

Giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy trong đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư vùng đầu tụy

Measuring the value of multi-slice computer tomography in grading cancers in pancreatic head area before radical operation

Hồ Văn Linh, Triệu Triều Dương, Nguyễn Anh Tuấn

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính 320 lát cắt trong chẩn đoán giai đoạn và tiên lượng trước phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư vùng đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu tiến hành ở những bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy được phẫu thuật cắt khối tá tụy tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong khoảng thời gian từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** Cắt lớp vi tính 320 lát cắt phát hiện khối u với tỷ lệ 95,1%, đánh giá trước mổ ở giai đoạn I với tỷ lệ 44,8%, giai đoạn II là 41,4% và giai đoạn III là 13,8%. Trong chẩn đoán vị trí khối u, cắt lớp vi tính 320 lát cắt phù hợp cao với kết quả giải phẫu bệnh lý (hệ số Kappa = 0,69), trong đánh giá mức độ xâm lấn tĩnh mạch có độ nhạy 77,8%, độ đặc hiệu 96,2%. Thêm vào đó, cắt lớp vi tính đa dãy còn giúp phát hiện các biến đổi giải phẫu động mạch gan giúp tiên lượng cuộc mổ (11,5% động mạch gan chung hoặc động mạch gan phải thay thế xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên). Tuy nhiên, nó tỏ ra ít hiệu quả trong đánh giá di căn hạch (độ nhạy, độ đặc hiệu và mức độ chẩn đoán phù hợp lượt là 48,1%, 67,6% và 59%) và chẩn đoán giai đoạn trước mổ (hệ số Kappa = 0,18 trong kiểm định phù hợp giữa cắt lớp vi tính 320 lát cắt và giải phẫu bệnh lý). **Kết luận:** Cắt lớp vi tính 320 lát cắt có giá trị cao trong phát hiện khối u cũng như đánh giá xâm lấn mạch máu. Tuy nhiên, ý nghĩa của nó trong đánh giá giai đoạn bệnh và di căn hạch trước mổ còn nhiều hạn chế.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính đa dãy, cắt khối tá tụy, vét hạch.

Summary

Objective: To evaluate the value of 320-slice computed tomography in grading and prognosis before radical operation treatment of cancers in pancreatic head area. **Subject and method:** A prospective, descriptive study up on patients with cancer in pancreatic head area who underwent pancreaticoduodenectomy with standard lymphadenectomy in 108 Military Central Hospital from July 2016 to July 2019. **Result:** 320-slice computed tomography discovered the tumors in 95.1% cases including: Grade I 44.8%, grade II 41.4% and grade III 13.8%. It was highly accurate with pathologic results in diagnosis tumors location (Kappa = 0.69), and veins invasion with a sensitivity of 77.8% and specificity of 96.2%. Moreover, it was helpful in observing the anatomical variations of hepatic artery (11.5% common hepatic artery or replaced right hepatic artery arising from the superior mesenteric artery). However, it was less efficient in diagnosis lympho nodes metastasis (sensitivity, specificity and accuracy were 48.1%, 67.6% and 59% respectively) and in preoperative grading (Kappa = 0.18).

Ngày nhận bài: 14/5/2021, ngày chấp nhận đăng: 26/5/2021

Người phản hồi: Hồ Văn Linh, Email: hovanlinhb3108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Conclusion: In preoperative diagnose of pancreatic head area cancers, 320-slice computed tomography had high value discovering tumors location and veins invasion, but its ability in measuring lympho nodes metastasis and grading were limited.

Keywords: Multi-slice computed tomography, pancreaticoduodenectomy, lymphadenectomy.

1. Đặt vấn đề

Ung thư vùng đầu tụy chiếm khoảng 5% các tổn thương ác tính của đường tiêu hóa, bao gồm bệnh lý ác tính của đầu tụy, bóng Vater, đoạn thấp ống mật chủ và tá tràng. Trong đó ung thư đầu tụy hay gặp nhất, chiếm khoảng 50 - 55%; sau đó là ung thư bóng Vater, khoảng 15 - 25%; ung thư đoạn thấp ống mật chủ và ung thư tá tràng chiếm khoảng 10% [1], [2].

Tụy nằm sâu trong ổ bụng, khó khảo sát qua siêu âm ổ bụng thông thường, đồng thời việc chẩn đoán xác định một tổn thương vùng đầu tụy là lành tính hay ác tính trước mổ rất khó khăn. Do đó, khi người bệnh có biểu hiện lâm sàng thường bệnh đã ở giai đoạn muộn: Chỉ 15 - 20% bệnh nhân đến viện còn chỉ định phẫu thuật. Với sự ra đời của chụp cắt lớp vi tính (CLVT), đặc biệt CLVT đa dãy đã có những tiến bộ đáng kể trong chẩn đoán nhóm bệnh này. CLVT đa dãy tỏ ra rất hiệu quả trong phát hiện khối u, đánh giá xâm lấn mạch máu và di căn xa để tiên lượng phẫu thuật, vai trò của nó trong phát hiện di căn hạch còn nhiều hạn chế [3].

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, CLVT 320 lát cắt được chỉ định thường quy trong đánh giá giai đoạn trước mổ ung thư vùng đầu tụy từ 2015. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Xác định giá trị của CLVT 320 lát cắt trong chẩn đoán giai đoạn và tiên lượng trước phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư vùng đầu tụy.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2019. Bệnh nhân được đánh giá giai đoạn trước mổ dựa trên hình ảnh CLVT 320 lát cắt.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng hoặc siêu âm nghi ngờ u vùng đầu tụy được chụp CLVT đa dãy đánh giá giai đoạn trước mổ. Phim chụp CLVT 320 lát cắt có tiêm thuốc cản quang. Độ dày lát cắt tối thiểu 3mm, tốt hơn nếu có thể thực hiện các lát cắt dưới 1mm (submillimeter). Hình ảnh thì nhu mô tụy thu trong khoảng thời gian 40 - 50 giây sau tiêm, thì tĩnh mạch cửa là 65 - 70 giây. Hình ảnh lát cắt axial và dựng lại coronal hoặc sagittal với khoảng cách lát cắt dựng lại 2 - 3mm. Dựng hình 3D mạch máu để đánh giá xâm lấn và biến đổi giải phẫu.

Tiêu chuẩn vàng đánh giá giai đoạn là giải phẫu bệnh lý (GPBL) sau mổ: Bệnh phẩm được phẫu tích hạch, đánh giá số hạch di căn ung thư trên tổng số hạch phẫu tích được. Các diện cắt cổ tụy, ống gan chung và diện cắt bó mạch mạc treo tràng trên được đánh dấu và xác định về mặt vi thể còn tế bào ung thư hay không.

Đánh giá giai đoạn bệnh theo AJCC 2018, so sánh sự phù hợp với của CLVT với GPBL sau mổ.

Phân loại T dựa vào kích thước khối u và sự xâm lấn tổ chức lân cận được mô tả trên hình ảnh CLVT so sánh với kết quả giải phẫu bệnh lý.

Phân loại N: Có hay không hình ảnh hạch di căn trên CLVT dựa vào các đặc điểm đã được mô tả trong nghiên cứu của Roche (2003) như: Kích thước nhỏ nhất của hạch > 10mm, hạch hình tròn, hạch dính với nhau tạo đám và mất tổ chức mỡ rốn hạch.

Biến đổi giải phẫu động mạch theo mô tả của Michels gồm 10 loại.

Xâm lấn tĩnh mạch trên CLVT gồm 4 độ như được mô tả trong nghiên cứu của Mimi Kim và cộng sự (2018) [4]:

- + Độ 0: Khối u không dính mạch máu.
- + Độ I: Khối u tiếp xúc với mạch máu $\leq 90^\circ$.
- + Độ II: Khối u tiếp xúc với mạch máu $> 90^\circ$ và $\leq 180^\circ$.
- + Độ III: Khối u tiếp xúc với mạch máu $> 180^\circ$.

Chẩn đoán xác định dính tĩnh mạch trên giải phẫu bệnh lý khi diện cắt bó mạch mạc treo tràng còn tế bào ung thư (R1).

Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê sử dụng phần mềm SPSS 24.0. Kiểm định sự phù hợp giữa CLVT và giải phẫu bệnh lý bằng kiểm định Kappa.

3. Kết quả

Qua 61 trường hợp ung thư vùng đầu tụy được cắt khối tá tụy vét hạch, kết quả nghiên cứu được thể hiện ở các bảng dưới đây.

Bảng 1. Khả năng phát hiện khối u

Vị trí u	Số lượng (n = 61)	Tỷ lệ %
Đầu tụy	20	32,8
Bóng Vater	23	37,7
Đoạn cuối ống mật chủ	15	24,6
Không xác định	3	4,9

Nhận xét: Trên hình ảnh CLVT hay gặp nhất là u bóng Vater (37,7%), CLVT phát hiện khối u 95,1%.

Bảng 2. So sánh vị trí khối u giữa CLVT và giải phẫu bệnh lý

Giai phẫu bệnh lý Cắt lớp vi tính	Đầu tụy	Bóng Vater	Ống mật chủ	Tá tràng	Tổng
Đầu tụy	18	1	0	1	20
Bóng Vater	1	20	1	1	23
Ống mật chủ	2	2	10	1	15
Không xác định	1	1	1	0	3
Tổng	22	24	12	3	61
KAPPA = 0,69, p=0,00					

Nhận xét: Giá trị tiên đoán dương tính trong chẩn đoán u đầu tụy là 81,8%, của u bóng Vater là 83,3%, và của u đoạn thấp ống mật chủ là 83,3%. Hệ số Kappa = 0,69 cho thấy CLVT phù hợp cao với giải phẫu bệnh lý trong chẩn đoán vị trí u.

Bảng 3. Biến đổi giải phẫu động mạch gan theo Michels

Biến đổi giải phẫu động mạch	Số lượng	Tỷ lệ %
Không biến đổi giải phẫu (Michels 1)	49	80,3
Có động mạch gan phải thay thế (Michels 3)	3	4,9
Có cả động mạch gan phải và trái thay thế (Michels 4)	1	1,6
Có động mạch gan trái phụ (Michels 5)	1	1,6
Có động mạch gan phải phụ (Michels 6)	2	3,3
Động mạch gan chung từ động mạch mạc treo tràng trên (Michels 9)	4	6,7
Động mạch lách từ động mạch chủ và cho nhánh vị tá tràng (không phân loại)	1	1,6

Nhận xét: Biến đổi giải phẫu động mạch ở 19,7% bệnh nhân. Hay gặp nhất là động mạch gan chung hoặc động mạch gan phải thay thế xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên (11,5%). Một trường hợp có biến đổi giải phẫu không trong phân loại của Michels.

Bảng 4. Đặc điểm xâm lấn tĩnh mạch trên CLVT

Dính tĩnh mạch	Số lượng (n = 61)	Tỷ lệ %
Không dính (Độ 0)	52	85,2
Dính $\leq 90^\circ$ (Độ I)	3	4,9
Dính $> 90^\circ$ và $\leq 180^\circ$ (Độ II)	6	9,8

Nhận xét: Phần lớn khối u không dính với tĩnh mạch mạc treo tràng trên hay tĩnh mạch cửa (85,2%).

Bảng 5. So sánh xâm lấn tĩnh mạch giữa CLVT và giải phẫu bệnh lý

CLVT \ Giải phẫu bệnh lý	Dính tĩnh mạch	Không dính tĩnh mạch	Tổng
Dính tĩnh mạch	7	2	9
Không dính tĩnh mạch	2	50	52
Tổng	9	52	61

Nhận xét: CLVT đánh giá xâm lấn tĩnh mạch có độ nhạy 77,8%, độ đặc hiệu 96,2%.

Bảng 6. So sánh đánh giá khối u (T) giữa CLVT và GPBL

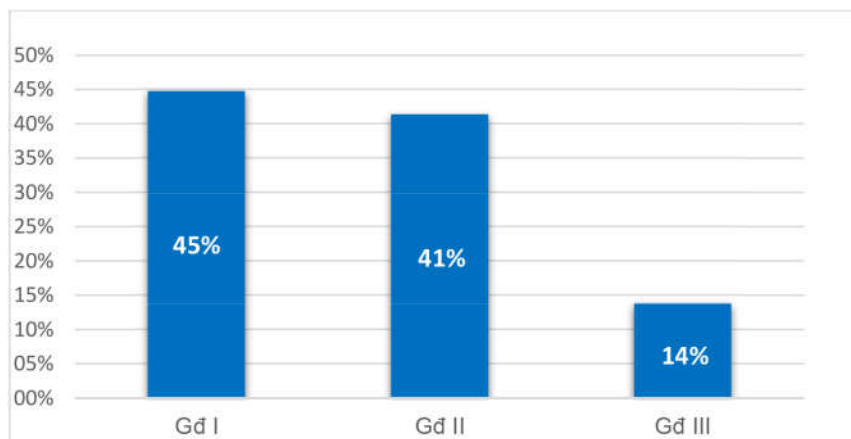
CLVT \ Giải phẫu bệnh lý	T1	T2	T3	Tổng
T1	0	4	0	4
T2	3	24	12	39
T3	0	7	8	15
Tổng	3	35	20	58
KAPPA = 0,003				

Nhận xét: Hệ số Kappa = 0,003 cho thấy không có sự phù hợp về chẩn đoán T giữa CLVT và GPBL.

Bảng 7. So sánh đánh giá di căn hạch (N) với giải phẫu bệnh

CLVT \ Giải phẫu bệnh lý	Di căn hạch	Không di căn hạch	Tổng
Di căn hạch	13	11	24
Không di căn hạch	14	23	37
Tổng	27	34	61

Nhận xét: Độ nhạy, độ đặc hiệu và mức độ chẩn đoán phù hợp của CLVT trong chẩn đoán di căn hạch lần lượt là 48,1%, 67,6% và 59%.

**Biểu đồ 1.** CLVT đánh giá giai đoạn bệnh theo AJCC

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp bệnh được chẩn đoán giai đoạn I và II trên hình ảnh CLVT đa dãy (86,2%).

Bảng 8. So sánh đánh giá giai đoạn với giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh lý CLVT	I	II	III	Tổng
I	9	11	6	26
II	5	14	5	24
III	1	3	4	8
Tổng	15	28	15	58
KAPPA = 0,18				

Nhận xét: Không có sự phù hợp có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán giai đoạn giữa CLVT và GPBL (Kappa = 0,18).

4. Bàn luận

4.1. Phát hiện khối u

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chụp CLVT 320 lát cắt trước mổ để đánh giá khả năng cắt bỏ. Kết quả CLVT phát hiện khối u đạt tỷ lệ 95,1%. Trong đó, hình ảnh u đầu tụy phát hiện trên CLVT chiếm tỷ lệ 32,8%, ung thư bóng Vater là 37,7%, với ung thư đoạn cuối ống mật chủ là 24,6%. Hình ảnh CLVT trước mổ không phát hiện ung thư tá tràng.

Trong nghiên cứu của Lê Hồng Kỳ (2010), phần lớn các khối u vùng quanh bóng Vater đồng tỷ trọng so với nhu mô tụy (85,3%), 100% các trường hợp có ngấm thuốc cản quang sau tiêm. Tác giả cũng nhận thấy trong 34 bệnh nhân phát hiện được u trên

CLVT: U bóng Vater chiếm 88,2%, u đoạn thấp OMC chiếm 5,9%, u tá tràng quanh bóng Vater chiếm 5,9%. Kết quả nghiên cứu của tác giả cho thấy có sự phù hợp vừa trong chẩn đoán vị trí của u trên CLVT và kết quả phẫu thuật với chỉ số Kappa = 0,6 [5].

Nguyễn Xuân Khái (2013) nhận thấy CLVT đa dãy có độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán u tụy lần lượt là 96% và 100% [6].

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 cũng cho thấy CLVT 320 lát cắt và giải phẫu bệnh có mức độ phù hợp cao trong chẩn đoán vị trí khối u. Giá trị tiên đoán dương tính trong chẩn đoán vị trí của u đầu tụy, u bóng Vater và u đoạn thấp ống mật chủ lần lượt là 81,8%, 83,3%, và 83,3%.

4.2. Biến đổi giải phẫu động mạch

Việc phát hiện các biến đổi giải phẫu động mạch gan có ý nghĩa quan trọng giúp vết hạch động mạch gan trong mổ được an toàn hơn. CLVT 320 lát

cắt dựng hình động mạch tỏ ra rất có hiệu quả phát hiện các biến đổi giải phẫu trên. Kết quả 61 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu gặp biến đổi giải phẫu động mạch liên quan đến phẫu thuật với tỷ lệ 19,7%. Trong đó hay gặp nhất là động mạch mạc gan chung xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên - Michels 9 (6,7%), sau đó là động mạch gan phải thay thế xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên - Michels 3 (4,9%). Cả hai trường hợp trên đều có nguy cơ tổn thương động mạch gan khi vét hạch cuống gan vì những trường hợp này động mạch gan phải sẽ đi bờ phải cuống gan phía sau tĩnh mạch cửa và đường mật, rất dễ nhầm lẫn với hạch bạch huyết khi vét hạch vùng này. Cá biệt, trong nghiên cứu còn gặp một biến đổi giải phẫu động mạch gan không nằm trong phân loại của Michels. Khi này, động mạch gan và động mạch vị trái từ 1 thân chung xuất phát từ động mạch chủ bụng, động mạch lách xuất phát trực tiếp từ động mạch chủ bụng và cho nhánh vị tá tràng.

Nicholas Alexakis và cộng sự (2019) nghiên cứu biến đổi giải phẫu động mạch gan ở 232 bệnh nhân được cắt khối tá tụy. Kết quả nghiên cứu phát hiện biến đổi giải phẫu gặp ở 35 trường hợp (15,08%), trong đó: 8,19% động mạch gan phải phụ từ động mạch mạc treo tràng trên, 5,06% động mạch gan phải thay thế từ động mạch mạc treo tràng trên, 0,86% động mạch gan trái phụ từ động mạch vị trái, 0,43% động mạch gan chung xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên. Tác giả nhận thấy tất cả các biến đổi giải phẫu này được phát hiện trước mổ nhờ cắt lớp vi tính đa dãy, nó giúp tiên lượng cuộc mổ và để phòng các biến chứng sau mổ [7].

Theo Sugimachi (2018), động mạch gan phải thay thế hay động mạch gan phải phụ có nguy cơ tổn thương trong quá trình vét hạch trong mổ cắt khối tá tụy. Trong quá trình phẫu thuật có thể phát hiện động mạch này nhờ thao tác sờ phía sau cuống gan. Cũng theo tác giả, động mạch gan trái phụ hoặc động mạch gan trái thay thế đi trong mạc nối nhỏ có nguy cơ tổn thương khi giải phóng dạ dày để cắt hang vị [8].

4.3. Xâm lấn tĩnh mạch

Xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa và hệ lưu tĩnh mạch là một yếu tố quan

trọng để xếp khối u vào giai đoạn có thể cắt bỏ, giai đoạn ranh giới có thể cắt bỏ hay không thể cắt bỏ. Trên hình ảnh CLVT khi khối u dính với tĩnh mạch hơn một nửa chu vi ($> 180^\circ$) hoặc làm hẹp, tắc tĩnh mạch được xếp vào giai đoạn ranh giới có thể phẫu thuật. Ở giai đoạn này nhất thiết phải cắt và tái tạo tĩnh mạch bị xâm lấn. Kết quả nghiên cứu có 14,8% khối u dính tĩnh mạch mạc treo tràng trên hoặc tĩnh mạch cửa. Do đối tượng bệnh nhân ở giai đoạn có thể cắt bỏ nên không có trường hợp nào khối u dính tĩnh mạch $> 180^\circ$. Đồng thời, trong đánh giá xâm lấn tĩnh mạch, CLVT 320 lát cắt có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 77,8% và 96,2%.

Lê Hồng Kỳ (2010), không gặp trường hợp nào xâm lấn mạch máu, tác giả không đánh giá sự tiếp xúc của khối u với tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa trên phim CLVT. Nguyễn Xuân Khái (2013) gặp xâm lấn mạch máu với tỷ lệ 35,1%, tác giả nhận thấy hình ảnh CLVT đánh giá xâm lấn mạch máu có độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 95% và độ chính xác 85% [5], [6].

Nghiên cứu của Mimi Kim và cộng sự (2018) về giá trị của CLVT trong đánh giá xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa. Tác giả nhận thấy nhóm bệnh nhân ở giai đoạn có thể cắt bỏ gặp hình ảnh CLVT xâm lấn tĩnh mạch với tỷ lệ 33,3%. Trong đó dính tĩnh mạch $\leq 90^\circ$ gặp với tỷ lệ 23,3%, dính $> 90^\circ$ và $\leq 180^\circ$ là 8,3%, có 1 trường hợp (1,7%) hình ảnh CLVT cho thấy khối u dính tĩnh mạch $> 180^\circ$. Tác giả cũng đưa ra giá trị tiên đoán xâm lấn tĩnh mạch của từng mức độ xâm lấn trên hình ảnh CLVT [4].

4.4. Đánh giá u (T)

Bảng 6 cho thấy, giá trị tiên đoán dương tính của CLVT 320 lát cắt trong chẩn đoán khối u T2 chỉ là 68,6% và với khối u T3 giá trị này là 40%. Đồng thời với hệ số Kappa $< 0,2$ cho thấy không có sự phù hợp về đánh giá T giữa CLVT và giải phẫu bệnh lý ($p=0,95$).

Lê Hồng Kỳ (2010) nghiên cứu đặc điểm hình ảnh CLVT khối xếp loại T theo phân loại TMN, giúp tiên lượng điều trị phẫu thuật. Tác giả nhận thấy khối u có kích thước lớn, ranh giới khối không rõ thì khả năng xâm lấn đầu tụy cao, tuy nhiên khó xác định phân loại

giai đoạn T2 và T3. Cũng theo tác giả, xác định xâm lấn lớp mỡ quanh mạch máu, mạch máu góp phần tiên lượng khả năng cắt bỏ khối u hay không. Trong nghiên cứu tác giả thấy 73,5% khối u vùng bóng Vater thâm nhiễm đầu tụy, CLVT có độ nhạy 77,8%, độ đặc hiệu 30%, giá trị dự báo dương tính 33,3%, giá trị dự báo âm tính 75%, độ chính xác 44,8% trong chẩn đoán xâm lấn đầu tụy [5].

Kaneko và cộng sự (2010) hồi cứu hình ảnh chụp CLVT trước mổ và đánh giá mối liên quan với các chỉ số sau mổ từ đó xác định các chỉ số đánh giá khả năng cắt bỏ khối u vùng đầu tụy. Tác giả nhận thấy CLVT đa dãy tiên lượng khả năng cắt bỏ với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 71%, giá trị tiên đoán dương tính 85%, tiên đoán âm tính 100% và mức độ phù hợp chẩn đoán 89%. Zhao và cộng sự (2009) thực hiện một nghiên cứu phân tích tổng hợp đánh giá vai trò của CLVT đa dãy trong chẩn đoán và xác định sự xâm lấn mạch máu của các khối u vùng đầu tụy dựa trên 18 nghiên cứu. Tác giả nhận thấy CLVT có độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 82% trong chẩn đoán u và có độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán xâm lấn mạch máu lần lượt là 77% và 81%. Tuy nhiên trong những trường hợp khó khăn vẫn cần thiết có sự hỗ trợ của các biện pháp chẩn đoán hình ảnh khác như siêu âm nội soi để đánh giá chính xác hơn sự xâm lấn mạch máu [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy CLVT ít giá trị chẩn đoán T có thể được lý giải là do các khối u vùng đầu tụy có cách đánh giá T khác nhau, khi mà CLVT chẩn đoán vị trí khối u không chính xác sẽ dẫn đến chẩn đoán T không chính xác. Đồng thời thiết kế nghiên cứu với đối tượng là bệnh nhân có khối u ở giai đoạn có thể cắt bỏ triệt căn nên không đại diện cho tất cả bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy.

4.5. Đánh giá N

Kulkarniv (2019) nhận thấy hạch lympho có thể quan sát thấy dễ dàng trên phim CLVT đa dãy. Tuy nhiên mức độ phù hợp chẩn đoán di căn hạch của CLVT dựa trên hình thái và kích thước hạch (trục ngắn > 1cm) còn nhiều giới hạn. Nhiều hạch kích thước lớn có kết quả giải phẫu bệnh lành tính, trong khi những hạch di căn lại có kích thước nhỏ. Cũng theo tác giả

CLVT chẩn đoán di căn hạch có độ chính xác 59,5% và dấu hiệu kích thước hạch $\geq 1,5\text{cm}$ chỉ chẩn đoán được 16,7% các trường hợp di căn hạch [10].

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 7 cho thấy, CLVT 320 lát cắt chẩn đoán di căn hạch với độ nhạy 48,1%, độ đặc hiệu 67,6% và độ chính xác 59%. Kết quả cũng tương tự với các tác giả kể trên, đồng thời kết quả kiểm định Kappa cũng cho thấy CLVT ít phù hợp giải phẫu bệnh trong chẩn đoán di căn hạch.

Ở trong nước có Lê Hồng Kỳ (2010) nhận thấy chẩn đoán hạch trên CLVT có độ nhạy 14,3%, độ đặc hiệu 95,5%, giá trị dự báo dương tính 66,7%, giá trị dự báo âm tính 61,1%, độ chính xác 63,9%. Cũng theo tác giả CLVT có khả năng đánh giá độ lan rộng và xếp loại giai đoạn bệnh tìm hạch và di căn xa, giúp phân loại giai đoạn bệnh, khi kích thước hạch trên 10mm, bờ đa cung, thùy múi, có tỷ trọng tương đương với khối u thì rất gợi ý hạch ác tính. Ở một nghiên cứu khác, Nguyễn Xuân Khái (2013) nghiên cứu CLVT đa dãy đánh giá giai đoạn u đầu tụy trên 57 trường hợp. Tác giả nhận thấy nghiệm pháp có độ nhạy 71%, độ đặc hiệu 98%, độ chính xác 85% và giá trị tiên đoán dương tính 83% [5], [6].

4.6. Đánh giá giai đoạn

Đánh giá giai đoạn trước điều trị theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ là một trong các yếu tố quyết định phương pháp điều trị, giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng và có thái độ điều trị phù hợp. Việc đánh giá giai đoạn này hoàn toàn dựa vào kết quả chẩn đoán hình ảnh. Trong nghiên cứu của Lê Hồng Kỳ (2010), kết quả có 85,3% bệnh nhân có tổn thương giai đoạn bệnh I, II; tổn thương giai đoạn bệnh III chiếm 8,8%, giai đoạn bệnh IV chiếm 5,9%. Cũng theo tác giả hình ảnh CLVT giúp chẩn đoán phân biệt bệnh ở giai đoạn I, II và giai đoạn III, IV với hệ số chẩn đoán phù hợp Kappa = 0,6 [5].

Kết quả nghiên cứu ở Biểu đồ 1 cho thấy 44,8% bệnh nhân có hình ảnh CLVT giai đoạn I, 41,4% giai đoạn II, 13,8% giai đoạn III. Đồng thời, không có sự phù hợp giữa CLVT và giải phẫu bệnh trong chẩn đoán giai đoạn bệnh theo AJCC (hệ số Kappa = 0,18). Tuy nhiên, trong chẩn đoán phân biệt giai đoạn III với giai đoạn I và II có độ nhạy 26,7%, độ đặc

hiệu 90,7%. Điều này cho thấy hình ảnh CLVT có ý nghĩa tiên lượng bệnh ở giai đoạn sớm. Kết quả như vậy có thể lý giải do đánh giá giai đoạn u bị ảnh hưởng bởi N (có di căn hạch hay không), mà CLVT ít ý nghĩa chẩn đoán di căn hạch như đã bàn ở trên. Mặc dù vậy, nó vẫn có giá trị trong tiên đoán bệnh ở giai đoạn sớm (có thể phẫu thuật triệt căn).

Nhược điểm trong nghiên cứu khi đánh giá giá trị của hình ảnh CLVT là trong thiết kế thống kê chỉ lấy nhóm bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh là ung thư. Điều này đã loại bỏ những trường hợp dương tính giả (kết quả phẫu thuật lành tính hoặc trước mổ hình ảnh CLVT có thể phẫu thuật nhưng đánh giá trong mổ lại không thể cắt bỏ). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu cũng giúp khẳng định vai trò của CLVT trong chẩn đoán vị trí khối u trước mổ, đánh giá xâm lấn mạch máu và phát hiện các biến đổi giải phẫu mạch máu có liên quan.

5. Kết luận

Từ các kết quả nghiên cứu cho thấy cắt lớp vi tính đa dãy có giá trị cao trong phát hiện khối u vùng đầu tụy (95,1%), đồng thời hiệu quả trong xác định vị trí u ($Kappa = 0,69$) và mức độ xâm lấn tĩnh mạch (độ nhạy: 77,8%, độ đặc hiệu: 96,2%). Tuy nhiên, cắt lớp vi tính ít có ý nghĩa trong chẩn đoán di căn hạch (độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 48,1% và 67,6%) cũng như đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật ($Kappa = 0,18$).

Tài liệu tham khảo

1. Kamisawa T and Okamoto A (2008) *Clinical diagnosis of periampullary carcinoma, in Diseases of the Pancreas*. Springer: 771-777.
2. Ross WA and Bismar MM (2004) *Evaluation and management of periampullary tumors*. Current gastroenterology reports 6(5): 362.
3. Barreto SG and Windsor JA (2018) *Surgical diseases of the pancreas and biliary tree*. Springer.
4. Kim M et al (2018), *Prediction and clinical implications of portal vein/superior mesenteric vein invasion in patients with resected pancreatic head cancer: The significance of preoperative CT parameters*. Clinical radiology 73(6): 564-573.
5. Lê Hồng Kỳ (2010) *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u vùng bóng Vater*. Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Xuân Khải, T.C.H. (2013) *Giá trị của chụp cắt với vi tính 64 dãy trong chẩn đoán u đầu tụy*. Y học thực hành, 837(6), tr. 72-74.
7. Alexakis N et al (2019) *Variant hepatic arterial anatomy encountered during pancreatoduodenectomy does not influence postoperative outcomes or resection margin status: A matched pair analysis of 105 patients*. Journal of surgical oncology 119(8): 1122-1127.
8. Sugimachi K, Iguchi T (2018) *Surgical anatomy of the pancreas and the periampullary region*. In Surgery for Pancreatic and Periampullary Cancer: 1-10.
9. Kaneko OF et al (2010) *Performance of multidetector computed tomographic angiography in determining surgical resectability of pancreatic head adenocarcinoma*. Journal of Computer Assisted Tomography 34(5): 732-738.
10. Kulkarni NM (2019) *Clinical staging of pancreatic cancer with MDCT and MRI, in management of localized pancreatic cancer*. Springer: 9-28.