

Nghiên cứu

DOI: 10.59715/ontjimp.3.4.22

Giá trị của X quang cắt lớp vi tính trong đánh giá ung thư biểu mô đường niệu trên

Hoàng Hồng Phúc^{1,2}, Đặng Ngọc Thạch¹

¹Bộ môn Chẩn đoán Hình Ảnh, Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Khoa Chẩn đoán Hình Ảnh, Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô đường niệu trên (UTBMĐT) là những khối u ác tính, phát sinh từ biểu mô của đường tiết niệu từ hệ thống đài bể thận đến niệu quản đoạn xa, việc phân giai đoạn chính xác là cần thiết trước khi thiết lập kế hoạch điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh UTBMĐT trên cắt lớp vi tính và xác định giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán giai đoạn ở bệnh nhân UTBMĐT.

Đối tượng - Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu 68 bệnh nhân UTBMĐT, được chụp XQCLVT tại BV Bình Dân TP.HCM từ 01/2023 đến 06/2024.

Kết quả: UTBMĐT phân bố ở đài bể thận và niệu quản với tỉ lệ gần như nhau, tổn thương thể khối chiếm ưu thế (67,6%) với tính chất bắt thuốc tương phản mạnh và đều sau tiêm. Đối với u đài bể thận, xâm lấn nhu mô thận thường gặp nhất với tỉ lệ 61,5%, còn u ở niệu quản thường chưa xâm lấn ngoài thành với tỉ lệ 77,5%. So sánh giai đoạn T trên XQCLVT và giải phẫu bệnh bằng chỉ số Kappa hiệu chỉnh thu được giá trị Kappa hiệu chỉnh là 0,7.

Kết luận: Cắt lớp vi tính là phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán giai đoạn T ở bệnh nhân UTBMĐT.

Từ khóa: Ung thư biểu mô đường niệu trên, bể thận, niệu quản, X quang cắt lớp vi tính, giai đoạn T.

Abstract

The value of computed tomography in evaluating upper tract urothelial carcinoma

Introduction: Upper tract urothelial carcinoma (UTUC) refers to malignant tumors arising from the urothelial cells lining of the urinary tract, extending from the renal calyces to the distal ureter. Accurate staging is of utmost importance before formulating a treatment plan. Therefore, we conducted this study to describe imaging characteristics and determine the values of computed tomography in staging patients with upper tract urothelial carcinoma.

Subjects - Methods: A retrospective cross-sectional study included 68 upper tract urothelial carcinoma patients who underwent CT scans at Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City, from January 2023 to June 2024.

Results: Upper tract urothelial carcinoma was distributed in the renal pelvis and ureter with an almost equal rate, with predominant mass lesions (67.6%) with strong and homogeneous enhancement after contrast injection. For renal pelvic tumors, renal parenchymal invasion was the most common finding at 61.5%, whereas ureteral tumors often showed no extramural invasion, accounting for 77.5%. A comparison of T staging

Ngày nhận bài:

20/8/2024

Ngày phân biệt:

20/9/2024

Ngày đăng bài:

20/10/2024

Tác giả liên hệ:

Hoàng Hồng Phúc

Email: drphuc0311@

gmail.com

ĐT: 0767702641

between CT - scans and histopathology showed good agreement, with weighted Kappa index 0,7 (95% CI, 0,6 - 0,9).

Conclusions: Computed tomography is a valuable method in evaluating T staging of upper tract urothelial carcinoma.

Key words: Upper tract urothelial carcinoma, renal pelvis, ureter, computed tomography, T staging.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô đường niệu trên (UTBMĐNT) là những khối u ác tính, phát sinh từ biểu mô của đường tiết niệu từ hệ thống đài bể thận đến niệu quản đoạn xa. Đây là một bệnh hiếm gặp, chiếm 5 - 7% trong tất cả các khối u thận và 5 - 10% trong tất cả các khối u đường tiết niệu, với tỉ lệ mắc hàng năm ước tính là 1 - 2 trường hợp trên 100.000 người [1]. Trên lâm sàng, bệnh nhân mắc ung thư biểu mô đường niệu trên có triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu thậm chí có đến 33% trường hợp phát hiện tình cờ nên thường dẫn đến phát hiện và chẩn đoán muộn [2]. Khoảng 60% ung thư biểu mô đường niệu trên là xâm lấn và 7% đã di căn khi chẩn đoán [3]. Đa số các trường hợp hiện diện với triệu chứng tiểu máu hoặc đau hông lưng do thận ứ nước gây ra bởi khối u [2]. Đối với những bệnh nhân ung thư biểu mô đường niệu trên, việc phân giai đoạn T chính xác, đặc biệt là phân biệt giữa giai đoạn sớm ($\leq T2$) với giai đoạn tiến triển ($\geq T3$) là cần thiết trước khi điều trị phẫu thuật vì hóa trị liệu tân bổ trợ trước và sau phẫu thuật được khuyến cáo là phương pháp điều trị có hiệu quả đối với bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển được chứng minh giúp tăng tỉ lệ sống sót [4]. So với nhiều phương thức hình ảnh khác được sử dụng để phát hiện ung thư biểu mô đường niệu trên, chẳng hạn như chụp niệu đồ cộng hưởng từ khuếch tán, chụp niệu đồ tĩnh mạch và chụp bể thận niệu quản ngược dòng, chụp X quang cắt lớp vi tính (XQCLVT) là phương tiện chẩn đoán mang lại hiệu quả cao [5]. Đặc biệt với thế hệ máy đa dãy đầu dò với ưu điểm thời gian chụp nhanh, cắt lát mỏng, có thể tái tạo hình ảnh đa mặt phẳng và đặc biệt giúp dựng hình đường tiết niệu từ đó đánh giá rõ và chi tiết cấu trúc giải phẫu đài bể thận và niệu quản, vừa giúp chẩn đoán vừa đánh giá tình trạng xâm lấn các cơ quan xung quanh [6].

Trong nước, đa số các nghiên cứu đã được báo cáo thường tập trung ở chẩn đoán và điều trị, chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá vai trò của X quang cắt lớp vi tính trong đánh giá giai đoạn ở bệnh nhân ung thư biểu mô đường niệu trên. Chính vì những lí do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu giá trị X quang cắt lớp vi tính trong chẩn đoán giai đoạn T ung thư biểu mô đường niệu trên”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 68 bệnh nhân (BN) UTBMĐNT được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân từ ngày 01/01/2023 đến ngày 30/06/2024.

2.2. Thời gian thực hiện: Hồi cứu từ ngày 01/01/2023 đến ngày 30/06/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.4. Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân được chụp XQCLVT có tiêm thuốc tương phản khảo sát hệ niệu trước phẫu thuật và được lưu trữ hình ảnh trong hệ thống PACS của bệnh viện Bình Dân. Bệnh nhân được phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh (GPB) là UTBMĐNT tại bệnh viện Bình Dân.

2.5. Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả những bệnh nhân UTBMĐNT phẫu thuật vì tái phát, đã từng điều trị trước đó.

Hình ảnh XQCLVT trong nghiên cứu này được thực hiện bởi các máy XQCLVT đa dãy đầu dò Philips 64 lát cắt và 128 lát cắt.

Chụp XQCLVT với các lớp cắt ngang trước và sau tiêm thuốc tương phản với chiều dày lát cắt 5mm và tái tạo mỏng 1,25mm, giới hạn trên là đỉnh vòm hoành, giới hạn dưới là bờ dưới khớp mu.

2.6. Liều thuốc tương phản: 2ml/kg, loại thuốc tương phản Xenetix 300mgI/ml hoặc Ultravist 300mgI/ml. Tốc độ tiêm 2 - 3ml/s.

Thì động mạch (giây thứ 25 - 30 tính từ thời điểm bắt đầu tiêm thuốc), thì tĩnh mạch (giây

thứ 70 - 80 tính từ thời điểm bắt đầu tiêm thuốc), chiều dày lớp cắt 5mm, tái tạo mỏng 1,25mm.

Chụp thì muộn sau 15 - 30 phút để đánh giá tình trạng đường bài xuất và chức năng thận. Bệnh nhân nín thở trong mỗi thì chụp.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê IBM SPSS Statistics 25.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong 68 BN UTBMĐNT được khảo sát, UTBMĐNT chiếm phần lớn ở nam giới với tỉ số nam/nữ = 2,8/1. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 63,5 ± 13,4 tuổi. UTBMĐNT phân bố ở đài bể thận và niệu quản với tỉ lệ gần như nhau (41,2% và 42,6%), có 14 bệnh nhân u ở nhiều vị trí trong đó 3 trường hợp u gặp ở nhiều đoạn của niệu quản và 11 trường hợp u nằm ở đài bể thận và niệu quản. U phân bố đều ở hai bên, kích thước trung bình 49,6 ± 26,1 mm, nhóm u kích thước > 50mm chiếm ưu thế (43,5%). (Bảng 1).

Bảng 1. Vị trí, kích thước và tính chất UTBMĐNT trên XQCLVT

Tính chất trên XQCLVT	N = 68
Vị trí	
Đài bể thận	28 (41,2%)
Niêu quản 1/3 trên	07 (10,3%)
Niêu quản 1/3 giữa	06 (8,8%)
Niêu quản 1/3 dưới	13 (19,1%)
Niêu quản nhiều vị trí	03 (4,4%)
Đài bể thận và niệu quản	11 (16,2%)
Bên	
Phải	35 (51,5%)
Trái	33 (48,5%)
Kích thước u (mm)	
Kích thước trung bình u	49,6 ± 26,1 mm (n = 46)
Kích thước u lớn nhất ở đài bể thận	148,9 mm
Kích thước u nhỏ nhất ở đài bể thận	20,0 mm
Kích thước u lớn nhất ở niệu quản	88,6 mm

Tính chất trên XQCLVT	N = 68
Kích thước u nhỏ nhất ở niệu quản	15,0 mm
Nhóm kích thước u	
< = 30 mm	12 (26,1%)
> 30 - < = 50 mm	14 (30,4%)
> 50 mm	20 (43,5%)
Dạng tổn thương	
Thể khối	46 (67,6%)
Thể thâm nhiễm	22 (32,4%)
Đậm độ u trước tiêm	
Cao	15 (22,1%)
Đồng	52 (76,5%)
Thấp	01 (1,5%)
Mức độ ngấm thuốc của u	
Mạnh	55 (80,9%)
Vừa	13 (19,1%)
Ít	0 (0%)
Dạng ngấm thuốc của u	
Đều	42 (61,8%)
Không đều	26 (38,2%)
n (%); Trung bình ± Độ lệch chuẩn	

Bảng 2. Đặc điểm xâm lấn của UTBMĐNT trên XQCLVT

U ở đài bể thận	N = 39
Không xâm lấn	15 (38,5%)
Chỉ xâm lấn nhu mô thận và mỡ xoang thận	17 (43,6%)
Xâm lấn nhu mô thận và khoang mỡ quanh thận, không xâm lấn tạng	05 (12,8%)
Xâm lấn tạng	02 (5,1%)
U ở niệu quản	
Không xâm lấn	31 (77,5%)
Xâm lấn mỡ quanh niệu quản	09 (22,5%)
Xâm lấn tạng	0 (0%)

Trên XQCLVT, đối với u ở bể thận thường thấy hình ảnh xâm lấn nhu mô thận và mỡ xoang thận (43,6%), xâm lấn khoang mỡ quanh thận (12,8%), xâm lấn tạng hiếm gặp chiếm 5,1%, các tạng xâm lấn bao gồm lách và cơ thắt lưng chậu. Còn đối với u ở niệu quản thường chưa xâm lấn ngoài thành (77,5%), xâm lấn mỡ quanh niệu quản (22,5%), không có trường hợp nào xâm lấn tạng (Bảng 2).

Bảng 3. Liên quan giữa vị trí u và mức độ xâm lấn

	Đài bể thận	Niệu quản	Tổng
Chưa xâm lấn (< T3)	15	31	46
Xâm lấn tiến triển (≥ T3)	24	9	33
Tổng	39	40	79

U ở vị trí đài bể thận thường được chẩn đoán ở giai đoạn xâm lấn tiến triển, chiếm 61,5%, trong khi u ở niệu quản là 22,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vị trí u và mức độ xâm lấn ($p = 0,001 < 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 4. Đặc điểm chung về giải phẫu bệnh của các trường hợp UTBMĐNT

Đặc điểm	N = 68
Loại tế bào	
Tế bào chuyển tiếp	61 (89,7%)
Tế bào tuyến	02 (2,9%)
Tế bào gai	05 (7,4%)
Độ biệt hóa	
Biệt hóa kém	43 (63,2%)
Biệt hóa vừa	13 (19,1%)
Biệt hóa tốt	12 (17,6%)

Kết quả giải phẫu bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 loại ung thư biểu mô đường niệu trên với phần lớn là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp chiếm 89,7% với mức độ biệt hóa kém chiếm ưu thế (63,2%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp chiếm ưu thế ở cả đài bể thận và ở niệu quản.

Bảng 5. Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn xoang thận và nhu mô thận đối với ung thư ở đài bể thận

XQCLVT \ GPB	Xâm lấn	Không xâm lấn	Tổng
Xâm lấn	22	2	24
Không xâm lấn	4	11	15
Tổng	26	13	39

Bảng 5 thể hiện giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn tại chỗ của ung thư ở đài bể thận tại xoang thận và nhu mô thận. Đối với đánh giá xâm lấn xoang thận và nhu mô thận, XQCLVT cho thấy độ nhạy 84,6%, độ đặc hiệu 84,6%, giá trị dự báo dương tính 91,7%, giá trị dự báo âm tính 73,3%, độ chính xác 84,6%.

Bảng 6. Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn lớp mỡ quanh thận và tổ chức xung quanh đối với ung thư ở đài bể thận

XQCLVT \ GPB	Xâm lấn	Không xâm lấn	Tổng
Xâm lấn	6	1	7
Không xâm lấn	1	31	32
Tổng	7	32	40

Bảng 6 thể hiện giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn tại chỗ của ung thư ở đài bể thận tới lớp mỡ quanh thận và tổ chức xung quanh. XQCLVT cho thấy độ nhạy 85,7%, độ đặc hiệu 96,9%, giá trị dự báo dương tính 85,7%, giá trị dự báo âm tính 96,9%, độ chính xác 94,9%.

Bảng 7. Giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn lớp mỡ quanh niệu quản đối với ung thư ở niệu quản

XQCLVT \ GPB	Xâm lấn	Không xâm lấn	Tổng
Xâm lấn	5	4	9
Không xâm lấn	1	30	31
Tổng	6	34	40

Bảng 7 thể hiện giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn mỡ quanh niệu quản. Đối với

ung thư ở niệu quản XQCLVT cho thấy độ nhạy 83,3%, độ đặc hiệu 88,2%, giá trị dự báo dương tính 55,6%, giá trị dự báo âm tính 96,8%, độ chính xác 87,5%.

Bảng 8. Mối liên quan giữa giai đoạn T trên XQCLVT và giai đoạn T trên GPB

		Trên GPB			
		T1-2	T3	T4	Tổng
CLVT	T1-2	31	5	0	36
	T3	5	19	1	25
	T4	0	1	6	7
	Tổng	36	25	7	68
Hệ số Kappa hiệu chỉnh		0,7 (KTC 95% 0,6 - 0,9)			

Nghiên cứu giá trị của XQCLVT trong đánh giá giai đoạn T của UTBMĐNT so với GPB, chúng tôi tính được hệ số Kappa hiệu chỉnh là 0,7 và KTC 95% (0,6 - 0,9), kết quả này cho thấy đánh giá giai đoạn T trên XQCLVT và GPB có sự phù hợp tốt (Bảng 8).

4. BÀN LUẬN

Trong 68 ca UTBMĐNT trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 63,5 tuổi với tuổi nhỏ nhất 29 tuổi và lớn nhất 91 tuổi, với 80% mẫu trên 55 tuổi. Nam giới chiếm phần lớn với tỉ số nam trên nữ là 2,8/1. Đối chiếu với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước có sự tương đồng [7,8]. Nguyên do đưa đến sự khác biệt này có lẽ do nam giới có xu hướng tiếp xúc trực tiếp với các yếu tố nguy cơ của ung thư nhiều hơn giới nữ, cụ thể là hút thuốc lá [9].

4.1. Đặc điểm hình ảnh học XQCLVT ung thư biểu mô đường niệu trên

4.1.1. Vị trí, kích thước, tính chất tổn thương

Tổn thương phân bố ở đài bể thận và niệu quản với tỉ lệ gần như nhau, tương tự với nghiên cứu của tác giả Seong Hyeon Yu (2020), nhưng có sự khác biệt với tác giả Nguyễn Thanh Vân (2015) và Nguyễn Duy Trí Dũng (2020) với tổn thương ở đài bể thận chiếm ưu thế [7,8,10]. U thể khối chiếm ưu thế (67,6%) với 43,5% trường hợp u có kích thước lớn hơn 50mm, các trường hợp trên cho thấy nghiên cứu chúng tôi phát hiện các tổn thương khi kích thước đã lớn. Bên cạnh đó, các tổn thương phần lớn có tính

chất ngấm thuốc đều (61,8%) và ngấm thuốc ở mức độ mạnh (80,9%).

4.1.2. Đặc điểm xâm lấn tại chỗ của UTBMĐNT trên XQCLVT

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân với khối u ở đài bể thận thường được chẩn đoán ở giai đoạn đã xâm lấn xoang thận và nhu mô thận chiếm tỉ lệ 61,5%, trong đó xâm lấn giới hạn tới xoang thận và nhu mô thận chiếm 43,6% còn xâm lấn đến lớp mỡ quanh thận chiếm 12,8%. Các trường hợp không xâm lấn chiếm tỉ lệ khoảng 38,5%. Xâm lấn tạng gặp ít với tỉ lệ 5,1%, bao gồm lách và cơ thắt lưng chậu. Nghiên cứu của tác giả Đoàn Vĩnh Thành (2008) trên 25 bệnh nhân u ở đài bể thận, có 20 bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn đã xâm lấn nhu mô thận chiếm 80% trong đó 14 bệnh nhân ở giai đoạn T3 (chiếm 56%), 6 bệnh nhân ở giai đoạn T4 (chiếm 24%) [11]. Trong 39 trường hợp nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân (2015), có 28 bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn đã xâm lấn xoang thận và nhu mô thận chiếm 71,8% trong đó 8 bệnh nhân ở giai đoạn T3 (chiếm 20,5%), 20 bệnh nhân ở giai đoạn T4 (chiếm 51,3%) [10].



Hình 1: Ung thư biểu mô bể thận xâm lấn nhu mô thận. (Mã số: 701412230200602).



Hình 2: Ung thư biểu mô bể thận xâm lấn lớp mỡ quanh thận. (Mã số: 701412231211370).

Ngược lại, bệnh nhân với khối u ở niệu quản thường được chẩn đoán ở giai đoạn chưa xâm lấn tới lớp mỡ quanh niệu quản (chiếm tỷ lệ 77,5%), xâm lấn mỡ xung quanh niệu quản chiếm 22,5% các trường hợp. Không có trường hợp nào xâm lấn tạng. Trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Vĩnh Thành (2008), có 15 bệnh nhân u ở niệu quản, có 10 bệnh nhân chưa xâm lấn lớp mỡ quanh niệu quản chiếm 66,7%, còn lại 5 bệnh nhân đã xâm lấn lớp mỡ quanh niệu quản, trong đó 4 bệnh nhân ở giai đoạn T3 chiếm 26,7%, 1 bệnh nhân giai đoạn T4 chiếm 6,6% [11]. Trong 24 trường hợp nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân (2015), có 13 bệnh nhân ở giai đoạn chưa xâm lấn chiếm 54,2%, 11 bệnh nhân được chẩn đoán đã xâm lấn mỡ quanh niệu quản, trong đó 10 bệnh nhân ở giai đoạn T3 chiếm 41,7%, 1 bệnh nhân giai đoạn T4 chiếm 4,1% [10].



Hình 3: Ung thư biểu mô niệu quản xâm lấn lớp mỡ quanh niệu quản.
(Mã số: 701412231113705)

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh mối liên quan vị trí u và mức độ xâm lấn, chúng tôi nhận thấy u ở vị trí đài bể thận có tỷ lệ xâm lấn cao hơn u ở niệu quản ($p = 0,001 < 0,05$). Có thể thấy, bệnh nhân với u ở niệu quản thường được phát hiện ở giai đoạn sớm hơn, điều này có thể được giải thích do u ở niệu quản hầu như luôn gây dẫn đường niệu phía trên u dù u chỉ có kích thước nhỏ, từ đó gây triệu chứng khiến bệnh nhân đến khám và phát hiện sớm. Bên cạnh đó, siêu âm có thể dễ dàng phát hiện tình trạng ứ nước thận, là dấu hiệu gián tiếp quan trọng để tìm tổn thương cũng như chỉ định XQCLVT để tìm nguyên nhân gây ứ nước, trong khi với u ở đài bể thận kích thước nhỏ có thể khó phát hiện tình trạng ứ nước thận trên siêu âm.

4.2. Giá trị của XQCLVT trong đánh giá ung thư biểu mô đường niệu trên

4.2.1. Đánh giá xâm lấn của ung thư ở đài bể thận

4.2.1.1. Xâm lấn xoang thận và nhu mô thận

Nghiên cứu của chúng tôi có 26/39 (66,7%) trường hợp xâm lấn xoang thận và nhu mô thận, giá trị của XQCLVT trong đánh giá xâm lấn xoang thận và nhu mô thận có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác trong chẩn đoán xâm lấn nhu mô thận lần lượt là 84,6%; 84,6%; 91,7%; 73,3% và 84,6%. Trường hợp dương tính giả có thể được giải thích do tình trạng viêm nhiễm và tổn thương sẹo cũ làm giảm đậm độ trên hình ảnh gây nhầm lẫn với xâm lấn nhu mô thận. Trường hợp âm tính giả do xâm lấn vi thể khó phát hiện được trên hình ảnh.

4.2.1.2. Xâm lấn lớp mỡ quanh thận và tổ chức xung quanh

Nghiên cứu của chúng tôi có 7/39 (17,9%) trường hợp xâm lấn lớp mỡ quanh thận và cấu trúc xung quanh, giá trị của XQCLVT có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác trong chẩn đoán lần lượt là 85,7%; 96,9%; 85,7%; 96,9% và 94,9%. Trường hợp dương tính giả có thể được giải thích do phản ứng viêm thâm nhiễm mỡ gây nhầm lẫn với u xâm lấn.

4.2.2. Đánh giá xâm lấn của ung thư ở niệu quản

Xâm lấn lớp mỡ quanh niệu quản

Nghiên cứu của chúng tôi có 6/40 (15%) trường hợp xâm lấn lớp mỡ quanh niệu quản, giá trị của XQCLVT có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác trong chẩn đoán lần lượt là 83,3%; 88,2%; 55,6%; 96,8%; 87,5%. Phần lớn các trường hợp đánh giá sai trong nghiên cứu của chúng tôi là quá mức tổn thương với 4 trường hợp dương tính giả, có thể lí giải do tình trạng viêm cấp tính thâm nhiễm mỡ quanh niệu quản, tình trạng viêm mãn tính do ứ nước lâu ngày tạo phản ứng xơ hóa, tình trạng xuất huyết của khối u.

4.3. Giá trị của XQCLVT trong đánh giá giai đoạn T ung thư biểu mô đường niệu trên

Trong số 68 trường hợp ung thư biểu mô đường niệu trên của chúng tôi thì 36 trường hợp

u ở giai đoạn T1-T2, 25 trường hợp u ở giai đoạn T3 và 7 trường hợp u ở giai đoạn T4. Chẩn đoán trên mức tổn thương và dưới mức tổn thương với tỉ lệ ngang nhau là 8,8% trường hợp. Giai đoạn T4 có mức chẩn đoán đúng cao nhất 6/7 trường hợp (85,7%). Chẩn đoán đúng giai đoạn T3 là 76% và giai đoạn T1-T2 là 86,1%. CLVT chẩn đoán đúng giai đoạn T 82,4%, và có sự phù hợp tốt với giai đoạn T trên GPB với giá trị Kappa hiệu chỉnh là 0,7. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy XQCLVT là một phương tiện đáng tin cậy trong đánh giá giai đoạn T ở bệnh nhân UTBMĐNT.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 68 bệnh nhân UTBMĐNT, chúng tôi rút ra được những kết luận sau. UTBMĐNT thường gặp ở nam lớn tuổi, tổn thương gặp ở đài bể thận và niệu quản với tỉ lệ gần như nhau, tổn thương thể khối chiếm ưu thế với tính chất bất thuốc tương phần đều và mạnh trên XQCLVT.

Trong đánh giá xâm lấn tại chỗ đối với ung thư ở đài bể thận, xâm lấn xoang thận và nhu mô thận thường thấy nhất, tiếp theo là xâm lấn lớp mỡ quanh thận, XQCLVT cho thấy giá trị chẩn đoán cao. Trong khi đó, với ung thư ở niệu quản thường cho thấy tổn thương chưa xâm lấn đến lớp mỡ quanh niệu quản.

XQCLVT ghi nhận sự đồng thuận cao với kết quả GPB trong việc chẩn đoán giai đoạn T.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal AJ. Cancer statistics, 2018. 2018;68(1):7-30.
2. Inman BA, Tran VT, Fradet Y, Lacombe LJC. Carcinoma of the upper urinary tract: predictors of survival and competing causes of mortality. 2009;115(13):2853-2862.
3. Margulis V, Shariat SF, Matin SF, et al.

Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. 2009; 115(6): 1224-1233.

4. Kim DK, Lee JY, Kim JW, Hah YS, Cho KS. Effect of neoadjuvant chemotherapy on locally advanced upper tract urothelial carcinoma: a systematic review and meta-analysis. 2019;135:59-65.
5. Mohapatra A, Vemana G, Bhayani S, Baty J, Vetter J, Strobe SA. Trends in the utilization of imaging for upper tract urothelial carcinoma. Elsevier; 2016:236. e23-236. e28.
6. Tsili A, Efremidis S, Kalef-Ezra J, et al. Multi-detector row CT urography on a 16-row CT scanner in the evaluation of urothelial tumors. 2007;17:1046-1054.
7. Nguyễn Duy Trí Dũng. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
8. Yu SH, Hur YH, Hwang EC, et al. Does multidetector computed tomographic urography (MDCTU) T staging classification correspond with pathologic T staging in upper tract urothelial carcinoma? 2021;53:69-75.
9. Nguyễn Bửu Triều. “U đường tiết niệu trên”. Bệnh học tiết niệu. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2007.
10. Nguyễn Thanh Vân. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán u đường bài xuất tiết niệu cao. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
11. Đoàn Vĩnh Thành. Nghiên cứu giá trị chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u đường tiết niệu trên. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2008.