

THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG CTC

Pr J.L.LEROY LILLE



Hồ-Chi-Minh-Ville
Mars 2011

THEO DÕI LÀ TỐI CẦN THIẾT VÌ

- Chẩn đoán ban đầu có thể sai : tổn thương được đánh giá thấp
- Điều trị có thể chưa hoàn tất
- Có thể có di chứng
- Có thể có tái nhiễm virút và/hoặc tái phát
- Tất cả bệnh nhân, kể cả những bệnh nhân đã được chữa khỏi sau CIN đều có nguy cơ ung thư xâm lấn về sau cao hơn dân số chung.
Tỷ số nguy cơ: **> 5**

2

THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ

XÂM LẤN KHÔNG ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ : không chẩn đoán được xâm lấn hoặc vi xâm lấn trước điều trị .

- Nếu cắt bỏ: khoảng 10% khoét chóp .
- Nếu LASER : không bằng chứng mô học làm chậm trễ chẩn đoán, mất cơ hội điều trị

TỔN THƯƠNG TỒN DƯ :

- Tồn tại phết tế bào dương tính ngay những lần kiểm tra đầu tiên
- Phải điều trị
- Có thể có tổn thương âm đạo chưa được phát hiện

TÁI PHÁT THẬT SỰ :

- Xuất hiện lại tổn thương CTC hoặc âm đạo
- Phết tế bào dương tính sau hai lần kiểm tra tế bào âm tính

3

THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ

BỎ SÓT XÂM LẤN

- **Chẩn đoán khoét chóp**
- **Khoét chóp tất cả các trường hợp grade cao : phát hiện xâm lấn (# 1%) hoặc vi xâm lấn trong 10% các trường hợp**
- **Vấn đề trầm trọng nếu điều trị bằng LASER hoặc các điều trị phá hủy khác**

4

KINH NGHIỆM CÁ NHÂN : 1980 – 2004

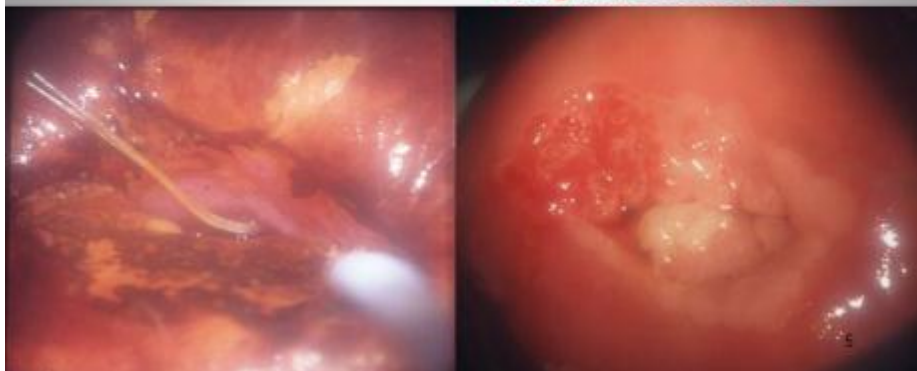
964 điều trị bằng LASER vì CIN

1 đợt : 791

nhiều đợt : 173

Tất cả bệnh nhân đều được kiểm tra sau 3 tháng

2 ung thư xâm lấn 1 B



TỒN THƯƠNG TỒN DƯ

Lần kiểm tra đầu tiên (thậm chí lần thứ hai) sau điều trị :

tồn tại phết tế bào (+) và soi CTC gợi ý +/-

Xét nghiệm HPV (+)

phải làm sinh thiết

TÁI PHÁT THẬT SỰ

Tế bào học, virút, mô học dương tính lại sau 2 lần kiểm tra tế bào âm tính

Ở âm đạo : VAIN sau cắt tử cung

tầm soát tế bào học hoặc Lugol

Phải điều trị

thường điều trị cắt bỏ

đặc biệt khi điều trị trước đó là điều trị phá hủy

THƯỜNG LẤN LỘN HAI TRƯỜNG HỢP TRÊN

7

Theo dõi tế bào học ở bệnh nhân ung thư xâm lấn CTC

	Mubiayi CHU LILLE 2002	Boulanger CHU AMIENS 2005	SFCPCV 2006
<u>Thời gian nghiên cứu</u>	1996-99	1988-98	2006
0 F	36.8	34,9	23.93
F > 3 năm	34.5	36,5	41.48
FNI < 3 năm	17.5	23,8	26.06
F+ <u>không quay lại</u>	8	4,8	3.45
<u>K sau điều trị</u>	3	0	5.05
N trường hợp	148	63	524

8FCPCV 2001/2007

TẦN SUẤT TÁI PHÁT VÀ TỒN TẠI

<u>Tác giả</u>	N	<u>Tái phát (%)</u>
Nagai 2000	56	5 (8,92%)
Jain 2001	79	31 (40,5%)
Lin 2001	75	27 (36%)
Nobbenhuis 2001	184	29 (15,8%)
Bekkers 2003	90	43 (48%)
Bodner 2002	37	3 (8.1%)
Bar-Am 2003	67	11 (16,4%)
Houfflin 2003	205	27 (13.2%)
Zielinski 2003	108	6 (6.48%)
Sarian 2005	94	8 (8.64%)
Hernadi 2005	61	5 (8.19%)
Alonso 2006	203	36 (18%)
Kreimer 2006	610	43 (7%)
Verguts 2006	72	6 (8%)
	1941	280 (14.4%)

8

NHỮNG YẾU TỐ CẦN THEO DÕI :

Phương tiện theo dõi CTC sau điều trị không khác với phương tiện dùng để chẩn đoán ban đầu

- Tế bào học để tầm soát
- Soi CTC để đánh dấu tổn thương
- Sinh thiết vùng nghi ngờ
- Virút : test HPV

Nghiên cứu gen ung thư của papillomavirus đang trong quá trình nghiên cứu.

Giá trị tiên đoán âm đã được xác định.

Nghi ngờ giá trị tiên đoán dương kém, vốn là nguyên nhân lo lắng cho BN và dẫn tới điều trị quá tay

9

LÀN KIỂM TRA ĐẦU TIÊN :

Khi đã điều trị phá hủy hay cắt bỏ, cần phải chờ đợi thời gian lành sẹo để thực hiện bilan CTC ít nhất 2 thậm chí 3 tháng sau

nếu không, không thể đọc được soi CTC và tế bào học

an ủi bệnh nhân

Chúng ta sẽ thực hiện :

tế bào học

soi CTC

virút : HPV (đang đánh giá)

sinh thiết nếu cần

10



Soi CTC 2 tuần sau ECAD

TÌNH TRẠNG BỜ phẫu thuật VÀ TỔN THƯƠNG còn sót lại

Đến bờ phẫu thuật:

- ở cổ ngoài
tổn thương còn sót lại ở mức độ thấp.
- ở cổ trong
 - Phá hủy bằng điện bỏ sung
 - Không nên vội vàng điều trị ngay
 - Chờ kiểm tra vào tháng thứ 3
 - Trong 60% trường hợp không có tổn thương tồn dư

12

KHOÉT CHỚP ĐEN BỜ PHẪU THUẬT VÀ CÒN SỐT TỒN THƯƠNG

BURGHARDT 1980

185 cắt TC : 77 tổn thương

70 CIN , 2 K xâm lấn vi thể, 5 K xâm lấn

DARGENT : 1986

16.9% còn tổn thương sau khoét chóp (N = 59)

BAGGISH : 1989 44 / 69 bệnh nhân ổn 3 đến 7 năm sau khoét chóp đến bờ phẫu thuật.

13

Giá trị tiên đoán chất lượng của bờ PT để tầm soát thất bại

Tác giả	số lượng	độ nhạy (%)
Chua 1997	48	50
Jain 2001	79	97
Lin 2001	75	85
Paraskevaidis 2001	123	39
Houfflin 2003	205	74
Verguts 2006	72	33
Riethmuller 2007	386	67 ¹⁴

Giá trị tiên đoán tế bào học để tầm soát thất bại

Tác giả	số lượng	% Thất bại	độ nhạy (%)	độ đặc hiệu (%)	GTTĐĐ (%)	GTTĐẢ (%)
Nagai 2000	56	8,92	80	100	100	98
Jain 2001	79	40,50	84	63	81	67
Nobbenhuis 2001	342	15,8	62	91	56	93
Paraskevaidis 2001	123		49	87	39	91
Bar-Am 2003	67	16,4	89	71	32	98
Zielinski 2003	108	6	83	87	28	99
Kreimer 2006	610	7	78	69		97
Verguts 2006	72	8	66	90		96
Riethmuller 2007	386	4,6	72	95		98 ¹⁵

SOI CTC SAU ĐIỀU TRỊ

- Chờ tháng thứ 3
- Khó phân biệt giữa chuyển sản mô sẹo và thất bại điều trị
- Có thể có di chứng về hình thái: hẹp, dính (điều trị ngay)
- Tế bào học và virút học không phải phương tiện để tầm soát
- Soi CTC định hướng sinh thiết
- Mô học xác định thất bại điều trị

16



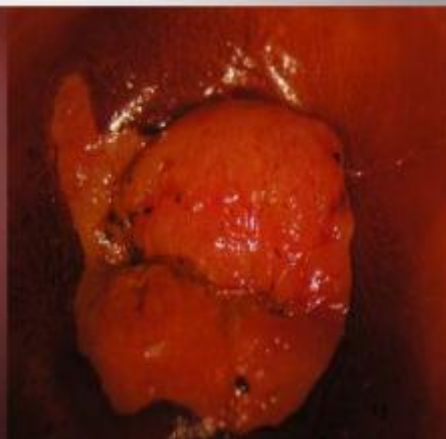
Chuyển sản mô sẹo sau ECAD



Tổn thương tồn dư grade cao



Tháng 1 07 : lần kiểm tra đầu tiên sau khoét chóp lần 2 in sano





TEST HPV sau ĐIỀU TRỊ CIN

kinh nghiệm bản thân

- KÉM HIỆU QUẢ HƠN LASER
 - Tổn thương tồn dư : 25.7% vs 13.2%
 - Tái phát thật sự : 10.4% vs 1.9%
- HẾT NHIỄM HPV
 - Khoét chóp điện: 65,4 %
 - LASER : 51,8%

23

HPV (+) sau khoét chóp

Tác giả	N	(+) (%)
Nagai 2000	56	11 (20%)
Kjellberg 2000	108	3 (3%)
Jain 2001	79	46 (56%)
Lin 2001	75	52 (70%)
Nobbenhuis 2001	184	48 (26%)
Bekkers 2003	90	43 (48%)
Bodner 2002	37	10 (27%)
Elfgren 2002	109	14 (13%)
Bar-Am 2003	67	27 (40%)
Houfflin 2003	205	71 (35%)
Zielinski 2003	108	30 (21%)
Sarian 2005	94	21 (22%)
Hernadi 2005	61	18 (30%)
Cartet 2006	178	27 (30%)
Kreimer 2006	610	225 (37%)
Verguts 2006	72	21 (29%)
Tổng cộng	2275	675 (30%)

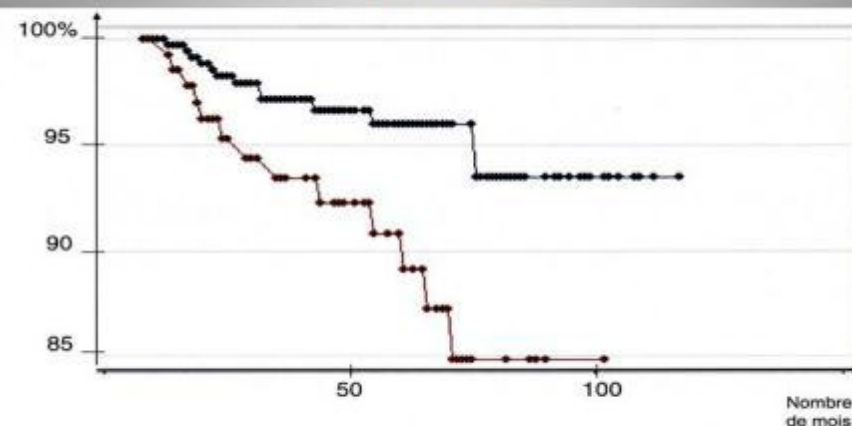
24

Meta-analyse theo dõi sau điều trị
Marc Arbyn & coll. Gynécol. Oncol 2005

HPV versus FCV
Sens. 1.27 [1.06-1.51] Spe 0.94 [0.87-1.01]



253 bệnh nhân sau ECAD : cyto , colpo bình thường
LILLE 2008



Courbes de survie sans récurrence: — HPV 3 mois négatif
— HPV 3 mois positif

26

TẦM QUAN TRỌNG CỦA VIỆC THEO DÕI

anais 2002



Vai trò của test HPV ?

27

THEO DÕI

- Sau điều trị tất cả những tổn thương CTC tiền xâm lấn, cần phải theo dõi về TB học, soi CTC, virus học và sinh thiết nếu cần.
- Lịch theo dõi: 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau mỗi năm .
- HPV (-) cho phép cách quãng kiểm tra .
- HPV (+) không đồng nghĩa với tái phát không thể tránh được.
- Phải tiên đoán trước thất bại điều trị khi điều trị kém đáp ứng. Thường thất bại điều trị do chẩn đoán không đủ lúc khởi đầu.
- Điều lo ngại chính là không được bỏ sót tổn thương xâm lấn cũng như tái phát đôi khi có thể muộn.
- Bằng chứng mô học là cơ bản để xác định thất bại chẩn đoán.

28

Consensus Guidelines for the management of Woman
with cervical intra epithelial neoplasia
Am J Obstet Gynecol 2003; 189:295-304

- Test HPV : Có lợi nhiều khi soi CTC không đạt
- « **Quyết định khoét chóp lại hay cắt tử cung chỉ dựa trên kết quả test HPV mà không tương hợp với kết quả tế bào học và soi CTC là không thể chấp nhận được. »**

29

Merci de votre attention



30