

## GIÁ TRỊ CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY CHẴN ĐOÁN UNG THƯ BÀNG QUANG

### The MSCT diagnostic values for bladder cancer

Lê Minh Hoàn\*, Trần Công Hoan\*\*

#### SUMMARY

Bladder cancer is the most common malignant tumor of urinary tract. Most of them arise from transitional epithelium cells (98%), within 90% from transitional urothelia cells, 6% from squamous cells [1]. The gold standard to diagnosis bladder cancer is cystoscopy with biopsy. MDCT is recommended to assess tumor's location and invasion. It is valuable in stage classification and management decision, especially for surgery.

**Purposes:** "Describe the MSCT imaging characteristics of bladder cancer" and "assess value of MSCT in diagnosis bladder cancer".

**Materials and methods:** From 8/2013 to 8/2014, there are 92 consecutive patients with bladder cancer were undergone 64-slide-CT urography. All of them were undergone operation with pathology after surgery.

**Results:** The sensitivity, specificity and accuracy for bladder cancer invasion detection were 89.6%; 81.1% and 85.9%. About tumor classification (T), the sensitivity of stage <T3a was 81.8%; the specificity was 89.6% and the accuracy was 85.9%. For Stage T3b, the sensitivity was 90.6%; the specificity was 96.7% and the accuracy was 94.5%. The sensitivity and specificity of stage T4 was high, especially were 100% in stage T4b. The detecting of lymphatic nodules in MDCT was quite good, with the sensitivity was 85.7%. The bigger lymphatic nodules were, the higher risk of malignancy was.

**Conclusion:** MSCT is valuable in stage classification of bladder cancer.

**Key word:** Bladder cancer, MSCT scanner.

\*Đại học Y Hà Nội

\*\*BV Việt Đức

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

UTBQ là một bệnh thường gặp trong các loại ung thư của hệ tiết niệu. Đa số ung thư bàng quang xuất phát từ tế bào biểu mô chuyển tiếp (98%), trong đó 90% là biểu mô chuyển tiếp đường bài tiết, 6% biểu mô vảy, 2% tế bào biểu mô tuyến, 2% còn lại là ung thư của tổ chức liên kết [1].

Hiện nay CLVT đa dây là phương tiện phổ biến dùng để chẩn đoán UTBQ, ngoài vấn đề chẩn đoán xác định, CLVT đa dây có giá trị trong chẩn đoán chính xác vị trí, mức độ xâm lấn của khối u giúp các nhà lâm sàng lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu: “ Mô tả đặc điểm hình ảnh của UTBQ trên CLVT đa dây” và “Đánh giá giá trị của chụp CLVT đa dây trong chẩn đoán UTBQ” .

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 08/2013 đến tháng 08/2014, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chúng tôi tiến hành nghiên cứu 92 bệnh nhân UTBQ không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú,... được chụp CLVT 64 dãy trước và sau tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, được phẫu thuật và có kết quả GPB.

Phương tiện nghiên cứu: máy chụp CLVT Light Speed 64 dãy đầu thu của hãng G.E.

**2.1. Các biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm về tuổi, giới.
- Một số triệu chứng lâm sàng: (đái máu, đái rắt...),
- Các dấu hiệu của chụp cắt lớp vi tính (vị trí u, tỉ trọng u, bờ u, tính chất ngấm thuốc, xâm lấn lân cận, di căn...).
- Các biến số kết quả phẫu thuật và giải phẫu mô bệnh học.

**2.2. Xử lý số liệu**

- Các biến số về đặc điểm, dấu hiệu hình ảnh tính theo tỉ lệ %. Các biến số CLVT đối chiếu với kết quả phẫu thuật, mô bệnh học xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, âm tính và độ chính xác của phương pháp được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Tuổi và giới**

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $61,25 \pm 15,88$  tuổi (thấp nhất 01 tuổi, cao nhất là 92 tuổi), gặp nhiều nhất lứa tuổi > 50 tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp so với các nghiên cứu của các tác giả trong nước khác như: Lê Thanh Dũng (2003), tuổi thường gặp nhất là từ 50- 69 tuổi [3], Phạm Văn Yên (2008) tuổi trung bình bệnh nhân UTBQ là  $62,63 \pm 10,6$  tuổi [2].

Tỉ lệ nam/ nữ là 6,7:1. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Kỳ (1991), tỉ lệ nam/nữ là 8:1 [4] và Lê Thanh Dũng (2003), tỉ lệ nam/nữ là 6:1 [3].

**3.2. Một số dấu hiệu lâm sàng (cần bổ sung)**

**3.3. Đặc điểm mô bệnh học của UTBQ**

Loại ung thư	n	Tỉ lệ (%)
UT biểu mô chuyển tiếp	81	88
UT biểu mô vảy	6	6,5
UT biểu mô tuyến	3	3,3
Các loại khác	2	2,2
Tổng	92	100

UTBQ thường gặp là ung thư biểu mô chuyển tiếp chiếm 88%, ít gặp hơn là ung thư biểu mô vảy và ung thư biểu mô tuyến với tỉ lệ lần lượt là 6,5% và 3,3%, các loại ung thư khác rất hiếm gặp. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả nước ngoài cũng như trong nước, Murphy W M, Grignon D J và Perlman E J (2004), với tỷ lệ ung thư biểu mô chuyển tiếp chiếm 95%, ung thư biểu mô vảy chiếm tỉ lệ dưới 5% và ung thư biểu mô tuyến dưới 2% [5]. Đỗ Trường Thành (2007), ung thư biểu mô chuyển tiếp chiếm tỉ lệ khoảng 90% [1].

**3.4. Giá trị của CLVT đánh giá xâm lấn xung quanh của UTBQ**

CLVT \ GPB	Có xâm lấn (T3b-T4)	Không xâm lấn ( $\leq T3a$ )	Tổng
Có xâm lấn (T3b-T4)	43	8	51
Không xâm lấn ( $\leq T3a$ )	5	36	41
Tổng	48	44	92

Giá trị chẩn đoán của CLVT trong đánh giá xâm lấn của UTBQ trong nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy 89,6%, độ đặc hiệu 81,8% và độ chính xác 85,9%, tương tự như các tác giả khác: Kim J K, Park S Y, Ahn H J, Kim C S và Cho K S có: độ nhạy 89%, độ đặc hiệu 95% và độ chính xác 93% [6].

**3.5. Giá trị của CLVT đánh giá xâm lấn tiền liệt tuyến**

CLVT \ PT- GPB	Xâm lấn TLT	Không xâm lấn TLT	Tổng
Xâm lấn TLT	3	2	5
Không xâm lấn TLT	1	74	75
Tổng	4	76	80

Có 5 bệnh nhân được chẩn đoán UTBQ giai đoạn xâm lấn tiền liệt tuyến (chiếm 5,4%). Giá trị chẩn đoán của CLVT ở giai đoạn này có độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 97,4% và độ chính xác là 96,3%.

**3.6. Giá trị của CLVT đánh giá xâm lấn niệu quản**

CLVT \ PT- GPB	Xâm lấn NQ	Không xâm lấn NQ	Tổng
Xâm lấn NQ	10	1	11
Không xâm lấn NQ	2	79	81
Tổng	12	80	92

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán xâm lấn niệu quản của UTBQ có độ nhạy 83,3%, độ đặc hiệu 98,8%, với độ chính xác 96,7%. Xâm lấn của tổ chức UTBQ vào ổ niệu quản thường theo con đường xâm lấn trực tiếp, chẩn đoán trên CLVT thường dựa vào dấu hiệu trực tiếp và dấu hiệu gián tiếp, dấu hiệu trực tiếp khi thấy hình ảnh cấu trúc tỉ trọng tổ chức lồi vào trong lòng niệu quản, ngấm thuốc tương đương với tổ chức u bàng quang, dấu hiệu gián tiếp khi thấy hình ảnh giãn niệu quản phía trên và giãn đài bể thận, dấu hiệu gián tiếp quan sát rõ trên các ảnh chụp thì muộn.

**3.7. Giá trị của CLVT đánh giá xâm lấn túi tinh**

CLVT \ PT- GPB	Xâm lấn TT	Không xâm lấn TT	Tổng
Xâm lấn TT	4	1	5
Không xâm lấn TT	1	74	75
Tổng	5	75	80

Giai đoạn UTBQ xâm lấn túi tinh, trong nghiên cứu này có 5/80 bệnh nhân được chẩn đoán UTBQ giai đoạn xâm lấn túi tinh (chiếm 5,4%), tuy nhiên trong số đó thì chỉ có 3 bệnh nhân chỉ xâm lấn túi tinh đơn thuần, 1 bệnh nhân có xâm lấn TLT, 1 bệnh nhân có xâm lấn NQ kèm theo. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán xâm lấn túi tinh có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 98,7%, độ chính xác 96,3%.

**3.8. Giá trị của CLVT đánh giá xâm lấn thành chậu hông (giai đoạn T4b)**

CLVT \ PT- GPB	Xâm lấn thành chậu hông	Không xâm lấn thành chậu hông	Tổng
Xâm lấn thành chậu hông	2	0	2
Không xâm lấn thành chậu hông	0	90	90
Tổng	2	90	92

Chụp CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi về việc đánh giá xâm lấn thành chậu hông có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 100%, 2 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán là UTBQ ở giai đoạn T4b, tức là đã xâm lấn đến thành chậu hông có kết quả PT và GPB đều phù hợp với chẩn đoán. Lê Thanh Dũng (2003) [3] cũng có cùng nhận xét như chúng tôi.

**3.9. Khả năng chẩn đoán hạch của CLVT đối chiếu với phẫu thuật**

CLVT \ PT	Có hạch	Không có hạch	Tổng
Có hạch	24	0	24
Không có hạch	4	14	18
Tổng	28	14	42

Chúng tôi thấy rằng khả năng phát hiện hạch của CLVT so với kết quả phẫu thuật có độ nhạy 85,7%. Kích thước hạch càng lớn thì khả năng ác tính càng cao ( $p < 0,05$ ).

#### IV. KẾT LUẬN

CLVT đa dãy có giá trị cao trong chẩn đoán xâm lấn ra xung quanh của UTBQ với: độ nhạy 89,6%, độ đặc hiệu 81,8%, độ chính xác 85,9%.

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T:

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Trường Thành (2007). *Ung thư bàng quang, Hội Tiết niệu-Thận học Việt Nam, Bệnh học tiết niệu, NXB Y học. Hà Nội. Tr. 399.*

2. Phạm Văn Yên (2008). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng mô bệnh học của ung thư bàng quang và kết quả sớm của phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.*

3. Lê Thanh Dũng (2003). *Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u bàng quang. Luận văn thạc sĩ Y học. Hà Nội.*

độ nhạy trong chẩn đoán giai đoạn  $\leq T3a$  là 81,8%, độ đặc hiệu 89,6%, độ chính xác 85,9%. Ở giai đoạn T3b, CLVT có độ nhạy 90,6%, độ đặc hiệu 96,7% và độ chính xác là 94,5%. Ở giai đoạn T4, CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đặc biệt là ở giai đoạn T4b với độ nhạy và độ đặc hiệu là 100%.

Khả năng phát hiện hạch của CLVT so với phẫu thuật là khá cao với độ nhạy 85,7%. Kích thước hạch càng to thì khả năng ác tính càng cao ( $p < 0,05$ ).

4. Nguyễn Kỳ (1991). "Kết quả điều trị u nông bàng quang bằng phương pháp cắt nội soi". *Tạp san Ngoại khoa tập XXI. số 6, Tr.6 - 13.*

5. Murphy WM, Grignon DJ, Perlman EJ (2004). *Tumors of the kidney, bladder, and related urinary structures. Washington, DC: American Registry of Pathology; 394.*

6. Kim JK, Park SY, Ahn HJ, Kim CS, Cho KS (2004). *Bladder cancer: analysis of multi - detector row helical CT enhancement pattern and accuracy in tumor detection and perivesical staging. Radiology. 231(3):725-31.*

#### TÓM TẮT

*Ung thư bàng quang (UTBQ) là một bệnh thường gặp. Đa số u xuất phát từ tế bào biểu mô chuyển tiếp (98%), trong đó 90% là biểu mô chuyển tiếp đường bài tiết, 6% biểu mô vảy [1]. Soi bàng quang có sinh thiết là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTBQ. Chụp CLVT đa dãy rất có giá trị trong chẩn đoán UTBQ nhất là về vị trí, mức độ xâm lấn của khối u giúp các nhà lâm sàng lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp.*

**Hai mục tiêu của đề tài:** "Mô tả đặc điểm hình ảnh của UTBQ trên CLVT đa dãy" và "Đánh giá giá trị của chụp CLVT đa dãy trong chẩn đoán UTBQ."

**Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 08/2013 đến tháng 08/2014, có 92 bệnh nhân u bàng quang không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú,... được chụp CLVT 64 dãy trước và sau tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, được phẫu thuật và có kết quả GPB.

**Kết quả:** CLVT đa dãy chẩn đoán xâm lấn xung quanh của UTBQ có độ nhạy 89,6%, độ đặc hiệu 81,8%, độ chính xác 85,9%. Chẩn đoán giai đoạn T: độ nhạy trong chẩn đoán giai đoạn  $\leq T3a$  là 81,8%, độ đặc hiệu 89,6%, độ chính xác 85,9%. Giai đoạn T3b có độ nhạy 90,6%, độ đặc hiệu 96,7% và độ chính xác là 94,5%. Giai đoạn T4, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đặc biệt là ở giai đoạn T4b với độ nhạy và độ đặc hiệu là 100%. Khả năng phát hiện hạch của CLVT so với phẫu thuật là khá cao với độ nhạy 85,7%. Kích thước hạch càng to thì khả năng ác tính càng cao ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Chụp CLVT chẩn đoán tốt các giai đoạn của ung thư bàng quang.

**Từ khóa:** Ung thư bàng quang, CLVT đa dãy.

Người liên hệ: Lê Minh Hoàn; Email: tchoanvd@yahoo.com

- Ngày nhận bài: 10/2/2015

- Ngày chấp nhận đăng: tháng 3/2015

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: PGS.TS. Bùi Văn Lệnh