



Original Article

The Value of Magnetic Resonance in Assessment of Size, Invasion, Metastasis and Cervical Cancer Stage Classification

Doan Van Ngoc¹, Bui Van Lenh², Bui Dieu³

¹*VNU School of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi, 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam*

²*Hanoi Medical University, No. 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam*

³*Vietnam National Cancer Hospital Base 3, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam*

Received 04 April 2020

Revised 18 April 2020; Accepted 20 June 2020

Abstract: This study investigates the value of magnetic resonance (MR) in assessing size, invasion, lymph node metastasis and cervical cancer stage classification in 117 patients who underwent surgery for whole hysterectomy and pelvic lymph node dredge in Vietnam National Cancer Hospital from July 2016 to August 2018. The study results show that tumor size accuracy (Acc) was 93.2%; vaginal invasion Sp was 98.2%; Acc, 96.6%, NPV, 98.2%; parametrial invasion Sp, 98.2%; Acc, 98.3%, NPV, 100%; pelvic wall invasion Acc, 98.3%; Sp was 115/116, 99.1%; NPV, 99.1%; metastatic lymph node Sp, 98.0%; Acc, 88.9%; NPV, 89.8%. The Acc of the value of MR in cervical cancer stage diagnosis from stage IB was 96.1%; and the overall Acc was 82.9%. The study results also show that the use of MRI in combination with clinical examination in size, invasion, metastasis and cervical cancer stage classification is necessary to improve the accuracy of the diagnosis.

Keywords: Cervical cancer, MRI of cervix.

* Corresponding author.

E-mail address: doanvanngoc2010@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4225>

Giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn và phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung

Doãn Văn Ngọc¹, Bùi Văn Lệnh², Bùi Diệu³

¹Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội, số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện K Cơ sở 3, Tân Triều, Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 04 tháng 4 năm 2020

Chỉnh sửa ngày 18 tháng 4 năm 2020; Chấp nhận đăng ngày 20 tháng 6 năm 2020

Tóm tắt: Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn hạch và phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung ở 117 bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tử cung và nạo vét hạch chậu tại bệnh viện K từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 8 năm 2018. Kết quả: đánh giá KT u Acc = 93,2%; đánh giá xâm lấn âm đạo Sp = 98,2%; Acc = 96,6%, NPV = 98,2%; đánh giá xâm lấn DCR Sp = 98,2%; Acc = 98,3%; NPV = 100%; xâm lấn thành bên chậu hông Acc = 98,3%; Sp = 115/116 = 99,1%; NPV = 99,1%; hạch di căn Sp = 98,0%; Acc = 88,9%; NPV = 89,8%; Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT GD IB Acc = 96,1%; tính chung Acc = 82,9%. Kết luận: sử dụng CHT phối hợp với LS trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn và phân loại giai đoạn UT CTC là cần thiết để nâng cao độ chính xác của chẩn đoán.

Từ khóa: Ung thư CTC, CHT cổ tử cung.

1. Mở đầu

Ung thư cổ tử cung (UT CTC) là khối u ác tính thường gặp ở phụ nữ, đứng thứ hai sau ung thư vú. Năm 2012 trên thế giới có khoảng 527.600 trường hợp mới mắc và khoảng 265.700 trường hợp tử vong [1]. Tại Mỹ, năm 2015 có 12.900 trường hợp mới mắc và 4.100 trường hợp tử vong. Tại Việt Nam, UT CTC là một trong 5 ung thư thường gặp ở nữ, năm 2010 có 5.664 ca mới mắc và hơn 3000 ca tử vong.

Tiền lượng bệnh nhân UT CTC phụ thuộc vào giai đoạn (GD) bệnh, tỷ lệ sống sót sau 5 năm ở GD I trên 90%, GD II từ 60% đến 80%, GD III khoảng 50% và GD IV dưới 30% [2]. Việc chẩn đoán phát hiện sớm và điều trị kịp thời

có vai trò đặc biệt quan trọng trong cải thiện tiên lượng bệnh.

Hệ thống phân loại giai đoạn UT CTC của Liên đoàn Sản phụ khoa quốc tế (FIGO) được sử dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở Việt Nam trong lập kế hoạch điều trị UT CTC. Nếu chỉ dựa vào thăm khám lâm sàng, việc đánh giá và phân loại GD bệnh theo tiêu chuẩn FIGO có tỷ lệ sai sót rất cao: trên 25% ở GD I, II từ 50%-65% ở GD IIA đến IIIB và 67% ở GD IVA. Hiện nay nhờ có chụp cộng hưởng từ (CHT) việc phân loại, đánh giá giai đoạn UT CTC trở nên chính xác hơn. Một số nghiên cứu cho rằng CHT có thể xác định UT CTC xâm lấn các mô lân cận tử cung với độ chính xác 88% - 97%, độ đặc hiệu 93% và giá trị dự báo âm tính 94% - 100% [3].

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: doanvanngoc2010@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4225>

Trong phân loại giai đoạn UT CTC cộng hưởng từ có độ chính xác từ 85-96%. Hiện nay tại Việt Nam máy CHT 1.5 tesla đã được trang bị khá rộng rãi ở các bệnh viện, bước đầu góp phần vào chẩn đoán, phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư nói chung và UT CTC nói riêng. Để góp phần tìm hiểu về chẩn đoán và điều trị UT CTC, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn hạch và phân loại giai đoạn theo FIGO ung thư cổ tử cung.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- + Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - Có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô cổ tử cung
 - Được chụp cộng hưởng từ trước phẫu thuật.
 - Được phẫu thuật cắt tử cung và nạo vét hạch chậu tại bệnh viện K.
 - Bệnh phẩm sau phẫu thuật được làm giải phẫu bệnh.
- + Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn lựa chọn

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- + Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- + Cỡ mẫu: số bệnh nhân tối thiểu tính theo công thức:

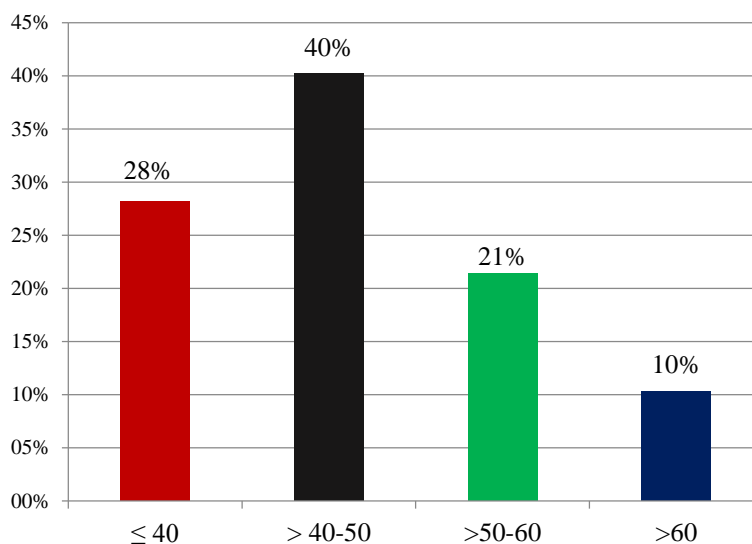
$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot p(1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó:

- n là số bệnh nhân tối thiểu cần có;
 - $Z_{1-\alpha/2}$ là trị số phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.
 - p: tỷ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn của UT CTC trên CHT. Theo một số nghiên cứu chẩn đoán giai đoạn UT CTC cộng hưởng từ có độ chính xác là 85% - 96%, chọn $p = 0,93$.
 - ε : độ chính xác tương đối, chọn bằng 0,05.
- Thay số $n = 116$ bệnh nhân. Chúng tôi chọn được 117 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.
- + Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

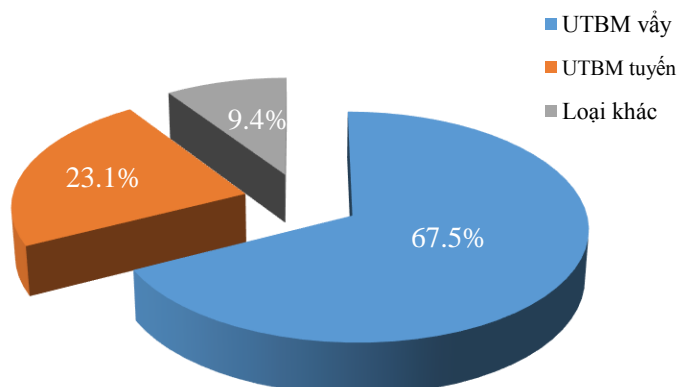
3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung



Hình 1. Phân bố bệnh nhân ung thư cổ tử cung theo độ tuổi.

Nhận xét: tuổi trung bình $46,52 \pm 9,9$, cao nhất 71, thấp nhất 25.



Hình 2. Phân bố bệnh nhân theo kết quả mô bệnh học.

Nhận xét: ung thư biểu mô vảy chiếm tỉ lệ cao nhất 67,5%.

3.2. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn hạch và phân loại GD UT CTC

Bảng 1. Đối chiếu đánh giá kích thước khối u giữa CHT và GPB đại thể với các trường hợp được PT (cả trước hoặc sau xạ trị)

GPB \ CHT	≤ 7mm	8 → 40mm	> 40mm	Tổng
Đúng kích thước	70	33	6	109
Sai kích thước	2	4	2	8
Tổng	72	37	8	117

Nhận xét: với sai lệch trong khoảng 5mm, Acc = $109/117 = 93,2\%$ ($p < 0,05$).

Bảng 2. Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT và GPB với các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
Có xâm lấn	6	2	8
Không xâm lấn	2	107	109
Tổng	8	109	117

Nhận xét: Se = $6/8$; Sp = $107/109 = 98,2\%$; Acc = $113/117 = 96,6\%$; PPV = $6/8$; NPV = $107/109 = 98,2\%$.

Bảng 3. Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa CHT và GPB của các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị

CHT \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có xâm lấn DCR	5	2
Ko xâm lấn DCR	0	110	110
Tổng	5	112	117

Nhận xét: Se = 5/5; Sp = 110/112 = 98,2%; Acc = 115/117 = 98,3%; PPV = 5/7; NPV = 110/110 = 100%

Bảng 4. Đối chiếu đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông giữa CHT và GPB ở các trường hợp được phẫu thuật trước hoặc sau xạ trị

CHT \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có xâm lấn	0	1
Không xâm lấn	1	115	116
Tổng	1	116	117

Nhận xét: Acc = 115/117 = 98,3%; Sp = 115/116 = 99,1%; NPV = 115/116 = 99,1%

Bảng 5. Đối chiếu đánh giá di căn hạch giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước hoặc sau xạ trị

CHT \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có di căn hạch	7	2
Ko di căn hạch	11	97	108
Tổng	18	99	117

Nhận xét: Se = 7/18; Sp = 97/99 = 98,0%; Acc = 104/117 = 88,9%; PPV = 7/9; NPV = 97/108 = 89,8%

Bảng 6. Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB với các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị.

CHT \ GPB	Âm tính	Dương tính						Tổng
		IA	IB	IIA	IIB	IIIB	IIIC	
Không thấy u	54							54
Có thấy u	Đúng GD	7	25	1	3	0	7	43
	Sai GD	2	3	1	2	0	11	20
Tổng	56	10	26	3	3	1	18	117

Nhận xét: GD IA: Acc = 7/10; GD IB: Acc = 25/26 = 96,1%; GD IIA: Acc = 1/3; GD IIB: Acc = 3/3; GD IIIC: Acc = 7/18. Tính chung: Acc = 97/117 = 82,9%

Bảng 7. Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB với các trường hợp được PT sau xạ trị

CHT \ GPB		Âm tính	Dương tính					Tổng	
			IA	IB	IIA	IIB	IIIB		IIIC
Không thấy u		50	1				4	55	
Có thấy u	Đúng GD		3	1		1	2	7	
	Sai GD	2			2		1	3	8
Tổng		52	4	1	2	1	1	9	70

Nhận xét: GD IA: Acc = 3/4; GD IB: Acc = 1/1; GD IIA: Acc = 0/2; GD IIB: Acc = 1/1; GD IIIB: Acc = 0/1; GD IIIC: ACC = 2/9. Tính chung: Acc = 57/70 = 81,4%

Bảng 8. Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB ở các trường hợp được PT trước xạ trị

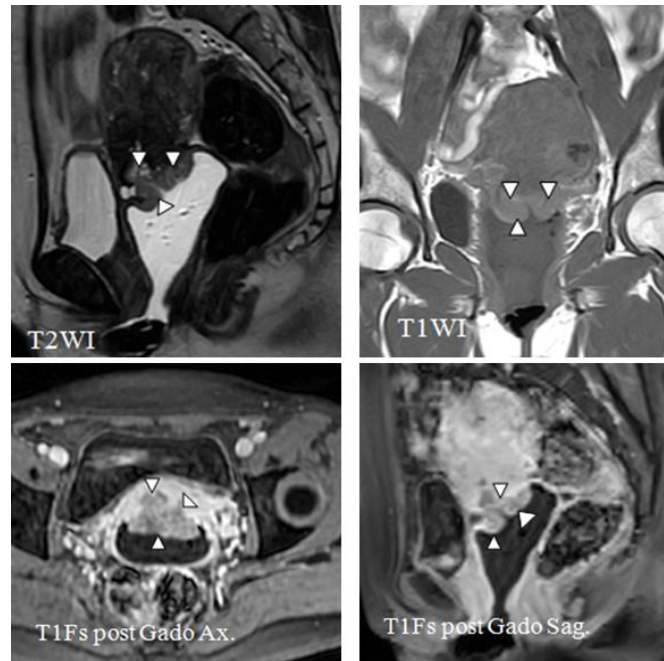
CHT \ GPB		Âm tính	Dương tính					Tổng
			IA	IB	IIA	IIB	IIIC	
Không thấy u		4	2					6
Có thấy u	Đúng GD		4	24	1	2	5	36
	Sai GD			1			4	5
Tổng		4	6	25	1	2	9	47

Nhận xét: GD IA: Acc = 4/6; GD IB: Acc = 24/25 = 96,0%; GD IIA: Acc = 1/1; GD IIB: Acc = 2/2. Tính chung: Acc = 40/47 = 85,1%.

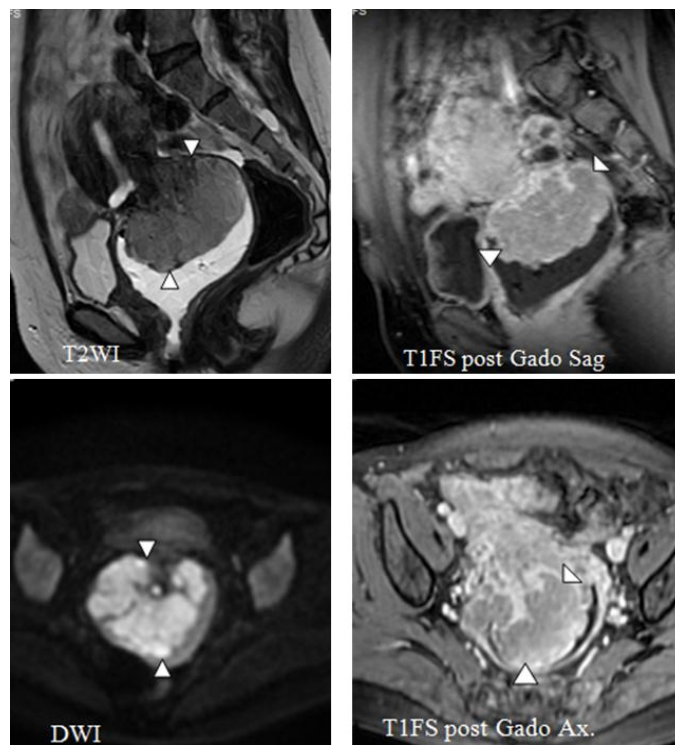
Bảng 9. Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của lâm sàng so với GPB ở các trường hợp được PT trước xạ trị

LS \ GPB		Âm tính	Dương tính					Tổng
			IA	IB	IIA	IIB	IIIC	
Không thấy u		2	2				1	5
Có thấy u	Đúng GD			23		1		24
	Sai GD	2	4	2	1	1	8	18
Tổng		4	6	25	1	2	9	47

Nhận xét: GD IA: Acc = 0/6; GD IB: Acc = 23/25 = 92,0%; GD IIA: Acc = 0/1; GD IIB: Acc = 1/2; GD IIIC: Acc = 0/9. Tính chung: Acc = 26/47 = 55,3 %



Hình 3. Hình ảnh UT CTC trước phẫu thuật: giai đoạn IB. GPB sau phẫu thuật: giai đoạn IB. Nguyễn Thu H. 46 tuổi. Số BA 17308386.



Hình 4. Hình ảnh UT CTC trước phẫu thuật: giai đoạn IIB. GPB sau phẫu thuật: giai đoạn IIB. Nguyễn Thị Phương H. 47 tuổi. Số BA 17303392.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi: nghiên cứu 117 trường hợp UT CTC chúng tôi thấy tuổi thấp nhất 25, cao nhất 71, trung bình $46,52 \pm 9,9$, độ tuổi từ trên 40 đến 50 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,2%).

Kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Tính với 210 bệnh nhân UT CTC ở GD IB-IIB ghi nhận nhóm tuổi ≥ 40 chiếm 84,8%, trung bình 48-52 tuổi [4]. Khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các trường hợp được PT, đây là những trường hợp có đủ sức khỏe, không có bệnh mạn tính kèm theo như tim mạch, hô hấp, không có chống chỉ định trong gây mê nên ít tuổi hơn so với độ tuổi của nhóm không PT. Như vậy độ tuổi của BN có liên quan tới lựa chọn phương pháp điều trị.

Mô bệnh học: Trong 117 trường hợp UT CTC được nghiên cứu, UTBM vảy có 79 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5%, UTBM tuyến có 27 trường hợp chiếm tỉ lệ 23,1%, 11 trường hợp còn lại (9,4%). Xét về tổng thể kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Tính UTBM TB vảy chiếm 81,9%, tuyến 14,4% [4]. Tuy nhiên xét chi tiết chúng tôi thấy tỉ lệ UTBM vảy trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, tỉ lệ UTBM tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị Tính. Phù hợp với nghiên cứu của Okamoto và cs cũng như của Smith và cs đều cho rằng trong những năm gần đây tỉ lệ UTBM vảy giảm trong khi tỉ lệ UTBM tuyến tăng. Pettersson cho rằng nguyên nhân do sử dụng xét nghiệm tế bào học trong tầm soát và phát hiện ung thư CTC, xét nghiệm tế bào dễ dàng phát hiện UTBM vảy nhưng khó phát hiện UTBM tuyến.

4.2. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn hạch và phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung

4.2.1. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u

Trong 117 trường hợp được PT, chấp nhận sai lệch trong khoảng 5mm giữa CHT và GPB đại thể (chênh lệch 5mm là tính đến sai lệch

trong quá trình bảo quản bệnh phẩm sau mổ) chúng tôi xác định được CHT đánh giá kích thước u CTC có độ chính xác đạt 93,2%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các kết quả nghiên cứu của các nhóm tác giả Hricak và cs, Subak và cs cũng như của Shadev và cs đều ghi nhận với sai số 5 mm CHT đánh giá kích thước khối u CTC đạt độ chính xác 93% [3]. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của đa trung tâm với 208 bệnh nhân UT CTC đã ghi nhận CHT đánh giá kích thước u có độ chính xác từ 79-94%.

Khi khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u ở 70 trường hợp được PT sau xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ chính xác 98,6%. Tương tự, khi khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u ở 47 trường hợp được PT trước xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ chính xác 85,1%. Như vậy độ chính xác của CHT trong đánh giá kích thước u CTC sau xạ trị cao hơn so với trước xạ trị. Khác biệt này có thể do dưới tác dụng của xạ trị hoặc hóa xạ trị tiền phẫu khối u tiêu biến hoặc thu nhỏ kích thước, tạo điều kiện thuận lợi cho CHT đánh giá kích thước u chính xác hơn.

Khảo sát giá trị của LS trong chẩn đoán kích thước u CTC với 47 trường hợp được PT trước xạ trị chúng tôi thấy LS có độ chính xác đạt 57,4%. Các nghiên cứu của Okamoto và cs, Michell và cs cũng như của Nicolet và cs đều ghi nhận độ chính xác của LS trong đánh giá kích thước u là 60% [4]. Độ chính xác của LS thấp hơn nhiều so với CHT.

Như vậy: CHT có độ chính xác cao trong đánh giá kích thước u CTC (93,2%). Độ chính xác của CHT trong đánh giá kích thước u ở các trường hợp PT sau xạ trị cao hơn so với các trường hợp PT trước xạ trị (98,6% so với 85,1%). CHT chính xác hơn LS trong đánh giá kích thước u CTC (LS có độ chính xác chỉ đạt 57,4%).

4.2.2. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo

Trong 117 trường hợp được phẫu thuật CHT có độ đặc hiệu 98,2%, độ chính xác 96,6%, giá trị dự báo âm tính 98,2%, độ nhạy và giá trị dự báo dương tính đều là 6/8.

Kết quả này phù hợp với Hricak và cs: CHT đánh giá xâm lấn âm đạo có độ chính xác 95% [3] cũng như nghiên cứu của Bourgioti và cs: CHT đánh giá xâm lấn âm đạo có độ nhạy 86-91%, độ đặc hiệu 94-96% [5].

Tuy nhiên độ chính xác của CHT đánh giá xâm lấn âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Sala và cs, các tác giả này cho rằng giá trị này là 86-93% [2]. Sự khác biệt này có thể do các trường hợp UT CTC được PT trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ xâm lấn âm đạo thấp (chỉ có 8/117 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,8%).

Khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở các trường hợp được PT sau xạ trị, chúng tôi nhận thấy CHT có độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 97,1%, giá trị dự báo âm tính 97,0%, độ nhạy là 3/5 và giá trị dự báo dương tính là 3/3. Khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở các trường hợp được PT trước xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ đặc hiệu 95,5%, độ chính xác 95,7%, giá trị dự báo âm tính 100%, độ nhạy là 3/3 và giá trị dự báo dương tính là 3/5. Như vậy độ chính xác của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở các trường hợp được phẫu thuật sau xạ trị cao hơn các trường hợp được phẫu thuật trước xạ trị (97,1% so với 95,5%). Chứng tỏ xạ trị hoặc hóa xạ trị có ảnh hưởng tới giá trị chẩn đoán xâm lấn âm đạo của CHT. Có thể dưới tác dụng của xạ trị hoặc hóa xạ trị tổn thương xâm lấn âm đạo cơ nhỏ hoặc tiêu biến tạo điều kiện thuận lợi cho CHT đánh giá xâm lấn âm đạo chính xác hơn.

Khảo sát giá trị của khám LS trong chẩn đoán xâm lấn âm đạo ở 47 trường hợp được PT trước xạ trị, chúng tôi thấy khám LS có độ đặc hiệu 90,9%, độ chính xác 87,2%, giá trị dự báo âm tính 95,2%, độ nhạy là 1/3 và giá trị dự báo dương tính là 1/5. LS có giá trị thấp hơn CHT trong chẩn đoán xâm lấn âm đạo.

Như vậy: CHT có giá trị cao trong đánh giá xâm lấn âm đạo (độ chính xác đạt 96,6%). Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở các trường hợp PT sau xạ trị cao hơn ở các trường hợp PT trước xạ trị (độ chính xác 97,1% so với 95,7%). CHT chính xác hơn LS trong đánh giá

xâm lấn âm đạo (độ chính xác của LS chỉ đạt 87,5%).

4.2.3. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng

Trong 117 trường hợp được phẫu thuật CHT có độ đặc hiệu 98,2%, độ chính xác 98,3%, giá trị dự báo âm tính 100%, độ nhạy là 5/5 và giá trị dự báo dương tính là 5/7.

Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Charis và cs: trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng CHT có độ đặc hiệu 96%-99%, giá trị dự báo âm tính 94%-100% [6]. Tuy nhiên theo Sala và cs trong phát hiện xâm lấn dây chằng rộng CHT có độ chính xác từ 88% đến 97%, độ đặc hiệu 93% [2]. Nghiên cứu của Hricak và cs cũng cho rằng đánh giá xâm lấn mô cận cổ tử cung và dây chằng rộng của CHT có độ chính xác là 88% [3]. Khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu này có thể do 117 trường hợp được phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ xâm lấn dây chằng rộng thấp (chỉ có 5 trường hợp).

Khi khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn DCR ở các trường hợp được PT sau xạ trị chúng tôi nhận thấy độ đặc hiệu, độ chính xác và giá trị dự báo âm tính đều đạt 100%, độ nhạy và giá trị dự báo dương tính đều là 3/3. Các trường hợp được phẫu thuật trước xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ đặc hiệu 95,6%, độ chính xác 95,7%, giá trị dự báo âm tính 100,0%, độ nhạy là 2/2 và giá trị dự báo dương tính là 2/4. Khác biệt này có thể do dưới tác dụng xạ trị hoặc hóa xạ trị tổn thương xâm lấn tiêu biến hoặc teo nhỏ tạo điều kiện cho CHT đánh giá chính xác hơn.

Khảo sát giá trị của LS trong đánh giá xâm lấn DCR ở 47 trường hợp được PT trước xạ trị, chúng tôi thấy trong đánh giá xâm lấn DCR lâm sàng có độ đặc hiệu 95,6%, độ chính xác 93,6%, giá trị dự báo âm tính 97,7%, độ nhạy là 1/2 và giá trị dự báo dương tính là 1/3. Các nghiên cứu của Hricak và cs cũng như của Zand và cs đều ghi nhận độ chính xác của LS trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng chỉ đạt từ 29%-53% [3]. LS có giá trị thấp hơn so với CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng.

Như vậy: CHT có độ chính xác cao trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng (98,3%). Độ chính xác của CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng ở các trường hợp PT trước xạ trị thấp hơn ở các trường hợp PT sau xạ trị (độ chính xác 95,7% so với 100%). CHT chính xác hơn LS trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng (độ chính xác 95,7% so với 93,6%).

4.2.4. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản

Với 117 trường hợp được phẫu thuật CHT có độ chính xác 98,3%, độ đặc hiệu 99,1% và giá trị dự báo âm tính 99,1%. Hricak và cs ghi nhận trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông CHT có độ chính xác 93,0% [3]. Như vậy giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Hricak và cs. Sự khác biệt này có thể do các trường hợp được PT trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đều ở GĐ sớm (91,5% trường hợp ở GĐ IA và IB), tỉ lệ có xâm lấn thành bên chậu hông thấp.

70 trường hợp được PT sau xạ trị, CHT có độ chính xác 98,6%. 47 trường hợp được PT trước xạ trị, CHT có độ chính xác 97,9%. Trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở các trường hợp PT trước xạ trị và sau xạ trị CHT có giá trị tương đương nhau.

Như vậy: CHT có giá trị cao trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản (độ chính xác đạt 98,3%). Trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở các trường hợp được PT trước xạ trị và sau xạ trị CHT có độ chính xác tương đương nhau (độ chính xác tương ứng là 97,9% và 98,6%).

4.2.5. Giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch

Trong 117 trường hợp được PT, CHT có độ đặc hiệu 98,0%, độ chính xác 88,9%, giá trị dự báo âm tính 89,8%, độ nhạy là 7/18 và giá trị dự báo dương tính là 7/9. Kết quả này khá tương đồng với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Sala và cs, phát hiện hạch di căn của CHT và CLVT đều có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 43% và 73%. Theo

Wei TY và cs chẩn đoán di căn hạch chậu CHT có độ nhạy là 70,6%, độ đặc hiệu 89,8%, giá trị dự báo dương tính 66,7%, giá trị dự báo âm tính 91,4% và độ chính xác 85,5%. Nghiên cứu đa trung tâm được tiến hành bởi Hội chẩn đoán hình ảnh Mỹ (ACRIN) và Nhóm ung thư phụ khoa (GOG), đánh giá di căn hạch bạch huyết của CHT có độ nhạy là 37% (20 trong số 54 bệnh nhân) và độ đặc hiệu 94% (99 trong số 105 bệnh nhân). Nghiên cứu 108 bệnh nhân Ngô Thị Tính ghi nhận chẩn đoán hạch di căn CHT có độ nhạy 75,8%, độ đặc hiệu 88,6% và độ chính xác 85,2% [4].

Như vậy tương tự như nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước chúng tôi nhận thấy trong đánh giá hạch di căn CHT có độ nhạy không cao (7/18) nhưng độ chính xác khá cao (88,9%).

Khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch ở nhóm PT sau xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ đặc hiệu 98,4%, độ chính xác 88,6%, giá trị dự báo âm tính 89,6%, độ nhạy là 2/9 và giá trị dự báo dương tính là 2/3. Ở nhóm được PT trước xạ trị CHT có độ đặc hiệu 97,4%, độ chính xác 89,4%, giá trị dự báo âm tính 90,2%, độ nhạy là 5/9 và giá trị dự báo dương tính là 5/6. Như vậy độ chính xác của CHT trong đánh giá di căn hạch của nhóm PT trước xạ trị tương đương với nhóm PT sau xạ trị.

Từ kết quả này có thể rút ra nhận xét rằng: xạ trị hoặc hóa xạ trị ảnh hưởng không đáng kể tới độ chính xác của CHT trong đánh giá hạch di căn.

4.2.6. Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC

Đánh giá giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB ở 117 trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị chúng tôi thấy:

- Trong 56 trường hợp GPB sau PT xác định không thấy tế bào ung thư tại CTC, CHT chẩn đoán đúng ở 54 trường hợp, chẩn đoán sai 2 trường hợp, trường hợp thứ nhất CHT xác định còn tồn thương nhỏ sau xạ trị (GĐ IA*), kết quả GPB sau mổ không thấy tế bào ung thư, đây là sẹo CTC sau xạ trị, trường hợp thứ hai: CHT xác định có hạch tiểu khung (GĐ IIIC), giải phẫu bệnh xác định đây là hạch viêm. Trong 54 trường hợp âm tính thật của CHT có 50 trường hợp được

phẫu thuật sau xạ trị, dưới tác dụng của xạ trị trước phẫu thuật khối u nguyên phát tiêu biến tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật sau xạ trị tiền phẫu cắt hết tổn thương có mô u, 4 trường hợp còn lại được phẫu thuật triệt căn (trước xạ), cả 4 trường hợp này có kết quả MBH trước PT là UTBM vì xâm lấn, CHT không thấy u, GPB sau PT không thấy tế bào u tại CTC, rất có thể tổn thương mô u rất nhỏ đã được bẩm sinh thiết làm MBH chứ không hẳn kết quả MBH trước PT sai. Với những u kích thước nhỏ, CHT không thấy u cần phải dựa vào kết quả MBH trước điều trị. Nói cách khác CHT có độ đặc hiệu thấp trong chẩn đoán UT CTC có kích thước nhỏ. Khuyến cáo này giành cho các bác sĩ chuyên ngành CĐHA cũng như ung thư phụ khoa.

- Giai đoạn IA: GPB xác định có 10 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 7 trường hợp, chẩn đoán sai 3 trường hợp, cả 3 trường hợp này CHT không xác định được u nhưng GPB phát hiện có tế bào ung thư xâm lấn tại CTC. Tỷ lệ chẩn đoán đúng 7/10.

- Giai đoạn IB: GPB xác định có 26 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 25 trường hợp, chẩn đoán sai 1 trường hợp, đây là trường hợp CHT xác định có hạch di căn vùng tiểu khung (GĐ IIIC), nhưng GPB sau phẫu thuật xác định đây là hạch viêm (GĐ IB). Giá trị chẩn đoán đúng của CHT ở giai đoạn IB là 96,1%. Như vậy ở giai đoạn IB, CHT có độ chính xác rất cao trong chẩn đoán giai đoạn UT CTC..

- Giai đoạn IIA: GPB xác định có 3 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 1 trường hợp, 2 trường hợp chẩn đoán sai do CHT xác định không xâm lấn âm đạo (GĐ IB) nhưng GPB xác định có tế bào ung thư ở vành âm đạo (GĐ IIA). Tỷ lệ chẩn đoán đúng là 1/3.

- Giai đoạn IIB: GPB xác định có 3 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng cả 3 trường hợp, tỷ lệ chẩn đoán đúng là 3/3.

- Giai đoạn IIIB: GPB xác định có 1 trường hợp có tế bào ung thư ở buồng trứng, CHT không thấy xâm lấn thành bên chậu hông nên phân loại GĐ IIB.

- Giai đoạn IIIC: GPB xác định có 18 trường hợp có hạch di căn, CHT xác định đúng 7 trường hợp, tỷ lệ chẩn đoán đúng là 7/18.

- Nếu tính cả 54 trường hợp CHT xác định đúng không thấy u và 43 trường hợp CHT có thấy u và phân loại đúng giai đoạn UT CTC, CHT phân loại đúng giai đoạn ở 97 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT là 82,9%.

Như vậy độ chính xác trong phân loại giai đoạn UT CTC của CHT ở GĐ IB là 96,1%, tính chung các giai đoạn là 82,9%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hricak và cs ghi nhận CHT phân loại giai đoạn UT CTC có độ chính xác chung là 81,0% [3]. Kết quả nghiên cứu của các tác giả Okamoto và cs [3], Scheidler và cs, Ascher và cs ghi nhận độ chính xác của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC từ 85,0% đến 96,0%. Nhiều nghiên cứu khác ghi nhận độ chính xác của CHT trong phân loại GĐ UT CTC từ 75-96%.

Khảo sát giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT ở nhóm PT sau xạ trị chúng tôi nhận thấy:

- GPB sau PT xác định có 52 trường hợp không thấy tế bào ung thư tại CTC, CHT xác định có 50 trường hợp không thấy u, 1 trường hợp CHT xác định giai đoạn IA* và 1 trường hợp chẩn đoán hạch chậu di căn (giai đoạn IIIC) như trên đã phân tích. Lưu ý rằng đây là hình ảnh CHT và GPB sau xạ trị tiền phẫu với mục đích chuyển UT CTC từ giai đoạn II về giai đoạn thấp hơn để chuẩn bị phẫu thuật.

- Tỷ lệ chẩn đoán đúng GĐ IA là 3/4; GĐ IB là 1/1; GĐ IIA là 0/2; GĐ IIB là 1/1; GĐ IIIB là 0/1. GĐ IIIC là 2/9.

- Tính chung ở nhóm PT sau xạ trị giá trị chẩn đoán đúng là 81,4%.

Khảo sát giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT ở nhóm PT trước xạ chúng tôi thấy:

- GPB sau PT xác định có 4 trường hợp không có tế bào ung thư tại CTC, CHT không thấy u trong cả 4 trường hợp, 4 trường hợp này đã được phân tích ở trên.

- Tỷ lệ chẩn đoán đúng GĐ IA là 4/6; GĐ IB là 1/1; GĐ IIB là 2/2; GĐ IIIC là 5/9.

- Giá trị chẩn đoán đúng ở GĐ IB là 96,0%. Nếu tính cả 4 trường hợp CHT chẩn đoán đúng không thấy u, 36 trường hợp có thấy u trên CHT được phân loại đúng giai đoạn và phẫu thuật trước

xạ trị, CHT chẩn đoán đúng giai đoạn 40 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng của CHT là 85,1%.

Như vậy ở các trường hợp được phẫu thuật trước xạ, độ chính xác của CHT trong chẩn đoán giai đoạn IB là 96,0%. Độ chính xác chung của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC ở các trường hợp được PT trước xạ là 85,1%.

Khảo sát giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn của LS ở bệnh nhân PT trước xạ trị chúng tôi thấy: 47 trường hợp được phẫu thuật, LS chẩn đoán đúng giai đoạn 26 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng là 55,3%. Nghiên cứu của Ozsarlak và cs ghi nhận phân loại giai đoạn UT CTC của khám LS có độ chính xác 47%. Qin Y và cộng sự phân tích hồi cứu 818 trường hợp UT CTC GĐ IB-IIB được PT ghi nhận tỷ lệ chẩn đoán đúng các GĐ IB1, IB2, IIA và IIB của LS tương ứng là 85,4%, 77,4%, 35,3% và 20,5%.

Như vậy, LS có giá trị thấp hơn rõ rệt so với CHT trong phân loại GĐ UT CTC hay nói cách khác CHT chính xác hơn LS trong phân loại giai đoạn UT CTC (GĐ IB: 96,0% so với 92,0%, tính chung: 85,1% so với 55,3%).

Hình ảnh CHT có tính khách quan, đánh giá được không gian 3 chiều của khối u cũng như mức độ xâm lấn và di căn hạch, trong khi đó đánh giá của LS phụ thuộc vào kinh nghiệm của người khám, soi CTC chỉ quan sát thấy “phần nổi của tầng băng chìm” nên đánh giá phân loại giai đoạn UT CTC có thể chưa thật chính xác.

Như vậy: CHT có giá trị cao trong chẩn đoán phân loại giai đoạn UT CTC (độ chính xác chung 82,9%). CHT có giá trị cao hơn LS trong phân loại giai đoạn UT CTC (độ chính xác chung 85,1% so với 55,3%). Sự tương hợp giữa CHT và LS trong chẩn đoán phân loại giai đoạn UT CTC ở mức độ trung bình.

Do vậy việc sử dụng CHT phối hợp với khám LS trong chẩn đoán phân loại GĐ UT CTC là cần thiết để nâng cao độ chính xác của chẩn đoán. Khuyến cáo này giành cho các bác sĩ chuyên ngành ung thư sản phụ khoa.

5. Kết luận

Nghiên cứu 117 bệnh nhân UT CTC được phẫu thuật tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ

tháng 7 năm 2017 đến tháng 8 năm 2018 chúng tôi thấy: độ tuổi hay gặp từ 40 đến 60, UTBM vẫy 67,5%, UTBM tuyến 23,1%. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u Acc= 93,2%; đánh giá xâm lấn âm đạo: Sp 98,2%, Acc 96,6% NPV 98,2%, đánh giá xâm lấn dây chằng rộng: Sp 98,2%, Acc 98,3% và NPV 100%, đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông Acc 98,3%, Sp 99,1% và NPV 99,1%; chẩn đoán hạch di căn Sp 98,0%, Acc 88,9% và NPV 89,8%. Phân loại UT CTC giai đoạn IB Acc = 96,1%, tính chung các giai đoạn Acc 82,9%.

Đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn và phân loại giai đoạn UT CTC, CHT có giá trị cao hơn hẳn so với LS. Do vậy sử dụng CHT phối hợp với LS trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn và phân loại GĐ UT CTC là cần thiết để nâng cao độ chính xác của chẩn đoán.

Lời cảm ơn

Đề tài này được tài trợ bởi Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, mã số đề tài CS.19.09.

Tài liệu tham khảo

- [1] Globocan Cervical Cancer, Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix - new.asp> (accessed 30.06.2017).
- [2] Sala E, Wakely S, Senior E et al. MRI of malignant neoplasms of the uterine corpus and cervix. *AJR Am J Roentgenol* 188(6) (2007) 1577.
- [3] Hricak H, Lacey CG, Sandles LG et al. Invasive cervical carcinoma: comparison of MR imaging and surgical findings. *Radiology* 166(3) (1988) 623.
- [4] Ngô Thị Tinh, Research invasive level of cervical cancer on stage IB-IIA by clinical, magnetic resonance image and treatment results at K Hospital from 2007-2009. Doctor of Medicine thesis, Hanoi Medical University, 2011 (in Vietnamese).
- [5] Bourgioti C, Koutoulidis V, Chatoupis K et al. MRI findings before and after abdominal radical trachelectomy (ART) for cervical cancer: a prospective study and review of the literature. *Clin Radiol*. 69 (2014) 678.
- [6] Charis B, Konstantinos C, Lia AM, Current imaging strategies for the evaluation of uterine cervical cancer, *World J Radiol*, 28; 8(4) (2016) 342.