

# GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN U VÙNG BÓNG VATER

TRẦN CÔNG HOAN - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

## TÓM TẮT

- Chẩn đoán u vùng bóng Vater thì CLVT có độ nhạy 89,5%, độ chính xác 89,5%.

- Phù hợp vừa giữa chẩn đoán vị trí của khối u trên CLVT và kết quả PT-GPB.

- Chẩn đoán giai đoạn bệnh: 85,3% tổn thương giai đoạn I, II, tổn thương giai đoạn III chiếm 8,8%, giai đoạn IV chiếm 5,9%.

- CLVT có độ nhạy 77,8%, độ đặc hiệu 30% trong chẩn đoán xâm lấn đầu tụy, có độ nhạy 75%, giá trị dự báo dương tính 54,5% trong chẩn đoán xâm lấn tá tràng, có độ đặc hiệu 95,5% trong chẩn đoán di căn hạch. có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 97% trong chẩn đoán di căn gan, có độ nhạy 95,6% trong dự đoán phương pháp phẫu thuật.

**Từ khóa:** U Vater, CLVT

## SUMMARY

- CT scan has the diagnostic sensitivity of 89.5% and the diagnostic accuracy of 89.5% for carcinoma of the ampulla of Vater.

- The tumor location is determined similarly with the pathologic analysis.

- Stage diagnosis: 85.3% patients in stage I, II; 8.8% in stage III; 5.9% in stage IV.

- CT scan has the diagnostic sensitivity of 77.8% and specificity of 30% for the invasion to the head of pancreas, the diagnosis sensitivity of 75% and the positive predictive value of 54.5% for duodenum invasion, and the diagnostic specificity of 95.5% for lymph node metastasis; the diagnostic sensitivity of 100% and the specificity of 97% for liver metastasis, and diagnostic sensitivity of 95.6% in planning the most suitable surgical intervention.

**Keywords:** carcinoma of the ampulla of Vater, CT scanner

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U vùng bóng Vater là bệnh lý khá thường gặp, đứng thứ 2 sau ung thư đầu tụy, thường chẩn đoán muộn, trước đây rất khó khăn chẩn đoán trước mổ.

Hiện nay CLVT là phương tiện khá phổ biến và rộng rãi trong chẩn đoán các bệnh lý ổ bụng đặc biệt là u vùng bóng Vater, ngoài vấn đề chẩn đoán xác định, còn có giá trị chẩn đoán chính xác vị trí u, đánh giá sự lan tỏa của u, chẩn đoán giai đoạn bệnh từ đó dự đoán được phương pháp phẫu thuật. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá giá trị của chụp CLVT trong chẩn đoán u vùng bóng Vater.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Từ tháng 1/2009 đến tháng 6/2010 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chúng tôi đã phân tích 38 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú..., được chụp CLVT trước và sau tiêm thuốc cản quang, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến vùng bóng Vater.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp cắt lớp vi tính Somatom Emotion 2 dãy đầu dò của hãng Siemens.

- Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang có so sánh. Nhập số liệu bằng phần mềm Epi-Info 6.04 của Tổ chức y tế thế giới. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS16.0

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Giới

Tỷ lệ có 21 bệnh nhân nam chiếm 55% và 17 bệnh nhân nữ chiếm 45%. Tỷ lệ: Nam/Nữ = 1,2. Nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Toàn có tỷ lệ nam:nữ là 1,16 [2], tỷ lệ này cũng tương đương với một số tác giả nước ngoài: Dorandeu nghiên cứu 45 trường hợp từ năm 1970 đến năm 1992 thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,25[4]. Như vậy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ từ 1,1-1,3 lần, điều này có thể lý giải về mặt dịch tễ học mà một số nghiên cứu đã nhấn mạnh đó là thói quen ăn uống sinh hoạt: uống rượu, hút thuốc lá, tiếp xúc với môi trường hóa chất độc hại có nguy cơ cao với ung thư vùng bóng Vater [1].

### 2. Tuổi

- Nhóm tuổi hay gặp là từ 50-70 tuổi, chiếm 57,9%, ít gặp nhóm dưới 50 tuổi (10,5%) và trên 70 tuổi (31,6%).

- Thấp tuổi nhất là 38 tuổi, cao tuổi nhất là 94 tuổi. Độ tuổi trung bình 63,87±12,29.

### 3. Chẩn đoán u vùng bóng Vater trên CLVT.

Phương pháp	CLVT	
	n	%
Có u	34	89,5
Không có u	4	10,5
Tổng	38	100

Chẩn đoán u vùng bóng Vater thì CLVT có độ nhạy 89,5%; độ chính xác 89,5%. CLVT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm hại. Nghiên cứu của Buck J.L có độ nhạy là 80%, Kezerooni có độ nhạy là 94% trong chẩn đoán khối u vùng bóng Vater, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [3], [6].

### 4. Sự phù hợp chẩn đoán vị trí trên CLVT và PT - GPB

		PT-GPB			Tổng	
		Bóng Vater	Đoạn thấp OMC	Tá tràng		
CLVT	Bóng Vater	n	28	1	0	29
		% n	84,8%	3,0%	0%	87,9%
	Đoạn thấp OMC	n	0	1	1	2
		%	0%	3,0%	3,0%	6,0%
	Tá tràng	n	1	0	1	2
		%	3,0%	0%	3,0%	6,0%
Tổng	n	29	2	2	33	
	%	87,9%	6,1%	6,1%	100,0%	

Chỉ số Kappa = 0,6 phù hợp vừa giữa chẩn đoán vị trí của khối u trên CLVT và kết quả PT-GPB, điều này rất rất có ý nghĩa trong điều trị phẫu thuật khoét u tại chỗ hay trong điều trị tạm thời như đặt ống nhân tạo qua nội soi hoặc qua da. Tuy nhiên trong điều trị triệt

cần thì vị trí u vùng bóng Vater ít ý nghĩa vì phẫu thuật đều là cắt khối tá tụy, Nguyễn Tấn Cường cũng có nhận xét tương tự [1].

## 5. Chẩn đoán thâm nhiễm các tạng lân cận

### 5.1. Xâm lấn đầu tụy

PT – GPB CLVT	Có xâm lấn		Không xâm lấn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Có xâm lấn tụy	7	24,1	14	48,3	21	72,4
Không xâm lấn tụy	2	6,9	6	20,7	8	27,6
Tổng số	9	31	20	69	29	100

Xác định mức độ xâm lấn đầu tụy và tá tràng trong góp phần tiên lượng cách thức điều trị. Do giữa bóng Vater và nhu mô đầu tụy không có vỏ xơ bao bọc nên u bóng Vater dễ dàng xâm lấn nhu mô đầu tụy, 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, không có sự khác biệt trong chẩn đoán thâm nhiễm đầu tụy có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Xác định xâm lấn lớp mỡ quanh mạch máu, xâm lấn mạch máu để tiên lượng khả năng bóc bỏ khối u hay không. Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào có xâm lấn lớp mỡ quanh đầu tụy, lớp mỡ quanh mạch máu, xâm lấn mạch máu, điều này có thể do bệnh nhân có triệu chứng tắc mật sớm khi khối u có kích thước nhỏ, còn khu trú vùng bóng Vater nên chưa thâm nhiễm lớp mỡ quanh đầu tụy, quanh mạch máu và xâm lấn mạch máu. Theo Nguyễn Văn Toàn, có 7,8% có xâm lấn mạch máu [2].

### 5.2. Xâm lấn tá tràng

PT – GPB CLVT	Có xâm lấn		Không xâm lấn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Có xâm lấn	12	41,4	10	34,5	22	75,9
Không xâm lấn	4	13,8	3	10,3	7	24,1
Tổng số	16	55,2	13	44,8	29	100

76,5% có xâm lấn tá tràng, CLVT có độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 23%, giá trị dự báo dương tính 54,5%, giá trị dự báo âm tính 42,8%, độ chính xác 51,7%. Theo Jonathan 85% u có ranh giới không rõ [5]. Theo Nguyễn Văn Toàn có tỷ lệ là 45,3% [2].

## 6. Chẩn đoán di căn xa

### 6.1. Giá trị chẩn đoán di căn hạch

PT – GPB CLVT	Không hạch		Có hạch		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Không hạch	21	58,3	12	33,3	33	91,7
Có hạch	1	2,8	2	5,6	3	8,3
Tổng số	22	61,1	14	38,9	36	100

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%. CLVT có độ nhạy thấp, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán di căn hạch.

### 6.2. Chẩn đoán di căn gan

PT – GPB CLVT	Có di căn		Không di căn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Có di căn	2	5,6	1	2,8	3	8,3
Không di căn	0	0	33	91,7	33	91,7
Tổng số	2	5,6	34	94,4	36	100

Chẩn đoán di căn gan trên CLVT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 97%, giá trị dự báo dương tính 75%, giá trị dự báo âm tính 100%, độ chính xác 97,2%. Có độ phù hợp khá ( $Kappa = 0,8$ ) giữa chẩn đoán di căn gan trên CLVT và phẫu thuật, giải phẫu bệnh.

## 7. Độ phù hợp chẩn đoán giai đoạn bệnh giữa CLVT và PT-GPB

Giai đoạn bệnh	Giải phẫu bệnh		Tổng	
	I, II	III, IV		
CLVT	n	19	4	23
	%	57,6%	12,1%	69,7%
III, IV	n	2	8	10
	%	6,1%	24,2%	30,3
Tổng	n	21	12	33
	%	63,6%	36,4%	100,0%

$Kappa = 0,6$  phù hợp vừa giữa chẩn đoán giai đoạn bệnh trên CLVT và phẫu thuật, giải phẫu bệnh.

Một trong các yếu tố quyết định phương pháp điều trị là phân loại giai đoạn bệnh, giúp tiên lượng điều trị, bác sĩ lâm sàng có thái độ điều trị phù hợp. Trong nghiên cứu này chúng tôi phân giai đoạn bệnh theo TMN, giai đoạn bệnh I và II khi chưa có xâm lấn hạch, không phân biệt được rõ ràng giai đoạn I và II; giai đoạn III khi có di căn hạch, giai đoạn IV khi có di căn xa, 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%, theo Nguyễn Văn Toàn tỷ lệ này lần lượt là 74,6%, 13,5% và 11,9% [2]. Nghiên cứu của Jonathan khi nghiên cứu 118 bệnh nhân ung thư bóng Vater thấy rằng có 84% ung thư bóng Vater khi được phát hiện ở giai đoạn I và II, 8% giai đoạn III, 8,5% giai đoạn IV [5].

## 8. Dự đoán phương pháp phẫu thuật trên CLVT

PP phẫu thuật CLVT	DPC		Nối mật ruột		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
DPC	22	57,9	11	28,9	33	86,8
Nối mật ruột	1	2,6	4	10,5	5	13,2
Tổng số	23	60,6	15	39,4	38	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CLVT có độ nhạy cao (95,6%) trong dự đoán phương pháp phẫu thuật, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác lần lượt là: 26,7%, 66,7%, 80%, 68,4%. So sánh dự đoán phương pháp phẫu thuật trên CLVT và phương pháp phẫu thuật không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Do đó chúng tôi cho rằng CLVT là phương tiện cần thiết để đánh giá sự lan rộng của khối u vùng bóng Vater, định hướng cho phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp điều trị hợp lý, tránh các cuộc mổ bụng không cần thiết.

## KẾT LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính ngày càng được áp dụng phổ biến và rộng rãi trong chẩn đoán bệnh lý u vùng bóng Vater. Ngoài khả năng chẩn đoán có u với độ nhạy 89,5%, độ chính xác 89,5%. Còn có giá trị chẩn đoán giai đoạn bệnh: 85,3% bệnh nhân tổn thương giai đoạn I, II, tổn thương giai đoạn III chiếm 8,8%, giai đoạn IV chiếm 5,9%. Đánh giá tình trạng xâm lấn hạch, mạch máu, di căn gan đầu tụy phúc mạc góp phần dự đoán phương pháp phẫu thuật: độ nhạy 95,6%, độ đặc hiệu

26,7%, giá trị dự báo dương tính 66,7%, giá trị dự báo âm tính 80%, độ chính xác 68,4%.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Tấn Cường và cs (2007), "Điều trị ung thư bóng Vater: liệu có vai trò nào cho phẫu thuật khoét u tại chỗ", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 11144-154.

2. Nguyễn Văn Toàn (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư bóng Vater*, Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội.

3. Buck, J. L., Elsayed, A. M. (1993), "Ampullary tumors: radiologic-pathologic correlation", *Radiographics*, 13(1), 193- 212.

4. Dorandeu, A, et al. (1997), "Carcinoma of the ampulla of Vater: prognostic factors after curative surgery: a series of 45 cases", *Gut*, 40(3), 350-355.

5. Jonathan, T. Carter, et al. (2008), "Tumors of the Ampulla of Vater: Histopathologic Classification and Predictors of Survival", *Journal of the American College of Surgeons*, 207(2), 210-218.

6. Kazerooni, EA, Quint, LE, Francis, IR (1992), "Duodenal neoplasms: predictive value of CT for determining malignancy and tumor resectability", *Am. J. Roentgenol.*, 159(2), 303- 309.