

## SARCOMA CƠ VÂN CỦA TUYẾN TIỀN LIỆT (TTL) HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ

### Rhabdomyosarcoma of the prostate: MR findings

Võ Tấn Đức\*

#### SUMMARY

*Prostatic rhabdomyosarcoma is a rare tumor, especially in the elderly, and has extremely poor prognosis. We report a case of rhabdomyosarcoma of the prostate on a 64 year-old patient who was admitted to hospital, complaining of dysuria, and pain in anus region. Rectal digital examination found a large mass compressing the rectum, which was suspected tumor of the prostate. Ultrasound: Prostate was enlarged and heterogenous. Perineal biopsy revealed rhabdomyosarcoma. MR examination demonstrated the tumor arises from peripheral gland zone of the right lobe, developing outward, encasing the left lobe, seminal vesicles, compressing the rectum. The tumor was lobulated, seperated by fibrous septa, heterogenous hyperintensity on T2W, with many hemorrhage foci due to recent biopsy. The tumor enhanced heterogenously after contrast administration.*

**Key words:** MRI, prostate, sarcoma.

\*Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh  
Đại học Y Dược TPHCM  
Khoa CDHA BV ĐHYD  
TPHCM

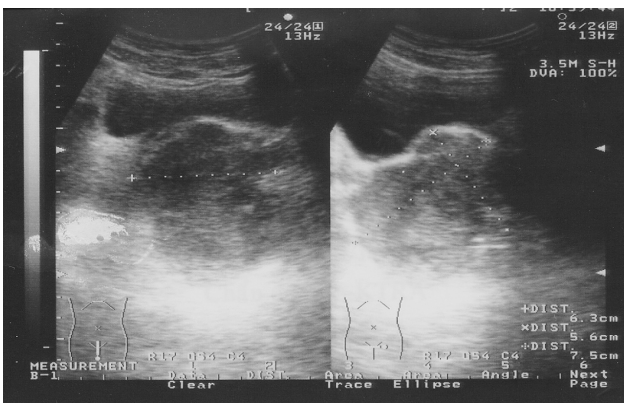
**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sarcoma tuyến tiền liệt (TTL) là bệnh ác tính rất hiếm gặp, thường xảy ra ở trẻ em và ở độ tuổi thiếu niên. Tiên lượng bệnh rất xấu do xâm lấn và di căn sớm. Rất hiếm các báo cáo ghi nhận bệnh này ở người trưởng thành và người lớn tuổi. Vì vậy, hình ảnh học của sarcoma cơ vân TTL ở người trưởng thành nhất là người già chưa được mô tả nhiều trên y văn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp ở bệnh nhân (BN) lớn tuổi, được phát hiện bằng cộng hưởng từ và xác định chẩn đoán trên mô học.

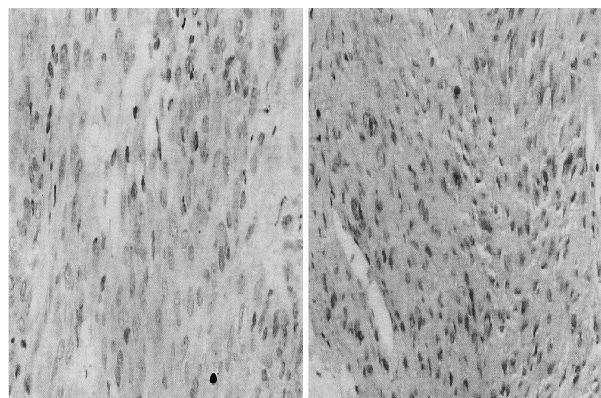
**II. BỆNH ÁN**

BN nam, 64 tuổi, vào viện vì tiểu khó, đại tiện khó từ khoảng 1 năm, không bí tiểu. Cách 6 tháng trước đã được mổ nội soi cắt 2 nang đơn thuần to 8cm ở thận trái với chỉ định đau lưng trái. Lúc này BN đã được phát hiện có TTL to, PSA 0,2 ng/ml nhưng triệu chứng tiểu khó không nổi bật. Khoảng 1 tháng trước nhập viện, BN tiểu đêm nhiều lần, 3-4 lần/đêm, đại tiện phân nhỏ,

đet và có cảm giác tức nặng vùng hậu môn. Thể trạng trung bình, sinh hiệu bình thường, không sốt. Thăm trực tràng thấy TTL to 8 x 8cm, nhô cao vào lòng trực tràng gây hẹp, mật độ cứng, bề mặt không đều dạng nhiều thùy, mất rãnh giữa, niêm mạc trực tràng phần u nhô vào còn nhẵn. PSA: 0,3 ng/ml. Siêu âm: TTL to: 55 x 75 x 85mm, phần âm kém, không đồng nhất, dạng đĩa nhân rải rác ở cả thùy phải, trái, mỏm và đáy, bờ đĩa cung, phát triển chủ yếu về phía sau và nhô nhẹ vào lòng bàng quang, có vôi hóa rải rác bên trong mô u (hình 1). Kết quả sinh thiết qua ngả đáy chậu dưới hướng dẫn siêu âm lấy 6 mẫu ghi nhận 4 mẫu ở thùy phải, trái, mỏm và đáy đều có tế bào có nhân to, dẹp hoặc tròn, tăng sắc; có nhân không đồng đều, có nhiều bào tương. Các tế bào này xếp thành bó hoặc đám nhỏ, không tạo tuyến, xâm nhập mô đệm (hình 2). Nhuộm hóa mô miễn dịch tế bào u: Vimentin (+), CK (-), EMA (-), LCA (-), NSE (-). Kết luận: Sarcoma kém biệt hóa dạng sarcoma cơ vân của TTL. BN được khảo sát cộng hưởng từ trên hệ thống toàn thân 1,5 Tesla,



HÌNH 1



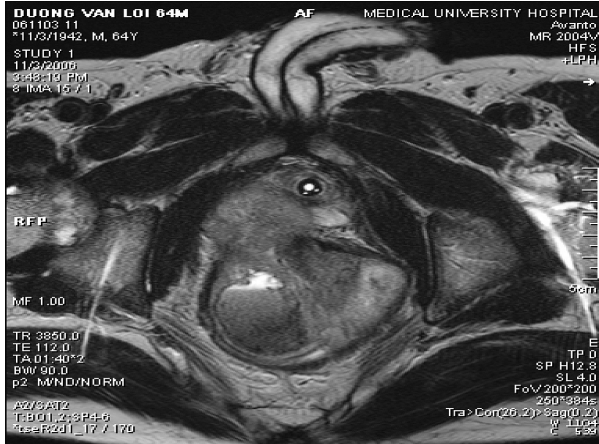
HÌNH 2



HÌNH 3



HÌNH 4



HÌNH 5



HÌNH 6

(MAGNETOM AVANTO; Siemens Medical Solution, Germany). Đặc trưng tính chất khối u TTL, chúng tôi sử dụng các chuỗi xung sau đây: turbo spin-echo T2 weighted axial (TE:112/TR: 3850ms), tse T2W sagittal (111/3740ms), tse T2W coronal (111/3740ms), fat-suppressed T2W axial (112/4160ms), gradient-echo T1W axial (241/4,2ms); fat suppressed T1W axial (10/539ms) và sagittal (10/494ms) trước và sau tiêm gadolinium contrast (Dotarem, Guerbet, France) liều 0,1 mmol/kg cân nặng. Khối u dạng nhiều thùy, có kích thước 7,5 cm (cao) x 9cm (ngang) x 8,5cm (trước-sau), xuất phát từ phần tuyến ngoại vi của thùy phải (hình 3), phát triển rất to ra phía sau, lên trên và sang trái, bao bọc túi tinh (hình 4) và phần tuyến ngoại vi thùy trái (hình 3), đè ép vào lòng trực tràng. Giới hạn giữa phần này với phần tuyến trung tâm còn rõ thấy bởi bao xơ phẫu thuật. Tổn thương có tín hiệu cao nhẹ khá đồng nhất trên T1Ws, cao vừa phải không đồng nhất trên T2Ws, với những ổ cao mạnh rải rác ở trung tâm, có ổ có mức dịch - dịch trên cả T1Ws và T2Ws, có và không có xóa mỡ, phù hợp với những vùng xuất huyết do sinh thiết trước đó. Khối u có dạng nhiều thùy ngăn cách nhau bởi các vách xơ có tín hiệu thấp. Sau chích gadolinium, tổn thương bắt thuốc mạnh khá đồng nhất trên các thì so với mô tuyến lành ở thùy trái, với những mảng tín hiệu cao hơn bên trong mô u (hình 6). Bao xơ tuyến bị xâm lấn ở ¼ trên - phải vào mô mỡ bao quanh (hình 5), quan sát rõ trên hình T2W và T1W FS sau chích gadolinium. Vài hạch nhỏ (>3 hạch) có trực ngăn 6 - 10mm trong mô mỡ quanh tuyến. Không có dấu hiệu xâm lấn vào túi tinh, trực tràng hay bàng quang.

Với hình ảnh như trên, chẩn đoán được nghĩ đến là sarcoma cơ vân ở thùy phải có xuất huyết trong u. Xếp giai đoạn T3a, N2. Chẩn đoán này được xác định bằng kết quả mô học sau đó. BN từ chối phẫu thuật cắt bỏ TTL tận gốc.

### III. BÀN LUẬN

Sarcoma TTL nguyên phát rất hiếm gặp, chiếm dưới 0,1% các u ác tính TTL ở người trưởng thành. Trong đó, hai loại thường được đề cập đến trên y văn là sarcoma cơ trơn (leiomyosarcoma) thường xảy ra ở người trưởng thành, gặp ở khoảng 25% tổng số sarcoma TTL và sarcoma cơ vân (rhabdomyosarcoma) thường gặp hơn ở trẻ em. Theo Hội đồng về các Khối U TTL (Pháp)<sup>15</sup>, các loại sarcoma TTL có phân bố lưỡng cực, sarcoma cơ vân gặp nhiều ở trẻ em và người trẻ tuổi, còn sarcoma cơ trơn thường gặp ở người trên 60 tuổi. Sarcoma cơ vân TTL cực kì hiếm gặp, đa số thuộc tiểu loại phôi thai (embryonal)<sup>1,5,7-10,13,14</sup>, các tiểu loại synovial<sup>2</sup>, botryoid<sup>11</sup>...ít gặp hơn. Các báo cáo trên y văn về sarcoma cơ vân hầu hết là trường hợp đơn lẻ và nhiều hơn ở trẻ em. Sarcoma cơ vân cũng như các sarcoma khác của TTL có biểu hiện lâm sàng với các triệu chứng tiểu khó, đại tiện khó, cảm giác tức nặng vùng hậu môn. Khối u thường có kích thước rất to, dạng nhiều thùy, phát triển nhanh và xâm lấn vào khoang quanh niệu đạo, quanh bàng quang và quanh trực tràng gây tắc nghẽn các lối ra, giải thích cho các triệu chứng trên. U xâm lấn bàng quang sẽ làm khó phân biệt nguồn gốc của u từ bàng quang hay TTL. U thường di căn sớm vào các hạch vùng chậu, các hạch



di căn có thể rất to, chèn ép niệu quản gây suy thận. Di căn xa thường xảy ra ở phổi, gan và xương; di căn xương thường ở dạng hủy xương<sup>1,8</sup>.

Sarcoma cơ vân loại phôi thai có nguồn gốc từ các tế bào trung mô không biệt hóa bao quanh các ống trung thận trong quá trình tạo phôi. Các tế bào này cấu thành bàng quang và TTL và có thể biệt hóa thành nguyên bào cơ vân trong đời sống sau này. Khác với adenocarcinoma, sarcoma TTL đều có nồng độ prostatic specific antigen (PSA) huyết thanh không cao. Trường hợp của chúng tôi cả hai lần thử PSA cách nhau 6 tháng đều rất thấp (0,2 và 0,3 ng/ml). Khảo sát MR trước đây, người ta thường phải sử dụng loại endocoil đặt vào lòng trực tràng để khảo sát mới có được hình ảnh TTL với độ phân giải cao. Các thế hệ máy gần đây như MAGNETOM Avanto hay Sonata 1,5T không cần dùng endocoil vẫn có được hình ảnh phân giải cao của TTL và các cơ quan khác ở vùng chậu. Hình ảnh khối u dễ dàng nhận định trên các xung T2W sagittal và axial, giống như các loại ung thư TTL khác, sarcoma cơ vân cũng có tín hiệu cao không đồng nhất<sup>4,6</sup>. Ở BN của chúng tôi, khối u ngoài tín hiệu cao không đồng nhất, còn có đặc tính đáng ghi nhận khác: (1) kích thước rất to, (2) dạng nhiều thùy phân cách nhau bởi các vách xơ và (3) phát triển mạnh nhô ra bên ngoài tuyến về phía sau và theo chiều ngang (bao quanh thùy trái và túi tinh) nhưng không xâm lấn, phá vỡ bao xơ tuyến. Trên T1W, thường các tổn thương dạng đặc ở TTL đều có tín hiệu thấp khá đồng nhất, khó phân định mặt phân cách giữa các cấu trúc giải

phẫu của tuyến và u. Ở BN chúng tôi, trên T1W khối u có tín hiệu cao nhẹ khá đồng nhất so với thùy trái không có tổn thương. Điều này có thể giải thích do hiện tượng tẩm nhuộm vào mô u các sản phẩm methemoglobin do xuất huyết sau sinh thiết trước đó 4 ngày, với những ổ khu trú chứa cục máu có tín hiệu cao mạnh hơn. Carlo Bartolozzi<sup>1</sup> báo cáo 3 trường hợp sarcoma TTL gồm 2 sarcoma cơ trơn và 1 trường hợp sarcoma cơ vân cũng ghi nhận những đặc tính của u tương tự (kích thước rất to, nhiều thùy, tín hiệu cao không đồng nhất trên T2W, PSA trong khoảng bình thường...). Ngoài ra, tác giả cũng ghi nhận trên các xung T2W axial và sagittal quan sát được cả 3 trường hợp, u đều có xuất phát từ phần tuyến trung tâm, chèn ép làm hẹp vùng tuyến ngoại biên, nơi thường hay xảy ra carcinoma tuyến. Khảo sát ở BN của chúng tôi, trên các xung T2W cũng như T1W FS sau chích gadolinium, xác định khá dễ dàng tổn thương phát xuất từ vùng tuyến ngoại biên, nơi ít khi xảy ra sarcoma.

#### IV. TÓM LẠI

Sarcoma cơ vân (Rhabdomyosarcoma) ở TTL rất hiếm gặp. Đứng trước một BN có những triệu chứng khó tiểu tiện, đại tiện, tức nặng vùng chậu; khám thấy TTL rất to, PSA trong giới hạn bình thường; hình ảnh học MR cho thấy khối rất to chèn ép trực tràng, nhiều thùy, tín hiệu cao không đồng nhất trên T2W và bắt gadolinium mạnh cần nghĩ đến bệnh lý này và sinh thiết TTL qua ngã trực tràng cần thực hiện để xác định chẩn đoán.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carlo Bartolozzi, Cesare Selli, Maristella Olmastroni, Ilario Menchi, Giulio Di Candio. Rhabdomyosarcoma of the prostate: MR Findings. *AJR*, 1988; 150: 1333-1334
2. Cheng YC, Wang JH, Shen Sh, Chang YH, Chen CH, Pan CC, Ko SC, Chang CY. MRI findings of prostatic synovial sarcoma. *The British Journal of Radiology*, 2007; 80: e15-e18
3. David L Buckley, Caleb Roberts, Geoff JM Parker, John P Logue, Charles E Hutchinson. Prostate cancer: Evaluation of Vascular characteristics with

- dynamic contrast-enhanced T1-weighted MR Imaging-Initial Experience. *Radiology* 2004; 233: 709-715
4. Diengo R Martin, Michele A Brown, Richard C Semelka. Male pelvis. *Primer on MR Imaging of the abdomen and pelvis*. WILEY. USA, 2005, 401-422
5. Eric B. Lazar, Gary J Whitman, Felix S Chew. Embryonal Rhabdomyosarcoma of the prostate. *AJR* 1996; 166:72
6. E Scott Pretorius, Evan S Siegelman. MRI of the male pelvis and the bladder. *Body MRI*. Elsevier. USA, 2005, 371-424.

7. Ito H, Murase T, Takashi M, Sobazima T, Miyake K, Mitsuya H. Rhabdomyosarcoma of the prostate. *Hinyokika Kyo*. 1986; 32(1): 119-23.

8. Logani, Sanjay MD, Cabrera, Rafael A MD, Amin, Mahul B MD. *Pathology Case Reviews*, 2003; 8(2): 82-87.

9. Nabi G, Dinda AK, Dogra PN. Primary embryonal rhabdomyosarcoma of the prostate in adults: diagnosis and management. *Int Urol Nephrol*, 2002-2003; 34(4): 531-4.

10. Nagata Y, Hoshino H, Kinoshita H, Kawamura N, Suzuki K. A case of rhabdomyosarcoma of the prostate in children. *Hinyokika Kyo*, 1985; 31(2): 319-26.

---

#### TÓM TẮT

Sarcoma cơ vân TTL là bệnh lý u rất hiếm gặp, nhất là ở người lớn tuổi và có tiên lượng rất xấu. Chúng tôi báo cáo một trường hợp xảy ra ở BN 64 tuổi, vào viện vì tiểu khó, đái tiện khó và đau vùng hậu môn. Khám trực tràng phát hiện khối u to đè vào gây hẹp lòng trực tràng nghi ngờ u TTL. Siêu âm TTL to, không đồng nhất, sinh thiết qua ngã đáy chậu cho kết quả sarcoma cơ vân. Khảo sát cộng hưởng từ cho thấy khối u xuất phát từ vùng tuyến ngoại vi của thùy phải phát triển ra ngoài tuyến, bao bọc thùy trái, túi tinh, đè ép vào lòng trực tràng. Tổn thương có dạng đĩa thùy, tín hiệu cao không đồng nhất trên T2W, phân cách bởi các vách xơ, có nhiều ổ xuất huyết bên trong do sinh thiết. Khối u bắt gadolinium không đồng nhất.

**Từ khóa:** cộng hưởng từ, TTL, sarcoma.

---

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **PGS.TS Phạm Minh Thông**