

Nhân một trường hợp ung thư tuyến tiền liệt phát hiện sau 6 lần sinh thiết

A case of prostate cancer detected after six biopsies

Nguyễn Hoàng Đức*, Phạm Thanh Trúc
và Châu Minh Duy

Bệnh viện Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Báo cáo một trường hợp ung thư tuyến tiền liệt (UTTL) thách thức trong chẩn đoán với 5 lần sinh thiết hệ thống âm tính. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân nam theo dõi từ năm 2015 với nồng độ PSA tăng dần, có sử dụng thuốc ức chế 5-alpha-reductase (5-ARI). Các phương pháp chẩn đoán bao gồm đo PSA huyết thanh, cộng hưởng từ (MRI) đa thông số và sinh thiết hệ thống. **Kết quả:** Sau 5 lần sinh thiết âm tính mặc dù có hình ảnh PI-RADS 4, lần sinh thiết thứ 6 phát hiện ung thư biểu mô tuyến (Gleason 3+3). Sau khi phẫu thuật robot cắt tuyến tiền liệt tận gốc, kết quả giải phẫu bệnh cho thấy độ ác tính cao hơn (Gleason 4+4) với biến thể tuyến ống (ductal adenocarcinoma). **Kết luận:** Ca bệnh cho thấy tầm quan trọng của việc điều chỉnh chỉ số PSA khi dùng 5-ARI, vai trò của MRI trong định hướng sinh thiết đích và nguy cơ lệch tăng độ ác tính giữa sinh thiết và bệnh phẩm sau mổ.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, PSA, sinh thiết đích dưới hướng dẫn MRI, điểm Gleason, ung thư biểu mô tuyến ống, lệch tăng độ ác tính.

Summary

Objective: To report a challenging case of prostate cancer (PCa) diagnosed after multiple negative systematic biopsies and its clinical implications. **Case report:** A male patient had been followed since 2015 with rising Prostate-Specific Antigen (PSA) levels while using a 5-alpha-reductase inhibitor (5-ARI). Despite persistent suspicious findings on multi-parametric MRI (PI-RADS 4), five consecutive systematic biopsies yielded negative results. In December 2025, the sixth biopsy eventually identified acinar adenocarcinoma with a Gleason score of 3+3 (Grade Group 1). The patient subsequently underwent robot-assisted radical prostatectomy (RARP) in March 2026. **Result:** The final histopathological report from the surgical specimen revealed a significant grade shift to Gleason score 4+4 (Grade Group 4), featuring a combination of acinar and ductal adenocarcinoma. The tumor involved 35% of the prostate volume, was confined to the gland (pT2), and showed perineural invasion. **Conclusion:** This case highlights the critical need to adjust PSA interpretation during 5-ARI therapy and the clinical superiority of MRI-targeted biopsy over systematic sampling for PI-RADS ≥ 4 lesions. Furthermore, clinicians must remain vigilant regarding potential grade migration and aggressive histological variants like ductal adenocarcinoma, which may be underestimated in initial biopsies.

Keywords: Prostate cancer, PSA, MRI-targeted biopsy, Gleason score, ductal adenocarcinoma, grade shift.

Ngày nhận bài: 31/3/2026, ngày chấp nhận đăng: 5/5/2026

* Tác giả liên hệ: bsnguyenhoangduc@gmail.com - Bệnh viện Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền (UTTTL) liệt là loại ung thư phổ biến thứ hai ở nam giới trên toàn thế giới¹. Chiến lược chẩn đoán sớm hiện nay dựa vào nồng độ PSA, thăm khám trực tràng và hình ảnh học MRI. Tuy nhiên, sai số lấy mẫu trong sinh thiết hệ thống vẫn là một thách thức lớn, dẫn đến tỷ lệ âm tính giả đáng kể, đặc biệt ở những bệnh nhân có PSA tăng nhưng kết quả mô bệnh học ban đầu lành tính¹. Việc sử dụng các thuốc 5-ARI cũng gây nhiều nồng độ PSA, làm chậm trễ quá trình chẩn đoán¹. Bài báo này báo cáo một trường hợp UTTTL được phát hiện sau 6 lần sinh thiết nhằm chia sẻ kinh nghiệm về quy trình chẩn đoán và theo dõi theo hướng dẫn của Hội Tiết niệu Châu Âu (EAU) 2025.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, bắt đầu theo dõi nồng độ PSA huyết thanh từ năm 2015, trong quá trình kiểm tra sức khoẻ định kỳ hàng năm. Về lâm sàng: người bệnh không than phiền các triệu chứng rối loạn đường tiểu dưới. Khám tuyến tiền liệt qua trực tràng không nghi ngờ các dấu hiệu gợi ý ung thư (mật độ mềm, không thấy nhân đơn độc, vẫn còn rãnh giữa). Bệnh nhân được thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt hệ thống 12 mẫu dưới định vị siêu âm qua trực tràng trong 6 lần với các kết quả như sau:

Giai đoạn 2015 - 2017: PSA tăng từ 3,2 ng/mL lên 5,38 ng/mL. Sinh thiết lần 1 (năm 2016) và lần 2 (năm 2017), kết quả đều lành tính.

Giai đoạn 2018 - 2019: Bệnh nhân điều trị bằng Avodart (Dutasteride). PSA giảm xuống còn 3,04 ng/mL (2018) và tăng nhẹ lên 4,03ng/mL (2019).

Giai đoạn 2020 - 2024: PSA tăng dần từ 5,1ng/mL lên 11,2ng/mL. Kết quả MRI chuyển biến từ PI-RADS 3 (2022) sang PI-RADS 4 (2023, 2024). Tuy nhiên, sinh thiết lần thứ 3 (năm 2020), lần thứ 4 (năm 2023) và lần thứ 5 (năm 2024) vẫn cho kết quả lành tính.

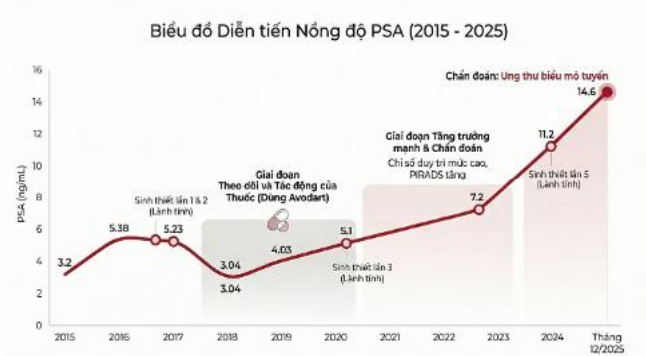
Tháng 12/2025: PSA đạt 14,6ng/mL, MRI duy trì PI-RADS 4. Sinh thiết lần thứ 6 phát hiện ung thư biểu mô tuyến nang, Gleason 3+3 (nhóm tiên lượng 1) ở 1 lõi thùy phải (chiếm 5% bệnh phẩm).

Tháng 3/2026: Bệnh nhân được phẫu thuật robot cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ:

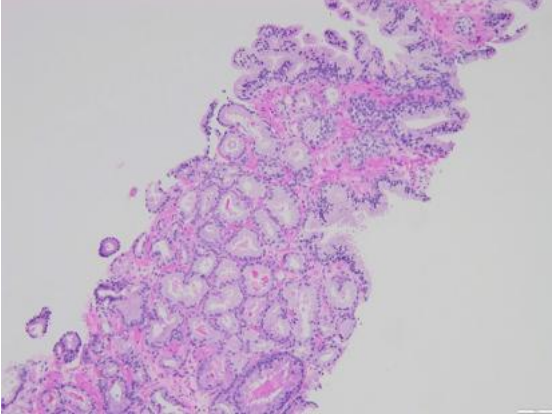
Ung thư biểu mô tuyến nang (chiếm 70%) kết hợp ung thư biểu mô tuyến ống (chiếm 30%), Gleason 4+4 (nhóm tiên lượng 4).

Phạm vi u: 01 ổ, xuất hiện ở cả 2 thùy, phần lớn ở thùy phải, giới hạn trong tuyến tiền liệt, chiếm khoảng 35% mô tuyến, có xâm nhập quanh thần kinh, không xâm nhập mạch.

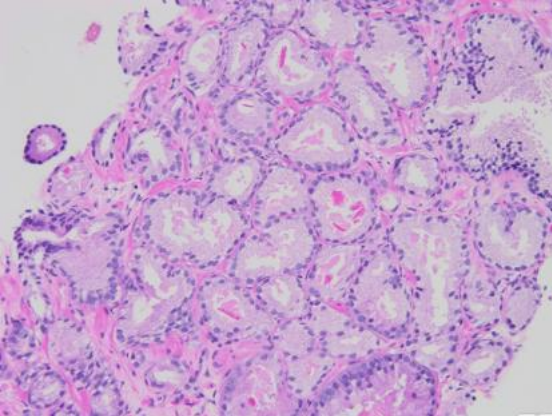
Diện cắt âm tính.



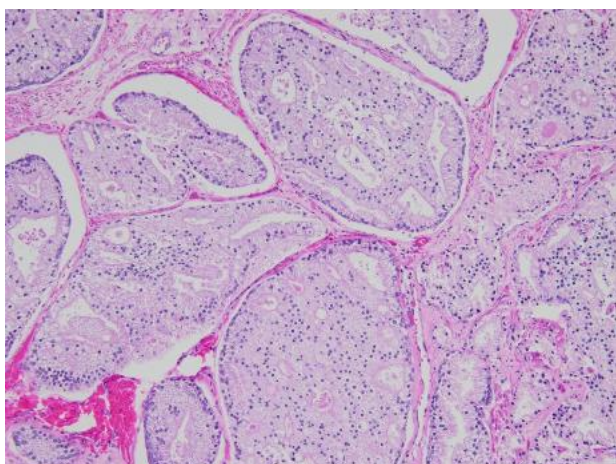
Bảng 1. Diễn tiến nồng độ PSA của người bệnh



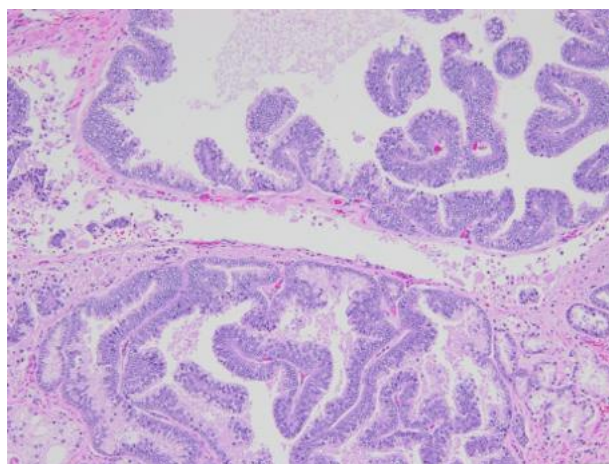
Hình 1. Xét nghiệm mô học bệnh phẩm sinh thiết lần 6 - Gleason 3+3 (x100)



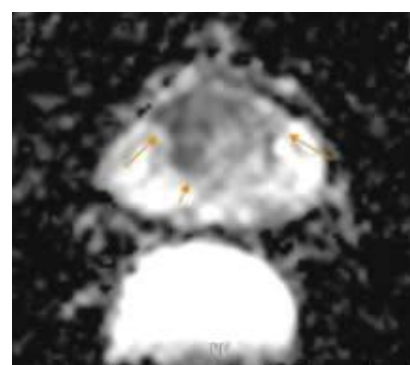
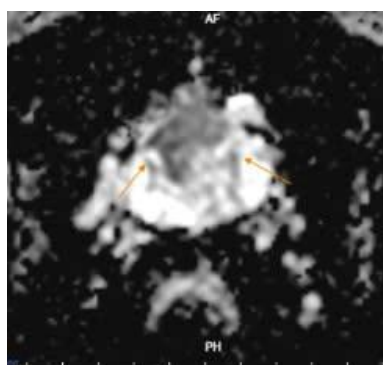
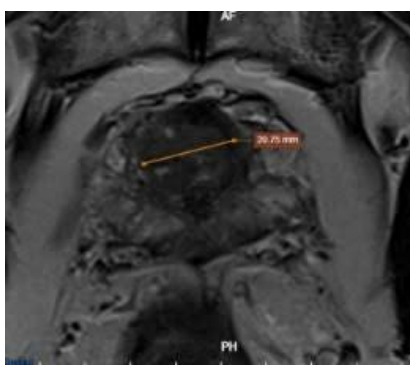
Hình 2. Xét nghiệm mô học bệnh phẩm sinh thiết lần 6 - Gleason 3+3 (x 200)



Hình 3. Xét nghiệm mô học bệnh phẩm sau mổ:
Gleasone 4 dạng cribriform



Hình 4. Xét nghiệm mô học bệnh phẩm sau mổ:
Gleasone 4 dạng ductal



Hình 5. Kết quả MRI tuyến tiền liệt tháng 12/2025: Ưu thể thùy phải vùng đáy tuyến có tổn thương dạng mảng tính hiệu thấp không đồng nhất trên T2W, giới hạn không rõ, đường kính 20mm, sáng trên diffusion và thấp tương ứng trên ADC map, ngấm thuốc tương phản không đồng nhất, sớm và mạnh so với phần còn lại (PI-RADS 4)

III. BÀN LUẬN

3.1. Ảnh hưởng của thuốc 5-ARI đối với PSA

Bệnh nhân đã sử dụng Dutasteride từ năm 2018. Theo hướng dẫn EAU 2025, các thuốc 5-ARI làm giảm nồng độ PSA khoảng 50% sau 6 - 12 tháng điều trị¹. Như vậy, nồng độ PSA 4,03ng/mL vào năm 2019 của bệnh nhân thực tế tương đương khoảng 8,0ng/mL, một ngưỡng nguy cơ cao cần can thiệp sớm hơn. Nghiên cứu của Habib FK và cộng sự² đã khẳng định cơ chế này, cảnh báo các bác sĩ lâm sàng cần nhân đôi chỉ số PSA khi đánh giá nguy cơ ở bệnh nhân dùng 5-ARI.

3.2. Vai trò của MRI và sinh thiết đích

Bệnh nhân có kết quả PI-RADS 4 liên tục từ năm 2023 nhưng các lần sinh thiết thứ 4 và 5 vẫn âm tính. Điều này cho thấy hạn chế của sinh thiết hệ thống 12 mẫu khi không có sự hỗ trợ của kỹ thuật sinh thiết đích (Targeted biopsy). Theo các thử nghiệm lớn như PRECISION, việc thực hiện sinh thiết đích dưới hướng dẫn MRI giúp tăng đáng kể tỷ lệ phát hiện ung thư có ý nghĩa lâm sàng so với sinh thiết hệ thống³. EAU 2025 khuyến cáo khi MRI dương tính (PI-RADS $\geq$ 4), cần kết hợp sinh thiết đích và sinh thiết vùng quanh tổn thương (perilesional)¹.

3.3. Sự lệch tầng độ ác tính (Grade shift)

Điểm đáng chú ý nhất là sự thay đổi độ Gleason từ 3+3 (sinh thiết) lên 4+4 (bệnh phẩm phẫu thuật). Hiện tượng "Grade shift" này xảy ra do sai số lấy mẫu, khi sinh thiết chỉ lấy được vùng có độ biệt hóa tốt nhất của khối u^{1,4}. Nghiên cứu của Goel S và cộng sự⁵ cho thấy tỷ lệ không tương xứng về độ Gleason giữa sinh thiết và phẫu thuật vẫn tồn tại ngay cả trong kỷ nguyên sinh thiết đích.

3.4. Ung thư biểu mô tuyến ống (Ductal Adenocarcinoma)

Bệnh phẩm sau mổ ghi nhận sự hiện diện của thành phần tuyến ống. Đây là một biến thể ác tính cao của UTTL. Theo Marra G và cộng sự⁶, biến thể tuyến ống thường liên quan đến nồng độ PSA cao, giai đoạn bệnh tiến triển và tiên lượng xấu hơn so với ung thư biểu mô tuyến nang thông thường. Việc phát hiện biến thể này trong bệnh phẩm phẫu thuật giải thích cho sự tăng nhanh của PSA và khẳng định quyết định phẫu thuật triệt để là đúng đắn mặc dù kết quả sinh thiết ban đầu thuộc nhóm nguy cơ thấp.

IV. KẾT LUẬN

Ca bệnh nhấn mạnh UTTL có thể ẩn nấp sau nhiều lần sinh thiết âm tính. Các bác sĩ cần: (1) Thận trọng khi diễn giải PSA ở bệnh nhân dùng thuốc ức chế 5-alpha-reductase (5-ARI); (2) Cân nhắc sử dụng thuốc 5-ARI ở các trường hợp có tăng PSA, tốt nhất là không nên dùng; (3) Ưu tiên sinh thiết đích dưới hướng dẫn MRI khi có tổn thương nghi ngờ (PI-RADS ≥ 4); (4) Cảnh giác với sự lệch tầng độ ác tính và các biến thể mô học nguy hiểm như ung thư tuyến ống để có chiến lược điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Santiago I, Rivas JG (2026) Re: EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. *Eur Urol* 89(1): 100-102. doi: 10.1016/j.eururo.2025.07.023
2. Habib FK, Ross M, Tate R, Chisholm GD (1997) Differential effect of finasteride on the tissue androgen concentrations in benign prostatic hyperplasia. *Clin Endocrinol (Oxf)* 46(2): 137-144. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.950908.x
3. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M et al (2018) MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *N Engl J Med*. 378(19): 1767-1777. doi:10.1056/NEJMoa1801993
4. Iczkowski KA, van Leenders GJLH, van der Kwast TH (2021) The 2019 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Grading of Prostatic Carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 45(7): 1007. doi: 10.1097/PAS.0000000000001678
5. Goel S, Shoag JE, Gross MD et al (2020) Concordance Between Biopsy and Radical Prostatectomy Pathology in the Era of Targeted Biopsy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Oncol* 3(1): 10-20. doi:10.1016/j.euo.2019.08.001
6. Marra G, van Leenders GJLH, Zattoni F et al (2023) Impact of Epithelial Histological Types, Subtypes, and Growth Patterns on Oncological Outcomes for Patients with Nonmetastatic Prostate Cancer Treated with Curative Intent: A Systematic Review. *Eur Urol* 84(1): 65-85. doi:10.1016/j.eururo.2023.03.014