

# ĐÁNH GIÁ CÁC LOẠI TỔN THƯƠNG ĐIỂM PI-RADS $\geq 3$ VÙNG CHUYỂN TIẾP TUYẾN TIỀN LIỆT THEO PHÂN LOẠI PI-RADS V2.1 NHẪM PHÁT HIỆN UNG THƯ ĐIỂM GLEASON $\geq 7$

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Trương Thị Thanh<sup>1</sup>

**khóa:** Phân loại PI-RADS phiên bản 2.1, ung thư điểm Gleason  $\geq 7$ , vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt.

## TÓM TẮT

**Mục đích:** Nhằm đánh giá độ chính xác chẩn đoán của các loại tổn thương điểm PI-RADS  $\geq 3$  theo phân loại PI-RADS v2.1 nhằm phát hiện ung thư tuyến tiền liệt (TTL) có điểm Gleason  $\geq 7$  dựa trên kết quả mô bệnh học của sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu từ cơ sở dữ liệu 67 bệnh nhân được chụp CHT tuyến tiền liệt, có tổn thương vùng chuyển tiếp điểm PI-RADS  $\geq 3$  và được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng trong thời gian liên tục từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022. Hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh mù với kết quả mô bệnh học đánh giá độc lập các hình ảnh T2W, DWI, bản đồ ADC và chuỗi xung tiêm thuốc động theo phân loại PI-RADS phiên bản 2.1. Các tổn thương có điểm PI-RADS  $\geq 3$  của vùng chuyển tiếp sẽ được đối chiếu với kết quả mô bệnh học dựa trên các khu vực của tuyến tiền liệt. Hai nhóm tổn thương ung thư có điểm Gleason  $\leq 6$  và  $\geq 7$  sẽ được phân tích riêng biệt. Sau đó đánh giá hiệu suất của PI-RADS phiên bản 2.1 trong việc phát hiện ung thư tuyến tiền liệt có điểm Gleason  $\geq 7$  đối với các tổn thương có điểm PI-RADS  $\geq 3$ . **Kết quả:** Đánh giá theo phân loại PI-RADS v2.1 trên cộng hưởng từ có 65 tổn thương có điểm PI-RADS  $\geq 3$  trên 67 bệnh nhân trong nghiên cứu, trong đó số tổn thương có điểm PI-RADS 3, 4, 5 lần lượt là 27, 13 và 25. Kết quả sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng các tổn thương này cho thấy có 32 tổn thương ung thư, chiếm 49% và 35 tổn thương không phải ung thư, chiếm 51%. Trong số 32 tổn thương ung thư, có 7 ung thư có điểm Gleason  $\leq 6$ , chiếm 22% và 25 ung thư có điểm Gleason  $\geq 7$ , chiếm 78%. Số lượng ung thư nói chung đối với tổn thương điểm 3, 4, 5 lần lượt là 3, 6 và 23. Số lượng ung thư có điểm Gleason  $\geq 7$  đối với tổn thương điểm 3, 4, 5 lần lượt là 2, 2 và 21. Hiệu quả phát hiện ung thư có điểm Gleason  $\geq 7$  của PI-RADS v2.1 đối với các tổn thương PI-RADS  $\geq 3$  là 0.76. Với điểm cut-off là  $\geq 4$ , độ nhạy, độ đặc hiệu của PI-RADS v2.1 phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp đối với các tổn thương điểm  $\geq 3$  lần lượt 84% và 71%. Các tổn thương điểm PI-RADS 5 phát hiện ung thư điểm Gleason  $\geq 7$  với độ nhạy là 84%. **Kết luận:** Tổn thương có điểm số PI-RADS  $\geq 3$  theo phân loại PI-RADS v2.1 có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để phát hiện ung thư có điểm Gleason  $\geq 7$  ở vùng chuyển tiếp, đặc biệt các tổn thương có điểm PI-RADS 5. **Từ**

## SUMMARY

### EVALUATION OF LESIONS SCORING $\geq 3$ OF PROSTATE TRANSITION ZONE ACCORDING TO PI-RADS V2.1 TO DETECT CANCER WITH GLEASON SCORE $\geq 7$

**Purpose:** To evaluate the diagnostic accuracy of lesions with PI-RADS score  $\geq 3$  according to the PI-RADS v2.1 classification to detect transition zone prostate cancer GS  $\geq 7$ , based on the histopathological results of biopsy under transrectal ultrasound guided. **Material and methods:** Retrospective study from a database of 67 patients undergoing prostate MRI and biopsies under transrectal ultrasound guided in a continuous period from February 2019 to May 2022. Two radiologists blinded with histopathology independently evaluated T2-weighted images, DWI, ADC maps, and dynamic contrast enhancement sequences according to the PI-RADS version 2.1 classification. Lesions with a PI-RADS score  $\geq 3$  of the transition zone will be compared with histopathology based on prostate sectors. Two groups of cancer lesions with Gleason scores  $\leq 6$  and  $\geq 7$  will be analyzed separately. Then evaluate the performance of PI-RADS version 2.1 in detecting cancer with Gleason score  $\geq 7$  for lesions with a PI-RADS score  $\geq 3$ . **Result:** Assessment by PI-RADS v2.1, there were 65 lesions with PI-RADS score  $\geq 3$  out of 67 patients in the study, in which the number of lesions with PI-RADS score of 3, 4, 5 were 27, 13 and 25, respectively. Biopsy results under transrectal ultrasound guided of these lesions showed 32 cancerous lesions, accounting for 49% and 33 non-cancerous lesions, accounting for 51%. Among 32 cancer lesions, there are 7 cancers with Gleason score  $\leq 6$ , accounting for 22% and 25 cancers with Gleason score  $\geq 7$ , accounting for 78%. The overall number of cancers for lesions score 3, 4, 5 were 3, 6 and 23, respectively. The number of cancers with Gleason score  $\geq 7$  for lesions score 3, 4, 5 were 2, 2, and 21, respectively. The cancer detection performance of PI-RADS v2.1 for lesions PI-RADS score  $\geq 3$  was 0.76. With a cut-off score  $\geq 4$ , the sensitivity and specificity of PI-RADS v2.1 for cancer GS  $\geq 7$  detection in transition zone for lesions PI-RADS scores  $\geq 3$  were 84% and 71%, respectively. Lesions PI-RADS score 5 had a sensitivity of 84% for cancer of Gleason score  $\geq 7$  detection. **Keywords:** PI-RADS classification version 2.1, cancer Gleason score  $\geq 7$ , prostate transition zone.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, kỹ thuật chụp cộng hưởng từ (CHT) đã có những phát triển

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

lớn, cho phép chụp CHT đa thông số tuyến tiền liệt với độ phân giải không gian cao. Do sự khác biệt về vấn đề thu nhận, đọc kết quả và báo cáo hình ảnh CHT tuyến tiền liệt, đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để tiêu chuẩn hóa CHT tuyến tiền liệt. Hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh tuyến tiền liệt phiên bản 1 (PI-RADS v1) công bố vào năm 2012, sau đó là phiên bản thứ hai (PI-RADS v2) vào năm 2015 để đánh giá nguy cơ ung thư TTL ở các tổn thương được phát hiện bởi CHT đa tham số<sup>1, 2</sup>.

Theo PI-RADS v2, ung thư có ý nghĩa lâm sàng được định nghĩa là có điểm Gleason  $\geq 7$  và/hoặc thể tích  $\geq 0.5$  cc và/hoặc có phần phát triển ra ngoài tuyến. Hệ thống PI-RADS v2 có khả năng phát hiện chính xác ung thư có ý nghĩa lâm sàng và cho thấy sự đồng thuận về điểm số PI-RADS giữa các người đọc khác nhau<sup>3</sup>.

Ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt mặc dù chỉ chiếm 30% các ung thư của toàn bộ TTL nhưng chẩn đoán có nhiều khó khăn. Do sự tăng sản tuyến tiền liệt lành tính thường xảy ra ở nam giới  $\geq 40$  tuổi làm cho vùng này trở nên không đồng nhất dễ nhầm lẫn với các tổn thương ác tính<sup>4</sup>. Hệ thống PI-RADS phiên bản 2.1 mới gần đây (3/2019) đã được giới thiệu để bổ sung chi tiết hơn các tiêu chí hình thái cụ thể trên từng chuỗi xung riêng biệt khi đánh giá các tổn thương vùng chuyển tiếp TTL<sup>5</sup>.

Nghiên cứu này được thiết kế để đánh giá độ chính xác chẩn đoán của các loại tổn thương có điểm PI-RADS  $\geq 3$  theo PI-RADS v2.1 để phát hiện ung thư có điểm Gleason  $\geq 7$  bằng cách sử dụng sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng. Kết quả mô bệnh học sẽ cung cấp thông tin về điểm số Gleason làm tiêu chuẩn tham chiếu.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 67 bệnh nhân nam đến khám tại Bệnh viện Đại Học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến 5/2022, được chụp CHT TTL và phân loại các nhân vùng chuyển tiếp theo PI-RADS phiên bản 2.1, được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng và đối chiếu với kết quả mô bệnh học. Tất cả các tổn thương vùng chuyển tiếp có điểm PI-RADS  $\geq 3$  đều được đưa vào nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm các bệnh nhân đã được điều trị ung thư TTL, không có tổn thương vùng chuyển tiếp trên CHT hoặc tổn thương vùng chuyển tiếp có điểm  $\leq 2$ , chất lượng hình ảnh CHT không đạt yêu cầu.

**Quy trình chụp CHT tuyến tiền liệt.** CHT TTL được thực hiện trên máy CHT Essenza 1.5

Tesla (Siemens Healthineer), bộ thu nhận tín hiệu (coil) bụng theo các chuỗi xung T2W độ phân giải cao theo 3 hướng axial, coronal và sagittal, DWI với b50 và b14000 kèm dựng bản đồ ADC, chuỗi xung 3D T1GRE có tiêm đối quang từ động (DCE).

**Bảng 1: Thông số chụp CHT đa tham số TTL**

	Chuỗi xung T2W	Chuỗi xung DWI*	Chuỗi xung DCE**
Trường chụp (mm)	200x200	280x280	260x260
Ma trận chụp	256x192	112x112	192x168
Thời gian lặp lại (ms)	4530	5000	4.54
Thời gian thu nhận (ms)	77	86	1.74
Góc chụp (°)	138	90	12
Bề dày lớp cắt (mm)	3	4	4
Chiều dài thang echo	15	44	1
Ma trận tái tạo	256x256	112x112	210x192

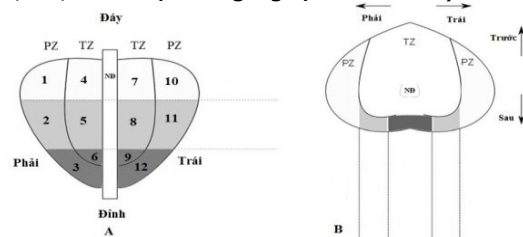
**Ghi chú:**

\*Chuỗi xung DWI với 2 giá trị b50 và b1400

\*\*Độ phân giải thời gian chuỗi xung DCE là 12 ms

Ảnh CHT sẽ được gửi vào hệ thống PACS (Minerva Pacs). Việc đọc kết quả và phân loại các nhân vùng chuyển tiếp TTL được thực hiện bởi 2 bác sỹ chẩn đoán hình ảnh có >10 năm kinh nghiệm đọc CHT TTL, mù với lâm sàng và kết quả mô bệnh học. Sinh thiết (ST) TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng

Sau khi gây tê đám rối quanh trực tràng, sử dụng mặt cắt dọc, lần lượt từ đáy đến đỉnh tuyến, có thể tới sát túi tinh từng bên. Lấy 12 mẫu ST theo bản đồ định khu TTL (đúng thứ tự số và sơ đồ quy định từ phải sang trái: các mẫu số 1, 2, 3 thuộc vùng ngoại vi bên phải; các số 4, 5, 6 thuộc vùng chuyển tiếp bên phải; các số 7, 8, 9 thuộc vùng chuyển tiếp bên trái và các số 10, 11, 12 thuộc vùng ngoại vi bên trái).



**Hình 1. Sơ đồ sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu**

Đối chiếu kết quả CHT - mô bệnh học: Các loại nhân tổn thương theo PIRADS phiên bản 2.1 sẽ được sinh thiết đích bằng cách đồng bộ vị trí nhân trên CHT với siêu âm qua đường trực tràng theo từng khu vực của tuyến tiền liệt. Các mẫu sinh thiết các tổn thương này sẽ được đánh dấu riêng để đối chiếu kết quả mô bệnh học và cộng

hường từ

**Thu thập và xử lý số liệu.** Số liệu được thu nhập vào bảng dữ liệu Microsoft Office Excel 2010 sau đó được xử lý bằng phần mềm SPSS 18. Các biến định lượng được biểu hiện bằng trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định danh được biểu hiện bằng tỷ lệ phần trăm. Thực hiện việc so sánh giữa ung thư TTL nói chung, ung thư có ý nghĩa lâm sàng (biến định danh) và điểm số PI-RADS phiên bản 2.1 (biến thứ tự) bằng cách sử dụng thuật toán  $\chi^2$  và Fisher. Tất cả các thuật toán đều sử dụng phân tích hai chiều. Giá trị  $p < 0.05$  cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ ung thư được phát hiện được tính bằng cách chia số lượng phát hiện ung thư (ung thư nói chung hoặc ung thư điểm Gleason  $\geq 7$ ) cho số lượng loại tổn thương theo PI-RADS phiên bản 2.1.

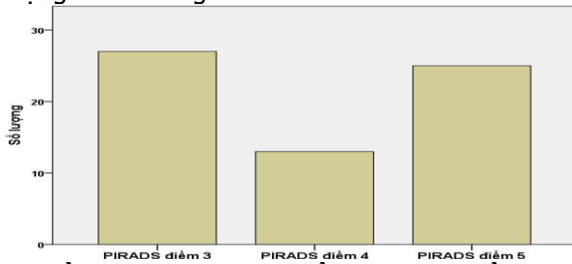
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tổng cộng có 65 tổn thương vùng chuyển tiếp điểm  $\geq 3$  trên 67 bệnh nhân trong nghiên cứu. Có 2 bệnh nhân có điểm PIRADS 2 bị loại ra khỏi nghiên cứu. Tuổi trung vị của bệnh nhân là 67, độ trải giữa (IQR)=62-72.5 tuổi. Giá trị trung vị của PSA toàn phần là 17.8 ng/ml, IQR=12.2-45.8 ng/ml. Thể tích trung vị của tuyến tiền liệt là 46 ml, IQR=37-65 ml. Giá trị trung vị của PSA tỷ trọng là 0.48 ng/ml/ml, IQR= 0.21- 1.2 ng/ml/ml.

**Bảng 2: Đặc điểm chung của bệnh nhân**

	Giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị trung vị (IRQ)	Nhỏ nhất-lớn nhất
Tuổi	66.6±8.4	67 (62-72.5)	42-83
PSA (ng/ml)	32.7±29	17.8(12.2-45.8)	5.3-100
Thể tích TTL (ml)	56.6±40.7	46(37-65)	21-308
PSA tỷ trọng (ng/ml/ml)	0.74±0.67	0.48(0.21-1.2)	0.07-2.63

Trong số 65 tổn thương vùng chuyển tiếp, số lượng tổn thương có điểm PI-RADS 3, 4, 5 lần lượt là 27, 13 và 25 (biểu đồ 1). Số lượng tổn thương điểm PI-RADS 3 gần tương đương với số lượng tổn thương điểm PI-RADS 5.

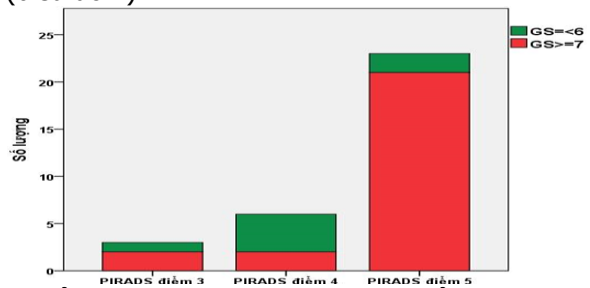


**Biểu đồ 1: Số lượng tổn thương điểm PI-RADS**

**RADS 3, 4, 5 trong số 65 tổn thương điểm PI-RADS  $\geq 3$  theo phân loại PI-RADS v2.1**

Kết quả sinh thiết 65 tổn thương vùng chuyển tiếp điểm PI-RADS  $\geq 3$  cho thấy có 32 tổn thương ung thư, chiếm 49% và 33 tổn thương không phải ung thư, chiếm 51%.

Trong số 32 tổn thương ung thư, có 7 ung thư điểm Gleason =6, chiếm 22% và 25 ung thư điểm Gleason  $\geq 7$ , chiếm 78%. Đối với PIRADS điểm 3, có 2 ung thư (trong tổng số 3 ung thư) điểm Gleason  $\geq 7$ . Đối với PIRADS điểm 4, có 2 ung thư (trong tổng số 6 ung thư) điểm Gleason  $\geq 7$ . Đối với PIRADS điểm 5, có 21 ung thư (trong tổng số 23 ung thư) điểm Gleason  $\geq 7$  (biểu đồ 2)

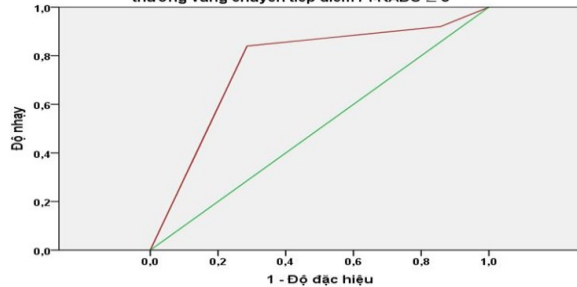


**Biểu đồ 2: số lượng ung thư điểm Gleason  $\geq 7$  trong tổng số ung thư vùng chuyển tiếp TTL của tổn thương điểm PI-RADS  $\geq 3$  theo phân loại PI-RADS v2.1**

Số lượng và tỷ lệ ung thư có điểm Gleason  $\geq 7$  là lớn nhất (91% tổng số ung thư và 84% trong tổng số tổn thương).

- Hiệu suất của PI-RADS phiên bản 2.1 đối với phát hiện ung thư điểm Gleason  $\geq 7$  của các tổn thương có điểm PI-RADS  $\geq 3$  theo phân loại PI-RADS v2.1

Đường ROC phát hiện các ung thư có GS  $\geq 7$  của PI-RADS v2.1 đối với các tổn thương vùng chuyển tiếp điểm PI-RADS  $\geq 3$



PI-RADS v2.1 có hiệu quả phát hiện ung thư điểm Gleason  $\geq 7$  đối với các tổn thương PI-RADS  $\geq 3$  vùng chuyển tiếp là 0.74. Với điểm off  $\geq 4$ , độ nhạy và độ đặc hiệu của PI-RADS v2.1 đối với chẩn đoán ung thư điểm Gleason  $\geq 7$  lần lượt là 0.84 và 0.71.

**IV. BÀN LUẬN**

PI-RADS phiên bản 2.1 đã bổ xung chi tiết

hơn các đặc điểm hình thái tổn thương trên từng chuỗi xung riêng rẽ nhằm cải thiện khả năng phát hiện và mô tả đặc điểm của các ung thư vùng chuyển tiếp TTL. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng làm tiêu chuẩn tham chiếu, điểm PI-RADS 5 có tỷ lệ ung thư điểm Gleason  $\geq 7$  cao nhất. Có 21/25 bệnh nhân có tổn thương trên CHT với điểm PI-RADS 5 có ung thư điểm Gleason  $\geq 7$ . Tuy nhiên đối với các tổn thương điểm PI-RADS 3 và 4, tỷ lệ ung thư điểm Gleason  $\geq 7$  thấp (2/27 tổn thương điểm PI-RADS 3 và 2/13 tổn thương điểm PI-RADS 4). Điều này khuyến cáo các bác sĩ nên xem xét cẩn thận các tổn thương chưa rõ hoặc kích thước nhỏ, để hạn chế số lượng sinh thiết không cần thiết.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số kết quả từ các nghiên cứu trước đó, nhưng cũng lại không phù hợp với một số kết quả nghiên cứu khác. Sự khác biệt có thể là do việc sử dụng các tiêu chuẩn tham chiếu khác nhau và cách phân tích khác nhau. Nghiên cứu của Gray và cộng sự<sup>6</sup>, Arumainayagam và cộng sự<sup>7</sup> cũng được thực hiện trên CHT 1.5 T nhưng sử dụng sinh thiết xuyên đáy chậu làm tiêu chuẩn tham chiếu, dùng thang điểm Likert đánh giá điểm tổn thương nghi ngờ, khác với nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của Seo và cộng sự<sup>8</sup> bao gồm những bệnh nhân có ung thư TTL có điểm Gleason  $\geq 6$ , đã được chứng minh bằng sinh thiết đã được chụp cộng hưởng từ và phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt triệt căn. Ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng được xác định bằng phẫu thuật là điểm Gleason  $\geq 7$  hoặc thể tích khối u  $\geq 0,5$  cm<sup>3</sup>, hoặc loại khối u  $\geq T3$ . Đối với những người đọc có kinh nghiệm, tỷ lệ của ung thư có ý nghĩa lâm sàng ở nhóm có điểm PI-RADS  $\geq 4$  cao hơn đáng kể so với nhóm có điểm PI-RADS  $< 4$  ( $< 0.001$ ). Đối với người đọc chưa có kinh nghiệm, điểm số PI-RADS v2.1 có thể dự đoán được điểm Gleason  $\geq 7$  và loại  $\geq T3$ , nhưng không dự đoán được khối u có thể tích  $\geq 0.5$  cm<sup>3</sup>. Vargas và cộng sự<sup>9</sup> cho thấy ung thư TTL với thể tích  $0.5 < \text{cm}^3$  trên giải phẫu bệnh không thể phát hiện được trên T2W, chuỗi xung DW cũng như DCE.

Các nghiên cứu hiện tại về hiệu suất chẩn đoán của PI-RADS phiên bản 2.1 đối với tổn thương vùng chuyển tiếp còn ít, chủ yếu do tỷ lệ ung thư TTL thấp ở vùng này. So với kết quả của chúng tôi, Muller và cộng sự<sup>10</sup> đã báo cáo PI-RADS phiên bản 2 có độ nhạy cao hơn và độ đặc hiệu thấp hơn (tương ứng là 85% và 55%) trong việc phát hiện ung thư ở vùng chuyển tiếp, với

điểm ngưỡng là PI-RADS loại 3. Trong một nghiên cứu khác, Feng và cộng sự<sup>11</sup> đã xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của ung thư vùng chuyển tiếp lần lượt là 96% và 90%, với điểm ngưỡng là 4. Tewes và cộng sự<sup>12</sup> đã chỉ ra rằng với PI-RADS phiên bản 2, độ chính xác chẩn đoán tốt nhất ở vùng chuyển tiếp đạt được với điểm ngưỡng là 4 có độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 100% cho tất cả ung thư. Polanec và cộng sự<sup>13</sup> đã đánh giá điểm số PI-RADS phiên bản 2 bởi hai độc giả trong nhóm bệnh nhân đã trải qua sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của hình ảnh cộng hưởng từ. Họ đã chứng minh độ nhạy là 87,5%–100% và độ đặc hiệu là 50%–56,3% đối với tất cả ung thư vùng chuyển tiếp TTL.

## V. KẾT LUẬN

Tóm lại, điểm PI-RADS 5 theo phân loại PI-RADS v2.1 có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất đối với phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp TTL điểm Gleason  $\geq 7$ . Các loại điểm PI-RADS  $\geq 3$  khác có hiệu quả khác nhau trong việc phát hiện ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng. Vì vậy, khi sử dụng PI-RADS v2.1 nên chú ý đến những hạn chế của nó đối với độ chính xác của điểm PI-RADS 3 và 4. Phương pháp này cần được xem xét cẩn thận và phối hợp với các phương pháp sàng lọc và chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Weinreb JC, Barentsz JO, Choyke PL, et al.** (2016) PI-RADS prostate imaging - reporting and data system: 2015, version 2. *Eur Urol.* 69(1):16–40
2. **American College of Radiology.** MR Prostate Imaging Reporting and Data System version 2.0. <http://www.acr.org/Quality-Safety/Resources/PIRADS/>. Accessed 15 Jan 2017
3. **Fulgham PF, Rukstalis DB, Turkbey IB, et al.** (2017) AUA policy statement on the use of multiparametric magnetic resonance imaging in the diagnosis, staging and management of prostate cancer. *J Urol.* 198(4):832–838
4. **Rosenkrantz AB, Kim S, Campbell N, Gaing B, Deng F-M, Taneja SS.** Transition zone prostate cancer: revisiting the role of multiparametric MRI at 3 T. *American Journal of Roentgenology.* 2015 ;204(3): W266-W272.
5. **Turkbey B, Rosenkrantz AB, Haider MA, et al.** Prostate imaging reporting and data system version 2.1: 2019 update of prostate imaging reporting and data system version 2. *European urology.* 2019;76(3):340-351.
6. **Grey ADR, Chana MS, Popert R, et al.** (2015) Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging (MRI) prostate imaging reporting and data system (PI-RADS) scoring in a transperineal prostate biopsy setting. *BJU Int.* 115(5):728–735
7. **Arumainayagam N, Ahmed HU, Moore CM, et al.** (2013) Multi-parametric MR imaging for

detection of clinically significant prostate cancer: a validation Cohort Study with transperineal template prostate mapping as the reference standard. *Radiology* 268(3):761–769

8. **Seo JW, Shin S-J, Taik OhY, et al.** (2017) PI-RADS version 2: detection of clinically significant cancer in patients with biopsy gleason score 6 prostate cancer. *AJR Am J Roentgenol.* 209(1):W1–W9.
9. **Vargas HA, Ho"tcker AM, Goldman DA, et al.** (2016) Updated prostate imaging reporting and

data system (PIRADS v2) recommendations for the detection of clinically significant prostate cancer using multiparametric MRI: critical evaluation using whole-mount pathology as standard of reference. *Eur Radiol* 26:1606. <https://doi.org/10.1007/s00330-015-4015-6>

10. **Muller BG, Shih JH, Sankineni S, et al.** Prostate cancer: interobserver agreement and accuracy with the revised prostate imaging reporting and data system at multiparametric MR imaging. *Radiology* 2015;277(3):741–750.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY 1/3 DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Tùng Lâm<sup>1</sup>, Kim Văn Vụ<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 143 bệnh nhân nhận ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ 1/2019-1/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 64,9 ± 10 (35-89 tuổi); tỷ lệ nam/nữ = 2,18/1; thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện chủ yếu từ 6-12 tháng (46,2%), triệu chứng lâm sàng hay gặp: đau bụng thượng vị (74,1%), chán ăn gầy sút cân (55,6%), nôn (39,2%), hẹp môn vị (16,1%), không triệu chứng (7%); 30,1% có tiền sử viêm loét dạ dày mạn tính. Hình ảnh đại thể chủ yếu là thể loét và loét xâm lấn (88,1%), thể sùi và thể thâm nhiễm lần lượt là 4,9% và 7%. Thể mô bệnh học: UTBM tuyến biệt hóa vừa (44,7%), UTBM tuyến kém biệt hóa (30,9%), UTBM tuyến biệt hóa cao (5,6%), UTBM Tế bào nhẵn (13,9%), UTBM tuyến tuyến nhày (4,9%). Độ xâm lấn u đa phần là T4 (45,5%), T1, T2 (30,1%); 60,1% bệnh nhân có di căn hạch, số hạch trung bình vết được là 11,57 ± 4,8; số hạch di căn trung bình là 3,71 ± 4,5 hạch. Về kết quả phẫu thuật, thời gian có trung tiện: 3,85 ± 0,84 ngày, thời gian rút dẫn lưu: 7,1 ± 1,3 ngày, thời gian nằm viện: 9,6 ± 2,1 ngày; biến chứng sau phẫu thuật là 8,4% trong đó thường gặp là viêm phổi 2,8%, nhiễm trùng vết mổ 2,8%, chảy máu sau mổ 1,4%, rò miệng nối và toác vết mổ 0,7%. 3 bệnh nhân mổ lại chiếm 2,1%, 2 trường hợp chảy máu sau mổ và 1 trường hợp toác vết mổ; 97,9% bệnh nhân ổn định ra viện, 2,1% bệnh nhân tử vong hoặc nặng chuyển viện. Thời gian sống thêm toàn bộ là 40 ± 1,5 tháng, thời gian sống thêm không bệnh là 38,8 ± 1,6 tháng. **Kết luận:** Ung thư biểu mô 1/3

dưới dạ dày gặp ở nhiều độ tuổi khác nhau, diễn biến trung bình, mô bệnh học thường là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, thường ở giai đoạn xâm lấn tại chỗ, tỷ lệ di căn hạch cao. Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tương đối an toàn, khả thi và ít biến chứng. **Từ khóa:** ung thư biểu mô dạ dày, phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày.

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CARCINOMA OF LOWER THIRD AT THAI BINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** To describe clinical, paraclinical characteristics and surgical results of lower third gastric carcinoma at Thai Binh province general hospital. **Methods:** Including 143 patients with carcinoma of the lower third of the stomach who were surgically treated at Thai Binh Provincial General Hospital from January 1, 2019 to January 1, 2021. **Results:** Mean age: 64.9 ± 10 (35-89 years old); male/female ratio = 2.18/1; The time from symptom onset to hospital admission was mainly 6-12 months (46.2%), common clinical symptoms: epigastric abdominal pain (74.1%), anorexia and weight loss (55.6%), vomiting (39.2%), pyloric stenosis (16.1%), asymptomatic (7%); 30.1% had a history of chronic gastric ulcer. Macroscopic images are mainly ulcerative and invasive ulceration (88.1%), wart and infiltrative form 4.9% and 7%, respectively. Histopathology: moderately differentiated adenocarcinoma (44.7%), poorly differentiated adenocarcinoma (30.9%), highly differentiated adenocarcinoma (5.6%), ring cell carcinoma (13.9%), cancer of the mucous gland (4.9%). Most tumor invasion was T4 (45.5%), T1, T2 (30.1%); 60.1% of patients had lymph node metastasis, the average number of removed lymph nodes was 11.57 ± 4.8; the average number of metastatic lymph nodes was 3.71 ± 4.5 lymph nodes. In terms of surgical results, time to have a bowel movement: 3.85 ± 0.84 days, time to drain: 7.1 ± 1.3 days, hospital stay: 9.6 ± 2.1 days; Post-operative complications were 8.4%, of which the most common were pneumonia 2.8%, wound infection 2.8%, postoperative bleeding 1.4%, anastomosis and

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Kim Văn Vụ

Email: kimvanvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023