

UNG THƯ TUYẾN TẠI CHỖ

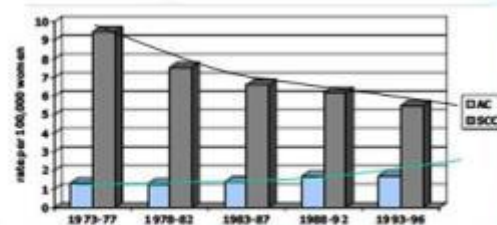
JC Boulanger

TP.HCM tháng Ba 2011

Tần suất ung thư biểu mô/ung thư tuyến

• Tuổi 20:

- Giảm khoảng 1/3 các ung thư dạng vảy (SCC)
- Tăng (từ 2 - 3 lần) các ung thư tuyến (AC)



Herzog et al. Am J Obstet Gynecol. 2007

2

Tần suất của Ung thư biểu mô tuyến tại chỗ (AIS)

- Andersen (1989) : 300 ca trong y văn
- Salani (2009) : 1278 ca
- Ayer và Boon : 0.5 %
- Lickrish : 1 - 2 % các ung thư trong âm đạo
- NC của chúng tôi: 2.8 %
- Ít hơn 12 lần so với ung thư tuyến xâm lấn cổ

3

KẾT QUẢ TẾ BÀO HỌC AIS

Tác giả	Số ca	Tuyến không điển hình	Malpighi không ĐH	Không ĐH phức hợp	Phết lam âm tính	Khác
Ostör	19	7	5	5	2	
Cullimore	54	27	0	13	14	
Luesley	28	10	0	10	8	
Boulanger	18	5	7	0	1	5
Kietpeerakorn	51	15	29	7		
Tổng	170	64	41	35	25	

4



Vùng chuyển tiếp (ZT) và Cổ Trong

- **Các CIN** sinh ra ở vùng chuyển tiếp; vùng này giữa biểu mô lát tầng malpighi và tuyến có thể đi lên cổ trong, do đó cần sự thăm khám chuyên biệt

- **AIS**, mà AGC có thể là bằng chứng duy nhất, xuất phát từ phần gần của vùng nổi nhưng sẽ phát triển đến cổ trong, từ 10-15 mm (cho tới 25 mm), đôi khi đa vị trí

- **Vị trí vùng chuyển tiếp ZJ** tùy thuộc: tuổi / tình trạng hormon / bệnh lý



Adenocarcinomas typically originate at the squamocolumnar junction (SCJ) of the transformation zone but may occur in multiple locations.

5



KẾT QUẢ AIS SOI CỔ TỬ CUNG

TÁC GIẢ	SỐ cas	ÂM TÍNH	THỎA CIN	THỎA AIS	THỎA ADK	KHÁC
Luesley	27	4	16	2	5	
Andersen	32	10		0	0	
Ostör	16	5	7	2	2	
Lickrish	16	6	5	7	2	2
Bertrand	23	23				
Houghton	19	3	11	0	2	3
Boulanger	14	0	5	4	2	3
Kietpeerakol	51					36
TỔNG	198	51	44	15	13	44

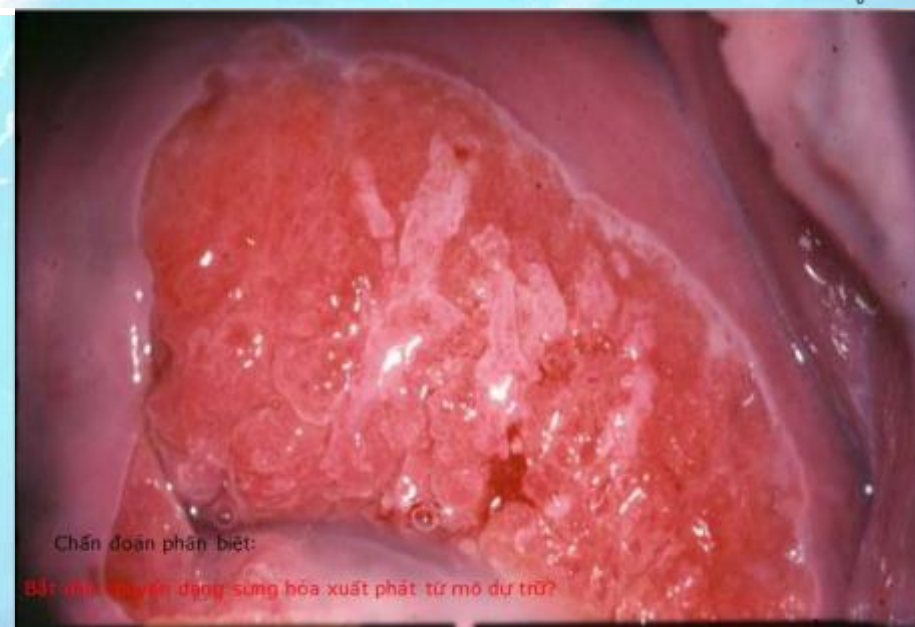
6



SOI CỔ TỬ CUNG GỢI Ý BẤT THƯỜNG TUYẾN (1)

- Coppleson (1993)
Sau tẩm Acid Acetic :
 - Phản ứng trắng, rõ, các nhóm nhú dạng trụ tập trung
 - đơn độc hoặc thành mảng
 - ở giữa mô tuyến

7



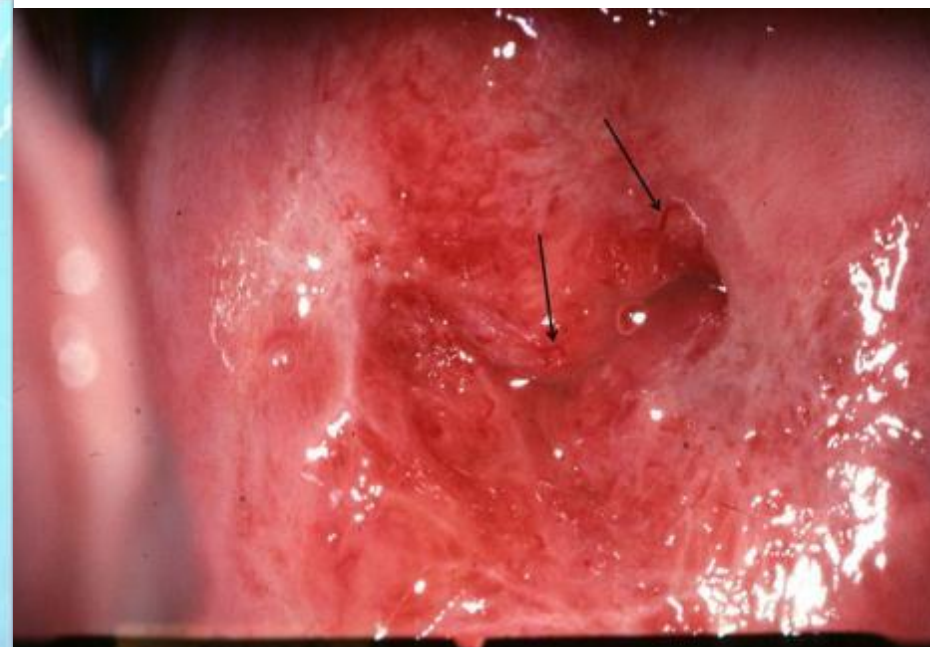
Chẩn đoán phân biệt:

Bất thường chuyển dạng sừng hóa xuất phát từ mô dự trữ?

BẤT THƯỜNG TUYẾN KHI SOI CỔ TỬ CUNG (2)

- Các mạch máu bất thường (kích cỡ và phân bố) ở giữa biểu mô tuyến
- Hình ảnh nghi nhiều đến ung thư tuyến xâm lấn:
 - bất thường mạch máu quan trọng
 - bất thường ở bề mặt
 - vùng chảy máu khi tiếp xúc

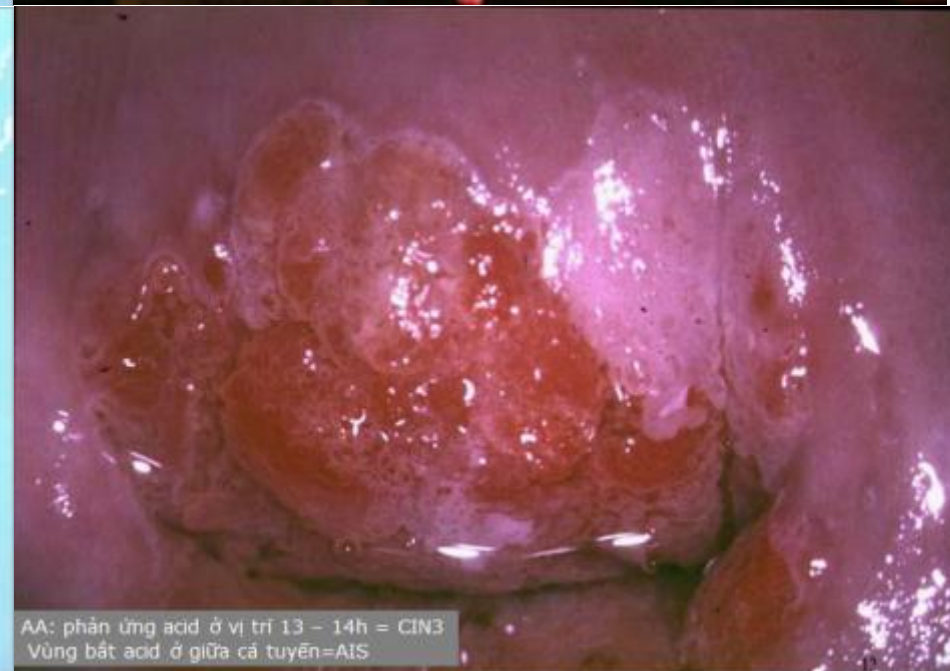
9



SOI CỔ TỬ CUNG GỢI Ý BẤT THƯỜNG TUYẾN (3)

- Các bất thường tuyến có liên quan với bất thường biểu mô lát malpighi +++ 50%
- Bất thường ít chuyên biệt
- Không bất thường

11



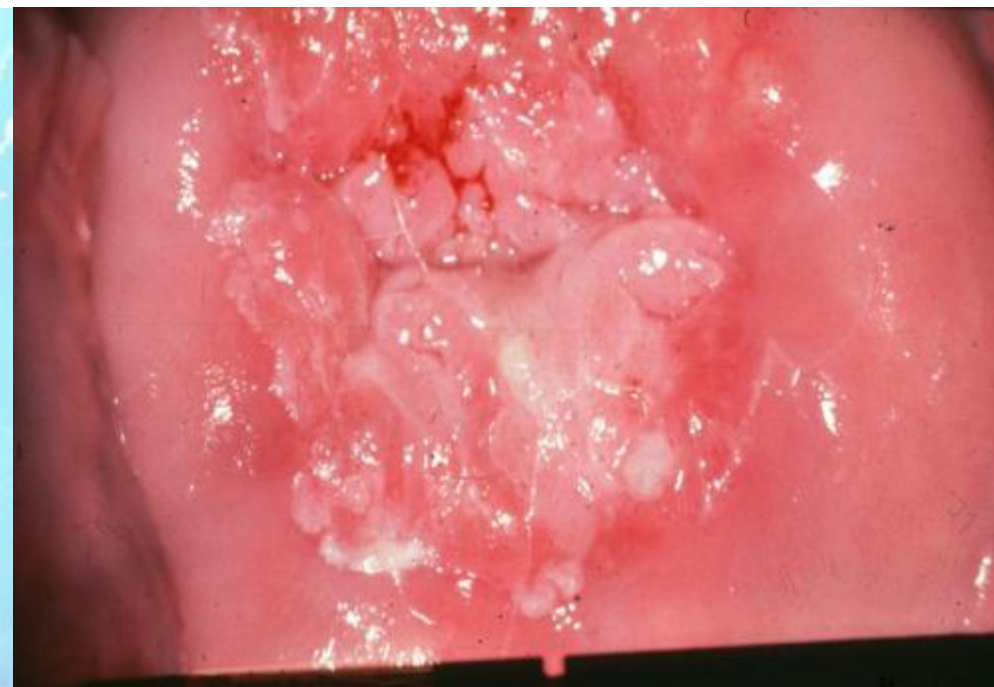
AA: phản ứng acid ở vị trí 13 – 14h = CIN3
Vùng bất acid ở giữa cả tuyến=AIS

12

SOI CỔ TỬ CUNG ÍT THÔNG TIN

- Bất thường ít chuyên biệt
- Không bất thường

13



SOI CỔ TỬ CUNG BÌNH THƯỜNG

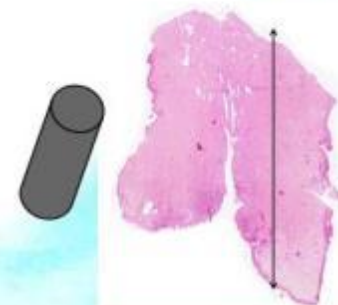
- 23 / 23 Bertrand (1987)
- Tần suất có thể xảy ra trên phụ nữ độc thân
- 46 % theo nghiên cứu y văn
- Là soi CTC bình thường hay bất thường không nhận biết được?
- Các tổn thương không nhìn thấy ở đáy các tuyến?

15

Căn bản của điều trị khởi đầu: khoét chóp

Khoét chóp hơi đặc biệt

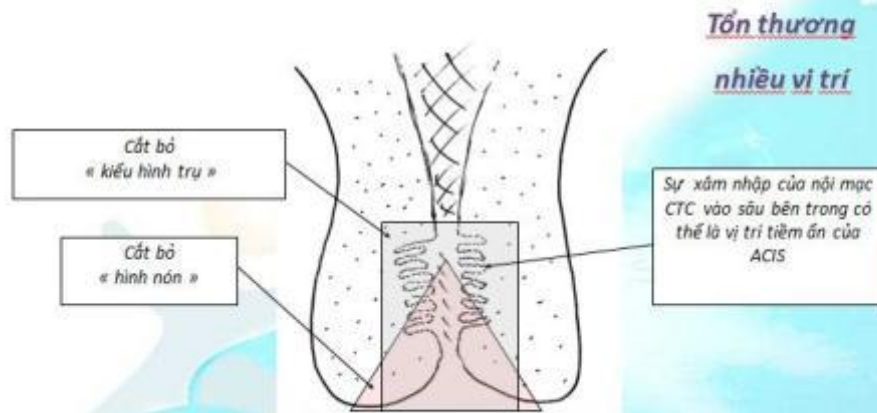
- Soi cổ tử cung ít hữu dụng
- Hình nón có đáy rộng
- Hình trụ > hình nón
- Độ cao > 25 mm
- Dao lạnh: là một tham khảo
- Nạo kênh CTC
- Nạo nội mạc
= nạo rong huyết, > 40 tuổi hoặc FR



Chỉ thực hiện khi đã được chẩn đoán dựa vào sinh thiết (thường hiếm)

16

1/4 trường hợp khoét chóp an toàn cho thấy những tổn thương ???



17

Khoét chóp là căn bản của điều trị ... nhưng

• các mảnh không có tế bào lành thường hay gặp:

- chúng tương ứng với chiều cao của hình chóp
chiều cao trung bình hình nón có tb lành: 20 mm
không có tế bào lành: 13mm

- Tần suất các mảnh này cũng tương ứng với số phần tư bị ảnh hưởng

• các thất bại thường hiếm... Liên quan đến chiều cao hình chóp khoét

- nhưng đôi khi trên 1 cách thức xâm lấn (2%);
(non in sano++)
... ngay cả kênh âm đạo sau khi cắt tử cung !

18

Tổn thương còn sót và Tái phát

- Phân tích tổng hợp, 1278 bệnh nhân AIS
Salani et al., Am J Obstet Gynecol, 2009.
- Các bờ âm tính:
 - Tổn thương còn sót: 2.6%
 - Tái phát: 20.3%
- Các bờ dương tính:
 - Tổn thương còn sót: 19.4%
 - Tái phát: 52.8%
 - Nguy cơ ung thư tuyến xâm lấn kết hợp = 5%

19

Chiều cao của khoét chóp

Điều kiện điều trị bảo tồn

- Chiều cao tối thiểu 25 mm
 - > 25 mm 7% các bờ tổn thương
 - < 25 mm 28 %
- Bờ an toàn 10mm
 - Nếu khoảng cách giữa ACIS và bờ cổ trong CTC khi khoét chóp > 10 mm : không có di chứng ung thư...

Goldstein N. Am J Clin Pathol. 1998 Jun ; 109(6) : 727-32.

20



Khi thực hành ta làm gì nếu...?

Phát hiện AIS trên mảnh ERAD có CIN:

- **lấy lại**
 - . Bằng dao mổ
 - . Hình trụ 15-20mm
 - . Với nạo kênh cổ trong
 - . Thậm chí cắt đoạn cổ (+ khâu eo ctc)
- hay **cắt tử cung** (theo tuổi)
- nhưng một số không cần cắt bỏ nếu có tế bào lành

21



Làm gì nếu AIS non in sano ?

Chỉ định bắt buộc phải làm lại ngay

- Phụ nữ trẻ:

- tái khoét chóp (trụ > nón)
- Cắt tử cung sau khi có đủ con ? Có thể

- Phụ nữ + có tuổi :

- Cắt tử cung ngoài cân sẽ không tránh khỏi tái phát ung thư tại âm đạo (Luesley, Cullimore, Widrich), hay K xâm lấn (Hopkins, Krvak)

22



KẾT LUẬN

- Không có dạng đặc trưng
- Chẩn đoán thường rất khó
- Thường phát hiện nhờ bất thường tế bào malpighi
- Đừng do dự khi cho sinh thiết

23