

TÌNH TRẠNG NHIỄM HPV NGUY CƠ CAO VỚI CÁC TỔN THƯƠNG TẾ BÀO VÀ MÔ BỆNH HỌC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

PHẠM THỊ MÂY¹, LÊ TRUNG THỌ², LÊ HOÀI CHƯƠNG¹,
NGUYỄN KHÁNH DƯƠNG¹, NGUYỄN ĐÌNH QUYẾT¹

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Bộ môn GPB - Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao với các tổn thương tế bào và mô bệnh học.

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao với các tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung trên phiên đồ tế bào cổ tử cung và mô bệnh học.

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 828 trường hợp định typ HPV dương tính được xét nghiệm tế bào học đồng thời bằng phương pháp Thinprep pap test từ tháng 01/2020 đến 07/2020 tại Khoa Tế bào - Di truyền và Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Xét nghiệm định typ HPV-DNA bằng hệ thống Cobas® 4800. Phân loại tế bào bất thường của cổ tử cung theo Bethesda 2014, phân loại mô bệnh học tổn thương cổ tử cung theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2014.

Kết quả:

1. Tỷ lệ nhiễm HPV typ 16 chiếm 15,8%, HPV typ 18 chiếm 7,9% và 12 typ nguy cơ cao còn lại chiếm 67,7%. Nhiễm đơn typ chiếm đa số: 91,4%, đa typ: 8,6%. Trong các trường hợp nhiễm đa typ đều có ít nhất 1 typ 16 hoặc typ 18.

2. Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư và UTCTC trên tế bào học là 59,4% và 8,3%. 3/ Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư và UTCTC trên mô bệnh học là 65,3% và 16,9%. 4/ Nhiễm HPV typ 16 và 18 gặp trong 84,0% các trường hợp UTCTC. Các kết quả nghiên cứu đã được so sánh và bàn luận.

Từ khóa: Ung thư cổ tử cung, vi rút sinh u nhú ở người.

SUMMARY

HIGH-RISK HUMAN PAPILOMA VIRUS INFECTION WITH CYTOLOGY AND HISTOPATHOLOGY LESIONS

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Mây

Email: drmaypham@gmail.com

Ngày nhận: 12/10/2021

Ngày phản biện: 16/11/2021

Ngày duyệt bài: 09/12/2021

Objective: To find out the relationship between HPV high-risk infection with pre-cancerous lesions and cervical cancer on cytology and histopathology.

Study subjects: Includes 828 women with the result positive HPV cases and results of Thinprep pap test method from January to July 2020 at the Department of Cytology - Genetics and Pathology Department in National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Research methods: Cross-sectional descriptive study. HPV-DNA typing test using Cobas®4800 system. Classify abnormal cells of cervix by Bethesda Classification 2014, and histopathology of cervical lesions classified by the World Health Organization 2014.

Result: The rate of HPV infection rate with typ 16 was 15.8%, with typ 18 was 7.9% and with other 12 high risk types was 67.7%. The rate of women infected only type of HPV was the highest (91.4%), multi-type: 8.6%. In all cases of multi-type infection, there is at least 1 type 16 or 18. The rates of precancerous lesions and cervical cancer on cytology were 59.4% and 8.3%. The rates of precancerous lesions and cervical cancer on histopathology were 65.3% and 16.9%. HPV types 16 and 18 were found in 84.0% of cervical cancer cases. The study results were compared and discussed.

Keywords: Cervical cancer, human papillomavirus.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong 5 loại ung thư thường gặp nhất ở nữ. Năm 2018, ước tính có khoảng 570.000 trường hợp mắc mới và 311.000 ca tử vong trên toàn thế giới. Trong đó, 85% ghi nhận được ở các nước đang phát triển - những nơi không hoặc chưa có chương trình tầm soát, phòng chống ung thư thích hợp^[1]. Tuy nhiên, dù là một trong những bệnh phổ biến, tỷ lệ tử vong cao nhưng UTCTC hoàn toàn có thể ngăn chặn một cách hiệu quả

bằng các phương pháp tầm soát định kỳ dựa trên các đặc điểm giai đoạn tiền ung thư kéo dài vài năm thậm chí hàng chục năm và Human papillomavirus (HPV) đã được khẳng định là thủ phạm chính với trên 90% các trường hợp UTCTC là do HPV gây ra, do vậy ngoài phương pháp sàng lọc tế bào học cổ tử cung (CTC), việc phát hiện nhiễm các typ HPV ở phụ nữ đã góp phần quan trọng đẩy lùi tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh này. Theo hướng dẫn sàng lọc UTCTC hiện nay, phụ nữ sẽ được sàng lọc bằng HPV DNA, nếu dương tính với các typ HPV nguy cơ cao sẽ tiếp tục xét nghiệm tế bào CTC và nếu chẩn đoán có tế bào bất thường (ASC-H, AGC-AIS, LSIL, HSIL, ung thư) sẽ phải tiến hành soi CTC để đánh giá tổn thương và sinh thiết để có chẩn đoán cuối cùng^[2]. Tại các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương, xét nghiệm HPV-DNA đã trở nên phổ biến và được thực hiện thường xuyên nhằm phát hiện các trường hợp nhiễm HPV nguy cơ cao. Với mong muốn kiểm soát và quản lý tốt hơn các trường hợp nhiễm HPV nguy cơ cao, tránh các điều trị quá mức, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu sau tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao với các tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung trên phiến đồ tế bào cổ tử cung và mô bệnh học.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 828 trường hợp định typ HPV DNA dương tính được xét nghiệm tế bào học đồng thời bằng phương pháp Thinprep pap test từ tháng 01/2020 đến 07/2020 tại Khoa Tế bào - Di truyền và Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu và chọn mẫu:
 - + Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích các trường hợp có đồng thời các kết quả xét nghiệm: HPV dương tính typ nguy cơ cao, có chẩn đoán tế bào học CTC bất thường, soi CTC và xét nghiệm mô bệnh học vùng tổn thương hay nghi ngờ tổn thương.
 - + Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp không thỏa mãn điều kiện chọn mẫu, các trường hợp tái khám được xét nghiệm lại, các trường hợp ung thư CTC tái phát sau điều trị.
- Các biến số nghiên cứu:
 - + Phân bố theo nhóm tuổi phụ nữ xét nghiệm (< 30; 30-39; 40-49 và ≥50).
 - + Tỷ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao bao gồm typ 16, 18 và 12 typ nguy cơ cao còn lại, số lượng

typ 1 người mắc (đồng nhiễm).

- + Tỷ lệ các loại bất thường biểu mô qua chẩn đoán tế bào bằng Thinprep pap test.

- + Kết quả chẩn đoán mô bệnh học theo phân loại của WHO 2014.

- + Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao với các bất thường tế bào CTC và tổn thương trên sinh thiết.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

- + Tất cả phụ nữ đến khám và có chỉ định xét nghiệm HPV DNA và xét nghiệm TBH CTC bằng phương pháp Thinprep sẽ được khám phụ khoa, lấy tế bào cổ tử cung vùng chuyển tiếp bằng chổi (dụng cụ của HPV và Thiprep) theo đúng quy trình kỹ thuật đã được Bệnh viện Phụ sản Trung ương phê duyệt. Bệnh phẩm được chuyển về Khoa Giải phẫu bệnh làm xét nghiệm HPV DNA và Khoa Tế bào - Di truyền để làm xét nghiệm tế bào Thinprep pap test.

- + Xử lý mẫu: Mẫu xét nghiệm HPV DNA được làm bằng hệ thống Cobas® 4800. Mẫu xét nghiệm TBH được làm trên máy xử lý mẫu tự động T2000 hoặc T5000, nhuộm phiến đồ theo phương pháp Papanicolaou. Phân loại tổn thương tế bào CTC theo tiêu chuẩn phân loại Bethesda 2014.

- + Soi CTC và sinh thiết: Tất cả người bệnh có chẩn đoán tế bào bất thường (SIL, ung thư) hoặc có sự không phù hợp giữa chẩn đoán tế bào và lâm sàng sẽ được soi CTC với acid axetic 5%, nếu soi CTC có bất thường sẽ sinh thiết tổn thương. Xét nghiệm mô bệnh học theo quy trình thường quy, phân loại tổn thương theo tiêu chuẩn phân loại của TCYTTC năm 2014.

- + Xử lý số liệu: Nhập số liệu và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

- + Tính tỷ lệ phù hợp giữa chẩn đoán tế bào học với chẩn đoán mô bệnh học.

- + Xử lý số liệu: Sử dụng test χ^2 , fisher (với mẫu nhỏ) khi so sánh các tỷ lệ; phân tích thống kê đơn biến các biến số liên tục thì tính giá trị trung bình (mean), khoảng tin cậy 95% của giá trị trung bình (95% CI - Confidence Interval).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 828 phụ nữ nhiễm HPV nguy cơ cao, tỷ lệ nhiễm đơn typ chiếm đa số là 91,4%, nhiễm đa typ chiếm 8,6%, trong đó HPV typ 16 chiếm 15,8%, HPV typ 18 chiếm 7,9%, 12 typ nguy cơ cao còn lại chiếm 67,7%. Trong số các trường hợp nhiễm đa typ, nhiễm 2 typ 12,16 chiếm 5,9%, nhiễm 2 typ 12,18 chiếm 1,9%, nhiễm 2 typ 16,18 chiếm 0,2%, nhiễm cả 3 typ 16,18,12 typ nguy cơ cao còn lại chiếm 0,6%.

Bảng 1. Phân bố các typ HPV theo nhóm tuổi

HPV Nhóm tuổi	16		18		12 typ còn lại		> 1 typ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 30	36	27,5	19	29,2	167	29,8	32	44,4
30 - 39	38	29,0	21	32,3	170	30,4	17	23,6
40 - 49	46	35,1	20	30,8	162	28,9	14	19,5
> 50	11	8,4	5	7,7	61	10,9	9	12,5
Tổng	131	100	65	100	560	100	72	100
χ^2 test	p > 0,05							

Nhận xét: Nhiễm HPV typ 16 và 18 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm tuổi 30 - 39 và 40 - 49 với tỷ lệ nhiễm là (29,0% - 35,1%) và (32,3% - 30,8%). Nhiễm một trong 12 typ HPV nguy cơ cao trong 3 nhóm tuổi (< 30; 30 - 39; 40 - 49) có tỷ lệ nhiễm tương tự nhau là 29,8%; 30,4% và 28,9%. Nhiễm đa typ HPV có tỷ lệ cao nhất trong nhóm tuổi < 30 là 44,4%, nhóm 30 - 39 chiếm 23,6%, nhóm 40 - 49 chiếm 19,5%, thấp nhất là nhóm (> 50) với tỷ lệ 12,5%. Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 2. Tỷ lệ các bất thường tế bào CTC

TBH		n	%
ASC	ASC	131	25,7
	ASC-H	12	2,4
AGC		21	4,2
LSIL		208	40,8
HSIL		94	18,6
Ung thư biểu mô vảy		30	5,9
Ung thư biểu mô tuyến		7	1,4
Ung thư biểu mô		5	1,0
Tổng		508	100,0

Nhận xét: Trong tổng số các bất thường biểu mô trên phiến đồ, tổn thương SIL chiếm tỷ lệ cao nhất (59,4%), LSIL chiếm 40,8%, HSIL chiếm 18,6%, tổn thương ung thư chiếm 8,3%, trong đó UTBMV chiếm 5,9% và UTBMT chiếm 1,4%, UTBM chiếm 1,0%.

Bảng 3. Phân bố các typ HPV theo kết quả TBH

hrHPV TBH	16		18		12 typ còn lại		> 1 typ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BT	17	13,0	8	12,3	289	51,6	6	8,3
ASC	19	14,5	13	20	101	18,0	10	13,9
AGC	4	3,1	7	10,8	7	1,3	3	4,2
LSIL	35	26,7	21	32,3	118	21,0	34	47,2
HSIL	31	23,7	9	13,9	42	7,5	12	16,7
UTBMV	21	16,0	1	1,5	2	0,4	6	8,3
UTBMT	2	1,5	5	7,7				
UTBM	2	1,5	1	1,5	1	0,2	1	1,4
Tổng	131	100	65	100	560	100	72	100
χ^2 test	p < 0,05							

Nhận xét: HPV typ 16 gặp nhiều nhất trong tổn thương SIL với tỷ lệ 48,9%, (LSIL chiếm 25,2%, HSIL chiếm 23,7%), và tổn thương ung thư chiếm 19,0% trong đó ung thư biểu mô vảy chiếm 16%, thấp nhất ở nhóm AGC với 3,1%. HPV typ 18 có tỷ lệ gặp nhiều nhất trong tổn thương SIL 46,2% (LSIL chiếm 32,3%, HSIL chiếm 13,9%), nhóm TBH AGC và UTBM có tỷ lệ tương tự nhau là 10,8% và 10,7%. Nhiễm HPV 12 typ nguy cơ cao khác gặp nhiều nhất ở những trường hợp TBH bình thường chiếm 51,6%, tổn thương SIL chiếm 28,5% (LSIL là

21,0%, HSIL 7,5%), ASC chiếm 18%. Nhiễm >1 typ HPV có tỷ lệ cao nhất trong tổn thương SIL chiếm 63,9% (LSIL 47,2%, HSIL 16,7%), tiếp đến là nhóm ASC chiếm 13,9%, UTBM chiếm 9,7%, TBH bình thường chiếm 8,3%. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4. Kết quả chẩn đoán mô bệnh học

MBH	n	%
Lành tính	47	15,8
LSIL	102	34,3
HSIL	92	31,0

LST	6	2,0
UTBMV	35	11,8
UTBMT	7	2,4
UTBM	8	2,7
Tổng	297	100,0

Nhận xét: Trong số 297 trường hợp được sinh thiết làm mô bệnh học thấy tỷ lệ mô bệnh

học bất thường từ LSIL trở lên chiếm tỷ lệ 84,2%, còn lại 15,8% là mô bệnh học bình thường. Tổn thương LSIL chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3%), tổn thương HSIL chiếm tỷ lệ 31,0%, mô bệnh học ung thư chiếm 16,9% trong đó UTBMV chiếm 11,8%, UTBMT chỉ chiếm 2,4%, UTBM chiếm 2,7%, MBH bình thường là 15,8%.

Bảng 5. Phân bố các týp HPV theo kết quả MBH

HPV MBH	16		18		12 týp còn lại		>1 týp	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lành tính	4	4,7	6	15,8	33	25,4	4	9,1
LSIL	17	20,0	15	39,5	47	36,2	23	52,3
HSIL	36	42,4	7	18,4	39	30,0	10	22,7
LST	1	1,2	1	2,6	3	2,3	1	2,3
UTBM	27	31,8	9	23,7	8	6,2	6	13,6
Tổng	85	100	38	100	130	100	44	100
χ^2 test và Fisher test		p < 0,05						

Nhận xét: HPV týp 16 gặp nhiều nhất trong tổn thương MBH HSIL và ung thư với tỷ lệ 42,4% và 31,8%, tiếp đến là tổn thương LSIL với tỷ lệ 20,0%, MBH lành tính chiếm 4,7%. HPV týp 18 có tỷ lệ gặp ở các trường hợp MBH LSIL cao nhất với tỷ lệ 39,5%, tổn thương UTBM có tỷ lệ là 23,7%, MBH HSIL có tỷ lệ là 18,4, MBH lành tính có tỷ lệ là 15,8%. HPV 12 týp nguy cơ cao khác gặp nhiều nhất trong tổn thương LSIL 36,2%, HSIL 30,0%, MBH lành tính là 25,4%, UTBM là 6,2%. Nhiễm >1 týp HPV có tỷ lệ nhiễm cao nhất trong các trường hợp MBH LSIL chiếm 52,3%, HSIL chiếm 22,7%, UTBM chiếm 13,6% và 9,1% là MBH lành tính. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 6. Đối chiếu các trường hợp TBH bất thường với chẩn đoán MBH

TBH MBH	ASC		AGC		LSIL		HSIL		UTBM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lành tính	32	60,4	4	44,4	11	10,9				
LSIL	11	20,8			80	79,2	11	11,9		
HSIL	9	17,0			9	8,9	71	77,2	3	7,1
LST			5	55,6	1	1,0				
UTBM	1	1,9					10	10,9	39	92,9
Tổng	53	100	9	100	101	100	92	100	42	100
Fisher test		p < 0,05								

Nhận xét: Trong 53 trường hợp ASC có 60,4% là tổn thương MBH lành tính, 20,8% là tổn thương LSIL, 17,0% MBH là HSIL, 1,9% là UTBM. Trong 09 trường hợp AGC có 44,4% là MBH lành tính, 55,6% là LST. Trong 101 trường hợp TBH LSIL có 79,2% MBH là LSIL, 8,9% MBH là HSIL và 10,9% có MBH lành tính. Trong 92 TBH HSIL có 77,2% MBH là HSIL, 11,9% MBH là LSIL và 10,9% có MBH là UTBM. Trong 42 trường hợp UTBM có 7,1% MBH là HSIL và 92,9% chẩn đoán MBH phù hợp là UTBM.

BÀN LUẬN

1. Tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao

Tại các nước đang phát triển, xét nghiệm HPV được coi là một giải pháp ưu việt cho việc sàng lọc UTCTC. Xét nghiệm HPV dương tính sẽ giúp phân định được nhóm đối tượng nguy cơ UTCTC và từ đó để tiếp tục thực hiện các

phương tiện chẩn đoán tiếp theo. Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, tại một số tỉnh, thành phố cũng đã bắt đầu thực hiện sàng lọc UTCTC bằng xét nghiệm HPV cho những đối tượng có yêu cầu, những phụ nữ có xét nghiệm HPV dương tính được khuyến cáo soi cổ tử cung để phát hiện các tổn thương. Theo khuyến cáo của TCYTTC, xét nghiệm HPV DNA cho phụ nữ nên được bắt đầu từ tuổi 30 vì lý do kinh tế, những người trẻ có hoạt động tình dục nhiều hơn nên có tỷ lệ nhiễm HPV cao hơn, tuy nhiên có tới 80% virus HPV bị đào thải trong vòng 2 năm. Khi phụ nữ > 30 tuổi có kết quả xét nghiệm HPV dương tính, có nghĩa là khả năng người phụ nữ đó đã nhiễm và cơ thể không thể tự đào thải được HPV. Họ ở nhóm người có nguy cơ cao bị tổn thương CTC^[3]. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 828 phụ nữ đến khám phụ

khoa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 7 năm 2020 có kết quả xét nghiệm định typ HPV dương tính, được xét nghiệm TBH Thinprep Pap test đồng thời. Các trường hợp có kết quả TBH bất thường được soi CTC và sinh thiết làm xét nghiệm MBH. Tỷ lệ phân bố các typ HPV trong tổng số 828 phụ nữ dương tính với HPV nguy cơ cao thấy 12 typ khác có tỷ lệ nhiễm cao nhất chiếm 67,7%, tiếp theo là HPV typ 16 với tỷ lệ là 15,8%, HPV typ 18 có tỷ lệ nhiễm thấp nhất là 7,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm 12 typ HPV nguy cơ cao khác bao gồm các typ 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 và 68 có tỷ lệ nhiễm cao nhất vì chúng tôi định typ HPV trên hệ thống Cobas® 4800 tự động, kết quả cho biết typ 16, 18 riêng biệt, còn 12 typ nguy cơ cao còn lại được gộp chung thành một nhóm không định danh riêng biệt từng typ, điều này lí giải vì sao 12 typ có tần suất xuất hiện cao nhất. Tuy nhiên, nếu tính riêng từng typ thì typ 16 và typ 18 thường gặp nhất so với từng typ trong 12 typ còn lại. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Yên^[4] khi nghiên cứu trong bệnh viện và Lê Trung Thọ^[5] khi nghiên cứu trên cộng đồng.

2. Tình trạng đơn nhiễm và đa nhiễm HPV của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm đa typ HPV nguy cơ cao ở các phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương chỉ chiếm 8,6%, còn lại 91,4% là nhiễm 1 typ HPV nguy cơ cao. Trong số các trường hợp nhiễm đa typ đều nhiễm một typ 16 hoặc 18 kết hợp với nhiễm một trong 12 typ nguy cơ cao với tỷ lệ nhiễm 2 typ là 8%. Nhiễm 3 typ rất ít với 5 trường hợp chiếm 0,6% (16, 18 và 12 typ nguy cơ cao). Kết quả này của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Yên^[4] và Lê Trung Thọ⁵, tỷ lệ nhiễm đơn typ cũng chiếm đa số, tỷ lệ nhiễm đa typ chiếm tỷ lệ thấp. Tuy nhiên tỷ lệ này lại thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền năm 2014 trên đối tượng gái mại dâm tại Hải Phòng, tỷ lệ đa nhiễm HPV là 67,9%^[6], trong đó tất cả các đối tượng đa nhiễm đều có nhiễm ít nhất 1 typ HPV nguy cơ cao. Tỷ lệ đa nhiễm typ HPV trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Spinillo A^[7] (32,6%) và của tác giả Pista A^[8] (44,2%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, HPV DNA được định typ trên hệ thống Cobas® 4800, định danh các typ HPV 16, 18 và 12 typ nguy cơ cao khác mà không đồng thời định typ HPV nguy cơ thấp, do đó, tình trạng đồng nhiễm từ 2 typ HPV nguy cơ

cao trở lên sẽ thấp hơn tỷ lệ đồng nhiễm giữa các typ HPV nguy cơ cao và HPV nguy cơ thấp như trong các nghiên cứu trên.

3. Mối liên quan giữa nhiễm HPV nguy cơ cao với các tổn thương trên TBH và MBH

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong tổng số các bất thường biểu mô trên phiến đồ, tổn thương SIL chiếm tỷ lệ cao nhất (59,4%), LSIL chiếm 40,8%, HSIL chiếm 18,6%, tổn thương ung thư chiếm 8,3%, trong đó UTBMV chiếm 5,9% và UTBMT chiếm 1,4%, UTBM chiếm 1,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tổn thương SIL cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Mỹ (49,7%) nhưng tổn thương ung thư (28,6%) thấp hơn^[9]. HPV typ 16 và typ 18 và nhiễm đa typ gặp nhiều nhất trong tổn thương SIL với tỷ lệ 48,9%, 46,2% và 63,9%. Trong các trường hợp nhiễm HPV 16, tổn thương ung thư chiếm 19,0% trong đó 16,0% là UTBMV. Trong các trường hợp nhiễm HPV 18, tổn thương UTBM chiếm 10,7% trong đó UTBMT chiếm 7,7%. Trong số 508 trường hợp tế bào học bất thường, có 297 trường hợp được sinh thiết làm mô bệnh học thấy tỷ lệ mô bệnh học bất thường từ LSIL trở lên chiếm tỷ lệ 84,2%, còn lại 15,8% là mô bệnh học bình thường. Tổn thương SIL chiếm tỷ lệ cao nhất 65,3% trong đó LSIL chiếm 34,3%, HSIL chiếm tỷ lệ 31,0%, MBH ung thư chiếm 16,9% trong đó UTBMV chiếm 11,8%, UTBMT chỉ chiếm 2,4%, UTBM chiếm 2,7%, MBH bình thường là 15,8%, LST chiếm 2,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Roosmarijn Luttmers^[10] tổn thương SIL chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,1% (tỷ lệ LSIL 27,4%, HSIL 36,8%) khi nghiên cứu trên phụ nữ có hrHPV.

Các typ HPV 16 và 18 có tỷ lệ tập trung cao nhất trong các trường hợp có kết quả MBH là ung thư. Có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HPV typ 16 với tình trạng UTBMV: trong số 35 trường hợp được chẩn đoán là UTBMV trên MBH thấy có 27 trường hợp dương tính với HPV typ 16, chiếm tỷ lệ 77,1%. HPV typ 18 có liên quan tới tình trạng UTBMT: trong số 7 trường hợp được chẩn đoán là UTBMT trên MBH thấy có 5 trường hợp dương tính với HPV typ 18, chiếm tỷ lệ là 71,4%. Tính trong tổng số 50 trường hợp UTBM thì typ 16 và typ 18 chiếm 84,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đức Hình^[11] và Schiffman^[3]: các tác giả đã xác nhận HPV nguy cơ cao là nguyên nhân chính gây ung thư cổ tử cung, trong đó phổ biến nhất là typ 16 và typ 18, gặp trong 70% các trường hợp UTCTC.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao với các tổn thương tế bào và mô bệnh học tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Tỷ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao của đối tượng nghiên cứu: tỷ lệ nhiễm đơn typ chiếm đa số: 91,4%, đa typ: 8,6%. HPV typ 16 chiếm 15,8%, HPV typ 18 chiếm 7,9%, 12 typ nguy cơ cao còn lại chiếm 67,7%. Trong các trường hợp nhiễm đa typ đều có ít nhất 1 typ 16 hoặc typ 18.

- Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư và UTCTC trên tế bào học là 59,4% và 8,3%.

- Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư và UTCTC trên mô bệnh học là 65,3% và 16,9%.

- Nhiễm HPV typ 16 và 18 gặp trong 84,0% các trường hợp UTCTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. Cancer J Clin, 68(6): 394 - 424.

2. Megan J Schlichte, Jacqueline Guidry (2015), Current Cervical Carcinoma Screening Guidelines. J Clin Med. 4(5), 918 - 932.

3. Schiffman M, et al (2007). Human papillomavirus and cervical cancer, Lancet, 370(9590): p. 890 - 907.

4. Phạm Thị Thanh Yên và CS (2016). Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí Phụ sản, 14(01): p. 125-8.

5. Lê Trung Thọ, Trần Văn Hợp (2009). Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HPV ở cộng đồng Hà Nội, tìm hiểu một số yếu tố liên quan, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13: p. 185 - 190.

6. Hoàng Thị Thanh Huyền (2014). Giám sát các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở đối tượng gái mại dâm tại Hải Phòng, Việt Nam, Đại học Y Hải Phòng.

7. Spinillo A., et al (2009). Multiple human papillomavirus infection and high grade cervical intraepithelia neoplasia among women with cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low grade squamous intraepithelial lesions, Gynecol Oncol, 113: p. 115 - 119.

8. Pista A., et al (2012). Risk factors for human papillomavirus infection among women in Portugal: The CLEOPATRE Portugal Study, Int J Gynaecol Obstet, 118: p. 112 - 116.

9. Phạm Thị Mây, Lê Trung Thọ, Vũ Bá Quyết và CS (2016). Đối chiếu các trường hợp tế bàoThinprep bất thường với mô bệnh học tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí Y Dược học-Trường Đại học Y Dược Huế- số đặc biệt, 219: p. 107-113.

10. Roosmarijn Luttmmer, Maaik G Dijkstra, Peter J F Snijders, et al (2016). p16/Ki-67 dual-stained cytology for detecting cervical (pre) cancer in a HPV-positive gynecologic outpatient population. Modern Pathology. 29, 870-878.

11. Nguyễn Đức Hình và cs (2015). Mối liên quan giữa nhiễm HPV nguy cơ cao và ung thư cổ tử cung, Tạp chí Phụ sản. 13(02): p. 6 - 8.

VAI TRÒ X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN RÒ MIỆNG NỔI ĐẠI TRÀNG SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

NGUYỄN CHÍ PHONG¹,
NGHIÊM PHƯƠNG THẢO², NGUYỄN CAO CƯƠNG²

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm hình ảnh và giá trị của xquang cắt lớp vi tính (XQCLVT) trong chẩn đoán rò miệng nổi đại tràng ở bệnh nhân phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Chí Phong

Email: phongnguyenchi@gmail.com

Ngày nhận: 26/9/2021

Ngày phản biện: 25/10/2021

Ngày duyệt bài: 18/11/2021

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên 56 bệnh nhân (BN) phẫu thuật nối đại trực tràng do ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân từ 1/2018 - 1/2021.

Kết quả: Trong 56 BN rò miệng nổi đại tràng sau phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng, tỉ lệ nam và nữ bằng nhau. Nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 35 tuổi (98,75%). Đặc điểm XQCLVT của rò miệng nổi đại tràng: tràn dịch tự do lượng ít (≤ 1 khoang) chiếm đa số 58,3%; tụ dịch quanh miệng nổi (78,57%), giá trị trung