



# Soi cổ tử cung trong thai kỳ



# Thai kỳ là giai đoạn tốt để phát hiện CIN

- 5% tế bào âm đạo bất thường
- Điểm đặc biệt: giải phẫu thuận lợi, nhiều tế bào viêm, soi cổ tử cung khó khăn hơn, sinh thiết chảy máu
- Sau đẻ thường bác sỹ không theo dõi được bệnh nhân 6 đến 33 %



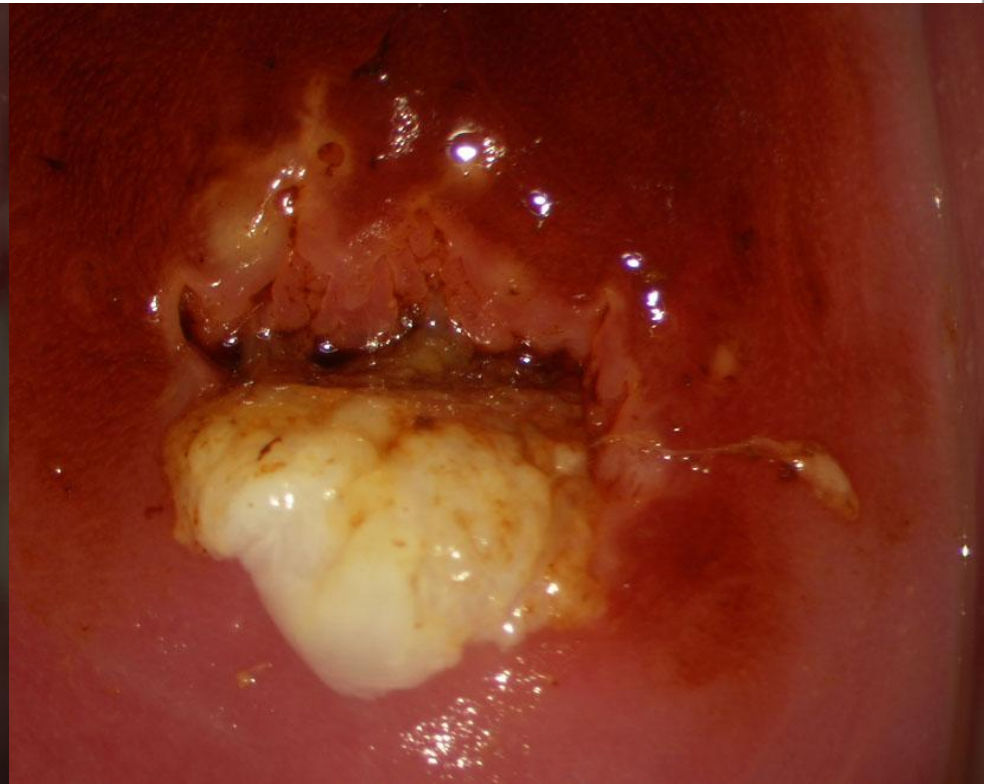
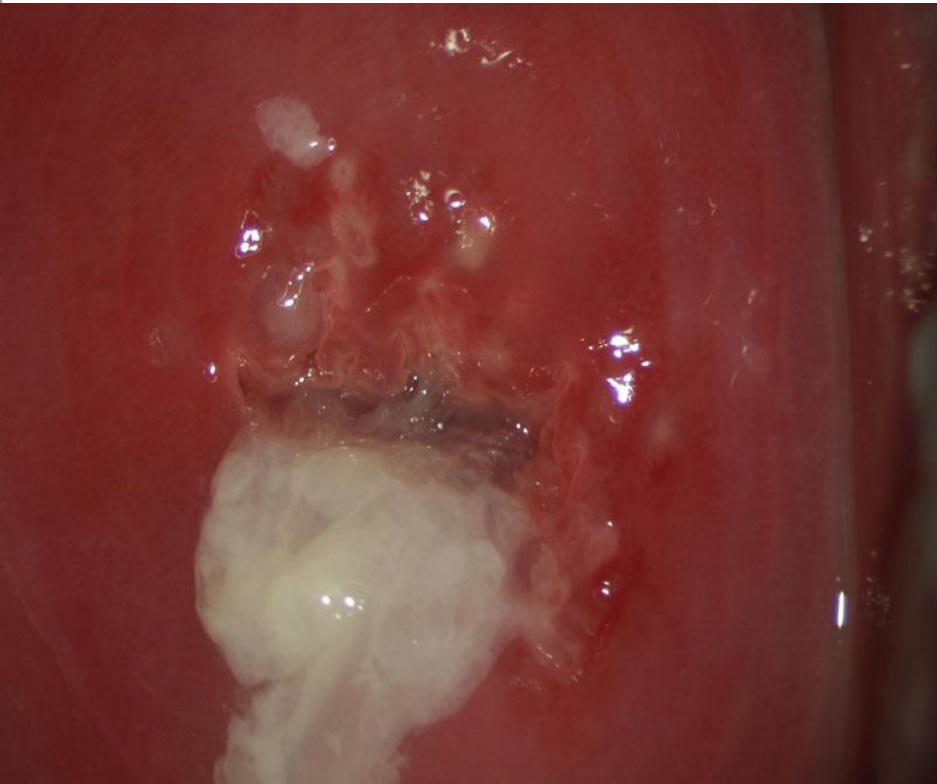
# Giải phẫu cổ tử cung có thai khi soi cổ tử cung

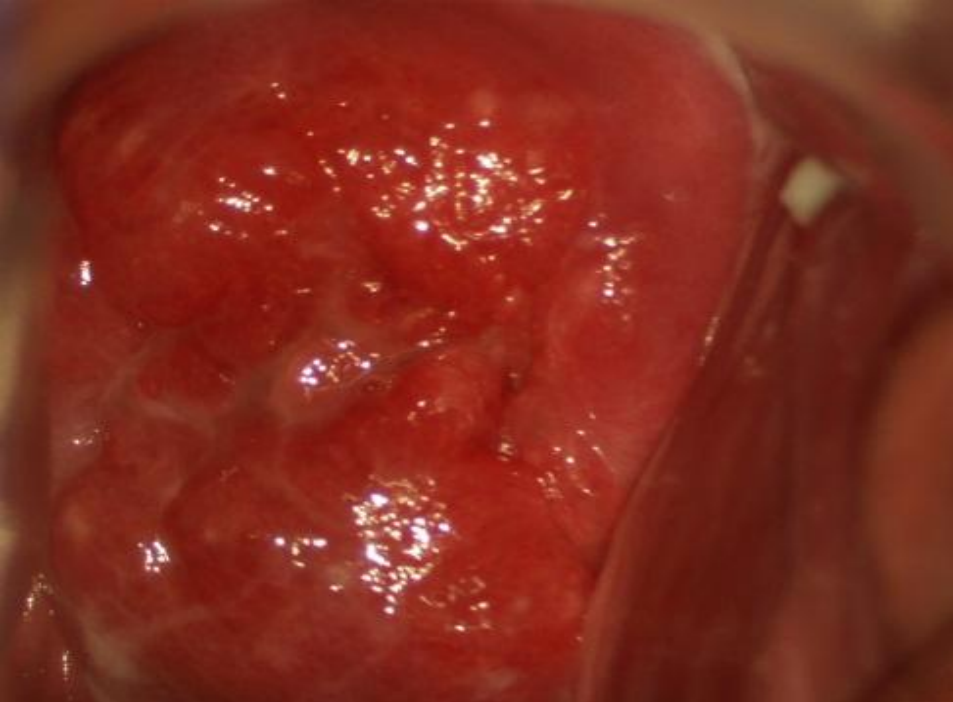
- Thay đổi xuất hiện sau quý 1
- Soi cổ tử cung khó hơn
- Cổ tử cung chức sau
- Thành âm đạo dày hơn
- Thay đổi mô bệnh học của rau thai
- Lộ tuyến hay xuất hiện
- Chất nhày nhiều và dính
- Sinh thiết chảy máu nhiều nhưng có thể làm được



# Cổ tử cung thai kỳ quý 1

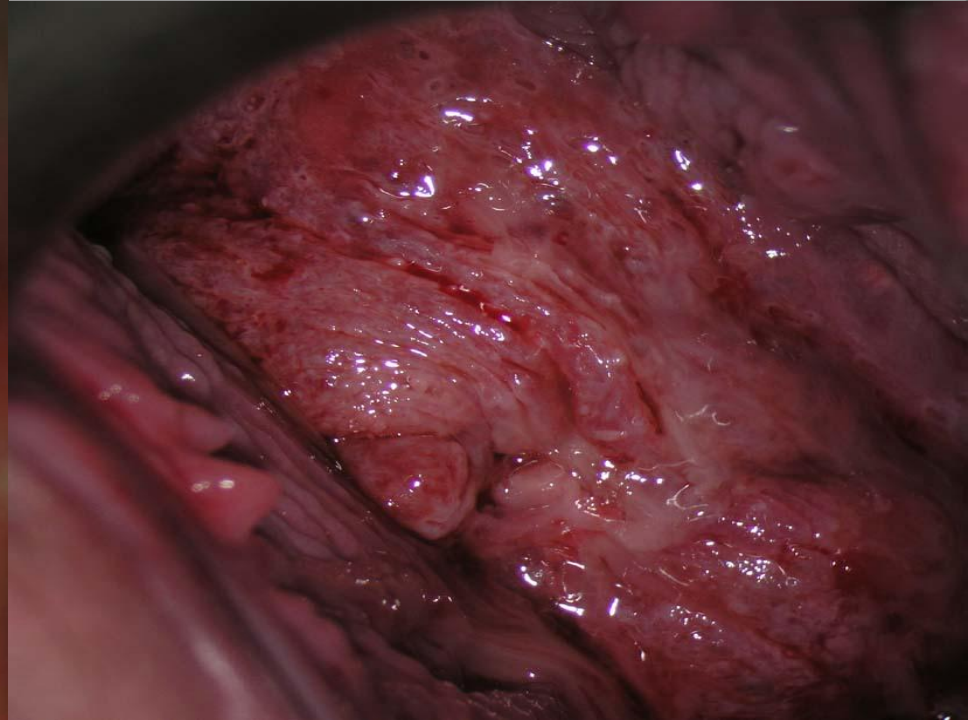
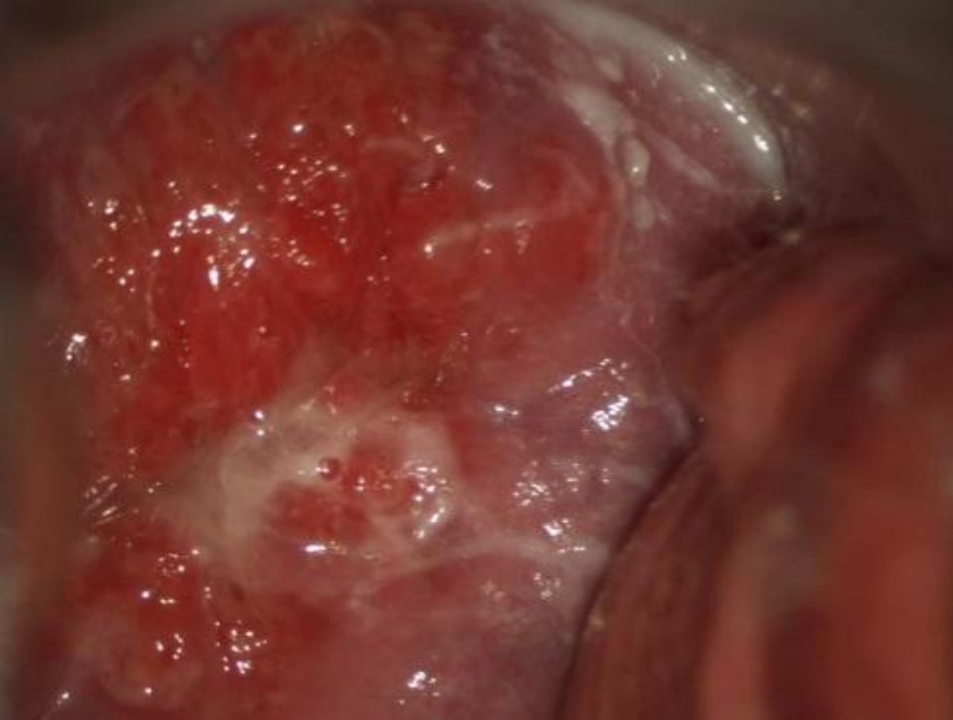
- Biểu mô phù nề
- Viêm nhiều
- Chất nhày cổ tử cung đục và dính



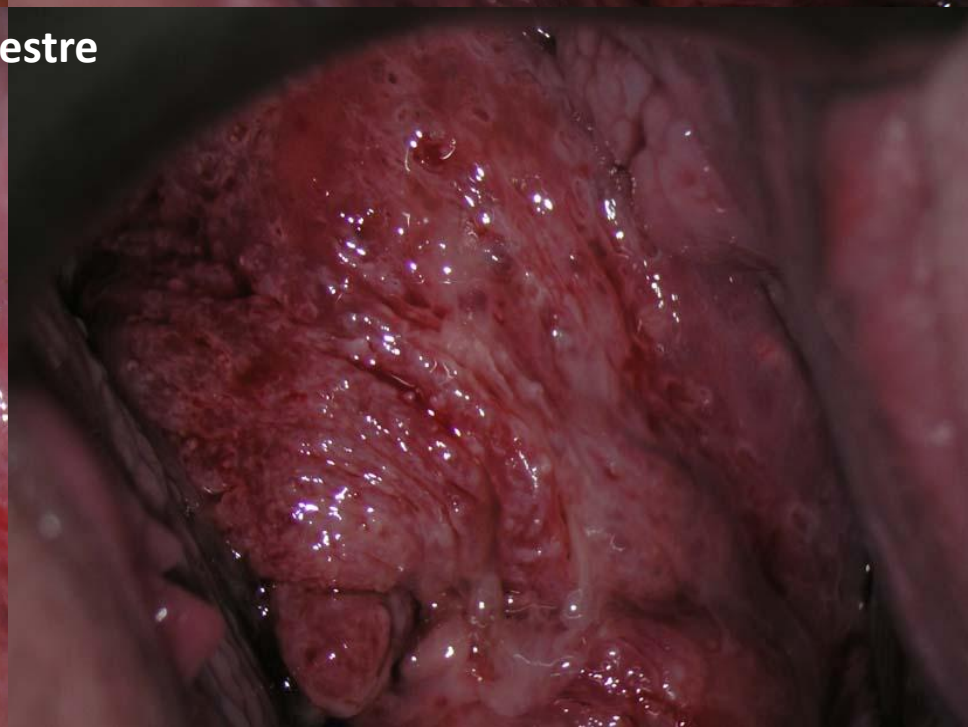
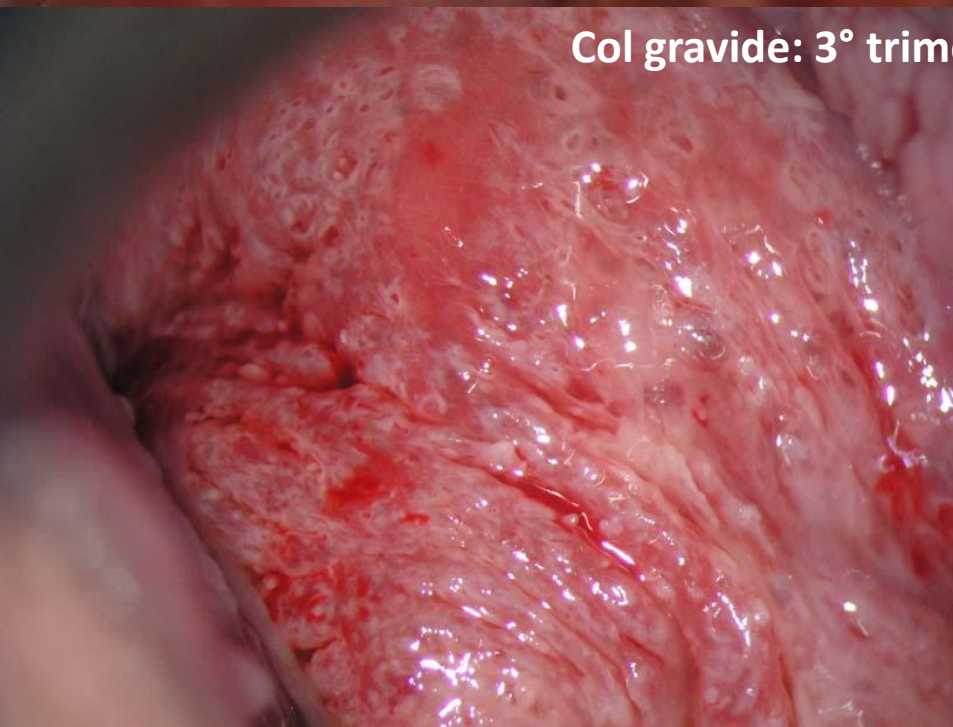


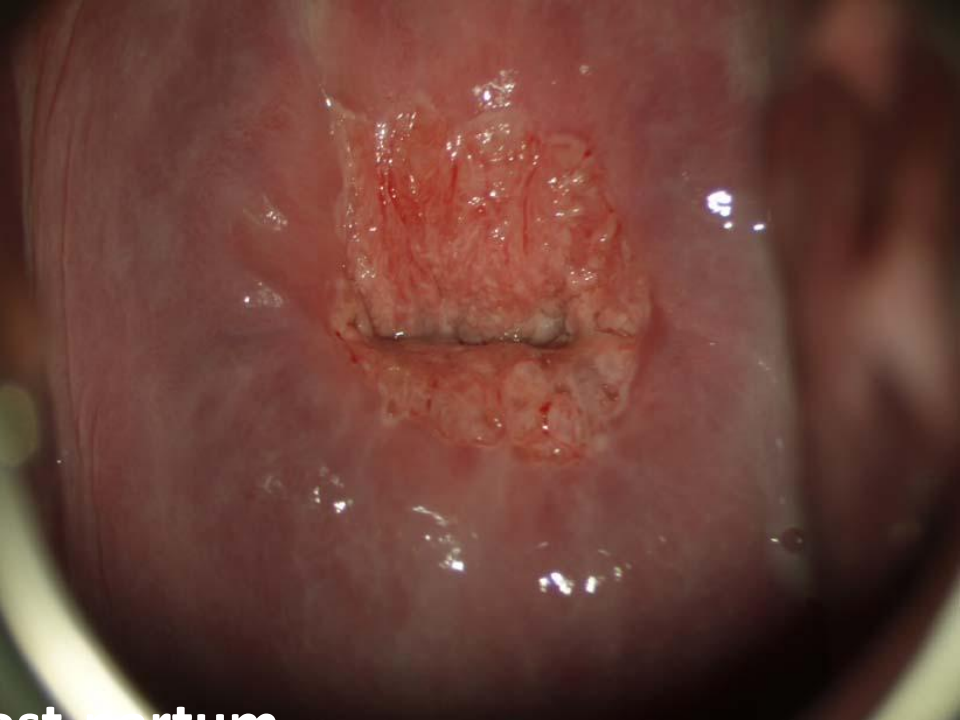
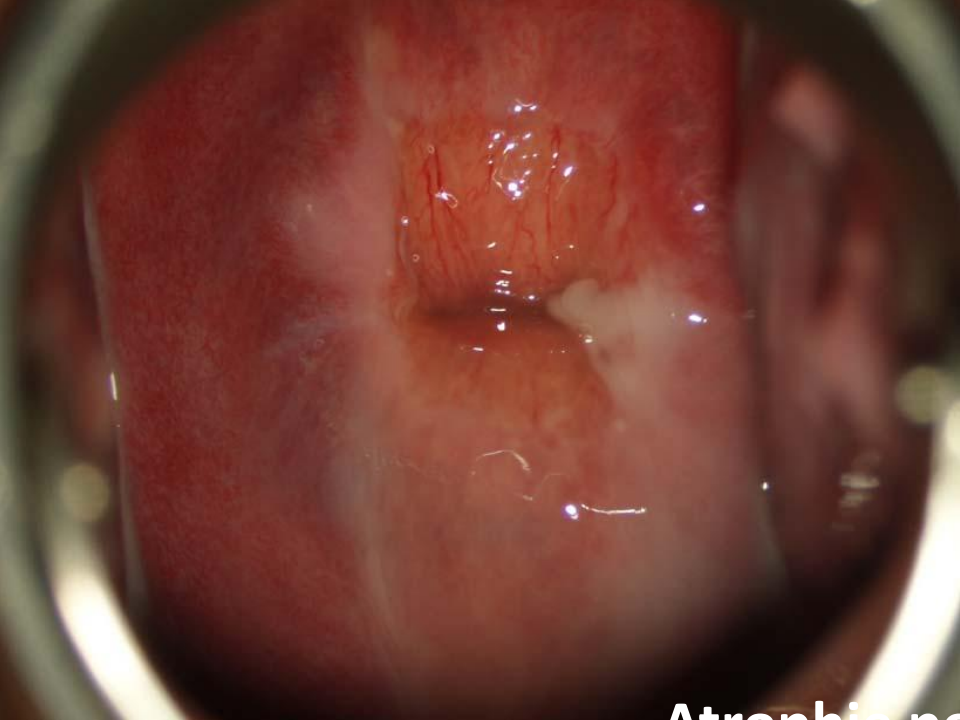
**Col gravide: 2° trimestre**



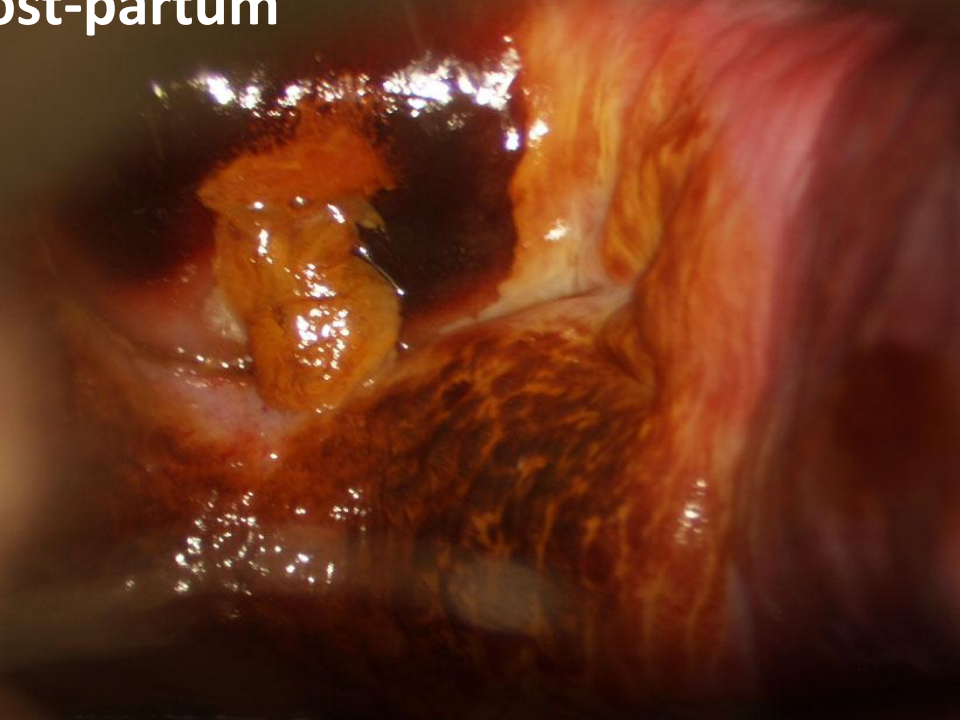


Col gravide: 3° trimestre

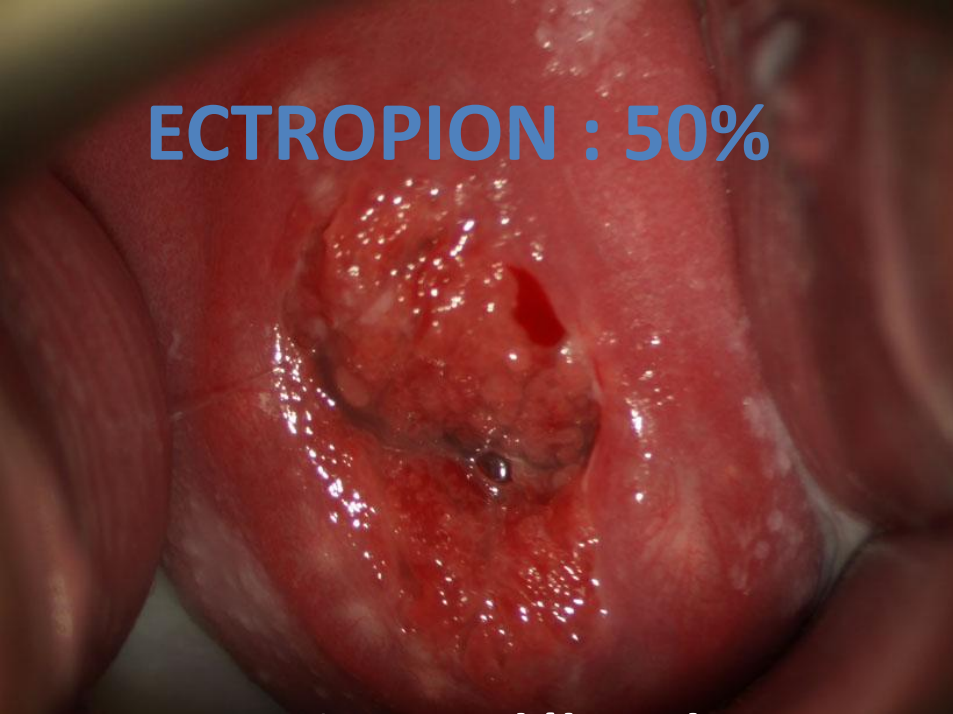




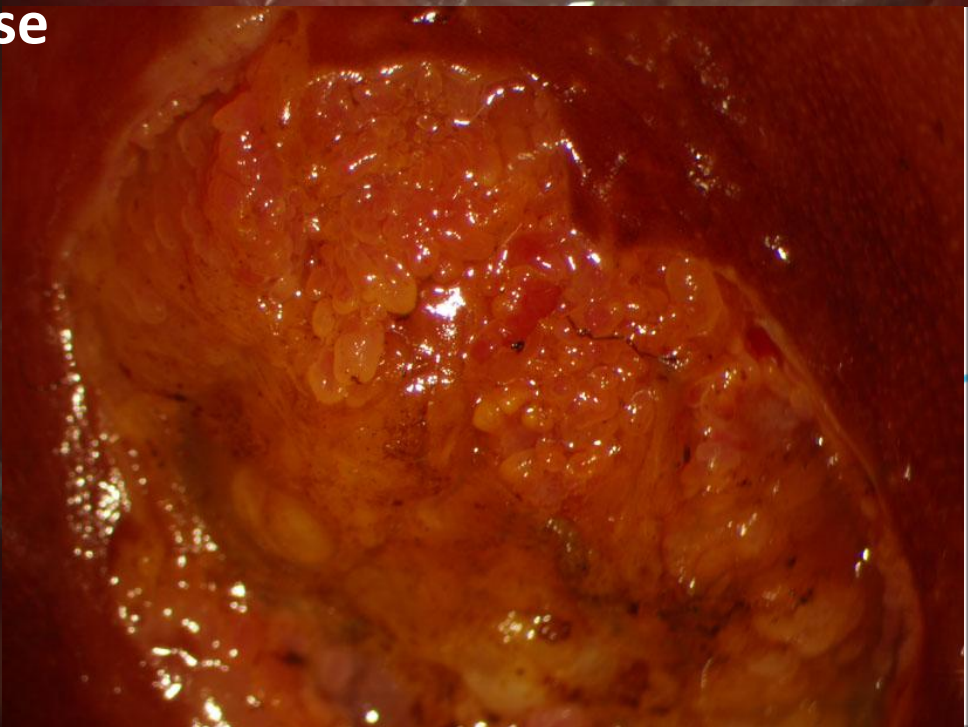
**Atrophie post-partum**



**ECTROPION : 50%**



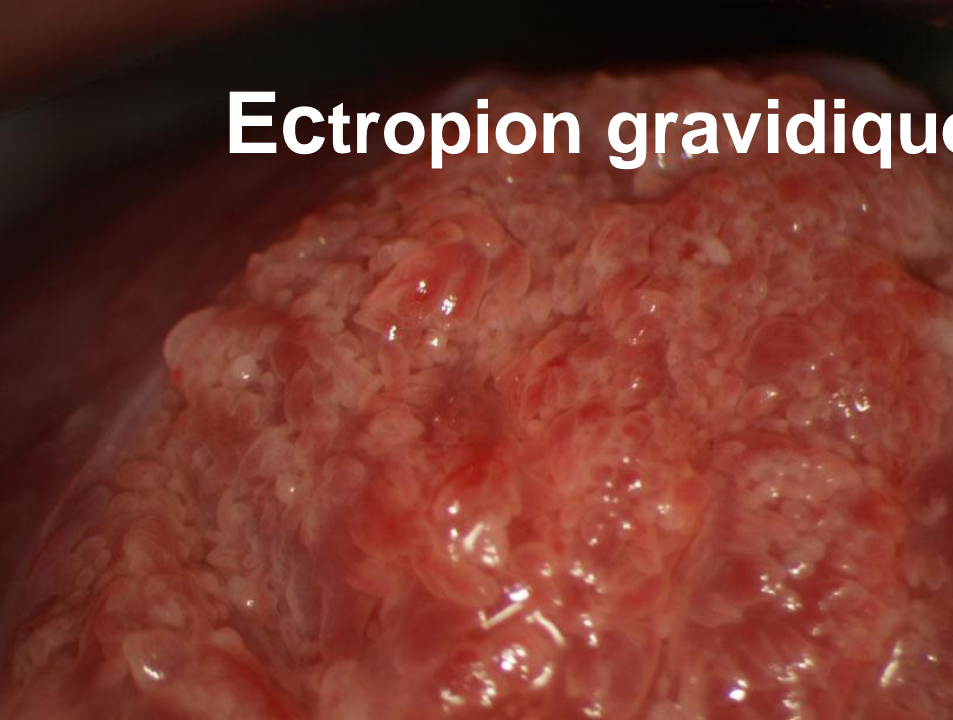
**Ectropion en début de grossesse**

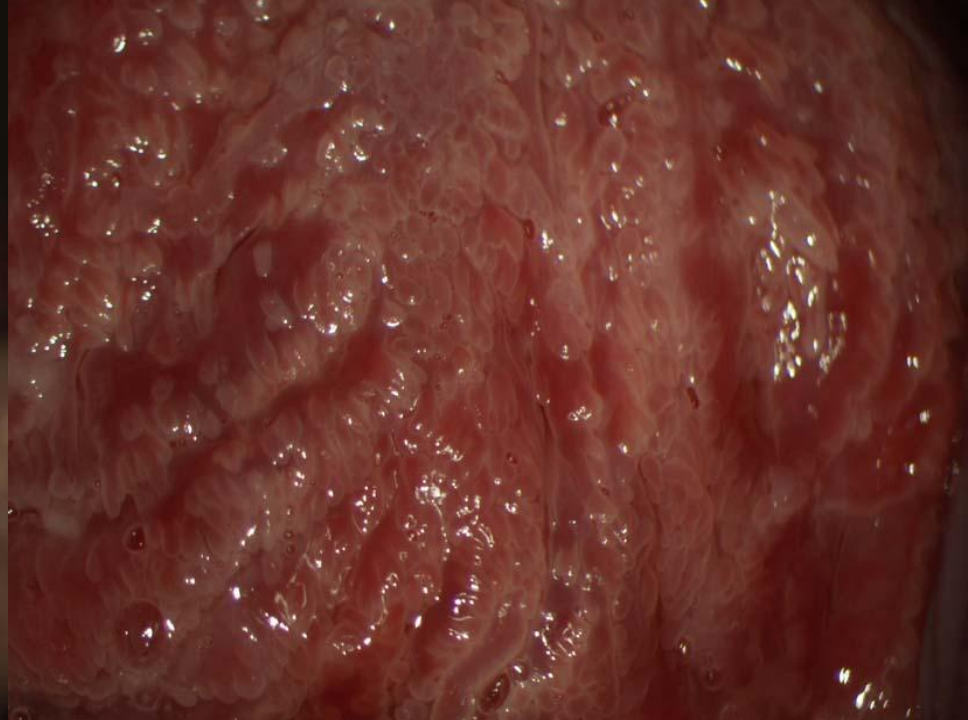




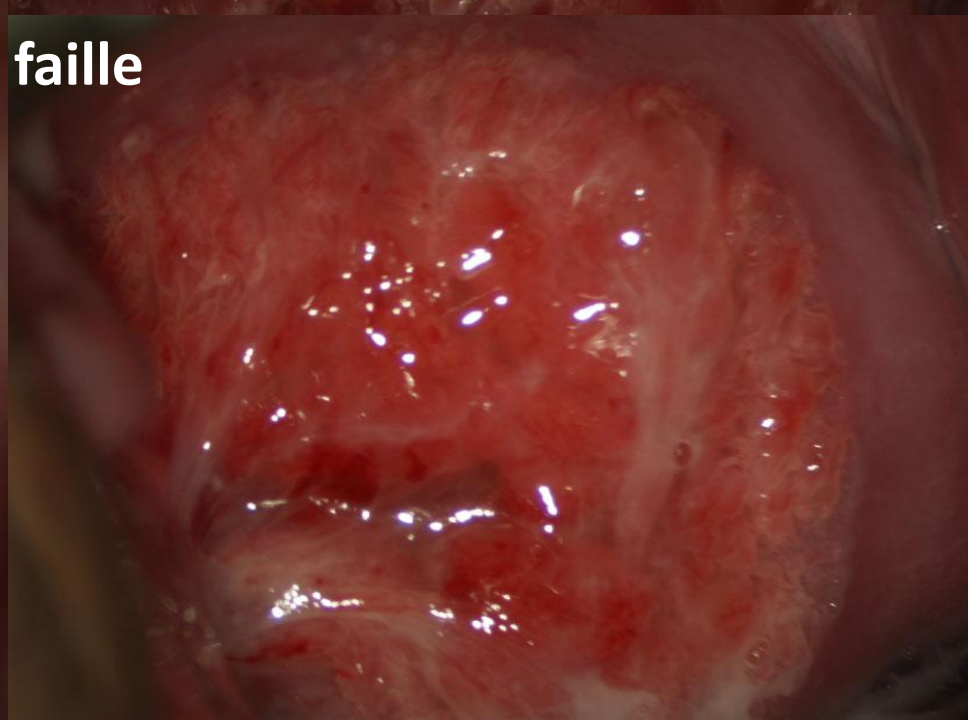
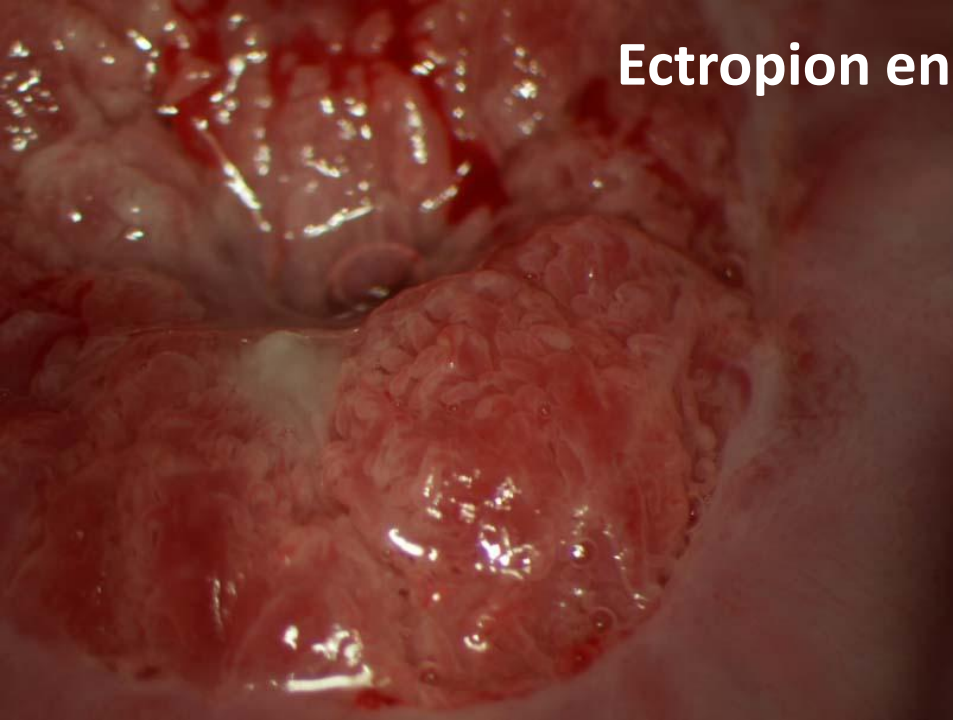


**Ectropion gravidique pur**





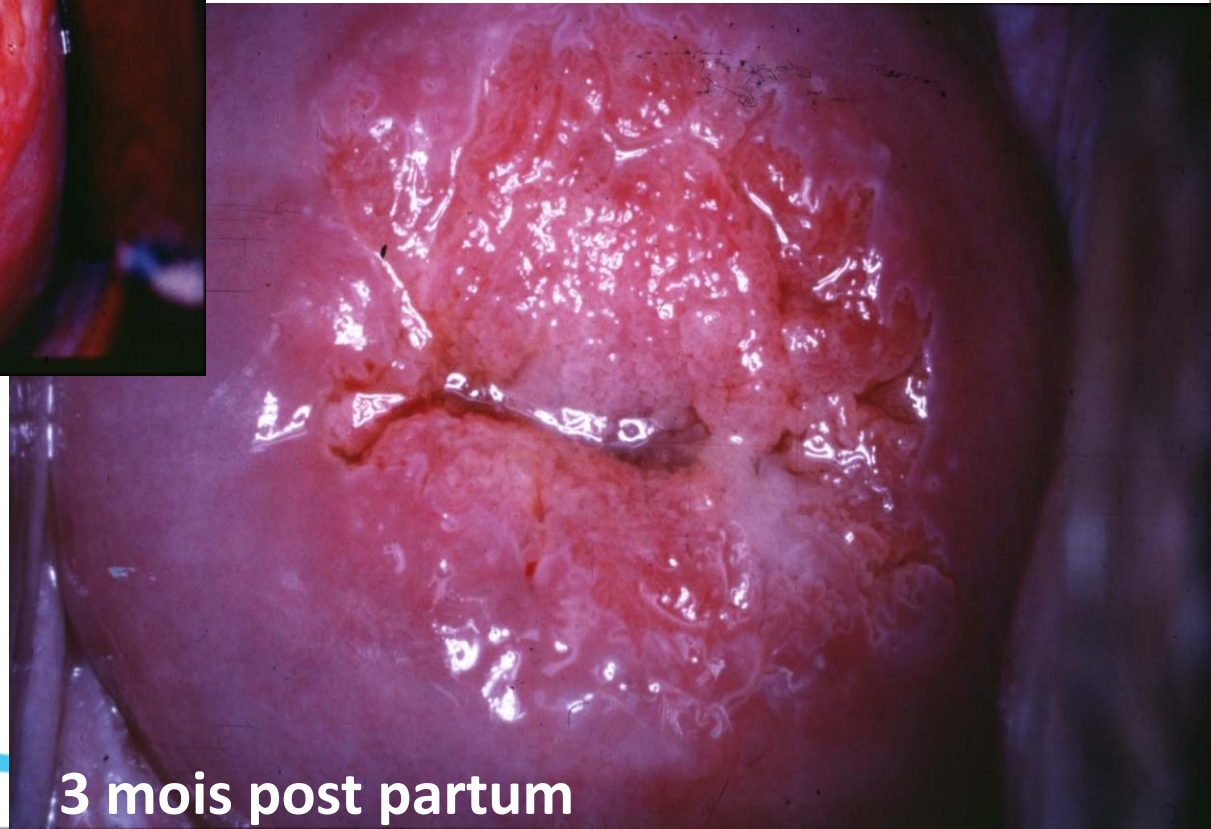
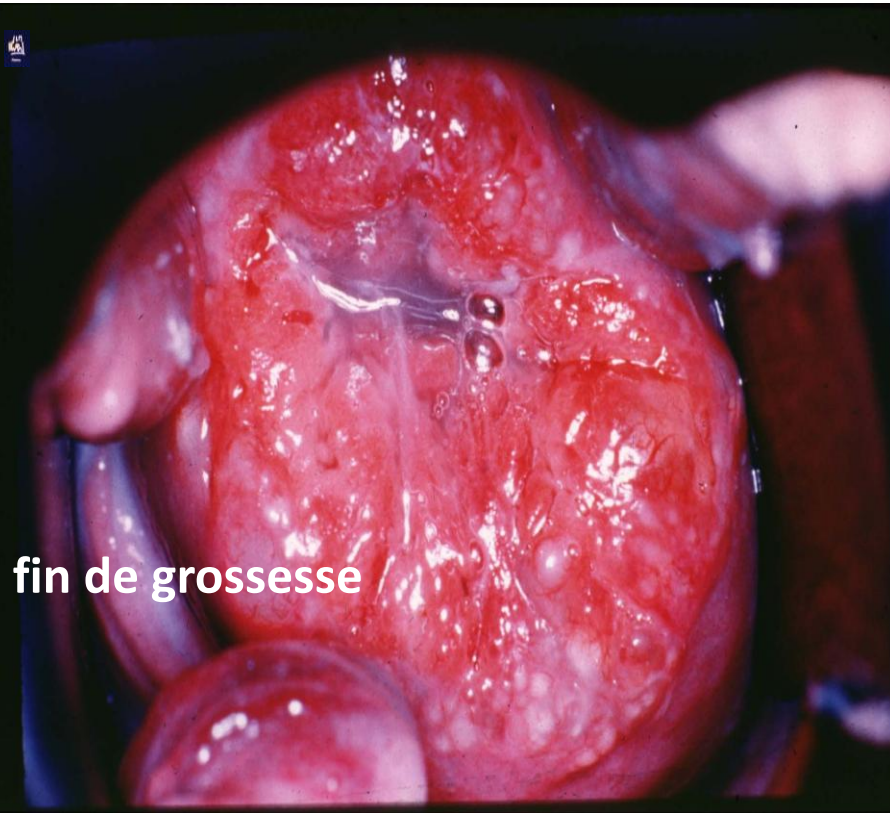
**Ectropion en faille**





# ECTROPION

Pas de traitement pendant la grossesse  
Involution post partum





# LESIONS BÉNIGNES

- Elimination  
de caduque
- Polypes du col :
  - remaniés
  - peuvent être  
enlevés sans difficulté





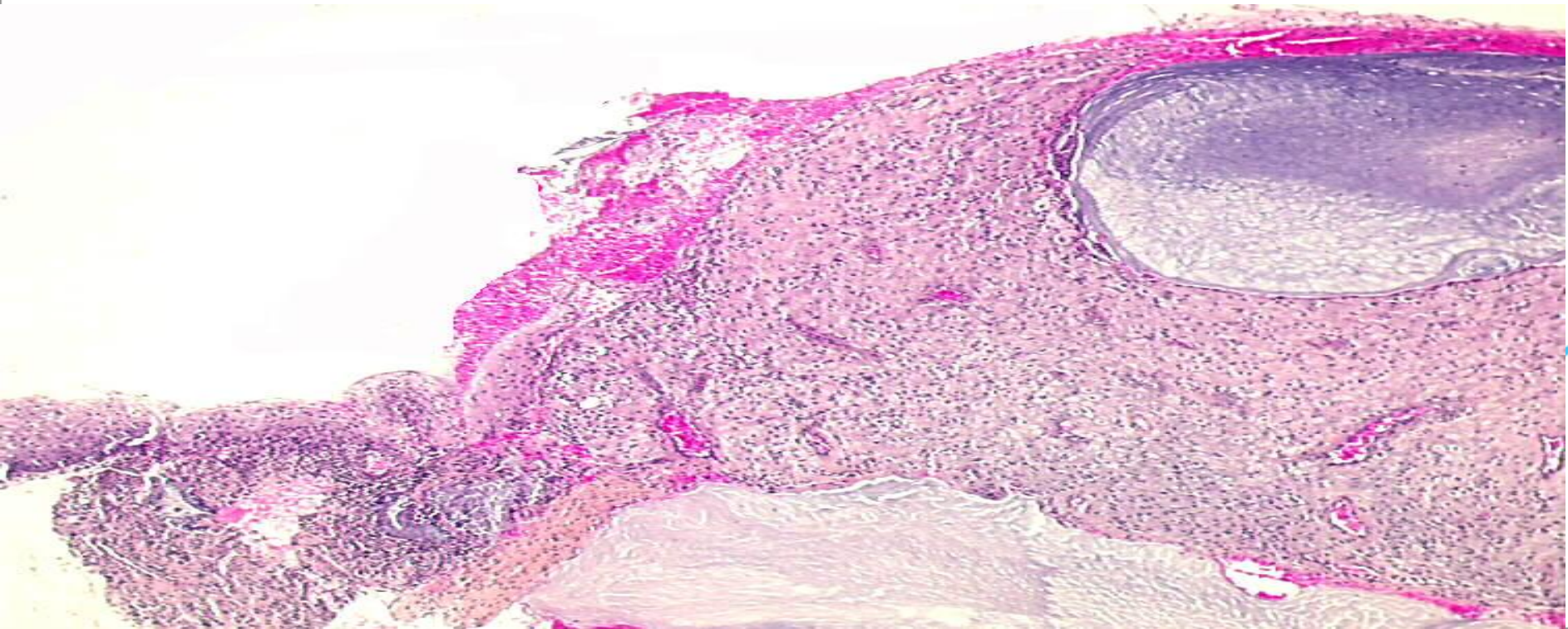
# U màng rạng

- Dưới ảnh hưởng của hormon tế bào liên kết rau thai nguồn gốc ống Muller trở nên phì đại hình thoi. Hiện tượng này có thể xuất hiện ở tất cả ống sinh dục.
- Tỷ lệ 10 đến 40 %
- Nhiều dạng: dưới dạng biểu mô (loét hoặc phì đại) hoặc hình thoi (nhú, u, gai , polype)



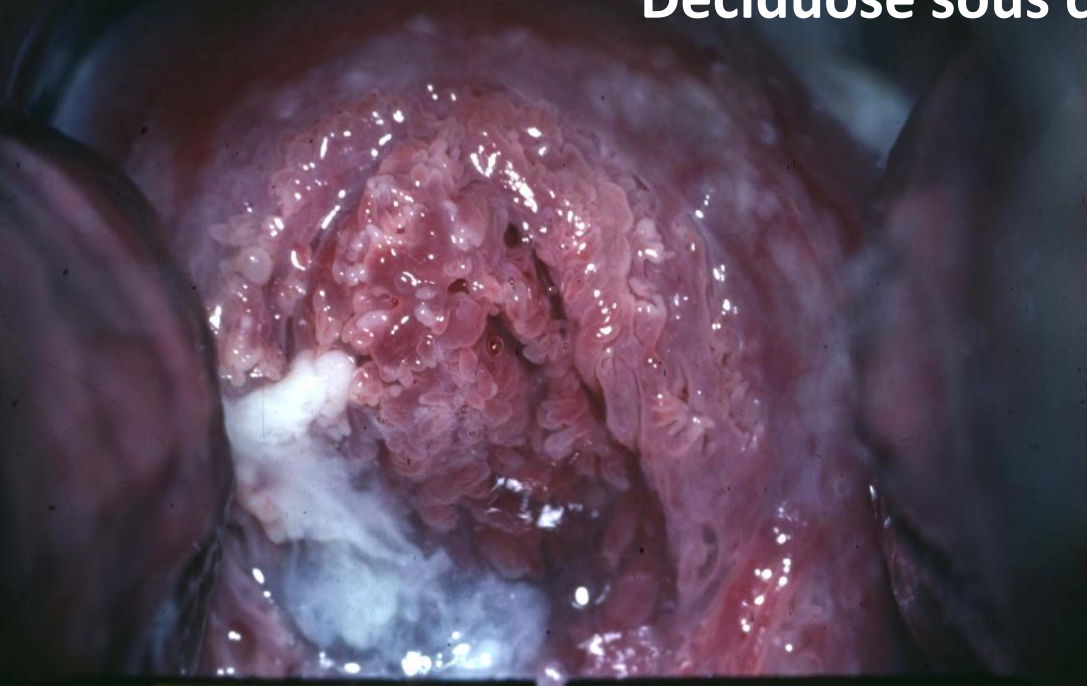
# U màng rụng

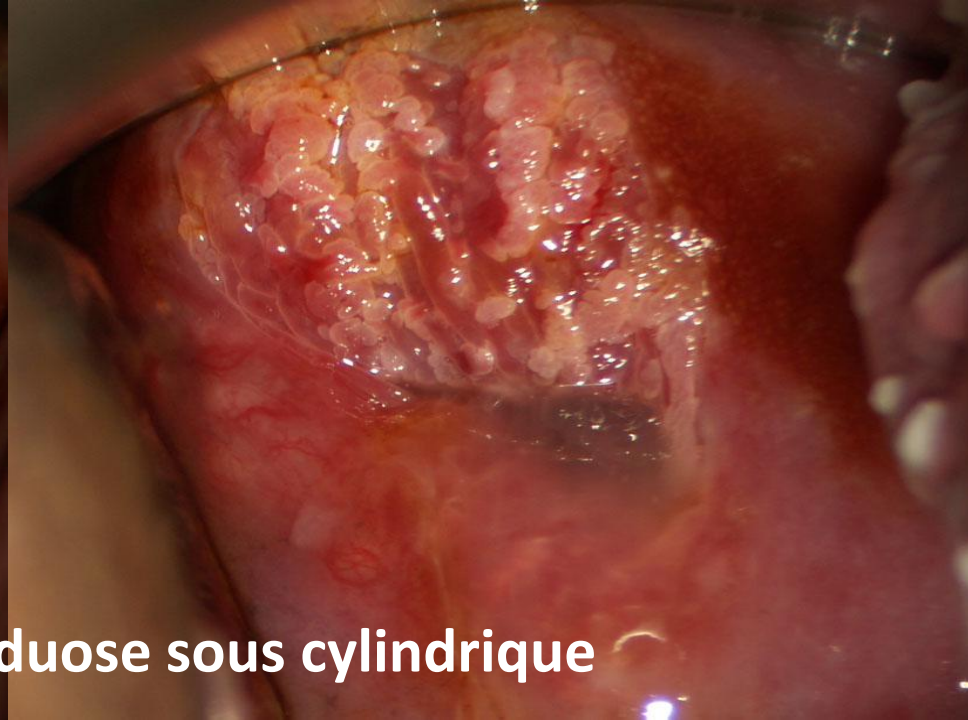
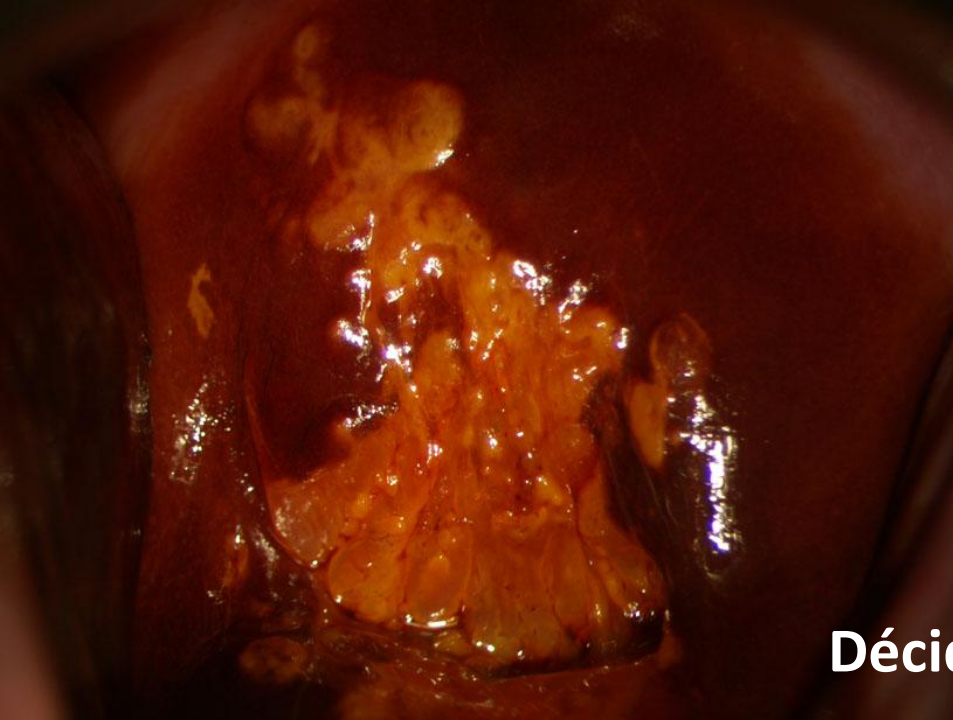
- Thâm nhập của tế bào màng rụng trong màng rau dưới dạng biểu mô sừng hóa không keratin





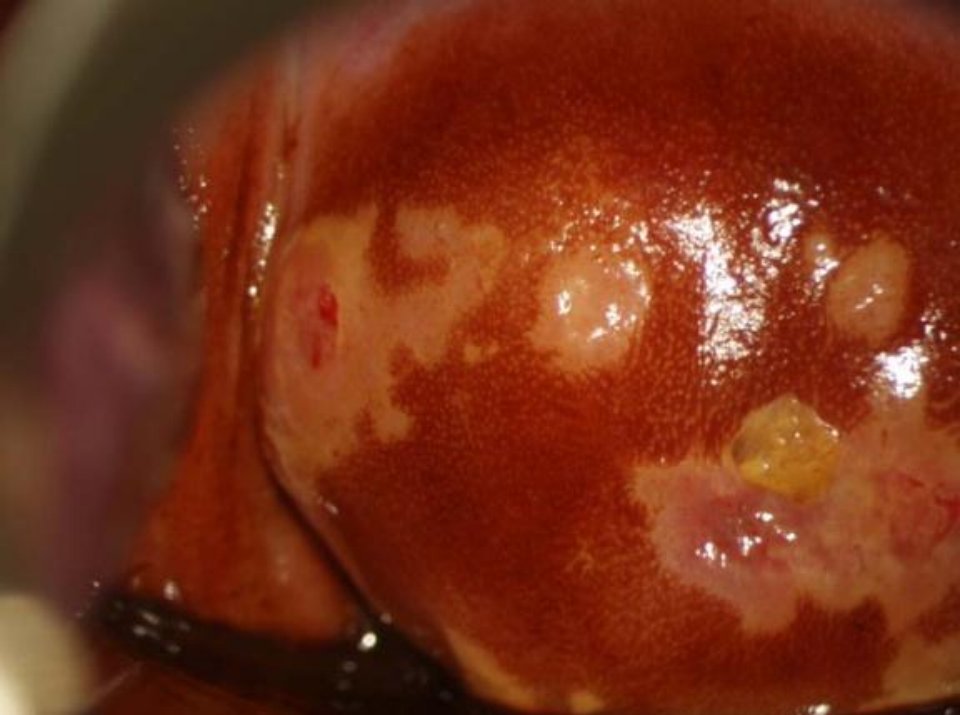
**Déciduose sous cylindrique**



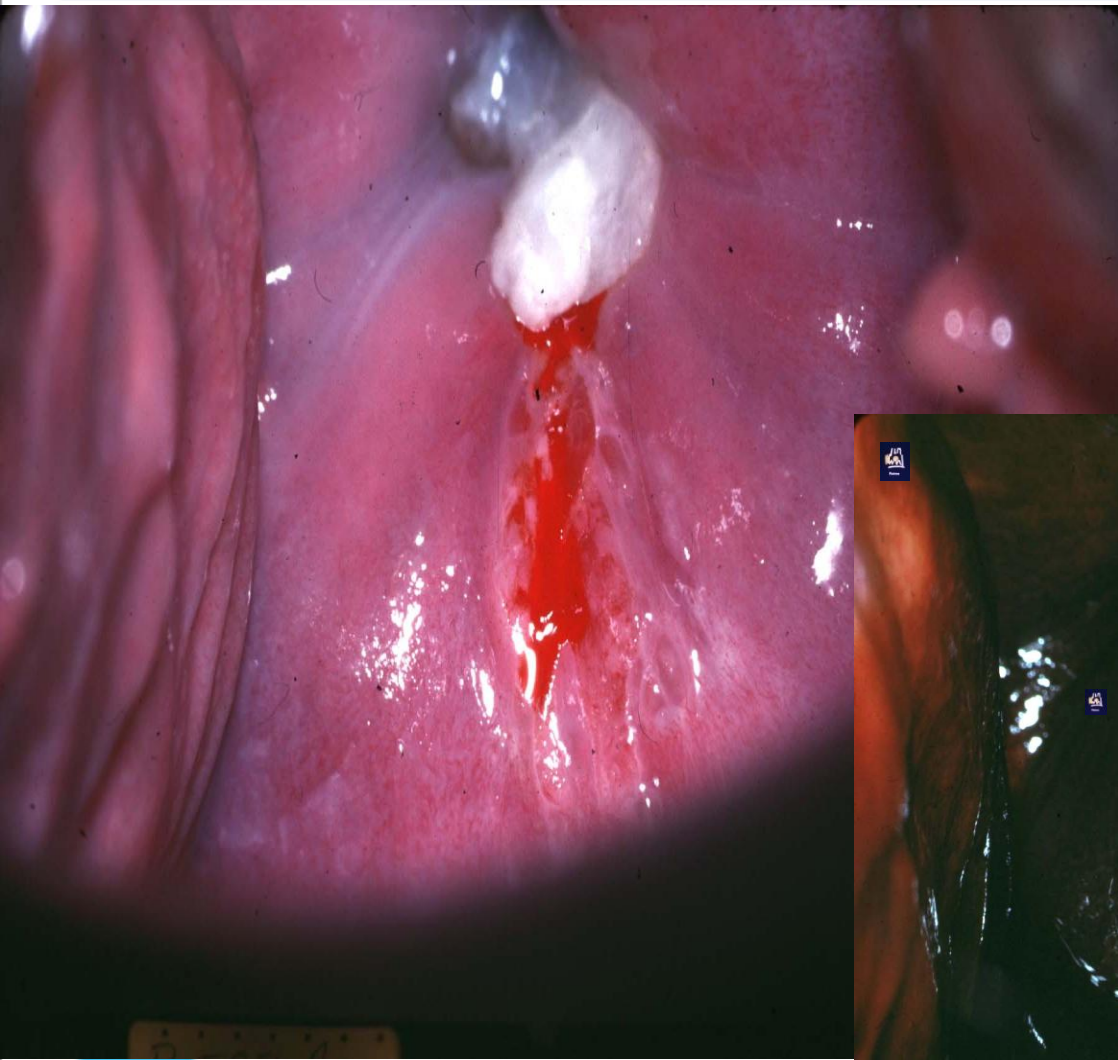


Déciduose sous cylindrique

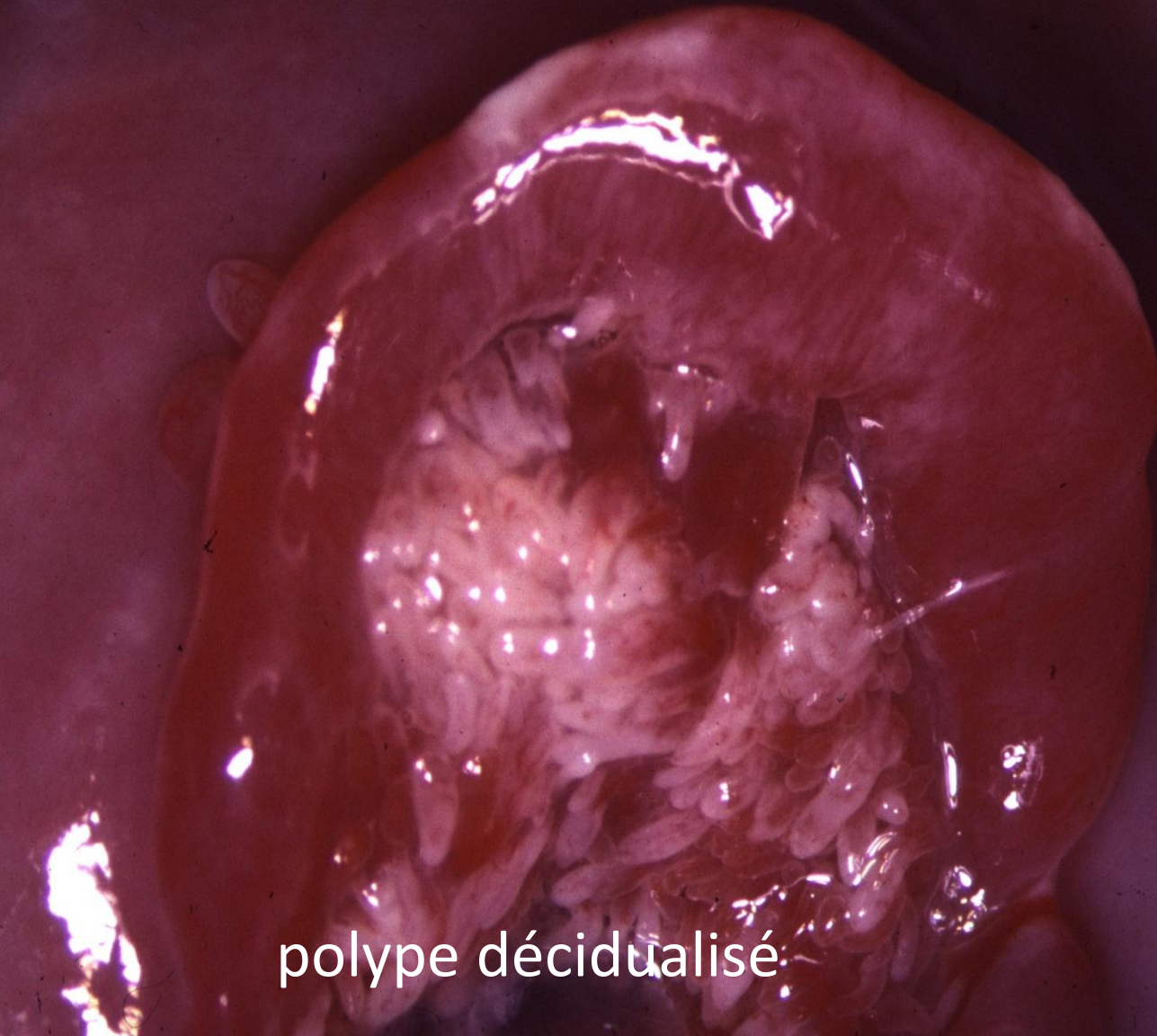




Déciduoze sous malpighienne



**Déciduose ulcérée**



polype décidualisé



# Soi cổ tử cung trong thai kỳ

- Đánh giá dễ dàng
- Hình ảnh viêm rất hay gặp
- Khó khăn kỹ thuật : phải dùng 2 mỏ vịt Colin hoặc van âm đạo
- Thai kỳ có xu hướng làm tổn thương có vẻ nghiêm trọng hơn
- Sinh thiết: chỉ định giống như không có thai nhưng cần thận trọng dù ít biến chứng

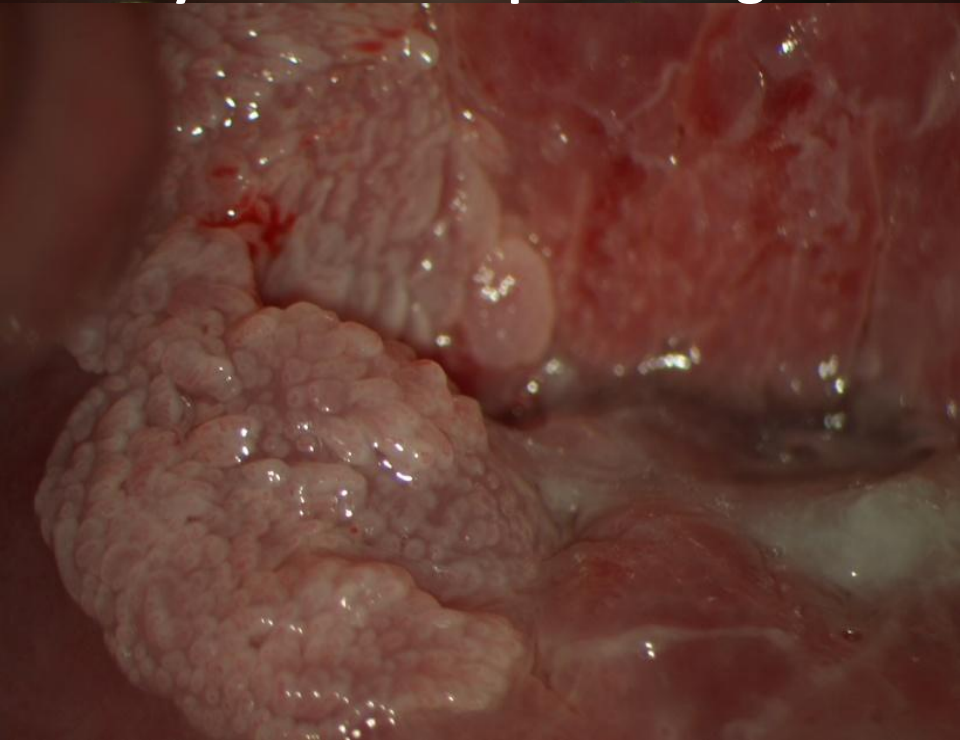


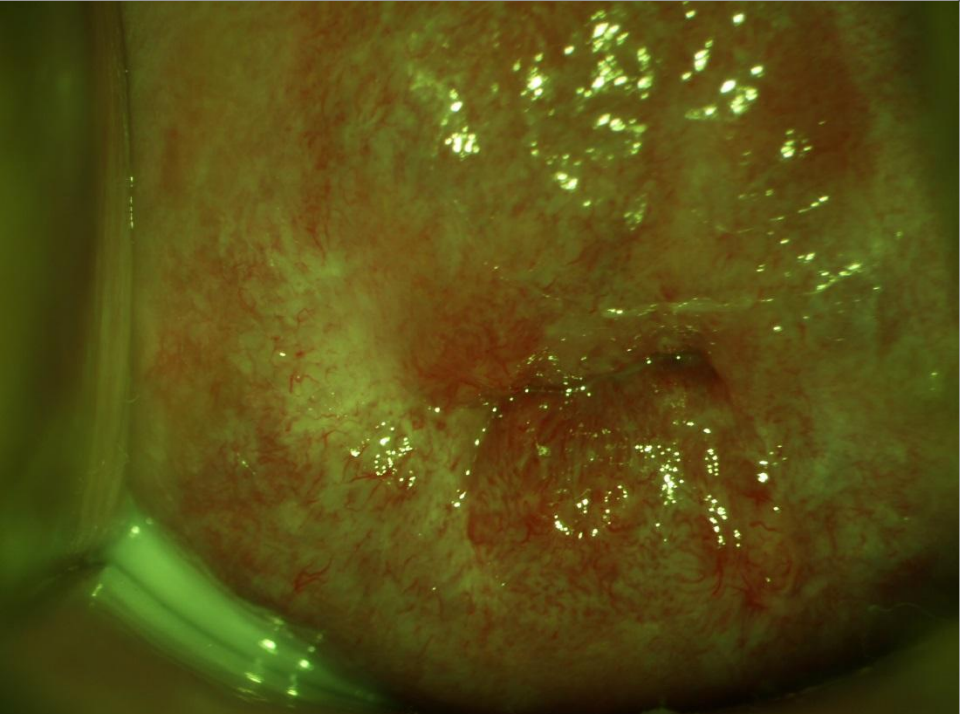
# Thai kỳ làm trầm trọng hình ảnh soi cổ tử cung

- U nhú: sùi nhiều hơn
- TAG 1: bờ ngoài mờ hơn, trông nghiêm trọng hơn.
- TAG 2: trông nghiêm trọng hơn nhưng ranh giới nhìn rõ hơn

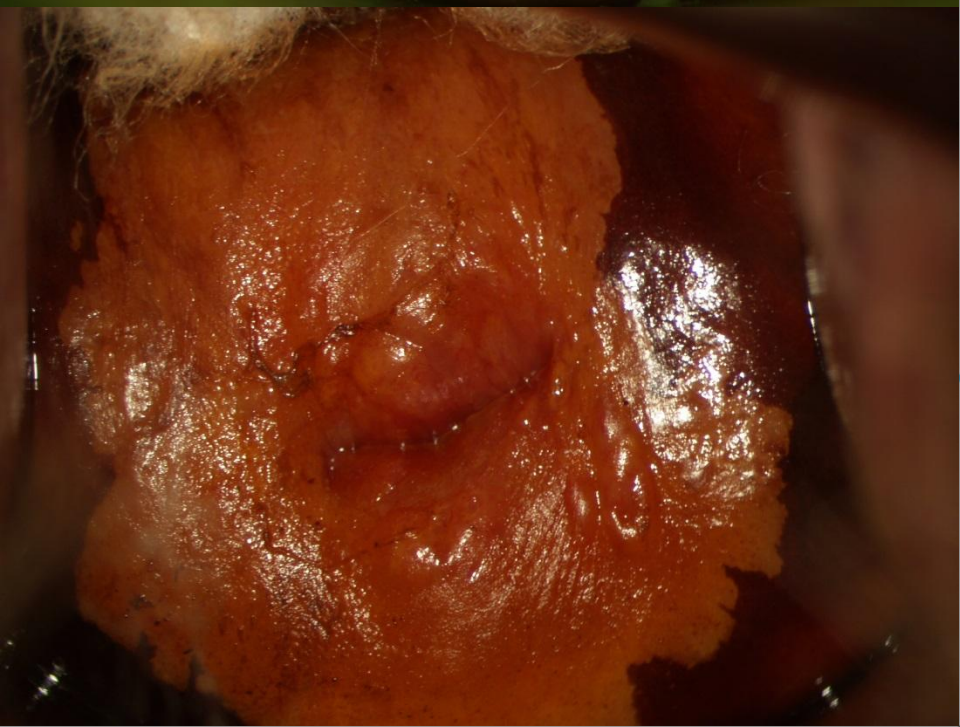


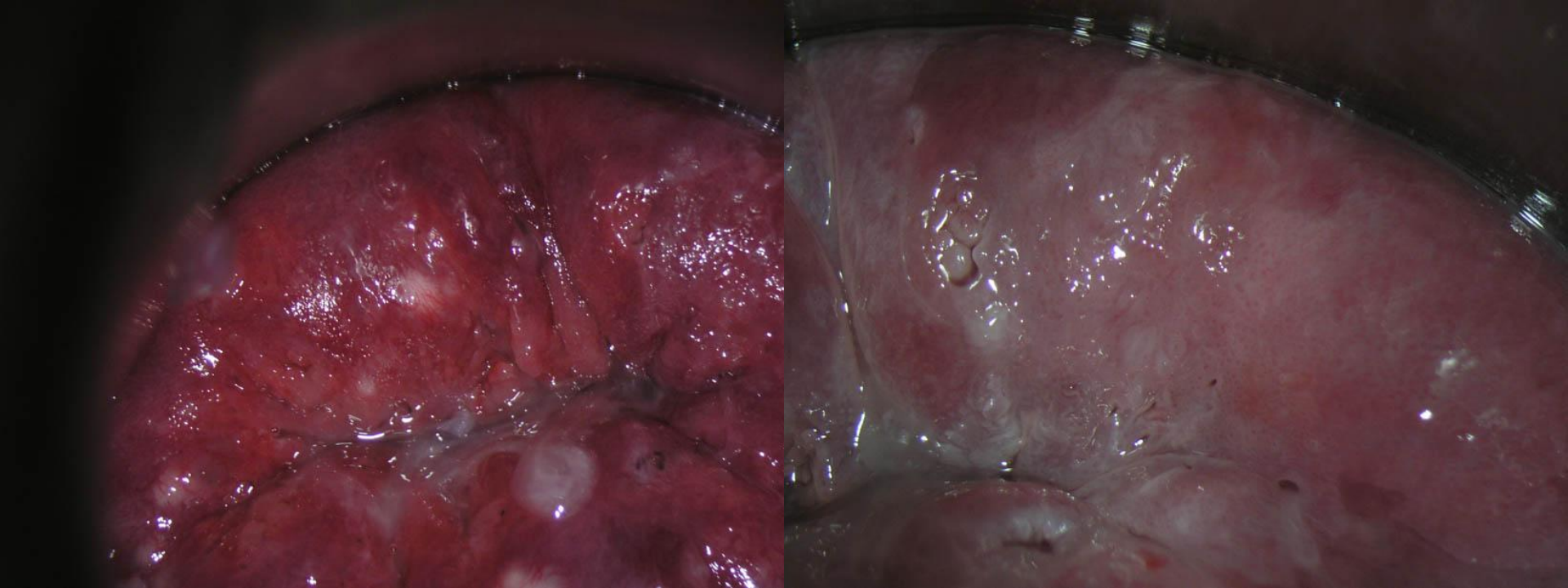
**Condylome verruqueux et grossesse**



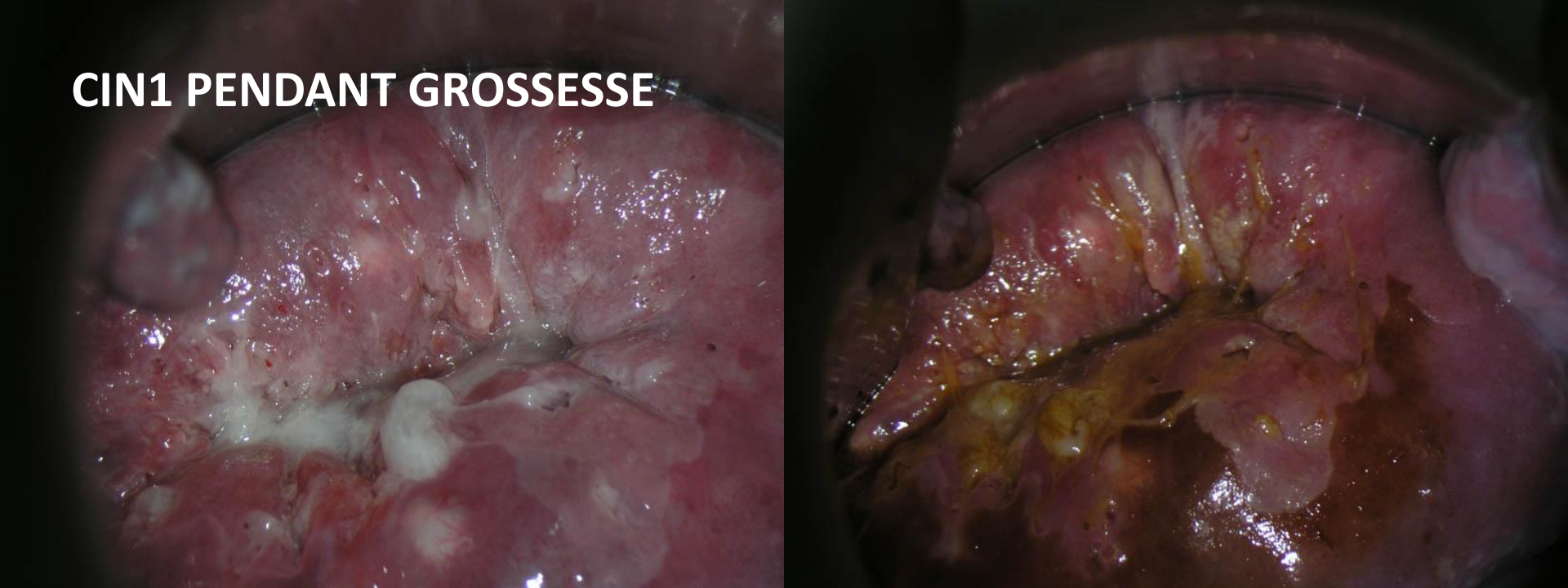


**CIN1 PENDANT GROSSESSE**

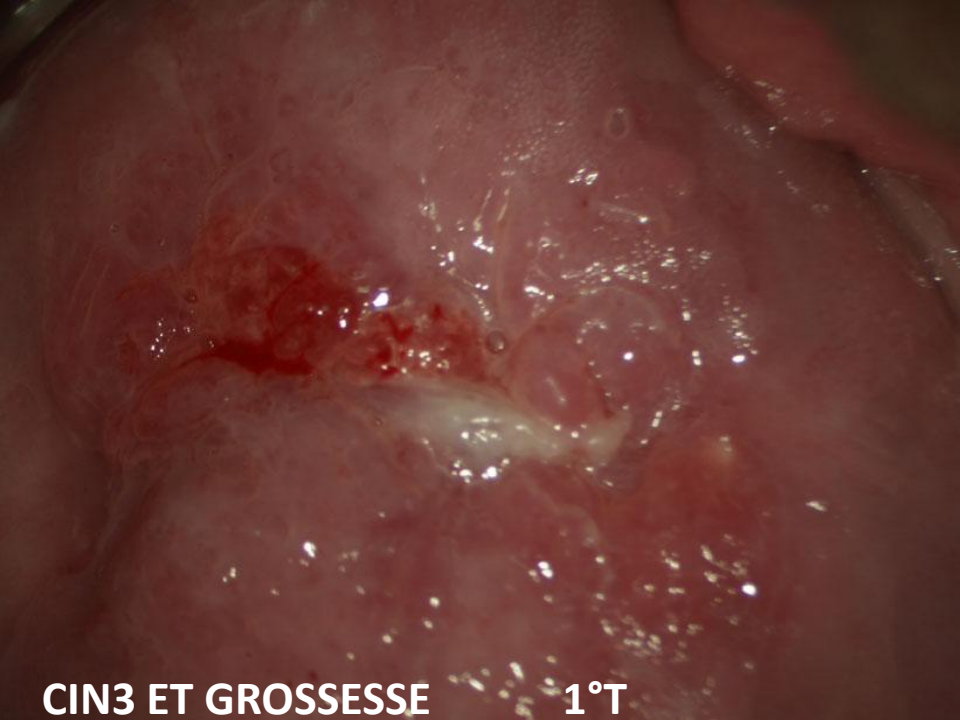




**CIN1 PENDANT GROSSESSE**







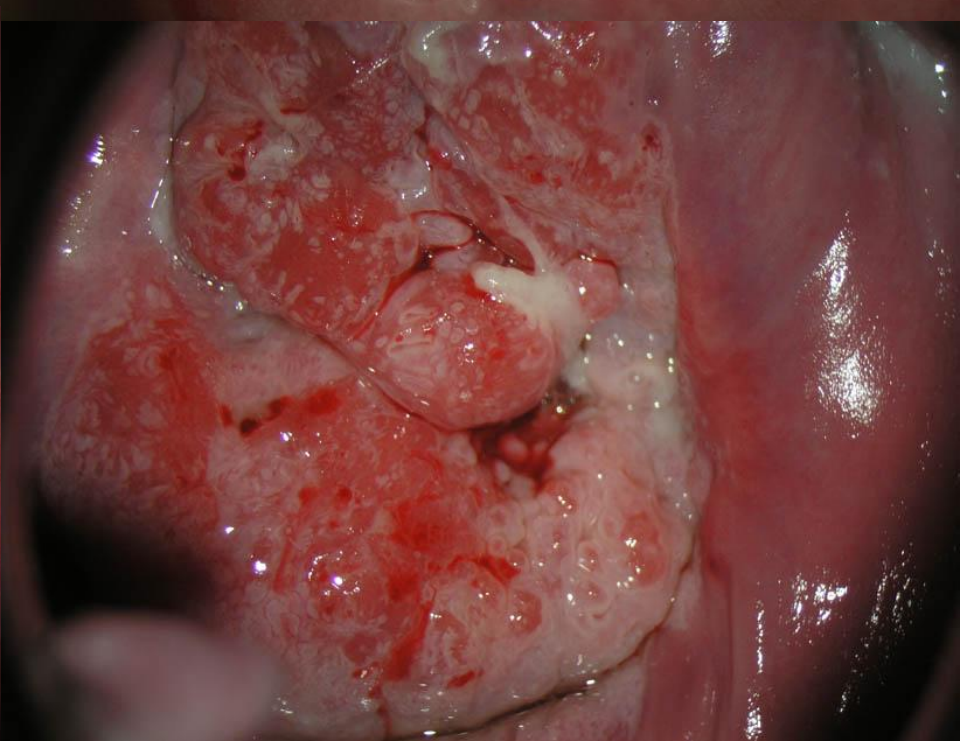
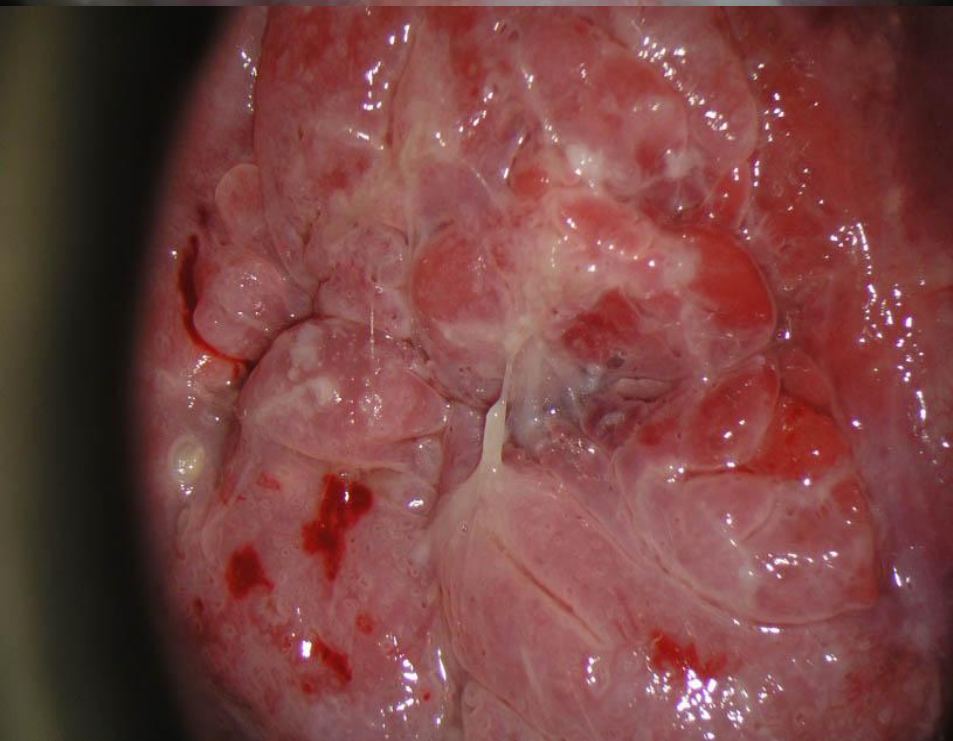
CIN3 ET GROSSESSE 1°T



3°T



CIN3 en fin de grossesse





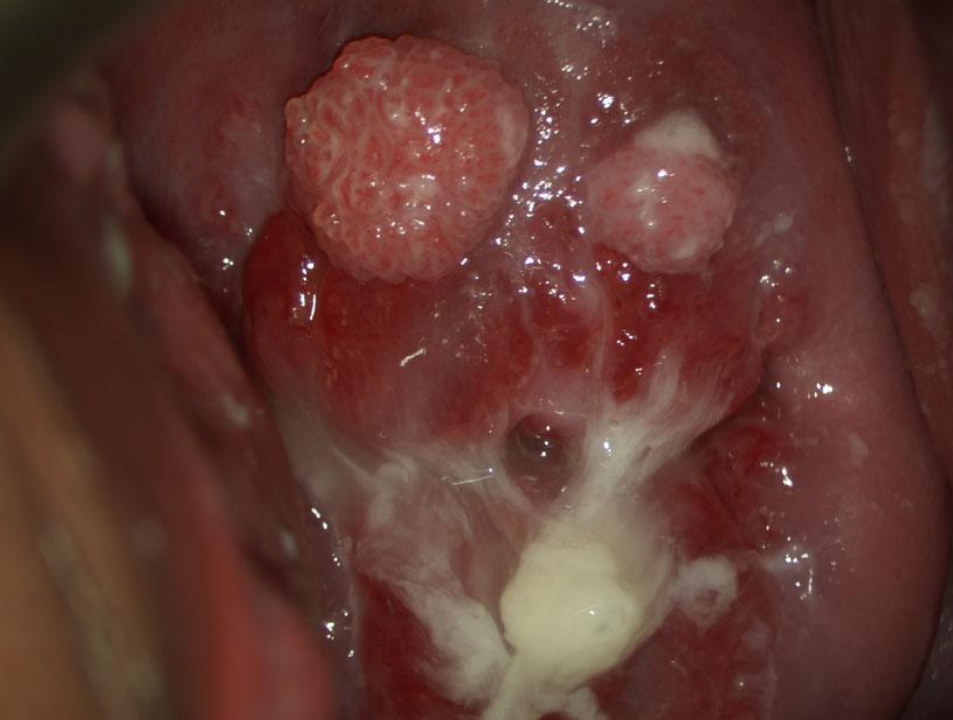
# Tế bào âm đạo CIN I ,II và thai kỳ

- Ít nguy cơ tiến triển
- Theo dõi trong thai kỳ bằng soi cổ tử cung vì đôi khi tế bào âm đạo âm tính giả (20%) nhưng giá trị của soi cổ tử cung trong thai kỳ thấp
- Kiểm tra lại sau đẻ bất kể mổ đẻ hay đẻ thường: không bao giờ bỏ sót tổn thương, ít có tiến triển nặng lên



# Trường hợp đặc biệt

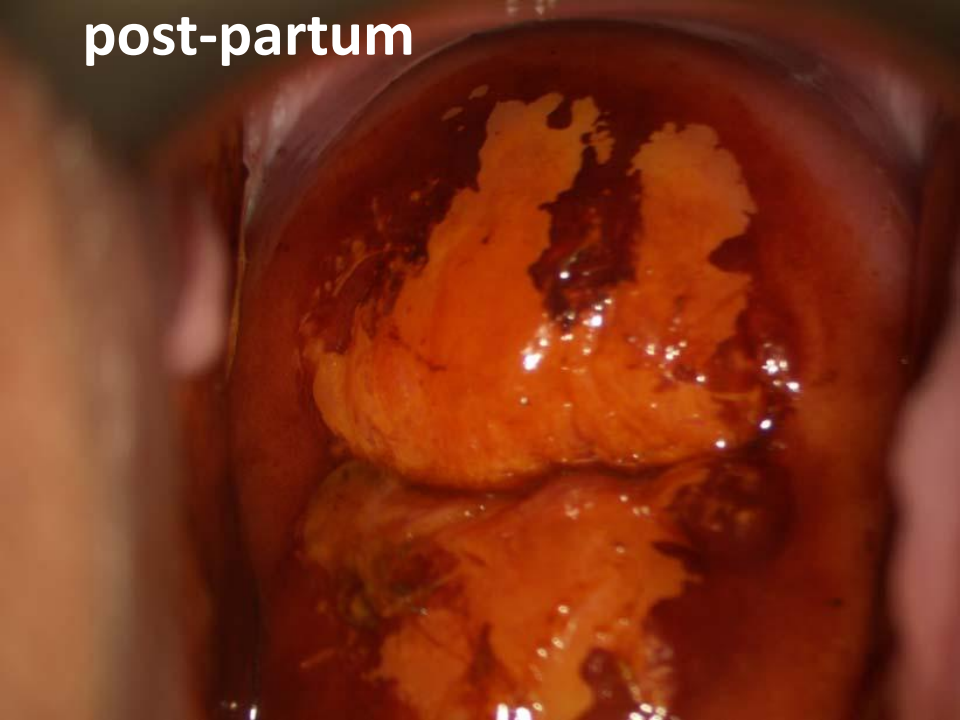
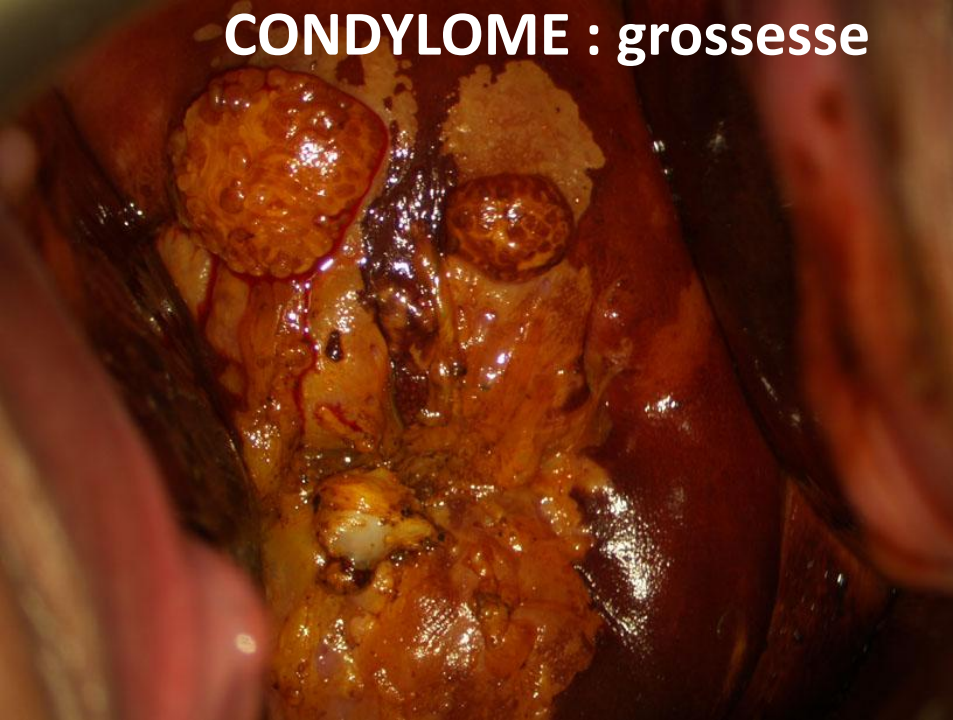
- ASCUS hoặc L-SIL: làm tế bào âm đạo sau 2 -3 tháng



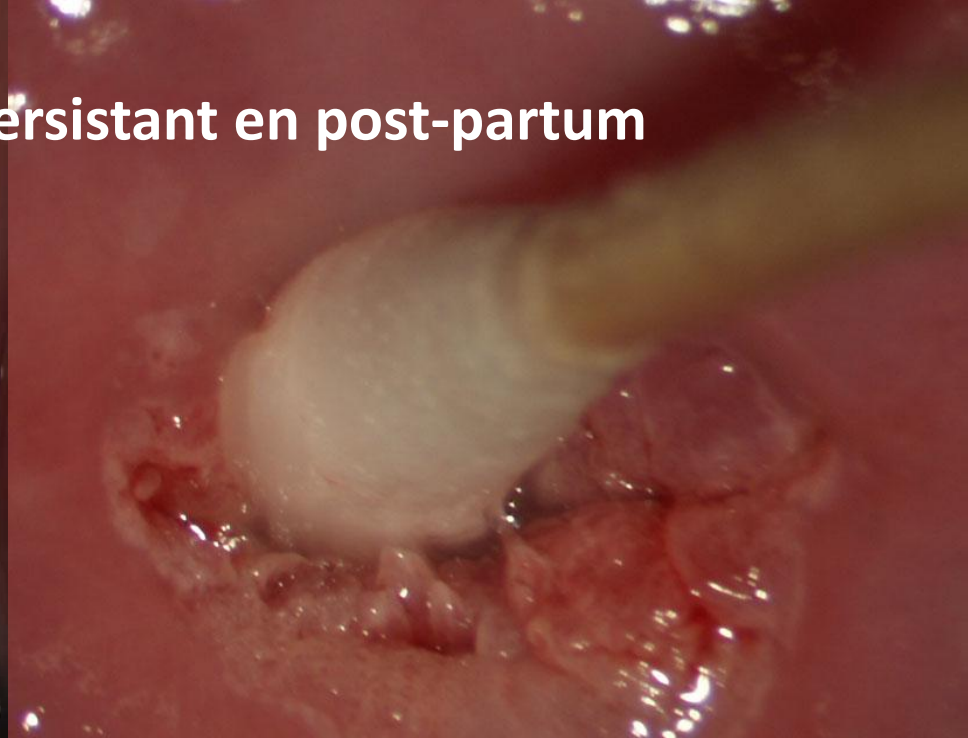
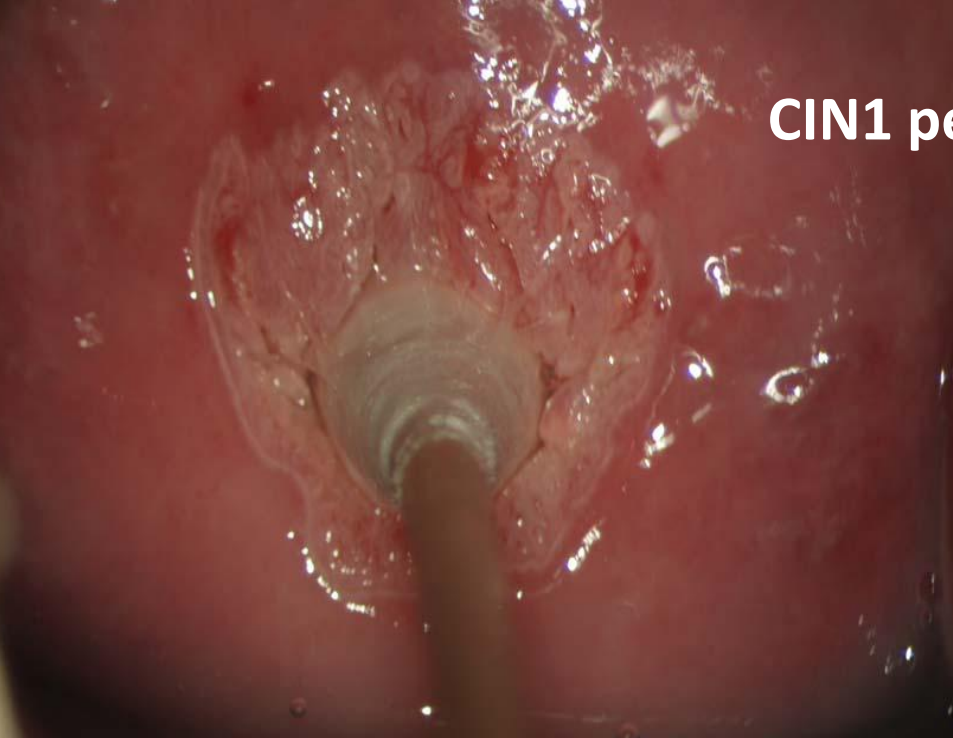
**CONDYLOME : grossesse**

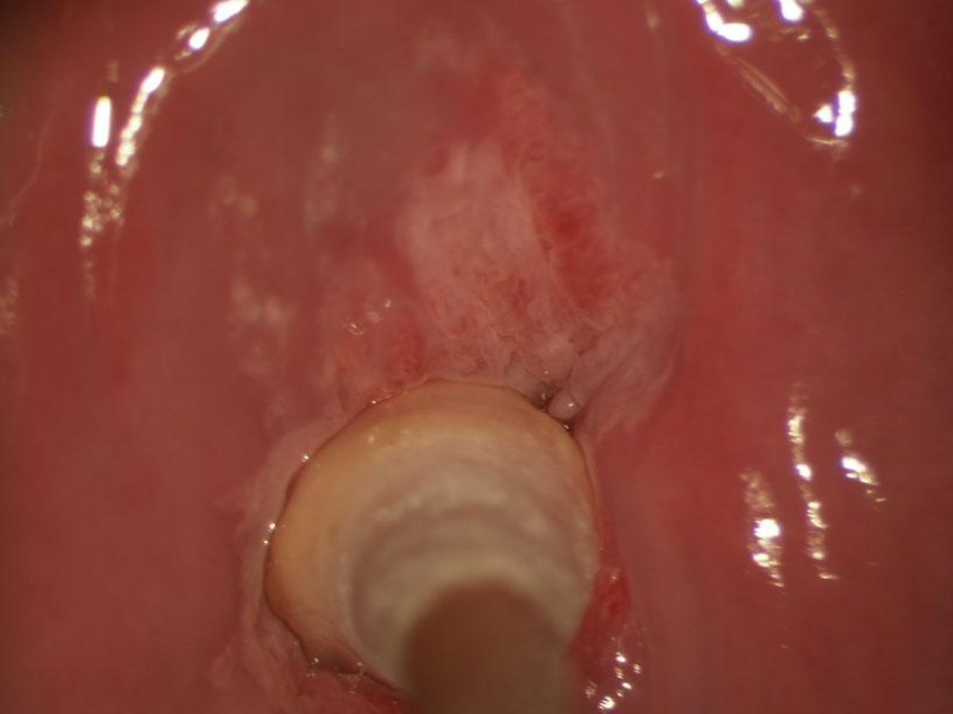


**post-partum**

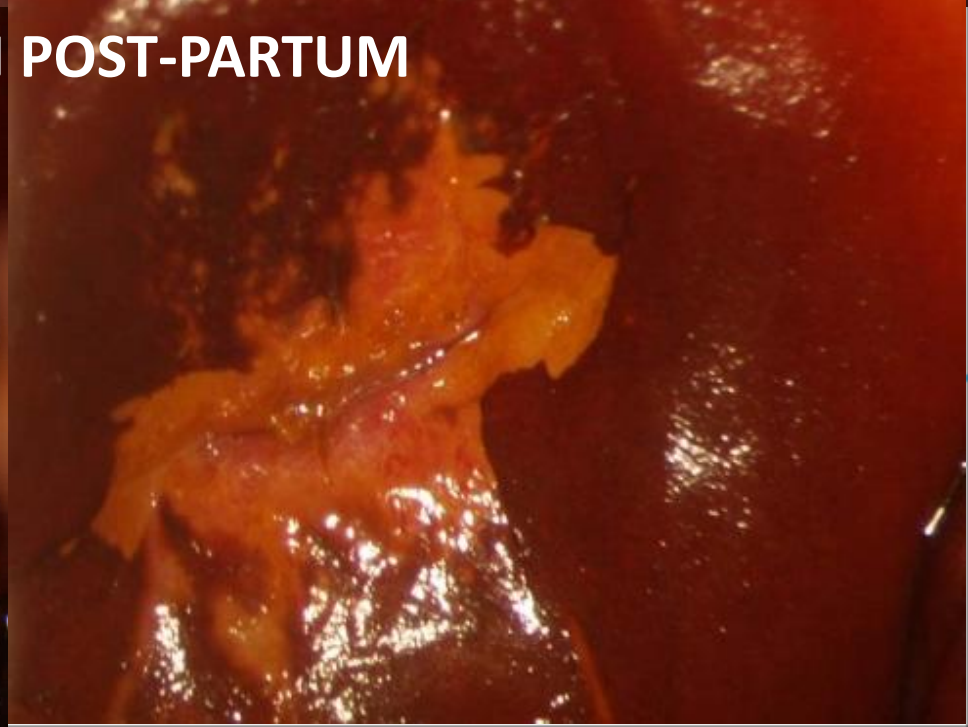
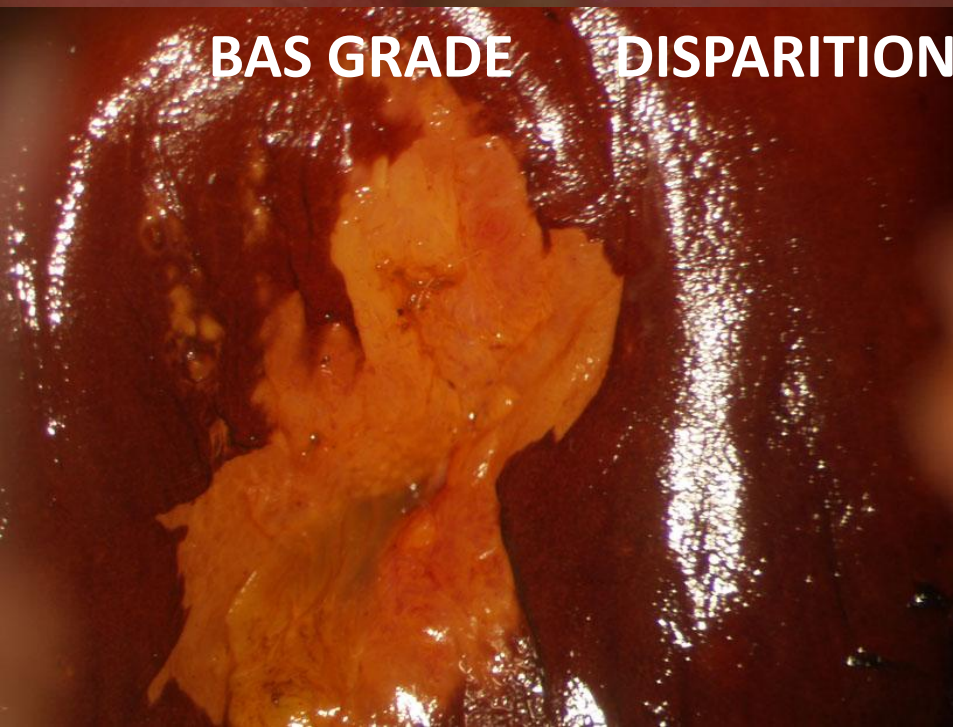


CIN1 persistant en post-partum





**BAS GRADE      DISPARITION POST-PARTUM**

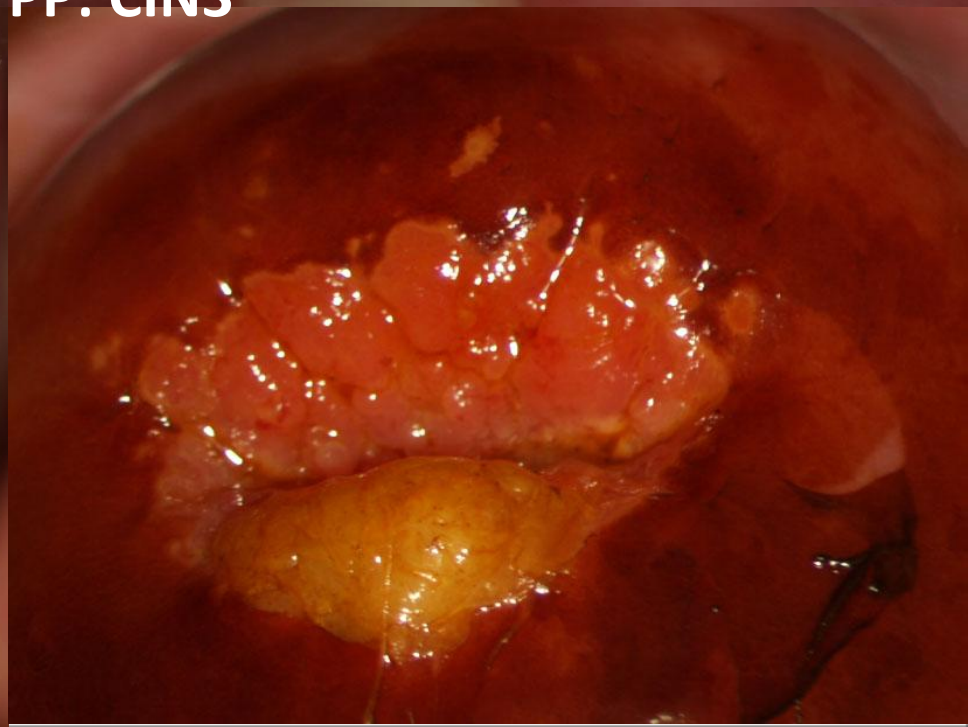
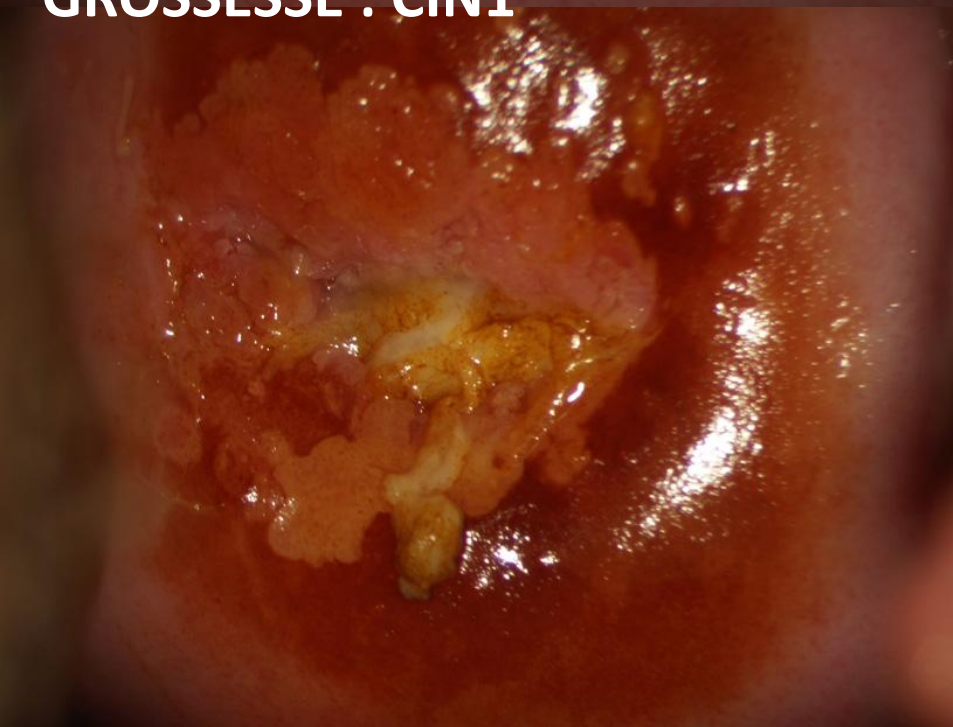




**GROSSESSE : CIN1**



**PP: CIN3**





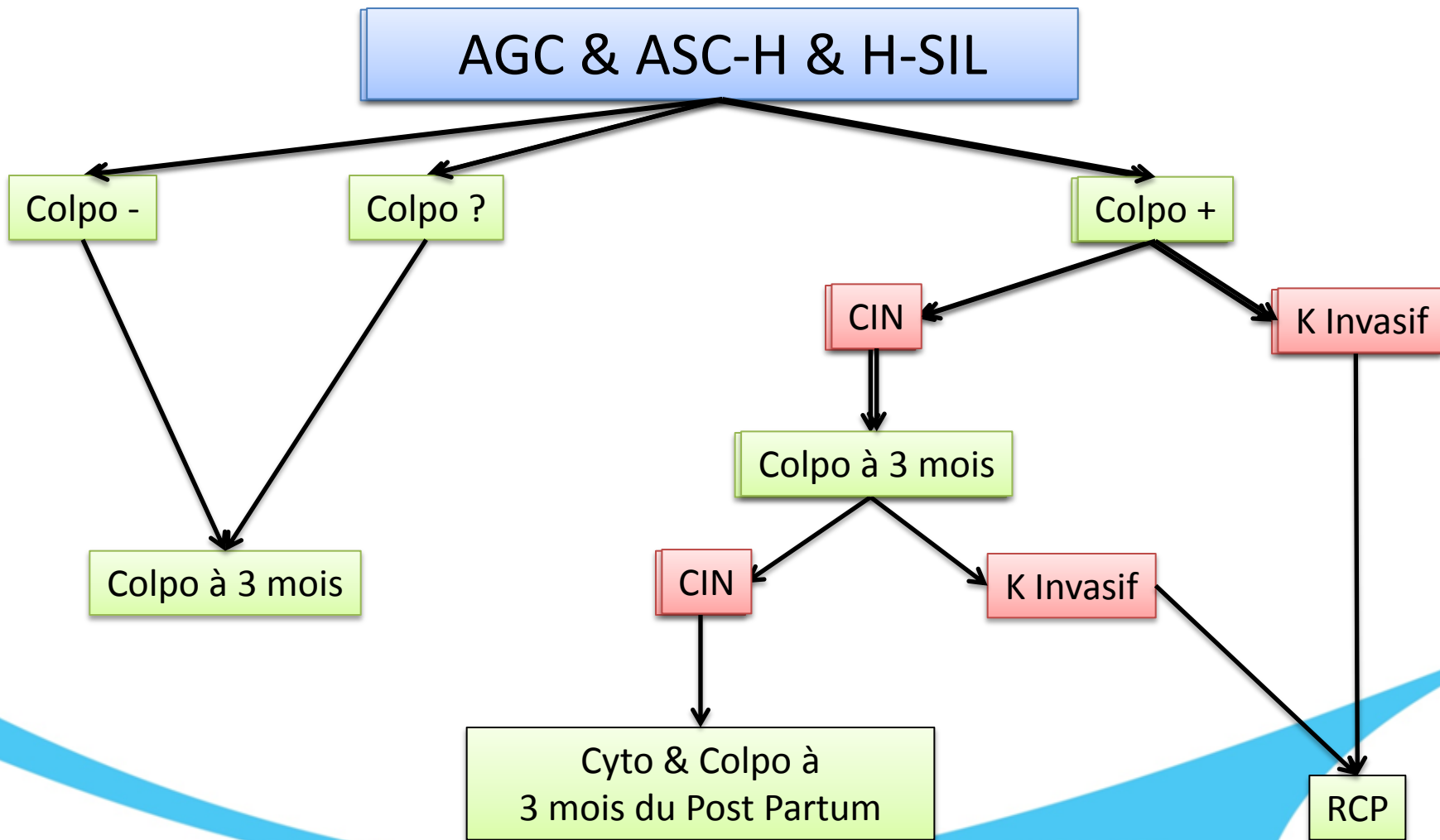


# CIN III và thai kỳ

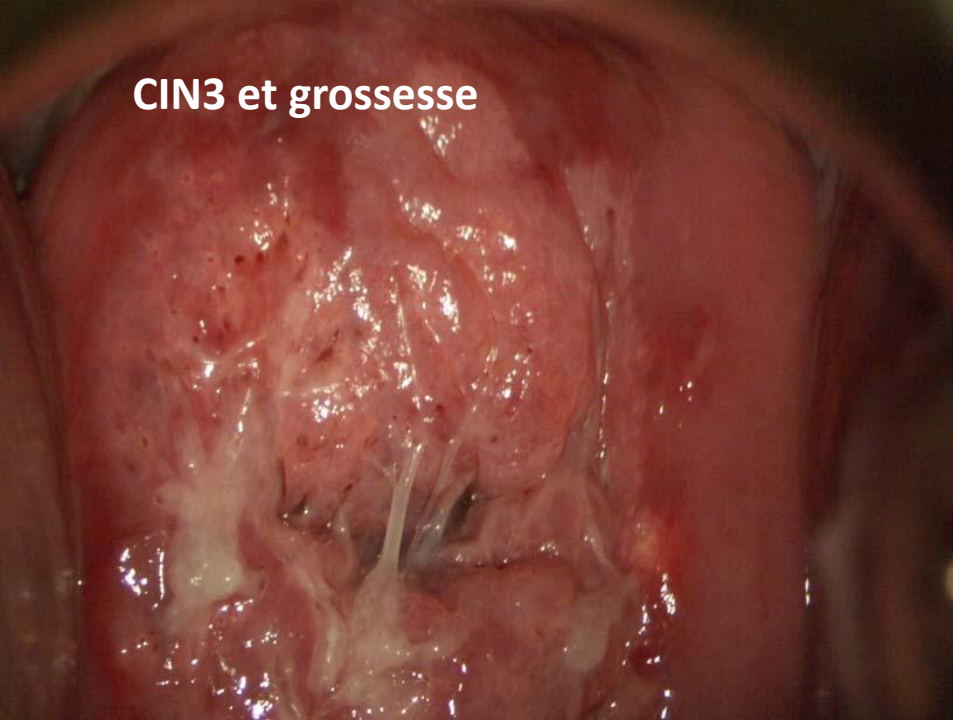
- Soi cổ tử cung và sinh thiết: bắt buộc phải làm



# Cas Particulier : Grossesse



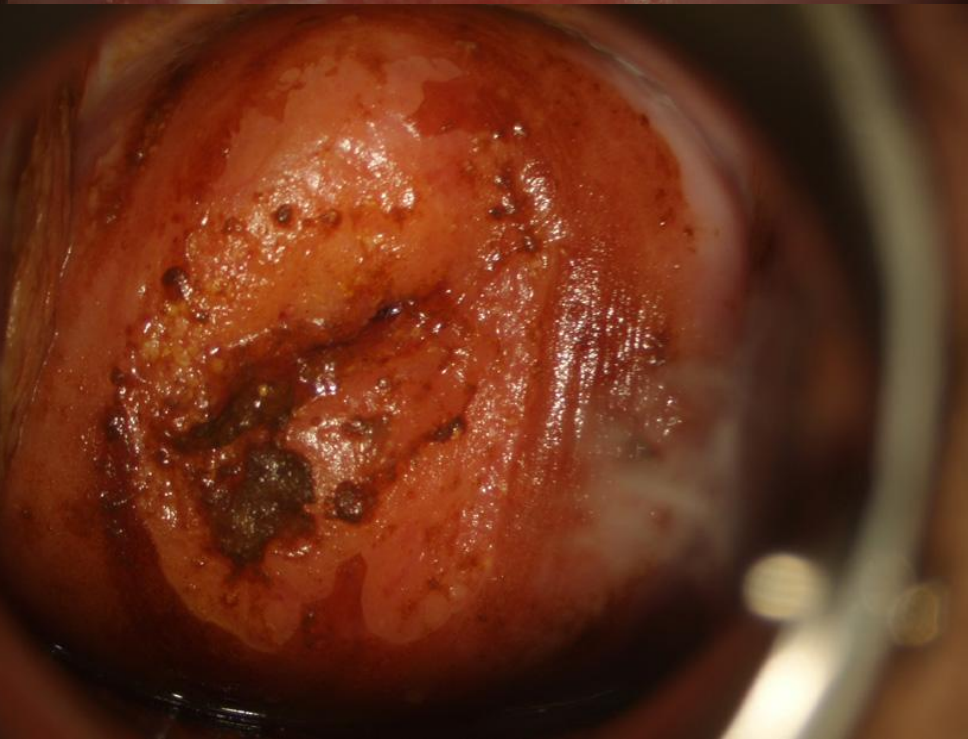
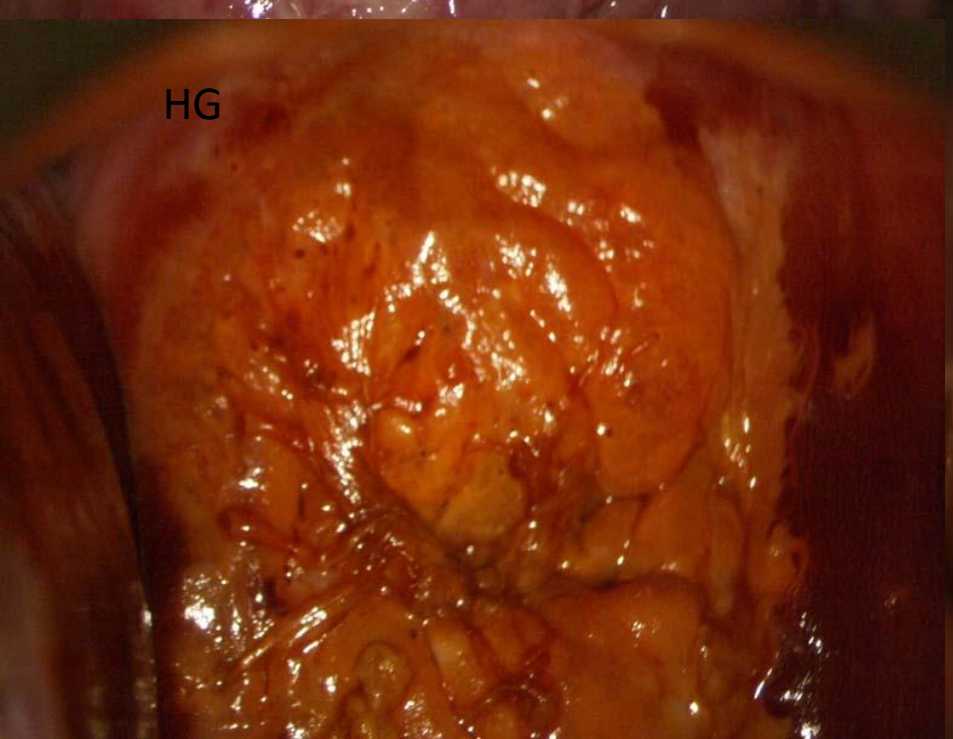
CIN3 et grossesse

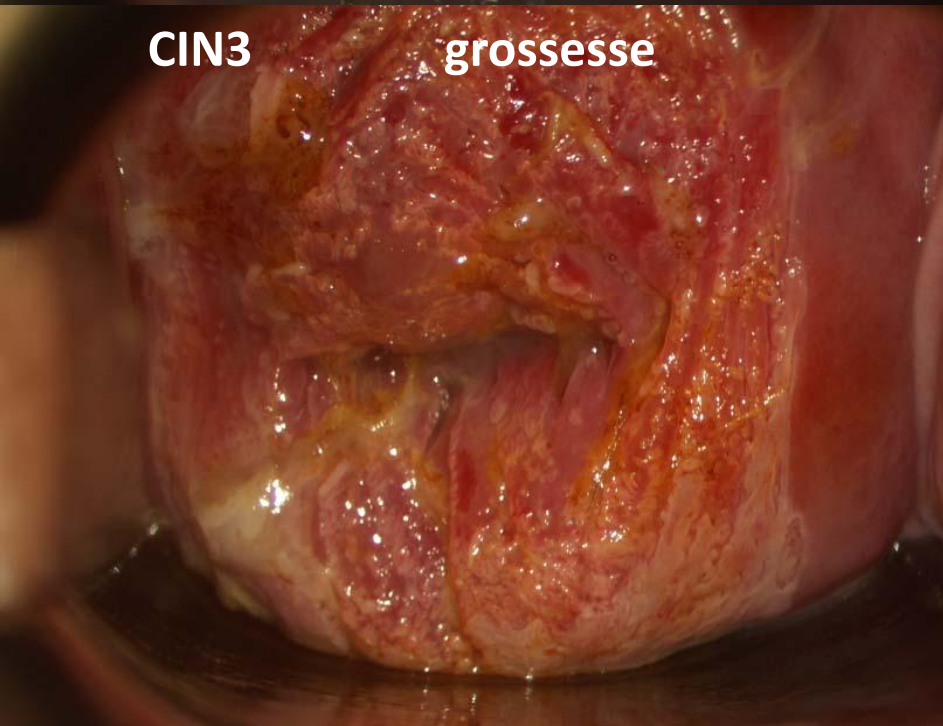
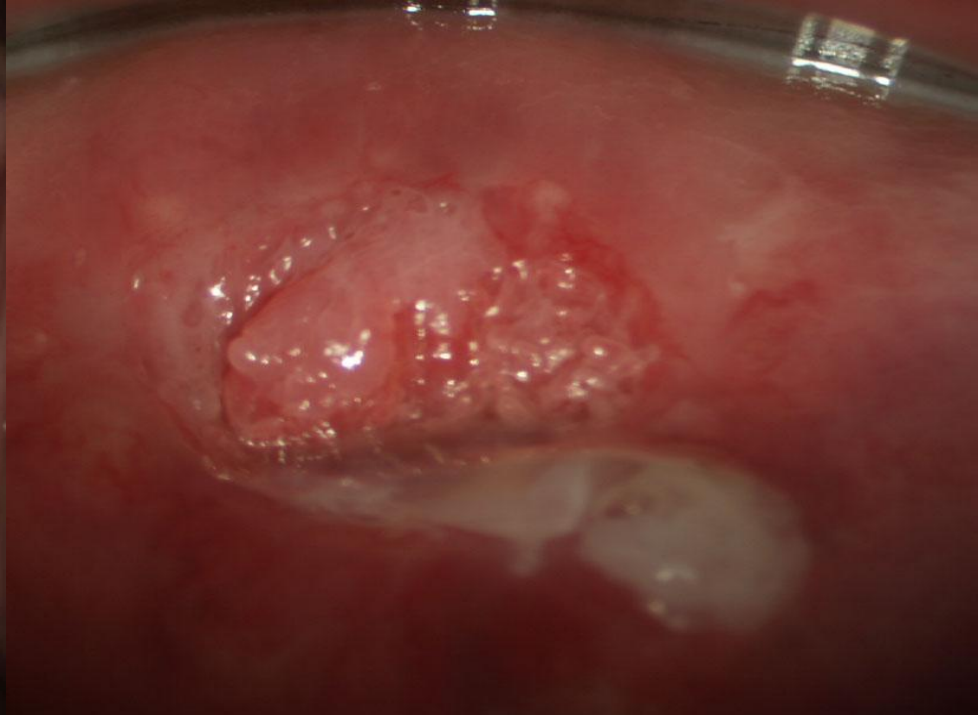
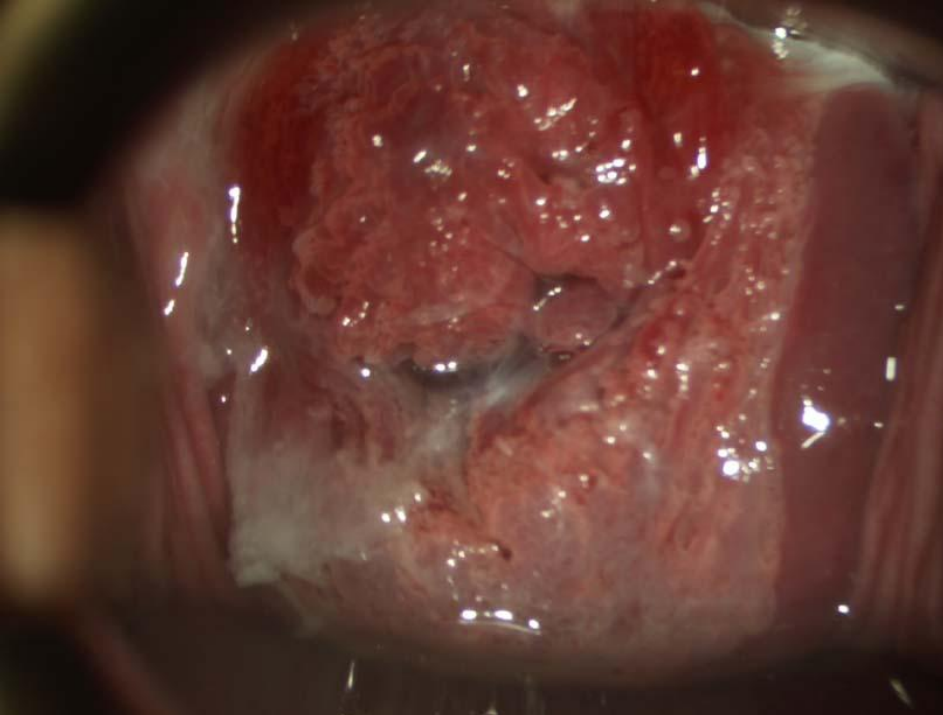


Post partum



HG

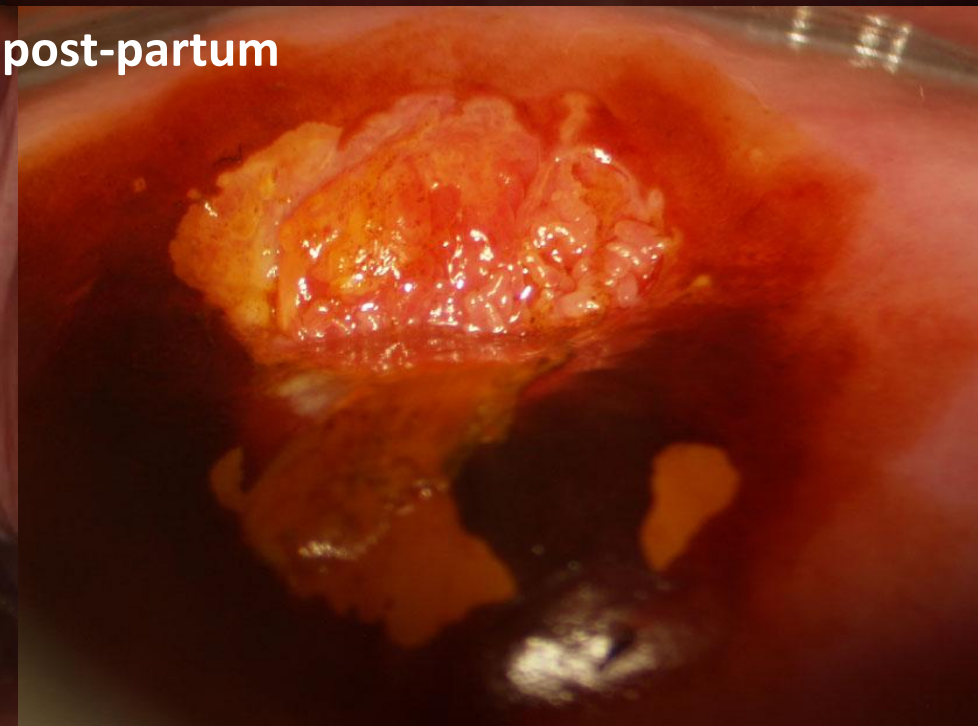




**CIN3**

**grossesse**

**post-partum**

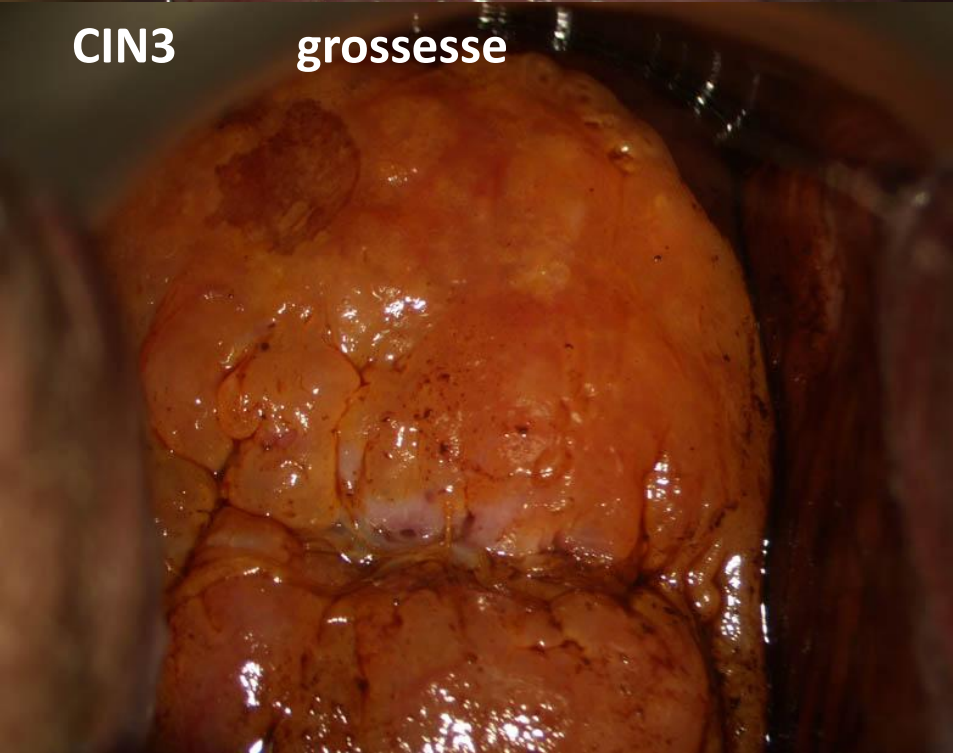




**CIN3**      **grossesse**



**post-partum**





# CIN III và thai kỳ

- Soi và sinh thiết kiểm tra lại khoảng tháng thứ 8 thai kỳ
- Khoét chóp ngay nếu nghi ngờ K vi xâm lấn hoặc nghi K biểu mô tuyến



# CIN III và thai kỳ

Biến chứng :

- Chảy máu: 10 %
- Xảy thai 6 %
- Đẻ non %
- Thai chết 14 %
- Tai biến tương quan với tuổi thai ,tỷ lệ sảy thai không tăng có ý nghĩa trong quý đầu
- Tổn thương tồn tại sau khoét chóp lên tới trên 50%



# Khoét chóp trong thai kỳ

- Thường kèm theo khâu vòng mục đích chủ yếu là cầm máu chứ không phải phòng ngừa sảy thai
- Xylocain pha adrenalin có thể dùng được
- Dùng dao điện và không có nguy cơ bỏng điện





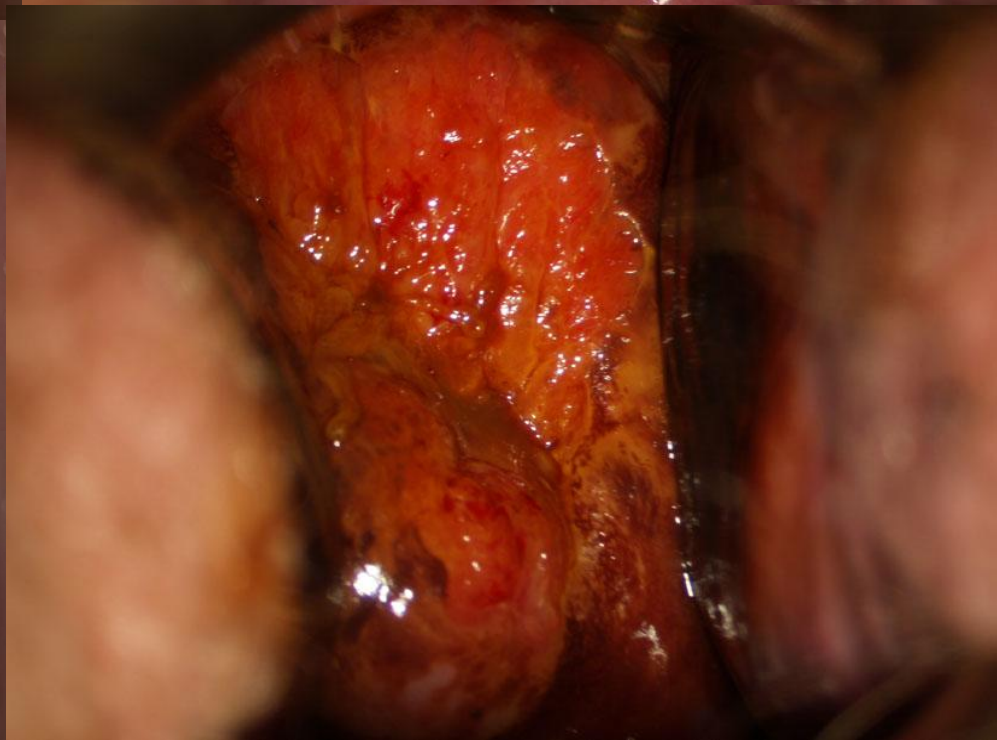
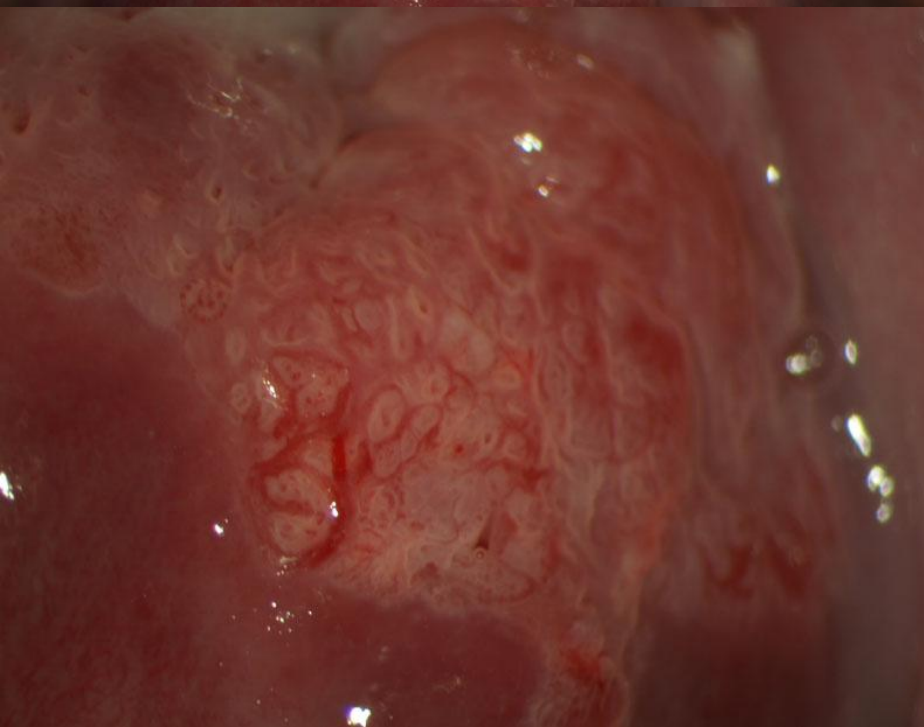
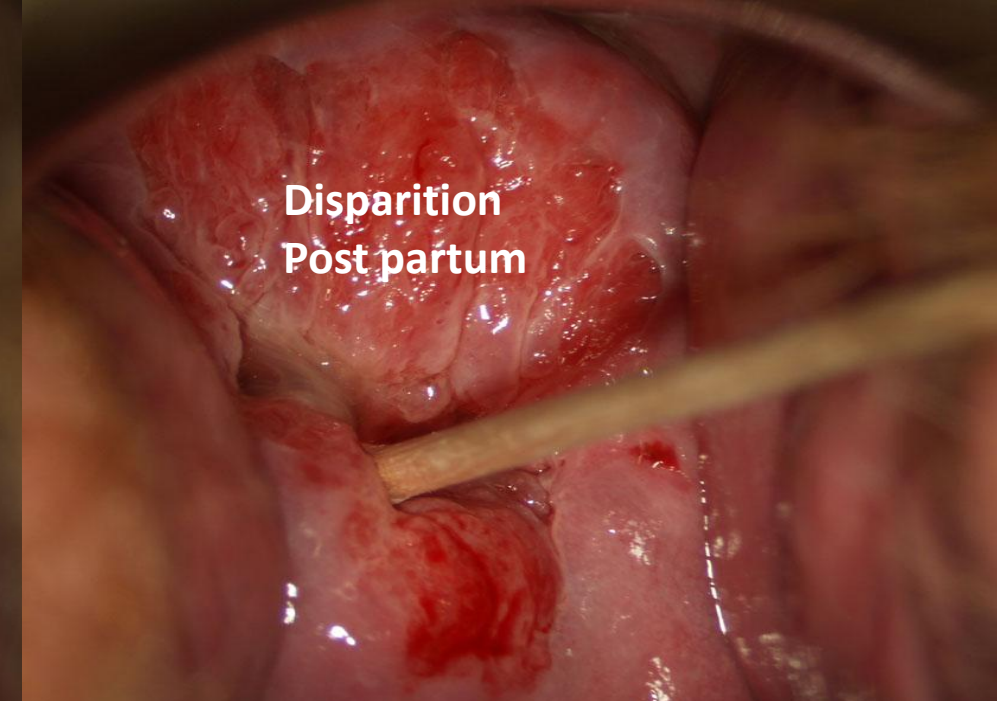
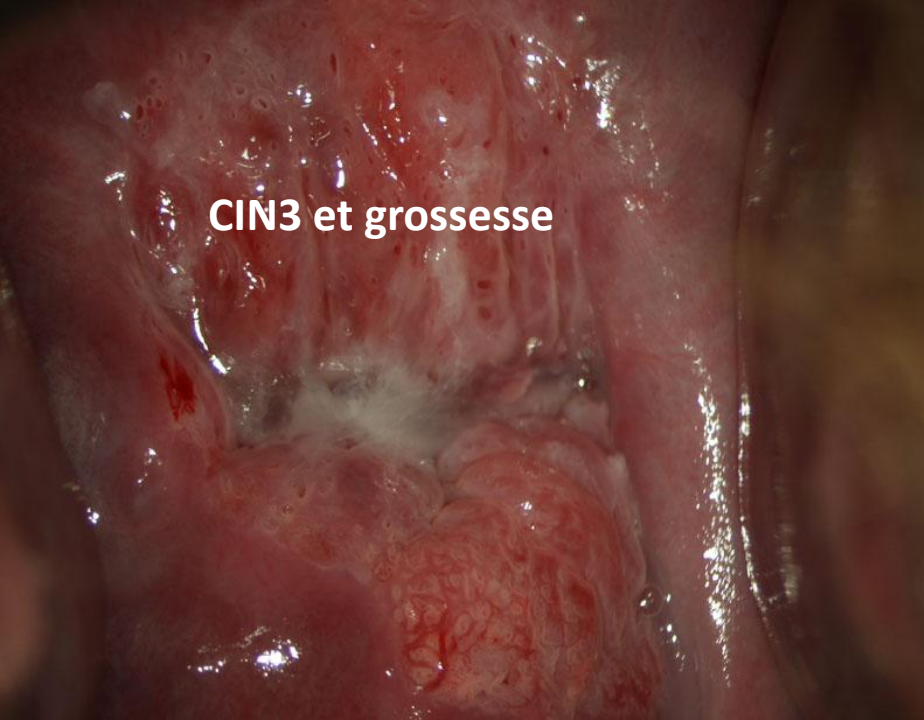
# CIN và cách đẻ

- Có thể đẻ đường dưới thậm chí có lợi



# CIN sau đẻ

- Tỷ lệ thoái triển cao
- Đặc biệt tổn thương CIN I,II
- Không thay đổi gì miễn dịch tại chỗ
- Tỷ lệ thoái triển cao ở bên đẻ thường so với bên mổ đẻ
- Đánh giá sau đẻ: sau 3 đến 6 tháng nhưng chỉ có 60-80% bệnh nhân quay lại kiểm tra





# Thái độ xử trí sau đẻ

- Xem lại khoảng 8 tuần và 3 tháng sau đẻ
- Tế bào âm đạo/soi cổ tử cung
- Nhiều khi không còn tổn thương vì cổ tử cung mở ra khi đẻ
- Nhưng luôn luôn còn tổn thương cần sinh thiết và điều trị



# Kết luận

- Tế bào âm đạo: luôn tranh thủ thai kỳ để làm tế bào âm đạo cho những bệnh nhân không đi khám bao giờ
- Nếu thấy tổn thương: CIN I,II chờ đợi nếu CIN III: soi sinh thiết và luôn đánh giá lại sau đẻ
- Năm 2000 đã ghi nhận có 189 ung thư cổ tử cung xâm lấn tại Pháp



# Ung thư xâm lấn và thai kỳ

Nguyên tắc chung:

- Chỉ định tùy giai đoạn, tuổi thai và ý muốn của bệnh nhân.
- CIN hoặc vi xâm lấn 1A1: có thể đợi đủ tháng trước khi điều trị
- K xâm lấn: tuân thủ quy trình điều trị bất kể tuổi thai
- Trước 20 tuần: Đình chỉ thai nghén trừ trường hợp làm trachelectomie có thể điều trị hóa liệu pháp
- Sau 5 tháng: Đợi thai trưởng thành sau đó mổ lấy thai và điều trị K ngay lập tức hoặc hoãn một thời gian
- Đẻ đường âm đạo: nguy cơ chảy máu rất cao