

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH 64 DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN U ĐẦU TUY

NGUYỄN XUÂN KHÁI - Học viện Quân y
TRẦN CÔNG HOAN - Bệnh viện Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của CLVT 64 dây trong chẩn đoán u đầu tụy.

Đối tượng và phương pháp: gồm 57 BN từ tháng 01/2012 - 12/2012 tại BV Việt Đức được chụp CLVT và có kết quả phẫu thuật và GPB là u đầu tụy.

Kết quả: Chẩn đoán xác định: độ nhạy: 96%, độ đặc hiệu: 100%, tỉ lệ âm tính giả: 3,4%, độ chính xác: 98%, giá trị tiên đoán dương tính: 100%. Đánh giá xâm lấn tại chỗ: Độ nhạy: 74%, Độ đặc hiệu: 87%, Tỉ lệ âm tính giả: 26%, Độ chính xác: 86%, giá trị tiên đoán dương tính: 94%. Đánh giá xâm lấn mạch máu: Độ nhạy: 75%, Độ đặc hiệu: 95%, Tỉ lệ âm tính giả: 25%, Độ chính xác: 85%, Giá trị tiên đoán dương tính: 88%. Phát hiện di căn hạch: độ nhạy: 57%, độ đặc hiệu: 85%, tỉ lệ âm tính giả: 43%, độ chính xác: 71%, giá trị tiên đoán dương tính: 72%. Dự kiến chính xác cách thức phẫu thuật: 87,7%.

Kết luận: CLVT 64 dây có độ nhạy độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán xác định, đánh giá mức độ xâm lấn và dự kiến khả năng phẫu thuật.

Từ khóa: CLVT 64 dây, u đầu tụy.

SUMMARY

Objectives: Evaluating the value of CT scanner 64 multi-detector in diagnosing of pancreatic head tumor.

Subjects and methods: Including 57 patients from Jan 2012 to Dec 2012 in Viet Duc hospital with MSCT and with the surgery result and pathology of pancreatic head tumor.

Results: Determining diagnosis: Se: 96%, Sp: 100%, FNR: 3,4%, ACC: 98%, PPV: 100%. Local invasion: Se: 74%, Sp: 87%, FNR: 26%, ACC: 86%, PPV: 94%. Evaluating vascular invasion: Se: 75%, Sp: 95%, FNR: 25%, ACC: 85%, PPV: 88%. Metastasis: Se: 57%, Sp: 85%, FNR: 43%, ACC: 71%, PPV: 72%. Accuracy of surgery technique proposing: 87,7%.

Conclusion: CT scanner 64 multi-detector has high Se and Sp in determining diagnosis, evaluating the invasion level and proposing the diagnosis possibilities.

Keywords: CT scanner 64 multi-detector, pancreatic head tumor.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U đầu tụy là loại u ác tính, hầu hết các bệnh nhân tử vong trong vòng từ 1 đến 2 năm. Các nghiên cứu gần đây cho rằng bệnh nhân u đầu tụy nếu được phát hiện sớm thì có thời gian sống sau 5 năm khi được phẫu thuật khoảng 15-40%[1]. Vì vậy, việc chẩn đoán phát hiện sớm u đầu tụy là rất cần thiết và có nhiều ý nghĩa trong lâm sàng điều trị u đầu tụy.

Có nhiều phương tiện CDHA u đầu tụy như chụp Xquang, siêu âm, cộng hưởng từ..., nhưng chụp CLVT nhất là đa dãy đầu thu tỏ ra rất có ưu điểm trong chẩn đoán bệnh lý này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Giá trị của chụp CLVT 64 dây trong chẩn đoán u

đầu tụy" nhằm mục đích thấy được giá trị của CLVT trong chẩn đoán xác định, mức độ xâm lấn, giúp chẩn đoán sớm và lựa chọn phương pháp phẫu thuật.

ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng BN: Các BN được chụp CLVT 64 dây có chẩn đoán là u đầu tụy, và những BN được chẩn đoán phẫu thuật và GPB là u đầu tụy có được chụp CLVT. Chúng tôi thu thập phân tích trên 57 BN từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2012 được chụp CLVT và điều trị tại BV Hữu nghị Việt Đức.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp CLVT Light Speed 64 dây của hãng GE (Mỹ), máy bơm tiêm tự động, thuốc cản quang Telebrix 350.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Đối chiếu kết quả trên CLVT với kết quả phẫu thuật, GPB từ đó tính toán các giá trị: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo âm tính, giá trị dự báo dương tính, tỉ lệ âm tính giả, tỉ lệ dương tính giả, độ chính xác.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán u đầu tụy.

Bảng 1. Giá trị chẩn đoán u đầu tụy trên CLVT đối chiếu phẫu thuật và GPB

Chẩn đoán u đầu tụy	Phẫu thuật và GPB		Tổng
	U tụy	Không u đầu tụy	
CLVT (+)	54	0	54
CLVT (-)	2	1	3
Tổng	56	1	57

Độ nhạy: 96%, độ đặc hiệu: 100%, tỉ lệ âm tính giả: 3,4%, độ chính xác: 98%, giá trị tiên đoán dương tính: 100%.

2. Giá trị chẩn đoán sự xâm lấn tại chỗ của u đầu tụy trên CLVT đối chiếu phẫu thuật và GPB.

Bảng 2. Giá trị chẩn đoán sự xâm lấn của u đầu tụy trên CLVT đối chiếu phẫu thuật và GPB

Chẩn đoán u đầu tụy	Phẫu thuật và GPB		Tổng
	Xâm lấn	Không xâm lấn	
CLVT (+)	31	2	33
CLVT (-)	11	13	24
Tổng	42	15	57

Độ nhạy: 74%, độ đặc hiệu: 87%, tỉ lệ âm tính giả: 26%, độ chính xác: 86%, giá trị tiên đoán dương tính: 94%.

3. Giá trị chẩn đoán xâm lấn mạch máu của u đầu tụy trên CLVT.

Bảng 3. Giá trị chẩn đoán xâm lấn mạch máu của u đầu tụy trên CLVT đối chiếu phẫu thuật và GPB

Chẩn đoán u đầu tụy	Phẫu thuật và GPB		Tổng
	Xâm lấn mạch máu	Không xâm lấn mạch máu	
CLVT (+)	15	2	17
CLVT (-)	5	35	40
Tổng	20	37	57

Độ nhạy: 75%, độ đặc hiệu: 95%, tỉ lệ âm tính giả: 25%, độ chính xác: 85%, giá trị tiên đoán dương tính: 88%.

4. Giá trị chẩn đoán di căn hạch của u đầu tụy đối chiếu với phẫu thuật và GPB.

Bảng 4. Giá trị chẩn đoán di căn hạch của u đầu tụy trên CLVT đối chiếu phẫu thuật và GPB

Chẩn đoán u đầu tụy	Phẫu thuật và GPB		Tổng
	Di căn hạch	Không di căn hạch	
CLVT (+)	13	5	18
CLVT (-)	10	29	39
Tổng	23	34	57

Độ nhạy: 57%, độ đặc hiệu: 85%, tỉ lệ âm tính giả: 43%, độ chính xác: 71%, giá trị tiên đoán dương tính: 72%.

5. Giá trị chẩn đoán di căn phúc mạc của u đầu tụy trên CLVT đối chiếu với phẫu thuật và GPB.

Bảng 5. Giá trị chẩn đoán di căn phúc mạc của u đầu tụy trên CLVT đối chiếu phẫu thuật và GPB

Chẩn đoán u đầu tụy	Phẫu thuật và GPB		Tổng
	Di căn hạch	Không di căn hạch	
CLVT (+)	5	1	6
CLVT (-)	2	49	51
Tổng	7	50	57

Độ nhạy: 71%, độ đặc hiệu: 98%, tỉ lệ âm tính giả: 29%, độ chính xác: 85%, giá trị tiên đoán dương tính: 83%.

6. Giá trị của chẩn đoán u đầu tụy trên CLVT dự đoán phương pháp phẫu thuật.

Bảng 6. Giá trị của chẩn đoán u đầu tụy trên CLVT dự đoán phương pháp phẫu thuật

Loại phẫu thuật	CLVT (n = 57)		Phẫu thuật (n = 57)		p
	n	%	n	%	
Cắt khối tá tụy	31	54,4	24	42,1	>0,05
Nối mật ruột	26	45,6	33	57,9	
Tỉ lệ dự kiến chính xác	50/57 (87,7%)				

BÀN LUẬN

1. Giá trị chẩn đoán của CLVT đối chiếu với phẫu thuật.

Nhiều nghiên cứu cho thấy CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán xác định u đầu tụy, hơn thế CLVT đa dây đầu thu còn phát hiện những khối u nhỏ < 2-3 cm mà các phương tiện chẩn đoán khác khó phát hiện được. Chính vì vậy, một số tác giả gần đây cho rằng CLVT là một tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán u đầu tụy do chẩn đoán nhanh, dễ thực hiện, ít chi phí cho bệnh nhân [3].

Trong nghiên cứu này, 01 trường hợp (1,8%) CLVT chẩn đoán nhầm là viêm tụy mạn, 02 trường hợp (3,5%) nghi ngờ giữa u bóng Vater và u đầu tụy, 01 trường hợp (1,8%) chẩn đoán u đầu tụy nhưng giải phẫu bệnh là tụy xơ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 1), cho thấy CLVT u đầu tụy có giá trị chẩn đoán chính xác cao khi đối chiếu với phẫu thuật và GPB với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là: 96%; 100% và 98% với giá trị tiên đoán dương 100%. Nguyễn Duy Huệ (2004), đánh giá giá trị của CLVT

trong chẩn đoán u đầu tụy thấy độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là: 96,8% và 90%. Fusari M và CS (2010) nghiên cứu 40 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng và SAOB có u đầu tụy, thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của CLVT đối chiếu GPB sau phẫu thuật lần lượt là: 100%, 88% và 98%. Klauss M và Grenacher L (2009) nghiên cứu về giá trị của CLVT trong chẩn đoán u đầu tụy thấy chụp CLVT đa dây đầu thu có độ nhạy, độ đặc hiệu chẩn đoán u đầu tụy lần lượt là: 94% và 89%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Fargnoli R và Fusi I (1999) thấy CLVT có độ nhạy trong chẩn đoán sớm u đầu tụy là 100%.

2. Giá trị đánh giá xâm lấn tại chỗ.

Ngoài sự xác định u, việc xác định sự xâm lấn các tổ chức lân cận của khối u là hết sức cần thiết, bởi điều này quyết định đến cách thức can thiệp với khối u. Nhiều nghiên cứu đã đánh giá được sự xâm lấn của khối u đầu tụy như: mạch máu (động mạch và tĩnh mạch), di căn hạch, gan, tá tràng... sự xâm lấn của u đầu tụy đối với các tạng đã giúp cho các nhà phẫu thuật lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt khối tá tụy hay nối mật ruột. Gavin L và CS (2011) nhận định sự xâm lấn của u đầu tụy đến các cơ quan như sau: CLVT có độ nhạy 84% và độ đặc hiệu 98% trong chẩn đoán xâm lấn của khối u đầu tụy. Khi phát hiện khối u đầu tụy thì có khoảng trên 50% trường hợp có sự xâm lấn tại chỗ, di căn xa như gan, phúc mạc với độ chính xác từ 85-95% và giá trị tiên đoán dương 89-100% [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 2) thấy CLVT u đầu tụy có giá trị chẩn đoán khá chính xác sự xâm lấn tại chỗ của khối u khi đối chiếu với phẫu thuật và GPB với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là: 74%; 90% và 82% với giá trị tiên đoán dương 94%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Lu DS và CS (1997), nghiên cứu thấy CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán sự xâm lấn mạch máu với độ nhạy 84%; độ đặc hiệu 98% và giá trị tiên đoán dương 95% [4].

3. Giá trị đánh giá xâm lấn mạch máu

Trong nghiên cứu này, đánh giá xâm lấn mạch máu có độ nhạy: 75%, độ đặc hiệu: 95%, độ chính xác này rất có giá trị để phẫu thuật viên tiên lượng cách thức xử lý trong phẫu thuật. Nếu khối u xâm lấn hệ thống TMMTTT thì vẫn có chỉ định phẫu thuật, nếu xâm lấn bao bọc lấy 3/4 chu vi hệ ĐMMTTT thì chống chỉ định tuyệt đối không phẫu thuật. CLVT 64 dây trên những hình ảnh tái tạo việc xác định xâm lấn mạch máu rất dễ dàng, ngoài ra còn thấy được những biến đổi giải phẫu của hệ thống mạch máu liên quan với tụy. Theo Li H và CS (2005) thấy độ nhạy, độ đặc hiệu của CLVT trong phát hiện u xâm lấn mạch máu lần lượt là: 92% và 100% [3]. House và CS (2004) nghiên cứu 115 bệnh nhân thấy CLVT có độ nhạy, độ đặc hiệu trong phát hiện u xâm lấn mạch máu lần lượt là: 87% và 99%.

4. Giá trị phát hiện di căn hạch, phúc mạc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện di căn hạch có độ nhạy: 57%, độ đặc hiệu: 85%, tỉ lệ âm tính giả: 43%, độ chính xác: 71%, giá trị tiên đoán dương tính: 72%. Theo kết quả nghiên cứu của Paul L và CS

(1998) thấy vai trò quan trọng của CLVT trong xác định di căn hạch của u đầu tụy với độ chính xác 77%, nhất là khi kích thước khối u càng lớn thì chẩn đoán di căn hạch của u đầu tụy càng chính xác như: kích thước khối u từ 15-35 mm thì độ chính xác 83%; nếu kích thước khối u > 35 mm thì độ chính xác của CLVT là 100% [5]. Di căn phúc mạc thường thấy có nhiều dịch trong ổ bụng, thành phúc mạc dày lên, không đều, có những nụ sùi phúc mạc. Trong nghiên cứu này phát hiện di căn phúc mạc có độ nhạy: 71%, độ đặc hiệu: 98%, cũng phù hợp với các tác giả nước ngoài.

5. Giá trị của CLVT dự kiến phương pháp phẫu thuật u đầu tụy.

Ngoài vai trò xác định chẩn đoán, CLVT còn giúp các phẫu thuật viên dự kiến phương pháp phẫu thuật sẽ tiến hành. Phương pháp phổ biến và được coi là khá triệt để chính là phẫu thuật cắt khối tá tụy, với mục tiêu cắt bỏ được u, tái lập lưu thông đường dẫn mật, tụy. Trong những trường hợp không thể tiến hành cắt khối tá tụy thì việc tái lập lưu thông đường dẫn mật, tụy cũng là biện pháp tốt để cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân (phương pháp nối mật ruột) [1]. Trong tổng số 57 bệnh nhân u đầu tụy (Bảng 6) được phẫu thuật, dự kiến có thể tiến hành cắt khối tá tụy được 31 bệnh nhân (54,4%), nhưng thực tế chỉ thực hiện được 24 bệnh nhân (42,1%), 07 bệnh nhân còn lại phải chuyển sang tái lập lưu thông đường dẫn mật, tụy (nối mật ruột); tỉ lệ dự kiến đúng cắt khối tá tụy theo CLVT là: 87,7%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Fuhrman GM (1994) nghiên cứu thấy CLVT dự kiến đúng 88% trường hợp u đầu tụy được cắt khối tá tụy. Lu DS và CS (1997) nghiên cứu 25 bệnh nhân u đầu tụy xâm lấn mạch máu thấy CLVT dự kiến phương pháp phẫu thuật với giá trị tiên đoán âm phẫu thuật và

giá trị tiên đoán dương không phẫu thuật lần lượt là: 95% và 93% [4]. Trần Văn Phoi (2007), nghiên cứu 201 trường hợp u đầu tụy (có 146 bệnh nhân được phẫu thuật) thấy tỉ lệ cắt khối tá tụy chiếm 34,3%; phương pháp nối mật ruột chiếm tỉ lệ cao (65,7%).

Như vậy, CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán u đầu tụy, không những chẩn đoán xác định còn phát hiện được giai đoạn phát triển khối u, dự kiến phẫu thuật theo kết quả chẩn đoán hình ảnh, CLVT có giá trị cao trong thực hành lâm sàng.

KẾT LUẬN

CLVT 64 dãy có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác và giá trị tiên đoán dương tính cao. CLVT góp phần quan trọng đánh giá được mức độ xâm lấn của khối u, dự kiến được phương pháp phẫu thuật cho các nhà ngoại khoa trong điều trị u đầu tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phoi Trần Văn: "Ung thư tụy", Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, NXB Y học, Hà Nội, 2007, tr 227-234.
2. Gavin L, Noam M: "Multimodality imaging of neoplastic and non-neoplastic solid lesions of the pancreas", *Radiographics*, 2011, 31, pp 993-1015.
3. Li H, Zeng MS, Zhou KR: "Pancreatic adenocarcinoma: signs of vascular invasion determined by multi-detector row CT", *The British Journal of Radiology*, 2006, 79, pp. 880-87.
4. Lu DS, Reber HA, Krasny RM, et al: "Local staging of pancreatic cancer: criteria for unresectability of major vessels as revealed by pancreatic-phase, thin-section helical CT", *AJR*, 1997, 168, pp. 1439-43.
5. Paul L, Oliver V: "Pancreatic tumors: comparison of Dual-Phase Helical CT and Endoscopic Sonography", *AJR*, 1998, 170, pp. 1315-22.