

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA SINH THIẾT DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM QUA ĐƯỜNG TRỰC TRÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

**Researching the value of biopsy under guideline of
transrectal ultrasound in the diagnosis of Prostate cancer**

Nguyễn Thanh Thủy, Nguyễn Lan Hương*, Nguyễn Duy Huệ***

SUMMARY

Purpose: To describe the image of prostate cancer in transrectal ultrasound and to define the value of biopsy under guideline of transrectal ultrasound.

Materials and method:

Prospective study on 190 patients with prostate biopsy in Viet Duc hospital from Sep/ 2013 to Aug/ 2014, of those 68 cases are cancer. Describe the transrectal ultrasound image and study the sensitivity, the specificity, the accuracy of biopsy under guideline of transrectal ultrasound.

Results:

Prostate cancer on the transrectal ultrasound has the image of rough margin 73.5%; unclear between internal and external zone 54.4%; irregular hyper angiogenesis 61.8%; disappear the image of fat around prostate 52.9%; node with hypo-echo 100%, hyper angiogenesis 89.2%, rough margin 56.1% and in the external 67.6%.

The 10 specimen prostate biopsy by transrectal ultrasound have the sensitivity 94.7%; the specificity 100.0%; the accuracy 98.0% and low complication with the rate of un-complication of 64.7%.

Conclusion:

The prostate biopsy under guideline of transrectal ultrasound have high value in early diagnosis the prostate cancer, safely and less complication.

Keywords: prostate biopsy, transrectal ultrasound.

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
Bệnh viện Bạch Mai

** Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
Bệnh viện Việt Đức

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (KTTL) là một bệnh khá phổ biến ở nam giới hiện nay, tỉ lệ hiện mắc và tử vong chỉ xếp sau ung thư phổi, tỉ lệ tử vong đứng hàng thứ hai trong tất cả các ung thư ở nam giới trên 50 tuổi. Người bệnh KTTT giảm trung bình khoảng 9 năm tuổi thọ, kèm theo sự suy giảm chất lượng cuộc sống do biến chứng của bệnh (rối loạn tiểu tiện, suy thận do xâm lấn tại chỗ, liệt 2 chân do di căn xương sống).

Ước tính hiện nay có gần 2,8 triệu người sống chung với bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt [1]. Nếu KTTT được phát hiện sớm ở giai đoạn còn khu trú, tỉ lệ sống sau 5 năm là 100%, trong khi đó tỉ lệ này giảm xuống còn 32% nếu được phát hiện ở giai đoạn ung thư di căn. Sự khác biệt này cho thấy tầm quan trọng trong tầm soát và chẩn đoán KTTT ở giai đoạn sớm [2]. Sự kết hợp thăm khám tuyến tiền liệt, định lượng PSA huyết thanh và siêu âm qua đường trực tràng được xem là sự lựa chọn đầu tiên và quan trọng trong chẩn đoán sớm KTTT. Tuy nhiên, để đưa ra phác đồ điều trị KTTT cần phải có kết quả giải phẫu bệnh lý. Bởi vậy, để chẩn đoán sớm và chính xác KTTL cần tiến hành sinh thiết tuyến tiền liệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

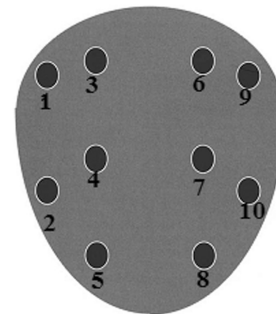
Nghiên cứu tiến cứu mô tả 190 bệnh nhân có bất thường khi thăm trực tràng, xét nghiệm PSA, trên siêu âm qua đầu dò trực tràng hay trên cộng hưởng từ được sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Việt Đức từ 9/2013 đến 8/2014.

Bệnh nhân có nguy cơ KTTL sẽ được khám và tư vấn sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng, được hướng dẫn chuẩn bị thực tháo làm sạch đại tràng và sử dụng kháng sinh dự phòng trước đó ít nhất 1 ngày. Tất cả các bệnh nhân đều được tiến hành thăm trực tràng để đánh giá những thuận lợi và bất lợi đồng thời đánh giá sơ bộ mật độ tuyến tiền liệt. Sau đó được tiến hành siêu âm qua đầu dò trực tràng đánh giá thể tích, nhu mô, bờ và tình trạng xâm lấn của tuyến tiền liệt. Tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện sinh thiết đều được tiến hành theo mô hình sinh thiết 10 mẫu của Presti [3] bao gồm sinh thiết 6 mẫu và 4 mẫu mở rộng, các mẫu được đánh số theo thứ tự. Với trường hợp trên siêu âm có tổn thương khu trú, ngoài sinh thiết 10 mẫu theo phân

vùng như bình thường sẽ tiến hành sinh thiết thêm một mẫu vào đúng vị trí nhân đó và đánh số 11, 12... gọi là sinh thiết mẫu đích.

Phương pháp vô cảm: tiến hành gây mê toàn thân bằng thuốc gây mê Propofol 1% (10mg/ml ống 20ml).

Sau sinh thiết bệnh nhân được đưa về khoa, nằm ít nhất 24h để theo dõi biến chứng có thể có.



Sơ đồ sinh thiết tuyến tiền liệt 10 mẫu qua trực tràng (Mặt phẳng đứng ngang)

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 9/2013 đến 8/2014 có 190 bệnh nhân nguy cơ cao KTTL, được tiến hành sinh thiết, sau đó 51 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật, tổng cộng có 68 bệnh nhân có kết quả GPB là ung thư trong đó 67 trường hợp được chẩn đoán sau sinh thiết, 01 trường hợp được chẩn đoán sau mổ.

3.1. Thể tích tuyến

Bảng 3.1. Thể tích tuyến tiền liệt của bệnh nhân ung thư (n=68)

Thể tích tuyến (Gram)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Trung bình (X̄ ± SD)
≤25	13	19,1	37,59 ± 12,32
>25 - ≤40	30	44,1	
>40 - ≤60	16	23,5	
>60 - ≤80	4	5,9	
>80 - ≤100	2	2,9	
>100	3	4,4	
Tổng	68	100	

Thể tích trung bình của tuyến tiền liệt ở những bệnh nhân ung thư là 37,59 gram.

3.2. Đặc điểm nhu mô tuyến

Bảng 3.2. Đặc điểm nhu mô tuyến tiền liệt ung thư trên siêu âm (n=68)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không đồng nhất	52	76,5
Vôi hóa	26	39,7
Nang	2	2,9
Mất ranh giới TT và TN	37	54,4

Có 76,5% trường hợp nhu mô tuyến tiền liệt không đồng nhất (bao gồm có nhân giảm âm, vôi hóa và thoái hóa nang). Mất ranh giới giữa tuyến trong và tuyến ngoài ở 37/68 bệnh nhân (54,4%).

Bảng 3.3. Tỉ lệ vùng tăng sinh mạch bất thường của KTTL (n=68)

Đặc điểm Doppler	n	%
Có tăng sinh mạch	42	61,8
Không tăng sinh mạch	26	38,2
Tổng	68	100

61,8% KTTL có vùng tăng sinh mạch bất thường trên siêu âm Doppler.

Bảng 3.4. Số lượng nhân ung thư tuyến tiền liệt trên siêu âm (n=68)

Số nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Có 1 nhân	31	45,6
Có 2 nhân	10	14,7
Không có nhân	27	39,7
Tổng	68	100

Trong 68 bệnh nhân ung thư có 41 trường hợp siêu âm phát hiện có nhân bất thường (60,3%), trong đó có 31 trường hợp chỉ có 1 nhân, 10 trường hợp có 2 nhân, tất cả nhân đều là giảm âm. Trong số 31 trường hợp có 1 nhân thì 4 nhân kết quả GPB là lành tính. Như vậy có 47 nhân ung thư/37 bệnh nhân.

Bảng 3.5. Đặc điểm tăng sinh mạch của nhân ung thư trên siêu âm (n=47)

Doppler Vị trí	Tăng sinh		Không tăng sinh		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tuyến trong	12	25,5	4	8,5	16	34,0
Tuyến ngoài	26	55,4	5	10,6	31	66,0
Tổng	38	80,9	9	19,1	47	100

Nhân ung thư chủ yếu gặp ở tuyến ngoài 31/47 (66%). Phần lớn số nhân có tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler 38/47 (80,9%).

3.3. Đặc điểm bờ của tuyến

Bảng 3.6. Đặc điểm bờ của ung thư tuyến tiền liệt trên siêu âm (n=68)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bờ đều	18	26,5
Bờ không đều	50	73,5
Mất lớp mỡ xung quanh	36	52,9

Phần lớn ung thư tuyến tiền liệt có hình ảnh mất tính chất mất đối xứng và trở nên không đều biểu hiện xâm lấn tại chỗ (73,5%), kèm theo mất lớp mỡ quanh tuyến biểu hiện có xâm lấn ngoài tuyến (52,9%).

3.4. Đặc điểm xâm lấn

Bảng 3.7. Số lượng và vị trí xâm lấn của ung thư (n=68)

Triệu chứng		Số lượng	Tỉ lệ %
Xâm lấn túi tinh	1 bên	12	17,6
	2 bên	22	32,4
Xâm lấn cổ bàng quang		31	45,6
Xâm lấn trực tràng		3	4,4
Hạch		12	17,6

Có 34/68 trường hợp phát hiện được xâm lấn túi tinh (50%), trong đó xâm lấn 2 bên gấp đôi xâm lấn 1 bên. 45,6% trường hợp có xâm lấn cổ bàng quang chiếm. Xâm lấn trực tràng < 5%. Di căn hạch có 17,6%.

3.6. Giá trị của phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng

- Se: Độ nhạy; Sp: Độ đặc hiệu; PPV: Giá trị dự báo dương tính.
- NPV: Giá trị dự báo âm tính; ACC: Độ chính xác.

Bảng 3.8. Giá trị của các phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt

Phương pháp Các giá trị	10 mẫu	6 mẫu	Mẫu đích
Tỉ lệ ung thư	35,3% 67/190	26,8% 51/190	19,5% 37/190
Se	94,7% 18/19	75% 51/68	92,2% 47/51
Sp	100% 32/32	100% 122/122	100% 64/64
PPV	100% 18/18	100% 51/51	100% 47/47
NPV	97% 32/33	87,8% 122/139	94,1% 64/68
ACC	98% 50/51	91,1% 173/190	96,5% 111/115

Tỉ lệ phát hiện ung thư của phương pháp sinh thiết 10 mẫu là cao nhất (35,3%), thấp nhất là phương pháp mẫu đích (19,5%). Độ nhạy và độ chính xác của phương pháp 10 mẫu và mẫu đích tương đương nhau (>90%), độ nhạy của phương pháp sinh thiết 6 mẫu là thấp nhất (75%).

Bảng 3.9. Tỉ lệ biến chứng sau sinh thiết (n=190)

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ
Đau	36	18,9%
Chảy máu trong sinh thiết	23	12,1%
Tiểu máu	20	10,5%
Đi ngoài ra máu	0	0%
Xuất tinh ra máu	6	3,2%
Nhiễm trùng	2	1,1%
Không biến chứng	123	64,7%

Biến chứng hay gặp nhất là đau (18,9%). Có 64,7% trường hợp không có biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm ung thư tuyến tiền liệt trên siêu âm qua đường trực tràng

Thể tích trung bình của tuyến tiền liệt trong nhóm bệnh nhân ung thư mà chúng tôi nghiên cứu là 37,59 gram, kết quả này cũng khá phù hợp với nghiên cứu của Phan Văn Hoàng (2009) với thể tích tuyến trung bình là 38,29gram [4], nhưng lại thấp hơn so với Đỗ Trường Thành (2010) là 59,80 gram [5], điều này cũng có thể giải thích là do sự khác nhau về cỡ mẫu và tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân sinh thiết. Như vậy ở những bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến cũng có kèm tăng thể tích toàn phần của tuyến, tuy nhiên sự tăng này là không đáng kể do kích thước trung bình của tuyến là 37,59 gram và cũng không loại trừ có thể ung thư lại phát triển trên nền một tăng sản lành tính đã có từ trước.

Trong số những bệnh nhân ung thư có tới 76,5% trường hợp nhu mô tuyến tiền liệt không đồng nhất trên siêu âm, bao gồm 39,7% trường hợp rải rác trong tuyến có nhiều nốt vôi hóa nhỏ li ti, có 2,9% trường hợp có thoái hóa dạng nang. 41/68 trường hợp có nhân bất thường trong nhu mô tuyến 60,3%. Theo y văn tình trạng vôi hóa gặp trong ung thư cũng hay gặp nhưng tỉ lệ không cao [6], vôi hóa có thể gặp trên nền một tuyến tiền liệt viêm mạn tính. Nang xuất hiện bên trong tuyến tiền liệt có thể gây tăng sản lành tính tuyến tiền liệt hoặc có thể là nang ứ đọng, phần lớn những bệnh nhân có nang tuyến tiền liệt thì không có triệu chứng, đôi khi những nang này có thể gây ra những triệu chứng nhiễm trùng, chèn ép do nang phát triển to ra và gây đau cho bệnh nhân [7].

Dù xuất phát từ tuyến ngoài hay tuyến trong ung thư tuyến tiền liệt tiến triển theo thời gian sẽ phá vỡ cấu trúc tuyến, làm mất ranh giới tuyến ngoài và tuyến trong, nó thể hiện tính không đồng nhất của nhu mô tuyến. Theo Nguyễn Đình Minh (2011), dấu hiệu mất ranh giới tuyến ngoài và tuyến trong có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối cao với tỉ lệ tương ứng 77,3% và 87,5%, độ chính xác lên tới 83,4% [8]. Như vậy, mất ranh giới tuyến trong - tuyến ngoài cũng là một dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt. Tuy nhiên dấu hiệu này trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có độ nhạy là 54,4%, thấp hơn so với nghiên cứu trên,

điều này có thể được giải thích là do ung thư mới chỉ phát triển theo một chiều vào trong hay ra ngoài chứ chưa phá vỡ cấu trúc của vùng lân cận.

Đặc điểm tăng sinh mạch bất thường nhu mô tuyến tiền liệt: trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ung thư có 61,8% trường hợp có vùng tăng sinh mạch bất thường, đây là một dấu hiệu quan trọng gợi ý tổn thương ác tính. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, Doppler là một công cụ hữu ích trong việc tìm kiếm các tổn thương ung thư, đặc biệt là những ung thư có độ ác tính cao trong tuyến đồng âm [6]. Siêu âm Doppler màu và năng lượng đã được chứng minh là tăng khả năng phát hiện ung thư nhờ xác định mức độ tưới máu mô TTL. Những vùng tưới máu khu trú có nguy cơ ung thư cao gấp 4-5 lần những vùng lân cận với tưới máu bình thường.

Trong số 68 bệnh nhân ung thư có 41 trường hợp có nhân bất thường trên siêu âm chiếm 60,3%, trong đó có 31 trường hợp có 1 nhân chiếm 45,6%, 10 trường hợp có 2 nhân chiếm 14,7%, không có trường hợp nào nhiều hơn 2 nhân. Như vậy trên 41 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thì có tổng cộng 51 nhân. Tất cả các nhân đều là nhân giảm âm.

Trong số 51 nhân có 4 nhân kết quả GPB là lành tính 7,8%. Trong số 47 nhân ung thư có 38/47 nhân có tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler chiếm 80,9%, 31/47 số nhân nằm ở vùng tuyến ngoài 66% và 26/47 nhân có bờ không đều, ranh giới không rõ 55,3%. Các đặc điểm này tương đối phù hợp với các nghiên cứu về đặc điểm ung thư tuyến tiền liệt từ trước tới nay, những nhân ung thư tuyến tiền liệt nhỏ, có phản âm kém do hình dạng nốt tế bào ung thư tương phản với phần nền của mô tuyến vùng ngoại biên bình thường, một số nghiên cứu đối chiếu về tình trạng bệnh học đã cho rằng, những khối u phản âm kém là loại kém biệt hóa và dễ thấy trên siêu âm hơn [6]. Đa số các nhân ung thư tuyến tiền liệt phản âm kém, tương ứng với điểm Gleason cao thì độ biệt hóa kém so với độ biệt hóa cao hay vừa của nhân ung thư tuyến tiền liệt đồng âm hoặc tăng âm. Tuy nhiên, nhân giảm âm không hoàn toàn đặc hiệu cho ung thư vì có thể gặp trong viêm, teo, tăng sản lành tính và ngay cả mô tuyến tiền liệt bình thường [6]. Về vị trí của ung thư, Mc Neal đã thống kê rằng 70% ung thư xuất phát từ vùng ngoại vi, 20% từ

vùng chuyển tiếp và 10% từ vùng trung tâm. Trên siêu âm, ung thư ở vùng ngoại vi được phát hiện nhiều nhất và cũng phải kể đến sự hỗ trợ hữu hiệu của Doppler màu [9].

Bên cạnh sự phá vỡ cấu trúc tuyến, sự lan tràn của ung thư sẽ phá vỡ vỏ tuyến. Trên siêu âm, ung thư xâm lấn vỏ được biểu hiện khi thấy bờ lồi khu trú, không đều hay mất liên tục tương ứng vị trí tổn thương. Chiều dài tiếp xúc giữa tổn thương với bờ tuyến tương ứng với vị trí xâm lấn vỏ [8]. Theo Nguyễn Đình Minh (2011) dấu hiệu xâm lấn vỏ trên siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt có độ nhạy 76%, độ đặc hiệu là 80,4% giá trị dự báo dương tính 72,2% và mức độ chẩn đoán đúng là 78,6%. Do vậy, xâm lấn vỏ tuyến tiền liệt trên siêu âm cũng là một dấu hiệu đáng tin cậy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân ung thư cũng có bờ không đều trên siêu âm chiếm 73,5%. Dấu hiệu mất lớp mỡ xung quanh cũng là một dấu hiệu rất quan trọng biểu hiện sự xâm lấn ra bên ngoài của tuyến tiền liệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 52,9% trường hợp có biểu hiện của mất lớp mỡ quanh tuyến. Mất tăng âm của lớp mỡ sau bên gợi ý xâm lấn đám rối tĩnh mạch quanh tuyến tiền liệt, mất lớp mỡ hay thay đổi góc giữa đáy tuyến tiền liệt với túi tinh biểu hiện của việc ung thư đã xâm lấn đến túi tinh [10].

Sự lan rộng của khối u ở giai đoạn tiến triển có thể xâm lấn các tạng lân cận đặc biệt là túi tinh thông qua lớp mỡ quanh tuyến hoặc qua ống phóng tinh. Trên siêu âm chúng tôi xác định được 52,9% trường hợp có tình trạng xâm lấn ra ngoài tuyến tiền liệt, trong đó có 50% trường hợp xâm lấn túi tinh một bên và hai bên, 45,6% trường hợp xâm lấn bàng quang, 4,4% xâm lấn trực tràng, 17,6% trường hợp phát hiện được có hạch lân cận. Kết quả này cho thấy có sự phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như Rifkin MD trên siêu âm có thể phát hiện được mức độ xâm lấn tại chỗ của ung thư khoảng từ 40% - 90% [11]. Theo Nguyễn Đình Minh (2011) trên siêu âm phát hiện được 60% ung thư xâm lấn các tạng xung quanh [8].

Trên siêu âm có thể xác định được sự lan rộng của tổn thương vào túi tinh với hình ảnh mất khoảng mỡ tăng âm giữa bàng quang - túi tinh, mất đối xứng, mất đi phần góc nhọn của túi tinh, hình ảnh này thấy rõ nhất khi so sánh với bên lành. Khối u có kích thước

lớn có thể xâm lấn vào trực tràng, cổ bàng quang, vùng tam giác bàng quang, đoạn cuối niệu quản và thành bên tiểu khung. Hình không đều của đáy bàng quang và thành trực tràng là biểu hiện của sự xâm lấn vào các cơ quan này [6],[8]. Theo nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy của dấu hiệu này là 52,9%, còn theo Nguyễn Đình Minh dấu hiệu này trên siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 60% và 95,5% độ chính xác là 80,3% [8]. Như vậy, độ nhạy của dấu hiệu này trên siêu âm còn thấp nhưng độ đặc hiệu là rất cao, nhìn chung độ chính xác là đáng tin cậy. Độ nhạy của chẩn đoán còn thấp là có thể được giải thích do không phải tất cả ung thư tuyến tiền liệt đều có xâm lấn tạng, chỉ những ung thư tiến triển mới có dấu hiệu này.

4.2. Giá trị của phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng

Trước đây sinh thiết tuyến tiền liệt thường thực hiện dưới sự hướng dẫn bằng ngón tay hay gọi là sinh thiết mù. Sự ra đời của TRUS đã tạo một bước đột phá làm tăng tính chính xác và hoàn thiện kỹ thuật sinh thiết tuyến tiền liệt. Do đó, mô hình sinh thiết ngày càng được mở rộng, vị trí sinh thiết ngày càng được bổ sung, từ 6 mẫu lên đến 8 mẫu, 10 mẫu, 12 mẫu và thậm chí còn 24 mẫu nhằm tăng tỉ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt.

Trong tất cả những mô hình sinh thiết trên có hai mô hình sử dụng phổ biến nhất là mô hình 6 mẫu và 12 mẫu. Nhiều công trình nghiên cứu, so sánh ghi nhận tỉ lệ phát hiện ung thư trên hai mô hình này và so sánh nhằm tìm ra mô hình lý tưởng với tỉ lệ phát hiện ung thư cao và ít biến chứng do sinh thiết. Hầu hết các nghiên cứu đều cho kết quả mô hình sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu có tỉ lệ phát hiện ung thư tăng đáng kể so với mô hình 6 mẫu [12],[13]. Chúng tôi lựa chọn phương pháp sinh thiết 10 mẫu chứ không phải 12 mẫu với mong muốn khi giảm số mẫu sinh thiết có thể giảm bớt những thương tổn cho bệnh nhân nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả và giá trị của phương pháp chẩn đoán. Đánh giá giá trị của ba phương pháp mà chúng tôi đã thực hiện trong đề tài cho thấy phương pháp sinh thiết 10 mẫu cho tỉ lệ phát hiện ung thư cao nhất với 35,3%, phương pháp này cũng có độ nhạy và độ chính xác cao (94,7% và 98%), bởi vậy cho kết quả

đáng tin cậy. So sánh giữa phương pháp sinh thiết 6 mẫu và 10 mẫu cũng cho thấy rằng phương pháp sinh thiết 10 có tỉ lệ phát hiện ung thư cao hơn so với phương pháp sinh thiết 6 mẫu (35,3% và 26,8%), như vậy việc tăng số mẫu sinh thiết sẽ tăng khả năng chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt đáng kể có ý nghĩa thống kê với $p=0,0367 < 0,05$.

Ung thư tiền liệt tuyến được đặc trưng bởi các ổ giảm âm và tăng sinh mạch trên siêu âm doppler, đặc biệt ở tuyến ngoài. Các ổ giảm âm ở tuyến trong có thể chẩn đoán nhầm với phi đại lành tính hoặc viêm tuyến tiền liệt [6]. Các nghiên cứu trước đây cho thấy xác suất dương tính của sinh thiết tiền liệt tuyến tăng lên khi lấy mẫu ở những vị trí bất thường trên siêu âm. Tuy nhiên, tỉ lệ phát hiện ung thư của phương pháp này còn thấp chỉ 19,5% (37/190) và chỉ bằng 54,4% so với phương pháp sinh thiết 10 mẫu hệ thống. Vì phương pháp này chỉ có thể áp dụng được đối với những trường hợp có nhân bất thường phát hiện được trên siêu âm bởi vậy phụ thuộc chủ yếu vào giá trị của các dấu hiệu trên siêu âm, đặc biệt là độ nhạy và độ chính xác của việc phát hiện tổn thương khu trú trên siêu âm. Theo y văn, siêu âm không phát hiện được một cách đầy đủ và đáng tin cậy của vùng tổn thương ung thư tuyến tiền liệt do đó việc sinh thiết vào vị trí đích là không hiệu quả, khi đó cần sinh thiết thêm ở những vùng nghi ngờ bất thường xung quanh [6].

Bên cạnh đó sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng có độ an toàn cao, tỉ lệ biến chứng thấp, có tới 64,7% trường hợp không có biến chứng, một số ít còn lại có các biến chứng nhẹ như đau (18,9%), chảy máu trực tràng (12,1%), tiểu máu (10,5%), xuất tinh máu (3,2%), nhiễm trùng (1,1%), không có trường hợp nào có biến chứng nặng như shock.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng là phương pháp can thiệp có giá trị cao giúp chẩn đoán sớm ung thư tuyến tiền liệt, đồng thời trên siêu âm giúp phản ánh được những hình ảnh bất thường về nhu mô tuyến, bờ tuyến và tình trạng tăng sinh mạch bất thường gợi ý cho việc sinh thiết chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Virgo K DeSantis C, Stein K, et al (2012). *Cancer Treatment and Survivorship Statistics, CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 62(4).
2. Gerald L.A. (2009). *Introduction. Urol* 73, Suppl 5A, 1-3.
3. Presti JC Jr, Chang và cs (2000). *The optimal systematic prostate biopsy scheme should include 8 rather than 6 biopsies: result of a prospective clinical trial. J Urol*, 163(1), 163-166.
4. Phan Văn Hoàng, Nguyễn Văn Học, Nguyễn Chí Phong (2009). *Sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua ngã trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp Chí Y Học TPHCM*. 14(1). 448-451.
5. Đỗ Trường Thành (2011). *Đánh giá kết quả phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng. Tạp chí Y học thực hành*, (783)-9.
6. Carol M. Rumack, Stephanie R. Wilson, J. William Charboneau. *Prostate. Diagnostic Ultrasound, Mosby, American*, 399-429.
7. John R. Ramey, Ethan J. Halpern (2007). *Ultrasonography and biopsy of the Prostate, Campell Wash Urology 9th. Section XVI. 92.*
8. Nguyễn Đình Minh, Nguyễn Lan Hương, Nguyễn Duy Huê (2011). *Giá trị siêu âm qua trực tràng trong sinh thiết tiền liệt tuyến. Tạp chí Y học thực hành*, (822)-5. 62-65
9. McNeal JE (1969). *Origin and development of carcinoma in the Prostate. Cancer*, 23, 24-34.
10. Bùi Văn Lệnh và Trần Công Hoan (2004). *Ung thư tiền liệt tuyến. Siêu âm chẩn đoán bộ máy tiết niệu sinh dục. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, 120-9.
11. Rifkin MD (2003). *Biopsy techniques, In: Rifkin MD (eds), Ultrasound of the prostate cancer, 3rd Internation Consultation on Prostate cancer - Paris*, 19-47.
12. Eichler K, Hempel S, Wilby J, et al (2006). *Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review. J Urol*, 175(5), 1605-12.
13. Ahmed A, Elabbady, Mahrousa M. Khedr (2006). *Extended 12-core prostate Biopsy Increase Both the Detection of Prostate Cancer and the Accuracy of Gleason Score. Eur Urol*, 46(1), 49-53.

Người liên hệ: Nguyễn Thanh Thủy

- Ngày nhận bài: 20/2/2015

- Ngày chấp nhận đăng: tháng 03/2015

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **PGS.TS. Hoàng Minh Lợi**