

Điều trị cắt bỏ

JC BOULANGER

Hồ-Chí-Minh-Ville Mars 2011



ĐIỀU TRỊ CẮT BỎ

- ✓ Hiệu quả
- ✓ Xác định chẩn đoán
 - ✓ 3-27% K vi xâm lấn
 - ✓ 1-5% K ẩn
- ✓ Xác định chất lượng điều trị
 - ✓ In sano, non in sano hay ở giới hạn

3

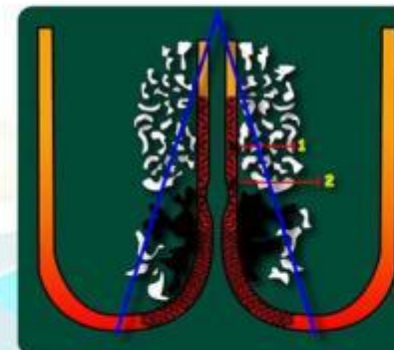
GIỚI THIỆU

Phát triển từ 50 năm

- Cắt tử cung tận gốc
- Cắt tử cung toàn phần
- Cắt cụt
- Khoét chóp
- 1980 : Khoét chóp bằng laser
- 1990 : ERAD

2

TRƯỚC KIA



4

HIỆN TẠI



Diện cắt của khoét chóp

5

Những thay đổi của khoét chóp

- Diện cắt
- Sự lan rộng
- Chọn lựa dụng cụ
 - Dao
 - Laser
 - Vòng nhiệt: ECAD

6



7

LỰA CHỌN THỜI ĐIỂM

- ✓ Không bao giờ là cấp cứu
- ✓ Chống chỉ định tương đối : nhiễm trùng, thai kỳ
- ✓ Nửa chu kỳ kinh đầu: xa kỳ hành kinh sắp tới

8

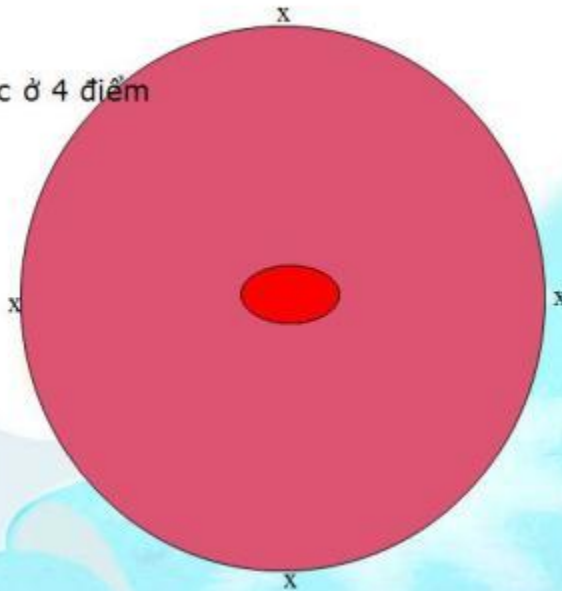


VÔ CẢM

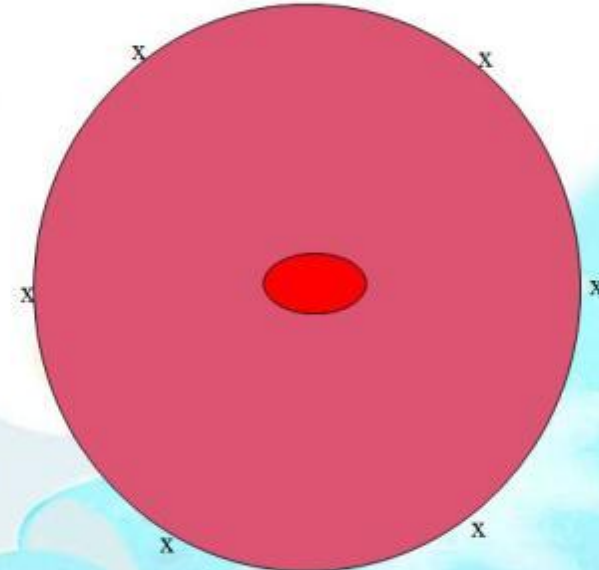
- o Khuynh hướng ↓ gây mê toàn thân và gây tê tủy
- o Ưu tiên gây tê tại chỗ :
 - o Xylocaine 1- 2 %
 - o Xylocaine adrénalinée ?
 - o Seringue insuline

10

Tiêm 0,5-1cc ở 4 điểm



Hoặc 6 ?





KỸ THUẬT

✓ Chuẩn bị:

- bồng quang trống
- tư thế phụ khoa
- sát khuẩn kỹ (không cạo lông)
- trải khăn phủ

✓ Định vị tổn thương :

- vai trò của PTV soi CTC
- giới hạn trên : acide acétique
- giới hạn ngoại vi : Lugol

14

KỸ THUẬT 1

- Dao lạnh:
- Bộc lộ CTC
- Kẹp và kéo bằng 2 Pozzi
- Cắt vuông góc bề mặt CTC
- Diện cắt song song với kênh CTC
- Sau đó diện cắt nghiêng để tách rời mẫu mô
- Cầm máu



Vidéo



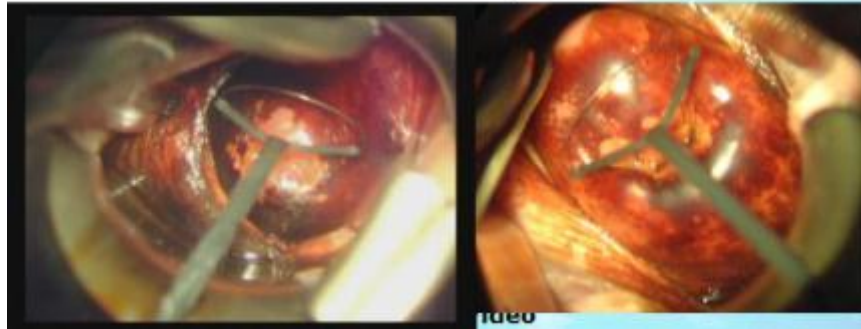
KỸ THUẬT 2

- Laser CO₂
- Dụng cụ cầm tay hay micromanipulateur
- Dùng móc kéo ra xa trung tâm mép CTC cần cắt
- Định của chóp được cắt rời bằng laser hay dao lạnh
- Cầm máu trong quá trình phẫu thuật bằng tia phân kỳ

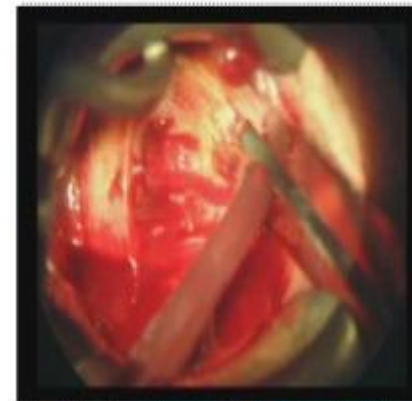


KỸ THUẬT 3

- Vòng nhiệt :
 - Lựa chọn vòng / kích thước bề mặt / lan rộng ở cổ trong
 - Đòi ra vùng trắng
 - Chính cường độ
 - Cắt :



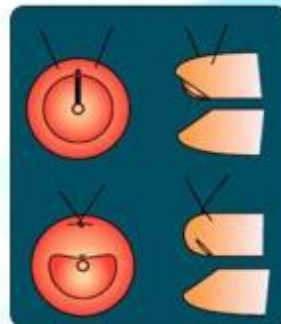
Cầm máu



- Đốt
- Surgicel
- Đốt đông
- May

MŨI STURMDORF

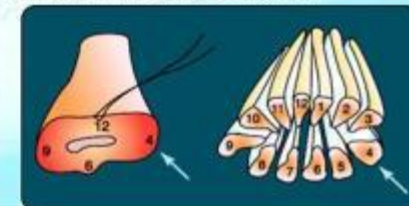
- Môi trên : mũi W
- Môi dưới : mũi M
- Đôi khi cần thêm mũi bên
- May cách xa kênh cổ trong CTC



19

GIẢI PHẪU BỆNH LÝ MẪU MÔ

- ✓ Định vị cẩn thận mẫu mô
- ✓ Không chia nhỏ mẫu mô
- ✓ Ghi rõ lâm sàng
- ✓ 12 đến 60-80 lát cắt cho một mẫu mô hình trụ :
 - ↑ số lượng KMI
 - ↑ số lượng non in sano



ĐIỀU TRỊ 935 HG + KMI

✓ Laser CO2	56	6%
✓ Khoét chóp	810	86.6%
✓ Cắt tử cung extraf.	47	5%
✓ Wertheim	22	2.3%

Kinh nghiệm cá nhân

21

KẾT QUẢ = THẤT BẠI

Nghiên cứu của chúng tôi 768 khoét chóp
 - 1,7 % tổn thương tồn dư grade cao
 - 0,7 % tổn thương tồn dư grade thấp

		Tồn dư tổn thương grade cao
Khoét chóp	in sano	0,9 %
Khoét chóp non in sano		28,4 %

22

LOẠN SẢN TÁI PHÁT

	N	Récidive in sano (%)	Récidive non in sano (%)
Murdoch (1992)	721	1,7	10,1
Lopes (1993)	313	0	8,4
Andersen (1994)	473	2,3	8,7
Mergui (1994)	185	5,8	57,1
Gardeil (1997)	225	1,9	16,5
Flannely (1997)	603	6	14
Notre série (2002)	768	3,5	10,1 (9,4) ²³

KHÔNG TÁI PHÁT SAU KHOẾT CHÓP NON IN SANO TRONG 75 % TRƯỜNG HỢP

- ✗ Phá hủy tổn thương tồn dư bằng cách làm hoại tử bằng vòng nhiệt, laser hoặc đốt điện
- ✗ Làm lành sẹo tổn thương tồn dư bằng cách làm toan hóa âm đạo
- ✗ Không bao giờ lấy tổn thương ngay trừ trường hợp KMI và AIS

24

Không lấy tổn thương ngay đối với C NIS

- Ngoại trừ trong 2 trường hợp
 - AIS
 - KMI
- Trong những trường hợp khác, chỉ lấy khi có bằng chứng mô học chứng minh thất bại điều trị hoặc tái phát

BIẾN CHỨNG GẦN

- ✓ Nhiễm trùng
- ✓ Xuất huyết
- ✓ Biến chứng nghiêm trọng
 - ✓ Tổn thương bàng quang
 - ✓ Tổn thương khoang phúc mạc

26

ẢNH HƯỞNG TRÊN MẪU MÔ LẤY

- ✓ Nhẹ = Baggish, Wright < 500 μ
- ✓ Nặng
 - ✓ ERAD : Krebs, Montz (48 et 38%)
 - ✓ Laser : Krebs, Fowler (44 et 50%)

Tầm quan trọng của dụng cụ

27

HỆP SAU PHẪU THUẬT

- ✓ Cổ điển = Bistouri > ERAD > Laser
- ✓ Thực tế = hẹp không phụ thuộc vào dụng cụ



= phụ thuộc vào chiều cao
của hình nón CTC

28

BIẾN CHỨNG SẢN KHOA

- Thai kỳ
 - Vô sinh do CTC
 - Sẩy thai sớm
 - Sẩy thai muộn
 - Sanh non
 - Ối vỡ sớm
 - Mổ lấy thai do sanh khó do CTC
- Tất cả phụ thuộc vào chiều cao hình nón CTC

29

BIẾN CHỨNG SẢN KHOA

M.Kyrgiou Lancet 2006;367:489-98

	<u>Sanh non</u>	<u>Sanh nhẹ cân</u>	MLT	OVS
Dao	2.59 (1.8-3.7)	2.53 (1.19-5.36)	3.17 (1.07-9.4)	
LEEP	1.70 (1.24-2.35)	1.82 (1.09-3.06)		2.69 (1.62-4.46)
Laser	1.71 (0.93-3.14)			

30

CHỈ ĐỊNH

- CIN2-3
- CIN1 vùng chuyển tiếp không quan sát được
- K vi xâm lấn thậm chí đã được xác định bằng sinh thiết, thậm chí ưu tiên chỉ cần nghi ngờ
- Phết tế bào HG lặp lại nhiều lần kèm soi CTC không thể kết luận

CẮT TỬ CUNG VÌ CIN2-3

Ưu điểm

- Dễ dàng theo dõi về sau
- Điều trị tương đối đủ cho phần lớn KMI
- Điều trị bệnh lý kết hợp

32

CẮT TỬ CUNG VÌ CIN2-3

- Bất lợi
 - Chỉ định quá tay trong phần lớn các trường hợp
 - Chỉ định chưa đủ trong trường hợp K xâm lấn
 - Không ngăn được tái phát âm đạo > 1% trong tất cả nghiên cứu (**VAIN3** và **K xâm lấn**)

33

TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT 1 = THAI KỲ

- Nguy cơ chảy máu (12,4 % > 500 cc Hannighan)
- Nguy cơ sẩy thai (19 % nếu sau tam cá nguyệt 1)
- chỉ thực hiện trong trường hợp nghi ngờ ung thư
 - Nếu phù hợp : chờ
 - Không phù hợp CCH : khoét chóp

34

TRƯỜNG HỢP 2 : MÃN KINH

- ✧ *Vùng chuyển tiếp không nhìn thấy thường gặp : khoét chóp cao $\geq 2,5$ cm*
- ✧ *SIL2 : thường gặp KMI hoặc I*
- ✧ *Phết TB SIL1 : thường gặp những thay đổi liên quan đến teo*

35

KẾT LUẬN

- ✓ Những thay đổi đáng kể của khoét chóp
- ✓ Điều trị ngoại trú
- ✓ Gây tê tại chỗ
- ✓ Bệnh suất không đáng kể
- ✓ Hiệu quả

36