

GIÁ TRỊ CỦA XQUANG CẮT LỚP VI TÍNH TRONG ĐÁNH GIÁ XÂM LẤN CỦA UNG THƯ BÀNG QUANG

Bùi Thị Thanh Luận¹, Huỳnh Quang Huy^{1*}

DOI: 10.38103/jcmhch.76.10

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư bàng quang (UTBQ) là bệnh lý ác tính thường gặp ở cơ quan tiết niệu sinh dục. Với sự tiến bộ không ngừng của chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng, ung thư bàng quang ngày càng được chẩn đoán sớm và chính xác. Đề tài này nhằm xác định giá trị của x quang cắt lớp vi tính (XQCLVT) trong xác định xâm lấn của ung thư bàng quang (so sánh với kết quả phẫu thuật).

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu 194 bệnh nhân UTBQ được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến hết tháng 06 năm 2020. Trước phẫu thuật được chụp XQCLVT 16 dãy hoặc 64. Đối chiếu XQCLVT với kết quả phẫu thuật để xác định các giá trị chẩn đoán của XQCLVT.

Kết quả: XQCLVT đa dãy đầu dò có giá trị cao trong chẩn đoán xâm lấn ngoài thành ($\geq T3b$) của UTBQ (độ nhạy 97,4%, độ đặc hiệu 89,7%). Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán giai đoạn T: Độ chính xác cao 91,2% trong chẩn đoán giai đoạn $< T3b$. Ở giai đoạn T3b: độ nhạy 78,3%, độ đặc hiệu 98,3%, độ chính xác 95,9%. Ở giai đoạn T4a, XQCLVT có giá trị rất cao từ 90% trở lên đối với xâm lấn các tạng như niệu quản, TTL, ống tiêu hóa. Ít nhạy trong chẩn đoán xâm lấn tử cung và túi tinh (độ nhạy từ 40 - 50%), nhưng độ đặc hiệu và độ chính xác rất cao trên 95%. Ở giai đoạn T4b, XQCLVT có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác từ 99 - 100%.

Kết luận: XQCLVT đa dãy đầu dò có giá trị cao trong chẩn đoán xâm lấn của ung thư bàng quang.

Từ khóa: Ung thư bàng quang, xâm lấn, cắt lớp vi tính, phẫu thuật.

ABSTRACT

VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN EVALUATING THE SPREAD OF BLADDER CANCER

Bui Thi Thanh Luan¹, Huynh Quang Huy^{1*}

Background: Bladder cancer is a common malignancy in the urogenital organs. With the advancement of imaging modalities, bladder cancer is increasingly being diagnosed early and accurately. This study aims to determine the diagnostic value of computed tomography (CT) in determining the spread in bladder cancer (compared with operative results).

Methods: A retrospective study was conducted on 194 bladder cancer patients who underwent operation at Binh Dan Hospital from January 2020 to June 2020. All patients were preoperatively performed an CT scan and then compared with the operative results to determine the diagnostic value of CT.

¹Bộ môn CDHA, Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

- Ngày nhận bài: 29/11/2021; Ngày phản biện: 25/12/2021;

- Ngày đăng bài: 01/02/2022

- Tác giả liên hệ: Huỳnh Quang Huy

- Email: huyhq@pnt.edu.vn; SĐT: 0982108108

Results: CT had a high value in the diagnosis of extramural invasion ($\geq T3b$) of bladder cancer (sensitivity 97.4%, specificity 89.7%). Value of CT scan in diagnosis of T - stage: High accuracy of 91.2% in diagnosis of stage $< T3b$. At stage T3b: sensitivity 78.3%, specificity 98.3%, accuracy 95.9%. At stage T4a, CT had a very high value of 90% or more for invasion of organs such as ureters, prostate, and gastrointestinal tract. Less sensitive in diagnosis of the invasion of uterus and seminal vesicles (sensitivity range from 40 - 50%), but specificity and accuracy were very high above 95%. At stage T4b, CT had a sensitivity, specificity and accuracy of 99 - 100%.

Conclusion: CT has a high diagnostic value in determine the invasion in bladder cancer.

Keywords: Bladder cancer, invasive, computed tomography, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là bệnh lý ác tính thường gặp ở cơ quan tiết niệu sinh dục (bao gồm thận, niệu quản, bàng quang, tuyến tiền liệt, niệu đạo...). Tính chung cho tất cả các loại ung thư, tỷ lệ mắc ung thư bàng quang đứng hàng thứ 7 ở nam giới và cao gấp 3 - 4 lần so với nữ giới [1]. Năm 2018, toàn thế giới có 549.000 bệnh nhân ung thư bàng quang mới và tử vong do bệnh là 199.900 người [2].

Hiện nay với sự tiến bộ không ngừng của chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng, ung thư bàng quang ngày càng được chẩn đoán sớm và chính xác. Nội soi bàng quang kết hợp với sinh thiết [3], siêu âm [1] và chụp cộng hưởng (CHT) là những phương pháp thăm dò chẩn đoán hữu ích, nhưng mỗi phương pháp có những ưu điểm và nhược điểm nhất định [1].

Tuy có nhiều phương tiện chẩn đoán ung thư bàng quang nhưng chụp X quang cắt lớp vi tính (XQCLVT) vẫn giữ vai trò nhất định. Đây là phương tiện chẩn đoán tương đối phổ biến ở hầu hết các cơ sở y tế hiện nay, có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư bàng quang vì có thể đánh giá được sự xâm lấn của khối u ra ngoài bàng quang, di căn hạch, di căn xa của ung thư bàng quang. Đặc biệt với thể hệ máy đa dãy đầu dò góp phần quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn TNM phục vụ cho việc lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng [4]. Do đó, tuy đã có nhiều nghiên cứu trong nước về cả chẩn đoán và điều trị nhưng để góp phần nghiên cứu thêm về Xquang cắt lớp vi tính trong ung thư bàng quang, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm xác định giá trị của Xquang cắt lớp vi tính trong xác định xâm lấn của ung thư bàng quang (so sánh với kết quả phẫu thuật).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân UTBQ được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến hết tháng 06 năm 2020.

Tiêu chí chọn mẫu: Bệnh nhân UTBQ có chụp XQCLVT đa dãy đầu dò đánh giá trước phẫu thuật; Bệnh nhân có kết quả GPB chẩn đoán xác định là UTBQ.

Tiêu chí loại trừ: Trường trình phẫu thuật không chi tiết; Bệnh nhân UTBQ tái phát; Bệnh nhân UTBQ đã từng điều trị trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. Chọn mẫu thuận tiện: Tất cả bệnh nhân thỏa các tiêu chí chọn mẫu, sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Tìm danh sách bệnh nhân được điều trị PT UTBQ trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến hết tháng 09 năm 2020 tại phòng lưu trữ dữ liệu của bệnh viện với các thông tin: (1) Chẩn đoán ra viện là UTBQ, có điều trị bằng PT. (2) Có chụp XQCLVT chẩn đoán trước PT.

Sau đó nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập hình ảnh XQCLVT trên hệ thống PACS (Picture Archiving and Communication Symtem) của bệnh viện.

Ghi nhận thông tin trong bệnh án theo bảng thu thập số liệu, phân tích hình ảnh chụp XQCLVT qua hệ thống PACS tại bệnh viện Bình Dân.

Kỹ thuật chụp: Các bệnh nhân chụp XQCLVT bằng máy XQCLVT GE 16 dãy đầu dò hoặc Philips 64 dãy đầu dò. Bệnh nhân uống khoảng 500ml nước

Bệnh viện Trung ương Huế

trước khi tiến hành chụp 45 - 60 phút nhằm mục đích tạo được đối quang tự nhiên trong toàn bộ ống tiêu hóa và làm cho bàng quang căng.

Sau khi thu thập số liệu, dữ liệu được đưa vào hệ thống CARESTREAM Vue PACS, kết quả được đọc lại độc lập bởi hai bác sĩ CĐHA có kinh nghiệm trên 5 năm, nếu có sự khác biệt sẽ hội chẩn lại với nhau để thống nhất kết quả cuối cùng. Người đọc không biết trước kết quả GPB.

2.3. Phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm thống kê y học: SPSS 16.0.

Các biến về giá trị của XQXQCLVT trong chẩn đoán UTBQ được mô tả bằng các giá trị: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương, giá trị dự báo âm dựa vào bảng 2x2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Giá trị XQCLVT trong đánh giá xâm lấn ngoài thành

		GPB		Tổng
		Không xâm lấn (<T3b)	Có xâm lấn (≥T3b)	
XQCLVT	Không xâm lấn (<T3b)	140	1	141
	Có xâm lấn (≥T3b)	16	37	53
Tổng		156	38	194

Giá trị XQCLVT trong đánh giá xâm lấn ngoài thành: Độ nhạy (Sn) = $37/38 = 97,4\%$. Độ đặc hiệu (Sp) = $140/156 = 89,7\%$. Độ chính xác (Acc) = $177/194 = 91,2\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $37/53 = 69,8\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $140/141 = 99,3\%$

Bảng 2: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá giai đoạn T1 đến T3a

		GPB		Tổng
		< T3b	≥ T3b	
XQCLVT	< T3b	140	1	141
	≥ T3b	16	37	53
Tổng		156	38	194

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá giai đoạn T1 đến T3a (chiếm khoảng 70,6%). Độ nhạy (Sn) = $140/156 = 89,7\%$. Độ đặc hiệu (Sp) = $37/38 = 97,4\%$. Độ chính xác (Acc) = $177/194 = 91,2\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $140/141 = 99,3\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $37/53 = 69,8\%$

Bảng 3: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn lớp mỡ xung quanh

		GPB		Tổng
		T3b	T khác	
XQCLVT	T3b	18	3	21
	T khác	5	168	173
Tổng		23	171	194

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn lớp mỡ xung quanh: Độ nhạy (Sn) = $18/23 = 78,3\%$. Độ đặc hiệu (Sp) = $168/171 = 98,3\%$. Độ chính xác (Acc) = $186/194 = 95,9\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $18/21 = 85,7\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $168/173 = 97,1\%$

Bảng 4: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn niệu quản

		GPB		Tổng
		Có xâm lấn	Không xâm lấn	
XQCLVT	Có xâm lấn	8	17	25
	Không xâm lấn	1	168	169
Tổng		9	185	194

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm

Giá trị của Xquang cắt lớp vi tính trong đánh giá xâm lấn...

lần niệu quản: Độ nhạy (S_n) = $8/9 = 88,9\%$. Độ đặc hiệu (S_p) = $168/185 = 90,8\%$. Độ chính xác (Acc) = $176/194 = 90,7\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $8/25 = 32\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $168/169 = 99,4\%$.

Bảng 5: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn tử cung

		GPB		Tổng
		Có xâm lấn	Không xâm lấn	
XQCLVT	Có xâm lấn	1	0	1
	Không xâm lấn	1	34	35
Tổng		2	34	36

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn tử cung: Độ nhạy (S_n) = $1/2 = 50\%$. Độ đặc hiệu (S_p) = $34/34 = 100\%$. Độ chính xác (Acc) = $35/36 = 97,2\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $1/1 = 100\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $34/35 = 97,1\%$

Bảng 6: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn đại tràng sigma

		GPB		Tổng
		Có xâm lấn	Không xâm lấn	
XQCLVT	Có xâm lấn	1	0	1
	Không xâm lấn	0	193	193
Tổng		1	193	194

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn đại tràng sigma: Độ nhạy (S_n) = $1/1 = 100\%$. Độ đặc hiệu (S_p) = $193/193 = 100\%$. Độ chính xác (Acc) = $194/194 = 100\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $1/1 = 100\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $193/193 = 100\%$

Bảng 7: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn TTL

		GPB		Tổng
		Có xâm lấn	Không xâm lấn	
XQCLVT	Có xâm lấn	4	1	5
	Không xâm lấn	1	152	153
Tổng		5	153	158

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn TTL: Độ nhạy (S_n) = $4/5 = 80\%$. Độ đặc hiệu (S_p) = $152/153 = 99,3\%$. Độ chính xác (Acc) = $156/158 = 98,7\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $4/5 = 80\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $152/153 = 99,3\%$

Bảng 8: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn túi tinh

		GPB		Tổng
		Có xâm lấn	Không xâm lấn	
XQCLVT	Có xâm lấn	2	2	4
	Không xâm lấn	3	151	154
Tổng		5	153	158

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn túi tinh: Độ nhạy (S_n) = $2/5 = 40\%$. Độ đặc hiệu (S_p) = $151/153 = 98,7\%$. Độ chính xác (Acc) = $153/158 = 96,8\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $2/4 = 50\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $151/154 = 98,1\%$.

Bảng 9: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn thành bụng trước

		GPB		Tổng
		Có xâm lấn	Không xâm lấn	
XQCLVT	Có xâm lấn	2	1	3
	Không xâm lấn	0	191	191
Tổng		2	192	194

Bệnh viện Trung ương Huế

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn thành bụng trước: Độ nhạy (Sn) = $2/2 = 100\%$. Độ đặc hiệu (Sp) = $191/192 = 99,5\%$. Độ chính xác (Acc) = $193/194 = 99,5\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $2/3 = 66,7\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $191/191 = 100\%$

Bảng 10: Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn vách chậu

		GPB		Tổng
		Có xâm lấn	Không xâm lấn	
XQCLVT	Có xâm lấn	1	0	1
	Không xâm lấn	0	193	193
Tổng		1	193	194

Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn vách chậu: Độ nhạy (Sn) = $1/1 = 100\%$. Độ đặc hiệu (Sp) = $193/193 = 100\%$. Độ chính xác (Acc) = $194/194 = 100\%$. Giá trị dự báo dương tính (PPV) = $1/1 = 100\%$. Giá trị dự báo âm tính (NPV) = $193/193 = 100\%$

IV. BÀN LUẬN

Về giá trị chẩn đoán của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn ngoài thành ($\geq T3b$) của UTBQ trong nghiên cứu của chúng tôi có: độ nhạy 97,4%, độ đặc hiệu 89,7% và độ chính xác 91,2%, giá trị dự báo dương tính 69,8%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Kim và cộng sự (2004) [4] độ nhạy 89%, độ đặc hiệu 95% và độ chính xác 93%. Tác giả Pol và cộng sự (2017) nghiên cứu thấy XQCLVT chẩn đoán chính xác 95% UTBQ giai đoạn T3 - T4 [5].

Giai đoạn T3b trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 bệnh nhân, chiếm 10,82%, giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán giai đoạn này là: độ nhạy 78,3%, độ đặc hiệu 98,3% và độ chính xác 95,9%, giá trị dự báo dương tính 85,7%. Kết quả này cũng khá tương đồng với tác giả Oz và cộng sự (2016) [6] với độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán giai đoạn T3b là 83,3% và 100%. Kết quả này thấp hơn về độ nhạy so với nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoàn (2014) [7] với độ nhạy 90,6%, độ đặc hiệu 96,7% và

độ chính xác 94,5%, điều này có thể do tổng trạng, tình trạng bệnh viêm nhiễm kèm theo của các bệnh nhân trong hai nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn trong so với nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Dũng (2003) [8]. Sự khác biệt này cho thấy ưu thế của thể hệ máy XQCLVT đa dãy đầu dò so với đơn dãy. Mặt khác tác giả Lê Thanh Dũng tiến hành nghiên cứu trên cả những bệnh nhân có UTBQ tái phát và sau mổ u bàng quang điều này khiến việc đánh giá xâm lấn mỡ xung quanh có thể không còn chính xác do bị co kéo, sẹo xơ dẫn đến nhầm với xâm lấn mỡ xung quanh của ung thư.



Hình 1: UTBQ giai đoạn T3b với thâm nhiễm mỡ quanh bàng quang (Bệnh nhân Trần Anh T. 62 tuổi - Số lưu trữ 2020/08817)

Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán xâm lấn niệu quản của UTBQ có độ nhạy 88,9%, độ đặc hiệu 90,1%, và độ chính xác 90,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoàn (2014) [7] độ nhạy 83,3%, độ đặc hiệu 98,8% và độ chính xác 96,7%. Tuy nhiên giá trị tiên đoán dương trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn rất nhiều, điều này do dương tính giả nhiều. Nguyên nhân có thể do việc chẩn đoán xâm lấn niệu quản dựa vào dấu hiệu hình ảnh mô u bất thường trong thì động mạch, tĩnh mạch, tạo khuyết thuốc trên thì muộn hoặc có thể dựa vào dấu hiệu gián tiếp là giãn đài bể thận - niệu quản phía trên. Tuy nhiên dấu hiệu giãn đài bể thận - niệu quản lại có thể do miệng niệu quản bị phù nề hoặc do u chèn ép dẫn đến nhiều trường hợp dương tính giả.

Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán xâm lấn tử cung của UTBQ có độ nhạy 50%, độ đặc hiệu 100%, và độ chính xác 97,2%. Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân được đánh giá có xâm lấn tử cung, phù hợp với kết quả GPB. Có 1 bệnh nhân có xâm lấn tử cung trên GPB tuy nhiên trên XQCLVT không ghi nhận được điều này do XQCLVT hạn chế trong việc đánh giá tổ chức ung thư ở tử cung kể cả nguyên phát hay thứ phát. XQCLVT được thực hiện chủ yếu để đánh giá bệnh lý hạch, xác định bệnh tiến triển, theo dõi di căn xa [9].



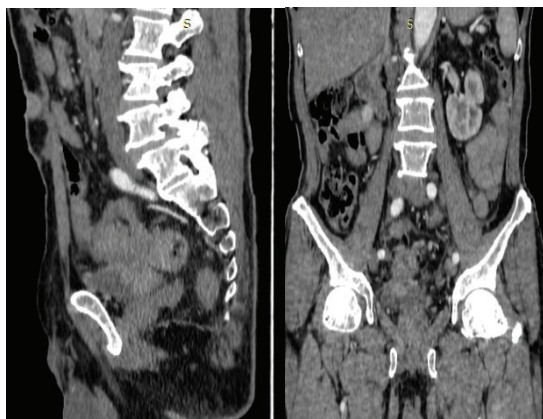
Hình 2: UTBQ xâm lấn cổ và thân tử cung (Bệnh nhân Nguyễn Thị H. 55 tuổi - Số lưu trữ 2020/06208)

Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán xâm lấn TTL của UTBQ có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 99,3%, và độ chính xác 98,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Dũng (2003)[8] và Lê Minh Hoàn (2014) [7] với độ nhạy, đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là: 84,6%, 95% và 90%; 75%, 97,4% và 96,3%. Giá trị chẩn đoán của XQCLVT trong giai đoạn này là rất cao. Tuy nhiên có một số

trường hợp XQCLVT không thể phân biệt được u bàng quang xâm lấn TTL hay u TTL xâm lấn bàng quang, hay bệnh nhân có cả 2 u cùng lúc. Ngoài ra phôi đại TTL có thể gây khó khăn trong việc chẩn đoán giai đoạn này. Trong số 5 bệnh nhân được chẩn đoán xâm lấn TTL, có 4 bệnh nhân có kết quả GPB phù hợp. 1 bệnh nhân trên XQCLVT ghi nhận xâm lấn TTL do mất lớp ranh giới lớp mỡ giữa bàng quang và TTL, dấu hiệu gián tiếp này cần được xem xét cẩn thận để tránh chẩn đoán quá giai đoạn của bệnh nhân.

Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán xâm lấn túi tinh của UTBQ có độ nhạy 40%, độ đặc hiệu 98,7%, và độ chính xác 96,8%. So với nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoàn (2014) [7] với độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 98,7%, độ chính xác 97,5%, nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy thấp hơn điều này có thể do thể trạng bệnh nhân khác nhau, tình trạng viêm nhiễm kèm và UTBQ thường gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi nên túi tinh thường không căng gây hạn chế trong việc đánh giá.

Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán xâm lấn ống tiêu hóa (đại tràng sigma) của UTBQ có độ nhạy, độ đặc hiệu, và độ chính xác là 100%. Đây là trường hợp bệnh nhân nam 59 tuổi, vào viện vì tiểu ra máu. Hình ảnh XQCLVT cho thấy khối u bàng quang xâm lấn đại tràng sigma hoặc ngược lại. Ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của bàng quang có thể được tìm thấy ở bất kỳ vị trí nào trong bàng quang, nhưng phổ biến hơn ở đáy bàng quang, có thể được kết hợp với các bất thường của ống niệu rốn ở đỉnh bàng quang. Ung thư biểu mô tuyến thứ phát phổ biến hơn, và có thể xâm lấn trực tiếp từ khối u ác tính nguyên phát trong khung chậu (đại tràng, tuyến tiền liệt và trực tràng) hoặc ít phổ biến hơn phát sinh dưới dạng di căn qua đường máu từ các cơ quan ở xa (dạ dày, vú và phổi) [10]. Bởi vì sự khác biệt giữa ung thư biểu mô tuyến nguyên phát và thứ phát của bàng quang có thể khó khăn ngay cả khi đã lấy được bệnh phẩm, điều quan trọng là phải đánh giá sự hiện diện của bệnh ác tính nguyên phát ở các cơ quan khác trên hình ảnh [11].



Hình3: UTBQ xâm lấn đại tràng sigma
(Bệnh nhân Nguyễn Mạnh R. 58 tuổi
- Số lưu trữ 2020/02623)

Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán xâm lấn thành bụng trước và vách chậu của UTBQ là rất cao với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác từ 99 - 100%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoàn (2014) [7] với độ nhạy, độ đặc hiệu 100%. Trong 3 bệnh nhân được chẩn đoán xâm lấn thành bụng trước trên XQCLVT có 1 trường hợp

dương tính giả do bệnh nhân này có tiền căn phẫu thuật đường giữa hạ vị gây sẹo xơ kết hợp với tình trạng viêm thâm nhiễm mỡ nhiều vùng chậu gây chẩn đoán nhầm lẫn.

V. KẾT LUẬN

XQCLVT đa dãy đầu dò có giá trị cao trong chẩn đoán xâm lấn ngoài thành ($\geq T3b$) của UTBQ (độ nhạy 97,4%, độ đặc hiệu 89,7%).

Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán giai đoạn T: Độ chính xác cao 91,2% trong chẩn đoán giai đoạn $< T3b$. Ở giai đoạn T3b: độ nhạy 78,3%, độ đặc hiệu 98,3%, độ chính xác 95,9%. Ở giai đoạn T4a, XQCLVT có giá trị rất cao từ 90% trở lên đối với xâm lấn các tạng như niệu quản, TTL, ống tiêu hóa. Ít nhạy trong chẩn đoán xâm lấn tử cung và túi tinh (độ nhạy từ 40 - 50%), nhưng độ đặc hiệu và độ chính xác rất cao trên 95%. Ở giai đoạn T4b, XQCLVT có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác từ 99 - 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee CH, Tan CH, Faria SdC, al e. Role of imaging in the local staging of urothelial carcinoma of the bladder. Am J Roentgenol. 2017. 208: 1193-1205.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, al e. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018. 68: 394-424.
3. Salam MA, Principle and practices of urology, ed. 6. Vol. 2. 2013. 990-994.
4. Kim JK, Park S-Y, Ahn HJ, al e. Bladder Cancer: Analysis of Multi - Detector Row Helical CT Enhancement Pattern and Accuracy in Tumor Detection and Perivesical Staging. Radiology. 2004. 231: 725-731.
5. Pol CBvd, Sahn VA, Eberhardt SC, al e. Pretreatment Staging of Muscle - Invasive Bladder Cancer. ACR Appropriateness Criteria. 2017: 3.
6. Oz II, Altinbas NK, Serifoglu I, al e. The role of computerized tomography in the assessment of perivesical invasion in bladder cancer. Pol J Radiol. 2016. 81: 281-287.
7. Lê Minh Hoàn. Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán ung thư bàng quang, in Luận văn thạc sỹ y học. 2014, Đại học y Hà Nội.
8. Lê Thanh Dũng. Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u bàng quang, in Luận văn thạc sỹ y học. 2003, Đại học Y Hà Nội.
9. Kundra V, Silverman PM, Matin SF, al e. Imaging in oncology from the University of Texas M. D. Anderson Cancer Center: diagnosis, staging, and surveillance of prostate cancer. AJR Am J Roentgenol. 2007. 189: 830-844.
10. Woo S, Cho JY. Bladder Cancer: Imaging. 2018. 8: 87-122.
11. Bates AW, Baithun SI. Secondary neoplasms of the bladder are histological mimics of nontransitional cell primary tumours: clinicopathological and histological features of 282 cases. Histopathology 2000. 2000. 36: 3240.