

LOẠN SẢN CTC

HƯỚNG XỬ TRÍ

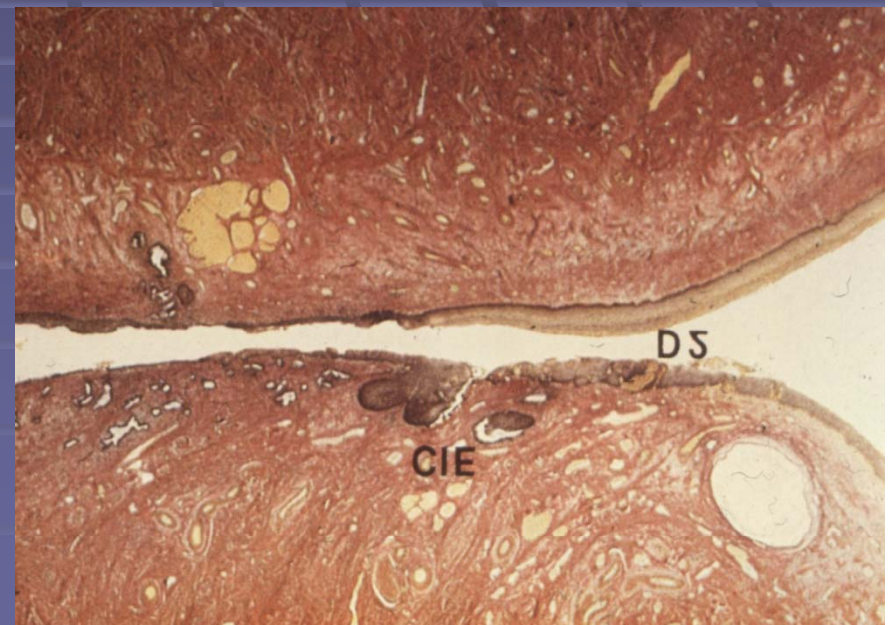
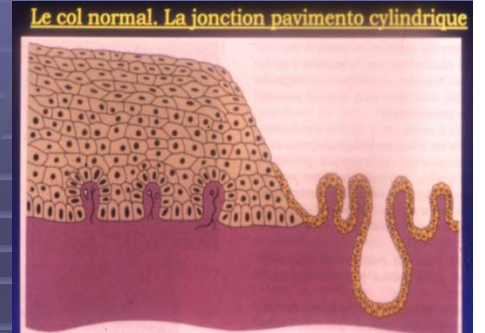
Dr ABRAR

Ouzbékistan - 2009

(Diapositives empruntées  
au Professeur BLANC)

# Loạn sản CTC

- Độ nặng : CIN 1- CIN3
- Xuất phát : Vùng lát trụ
- Thay đổi tb tạo u do virus
- Không triệu chứng
- Tầm soát: mô học
- XN virus ++
- Soi CTC ++
- Chẩn đoán mô học



# Loạn sản CTC CIN1

- Condylome – loạn sản nhẹ
- Tổn thương grade thấp
- Tầm soát mô học
- Triệu chứng trên soi CTC : TABG ou TAG1
- Dìc mô học

# Loạn sản CTC: CIN 1



# Loạn sản CTC :CIN 1

- Tổn thương tb do virus
- Hiện diện HPV type 1 sinh ung trong 50% TH
- Ít có giá trị thực hiện XN HPV
- Khả năng diễn tiến thấp
- Tự khỏi >90% TH sau 5 năm
- Không còn tổn thương trên soi CTC 70% / 12 tháng

# Loạn sản CTC :CIN 1

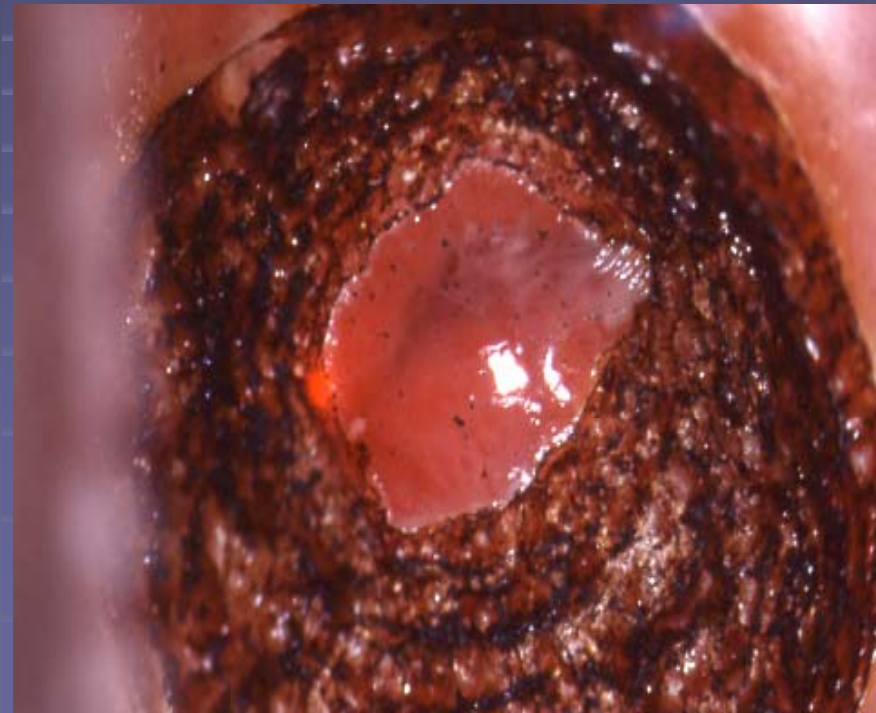
- Tần suất nhiễm Hpv : người lớn và phụ nữ < 35 tuổi (44-80%)
- Yếu tố nguy cơ tồn tại HPV tiềm ẩn: miễn dịch-stress-thuốc lá- xung đột
- Hiện diện 15% TH CIN 1 có HPV sinh ung
- Nguy cơ tiến triển thành loạn sản grade cao < 5% (Cuzick 2003 Lancet)



# Loạn sản CTC : CIN 1

## Hướng dẫn thực hành Anaes 2002

- Th/dõi / 18 tháng mô học và soi CTC / 6 tháng
- Và phá hủy nếu tồn tại
- Theo dõi sát
- Không xn virus
- Trong TH tồn tại : laser
  - Hồi phục 60%
  - Tồn tại 30%
  - Nặng thêm 10 %
- Phá hủy :laser Co2 > phẫu thuật (méta-analyse de Kyrgiou)



# Loạn sản CTC : CIN 1

## Hướng dẫn thực hành (hors Anaes ..)

- Thương tổn tồn tại ở cổ trong trên soi CTC không tương hợp XN virus : Hpv sinh ung
  - \* RAD .. ?
  - \* Nạo sinh thiết cổ trong CTC .. ?





# Loạn sản CTC CIN 2/3

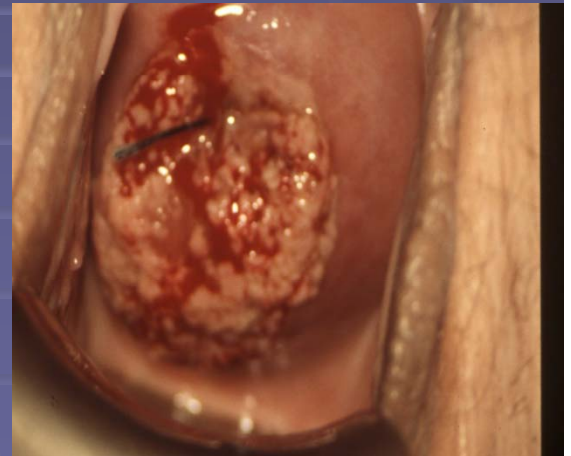
- Tổn thương với khả năng nguy cơ tiến triển
- Loạn sản grade cao
- Anaes (2002) tổn thương với đt để tránh xâm lấn
- Không cần thiết làm HPV test (ngoại trừ Ascus)
- Ostor (1993) nc hồi cứu dựa trên phết TB phù hợp!
- Mitchell (1996)-  
Syrjanen (1996) nc dựa trên mô học

# Loạn sản CTC CIN 2/3 khả năng tiềm ẩn

| CIN 2                                       | CIN 3                                       | CIN 2/3                            |
|---|---|------------------------------------|
| Ostor 1993 Int J<br>Gyn Path :12:186-<br>92 | Ostor 1993 Int J<br>Gyn Path :12:186-<br>92 | Mitchell 1996<br>Syrjanen 1996     |
| Tồn tại 40 %                                | Tồn tại 50 %                                |                                    |
| Tiến triển 20%                              |   | Tiến triển 39 %                    |
| Tiến triển thành K<br>xâm lấn 05 %          | Tiến triển thành K<br>xâm lấn > 12 %        | Tiến triển thành K<br>xâm lấn 25 % |

# Loạn sản CIN 2/3 mục tiêu điều trị

- Không còn tổn thương
- Cắt u +++ hay phá hủy
- Hiệu quả và ít biến chứng
- Lựa chọn điều trị
  - bilan trước điều trị  
*(cytologie, colposcopie, histologie)*
  - tuổi bn
  - mong muốn có con



# XN trước điều trị

Phết tb...ít phù hợp

Sai lầm – và +

Soi CTC ++ bilan tổn  
thương (Jpc-dh nặng- gh  
vùng ZTA)

Mô học ++/- (sai lầm – trong  
TH sinh thiết vùng Jpc)



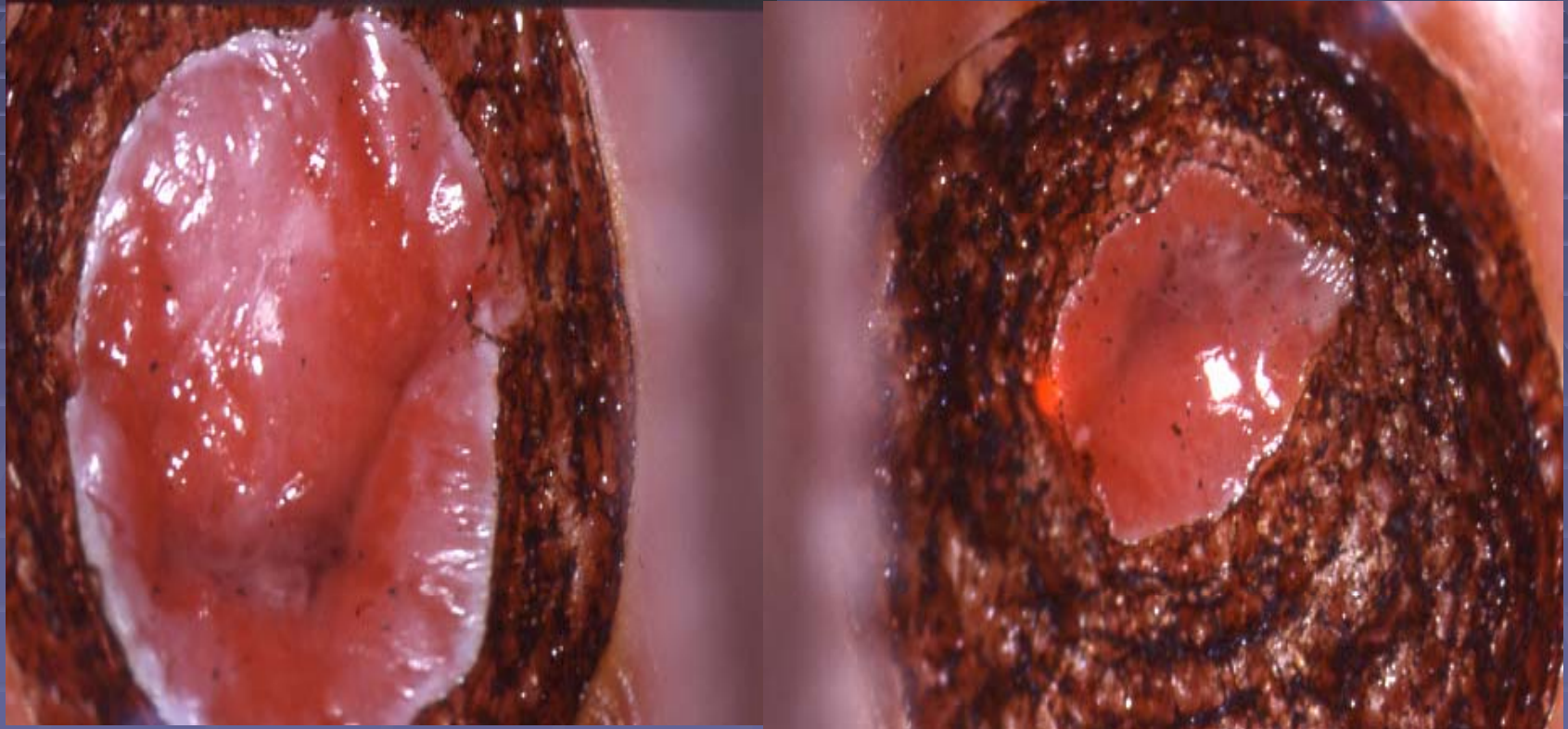
# Loạn sản CTC CIN 2/3 PP phá hủy

- Ít được dùng
- Không mang tính mô học
- Vi xâm lần được phát hiện trên khoét chóp
- 0.5-8%(Hefler 2008)
- Chỉ định đúng lúc tổn thương giới hạn –ZTA sau soi CTC – sinh thiết nhiều chỗ - mong muốn có con –chấp nhận theo dõi++

- Laser Co2 ++ cần thực hiện chính xác – limite les dégats thermiques favorise la cicatrisation sans séquelle



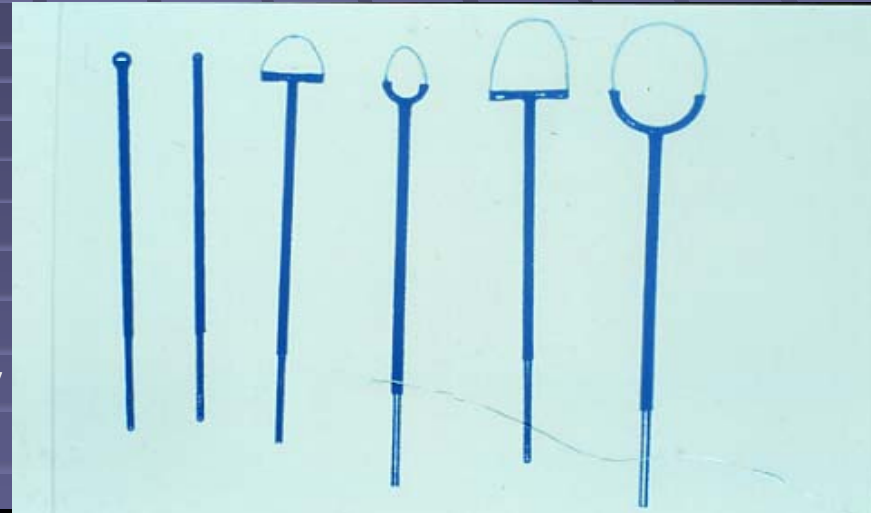
# Loạn sản CTC: laser





# Loạn sản CTC phương pháp cắt lọc

- RAD > khoét chóp bằng laser > khoét chóp bằng dao lạnh
- So sánh kết quả của các loại sinh thiết – sinh thiết bằng dao gây thương tổn nghiêm trọng hơn
- RAD – máy phát điện với tần suất cao kết hợp với cắt và sự chớp sáng ít gây tổn thương các mô kể bên.



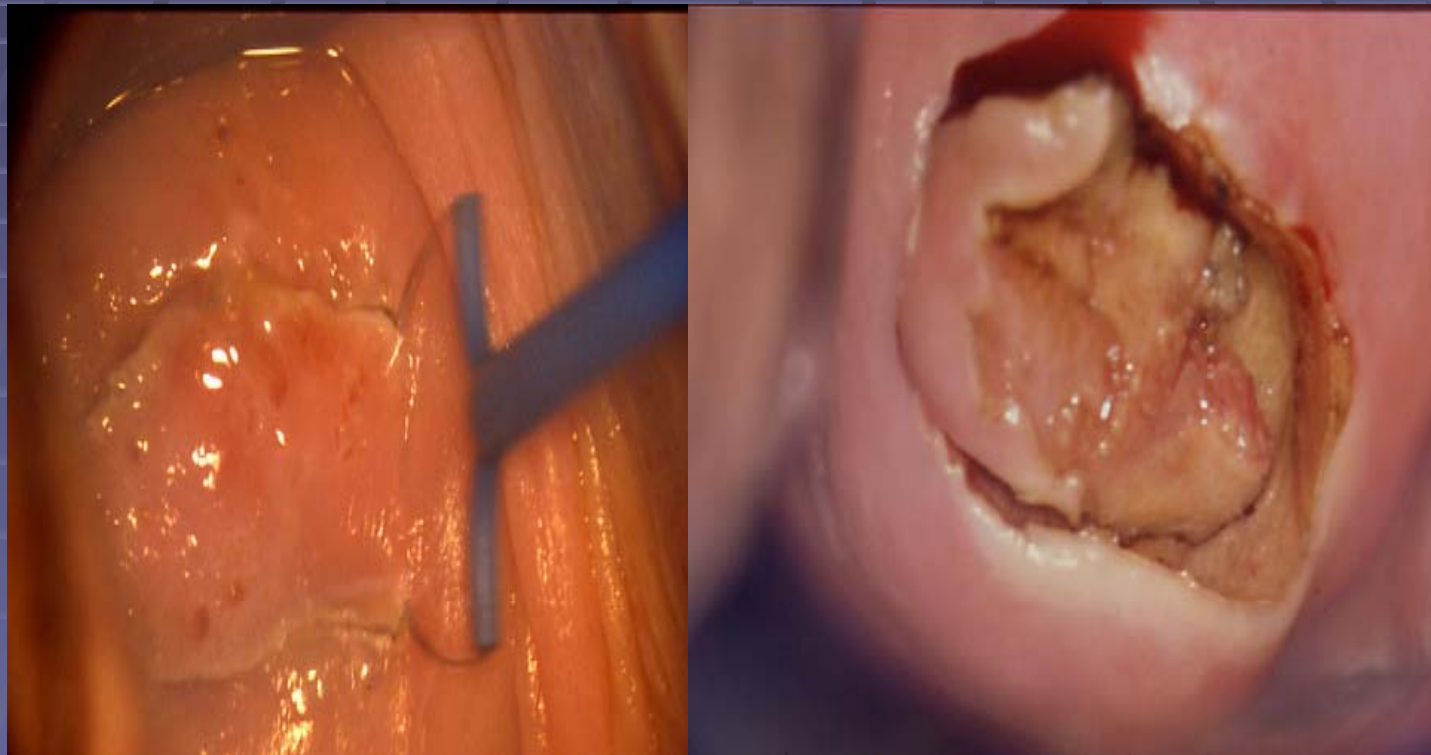
Giá thành của RAD ++

- Theo dõi bằng soi CTC + dễ dàng với RAD và khoét chóp bằng LASER

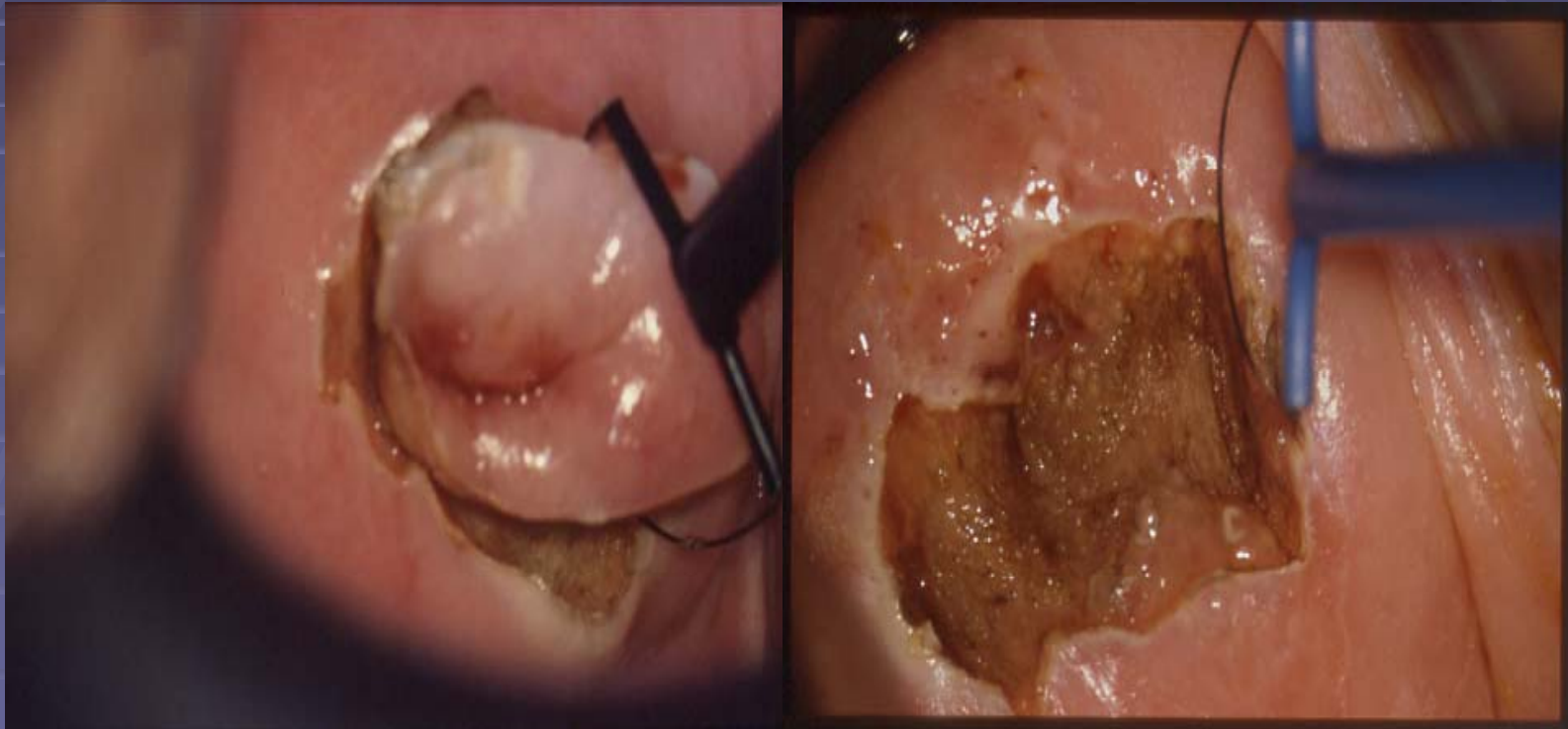
NB : - Phương pháp phối hợp giữa RAD+laser  
- Vai trò của nạo nội mạc CTC



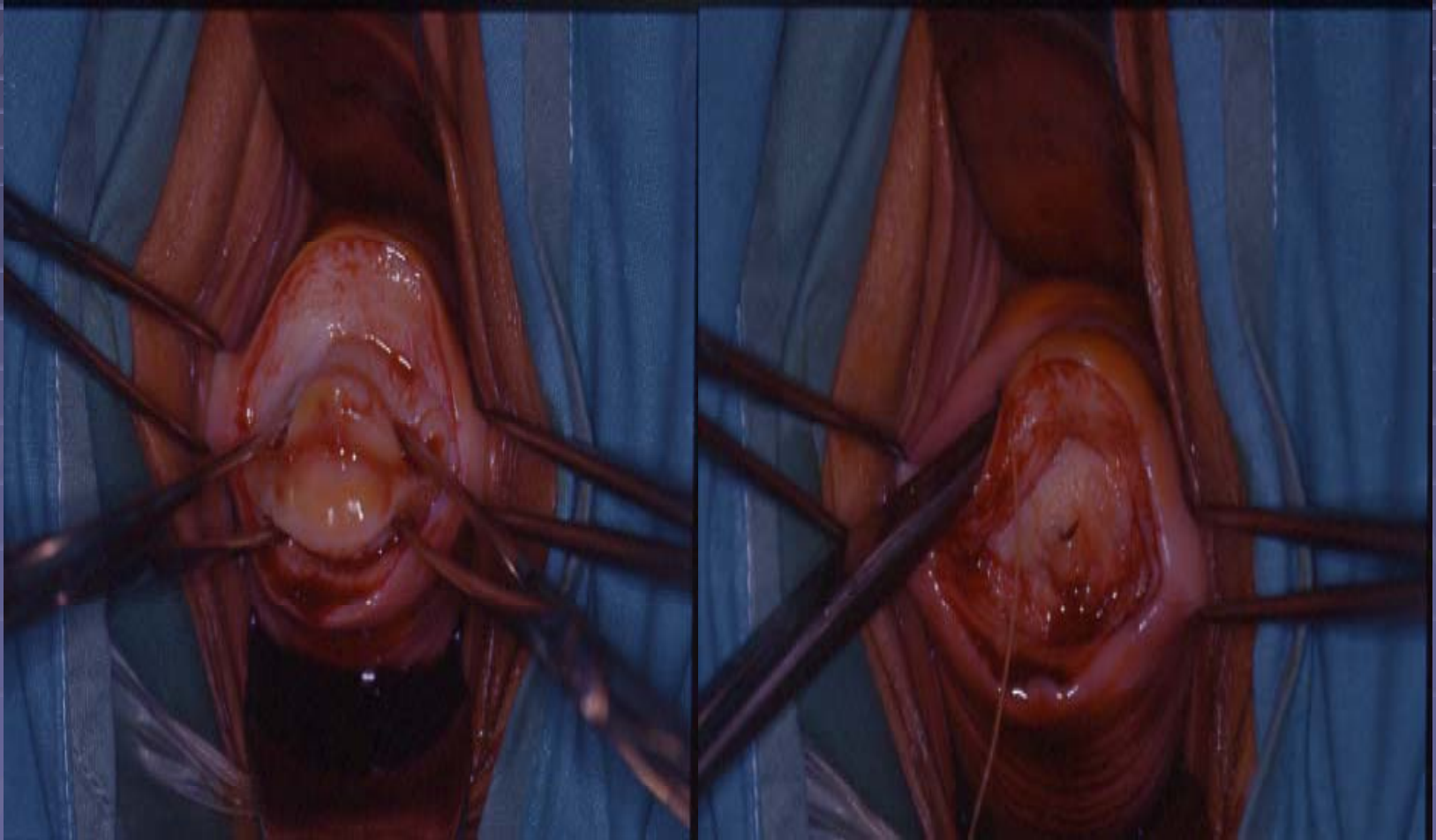
# Loạn sản CTC :RAD



# Loạn sản CTC : RAD



# Loạn sản CTC : phẫu thuật khoét chóp



## Kết quả sau cắt bỏ

- Rất tốt
- Theo dõi tế bào học CTC +/- mô học
- Lợi ích của test HPV 3 đến 6 tháng sau phẫu thuật (chọn lựa những bệnh nhân có nguy cơ tái phát)
- Chữa khỏi (sau 3 tháng – 22 năm) 83-96%



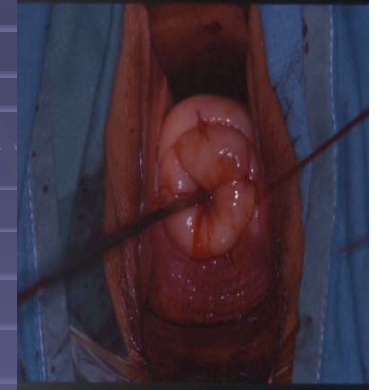
# Kết quả sau cắt bỏ

- Tỷ lệ bệnh tồn tại 5-15%
- Tỷ lệ bệnh tồn tại 0.4-11% nếu thực hiện RAD trên tb lành và từ 17 đến 87% nếu RAD ở mô bệnh
- Nguy cơ K xâm lấn 1-2/° sau khoét chóp
- Tỷ lệ bệnh tồn tại liên quan đến :
  - mức độ nặng của thương tổn tiên phát
  - Độ sâu của phẫu thuật cắt bỏ
  - và trên hết là phẫu thuật cắt bỏ trên vùng mô lành hay mô bệnh



# Biến chứng của điều trị

- Xuất huyết (tư vấn-phẫu thuật phục hồi ) 1.4%-1.7% -4.6%
- Nhiễm trùng đặc biệt
- Hẹp liên quan đến chiều cao của chóp cụt (15-20mms) và kỹ thuật 4%-10.3%-17%
- Biến chứng sản khoa Kyrgiou(Lancet 2006) tăng tỷ lệ sảy thai và sanh non nếu chóp cụt > 10mm



# Chăm sóc sau điều trị

- Năm 2009 theo dõi không đầy đủ tbào học CTC
- Cắt bỏ trên mô lành: theo dõi 3 / 6 / 12 tháng trong vòng 20 năm Soutter 2006 Int J Cancer
- Cắt bỏ trên mô bệnh: theo dõi 3 tháng nếu sinh thiết bất thường/ nạo nội m1c CTC hay Rad bất thường?
- Thực hiện test virus ++ độ nhạy 92-100% nếu thương tổn còn tồn tại và VPN ++
- Arbyn 2006 : Test Hpv và tế bào học sau khoét chóp độ nhạy > và độ đặc hiệu = để dự đoán tái phát

# Kết luận

- Tổng thương grade thấp chủ yếu là theo dõi và
- Tổng thương grade thấp ưu tiên theo dõi và tiêu hủy hơn là cắt bỏ
- Tổng thương grade cao ưu tiên điều trị cắt bỏ
- Ưu tiên RAD dưới soi CTC