn xa.

B

PET-CT được ưu tiên lựa chọn để lập kế hoạch điều trị trước khi hóa – xạ trịệt đê.

C

Nạo hạch cạnh Động mạch chủ (ĐMC) ít nhất đến động mạch mạc treo tràng dưới (IMA) có thể được cân nhắc trong trường hợp bệnh tiến xa tại chỗ mà không có nghi ngờ di căn hạch cạnh ĐMC trên hình ảnh (để đánh giá giai đoạn).

✓

Nếu nghi ngờ bệnh lan ra ngoài tử cung thì cần sinh thiết để xác định chẩn đoán hoặc loại trừ di căn để tránh điều trị quá mức. Sinh thiết bằng dao là lựa chọn thích hợp hơn FNA, vì nó cho phép đánh giá mô học của bướu.

ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN T1a

Chẩn đoán bệnh giai đoạn T1a

- ✓ Chẩn đoán nên dựa trên mẫu khoét chớp và được đánh giá bởi bác sĩ giải phẫu bệnh có kinh nghiệm. Điều trị phải dựa trên đo đạc chính xác kích thước hai chiều của bướu, độ sâu xâm lấn, rìa diện cắt, tổn thương đi kèm, và đánh giá LVSI đáng tin cậy.
- ✓ Khoét chớp bằng vòng điện hoặc laser được ưu tiên hơn dao lạnh khi có nguyện vọng bảo tồn sinh sản. Cố gắng để có được hình chớp nguyên vẹn và nên đánh dấu định hướng cho bác sĩ giải phẫu bệnh.
- C** Rìa diện cắt nên không còn tổn thương xâm lấn lẫn tiền ung (ngoại trừ tổn thương tiền ung ở cổ ngoài).

Điều trị bệnh giai đoạn T1a

- ✓ Cá thể hóa, dựa trên tuổi, nguyện vọng bảo tồn sinh sản, và tình trạng LVSI.
- ✓ Nếu diện cắt (+) nên khoét chớp lại để loại trừ tổn thương xâm lấn nhiều hơn (ngoại trừ tổn thương tiền ung ở cổ ngoài).
- B** Nếu LVSI (+) thì cần nhắc đánh giá tình trạng hạch (chấp nhận sinh thiết hạch lymphatic mà không cần nạo hạch chậu theo sau).
- C** Khoét chớp được xem là điều trị đúng mức.
- C** Các phương pháp phẫu thuật tận gốc hơn được xem là điều trị quá tay ở giai đoạn này.

Điều trị bệnh giai đoạn T1a2

- C** Khoét chớp hoặc cắt tử cung đơn giản.
- B** Cắt chu cung: không có chỉ định.
- B** Đánh giá tình trạng hạch: có thể cân nhắc. Nhưng nên làm khi có LVSI (+).
Sinh thiết hạch lymphatic: được chấp nhận.
- Cắt tử cung hoàn tất thường quy sau khi điều trị bảo tồn đối với giai đoạn T1a: không khuyến cáo.

ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN T1b1/T2a1

Khuyến cáo chung

C Chiến lược điều trị nên nhằm tránh kết hợp phẫu thuật tận gốc và xạ trị do tỷ lệ biến chứng cao.

Không có hạch trên hình ảnh học

Điều trị phẫu thuật

B Phẫu thuật tận gốc do bác sĩ ung thư phụ khoa thực hiện. Ưu tiên phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (PTNS, robot).

B Đánh giá hạch tiêu chuẩn là nạo hạch chậu hệ thống. Sinh thiết hạch lymphatic trước khi nạo hạch hệ thống: khuyến cáo mạnh. Kỹ thuật: kết hợp chất nhuộm xanh với chất keo gắn phóng xạ hoặc Indocyanine green đơn thuần.

✓ Nên nạo hạch trước khi cắt tử cung. Khuyến cáo cắt lạnh hạch trong lúc mổ. Nên gửi cắt lạnh tất cả hạch lymphatic ở cả hai bên và/hoặc hạch nghi ngờ.

✓ Nếu cắt lạnh (-) hoặc không làm thì nên nạo hạch chậu hệ thống. Hiện nay, sinh thiết hạch lymphatic đơn thuần chỉ được khuyến cáo trong các thử nghiệm lâm sàng. Nạo hạch hệ thống bao gồm: hạch hố bịt, hạch chậu ngoài, hạch chậu chung (hai bên) và hạch trước xương cùng. Hạch mũ chậu ngoài nên được bảo tồn nếu đại thể không nghi ngờ.



Mức độ cắt tử cung tận gốc (độ rộng cắt chu cung, type A-C2) tùy thuộc vào các yếu tố tiên lượng được xác định trước mổ (Bảng 2). Các yếu tố tiên lượng chính là: kích thước bướu, độ sâu xâm lấn mô đệm lớn nhất, LVSI được dùng để phân loại bệnh nhân nguy cơ cao, trung bình và thấp cho thất bại điều trị. Cần ghi nhận đầy đủ quá trình thực hiện trong tường trình phẫu thuật. Nên sử dụng phân loại Querleu – Morrow có sửa đổi năm 2017 (Bảng 3).



Bảo tồn buồng trứng đối với phụ nữ chưa mãn kinh có GPB là loại carcinôm tế bào gai và carcinôm tuyến loại liên quan HPV (usual-type adenocarcinoma). Nên cắt bỏ tai vôi.



Nếu hạch chậu (+) (đại thể hoặc vi thể): không nạo hạch chậu và cắt tử cung tận gốc mà chuyển hướng hóa – xạ trị triệt để. Có thể cân nhắc nạo hạch cạnh ĐMC ít nhất đến IMA để đánh giá giai đoạn.



Nếu kết hợp các yếu tố tiên lượng lúc chẩn đoán cho kết quả cần phải điều trị hỗ trợ thì cân nhắc hóa-xạ trị triệt để kèm xạ trị trong, không phẫu thuật tận gốc trước. Tránh nạo hạch chậu. Có thể xem xét nạo hạch cạnh ĐMC ít nhất đến IMA nếu không có dấu hiệu di căn (hạch cạnh ĐMC) trên hình ảnh.

Bảng 2. Phân nhóm nguy cơ dựa trên các yếu tố tiên lượng: Phẫu thuật cắt tử cung đề nghị

Nhóm NC	KT bướu	LVSI	Xâm lấn mô đệm	Type cắt tử cung*
Thấp	< 2cm	(-)	1/3 trong	B1 (A)
Trung bình	≥ 2 cm	(-)	Bất kỳ	B2 (C1)
	<2cm	(+)	Bất kỳ	
Cao	≥2cm	(+)	Bất kỳ	C1 (C2)

* dựa theo phân loại Querleu-Morrow (bảng 3)



Bảng 3. Phân loại Querleu-Morrow⁵

Type	Diện cắt	Niệu quản	Bàn luận
A - diện cắt chu cung tối thiểu (cắt paracervix tối thiểu)	Chu cung được cắt tới giữa niệu quản và cổ tử cung; dây chằng tử cung cùng và bàng quang tử cung không bị cắt ngang từ tử cung; cắt bỏ âm đạo - nói chung là tối thiểu < 10mm, không có cắt bỏ mô xung quanh âm đạo	Sờ bằng tay hay quan sát trực tiếp bằng mắt mà không di chuyển niệu quản	Cắt tử cung ngoài cân
B - Cắt chu cung tới niệu quản (cắt paracervix ở mức niệu quản)	Chu cung được cắt ở ngang mức niệu quản; cắt bỏ một phần dây chằng tử cung cùng và dây chằng tử cung bàng quang; không cắt thân kinh ở sâu của chu cung (không cắt về phía dưới paracervix tức về bên dưới tĩnh mạch tử cung sâu); cắt âm đạo ít nhất 10mm từ cổ tử cung hay từ u B1 - như mô tả phía trên B2= B1 + nạo hạch chậu phía bên	Bóc tách niệu quản và tách qua 2 bên	Giới hạn giữa chu cung và hạch chậu là thân kinh bị (sự kết hợp cắt chu cung và hạch chính là nạo hạch chậu toàn bộ, và có thể tương đương trong tuýp C1).
C - Cắt chu cung tới chỗ giao nhau của mạch máu chậu trong	Cắt paracervix ở chỗ tiếp nối với hệ thống mạch máu chậu trong Cắt dây chằng tử cung cùng ở trực tràng; cắt dây chằng bàng quang tử cung tại bàng quang; cắt 15-20mm âm đạo từ u hay cổ tử cung và cắt mô quanh âm đạo tương ứng C1 - Kèm với bảo tồn thân kinh tự trị[9] [10] C2 - Không kèm bảo tồn thân kinh tự trị (cắt paracervix đến dưới tĩnh mạch tử cung sâu)	Di động hoàn toàn niệu quản	Dây chằng TC- Cùng được cắt sau khi bóc tách TK hạ vị đi ở bên của nó Nhánh bàng quang của đám rối hạ vị dưới đi trong dây chằng bên của BQ được bảo tồn (phần bên của trụ BQ)
D - Lấy rộng sang hai bên (toàn bộ paracervix)	D1 - Cắt chu cung tới thành chậu, kèm theo mạch máu tử động mạch chậu trong, bộc lộ rễ thần kinh hông lưng D2 - Cắt chu cung tới thành chậu, với mạch máu hạ vị kèm mạc và cơ lân cận	Di động hoàn toàn niệu quản	

Lựa chọn điều trị thay thế



Xạ trị triệt để có thể được cân nhắc trong những trường hợp có các yếu tố tiên lượng và tiên đoán không thuận lợi về mặt ung thư và biến chứng.



Nhóm có nguy cơ trung bình và nguy cơ cao có thể xạ trị trong trước + phẫu thuật type A, áp dụng ở một số ít trung tâm. Nó là phương thức điều trị thay thế chỉ ở những nơi có kinh nghiệm điều trị như vậy.



Hóa trị tân hỗ trợ + phẫu thuật: không được khuyến cáo.

⁵ Querleu, D., Cibula, D., & Abu-Rustum, N.R. 2017 Update on the Querleu-Morrow Classification of Radical Hysterectomy. *Ann Surg Oncol* (2017)



Hạch chậu dương tính trên hình ảnh học

C

Di căn hạch rõ (trên chẩn đoán hình ảnh): hóa xạ triệt để (xem nguyên tắc xạ trị). Nao hạch cạnh ĐM chủ, ít nhất đến động mạch mạc treo tràng trên, có thể xem xét ở bệnh nhân có hạch chủ bụng âm tính trên hình ảnh học để đánh giá giai đoạn.

✓

Có thể cân nhắc lấy hạch có kích thước lớn (debulking).

Điều trị hỗ trợ

B

Xạ trị hỗ trợ sau mổ có thể cân nhắc khi có sự kết hợp các yếu tố nguy cơ trên GPB sau mổ như kích thước bướu, LVSI, mức độ xâm lấn mô đệm.

✓

Nếu phẫu thuật đúng mức theo mức độ nguy cơ (*Bảng 3*): theo dõi, đặc biệt ở các trung tâm có kinh nghiệm.

B

Sau phẫu thuật tận gốc, hóa xạ hỗ trợ được chỉ định ở các bệnh nhân (xem những nguyên tắc xạ trị):

- Di căn hạch chậu (đại thể hoặc vi thể): hóa-xạ ngoài;
- Diện cắt âm đạo/chu cung (+): hóa – xạ ngoài + xạ trị trong
- Xâm lấn chu cung: hóa – xạ ngoài

Ung thư cổ tử cung còn lại

✓

Điều trị giống như ở những bệnh nhân không có cắt tử cung bán phần trước đó. Có thể cần phải điều chỉnh kỹ thuật xạ, nhất là xạ áp sát.

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN CHỨC NĂNG SINH SẢN

Tham vấn chuyên gia hỗ trợ sinh sản.

Nên điều trị ở trung tâm chuyên khoa sâu.

Khảo sát yếu tố tiên lượng, đánh giá giai đoạn lâm sàng và các cận lâm sàng trước mổ giống các trường hợp khác.



Đối tượng: carcinôm tế bào gai hoặc tuyến liên quan HPV có $d_{max} = 2\text{cm}$ và có nguyện vọng → tư vấn, bao gồm tình huống phải chuyển hướng điều trị triệt để.

Không khuyến cáo cho các loại GPB hiếm, bao gồm carcinôm tuyến không liên quan HPV và carcinôm dạng thần kinh nội tiết.

Siêu âm và/hoặc MRI đo chiều dài cổ tử cung còn lại (sau khoét chóp) và chiều dài cổ tử cung không có bướu.

B

Hạch chậu âm tính là điều kiện tiên quyết trong trường hợp muốn bảo tồn chức năng sinh sản. Do đó giai đoạn hạch chậu (hạch lymphatic) luôn luôn nên là bước đầu tiên trong quá trình điều trị bảo tồn chức năng sinh sản. Xác định hạch lymphatic và chẩn đoán nhanh được khuyến cáo mạnh mẽ vì nó làm tăng độ chính xác xếp giai đoạn, cụ thể là xác định di căn vi thể và di căn đại thể nhỏ. Những hạch nghi ngờ cần được xác định bởi giải phẫu bệnh. Đánh giá trong lúc mổ tình trạng hạch được khuyến cáo mạnh. Tất cả hạch lymphatic 2 bên hố chậu hay bất kỳ hạch nghi ngờ nào cần được cắt lạnh. Nếu hạch lymphatic 2 bên không được phát hiện, đánh giá hạch chậu trong lúc mổ cần được xem xét (xem phần điều trị giai đoạn T1b1/T2a1). Xếp giai đoạn hạch không chỉ định trong giai đoạn T1a1 LVSI âm tính.



Trong trường hợp có hạch di căn phát hiện trong lúc mổ, phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản nên hủy bỏ và bệnh nhân thường được chuyển sang hóa xạ triệt để (xem phần trên). Mục tiêu chính yếu của phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản là lấy đi khối u xâm lấn với diện cắt phù hợp không bướu và bảo tồn phần trên của cổ tử cung. Cắt lạnh trong lúc mổ là một phương pháp đáng tin cậy để đánh giá diện cắt trên trong phẫu thuật cắt cổ tử cung và nên được cân nhắc.

B

Khoét chóp hay cắt cổ tử cung đơn giản là phẫu thuật thích hợp để bảo tồn chức năng sinh sản cho những bệnh nhân giai đoạn T1a1 và T1a2, hạch âm tính, LVSI-âm tính.

B

Cắt tử cung tận gốc (type A) có thể cân nhắc cho bệnh nhân giai đoạn T1a1 và T1a2, hạch âm tính, LVSI-dương tính. Khoét chóp hay cắt cổ tử cung đơn giản là một lựa chọn.

B

Cắt tử cung tận gốc (type B) nên thực hiện ở bệnh nhân ung thu7co63 tử cung giai đoạn T1b1 ≤ 2 cm đường kính lớn nhất, hạch âm tính, LVSI ±.



Đặt dụng cụ thắt eo tử cung vĩnh viễn trong lúc mổ nên được thực hiện trong lúc cắt cổ tử cung đơn giản hay tận gốc.



Bảo tồn chức năng sinh sản ở bệnh nhân bướu > 2 cm không được khuyến cáo và được coi là thử nghiệm lâm sàng.



Trog những trường hợp trẻ hơn, cần thảo luận về các đề xuất khác nhau để bảo tồn chức năng sinh sản. Mục tiêu bảo tồn chức năng sinh sản nên là đề nghị phương pháp hiệu quả nhất phù hợp với luật pháp tại nước sở tại mà không làm tăng nguy cơ ung thư cho bệnh nhân.



Bất kỳ thai kỳ nào sau bảo tồn chức năng sinh sản cũng nên được coi là thai kỳ nguy cơ cao và việc sinh nở nên được thực hiện ở trung tâm có chăm sóc chu sinh. Sau cắt cổ tử cung đơn giản hay tận gốc có đặt dụng cụ thắt eo tử cung vĩnh viễn, chỉ nên mổ lấy thai



Cắt tử cung thường quy sau khi thực hiện bảo tồn chức năng sinh sản là không cần thiết.



UNG THƯ CỔ TỬ CUNG PHÁT HIỆN SAU CẮT TỬ CUNG

Những khuyến cáo chung

- ✓ Điều trị nên dựa trên đánh giá giải phẫu bệnh lại bởi chuyên gia và hội chẩn liên chuyên khoa.
- ✓ Trước khi đưa ra quyết định điều trị tiếp theo, cần xét nghiệm hình ảnh học để đánh giá tình trạng tại chỗ và hạch vùng. Các xét nghiệm hình ảnh học tối ưu theo các khuyến cáo giống như trong phần bệnh không bị che dấu (xem thêm ở trên).
- B** Nhìn chung, điều trị bệnh bị ẩn đi cũng tuân theo các nguyên tắc tương tự như bệnh không bị che dấu. Phương thức điều trị nên tránh kết hợp giữa phẫu thuật gốc và xạ trị vì tỷ lệ biến chứng cao sau điều trị.

Điều trị bệnh nhân pT1a1, LVSI± và pT1a2 LVSI- âm tính, với diện cắt không còn bướu

- ✓ Bệnh nhân giai đoạn pT1a1 bất kể tình trạng LVSI và pT1a2 LVSI- âm tính với diện cắt không còn bướu, khuyến cáo không cần điều trị thêm.

Điều trị bệnh nhân pT1a2 LVSI-dương tính hay pT1b1 hay pT2a1, với diện cắt không còn bướu

- ✓ Ở bệnh nhân giai đoạn pT1a2 LVSI-dương tính hay pT1b1 hay pT2a1 sau cắt tử cung đơn giản, nguy cơ tái phát cao và hạch cần được giải quyết.
- D** Xạ trị hay hóa xạ được khuyến cáo như là một lựa chọn hiệu quả tránh phải phẫu thuật thêm. Nếu không còn bướu trên hình ảnh học (bao gồm hạch nghi ngờ) xạ trị đơn độc được khuyến cáo. Nếu còn bướu trên hình ảnh học, bao gồm hạch nghi ngờ thì nên hóa xạ đồng thời.
- C** Nạo hạch cạnh động mạch chủ, ít nhất đến động mạch mạc treo tràng trên, có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân không có hạch chủ nghi ngờ trên hình ảnh học để xếp giai đoạn.
- ✓ Nạo hạch chậu nghi ngờ có thể được cân nhắc.



Điều trị bệnh nhân pT1a2 LVSI-dương tính hay pT1b1 hay pT2a1, với diện cắt không còn bướu (tiếp theo)

D

Phẫu thuật tận gốc là một lựa chọn ở những bệnh nhân không có hạch trên hình ảnh học và không có chỉ định trước cho xạ bổ túc (kết hợp với yếu tố nguy cơ bất lợi).

✓

Nạo hạch chậu là bước thực hiện đầu tiên. Đánh giá hạch chậu trong lúc mổ có thể được xem xét. Nếu đánh giá hạch trong lúc mổ âm tính hay không được thực hiện, cắt chu cung tận gốc và cắt 1/3 trên âm đạo nên được thực hiện với kỹ thuật xâm lấn tối thiểu thường được lựa chọn. Loại phẫu thuật cắt chu cung tận gốc (độ rộng của cắt chu cung) nên được cá thể hóa dựa trên các yếu tố tiên lượng của bướu nguyên phát như mô tả ở trên (Table 2).

✓

Mô tả đầy đủ về bảng mẫu cho cắt chu cung tận gốc nên có trong tường trình phẫu thuật.

✓

Phân loại Querleu-Morrow có sửa đổi năm 2017 được khuyến cáo (bảng 3).

D

Nếu đi căn hạch, bao gồm đại thể và vi thể phát hiện trong lúc mổ, không cần nạo hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ mà chuyển hóa xạ đồng thời.

C

Nạo hạch cạnh động mạch chủ ít nhất đến động mạch mạc treo tràng dưới được cân nhắc để xếp giai đoạn.

✓

Lấy hạch to nghi ngờ có thể cân nhắc.

Điều trị bệnh nhân giai đoạn pT1b2 hay hơn hay có diện cắt còn bướu hay còn bướu bao gồm còn hạch di căn trên hình ảnh học

✓

Ở bệnh nhân giai đoạn pT1b2 hay hơn hay có diện cắt còn bướu hay còn bướu bao gồm còn hạch di căn trên hình ảnh học, hóa xạ đồng thời được khuyến cáo và tránh phẫu thuật thêm.

C

Nạo hạch cạnh động mạch chủ ít nhất đến động mạch mạc treo tràng dưới được cân nhắc để xếp giai đoạn ở bệnh nhân có hạch cạnh động mạch chủ âm tính trên hình ảnh học.

✓

Lấy hạch to nghi ngờ có thể cân nhắc.



ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TIỀN TIỀN TẠI CHỖ

Giai đoạn T1b2/T2a2 và hạch âm tính trên hình ảnh học

B

Chiến lược điều trị là tránh kết hợp phẫu thuật tận gốc và xạ trị ngoài sau mổ, vì làm tăng đáng kể biến chứng và không có bằng chứng cải thiện sống còn.

A

Hóa xạ triệt để dựa trên platinum và xạ áp sát là điều trị thường dùng (xem phần những nguyên tắc xạ trị).

C

Nạo hạch cạnh động mạch chủ ít nhất đến động mạch mạc treo tràng dưới được cân nhắc trước khi hóa xạ và xạ áp sát. Không cần nạo hạch chậu.

✓

Phẫu thuật tận gốc là lựa chọn thay thế, đặc biệt ở những bệnh nhân không có yếu tố tiên lượng bất lợi (kết hợp kích thước bướu, LVSI, và/hoặc độ sâu xâm lấn mô mềm). Tuy nhiên hiệu quả của cuộc mổ, cắt chu cung và nạo hạch cũng đều đóng vai trò quan trọng trong điều trị bướu to. Đánh giá tình trạng hạch trong lúc mổ (cắt lạnh) được khuyến cáo là bước đầu tiên. Nếu phát hiện hạch di căn, bao gồm di căn đại thể hay vi thể, nạo hạch chậu và cắt tử cung tận gốc không cần thiết và bệnh nhân nên được hóa xạ triệt để và xạ trị áp sát. Nạo hạch cạnh động mạch chủ ít nhất đến động mạch mạc treo tràng dưới được cân nhắc để xếp giai đoạn. Nếu hạch âm tính hay không được thực hiện, nạo hạch chậu hệ thống nên được thực hiện. Cắt tử cung tận gốc type C2 được khuyến cáo.

C

Hóa trị tân bổ trợ trước phẫu thuật tận gốc là một lựa chọn thay thế còn nhiều tranh cãi. Lợi ích làm giảm kích thước bướu lên tiên lượng chưa được chứng minh.

Giai đoạn T1b2/T2a2 và có hạch di căn trên hình ảnh học

- A** Hóa xạ triệt để và xạ áp sát được khuyến cáo ở những bệnh nhân có hạch chậu di căn rõ trên hình ảnh học (xem phần Những nguyên tắc xạ trị)
- C** Bổ sung liều tăng cường vào hạch di căn nên được áp dụng (xem phần Những nguyên tắc xạ trị).
- C** Nạo hạch cạnh động mạch chủ, ít nhất đến động mạch mạc treo tràng dưới có thể cân nhắc trước khi xạ trị để xếp giai đoạn ở bệnh nhân không có hạch trên hình ảnh học.
- Lấy hạch chậu nghi ngờ có thể được cân nhắc.

Giai đoạn T2b, T3a/b, T4a

- A** Hóa xạ triệt để dựa trên Platinum và xạ áp sát được khuyến cáo (xem phần Những nguyên tắc xạ trị).
- C** Bổ sung liều tăng cường vào hạch di căn nên được áp dụng (xem phần Những nguyên tắc xạ trị).
- C** Nạo hạch cạnh động mạch chủ, ít nhất đến động mạch mạc treo tràng dưới có thể cân nhắc trước khi xạ trị để xếp giai đoạn ở bệnh nhân không có hạch trên hình ảnh học.
- Lấy hạch chậu nghi ngờ có thể được cân nhắc. Đoạn chậu là một lựa chọn ở những bệnh nhân giai đoạn T4N0M0 chọn lọc.

Ung thư cổ tử cung còn lại

- Điều trị giống như ở những bệnh nhân không có cắt tử cung bán phần trước đó. Có thể cần phải điều chỉnh kỹ thuật xạ, nhất là xạ áp sát.

BỆNH NHÂN ĐI CĂN XA VÀO THỜI ĐIỂM CHẨN ĐOÁN

- ✓** Bệnh nhân đi căn xa vào thời điểm chẩn đoán nên được đánh giá lại toàn bộ (xem phần xếp giai đoạn) để đánh giá mức độ bệnh lan rộng, khả năng điều trị tích cực và biến chứng điều trị bao gồm chăm sóc nâng đỡ tốt nhất.
- B** Ở bệnh nhân không có bệnh lý nội khoa nặng, có di căn xa lan tràn vào thời điểm chẩn đoán (cơ quan +/- hạch), hóa trị phối hợp được khuyến cáo. Carboplatin/paclitaxel hay cisplatin/paclitaxel thường được lựa chọn là điều trị đầu tay.
- B** Bổ sung Bevacizumab vào phác đồ hóa trị chuẩn được khuyến cáo ở những bệnh nhân có thể trạng tốt và nguy cơ độc tính đường tiêu hóa/niệu dục đáng kể nên được đánh giá cẩn thận và thảo luận với bệnh nhân.
- D** Bệnh nhân có di căn xa vào thời điểm chẩn đoán, chỉ khu trú ở hạch cạnh động mạch chủ bụng, nên được điều trị tích cực với hóa xạ triệt để mở rộng trường chiếu kết hợp với xạ áp sát.. Phác đồ điều trị cũng bao gồm nạo vét các hạch lớn và hóa trị bổ sung.
- ✓** Bệnh nhân chỉ có hạch trên đòn là vị trí di căn xa duy nhất có thể điều trị khỏi bệnh bằng hóa xạ triệt để. Phác đồ điều trị có thể bao gồm hóa trị bổ sung.
- C** Hóa trị bổ trợ có thể được cân nhắc ở những trường hợp nguy cơ tái phát cao như diện cắt dương tính, hạch dương tính hay LVSI +.
- ✓** Hóa trị bổ trợ có thể được cân nhắc ở những trường hợp nguy cơ tái phát cao như diện cắt dương tính, hạch dương tính hay LVSI +.

BỆNH TÁI PHÁT

Điều trị với mục đích khỏi bệnh

- ✓ Phối hợp hội chẩn nhiều chuyên gia: ung thư phụ khoa, xạ trị, chẩn đoán hình ảnh, GPB, nội khoa ung thư, niệu khoa, tạo hình. Một quy trình chẩn đoán, điều trị và theo dõi đa chuyên khoa nên được lập ra ở các trung tâm có trách nhiệm điều trị.
- ✓ Mỗi trung tâm chuyên điều trị ung thư cổ tử cung cần thiết lập mạng lưới liên kết để hội chẩn những trường hợp khó và sẵn sàng chuyển điều trị những bệnh nhân tái phát lên những đơn vị điều trị chuyên sâu.
- ✓ Khuyến khích tham gia thử nghiệm lâm sàng để tăng chứng cứ cho y văn về hiệu quả của điều trị khỏi bệnh tái phát.

Quy trình chẩn đoán

- ✓ Mục đích: loại trừ di căn xa và bệnh lan rộng tại chỗ tại vùng quá khả năng trị khỏi.
- ✓ Chẩn đoán xác định tái phát bằng mô học.
- ✓ Bệnh nhân di căn hạch hoặc di căn xa nhiều nơi hoặc xâm lấn vách chậu lan rộng không có chỉ định điều trị khỏi bệnh. Các yếu tố tiên lượng phải được xem xét cẩn thận để cân nhắc đến các biến chứng nặng do điều trị.
- ✓ Việc chẩn đoán đầy đủ bao gồm các xét nghiệm hình ảnh học có liên quan được khuyến cáo để đánh giá tình trạng bệnh tại chỗ, tại vùng và hệ thống (xem phần xếp giai đoạn).
- ✓ Bệnh nhân phải được tư vấn cặn kẽ về lựa chọn điều trị, nguy cơ và các biến chứng.

Tái phát trung tâm vùng chậu sau phẫu thuật

D

Hóa xạ ngoài triệt để + xạ trị trong có hướng dẫn của hình ảnh. Không khuyến cáo dùng xạ ngoài tăng cường để thay thế cho xạ trong.

✓

Về xạ trong, sang thương tái phát nông có chiều dày <5mm ở âm đạo có thể dùng xạ trị trong hốc; những sang thương sâu hơn thì kết hợp xạ trị trong hốc và trong mô.

Tái phát vách chậu sau phẫu thuật

D

Hóa xạ triệt để là phương thức được chọn lựa..

✓

Phẫu thuật chậu mở rộng có thể được xem xét trong một số trường hợp cụ thể nếu bướu không xâm lấn vách chậu nhiều.

D

Phối hợp phẫu thuật – xạ trị, sử dụng xạ trị ngoài hoặc xạ trị trong trong lúc mổ là một chọn lựa nếu không đạt được rìa diện cắt an toàn.

✓

Xạ trị ngoài hoặc hóa trị triệt để, sau đó kết hợp xạ trị trong mô có hướng dẫn của hình ảnh học hiện là một lựa chọn mới.

Tái phát trung tâm hay vách chậu sau xạ trị hay hóa xạ

D

Đoạn chậu: tái phát trung tâm, không xâm lấn vách chậu và hạch ngoài vùng chậu.

✓

Cắt nội chậu mở rộng sang bên (laterally extended endopelvic resection): tái phát lan đến sát hoặc dính vách chậu.

✓

Xạ trị lại với xạ trị trong có hướng dẫn của hình ảnh: tái phát trung tâm mà chống chỉ định hoặc không đồng ý đoạn chậu (siêu chuyên sâu!)

Vai trò của hóa trị

- ✓ Nếu cần hóa trị trước khi phẫu thuật hay xạ trị thêm thì nên hóa trị phối hợp (nhiều hóa chất) không quá 2-4 chu kỳ để tránh mất thời gian không cần thiết.
- ✓ Bệnh nhân thích hợp cho hóa trị hỗ trợ là những người hồi phục tốt trong vòng 2 tháng sau điều trị chính yếu bị tái phát.

Tái phát hạch và những vị trí di căn xa

- ✓ Tái phát hạch cạnh ĐMC còn khu trú, hạch trung thất và/hoặc hạch trên đòn ngoài trường chiếu xạ trước đây có thể điều trị bằng xạ trị ngoài triệt để kết hợp đồng thời với hóa trị. Khuyến cáo nên xạ trị phòng ngừa vào vùng hạch liên kề (trên và dưới đòn).
- ✓ Hiệu quả điều trị của lấy hạch không rõ ràng, và nếu được thì luôn luôn nên xạ trị bổ túc sau mổ.
- ✓ Di căn đơn độc ở tạng (gan, phổi...) nên được hội chẩn đa mô thức. Các phương pháp có thể được cân nhắc: cắt bỏ, RFA, xạ trị áp sát can thiệp hoặc xạ trị ngoài có định vị không gian ba chiều, tùy theo kích thước và vị trí giải phẫu.

Chăm sóc giảm nhẹ

- ✓ Chỉ đặt ra khi được các chuyên gia xem xét thật cẩn thận, có xét đến các yếu tố như tổng trạng, bệnh lý đi kèm, triệu chứng, và nguyện vọng của bệnh nhân.
- B** Hóa trị triệu chứng với phác đồ taxane/platinum +/- bevacizumab được ưu tiên lựa chọn.
- ✓ Hiện không có hóa trị bước 2 tiêu chuẩn → những bệnh nhân này nên tham gia thử nghiệm lâm sàng.
- ✓ Ở bệnh nhân có triệu chứng: chăm sóc giảm nhẹ được cá thể hóa tùy theo tình huống lâm sàng.
- D** Đối với bệnh nhân lan tràn ngay từ đầu, xạ trị nên được cân nhắc để xoa dịu triệu chứng.
- D** Cân nhắc xạ trị tạm bợ (đơn phân liều/thời gian ngắn) để kiểm soát chảy máu, chảy dịch âm đạo và đau do xâm lấn vùng chậu hoặc di căn xương.
- ✓ Chèn ép tủy sống do di căn xương: can thiệp ngoại thần kinh hoặc xạ trị tạm bợ.
- ✓ Can thiệp ngoại khoa: mở lỗ nhân tạo, đặt stent...nếu có tác nghẽn.

THEO DÕI

Những khuyến cáo chung

Những mục tiêu chính của theo dõi bệnh nhân ung thư cổ tử cung bao gồm:

- Phát hiện sớm bệnh tái phát
- Hỗ trợ và truyền thông giáo dục cho bệnh nhân
- Phục hồi sau điều trị bao gồm: phòng ngừa và giảm bớt hậu quả về mặt tâm lý, thể chất, xã hội do bệnh và các phương pháp điều trị gây ra. Nhằm phục hồi tối đa hoạt động thể chất và chất lượng sống của bệnh nhân, gia đình và người chăm sóc. Tham vấn: nhà tâm lý học, tình dục học, vật lý trị liệu, dinh dưỡng.
- Đánh giá dự hậu lâu dài của các chiến lược điều trị.
- Kiểm soát chất lượng chăm sóc.

Mỗi lần thăm khám cần:

- Hỏi bệnh sử (chú ý các triệu chứng liên quan)
- Khám lâm sàng (bằng mô vạt và bằng hai tay)
- Đánh giá các dự chứng qua thang đánh giá (Common Terminology Criteria for Adverse Events)
- Phòng ngừa và xử trí các tác dụng phụ liên quan đến bệnh và các phương pháp điều trị, ví dụ như rối loạn tình dục (tư vấn, chất bôi trơn âm đạo, estrogen bôi tại chỗ).

Nếu xuất hiện các triệu chứng liên quan đến điều trị, cần nhắc tham khảo ý kiến các chuyên khoa liên quan (tiêu hóa, niệu khoa, phụ khoa).

Hướng dẫn bệnh nhân về các dấu hiệu nghi ngờ tái phát, tác dụng không mong muốn của điều trị. Có thể tư vấn về sức khỏe sinh dục, thay đổi lối sống, dinh dưỡng, tập thể dục, béo phì, và ngưng hút thuốc.

C

Lịch theo dõi nên cá thể hóa tùy vào các yếu tố tiên lượng, biến chứng điều trị và ước lượng nguy cơ tái phát và hoặc nguy cơ xảy ra các tác dụng phụ. Thông thường thời gian theo dõi là 3 đến 4 (6) tháng trong 2 năm đầu và sau đó là 6 đến 12 tháng trong 3 đến 5 năm tiếp theo.

Những khuyến cáo chung (tiếp theo)

D

Chỉ định điều trị hormone thay thế ở bệnh nhân sau điều trị ung thư cổ tử cung bị mãn kinh sớm được ủng hộ, và nên giống như ở bệnh nhân mãn kinh thông thường. Estrogen kết hợp progestin được chỉ định nếu còn tử cung (bao gồm cả trong hóa xạ triệt để). Sử dụng estrogen đơn độc được khuyến cáo sau khi cắt tử cung..

✓

Hình ảnh học và xét nghiệm sinh hóa nên được chỉ định dựa trên triệu chứng hoặc các bất thường nghi ngờ tái phát hoặc biến chứng điều trị.

✓

Ở những bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ, MRI hay CT nên được chỉ định để đánh giá. Nếu phát hiện, PET-CT toàn thân nên được xem xét thực hiện ở những bệnh nhân còn có thể điều trị (phẫu hay xạ trị). Tương tự, ở những bệnh nhân nghi ngờ tái phát PET-CT nên được thêm vào khi các kết quả hình ảnh khác không chắc chắn..

✓

Cần xác định giải phẫu bệnh các bướu tồn lưu hay tái phát. Nếu sang thương nằm sâu trong cổ trong (trong trường hợp điều trị bảo tồn hay hóa xạ triệt để), sinh thiết bằng dao dưới hướng dẫn siêu âm là phương tiện được chọn lựa. Với những sang thương ngoài vùng bướu nguyên phát, những phương pháp dưới hướng dẫn siêu âm hay CT được sử dụng để xác định giải phẫu bệnh. Trong trường hợp có nghi ngờ trên lâm sàng hay hình ảnh học, dù sinh thiết âm tính cũng không đủ để kết luận.

Theo dõi sau điều trị bảo tồn chức năng sinh sản

✓

Tất cả bệnh nhân bảo tồn đều có nguy cơ tái phát và phải theo dõi sát bởi người có khả năng phát hiện dị sản đường sinh dục dưới (bác sĩ ung thư phụ khoa, chuyên gia soi cổ tử cung).

C

Thời gian: 3-4 tháng/2 năm đầu; 6-12 tháng/3 năm tiếp theo. Sau đó, theo dõi giống dân số chung. Tuy nhiên, cần cá thể hóa tùy theo nguy cơ tái phát hoặc biến chứng điều trị.

C

Theo dõi: HPV test (+/- phết tế bào). Có thể kết hợp soi cổ tử cung với HPV test. Test HPV nguy cơ cao 6, 12, 24 tháng sau điều trị. Nếu (-) → thực hiện mỗi 3-5 năm.

Theo dõi sau cắt tử cung tận gốc hay đơn giản



Theo dõi nên được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm cùng với hướng dẫn chăm sóc sau phẫu thuật theo những khuyến cáo chung ở trên. Phết tế bào diện cắt âm đạo không khuyến cáo.

Theo dõi sau hóa xạ trị triệt để



Đánh giá đáp ứng bằng phương tiện chẩn đoán giống như lúc chẩn đoán..

Chỉ định hình ảnh học không sớm hơn 3 tháng sau khi hoàn tất điều trị. Những trường hợp không rõ ràng thì đánh giá lại ít nhất sau 8 tuần.

B

Để đánh giá tại chỗ: tốt nhất là MRI chậu, đánh giá di căn xa: CT ngực/bụng hoặc PET-CT (thích hợp sau hóa xạ trị triệt để hay ở bệnh nhân nguy cơ cao).



Theo dõi bởi các bác sĩ có kinh nghiệm cùng với chăm sóc sau hóa xạ. Không khuyến cáo làm phết tế bào ở những bệnh nhân này.

Hướng dẫn bệnh nhân về tình dục, chăm sóc âm đạo (hẹp, khô). Có thể dùng âm đạo, sử dụng chất bôi trơn âm đạo, estrogen bôi tại chỗ.

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

- ✓ Hội chẩn nhiều chuyên khoa: ung thư phụ khoa, sơ sinh, sản khoa, gây mê hồi sức, xạ trị, nội khoa ung thư, tâm lý ung thư, thần học hoặc đạo đức học.
- ✓ Đưa ra nhiều lựa chọn điều trị, dựa vào nguyện vọng bệnh nhân, giai đoạn bệnh, tuổi thai. Mục đích chính: an toàn về mặt ung thư cho mẹ và sống sót không biến chứng cho thai.
- ✓ Điều trị ở trung tâm ung thư phụ khoa có các chuyên gia về ung thư trong thai kỳ và đơn vị chăm sóc y tế cho trẻ sơ sinh sinh non..
- D** Khám lâm sàng, GPB, CDHA: MRI, siêu âm. PET-CT (PET-MRI): thật cần nhắc.
- ✓ Nếu nghi ngờ di căn hạch phải xác định bằng mô học do yếu tố tiên lượng của nó và ảnh hưởng đến việc điều trị có thể đến 24 tuần tuổi thai (khả năng thai sống), ưu tiên xâm lấn tối thiểu.
- D** Tùỳ theo giai đoạn bướu và tuổi thai, thảo luận với bệnh nhân về lợi và hại của các lựa chọn điều trị:
 - Phẫu thuật: khoét chóp, cắt cổ tử cung và đánh giá hạch (tùỳ theo giai đoạn bệnh) với mục đích giữ thai.
 - Phẫu thuật hoặc hóa-xạ triệt để nếu không giữ thai +/- chấm dứt thai kỳ trước đó.

D

- Trì hoãn điều trị cho đến thai trưởng thành (> 32 tuần, nếu có thể) và điều trị ngay sau mổ lấy thai..
- Hóa trị cho đến khi thai trưởng thành và bắt đầu điều trị sau khi mổ lấy thai. Đối với giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc còn sót bướu sau khoét chóp, bắt đầu hóa trị với platinum lúc thai được 14 tuần..

D

Sinh thường có vẻ như là tiên lượng xấu → mổ lấy thai lúc 32 tuần (nếu có thể). Trong lúc hoặc sau mổ lấy thai sẽ tiến hành điều trị triệt để tùy giai đoạn.

NHỮNG NGUYÊN TẮC XẠ TRỊ

Hóa xạ triệt để và xạ trị áp sát: Những điều cần lưu ý

Điều trị triệt để (không phẫu thuật bướu) bao gồm hóa xạ đồng thời vùng chậu (dựa trên platinum) và xạ trị áp sát hay xạ trị ngoài vùng chậu và xạ trị áp sát.

Tổng thời gian điều trị triệt để không nên quá 7 – 8 tuần.

Tránh trì hoãn điều trị và/hoặc gián đoạn việc điều trị.

Hóa xạ triệt để

Xạ trị ngoài được khuyến cáo tối thiểu là xạ trị 3D mô phỏng. Phương pháp được ưa chuộng hơn là xạ trị điều biến liều (IMRT) vì phân bố liều phù hợp hơn và bảo vệ các cơ quan khác tối đa khỏi tia xạ.

Xạ trị ngoài có thể được thực hiện hóa xạ đồng thời với tổng liều 45 – 50 Gy (1,8 Gy 1 lần) và hóa trị đơn chất nhạy xạ, thường là cisplatin (40mg/m² 1 tuần) để hóa trị triệt để không gây biến chứng. Nếu không sử dụng cisplatin, có thể sử dụng 5FU hay carboplatin. Xạ trị ngoài có thể không kèm với hóa trị ở những bệnh nhân không thích hợp hóa trị. Trong những trường hợp này, tăng thân nhiệt vùng có thể được xem xét

Thể tích bướu và hạch vùng đích cho IMRT bao gồm sang thương cổ tử cung và mô lân cận như chu cung, thân tử cung, 1/3 trên âm đạo và hạch vùng (hạch bẹn, hạch chậu chung, chậu ngoài, chậu trong và trước xương cụt). Trong trường hợp di căn hạch chậu làm tăng nguy cơ di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng, Xạ ngoài có thể bao trùm lên vùng cạnh động mạch chủ đến động mạch thân (45Gy). Trong trường hợp hạch cạnh động mạch chủ bị di căn, thể tích đích bao gồm vùng xạ tối thiểu lên đến các động mạch thận.

Ở bệnh nhân T1b1 nguy cơ thấp và trung bình với hạch âm tính trên hình ảnh học và không có LVSI, có thể giảm bớt thể tích đích cho xạ trị ngoài, chỉ gồm tiểu khung mà không cần hạch chậu chung.

Điều trị tăng cường cho hạch di căn có thể được thực hiện cùng lúc khi điều trị IMRT hay nối tiếp sau đó. Tổng liều bao gồm cả xạ trị áp sát nên là 55 – 60 Gy (liều tương đương 2Gy 1 lần (EQD2)). Một điều trị thay thế là phẫu thuật nạo hạch.

Xạ trị dưới hướng dẫn hình ảnh học (IGRT) được khuyến cáo cho IMRT để đảm bảo liều an toàn cho các mục tiêu liên quan đến khối u, dự phòng các chuyển động không chắc chắn, giảm độ rộng và giảm liều ở các cơ quan có nguy cơ.

Tổng thời gian điều trị cho xạ trị ngoài không nên quá 5-6 tuần.

Xạ trị áp sát triệt để

Xạ trị áp sát tương thích dưới hướng dẫn hình ảnh học (IGABT) được khuyến cáo, thường là chụp MRI trong khi xạ áp sát. IGABT được dùng khi bướu to vào cuối đợt hay sau khi hóa xạ đồng thời. Khám lâm sàng thường xuyên là bắt buộc và có thể sử dụng CT và siêu âm để thay thế.

Những mục tiêu liên quan đến bướu cho xạ trị áp sát bao gồm thể tích bướu to còn lại (GTV-T_{res}) sau hóa xạ, thể tích nguy cơ lâm sàng cao đã được hiệu chỉnh (CTV-T_{HR}) bao gồm toàn bộ cổ tử cung và mô bệnh lý kế cận còn lại và thể tích nguy cơ lâm sàng trung bình (CTV-T_{IR}).

Xạ trị áp sát trong hốc và kết hợp xạ trị trong hốc/trong mô nên được thực hiện dưới siêu âm.

Nguồn xạ trị áp sát nên bao gồm một thanh tandem tử cung và một dụng cụ âm đạo (dạng trống/vòng/khuôn hay kết hợp vòng/trống). Kết hợp xạ trị trong hốc và trong mô để điều chỉnh nguồn xạ đến gần hơn những mục tiêu riêng biệt nên được xem xét. Dụng cụ âm đạo có các lỗ cho phép kim thẳng hay kim xiên đến được chu cung.

Trong trường hợp bướu xâm lấn nhiều ở chu cung (cũng như ở các khu vực ngoài cổ tử cung khác như âm đạo, tử cung, các cơ quan lân cận), thì những vùng này nên nằm trong CTV-T_{HR}. Xạ trị áp sát nên kết hợp xạ trị trong hốc/trong mô để đạt được liều xạ cao hiệu quả cho toàn bộ CTV-T_{HR}.

Trong IGABT, mục tiêu điều trị là liều xạ trị áp sát đạt 40-45 Gy (EQD2) để đạt tổng liều EBRT + xạ áp sát $\geq 85-90$ Gy EQD2 (D90) (giả định EBRT đạt 45 Gy) cho CTV-T_{HR}; ≥ 60 Gy (D98) cho CTV-T_{IR}, và ≥ 90 Gy (D98) cho GTV-T_{res}. Giới hạn thể tích 3D và 2D và điểm liều cho trực tràng, bàng quang, âm đạo, sigma và ruột non được khuyến cáo và phải dựa trên các bằng chứng lâm sàng đã được công bố.

Liều điểm A tiêu chuẩn nên được sử dụng như là bước khởi đầu để tối ưu hóa một kế hoạch điều trị khôn ngoan, mặc dù liều điểm A được báo cáo và chỉ định có thể tăng lên do cách đo thể tích.

Xạ trị áp sát nên thực hiện trong vài lần phân liều cao (thường là 3-4) hay trong 1-2 phân liều xạ áp sát liên tục.

Trong trường hợp bướu lớn, xạ trị áp sát nên thực hiện vào 1-2 tuần cuối hay sau khi hóa xạ. Trong trường hợp bướu nhỏ hơn xạ trị áp sát có thể được thực hiện sớm hơn trong lúc hóa xạ.

Ở những mục tiêu liên quan đến bướu (GTV-T_{res}, CTV-T_{HR}, CTV-T_{IR}), việc sử dụng phương pháp sử dụng chùm tia xạ ngoài để tăng liều (như tăng cường vào chu cung, cổ tử cung) không được khuyến khích, ngay cả khi sử dụng kỹ thuật xạ ngoài tiên tiến như xạ lập thể. Việc che chì đường giữa để tăng cường liều vào chu cung cũng không được khuyến khích khi sử dụng kỹ thuật xạ trị dưới hướng dẫn hình ảnh tiên tiến, nhất là khi quá 45 đến 50 Gy.

Cần thận trọng để tối ưu hóa sự thoải mái của bệnh nhân trong từng đợt xạ áp sát. Nó nên được thực hiện bằng da mô thức.

Hóa hay xạ trị bổ túc

Xạ trị hay hóa trị bổ túc tuân theo các nguyên tắc tương tự về lựa chọn mục tiêu, liều và phân liều như điều trị triệt để đã đề cập.

Áp dụng IMRT và IGRT có thể làm giảm các tai biến liên quan đến việc điều trị.

Xạ trị áp sát bổ túc chỉ nên được xem xét, nếu một vùng giới hạn được xác định rõ – có thể tiếp cận được bởi kỹ thuật xạ áp sát – có nguy cơ cao bị tái phát tại chỗ (như là âm đạo, chu cung). Xạ trị áp sát bổ túc này cần tuân theo các nguyên tắc chính cho xạ trị áp sát dưới hướng dẫn hình ảnh đã đề cập ở trên.

Xạ trị ngoài mô phỏng 3D triệt để hay hóa xạ và xạ trị áp sát dựa trên hình ảnh X

Xạ trị 3D mô phỏng đơn độc hay hóa xạ đồng thời (dựa trên cisplatin) +/- xạ trị hạch cạnh động mạch chủ bụng và/hoặc xạ trị áp sát dựa trên hình ảnh Xquang 2D được khuyến cáo, nếu IMRT và hoặc IGABT không sẵn có.

Trong trường hợp sử dụng xạ trị ngoài 3D mô phỏng và/hoặc xạ trị áp sát dựa trên hình ảnh Xquang, những khuyến cáo cho EBRT và IGABT như đề cập ở trên về mục tiêu, liều, phân liều và tổng thời gian điều trị cần được tôn trọng tối đa.

Xạ trị tăng cường vào hạch được thực hiện khi cần thiết sau khi hoàn thành xạ ngoài 3D mô phỏng.

Kế hoạch xạ trị áp sát nên dựa trên điểm A. Liều đến điểm A nên ≥ 75 Gy (EQD2) khi giới hạn chiều rộng hiệu chỉnh CTV-T_{HR} (≤ 3 cm) và nên tăng liều khi chiều rộng hiệu chỉnh CTV-T_{HR} lớn (>4 cm). Hơn nữa, liều cho chiều rộng hiệu chỉnh tối đa CTV-T_{HR} nên được ghi lại. Giới hạn điểm liều dựa trên hình ảnh Xquang – cùng với giới hạn thể tích liều 3D nếu có thể – cho trực tràng, bàng quang, âm đạo, sigma và ruột non nên được khuyến cáo và phải dựa trên các bằng chứng lâm sàng đã được công bố.

NHỮNG NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

Yêu cầu cho mẫu bệnh phẩm gửi đi để chẩn đoán giải phẫu bệnh

Thông tin bệnh nhân, tế bào học cổ tử cung trước đó, lâm sàng, kết quả hình ảnh học và kết quả soi cổ tử cung cần được ghi vào phiếu yêu cầu chuẩn đoán giải phẫu bệnh.

Chi tiết về tế bào học, sinh thiết và mẫu mô bệnh phẩm phẫu thuật (mẫu mô cắt bằng vòng/khoét chóp, cắt cổ tử cung, loại phẫu thuật tận gốc, buồng trứng và tai vòi, có hạch và vị trí hạch, điện cắt âm đạo và chu cung) cần được ghi lại trong phiếu yêu cầu chuẩn đoán giải phẫu bệnh.

Mẫu sinh thiết và mẫu bệnh phẩm phẫu thuật nên được gửi đến khoa giải phẫu bệnh trong lọ chứa chất lỏng (ghi tên lên lọ).

Mẫu tế bào học nên được gửi đến khoa giải phẫu bệnh để chuẩn bị làm phết tế bào (có định mẫu trên 1 lam kính sạch và để nhận biết với tên và ngày sinh bệnh nhân trên lam) hay làm Pap dung dịch. Nếu cần làm test HPV thì cần làm Pap dung dịch.

Mẫu bệnh phẩm cắt bằng vòng điện/khoét chóp nên được gửi nguyên vẹn với chỉ khâu đánh giá vị trí 12 giờ.

Sinh thiết trọn và sinh thiết một phần

Những mẫu bệnh phẩm sinh thiết nhỏ nên được liệt kê và đo kích thước.

Kích thước (2 chiều) và độ sâu mẫu mô cắt bằng vòng/khoét chóp nên được đo. Nên ghi nhận mẫu mô nguyên vẹn hay phân mảnh. Nếu có hơn một mẫu mô, mỗi mẫu cần được đo đạc 3 chiều và thám sát toàn bộ.

Đánh dấu bờ phẫu thuật của mẫu bệnh phẩm khoét chóp/vòng điện là tùy phẫu thuật viên.

Việc cắt bệnh phẩm khoét chóp/vòng điện nên thực hiện theo cách thích hợp. Tất cả mẫu gửi đi nên được đánh số thứ tự liên tiếp. Điều này quan trọng vì nếu bệnh phẩm có nhiều hơn một mẫu, thì cần biết đó là những mẫu liên tiếp từ một khối u hay từ nhiều khối ở các vị trí khác nhau. Và khuyến cáo cho mỗi mẫu bệnh phẩm vào một khay chứa. Cũng có kỹ thuật cho phép cố định



nhiều hơn một mẫu trong 1 lọ nên chúng đủ nhỏ. Trong trường hợp không khoét chóp/cắt vòng điện nguyên vẹn, có thể cắt nhiều lát đồng trục và cho mỗi lát cắt vào một khay chứa.

Mô tả mẫu bệnh phẩm (cắt tử cung, cắt cổ tử cung, buồng trứng và tai vòi, hạch và vị trí hạch chỉ định, điện cắt âm đạo, chu cung) cần được ghi lại và kiểm tra thống nhất với mô tả trong phiếu yêu cầu chẩn đoán giải phẫu bệnh.

Nếu có bất thường ở bất kỳ cơ quan nào thì cần ghi nhận lại.

Kích thước tử cung khi cắt tử cung và kích thước cổ tử cung khi cắt cổ tử cung nên được ghi nhận.

Chiều dài điện cắt âm lớn nhất và nhỏ nhất nên được ghi nhận.

Kích thước chu cung nên được ghi nhận về 2 chiều (chiều ngang và dọc).

Xâm lấn đại thể chu cung, âm đạo, thân tử cung và những cơ quan khác nên được ghi nhận lại. Mọi liên quan giữa sang thương cổ tử cung với âm đạo và điện cắt chu cung (điện cắt trên trong trường hợp cắt cổ tử cung) nên được đo đạc và cắt bệnh phẩm phù hợp để mô tả nó.

Điện cắt chu cung và âm đạo nên được đánh dấu.

Chu cung nên được gửi toàn bộ để đánh giá mô bệnh học.

Điện cắt trên của mẫu bệnh phẩm cắt cổ tử cung nên được đánh dấu.

Điện cắt trên trong mẫu bệnh phẩm cắt cổ tử cung nên được sinh thiết một cách nguyên vẹn để mô tả khoảng cách từ bướu đến bờ điện cắt. Điện cắt âm đạo nên được khảo sát toàn bộ bằng các lát cắt đồng trục nếu không có sang thương nhìn thấy trên đại thể.

Khi bướu nhỏ (hay với bướu không thể nhìn thấy trên đại thể), cổ tử cung nên được cắt rời khỏi thân tử cung, cắt ra và xử lý như với mẫu bệnh phẩm khoét chóp/vòng điện.

Trong trường hợp bướu to, bệnh phẩm cắt tử cung hay cắt cổ tử cung nên được cắt ra theo mặt phẳng dọc giữa.



Mô tả về cổ tử cung và kích thước của tất cả khối bướu thấy được cần được ghi nhận lại.

Toàn bộ khối u nên được đo đạc 3 chiều, cụ thể là độ rộng và độ sâu xâm lấn.

Vị trí khối u trong cổ tử cung nên được ghi nhận.

Sang thương cổ tử cung nên được sinh thiết để mô tả độ xâm lấn sâu tối đa, mối liên quan giữa bướu và diện cắt và sự xâm lấn đến các cơ quan khác.

Nếu thấy được, vị trí loét chóp lẫn trước nên được ghi lại.

Nên lấy ít nhất mỗi block 1 cm trên kích thước lớn nhất của bướu khi bướu lớn.

Cắt thêm ở những vị trí cổ tử cung gần bướu để tìm những sang thương tiền ung.

Cả cổ tử cung nên được sinh thiết trong trường hợp bướu nhỏ hay bướu không thấy được trên đại thể.

Thân tử cung, âm đạo và phần phụ nên được sinh thiết tùy theo quy trình chuẩn nếu không bị xâm lấn. Nếu thân tử cung và/hoặc phần phụ bị xâm lấn đại thể, nên cắt thêm những vị trí này.

Toàn bộ diện cắt âm đạo nên được gửi trọn.

Tất cả hạch nên được gửi để chẩn đoán giải phẫu bệnh. Nếu hạch bị di căn rõ, gửi mẫu đại diện là đủ. Nếu không rõ, mỗi hạch nên được cắt từng lát cách nhau 2 mm và tất cả sẽ được cố định. Ở mỗi block sẽ được nhuộm haematoxylin và eosin (H&E). Hạch nên được gửi riêng rẽ trong từng khay đựng theo từng vị trí ghi nhận trong phiếu yêu cầu chẩn đoán giải phẫu bệnh.

Chẩn đoán mô học hạch lymphatic

Đánh giá trong lúc mổ nên thực hiện trên hạch lymphatic nghi ngờ và có thể thực hiện ở những hạch lymphatic “không nghi ngờ”, khi mà nếu có hạch di căn sẽ dẫn đến việc không cắt bỏ từ cùng hay cắt từ cùng..

Đánh giá hạch lymphatic trong lúc mổ, mẫu mô cần được gửi đến khoa giải phẫu bệnh trong một lọ không chứa chất lỏng.

Đánh giá trong lúc mổ đòi hỏi lấy trọn hạch sau khi đã cắt bỏ mô mỡ được thực hiện bởi bác sĩ giải phẫu .

Đối với hạch có di căn rõ, chỉ cần 1 lát cắt lạnh là đủ.

Cắt lạnh có thể kết hợp với kỹ thuật đóng dấu tế bào học.

Bất kỳ hạch lymphatic nào không nghi ngờ nên được cắt làm đôi (nếu nhỏ) hay cắt từng lát 2mm bề dày trên toàn bộ mẫu cắt lạnh..

Mỗi mẫu sẽ được cắt và nhuộm H&E.

Sau khi cắt lạnh, mẫu mô sẽ được để vào khay chứa đựng chất lỏng và sau đó mang đi xử lý, cố định trong paraffin.

Nguyên khối mô hạch lymphatic nên được khảo sát toàn bộ bằng cách kiểm tra một loạt các lát cắt ở nhiều mức khác nhau bằng H&E. Nhuộm cytokeratin nên được thực hiện trên tất cả các khối.

Việc phát hiện di căn vi thể và các tế bào bướu nên được khẳng định bằng hóa mô miễn dịch với kháng thể pancytokeratin antibodies (ví dụ AE1/AE3). Nhiều phương pháp khác nhau được công bố nhưng chưa có phương pháp chuẩn. Tế bào dương tính với cytokine nên luôn luôn phù hợp về hình thái học Các nang Müllerian (lạc tuyến, lạc nội mạc tử cung) and tế bào trung mô hiếm gặp ở hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ và có cytokeratin dương tính.

Những yêu cầu cho báo cáo kết quả giải phẫu bệnh

Mô tả các mẫu bệnh phẩm được gửi để đánh giá mô học.

Mô tả đại thể các mẫu bệnh phẩm (sinh thiết, vòng điện/khoét chóp, cắt cổ tử cung, cắt tử cung) bao gồm kích thước mẫu bệnh phẩm (03 chiều), số mẫu bệnh phẩm vòng điện/khoét chóp, chiều dài diện cắt âm đạo dài nhất và ngắn nhất và kích thước chu cung 2 chiều.

Những vị trí đại thể của bướu, nếu bướu thấy được trên đại thể, trên mẫu bệnh phẩm cắt cổ tử cung và cắt tử cung.

Kích thước bướu bao gồm chiều rộng và chiều sâu xâm lấn hay bề dày (kích thước bướu nên dựa trên sự tương hợp giữa kích cỡ và đặc tính mô học). Khi có nhiều sang thương đơn độc, mỗi bướu cần được mô tả và đo đạc riêng rẽ và mẫu lớn nhất sẽ được dùng xếp giai đoạn bướu. Những mẫu bệnh phẩm từ lần khoét chóp trước hoặc tiếp theo, sau cắt cổ tử cung hay cắt tử cung nên được đánh giá tổng hợp để ước lượng kích thước bướu. Điều này là quan trọng khi có nhiều mẫu bệnh phẩm khác nhau từ nhiều nơi điều trị. Cũng nên nhớ rằng chỉ đơn giản cộng lại kích thước tối đa của các mẫu bệnh phẩm có thể làm tăng lên đáng kể kích thước tối đa của bướu.

Loại mô học và grad mô học bướu.

Có hay không có LVSI.

Giải phẫu bệnh trước đó (tổn thương tế bào gai trong biểu mô/tân sinh trong biểu mô cổ tử cung, carcinoma tuyến tại chỗ, tổn thương tiết nhầy trong biểu mô lát tầng).

Khoảng cách ngắn nhất của mô đệm cổ tử cung chưa bị xâm lấn.

Tình trạng diện cắt (bệnh xâm lấn hay giai đoạn sớm). Ghi rõ các diện cắt.

Tình trạng hạch bao gồm hạch lách góc, tổng số hạch được nạo và số hạch dương tính và có hay không xâm lấn ra ngoài vỏ bao hạch (ghi chú cho tất cả các vị trí riêng lẻ). Di căn vi thể (hơn 0.2 mm và lên đến 2 mm) được ghi nhận là pN1(mi). Những tế bào bướu riêng lẻ không hơn 0.2 mm ở hạch vùng được ghi nhận là pN0 (i+).

Di căn xa được xác định bằng giải phẫu bệnh.

Xếp giai đoạn theo giải phẫu bệnh trước mổ / Ban hội chẩn liên chuyên khoa (AJCC xuất bản lần thứ 8).

Những điều cần ghi lại trong báo cáo giải phẫu bệnh ung thư tế bào gai cổ tử cung

LÂM SÀNG/PHẪU THUẬT	ĐẠI THỂ
Các mẫu bệnh phẩm gửi đọc giải phẫu bệnh	<p>Kích thước mẫu bệnh phẩm</p> <ul style="list-style-type: none">• Số mẫu bệnh phẩm (cho vòng điện/khoét chóp)• Kích thước mẫu bệnh phẩm (cho vòng điện/khoét chóp)<ul style="list-style-type: none">• Kích thước cổ ngoài cổ tử cung (2 kích thước)• Bề dày mẫu bệnh phẩm• Diện cắt âm đạo<ul style="list-style-type: none">• Chiều dài nhỏ nhất• Chiều dài lớn nhất• Kích thước chu cung 2 chiều (ngang và dọc) <p>Vị trí đại thể của khối u</p>

VI THỂ

Kích thước bướu*

- Độ rộng xâm lấn (2 kích thước)
- Bề dày hay độ sâu xâm lấn

Loại mô học bướu

Histological tumour grade LVTI

Giải phẫu bệnh trước đó

- Tổn thương tế bào vảy trong biểu mô/tân sinh trong biểu mô cổ tử cung
- Carcinom tuyến tại chỗ
- Tổn thương tiết nhầy trong biểu mô lát tầng

Khoảng cách tối thiểu mô đệm cổ tử cung chưa bị xâm lấn

Tình trạng diện cắt (bệnh xâm lấn hay giai đoạn sớm). Ghi rõ các diện cắt.

Tình trạng hạch (tình trạng hạch lách góc, số hạch di căn/số hạch lấy được và xâm lấn ngoài vỏ bao hạch)

Giải phẫu bệnh xác nhận di căn xa

Xếp giai đoạn bệnh theo giải phẫu bệnh trước mổ/Ban hội chẩn liên chuyên khoa (phân loại TNM)

* Kích thước bướu nên dựa trên sự tương hợp giữa kích cỡ và các đặc tính mô học.



UNGBUOUPHUKHOA

Access the full ESGO Guidelines



© 2018 European Society of Gynaecological Oncology

All rights reserved. No part of this book can be reprinted, reproduced, transmitted or utilised in any form by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying, microfilming, and recording, or any information storage or retrieval system, without written permissions of ESGO.

Reasonable efforts have been made to publish reliable data and information, but the authors and publisher cannot assume responsibility for the validity of all materials or for the consequences of their use, and the ultimate responsibility rests with the prescribing physician.

UNGBUOUPHUKHOA



ESGO Office
7, Rue François-Versonnex
1211 Geneva 6, Switzerland Email:
adminoffice@esgomail.org www.esgo.org

© 2018 European Society of Gynaecological Oncology. All rights reserved.