

## LOẠN DƯỠNG ÂM ĐẠO – CỔ TỬ CUNG DO NHIỄM TRÙNG

TP. Hồ-Chí-Minh 3 / 2011

Pr J.L.LEROY LILLE

## LOẠN DƯỠNG ÂM ĐẠO – CỔ TỬ CUNG

### ĐỊNH NGHĨA :

Mọi biến đổi về mô học, hình thái hay chức năng của tế bào cổ tử cung và âm đạo đều bắt nguồn từ rối loạn về dinh dưỡng, bẩm sinh hay mắc phải.

= nhóm không thuần nhất

BỆNH NGUYÊN đa dạng

KHÔNG CÓ NGUY CƠ UNG THƯ HÓA

2

## LOẠN DƯỠNG BIỂU MÔ

### 1/ Những biến đổi biểu mô đơn thuần không điển hình : mô học :

biểu mô gai bình thường  
các lớp biểu mô không biến đổi  
có rối loạn về dinh dưỡng glycogen

#### soi cổ tử cung :

TAG1 điển hình  
không có loạn sản  
vùng bắt acid không phản ứng viêm  
không có các lỗ tuyến  
lugol âm tính đồng nhất  
bờ rõ

tiên lượng: không có nguy cơ tiến triển  
nếu phết tế bào bình thường, không cần bấm sinh thiết

3

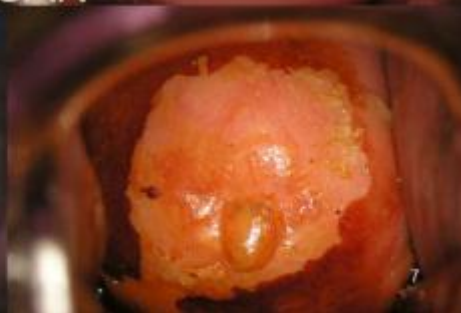


4

loạn dưỡng do tái tạo



BẠCH SÀN



## LOẠN DƯỠNG BIỂU MÔ

2/ Bạch sản :

mô học :

phi đại lớp biểu mô bề mặt với sự sừng hóa  
các lớp bên dưới là bình thường nếu loạn dưỡng đơn thuần

soi cổ tử cung :

SP : vùng trắng tăng lên nhiều hoặc ít

Ac Ac : sau acid không viêm

lugol : ZIN giới hạn rõ so với TAG1

tiên lượng :

ít bong tróc nên không thay đổi lớp đáy

Nguy cơ loạn sản

Bạch sản có thể là một phần của TAG 2 :

biến đổi viêm và giới hạn không rõ

6

## LOẠN DƯỠNG BIỂU MÔ

3/ teo đét do mãn kinh :

mô học :

Teo đét biểu mô gai  
nhất là biểu mô bề mặt

soi cổ tử cung :

chấm xuất huyết dưới biểu mô

lớp biểu mô gai rất mỏng

vùng chuyển tiếp lan đến cổ trong âm đạo

lugol âm tính hoặc có thể không thuần nhất

4/ loạn dưỡng dạng dây:

vừa teo đét vừa phi đại

sa sinh dục có thể có loét

5/ loạn dưỡng xói mòn :

mãn kinh : cải thiện được nhờ estrogènes

tổn thương : quan hệ , thăm khám

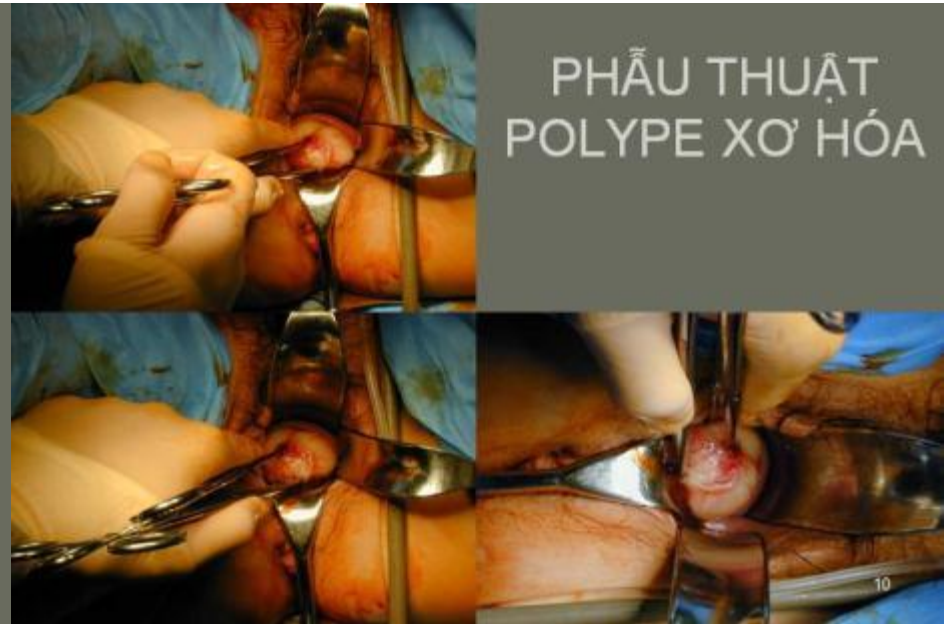
8

## LOẠN DƯỠNG TUYẾN

- 1/ phì đại tuyến :  
phì đại đơn thuần mô tuyến  
dạng giả đa bội của cổ trong CTC  
"polype không cuống"
- 2/ polype niêm mạc âm đạo :
  - thường gặp
  - cơ chế :
    - nhiễm trùng mãn tính tại chỗ
    - liên quan đến tăng estrogen (cũng như nội mạc tử cung)
  - kích thích thay đổi
  - dịch nhầy hoặc xơ hóa
  - diễn tiến : chuyển sản, phản ứng màng rụng
    - không ung thư : 0,2 đến 0,4 %
    - trường hợp loạn sản từ chuyển sản
  - điều trị : xoắn

9

## PHẪU THUẬT POLYPE XƠ HÓA



## U ÂM ĐẠO – CỔ TỬ CUNG

### LOẠN DƯỠNG TUYẾN

#### ĐỊNH NGHĨA :

Hiện diện biểu mô tuyến trong âm đạo

có sinh lý trong tử cung  
cho đủ xác định mô học cho biết bệnh nguyên là gì

#### LỊCH SỬ :

VON PREUSCHEN 1877   BONNEY 1919  
SANDBERG 1968  
HERBST 1970  
STAFI 1974  
NWABINELI 1991

lần đầu tiên đề cập đến  
thăm khám tử thi hàng loạt   **41%**  
DES và ung thư tế bào sáng  
chẩn đoán qua soi cổ tử cung  
soi cổ tử cung thường quy   **2,5%**

11

U âm đạo với sự hiện diện biểu mô tuyến



12



## HỘI CHỨNG DES

### Diethylstilbestrol hay DISTILBENE :

- Thương mại từ 1948 đến 1977 ( CI trong VIDAL )
- Với các trường hợp sảy thai liên tiếp
- 1970 : HERBST , ung thư âm đạo
- 1977 : KAUFMAN , tổn thương cổ và thân tử cung
- 1988 : HERBST , thường dẫn đến vô sinh
- EN FRANCE : 200 000 trường hợp được điều trị nhất là vào năm 1965 đến 1975 ( chấm dứt 1977 )
- Pb đến năm 2010
- 160 000 trường hợp sinh có 80 000 bé gái
- Tần suất mắc phải
- 30 đến 60% bé gái
- thay đổi tùy theo liều
- tùy theo thời điểm điều trị : +++ trước 12<sup>o</sup> tuần

15

## U ÂM ĐẠO – CỔ TỬ CUNG

### BỆNH NGUYÊN

tự nhiên :

ngẫu nhiên : 10% ( Kranl 1998 )

bất thường âm đạo :

túi máu âm đạo, có màng chắn

mắc phải

hội chứng DES

cắt tử cung

tamoxifène

5FU

### KẾT HỢP:

bất thường hình thái cổ tử cung

14

## U ÂM ĐẠO – CỔ TỬ CUNG

### SOI CỔ TỬ CUNG

1/ U

### Những cụm tuyến đơn độc ở âm đạo

- U chuyển sản

lộn niêm mạc cổ tử cung

vùng TAG1 rộng

lan ra túi cùng trước và sau

thường ở 1/3 trên của âm đạo

hiếm khi TAG2 trừ khi kết hợp loạn sản

16

## U ÂM ĐẠO – CỔ TỬ CUNG

DIỄN TIẾN : cũng như lộ tuyến

Tồn tại hoặc thoái triển bởi cơ chế

chuyển sản chưa hoàn toàn

chuyển sản hoàn toàn

nguy cơ loạn sản : CIN , VAIN

NGUY CƠ SINH UNG THƯ :

- Ung thư tế bào sáng: 1%°
- Xuất hiện SIL cổ tử cung hoặc âm đạo hoặc cả 2  
1,4% ( x 5 SHERMAN 1974 )  
do ROBBOY 1984

17

## UNG THƯ TẾ BÀO SÁNG

- TẦN SUẤT 1/1000 (0,14-1,4)  
→ 80 bé gái tại Pháp
- TUỔI : 12 đến 32 tuổi ( trung bình 20 tuổi )
- NGUY CƠ PHỤ THUỘC VIỆC ĐIỀU TRỊ SỚM
- NHỮNG LIÊN QUAN ĐẾN U
- CHẨN ĐOÁN:
  - XUẤT HUYẾT
  - TỶ LỆ THƯƠNG LOÉT - SỤI 1/3 > ÂM ĐẠO
- TIỀN LƯỢNG:ĐA PHẦN TỐT, 80% CHỮA KHỎI

18

## LOẠN DƯỠNG TUYẾN:

3/ U :

4/ lạc nội mạc tử cung :

- cơ chế :
  - xâm nhập trực tràng – âm đạo
  - theo đường ống :  
sau bóc màng đệm  
do điều trị
- hình thái :
  - dạng phẳng
  - dạng loét
  - dạng giả u
- thường không triệu chứng ;  
xuất huyết không phân biệt được với kinh nguyệt
- điều trị : không can thiệp hoặc cắt bỏ

19

## LOẠN DƯỠNG TẾ BÀO ĐEM LIÊN KẾT MẠCH MÁU

- Hình thành sau điều trị :  
đốt điện , cắt lạnh , LASER , phẫu thuật
- Ảnh hưởng bởi :
  - có thai
  - mãn kinh
  - bệnh lý : xơ cứng bì , .....
- Hình thái :
  - xơ cứng của mô liên kết
  - dẫn mạch máu
  - tế bào lát – tế bào trụ có khuynh hướng đi vào niêm mạc âm đạo
- Sau cắt bỏ condylome :  
thường gặp tăng tái tạo sừng trên tổn thương còn sót lại

20



LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

## LOẠN DƯỠNG ÂM ĐẠO – CỔ TỬ CUNG

### KẾT LUẬN :

1/ diễn tiến : thay đổi phụ thuộc loại loạn dưỡng

- thoái triển tự nhiên : bệnh màng rụng
- biến mất nếu nguyên nhân : loạn dưỡng do hormon
- tồn tại : polypes
- ít diễn tiến nặng

2/ điều trị : dựa trên nguyên nhân

- điều trị tại chỗ
- cắt polypes
- estrogènes và kháng viêm nếu teo đét

22

## VIÊM ÂM ĐẠO CTC

### ▪ Không chuẩn bị:

- Khí hư : phản ứng dịch tiết âm đạo
- Mô đệm xung huyết
- Mạch máu có màu đỏ

### ▪ Acide acétique :

- ảnh hưởng do lau chùi CTC
- Triệu chứng có giảm bớt

### ▪ Lugol :

- ít glycogène trong tế bào, tại lỗ cổ tử cung có màu vàng, phần CTC xa hơn có màu nâu sáng
- nếu tế bào bong tróc nhiều, không có glycogène, tế bào tại cổ tử cung bắt màu cam

23



24

## Chẩn đoán phân biệt

Trước tổn thương loét: **nghĩ đến ung thư xâm lấn**

điều trị tại chỗ và sinh thiết



## BỘI NHIỄM THỨ PHÁT

- **Lộn tuyến :**
  - Gây xuất huyết
  - Mất u nhú
- **chuyển sản**
  - Mạch máu xung huyết, Loét
  - Tổn thương không rõ
- **Biến đổi không điển hình**
  - Tăng lên trong trường hợp viêm
  - Bờ không rõ
  - Nên soi cổ tử cung

26

## KẾT LUẬN

- Soi cổ tử cung góp phần giúp chẩn đoán nguyên nhân của nhiễm trùng.
- Lưu ý trong trường hợp phết tế bào viêm hoặc trong trường hợp huyết trắng giảm
- Nên soi cổ tử cung trong trường hợp nhiễm trùng
- Trong trường hợp khó, thăm khám lại sau khi đã sạch khuẩn
- Điều trị nhiễm trùng tại chỗ ± kết hợp sinh thiết (nếu còn triệu chứng) là bắt buộc.
- Với trường hợp nhiễm trùng nặng, soi cổ tử cung có thể hữu ích.

27