



# CÁC HÌNH ẢNH SOI CTC CỦA K XÂM LẤN

JC BOULANGER

Hồ-Chi-Minh-Ville Mars 2011



## Các dạng ban đầu của K CTC xâm lấn

- K xâm lấn vi thể
- K xâm lấn tiềm ẩn

2

## CHẨN ĐOÁN K XÂM LẤN

Các bẫy: 2 tình huống

- Dương giả: lấy mẫu và điều trị quá tay
  - Âm giả: ung thư xâm lấn được chẩn đoán trong vòng 3 tháng sau khi điều trị phá hủy của CIN 1
- ung thư xâm lấn được chẩn đoán đv C Post N khi phát hiện CIN trong thai kỳ

3

- Phết tb sẽ gợi ý
- Soi CTC xđ vị trí tổn thương
- Sinh thiết cho ra chẩn đoán

- Với đk xđ đúng mục tiêu
- Và có sự phù hợp với CCH

4

## NHƯNG CÁC SAI LẦM TRONG VIỆC CHỌN LỰA VỊ TRÍ SINH THIẾT

- Đầu tiên phải nhận biết rõ các hình ảnh trên soi CTC K xâm lấn
- Kế đó phải sinh thiết nơi tổn thương được cho là nặng nhất
  - Thường là vùng chuyển tiếp
  - Nhưng đôi khi là toàn bộ CTC
- Cuối cùng: kích thước của mẫu sinh thiết là quan trọng và đôi khi nó sẽ có một AD sinh thiết

5

## % K XÂM LẤN / KHOẾT CHÓP

- K xâm lấn vi thể: Amiens 2008 94/1114 : 8.79%
- Y văn 3-27%
- ❑ Số bệnh nhân được xem là K xâm lấn vi thể 60/1114 : 5.38%
- ❑ Sau khi kiểm chứng lại 5/1114 : 0.44%
- ❑ Chẩn đoán ban đầu quan trọng vì cách khoét chóp khác nhau trong K vi xâm lấn

6

## DẤU HIỆU "PRE-COLPOSCOPIQUES "

- Tuổi
- Kết quả phết tế bào
- Khái niệm tự đo lường gợi ý

7

	Tuổi trbình	Min	Max
K vi xâm lấn	37,7	20	79
K1a	40,6	25	74
K1a1 <1mm	39,18	25	71
K1a1 <3mm	43,4	29	64
K1a2 3-5mm	49,2	30	74
K xâm lấn	53	30	84

> 50 tuổi: Pap's bình thường = 18% trong KMI hoặc KI Wetrich

8



## Các dạng khởi đầu của xâm lấn

Tìm hiểu 13 dạng khởi đầu  
Thỉnh thoảng xuất hiện đơn độc  
Thường nhất là phối hợp

- Xuất huyết
- Mạch máu
- Loét
- Vùng vàng
- Lỗ CTC không đều
- Bề mặt không đều
- Lan rộng vùng cổ trong
- Bệnh cảnh nghiêm trọng
- Bất thường rõ
- Lan rộng ra âm đạo
- Khe tuyến
- Gờ ngoại vi

Tất cả các trường hợp được xét với chẩn đoán tổn thương trong biểu mô

10

### 1/ XUẤT HUYẾT

- - Chẩn đoán +: xuất huyết khi quan hệ
- - Chẩn đoán ≠: nhiễm trùng, teo CTC

11

Sau khi sụt nhẹ qua cổ ngoài CTC



12



## 2/ BỆNH CẢNH NẶNG TRÊN SOI CTC

- Chẩn đoán +:
  - TAG2A +
  - TAG2B +++
  - TAG2C +
- Chẩn đoán khác ≠: nhiễm trùng trên tổn thương - nặng

15

## TAG2b

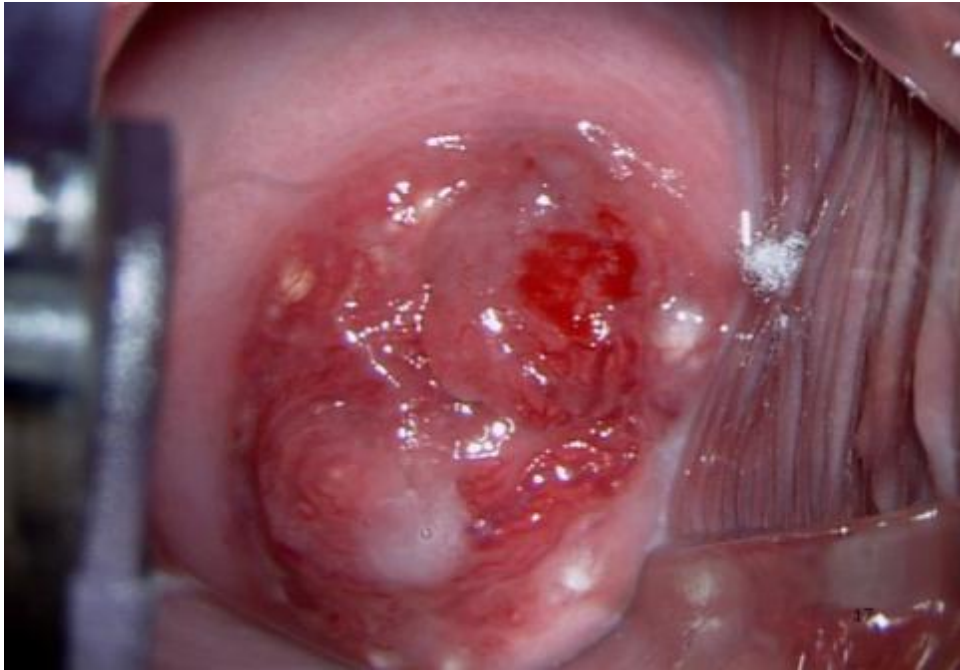
Không chuẩn bị: vùng trắng + vùng đỏ

Sau AA: RA + tồn tại vùng đỏ

Sau Lugol: INCF ou M

16





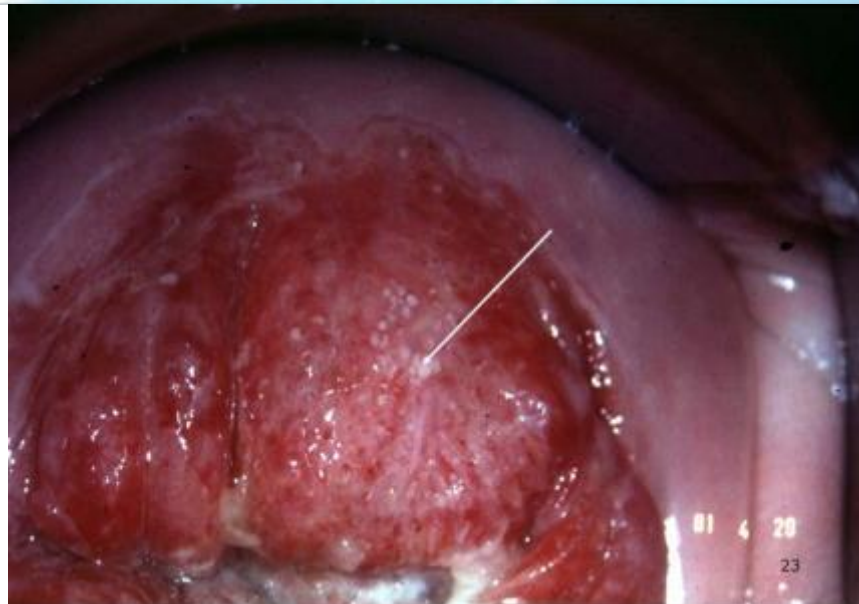
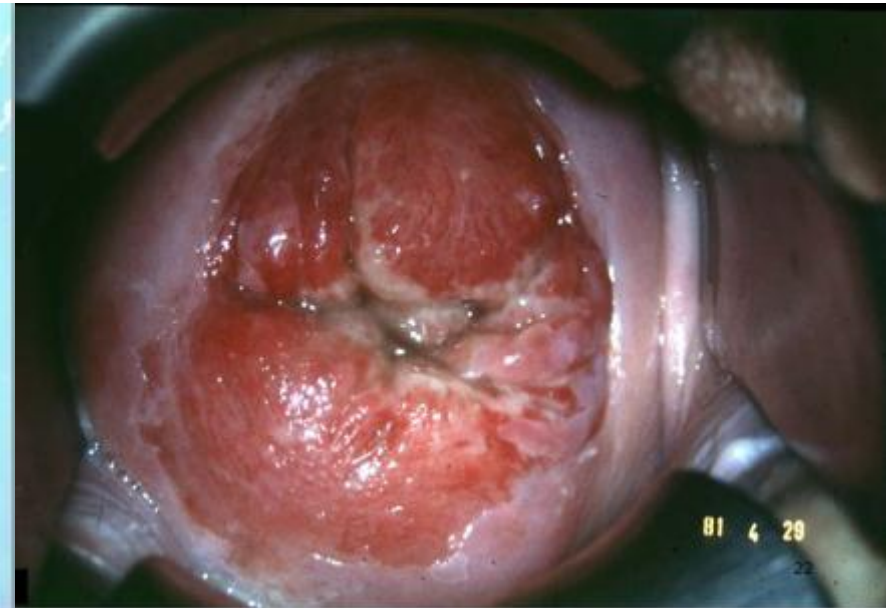
## TAG2c

Không chuẩn bị: Vùng đỏ bất thường  
tăng sinh mạch máu  
xuất huyết khi va chạm

AA: RA hiếm

Lugol: INCF hoặc M

21

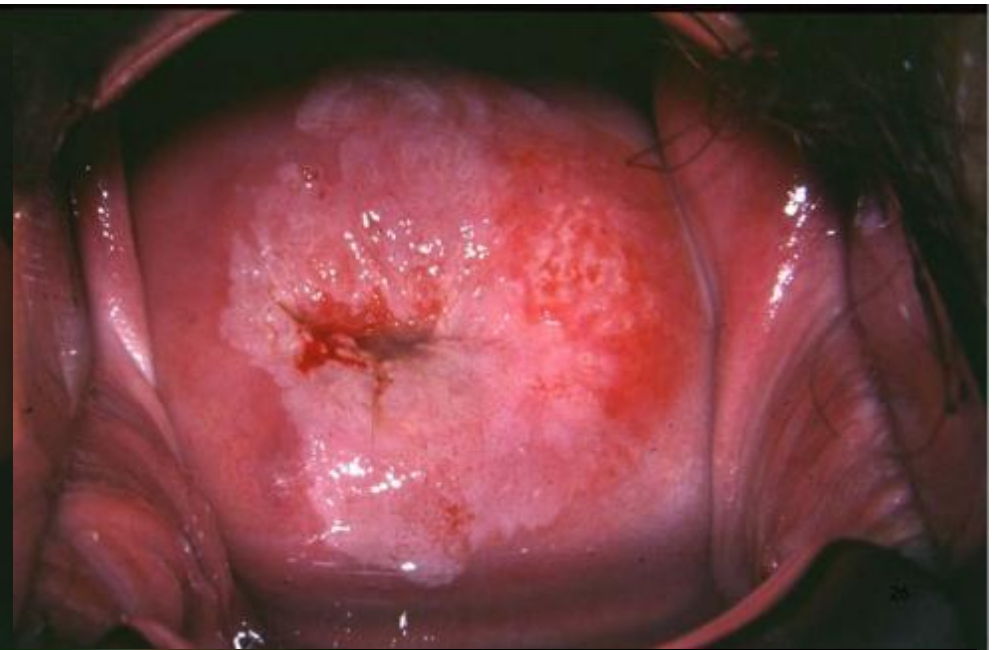
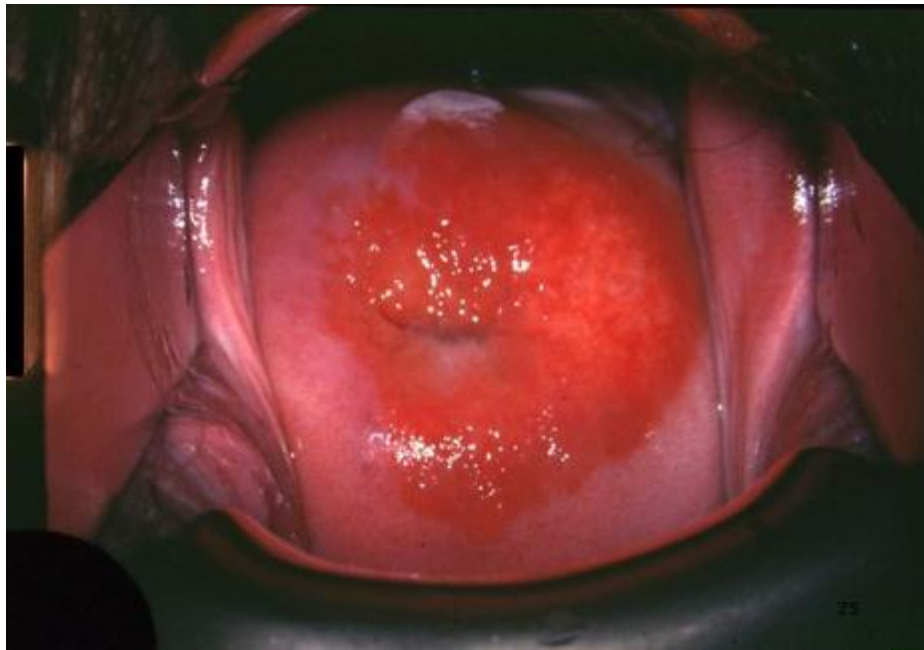


## 3/ VÙNG VÀNG BỜ

- Vùng nhuộm màu vàng tương ứng với mô hoại tử (sắp loét)
- Chẩn đoán +: vùng vàng bờ có thể xuất huyết khi va chạm
- Chẩn đoán \*: viêm CTC do herpes  
bệnh lý màng rụng của thai kỳ

24

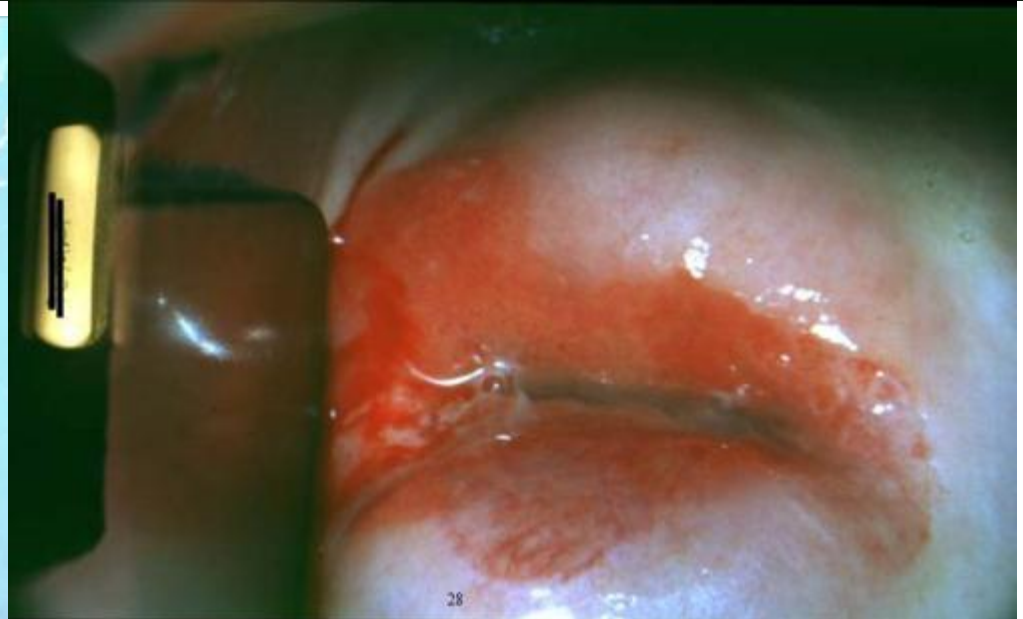




#### 4/ LOÉT

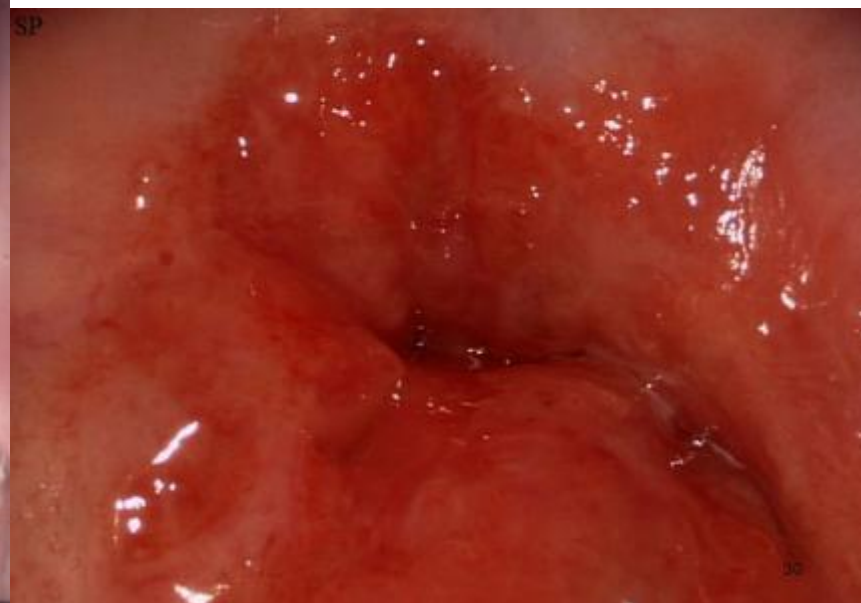
- Chẩn đoán+: loét bần - bờ khó xác định  
- vùng hoại tử - mạch máu bất thường
- Chẩn đoán -: chấn thương (tampon, teo) - nhiễm trùng  
- dạng sau điều trị hoặc sau sinh thiết

27

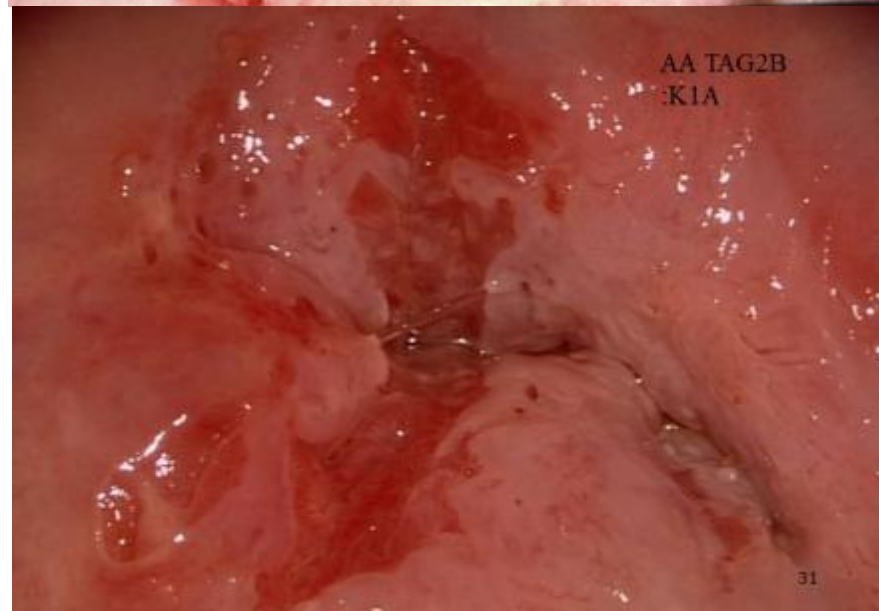




29



30



AA TAG2B  
:K1A

31

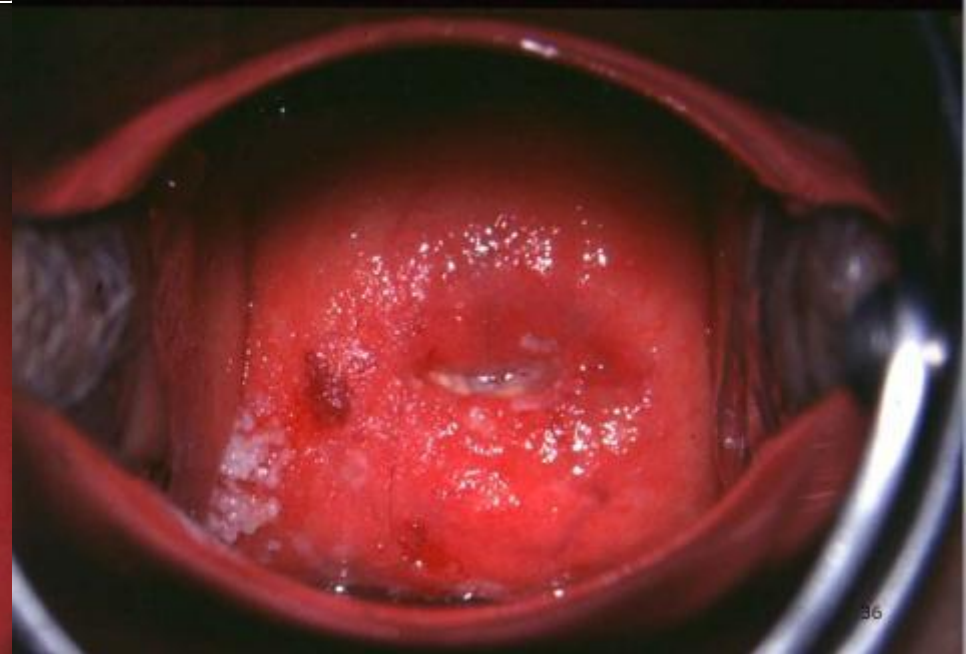
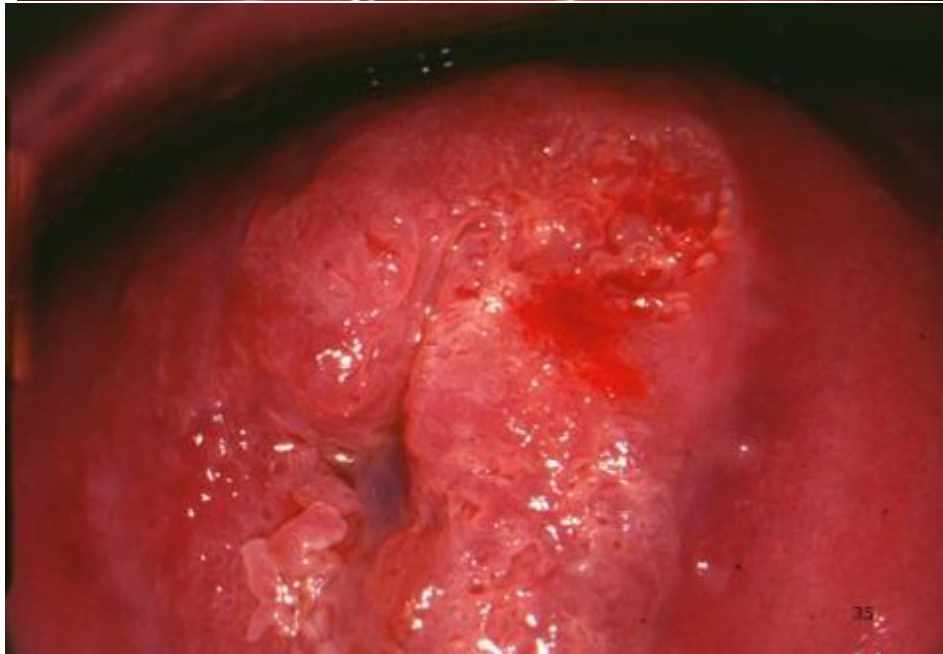
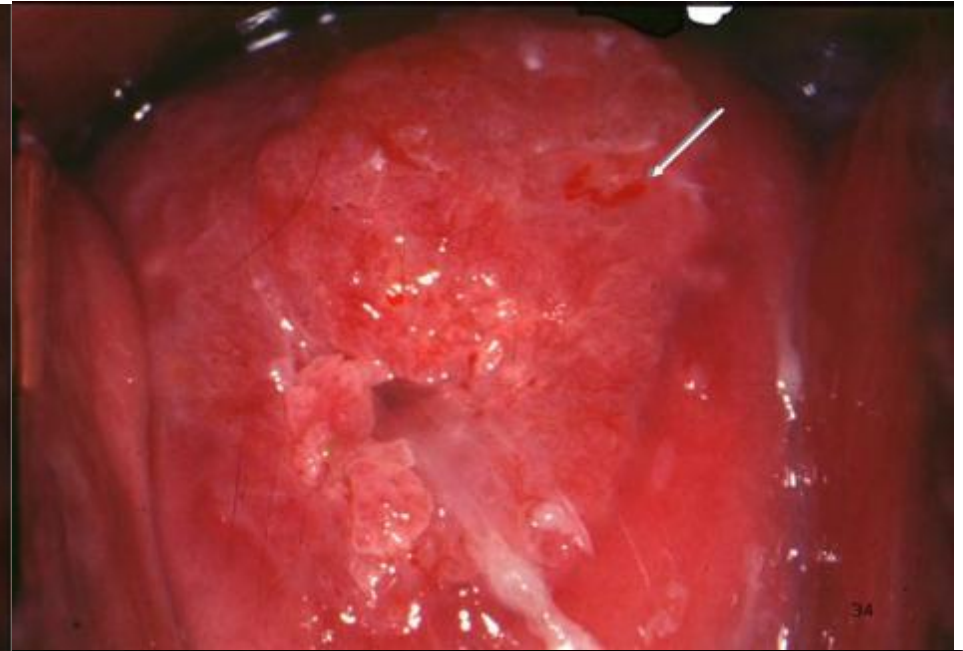
## 5/ BỀ MẶT BẤT THƯỜNG

- Chẩn đoán +: bề mặt gỗ ("giống dây nỉ")
- Chẩn đoán -: mỏng gà sùi



32







## 6/ MẠCH MÁU BẤT THƯỜNG

- Diagnostic +: Điển hình  
2 dạng → Mạch máu bất thường của mô đệm phía trên khối u (phân bố bất thường, kích cỡ bất thường)  
→ Mạch máu bất thường bề mặt (đường mạch bất thường, cái bật nút chai, cái kẹp tóc)
- Chẩn đoán \*: biến đổi mạch máu do chuyển đổi bình thường (trên bề mặt nang tuyến Naboth) giãn mao mạch sau xạ trị

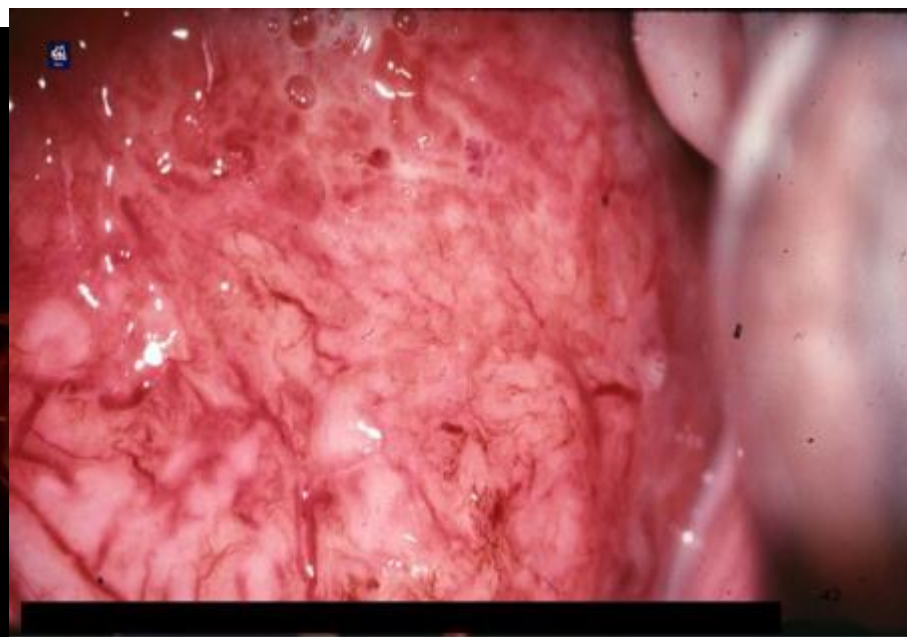
39

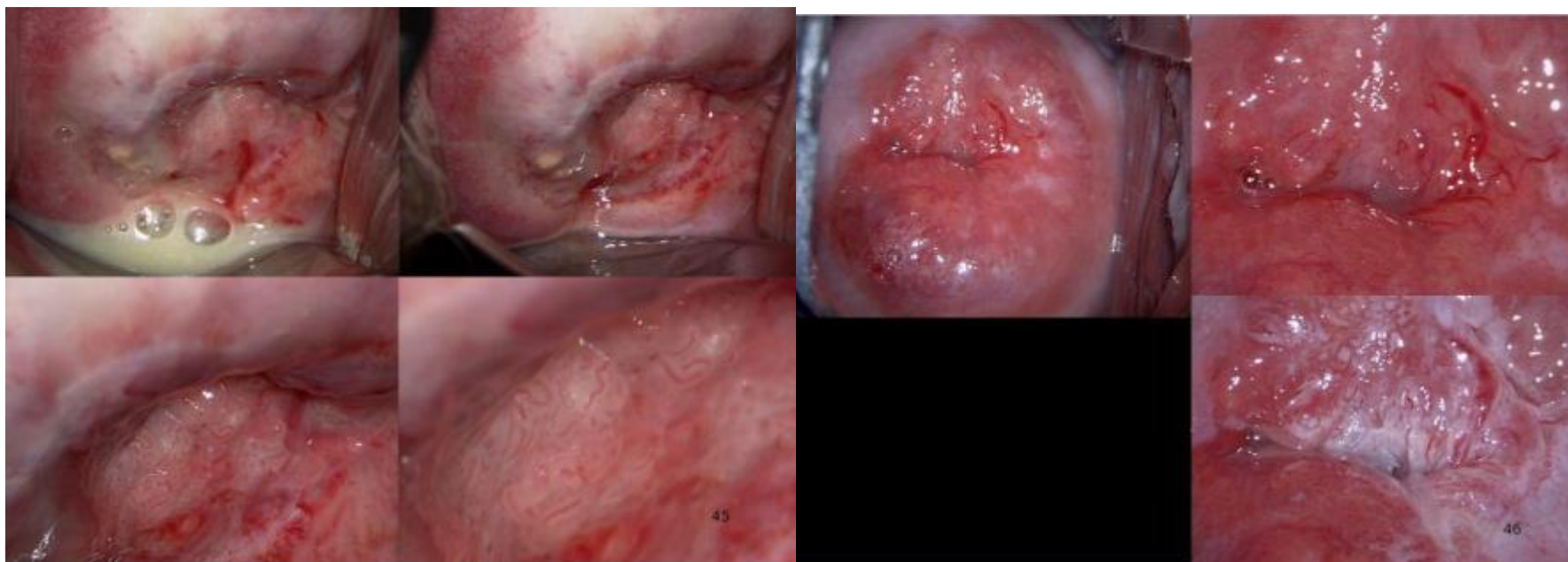
ME F.D. 41 tuổi, Pap's grad thấp, sinh thiết CIN2, được gửi để điều trị



40







Chẩn đoán phân biệt: hình thành mạch máu sau tái tạo biểu mô

## 7/ TỔN THƯƠNG LAN RỘNG TRÊN BỀ MẶT

- Chẩn đoán +: lan rộng ở cổ ngoài  
lan rộng âm đạo
- Chẩn đoán -: tổn thương lành tính lan rộng



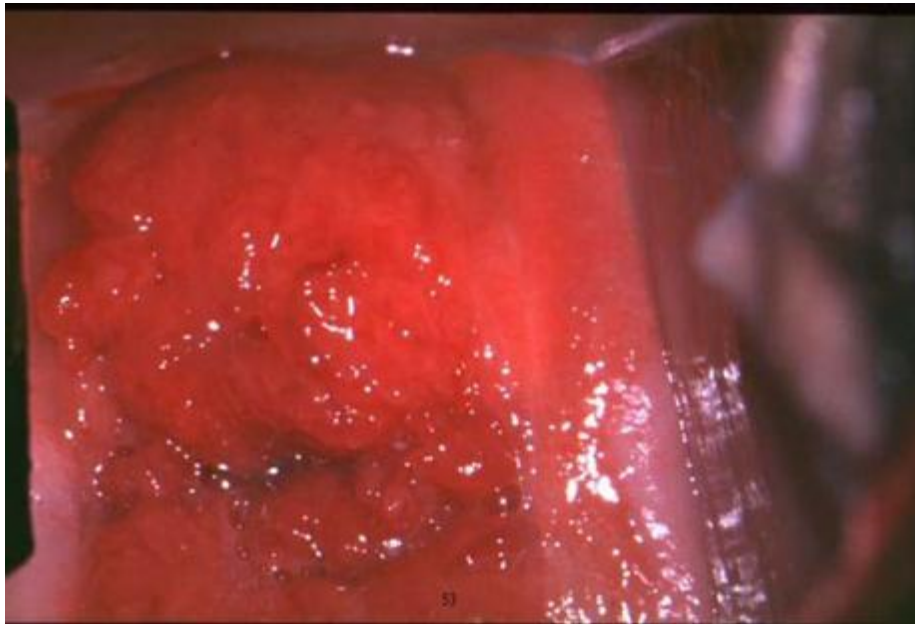


Phương pháp phân 4 vùng của Shafii trong K xâm lấn khá phổ biến<sup>49</sup>



## 8/ TỔN THƯƠNG LAN RỘNG ÂM ĐẠO

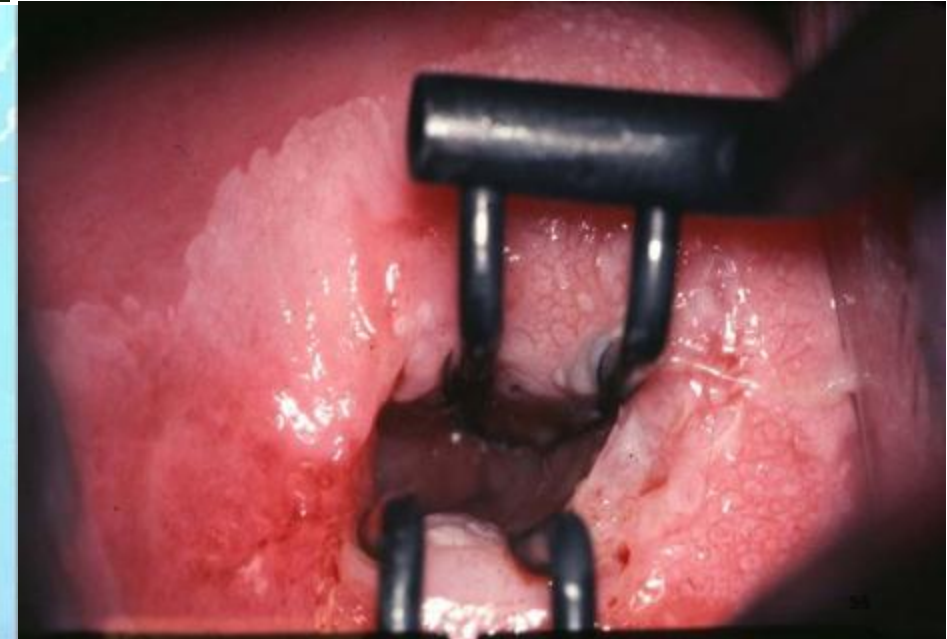
- Chẩn đoán +: bắt đầu từ vùng chuyển tiếp lan xuống âm đạo  
( có thể là tổn thương tiền ung thư lan rộng âm đạo nhưng hiếm gặp)
- Chẩn đoán -: chỉ là CIN lan rộng



## 9/ TỔN THƯƠNG GRAD CAO XÂM NHẬP VÀO CỔ TRONG CTC

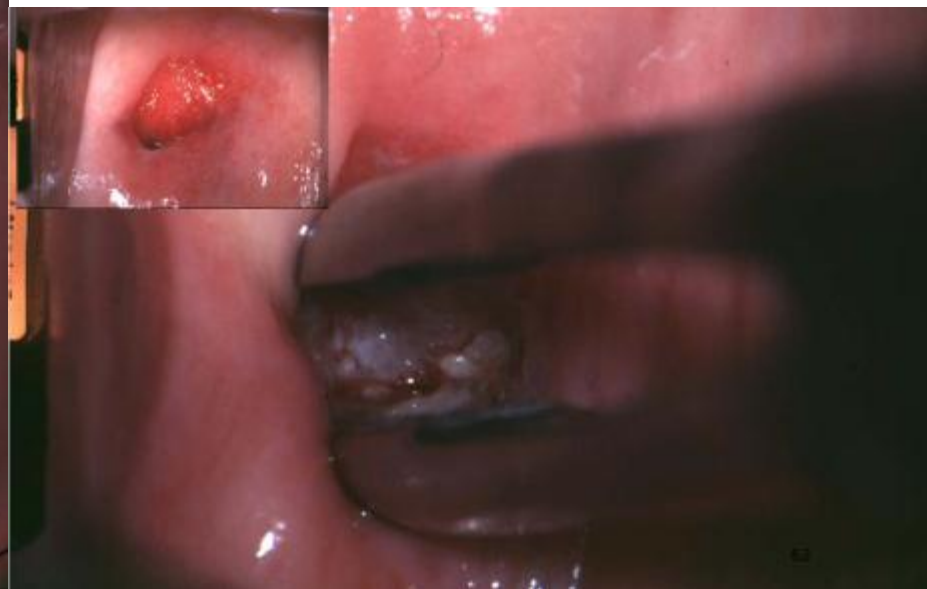
• TAG2 lan rất rộng vào cổ trong cổ tử cung với sinh thiết CINII hoặc III

- Chẩn đoán +:
- 1/ đặt mô vạt cổ trong ctc
  - 2/ nạo kênh CTC
  - 3/ khoét chóp





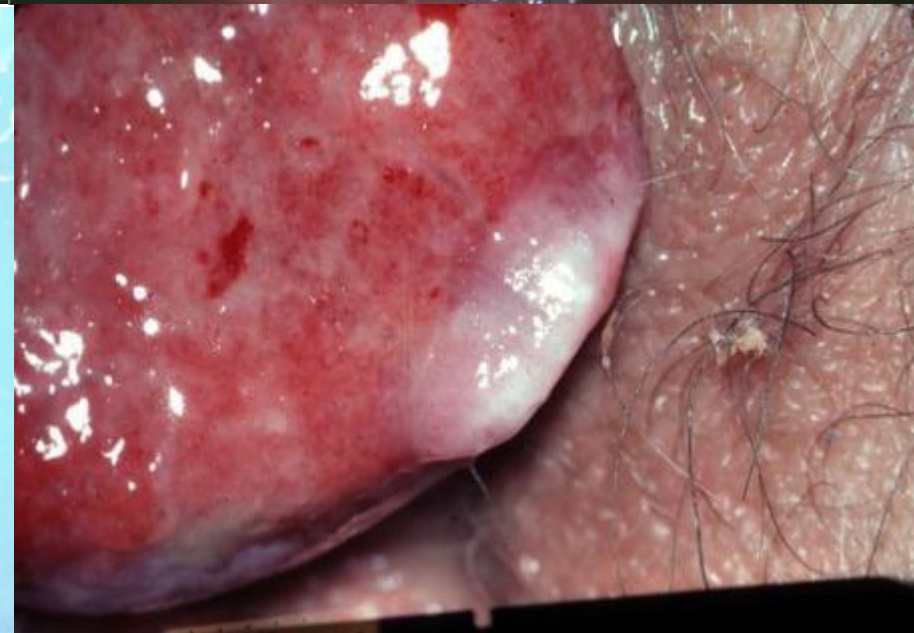




## 10/ Hình ảnh Khuy áo



- Khuy áo trên vùng đỏ
- Khuy áo = khe







AA : TAG2c, vùng trắng giới hạn ở cổ các nang tuyến

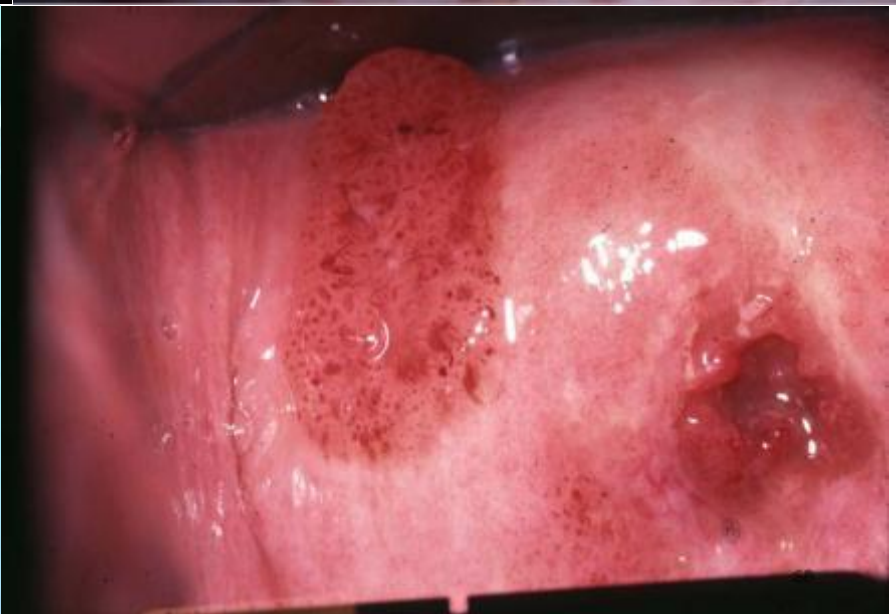


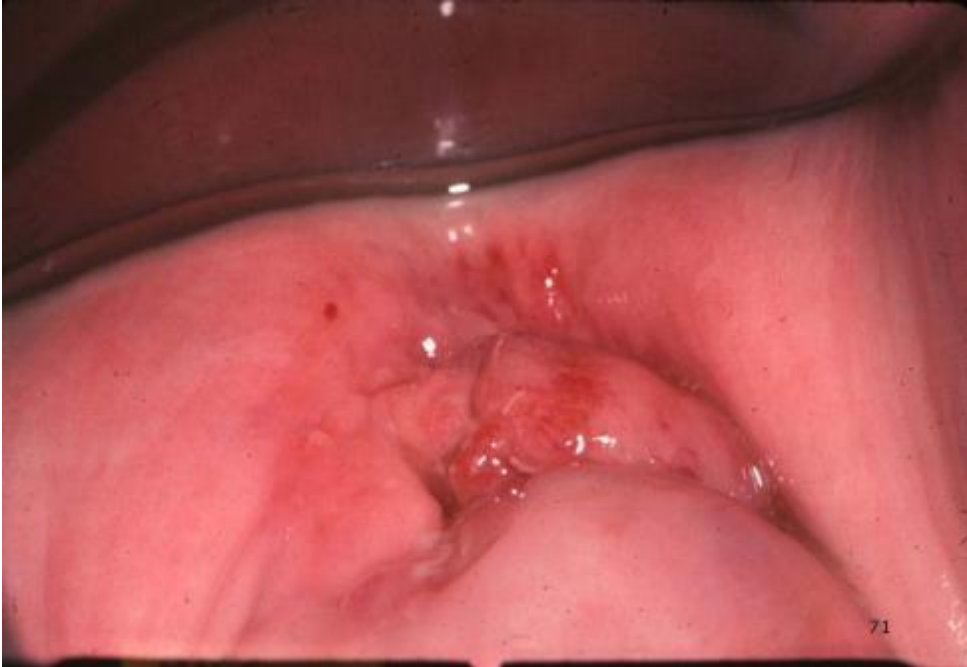
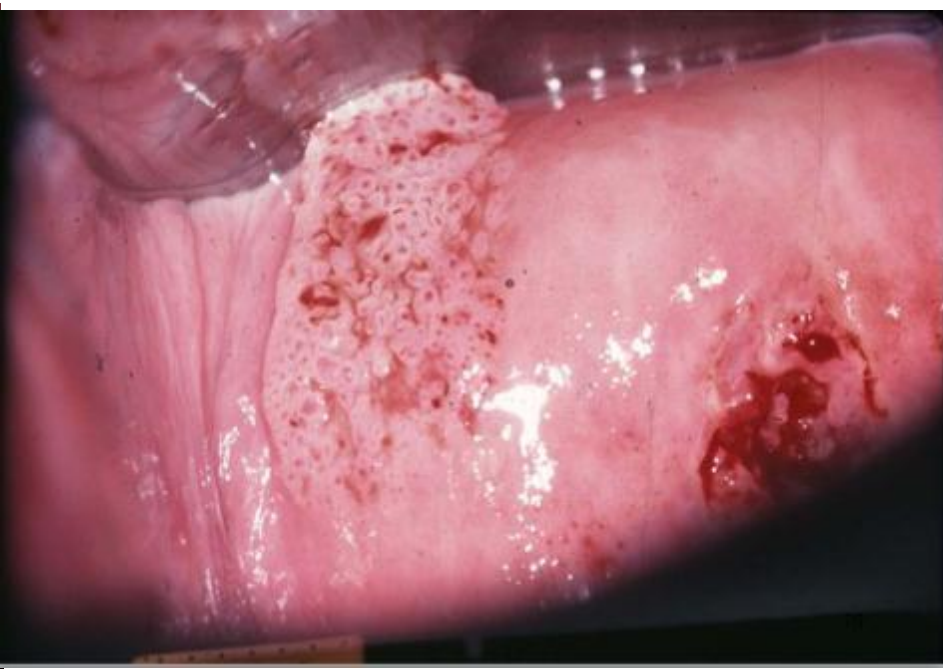
66

## 11/ CÁC DẠNG BẤT THƯỜNG CỦA LỖ NGOÀI CTC

- Hình điểm ở những phụ nữ chưa sinh
- Hình ovale ở phụ nữ sanh nhiều
  - . Chẩn đoán =: F polyédrique
  - . Chẩn đoán khác ≠: dạng lỗ CTC sau điều trị

67







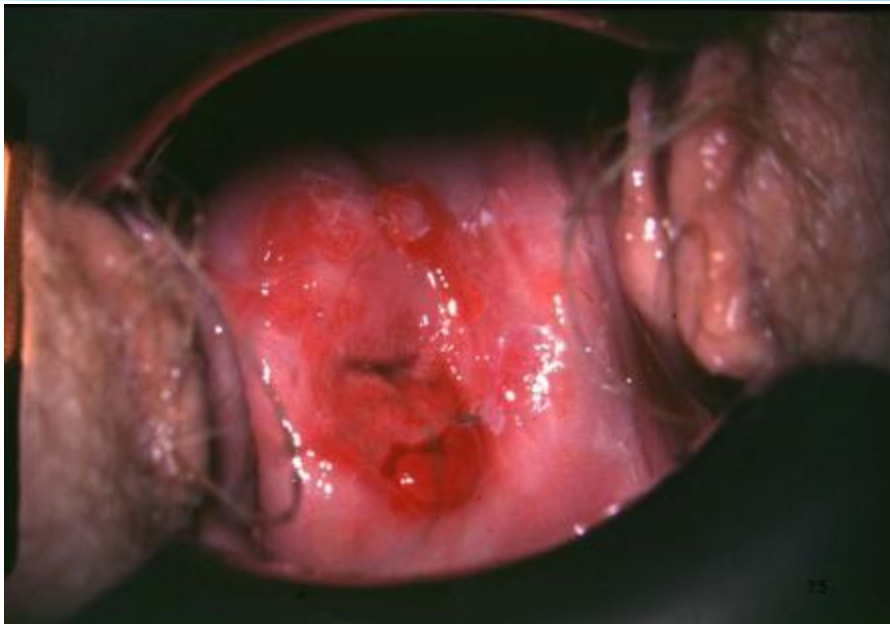
## 12/ GỜ VIỀN QUANH

- Chẩn đoán +: dải đỏ mỏng kín đáo nhỏ trên vùng nhuộm acid
- Chẩn đoán\*: vùng sẹo  
± phản ứng lên mô hạt

73



74

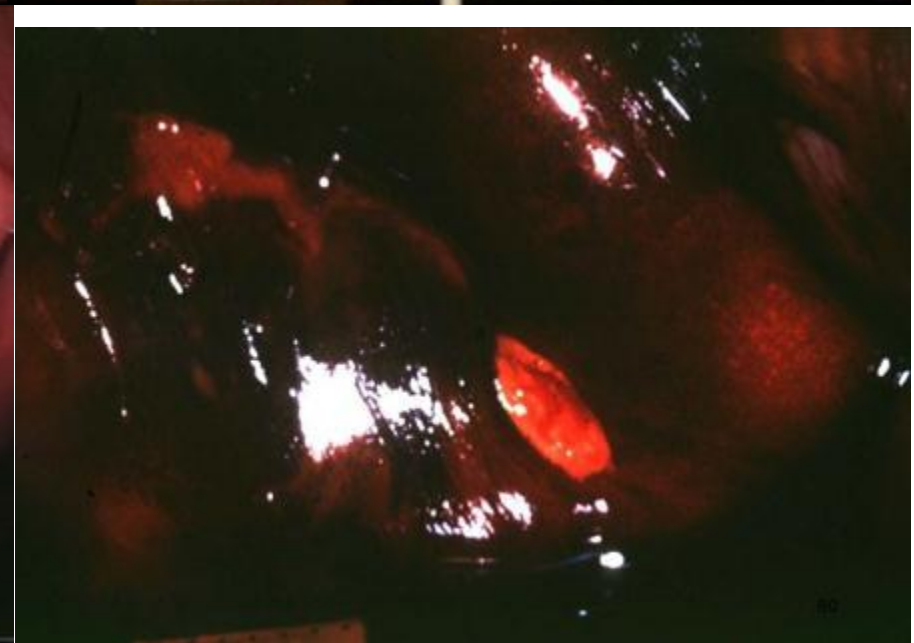
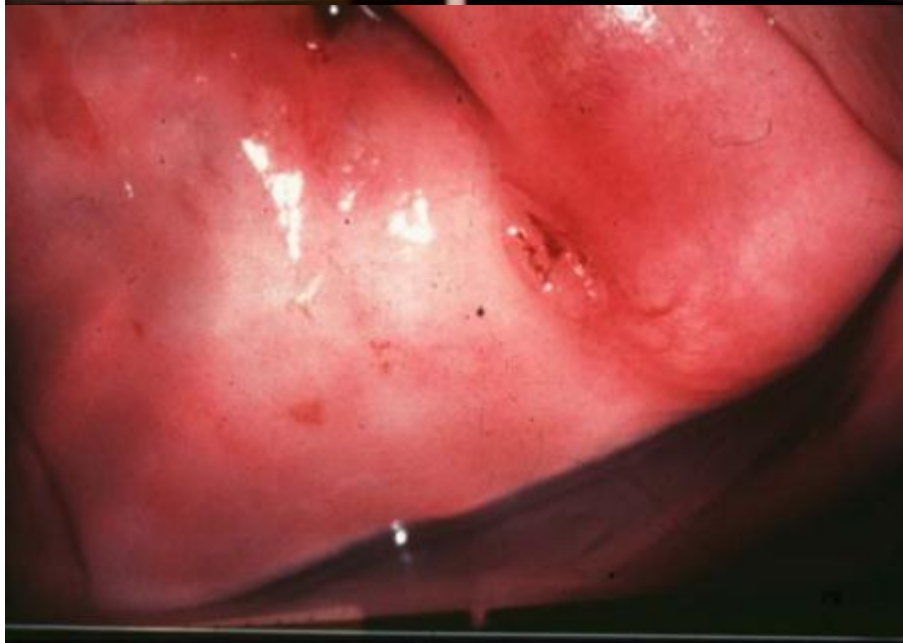


75

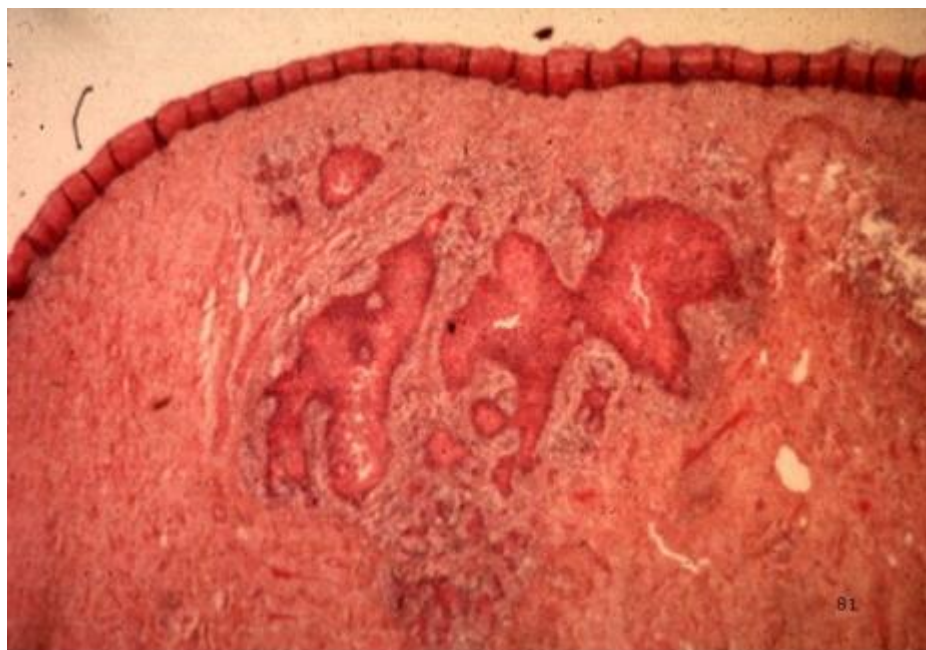
## 13/ HÌNH ẢNH SAU ĐIỀU TRỊ CIN

- tế bào dương tính sau điều trị CIN III  
nghĩ đến khả năng tái phát (0,2 à 0,9%)
- Tế bào âm tính không loại trừ chẩn đoán tái phát  
vì tỷ lệ âm tính giả cao  
hoặc hình ảnh soi CTC có thể được gợi ý

76







81

## KẾT LUẬN

### • Chẩn đoán xâm lấn ban đầu:

- phải phù hợp với bối cảnh
- dựa trên sự tương ứng giữa tế bào - soi - mô học
- thường cần khoét chớp đối với 1A, và trừ khi phải loại trừ 1B tiềm ẩn trên sinh thiết.

82

## KẾT LUẬN

- Phối hợp các dấu hiệu « tiền soi CTC» và soi CTC cho phép nghĩ đến ung thư
- Khó đánh giá tổn thương là vấn đề quan trọng khi điều trị phá hủy hoặc trong thai kỳ.

83