

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH 6 ĐẦU DÒ TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN UNG THƯ DẠ DÀY

ĐOÀN TIẾN LỰU, BÙI VĂN LỆNH, LÊ TUẤN LINH
LÊ DUY CHUNG, PHẠM CHÍNH TRỰC,
NGUYỄN THỊ HƯƠNG, MAI THẾ CẢNH, NGUYỄN VĂN QUẾ

TÓM TẮT

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính 6 dãy trong chẩn đoán giai đoạn ung thư dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đánh giá nghiệm pháp chẩn đoán tiến cứu gồm 39 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày trên nội soi, chụp cắt lớp vi tính trước mổ tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đối chiếu kết quả với phẫu thuật và giải phẫu bệnh sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình $61,6 \pm 14,4$; 46,2% > 60 tuổi; nam/nữ: 1,44/1. Đánh giá giai đoạn T có độ chính xác 70%. Xác định hạch có độ nhạy 79,4%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 82%. Đánh giá di căn tạng có độ nhạy 45,5%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 84,6%. **Kết luận:** CLVT có giá trị cao trong đánh giá giai đoạn ung thư dạ dày trước mổ.

Từ khóa: ung thư dạ dày, CLVT ung thư dạ dày. Se: độ nhạy; Sp: độ đặc hiệu; Acc: độ chính xác.

SUMMARY

Purpose: To prospectively evaluate the accuracy of six-detector row CT gastrography for preoperative staging of gastric cancer, with pathologic and surgical results as the reference standard. **Material and methods:** 39 patients with endoscopically proved gastric cancer underwent unenhanced and enhanced six-detector row CT gastrography. We evaluated the depth of tumor invasion into the gastric wall (tumor staging), the involvement of regional lymph nodes (nodal staging), and the presence of metastasis (metastatic staging) on transverse and multiplanar reformation CT images. TNM staging of each tumor was compared with the pathologic and surgical results. Diagnostic accuracy in TNM staging was analyzed. **Results:** The overall accuracy of the tumor staging was 70% with transverse and multiplanar reformation CT images ($p < 0.05$). The overall accuracy of lymph node staging was 82% (< 0.05). For metastasis staging, the accuracy was 84% ($p > 0.05$). **Conclusion:** Six-detector row CT gastrography has high accuracy for preoperative staging of gastric cancer.

Keywords: Multi-detector row CT gastrography, gastric cancer.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính thường gặp ở đường tiêu hóa, 95% là ung thư biểu mô tuyến [1]. Bệnh có tỷ lệ tử vong cao chỉ đứng sau ung thư phổi (800.000 ca/năm) [2]. UTDD có tỷ lệ mắc cao nhất ở Nhật Bản, Hàn Quốc, tiếp đến là Đông Nam Á. Việt Nam có tỷ lệ mắc cao hơn tỷ lệ trung bình trên

thế giới [3]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu, mang tính quyết định, xạ trị và hóa chất là các phương pháp điều trị bổ trợ.

UTDD có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp. Tỷ lệ sống sau 5 năm đối với giai đoạn muộn dưới 20%, với giai đoạn sớm tỷ lệ này là 90% [4]. Chẩn đoán đúng giai đoạn của UTDD là rất quan trọng đối với phẫu thuật triệt căn, nâng cao thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Nội soi, siêu âm nội soi... là phương pháp chẩn đoán xác định UTDD nhưng không chẩn đoán được xâm lấn và di căn.

Cắt lớp vi tính (CLVT) với các thế hệ mới đa dãy đầu dò cho phép cắt nhanh, cắt mỏng, tái tạo hình ảnh theo các hướng đứng dọc, đứng ngang có giá trị cao trong đánh giá xâm lấn và di căn, góp phần quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn TNM của UTDD, định hướng cho việc quyết định phương pháp điều trị và tiên lượng. Ngày nay hệ thống CLVT đã khá phổ biến ở nhiều bệnh viện, việc áp dụng chụp CLVT trước phẫu thuật của UTDD là tương đối thuận lợi. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Giá trị của cắt lớp vi tính 6 đầu dò trong chẩn đoán giai đoạn ung thư dạ dày".

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được tiến hành tại viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2012 đến tháng 7/2013.

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 39 bệnh nhân được nội soi và sinh thiết có kết quả là UTDD, được chụp CLVT trước mổ, được phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh (GPB). Không đưa vào nghiên cứu những trường hợp không thỏa mãn điều kiện trên.

Phương pháp nghiên cứu: Đánh giá một nghiệm pháp chẩn đoán, tiến cứu. Đối chiếu kết quả chụp cắt lớp vi tính với kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật sử dụng Se: độ nhạy; Sp: độ đặc hiệu; Acc: độ chính xác.

Phương tiện và kỹ thuật chụp CLVT:

Phương tiện: Máy CLVT 6 dãy đầu dò "Somatom Emotion" của hãng Siemens.

Kỹ thuật: Bệnh nhân được nhịn ăn trước 6 giờ, uống khoảng 1000ml nước hoặc uống tối đa trước khi chụp để làm căng dạ dày [5], chụp xoắn ốc bê dày lớp cắt 3-5mm, tái tạo mỏng 1-2mm theo các mặt phẳng ngang, đứng ngang, đứng dọc. Chụp 3 thì: Trước tiêm; thì động mạch (giây thứ 25 sau tiêm); thì tĩnh mạch (giây thứ 50-70 sau tiêm), chụp thì muộn khi cần thiết.

Phân tích hình ảnh: U được xác định khi có biểu hiện dày bất thường của thành dạ dày (>10mm vị trí môn vị và >6mm vị trí khác); mất nếp niêm mạc của dạ dày; ngấm thuốc bất thường của thành dạ dày [6]. Đánh giá xâm lấn tại chỗ của u bằng cách xác định u còn khu trú trong thành dạ dày (T1-T2), đã xâm lấn tổ chức mỡ xung quanh (T3), xâm lấn tạng lân cận (T4) [7]. Đánh giá hạch bất thường khi có đường kính trực ngắn >6mm với hạch quanh dạ dày, >8mm với hạch vị trí khác [8]. Phân giai đoạn TNM theo phân loại TNM của hiệp hội chống ung thư quốc tế (UICC) [9].

Bảng 1. Phân giai đoạn TNM theo UICC

T	T1	Tồn thương u ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc
	T2	Tồn thương u xâm lấn tới lớp cơ
	T3	Tồn thương u đã lan tới thanh mạc
	T4	Tồn thương u đã lan qua thanh mạc xâm lấn tạng lân cận
N	No	Không có hạch vùng
	N1	Có từ 1 – 6 hạch vùng
	N2	Có từ 7 – 15 hạch vùng
	N3	Có >15 hạch vùng
M	Mo	Không có di căn xa
	M1	Có di căn xa

Kết quả CLVT được so sánh với kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

Xử lý số liệu: số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 39 bệnh nhân UTDD được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội chúng tôi thu được kết quả như sau:

Tuổi: Từ 31 – 87, trung bình $61,6 \pm 14,4$, 46,2% > 60 tuổi.

Giới: Nam 59%, nữ 41%. Tỷ lệ nam/nữ: 1,44/1.

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T:

Bảng 2. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T so với giải phẫu bệnh

GPB CLVT	T1-T2	T3	T4	Tổng	Se (%)	Sp (%)	Acc (%)
T1-T2	8	5	1	14	80	79	79,5
T3	2	14	1	17	63,6	82,4	72
T4	-	3	5	8	71,4	90	87,2
Tổng	10	22	7	39			

Giá trị của CLVT trong đánh giá tổng thể giai đoạn T có độ chính xác (Acc) là 70%.

Giá trị của CLVT trong xác định hạch ổ bụng so với phẫu thuật

Bảng 3. Giá trị của CLVT trong xác định hạch ổ bụng so với phẫu thuật

PT CLVT	Có hạch	Không có hạch	Tổng
Có hạch	27	-	27
Không có hạch	7	5	12
Tổng	34	5	39

Se (độ nhạy) = 79,4%; Sp (độ đặc hiệu) = 100%, Acc (độ chính xác) = 82%.

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán di căn xa trong ổ bụng:

Bảng 4. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán di căn xa trong ổ bụng

PT	Có di căn	Không có di căn	Tổng
----	-----------	-----------------	------

CLVT			
Có di căn	5	-	5
Không có di căn	6	28	34
Tổng	11	28	39

Se = 45,4%; Sp = 100%; Acc = 84,6%.

BÀN LUẬN

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T:

UTDD thường có xu hướng phát triển ra xung quanh, xâm lấn lớp mỡ và/hoặc các tạng lân cận. CLVT là phương pháp tốt để đánh giá mức độ xâm lấn của tổn thương góp phần quan trọng trong việc lên kế hoạch điều trị và tiên lượng.

Về mặt mô bệnh học phân chia T1 khi u còn giới hạn ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, T2 khi u đã xâm lấn tới lớp cơ, CLVT rất khó phân biệt hai giai đoạn này vì vậy trong nghiên cứu này chúng tôi gộp chung giai đoạn T1 và T2 thành một nhóm T1-T2.

Chúng tôi nghiên cứu 39 bệnh nhân UTDD được chụp CLVT, so sánh kết quả với GPB thấy:

Giai đoạn T1-T2 có 14/39 bệnh nhân chiếm 36%, giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T1-T2 có Se 80%, Sp 79%, Acc 79,5%. Giai đoạn T3 có 17/39 bệnh nhân chiếm 43,6%, giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T3 có Se 63,6%, Sp 82,4%, Acc 72%. Giai đoạn T4 có 8/39 bệnh nhân chiếm 20%, giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T4 có Se 71,4%, Sp 90%, Acc 82,7%. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tổng thể giai đoạn T có Acc 70%. Trong đánh giá giai đoạn T đáng chú ý có 2 bệnh nhân giải phẫu bệnh là T4, CLVT chẩn đoán là T3 sau khi hồi cứu lại chúng tôi nhận thấy cả hai bệnh nhân này đều rất khó: một bệnh nhân xâm lấn tá tràng và một bệnh nhân xâm lấn mạc nối nhỏ.

Nhận thấy độ nhạy trong chẩn đoán T3 (63,6%), T4 (71,4) là thấp hơn T1-T2 (80%) điều này được lý giải là do trong nghiên cứu này chúng tôi gộp chung T1 và T2 vào một nhóm T1-T2, nếu tách biệt thành T1 và T2 thì độ nhạy sẽ còn thấp hơn nhiều so với T3 và T4 do có sự nhầm lẫn giữa hai giai đoạn này.

Giá trị của CLVT trong xác định hạch ổ bụng:

Di căn hạch trong UTDD là yếu tố tiên lượng quan trọng, giúp quyết định hóa trị sau mổ cũng như tiên lượng thời gian sống thêm. Tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có sự đồng thuận về tiêu chuẩn (kích thước, hình dạng) để phân biệt hạch di căn với hạch bình thường và hạch viêm. Theo nghiên cứu của D'Elia F. và cs, với tiêu chuẩn hạch di căn trong UTDD có đường kính trực ngắn >6mm với hạch quanh dạ dày và >8mm ở vị trí khác thì độ nhạy 97,2% [8], với tiêu chuẩn này trong nghiên cứu của chúng tôi có 27/39 bệnh nhân có hạch trên CLVT chiếm 69,2%. Giá trị của CLVT trong xác định hạch di căn có Se 79,4%, Sp 100%, Acc 82%.

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán di căn xa trong ổ bụng:

Di căn trong UTDD hay gặp nhất là di căn phúc mạc tiếp đến là gan, phổi, tuyến thượng thận... Di căn buồng trứng cũng hay gặp (khối Krukenberg). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5/39 BN được nhận định có di căn trên CLVT chiếm 12,8%. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán di căn xa trong ổ bụng có Se 45,5%,

Sp 100%, Acc 84,6%. Trong nghiên cứu này chúng tôi có 7 bệnh nhân có di căn phúc mạc phẫu thuật, CLVT chẩn đoán đúng 2 bệnh nhân còn 5 bệnh nhân không đánh giá được, sau khi hồi cứu lại chúng tôi thấy rằng cả 5 bệnh nhân này đều có những nốt di căn nhỏ phúc mạc và mạc nối. Với CLVT những nốt tổn thương < 5mm thì khả năng phát hiện là rất khó, điều đó lý giải vì sao độ nhạy trong nghiên cứu của chúng tôi không cao. Vấn đề này có thể được khắc phục với các thế hệ máy mới như 64, 128 hay 256 dãy đầu dò.

KẾT LUẬN

CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán mức độ xâm lấn tại chỗ của UTDD, xác định hạch bất thường và di căn tạng trong ổ bụng góp phần quan trọng trong phân giai đoạn TNM trước mổ, định hướng cho quá trình điều trị và tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Phúc Cường và Đỗ Đức Vân (1998), Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh, các phương pháp điều trị ung thư dạ dày không thuộc ung thư biểu mô tuyến, *Y học thực hành*, 4, 43-46.
2. Garcia M., Jemal A., Ward E.M., et al. (2007), Global cancer Facts & Figures 2007, *American Cancer Society*.
3. Nguyễn Văn Hiếu (1997), "Ung thư dạ dày", *Bài giảng ung thư học*, Nhà xuất bản Y học, 195-198.
4. Moore JR (1986), Gastric carcinoma: 30-year review, *Can J Surg*, 29, 25-28.
5. Horton K. M. Fishman E. K. (2003), Current role of CT in imaging of the stomach, *Radiographics*, 23 (1), 75-87.
6. Insko E. K., Levine M. S., Birnbaum B. A., et al. (2003), Benign and malignant lesions of the stomach: evaluation of CT criteria for differentiation, *Radiology*, 228 (1), 166-71.
7. Lee I. J., Lee J. M., Kim S. H., et al. (2009), Helical CT evaluation of the preoperative staging of gastric cancer in the remnant stomach, *AJR Am J Roentgenol*, 192 (4), 902-8.
8. D'Elia F., Zingarelli A., Palli D., et al. (2000), Hydro-dynamic CT preoperative staging of gastric cancer: correlation with pathological findings. A prospective study of 107 cases, *Eur Radiol*, 10 (12), 1877-85.
9. Karpeh M. S., L. Leon, D. Klimstra, et al. (2000), Lymph node staging in gastric cancer: is location more important than Number? An analysis of 1,038 patients, *Ann Surg*, 232 (3), 362-71.