

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UT CTC) là khối u ác tính thường gặp ở phụ nữ, đứng thứ hai sau ung thư vú. Xét nghiệm tế bào học (test Papanicolaou) sàng lọc phát hiện sớm UT CTC đã được áp dụng ở Mỹ từ những năm 40 của thế kỷ trước, góp phần giảm tỉ lệ tử vong do UT CTC tới 70% vào những năm 80. Tuy vậy cho đến nay UT CTC vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất ở phụ nữ. Năm 2012 trên thế giới có khoảng 527.600 trường hợp mới mắc và khoảng 265.700 trường hợp tử vong [1]. Tại Mỹ, năm 2015 có 12.900 trường hợp mới mắc và 4.100 trường hợp tử vong [2]. Tại Việt Nam, UT CTC là một trong 5 ung thư thường gặp ở nữ, năm 2010 có 5.664 ca mới mắc và hơn 3000 ca tử vong [3]. Giai đoạn 2004-2008 tại Hà Nội tần suất mắc chuẩn theo tuổi là 10,5/100.000, trong khi đó tại Thành Phố Hồ Chí Minh là 15,3/100.000 [3].

Độ tuổi thường gặp là 40-60, tuổi trung bình 48-52 [3]. Nhiễm HPV (Human Papillomavirus) đặc biệt các HPV típ 16, 18 là nguyên nhân chính gây UT CTC [4]. Về mô bệnh học, trước năm 1960 ung thư biểu mô (UTBM) vảy chiếm trên 90%, số còn lại là các loại UTBM tuyến, UTBM tuyến vảy, UTBM không biệt hóa, ung thư thần kinh nội tiết... Những năm gần đây, do sử dụng xét nghiệm tế bào học trong tầm soát UT CTC nên tỷ lệ chung của UT CTC cũng như tỷ lệ mắc UTBM vảy đã giảm nhưng tỉ lệ mắc UTBM tuyến lại tăng lên [5],[6] vì xét nghiệm tế bào học dễ dàng phát hiện UTBM tế bào vảy [7].

Tiền lượng bệnh nhân UT CTC phụ thuộc vào giai đoạn (GD) bệnh, tỷ lệ sống sót sau 5 năm ở GD I trên 90%, GD II từ 60% đến 80%, GD III khoảng 50% và GD IV dưới 30% [8]. Việc chẩn đoán phát hiện sớm và điều trị kịp thời có vai trò đặc biệt quan trọng trong cải thiện tiên lượng bệnh.

Hệ thống phân loại giai đoạn UT CTC của Liên đoàn Sản phụ khoa quốc tế (FIGO) được sử dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở Việt Nam trong lập kế hoạch điều trị UT CTC. Nếu chỉ dựa vào thăm khám lâm sàng, việc đánh giá và phân loại GD bệnh theo tiêu chuẩn FIGO có tỷ lệ sai sót rất cao: trên 25% ở GD I, II từ 50%-65% ở GD IIA đến IIIB và 67% ở GD IVA [9],[10]. Hiện nay nhờ có chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT) việc phân loại, đánh giá giai đoạn UT CTC trở nên chính xác hơn. FIGO trong lần sửa đổi gần đây nhất (năm 2009) đã đề nghị sử dụng chẩn đoán hình ảnh trong đó có CLVT và CHT trong đánh giá phân loại giai đoạn UT CTC [11],[12],[13],[14].

CHT có độ phân giải cao trong đánh giá mô mềm tốt hơn CLVT, hơn nữa với nhiều chuỗi xung, có thể quan sát ở nhiều hướng cắt nên có thể xác định rõ khối u nguyên phát từ GD sớm, đồng thời đánh giá rất tốt mức độ xâm lấn của khối u [15]. Nếu so sánh CHT, CLVT và thăm khám lâm sàng để đánh giá UT CTC thì độ chính xác lần lượt là 92%, 70% và 78% [16]. Một số nghiên cứu cho rằng CHT có thể xác định UT CTC xâm lấn các mô lân cận tử cung với độ chính xác 88% - 97%, độ đặc hiệu 93% và giá trị dự báo âm tính 94% - 100% [17]. Trong phân loại giai đoạn UT CTC cộng hưởng từ có độ chính xác từ 85-96% [6],[18],[19]. Ngoài ra CHT còn có giá trị trong theo dõi điều trị UT CTC đặc biệt trong xạ trị và hóa xạ trị, cung cấp cho lâm sàng các thông tin cần thiết để lập kế hoạch điều trị chuẩn xác hơn.

Hiện nay tại Việt Nam máy CHT 1.5 Tesla đã được trang bị khá rộng rãi ở các bệnh viện, bước đầu góp phần vào chẩn đoán, phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư nói chung và UT CTC nói riêng. Để góp phần tìm hiểu về chẩn đoán và điều trị UT CTC, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

1. Phân tích đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ 1.5Tesla của UT CTC.
2. Đánh giá giá trị của cộng hưởng từ 1.5Tesla trong phân loại giai đoạn theo FIGO và theo dõi điều trị UT CTC.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm giải phẫu, mô học cổ tử cung và phân loại giải phẫu bệnh ung thư cổ tử cung

1.1.1. Giải phẫu

CTC có hình nón cụt, đáy ở phần tiếp giáp với eo TC, còn đỉnh chúc vào trong âm đạo. CTC có âm đạo bám vào chia CTC thành hai phần: phần trên âm đạo và phần âm đạo. Âm đạo bám vòng quanh CTC theo một đường chéo xuống dưới và ra trước, phía sau bám vào khoảng giữa CTC, còn ở phía trước bám thấp hơn vào 1/3 dưới cổ.

+ Phần trên âm đạo: ở mặt trước CTC dính vào mặt sau dưới bàng quang bởi một tổ chức lỏng lẻo dễ bóc tách, còn ở mặt sau có phúc mạc phủ, qua túi cùng trực tràng – tử cung CTC liên quan với trực tràng. Ở hai bên cổ, gần eo, trong đáy dây chằng rộng, động mạch tử cung bắt chéo phía trước niệu quản cách CTC độ 1,5cm.

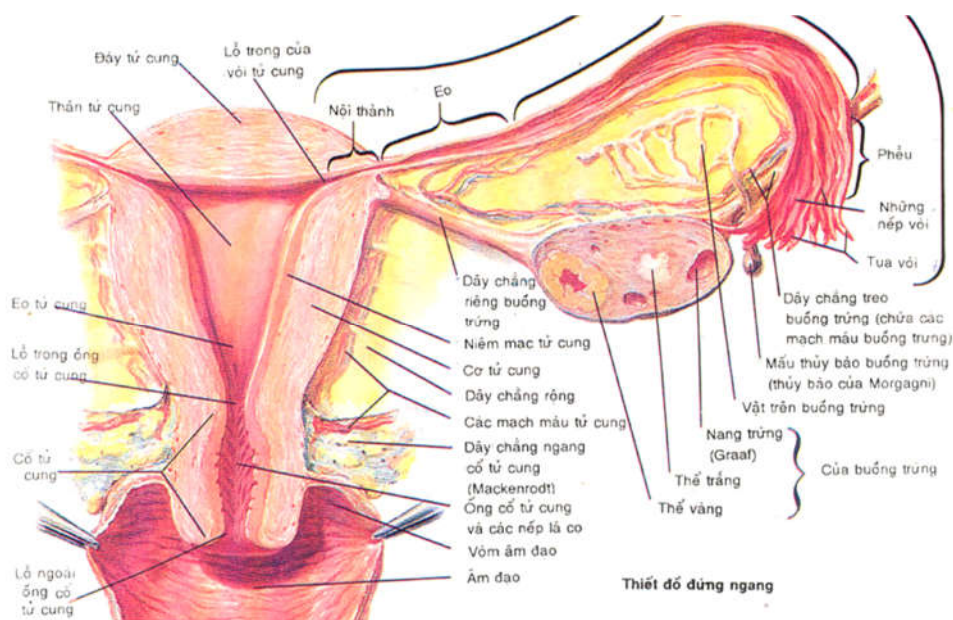
+ Phần âm đạo: phần âm đạo của CTC trông như mồm cá mè thò vào trong âm đạo. Ở đỉnh của mồm có lỗ tử cung (hay lỗ ngoài của CTC). Lỗ được giới hạn bởi hai mép: mép trước và mép sau. Lỗ thông vào ống CTC, ống này ở trong thông vào buồng tử cung. Ở thành trước và sau ống có một nếp dọc và các nếp ngang gọi là nếp lá cọ và có các tuyến CTC [20],[21].

Thành âm đạo quay xung quanh mồm cá mè tạo thành vòm âm đạo. Vòm âm đạo là một túi bịt vòng bao gồm túi bịt trước, túi bịt sau và hai túi bịt bên. Túi bịt sau sâu hơn cả và liên quan ở sau với túi cùng tử cung – trực tràng.

Ống CTC là một khoang ảo dài 2,5 – 3cm, giới hạn trên bởi lỗ trong CTC, giới hạn dưới bởi lỗ ngoài CTC. Mặt trong ống CTC có các nếp lượn sóng ngang theo hướng chéo phải vòng từ phía trước và phía sau lại chéo

sang trái, nó như hình gân lá xuất phát từ một đường gờ nổi rõ theo chiều dọc ống CTC [21],[22].

Dây chằng rộng: là một nếp gồm hai lá phúc mạc liên tiếp với phúc mạc ở mặt bàng quang và mặt ruột của tử cung, bám từ hai bên tử cung và vòi trứng tới thành bên chậu hông. Đáy dây chằng rộng có động mạch tử cung bắt chéo niệu quản cách CTC 1,5 cm.



Hình 1.1. Cổ tử cung và các dây chằng tử cung liên quan. Nguồn Frank H. Netter [23]

Dây chằng tử cung – cùng: là một dải mô liên kết và cơ trơn bám từ mặt sau CTC ở gần hai bên rồi tỏa ra sau và lên trên đi hai bên trực tràng đội phúc mạc lên tạo thành nếp trực tràng – tử cung. Nếp này là giới hạn bên của túi cùng trực tràng – tử cung. Sau cùng dây chằng tử cung cùng bám vào mặt trước xương cùng.

Dây chằng ngang CTC: là một dải mô liên kết bám từ bờ bên CTC ngay phần trên vòm âm đạo rồi đi ngang sang hai bên chậu hông ngay dưới đáy dây chằng rộng và trên hoành chậu hông.

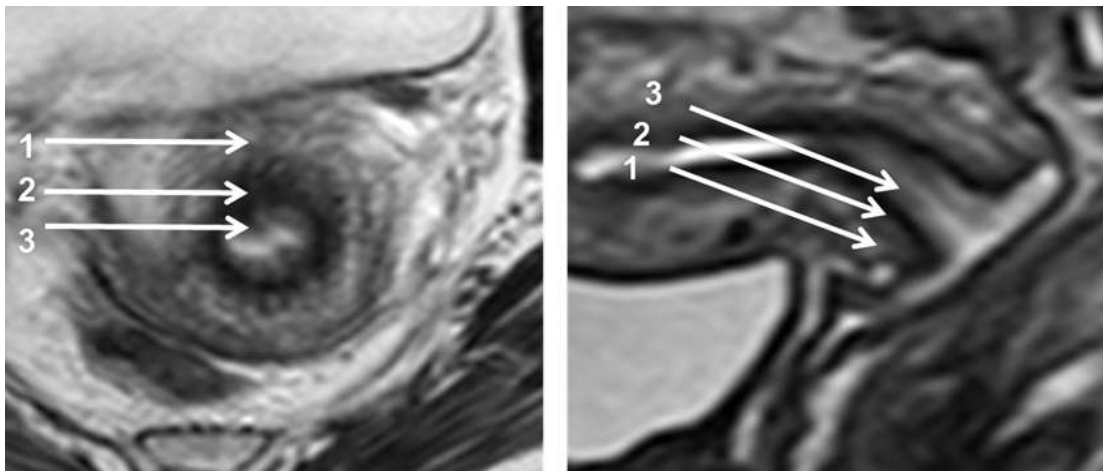
Bạch huyết CTC: bạch mạch ở CTC và thân tử cung nối thông với nhau và đổ về một thân chung chạy dọc bên ngoài động mạch tử cung và cuối cùng đổ về các hạch bạch huyết của các động mạch chậu hoặc động mạch chủ bụng.

1.1.2. Giải phẫu cộng hưởng từ tiểu khung, tử cung và cổ tử cung

Trên ảnh CHT tử cung có thể được chia thành thân tử cung và cổ tử cung. Trên ảnh T1W toàn bộ TC và CTC đồng tín hiệu, không phân biệt rõ ranh giới các vùng giải phẫu khác nhau.

Trên ảnh T2W thân TC có thể quan sát thấy 3 vùng riêng biệt: lớp nội mạc TC tăng tín hiệu, lớp chuyển tiếp giảm tín hiệu và lớp cơ tử cung có tín hiệu trung gian, ngoài cùng là lớp thanh mạc và dưới thanh mạc giảm tín hiệu (hình 1.3).

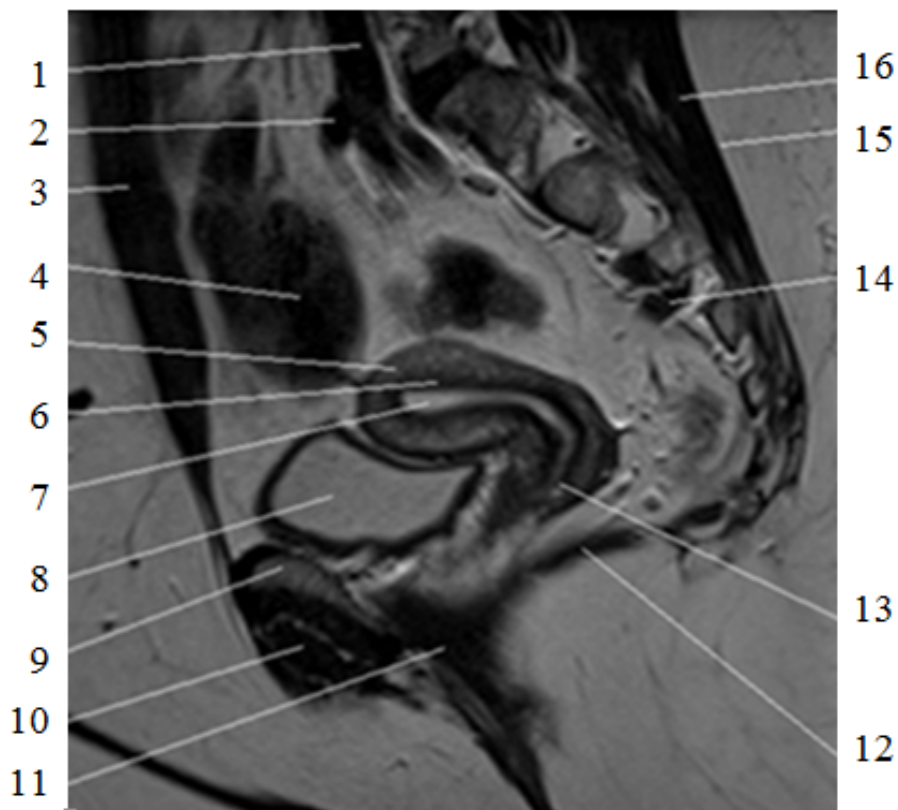
Trên ảnh T2W cổ tử cung cũng có thể quan sát thấy 3 vùng riêng biệt: trong cùng là lớp nội mạc và chất nhầy trong ống CTC có tín hiệu cao (mũi tên số 3 hình 1.2), bao quanh là lớp mô xơ giảm tín hiệu (mũi tên số 2 hình 1.2), tiếp đến là lớp cơ trơn thành CTC có tín hiệu trung gian (mũi tên số 1 hình 1.2), ngoài cùng là lớp thanh mạc, dưới thanh mạc và dây chằng rộng giảm tín hiệu.



Hình 1.2. Hình ảnh cộng hưởng từ cổ tử cung bình thường trên ảnh T2WI.

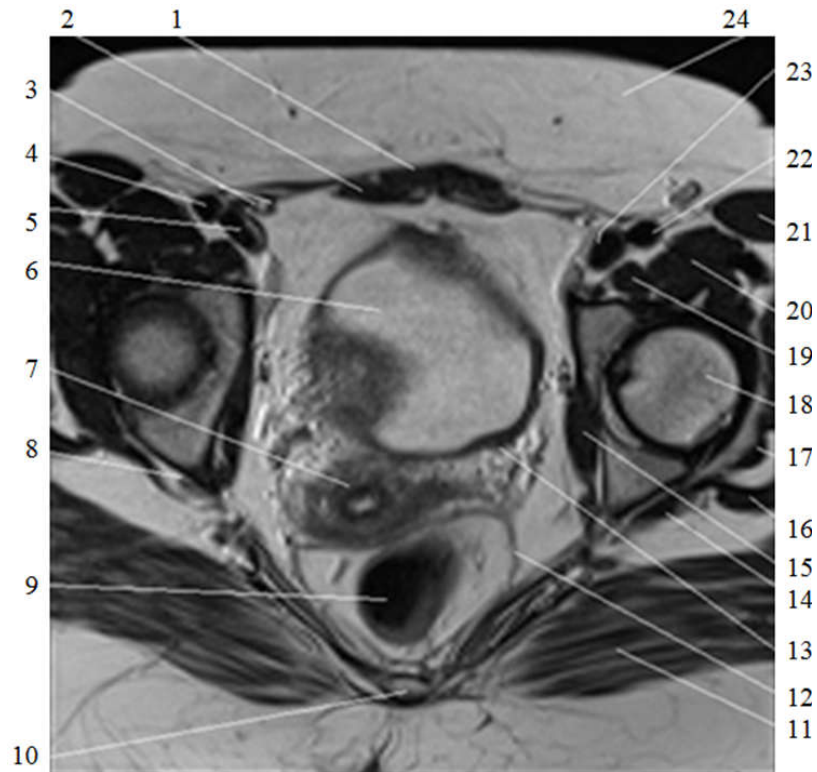
Nguồn Sidath HL [24]

Sau đây là hình ảnh giải phẫu cộng hưởng từ vùng tiểu khung nữ trên 3 hướng cắt.



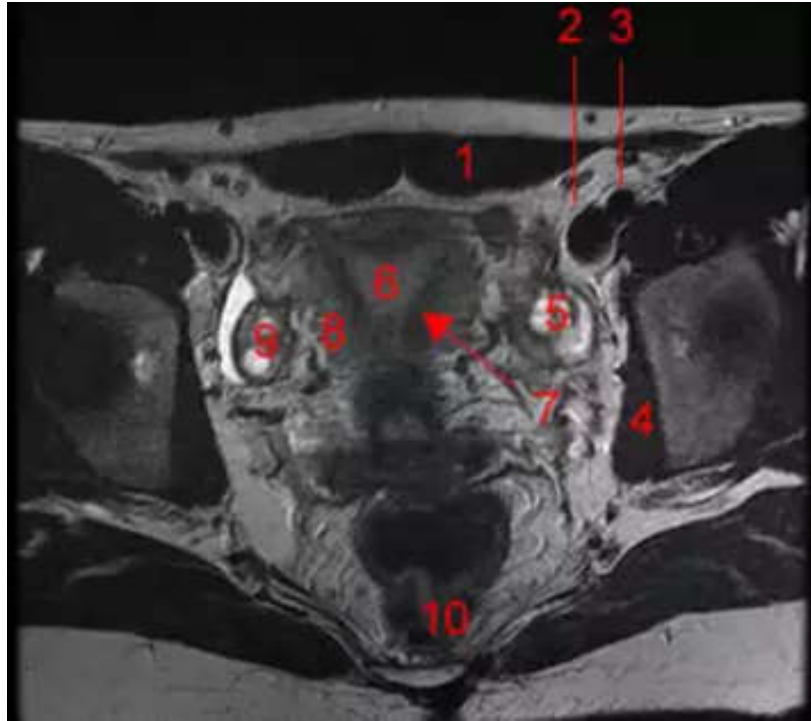
Hình 1.3. Giải phẫu cộng hưởng từ tiểu khung nữ, T2WI cắt đứng dọc qua đường giữa. Nguồn Moeller TB [25].

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1. Tĩnh mạch chậu chung | 9. Thân xương mu |
| 2. Động mạch chậu trong | 10. Cơ khép gần |
| 3. Cơ thẳng bụng | 11. Cơ mu trực tràng |
| 4. Manh tràng | 12. Cơ ngồi cụt |
| 5. Cơ tử cung | 13. Cổ tử cung |
| 6. Lớp chuyển tiếp | 14. Cơ lê |
| 7. Niêm mạc tử cung | 15. Dây chằng trên gai |
| 8. Bàng quang | 16. Cơ nhiều chân |



Hình 1.4. Giải phẫu cộng hưởng từ tiêu khung nữ, T2WI cắt ngang qua cổ tử cung. Nguồn Moeller TB [25].

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Cơ tháp | 13. Niệu quản trái |
| 2. Cơ thẳng bụng | 14. Gân cơ lê |
| 3. Động, tĩnh mạch thượng vị dưới | 15. Cơ bịt trong |
| 4. Động mạch chậu ngoài phải | 16. Gân cơ hông nhỏ |
| 5. Tĩnh mạch chậu ngoài phải | 17. Gân cơ hông bé |
| 6. Bàng quang | 18. Chỏm xương đùi |
| 7. Cổ tử cung | 19. Gân cơ thắt lưng chậu |
| 8. Thần kinh hông to phải | 20. Cơ chậu |
| 9. Trực tràng | 21. Cơ may |
| 10. Xương cụt | 22. Động mạch chậu ngoài trái |
| 11. Cơ hông lớn | 23. Tĩnh mạch chậu ngoài trái |
| 12. Mạc treo trực tràng | 24. Lớp mỡ dưới da |



Hình 1.5. Giải phẫu cộng hưởng từ tiểu khung nữ, cắt đứng ngang qua cổ tử cung. Nguồn Hricak [26].

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. Cơ thẳng bụng | 6. Niêm mạc tử cung |
| 2. Tĩnh mạch chậu ngoài | 7. Vùng chuyển tiếp |
| 3. Động mạch chậu ngoài | 8. Cơ tử cung |
| 4. Cơ bịt trong | 9. Bàng trứng trái |
| 5. Bàng trứng phải | 10. Trực tràng |

1.1.3. Mô học

1.1.3.1. Biểu mô ống cổ tử cung

Biểu mô tuyến CTC bao gồm một hàng tế bào trụ đơn với tế bào nhân tròn, bầu dục, mịn và đều nhau, chất chế nhầy nằm ở cực ngọn tế bào giàu nước và một số muối khoáng. Xen kẽ là tế bào trụ có lông ở cực nhọn. Giữa hai loại tế bào trên là các tế bào dự trữ, kích thước nhỏ, bào tương khó xác định, ít biệt hóa, chúng có thể tái tạo biểu mô CTC và có thể dị sản và loạn sản khi có những tác động.

1.1.3.2. Biểu mô cổ tử cung phía âm đạo

Biểu mô cổ ngoài CTC: biểu mô phủ CTC có cấu tạo giống với biểu mô phủ ở âm đạo. Đó là biểu mô vảy lát tầng không sừng hóa, các tế bào này chứa nhiều glycogen. Sự tăng sinh của biểu mô cổ ngoài được kích thích bởi estrogen và bị ức chế bởi progesteron [22].

Biểu mô cổ trong: biểu mô lót ống cổ trong và các tuyến là một lớp tế bào biểu mô trụ chế nhày gồm các tế bào hình trụ cao, sáng, nhân bầu dục nằm ở cực đáy. Tác động của hoóc môn buồng trứng, vị trí nhân có thể thay đổi [22].

Vùng chuyển tiếp: là vùng giáp ranh giữa biểu mô vảy và biểu mô tuyến. Vùng này có ý nghĩa quan trọng trong việc phát sinh UT CTC. Người ta cho rằng sự biến đổi ung thư đầu tiên diễn ra ở vùng chuyển tiếp này, sau đó lan ra vùng biểu mô vảy cổ ngoài hoặc biểu mô trụ cổ trong CTC hoặc cả hai [22],[27].

1.1.4. Phân loại mô bệnh học ung thư cổ tử cung

Đến nay đã có một số phân loại mô bệnh học UT CTC khác nhau của WHO, đó là phân loại năm 1979, năm 2003 và gần đây nhất là năm 2014. Sau đây là phân loại năm 2014.

Phân loại ung thư cổ tử cung của WHO năm 2014, kèm theo mã bệnh.

Típ mô bệnh học	Mã
<i>Khối u biểu mô</i>	
• Các u tế bào biểu mô vảy và tiền ung thư	
○ Tổn thương nội biểu mô tế bào vảy	
▪ Tổn thương biểu mô tế bào vảy bậc thấp	8077/0
▪ Tổn thương biểu mô tế bào vảy bậc cao	8077/2
○ UTBM vảy không có định danh khác kèm theo (not otherwise specified - NOS)	8070/3
▪ Sừng hóa	8071/3

- Không sừng hóa 8072/3
- Thể nhú 8052/3
- Dạng tế bào đáy 8083/3
- Thể mụn cơm, mụn cóc (Warty & Verrucous) 8051/3
- Dạng tế bào vảy chuyển tiếp 8020/3
- Giống u lympho biểu mô 8082/3
- Các tổn thương tế bào vảy lành tính
 - Dị sản vảy
 - Sùi mào gà (Condyloma acuminatum)
 - U nhú vảy 8052/0
 - Dị sản chuyển dạng
- Các u tuyến và tổn thương tiền ung thư
 - UTBM tuyến tại chỗ 8140/2
 - UTBM tuyến 8140/3
 - UTBM tuyến cổ, loại thông thường 8140/3
 - UTBM tuyến nhầy, không có định danh khác kèm theo (NOS) 8480/3
 - Típ dạ dày 8482/3
 - Típ ruột 8144/3
 - Típ tế bào nhẵn 8490/3
 - UTBM tuyến hung mao 8263/3
 - UTBM dạng nội mạc tử cung 8380/3
 - UTBM tế bào sáng 8310/3
 - UTBM thanh dịch 8441/3
 - UTBM dạng trung thận 9110/3
 - UTBM tuyến hỗn hợp với UTBM thần kinh nội tiết 8574/3
- Các khối u tuyến lành tính và tổn thương giống u

- Polyp cổ trong cổ tử cung
- U nhú ống Müller
- Nang Nabothian
- Cụm đường hầm
- Tăng sản vi tuyến
- Tăng sản thùy tuyến cổ trong
- Tăng sản thành lớp lan tỏa cổ trong
- Tồn dư và tăng sản trung thận
- Phản ứng Arias Stella
- Endocervicosis
- Lạc nội mạc tử cung
- Di sản nội mạc ống dẫn trứng
- Mô tiền liệt tuyến lạc chỗ (ectopic prostate tissue)
- Các khối u biểu mô khác
 - UTBM tuyến vảy 8560/3
 - UTBM tế bào kính mờ 8015/3
 - UTBM tuyến đáy 8098/3
 - UTBM tuyến nang 8200/3
 - UTBM không biệt hóa 8020/3
 - Các khối u thần kinh nội tiết
 - U thần kinh nội tiết bậc thấp
 - U các-xi-nô-ít 8240/3
 - U các-xi-nô-ít không điển hình 8249/3
 - U thần kinh nội tiết bậc cao
 - UTBM thần kinh nội tiết tế bào nhỏ 8041/3
 - UTBM thần kinh nội tiết tế bào lớn 8013/3

Các u trung mô và tổn thương dạng u

- U lành tính
 - U cơ trơn 8890/0
 - U cơ vân sinh dục 8905/0
 - Loại khác
- U ác tính
 - Sác-côm cơ trơn 8890/3
 - Sác-côm cơ vân sinh dục 8910/3
 - Sác-côm phần mềm phế nang 9581/3
 - Sác-côm mạch máu 9120/3
 - U giống thần kinh ngoại biên ác tính 9540/3
 - Các loại sác-côm khác
 - Sác-côm mỡ (Liposarcoma) 8850/3
 - Sác-côm cổ trong không biệt hóa 8805/3
 - Sác-côm Ewing 9364/3
- Các tổn thương giống u
 - Sác-côm tế bào hình thoi sau phẫu thuật
 - Tổn thương giống lym-phôm

Các u hỗn hợp biểu mô và trung mô

- U tuyến thượng thận 8932/0
- Sác-côm tuyến 8933/3
- Sác-côm biểu mô 8980/3

Các u hắc tố

- Nơ-vi xanh 8780/0
- U hắc tố ác tính 8720/3

Các u tế bào mầm

- U túi noãn hoàng

Các u lympho và hệ tạo máu

- Các u lym-phôm
- Các u tủy

Các u thứ phát [28].

1.2. Chẩn đoán ung thư cổ tử cung

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

1.2.1.1. Triệu chứng cơ năng

Ở GD sớm của bệnh như tổn thương loạn sản hoặc ung thư tại chỗ, thường không thấy dấu hiệu gì đặc biệt hoặc chỉ phát hiện thấy vết loét nông khi soi CTC.

Dấu hiệu LS có thể chỉ thấy ra khí hư đơn thuần hoặc khí hư lẫn máu ở âm đạo, khí hư có thể ít hay nhiều, thường kéo dài, đặc biệt ra dịch rất hôi ở BN có tổn thương hoại tử nhiều. Đa số trường hợp BN xuất hiện ra máu âm đạo tự nhiên ngoài chu kỳ kinh và/hoặc sau sinh hoạt tình dục hoặc ra máu bất thường sau mãn kinh. Tính chất máu thường đỏ tươi, lượng ít hay vừa, nếu xuất hiện nhiều có thể có máu cục.

Dấu hiệu đau tiểu khung, bất thường của hệ tiết niệu và trực tràng thường xuất hiện ở GD tiến triển và GD muộn, những trường hợp này khám LS có thể đủ để chẩn đoán xác định.

1.2.1.2. Triệu chứng thực thể

Trong GD đầu: trên một CTC tổn thương như vết trợt lớp niêm mạc, xung huyết hoặc có một vết loét nhỏ rõ rệt, bề mặt gồ ghề, nhiều mạch máu nhỏ, nền rắn. Đặc biệt mô u thường mủn nát, chạm vào dễ chảy máu khi đặt mỏ vịt hay nắn nhẹ. Đánh giá các tổn thương tại CTC trên lâm sàng qua khám CTC bằng mỏ vịt:

- *Hình thái sùi*: gồm các nụ sùi giống hình súp lơ dễ rụng, dễ chảy máu, dễ nhiễm khuẩn, hình thái này thâm nhiễm ít và lan tràn chậm.

- *Hình thái loét*: tổn thương lõm sâu xuống, rắn, nền có nhiều mụn nhỏ, có viêm nhiễm mủ. Hình thái này thâm nhiễm và lan tràn sâu vào xung quanh và hay di căn hạch sớm.

- *Hình thái ống CTC*: tổn thương trong ống CTC, lúc đầu rất khó chẩn đoán, chỉ khi có dấu hiệu LS hay nạo ống CTC mới có thể chẩn đoán được.

Khám âm đạo, túi bọt âm đạo, CTC: khám bằng tay đánh giá tổn thương của âm hộ, âm đạo, túi bọt âm đạo, CTC, hình dạng vị trí của tử cung. Xem xét kích thước, hình dạng, vị trí, tính chất, mức độ xâm lấn của khối u vào các túi bọt âm đạo, thành âm đạo, dây chằng rộng, dây chằng tử cung cùng, sự thâm nhiễm vào bàng quang, vách âm đạo – trực tràng.

Thăm khám qua trực tràng: có thể đánh giá được mức độ xâm lấn xung quanh, chủ yếu đánh giá sự xâm lấn vào dây chằng rộng, vách trực tràng - âm đạo, hạch cạnh CTC, thân tử cung, buồng trứng...

Khi đã có tổn thương ác tính cần đánh giá vùng hạch có liên quan như vùng bẹn, hố thượng đòn. Di căn vào hạch bạch huyết vùng xuất hiện với tần suất tăng dần từ GĐ I đến GĐ IV. Sùi lan rộng ra vùng cạnh TC bắt đầu từ CTC đi mọi hướng. Niệu quản bị xâm lấn ở bên cạnh CTC, gây giãn đài bể thận và niệu quản phía trên vị trí xâm lấn, từ đó dẫn đến giảm chức năng thận. Đau lưng và đau vùng phân phối của đám rối thắt lưng cùng thường là dấu hiệu gợi ý của thần kinh bị chèn ép. Phù rõ rệt ở chân là đặc trưng của ứ trệ máu và bạch huyết do khối u gây ra. Rò âm đạo vào trực tràng và đường tiết niệu là biến chứng muộn và nặng do khối u xâm lấn.

Khám toàn thân để phát hiện di căn xa và các bệnh lý khác kèm theo.

1.2.2. Khám sàng lọc và chẩn đoán sớm ung thư CTC.

UT CTC là một trong những bệnh ung thư có thể sàng lọc phát hiện sớm dựa vào khám kiểm tra định kỳ và các xét nghiệm đặc hiệu để sàng lọc phát hiện bệnh ở GĐ còn rất sớm, thậm chí ngay cả ở GĐ tiền ung thư hoặc GĐ

ung thư tại chỗ. Nhờ đó việc điều trị dễ dàng hơn, hiệu quả hơn, thời gian điều trị ngắn hơn, khả năng điều trị khỏi bệnh cao hơn [29]. Khám sàng lọc có thể được thực hiện như sau:

1.2.2.1. Khám cổ tử cung bằng mỏ vịt

Bằng mắt thường đánh giá hình thái, kích thước CTC, đánh giá niêm mạc CTC, phát hiện có tổn thương khu trú không, nếu có tổn thương khu trú cần tiến hành soi CTC phóng đại tổn thương.

1.2.2.2. Soi cổ tử cung

Đây là phương pháp được Hans Hinselman sử dụng lần đầu vào năm 1925 ở Hamburg, Đức [30]. Soi CTC quan sát được mặt ngoài CTC và âm đạo qua hệ thống kính phóng đại từ 10 đến 50 lần, phương pháp này còn cho phép nhìn rõ kích thước và ranh giới của vùng chuyển đổi bất thường, đồng thời xác định mức độ lan xa của tổn thương vào ống CTC hoặc âm đạo. Đây là phương pháp khá tốt để chẩn đoán sớm các tổn thương tiền ung thư, ngoài ra soi CTC còn giúp cho việc lựa chọn vị trí làm sinh thiết chính xác nhất.

Khi soi CTC phải tuân theo một quy trình chuẩn: đầu tiên lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học, sau đó làm sạch CTC bằng cách chấm axít axêtic 3-5% làm tan các chất nhầy [31]. Tác dụng làm khô của axít sẽ làm nổi bật rõ nét sự tương phản giữa mô bình thường và biểu mô vảy phát triển mạnh. Những thay đổi bất thường gồm các vết trắng và những bất thường không điển hình về mạch máu chứng tỏ đó là những vùng có hoạt động tế bào mạnh nhất. Nhuộm CTC bằng dung dịch Lu-gôn, sử dụng nghiệm pháp Schiller lên CTC sẽ cho thấy biểu mô vảy bình thường sẽ nhuộm màu [31]. Những vùng không nhuộm màu cần được sinh thiết làm xét nghiệm MBH. Soi CTC cũng giúp xây dựng sơ đồ theo dõi và lập kế hoạch điều trị cho các BN có xét nghiệm tế bào âm đạo bất thường [31].

1.2.2.3. Xét nghiệm tế bào học

Xét nghiệm TBH là phương pháp lấy các tế bào bong từ bề mặt và ống CTC nhuộm và soi dưới kính hiển vi để tìm những tế bào bất thường. Bệnh phẩm được lấy ngoài kỳ hành kinh, ở nơi tiếp giáp giữa biểu mô vảy cổ ngoài, biểu mô trụ cổ trong và trong ống CTC, sau đó phết lên lam kính rồi cố định bằng cồn tuyệt đối. Phiến đồ sẽ được soi kính hiển vi để phát hiện các tổn thương tiền ung thư và ung thư.

Phương pháp xét nghiệm TBH đơn giản, dễ làm, giá thành rẻ có thể làm nhiều lần trên một bệnh nhân, không gây đau đớn, dụng cụ không phức tạp, ít gây phiền toái cho người bệnh. Do vậy Tổ chức Y tế thế giới đã thống nhất áp dụng rộng rãi phương pháp này trong các chương trình sàng lọc phát hiện sớm UT CTC trên toàn cầu [32],[33].

Xét nghiệm tế bào đến nay vẫn có tác dụng trong tầm soát tổn thương tiền ung thư và UT CTC. Tuy nhiên qua thời gian, người ta nhận thấy phương pháp này bộc lộ một khuyết điểm bất lợi cho việc tầm soát, đó là có nhiều kết quả âm tính giả và độ nhạy tương đối không cao. Chất lượng chẩn đoán phụ thuộc một số yếu tố chủ quan là: kinh nghiệm của bác sĩ lấy mẫu, kỹ thuật của phòng xét nghiệm, kinh nghiệm của kỹ thuật viên và bác sĩ tế bào học. Do đó người ta thường phối hợp xét nghiệm TBH với sinh thiết CTC qua máy soi khi xét nghiệm tế bào có kết quả bất thường [4].

1.2.2.4. Xét nghiệm HPV

Đây là xét nghiệm sàng lọc tìm ADN-HPV. Xét nghiệm HPV cho biết có nhiễm HPV hay không, nếu có, thuộc nhóm nào, nguy cơ cao hay thấp, do vậy phát hiện sớm những trường hợp nhiễm HPV, điều trị sớm các tổn thương tiền ung thư, ngăn ngừa tiến triển thành UT CTC xâm nhập, đồng thời phối hợp với các xét nghiệm khác để đánh giá tổn thương thực thể tại CTC [34].

Người ta thường dùng xét nghiệm HPV như là xét nghiệm bổ trợ để làm tăng độ nhạy và làm giảm bớt tỷ lệ dương tính giả. HPV hiện diện trong 93% - 100% các trường hợp các-xi-nôm tế bào biểu mô ở CTC [4]. Nghiên cứu của Hatch KD và cs cho thấy nếu chỉ dùng xét nghiệm HPV, độ nhạy đạt được 74% trong phát hiện tổn thương nội biểu mô vảy, nhưng nếu phối hợp để dùng cho những trường hợp có xét nghiệm tế bào học là LSIL, HSIL hay ung thư thì độ nhạy tăng lên đến 91% [35].

Cho tới nay, ngay cả các nước phát triển có một chương trình sàng lọc UT CTC có hiệu quả vẫn khuyến cáo sử dụng xét nghiệm HPV cùng với xét nghiệm TBH trong đó xét nghiệm TBH vẫn là công cụ sàng lọc đại trà hàng đầu [36].

1.2.3. Sinh thiết

Để chẩn đoán xác định UT CTC cần tiến hành xét nghiệm MBH, đây là xét nghiệm bắt buộc phải làm trước điều trị. Xét nghiệm MBH cũng có thể được chỉ định khi xét nghiệm TBH âm tính nhưng lâm sàng còn nghi ngờ. Để tránh bỏ sót tổn thương, thường lấy mẫu sinh thiết ở nhiều điểm, ở những nơi mà biểu mô vảy không bắt màu hoặc sinh thiết ở mỗi góc của CTC. Các kết quả MBH thu được từ sinh thiết CTC và nạo ống CTC là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán xác định và quyết định điều trị.

1.2.4. Các xét nghiệm máu

- Xét nghiệm công thức máu: đánh giá tình trạng thiếu máu, đây là dấu hiệu thường gặp trong ung thư CTC. Thiếu máu có thể do chảy máu từ khối u hay do suy thận.

- Xét nghiệm sinh hoá đánh giá chức năng gan, thận sau xạ trị hay hóa trị.

- Xét nghiệm miễn dịch chất chỉ điểm UTBM vảy SCC-Ag huyết thanh (Squamous cell carcinoma antigen) có giá trị trong việc theo dõi trong và sau quá trình điều trị UTBM vảy CTC [37],[38],[39],[40].

1.2.5. Chẩn đoán giai đoạn ung thư cổ tử cung

1.2.5.1. Ý nghĩa của đánh giá giai đoạn ung thư cổ tử cung

Đánh giá GD dựa vào sự tiến triển của UT CTC cho phép đánh giá khối u, dự đoán tiên lượng, lập kế hoạch điều trị thích hợp với từng GD bệnh và cho phép so sánh kết quả điều trị của các phương pháp khác nhau [41].

1.2.5.2. Phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung

Hiện nay có hai cách phân loại giai đoạn UT CTC chính được áp dụng:

- Phân loại giai đoạn UT CTC của Hiệp hội chống ung thư quốc tế (UICC) hay còn gọi là phân loại theo TNM.

- Phân loại giai đoạn UT CTC của Hiệp hội Sản phụ khoa quốc tế (FIGO).

Hệ thống phân loại FIGO đầu tiên được tạo ra năm 1958, được cập nhật vào năm 1988 và được sửa đổi gần đây nhất vào tháng 6 năm 2009 [41].

Trong lần sửa đổi này FIGO mới có ba thay đổi:

- *Thứ nhất*: đề nghị sử dụng chẩn đoán hình ảnh bao gồm cả CLVT và CHT vào phân loại giai đoạn UT CTC, nhưng không bắt buộc [12].

- *Thứ hai*: GD II khối u chưa xâm lấn đến thành bên tiểu khung hoặc thấp hơn 1/3 dưới âm đạo, khối u GD IIA xâm lấn đến 2/3 trên âm đạo, GD IIB khối u xâm lấn mô lân cận CTC. Trong hệ thống FIGO sửa đổi GD IIA cũng được chia thành GD IIA1: kích thước $u \leq 4\text{cm}$, và IIA2: kích thước $u > 4\text{cm}$.

- *Thứ ba*: không bắt buộc phải sử dụng nội soi bàng quang và/hoặc trực tràng trong phân loại UT CTC, đây là một sự thay đổi so với FIGO 1988 [13].

Trước năm 2009, nội soi bàng quang và/hoặc trực tràng vẫn được sử dụng để đánh giá xâm lấn bàng quang và/hoặc trực tràng của UT CTC giai đoạn IVA. CHT có ưu thế là phương pháp thăm khám không xâm lấn, trên T2WI đánh giá chính xác xâm lấn bàng quang (độ nhạy 75%) và trực tràng (độ nhạy 71%) [42]. Hơn nữa, hình ảnh T2W có thể được sử dụng để tự tin

loại trừ xâm lấn bàng quang hoặc trực tràng với giá trị dự báo âm tính là 100% [43].

Như vậy FIGO sửa đổi thừa nhận các kết quả CHT và khuyến khích việc sử dụng CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC. Hình ảnh CHT cung cấp thông tin chính xác về yếu tố tiên lượng quan trọng, chẳng hạn như kích thước khối u, xâm lấn mô cạnh CTC, xâm lấn dây chằng rộng, xâm lấn thành bên chậu hông và hạch di căn [11],[41].

Phân loại của FIGO chỉ đánh giá tổn thương do u gây ra mà không đánh giá tổn thương hạch.

Bảng 1.1: Sắp xếp giai đoạn ung thư cổ tử cung theo TNM và FIGO [44]

<i>TNM</i>	<i>FIGO</i>	TỔN THƯƠNG
<i>Tx</i>		<i>Không đánh giá được u nguyên phát.</i>
<i>To</i>		<i>Không có bằng chứng về khối u nguyên phát.</i>
<i>Tis</i>	0	<i>Ung thư tại chỗ (in situ).</i>
<i>T1</i>	I	Khối u hoàn toàn khu trú tại CTC.
<i>T1A</i>	IA	Ung thư xâm lấn nhưng chỉ chẩn đoán được bằng vi thể với độ sâu $\leq 5\text{mm}$ và phát triển chiều rộng $\leq 7\text{mm}$.
<i>T1A1</i>	IA1	Mô đệm bị xâm lấn sâu $\leq 3\text{mm}$, rộng $\leq 7\text{mm}$.
<i>T1A2</i>	IA2	Mô đệm bị xâm lấn sâu $>3\text{mm}$ và $\leq 5\text{mm}$, rộng $\leq 7\text{mm}$.
<i>T1B</i>	IB	Lâm sàng thấy được tổn thương hoặc tổn thương giới hạn ở CTC hoặc trên vi thể lớn hơn IA2.
<i>T1B1</i>	IB1	Trên lâm sàng thấy khối u $\leq 4\text{cm}$.
<i>T1B2</i>	IB2	Trên lâm sàng thấy khối u $> 4\text{cm}$.
<i>T2</i>	II	Khối u xâm lấn ra ngoài CTC nhưng chưa lan tới 1/3 dưới âm đạo và chưa đến thành bên tiểu khung.
<i>T2A</i>	IIA	Khối u lan tới 2/3 trên âm đạo, chưa xâm lấn vào mô cạnh CTC
<i>T2A1</i>	IIA1	Trên lâm sàng thấy khối u $\leq 4\text{cm}$.

<i>T2A2</i>	IIA2	Trên lâm sàng thấy khối u > 4 cm.
<i>T2B</i>	IIB	Có xâm lấn vào mô cạnh CTC, chưa xâm lấn đến thành bên tiểu khung.
<i>T3</i>	III	Khối u xâm lấn đến thành bên khung chậu và/hoặc tới 1/3 dưới âm đạo và/hoặc xâm lấn niệu quản dẫn đến giãn đường tiết niệu cao.
<i>T3A</i>	IIIA	Khối u xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo nhưng chưa xâm lấn đến thành bên tiểu khung.
<i>T3B</i>	IIIB	Khối u lan đến thành bên khung chậu và/hoặc xâm lấn niệu quản gây thận ú nước hoặc mất chức năng.
<i>T4</i>	IV	Khối u xâm lấn bàng quang, trực tràng và/hoặc lan ra ngoài khung chậu.
<i>T4A</i>	IVA	Khối u xâm lấn bàng quang và/hoặc trực tràng.
<i>T4B</i>	IVB	Ung thư di căn xa vượt ra ngoài tiểu khung.
<i>Di căn hạch bạch huyết (N)</i>		
<i>NX</i>		<i>Không đánh giá được di căn hạch</i>
<i>N0</i>		<i>Không có di căn hạch</i>
<i>N1</i>		<i>Có căn hạch vùng</i>
<i>Di căn xa (M)</i>		
<i>M0</i>		<i>Không có di căn xa</i>
<i>M1</i>		<i>Di căn xa</i>

Phân loại này chỉ áp dụng cho ung thư biểu mô tại CTC và phải được khẳng định bằng xét nghiệm MBH. Hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam người ta thường sử dụng cách phân loại của FIGO vì dễ áp dụng, thuận lợi cho việc chỉ định điều trị [45],[46].

1.2.6. Chẩn đoán hình ảnh

1.2.6.1. X quang thường quy

X quang lồng ngực: có thể phát hiện di căn phổi, di căn xương khi có tổn thương đủ lớn >1cm.

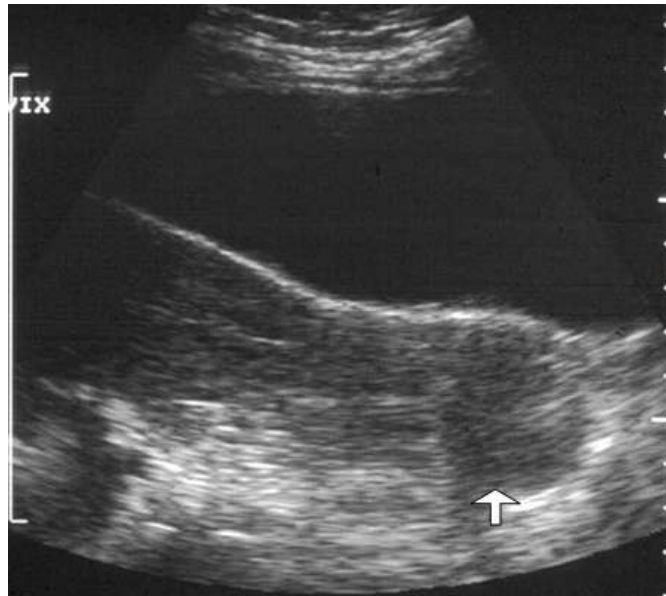
Chụp hệ tiết niệu có cản quang (UIV): có giá trị trong việc đánh giá chức năng thận và sự chèn ép, xâm lấn niệu quản.

1.2.6.2. Chụp bạch mạch

Hiện nay ít được áp dụng do có nhiều biến chứng.

1.2.6.3. Siêu âm

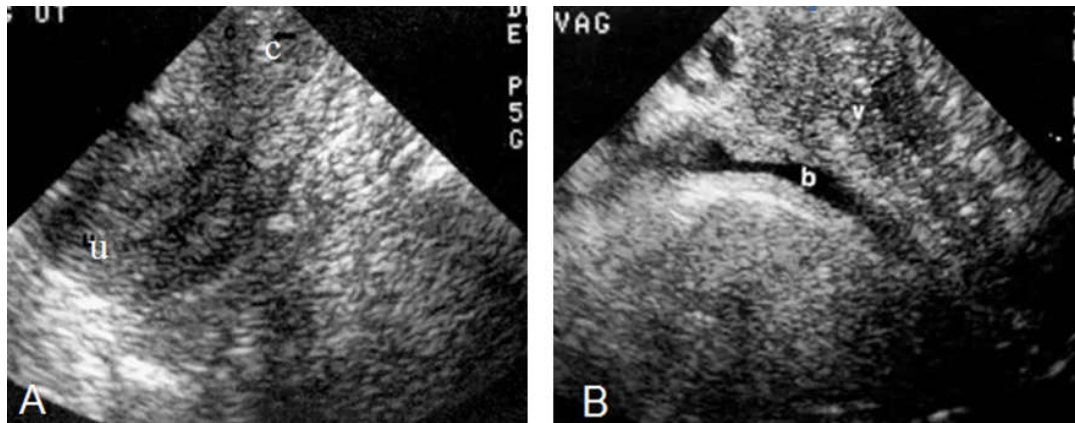
Siêu âm qua thành bụng: trong GD đầu của UT CTC xác định tổn thương bằng SA là khó khăn. Hình ảnh trực tiếp có thể thấy khối u là một vùng giảm âm hoặc đồng âm với ranh giới không rõ, hoặc CTC to với cấu trúc âm không đồng nhất (hình 1.6). Một số ít bệnh nhân có thể thấy một tổn thương khu trú giảm âm, tăng âm hoặc cấu trúc âm hỗn hợp. Dấu hiệu gián tiếp có thể là tụ dịch trong buồng tử cung do khối u cản trở lưu thông của ống CTC [47].



Hình 1.6. Hình ảnh siêu âm ung thư cổ tử cung qua thành bụng trên lát cắt dọc. Nguồn Faysal AS [47]

Siêu âm qua đường âm đạo có thể nhìn thấy rõ 2 lớp: ống CTC tăng âm và lớp nhu mô CTC có âm trung gian, không thay đổi theo chu kì kinh nguyệt. Âm đạo cũng bao gồm hai lớp: vùng tăng âm bên trong là lớp biểu mô và tuyến nhầy, vùng giảm âm bên ngoài là lớp cơ thành âm đạo (hình 1.7) [48]. Hình ảnh siêu âm UT CTC qua đường âm đạo cũng tương tự như qua thành bụng.

Siêu âm qua thành bụng có độ phân giải thấp gây khó khăn trong việc nhìn thấy trực tiếp khối u CTC cũng như khó phân biệt khối u với các mô bình thường lân cận của CTC, thân tử cung, dây chằng rộng hoặc âm đạo.



Hình 1.7. Hình ảnh siêu âm qua đường âm đạo, A. Tử cung (u) và cổ tử cung (c), B. Âm đạo (v). Nguồn Abu-Yousef [48]

SA qua đường âm đạo có độ phân giải cao hơn, cho phép đánh giá tốt hơn khối u cũng như mức độ xâm lấn của nó tới các cấu trúc xung quanh như âm đạo, dây chằng rộng. Nghiên cứu của Innocenti và cs ghi nhận đánh giá sự lan rộng của khối u trên SA qua đường âm đạo, trực tràng có độ nhạy đạt tới 78% cao hơn so với khám LS (52%) [49]. SA còn có khả năng đánh giá xâm lấn bàng quang, thận ứ nước và/hoặc tắc nghẽn niệu quản. Tuy nhiên, SA không có khả năng đánh giá đầy đủ tất cả các vùng giải phẫu trong khung chậu hoặc các khu vực có chứa các hạch bạch huyết, không đánh giá được hết các vị trí tiềm năng của di căn [47].

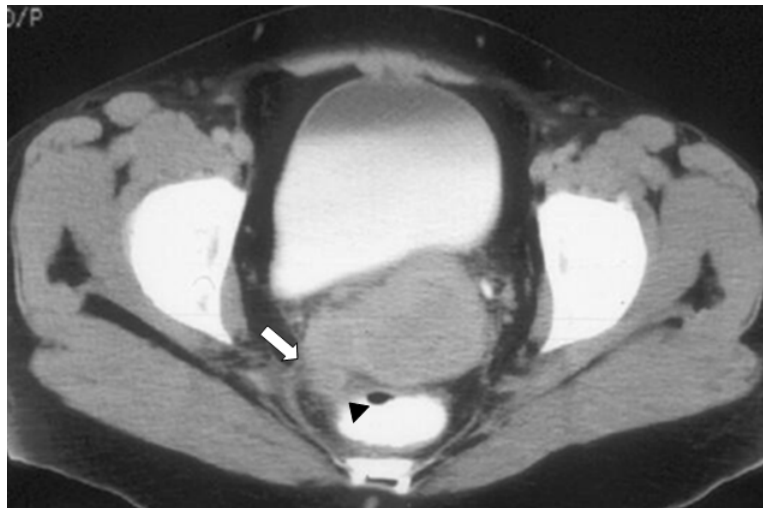
1.2.6.4. Chụp cắt lớp vi tính

Là phương pháp CDHA thường được sử dụng để đánh giá xâm lấn của UT CTC ở các cơ sở y tế không có sẵn máy CHT từ lực cao hoặc những BN có chống chỉ định chụp CHT.

Hình ảnh ung thư cổ tử cung trên cắt lớp vi tính

CTC bình thường trên CLVT là cấu trúc có hình tròn hoặc hình ô-van với tỉ trọng mô mềm đồng nhất, sau tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch CTC tăng ngấm thuốc đồng nhất, kích thước CTC thường nhỏ hơn 3cm. Khối u CTC và mô CTC thường có đậm độ tương tự nhau trên các ảnh không tiêm thuốc cản quang, vì vậy CLVT trước tiêm không tin cậy trong phân biệt khối u và nhu mô tử cung bình thường. Sau tiêm thuốc cản quang, các biểu hiện của UT CTC có thể thấy như sau:

- Một CTC bình thường (không có sự khác biệt về mức độ ngấm thuốc của u và nhu mô lành).
- Một CTC to với tăng ngấm thuốc cản quang.
- Một CTC to, ngấm thuốc không đồng nhất, không thấy khối rõ ràng.
- Một CTC to với một khối ngấm thuốc kém đồng nhất hay không đồng nhất so với nhu mô CTC bình thường [47].



Hình 1.8: Hình ảnh cắt lớp vi tính ung thư cổ tử cung xâm lấn dây chằng rộng và trực tràng. Nguồn Faysal AS [47].

- Tụ dịch trong buồng tử cung do khối u chèn ép gây hẹp ống CTC. Hạch vùng bụng, chậu được coi là hạch di căn nếu kích thước đo theo trục ngắn trên 10mm.

Vì CLVT không thường xuyên cho phép nhìn thấy trực tiếp khối u nguyên phát nên việc đánh giá kích thước khối u cũng như mức độ xâm lấn của khối u không chính xác [47]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng CLVT có giá trị thấp hơn CHT trong đánh giá UT CTC [50],[51],[52],[53],[54],[55],[56].

Do vậy CLVT có giá trị trong các trường hợp sau:

- Trong đánh giá UT CTC đã tiến triển vượt ra ngoài tử cung (GD từ IIB trở lên).
- Trong việc tìm kiếm phát hiện hạch di căn và hướng dẫn sinh thiết hạch.
- Trong đánh giá xâm lấn đường tiết niệu (thay thế cho việc sử dụng UIV).

Lưu ý rằng CLVT không phải luôn đáng tin cậy để đánh giá kích thước khối u và nó không đủ chính xác để phát hiện xâm lấn mô lân cận CTC, âm đạo, bàng quang, trực tràng. Xâm lấn âm đạo của UT CTC được đánh giá tốt hơn với việc sử dụng các phương pháp thăm khám LS [47].

1.2.6.5. PET/CT

Trong những năm gần đây PET/CT đã được sử dụng để chẩn đoán, đánh giá ung thư nói chung và UT CTC nói riêng.

Chụp cắt lớp phát xạ (PET) với 2-[flo-18] flo-2-deoxy-d-glucose (FDG) cung cấp thông tin cả về định tính và định lượng cho chẩn đoán và quản lý bệnh [57]. Tích lũy FDG trong CTC bình thường không lớn hơn các mô mềm xung quanh, trong khi khối UT CTC có kích thước ≥ 7 mm hấp thụ FDG mạnh hơn, các thành phần hoại tử khối u, máu, dịch hoặc mũ tắc nghẽn trong buồng tử cung và CTC không hấp thụ FDG, tuy nhiên các tổn thương viêm (chẳng hạn viêm CTC) cũng gây tăng tích lũy FDG [58].

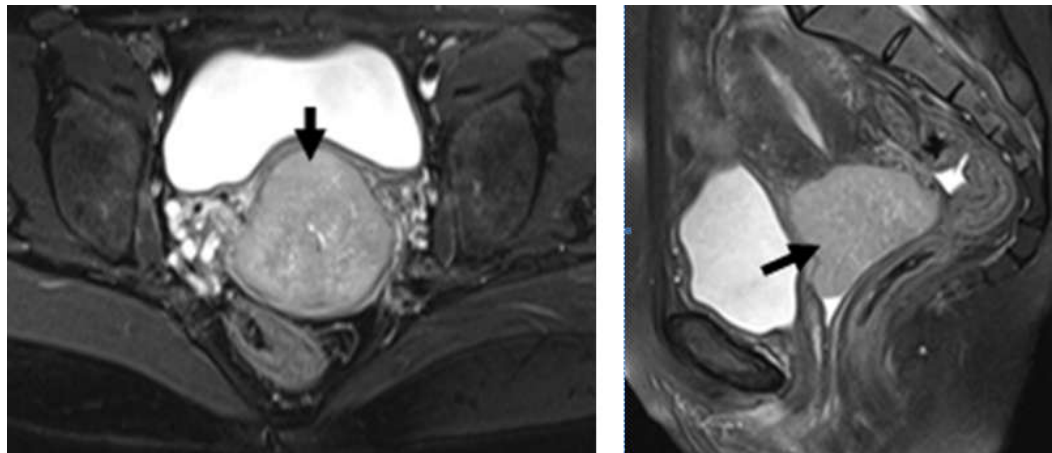
Với sự ra đời của hệ thống kết hợp PET/CT, các thông tin về cấu trúc được cung cấp bởi CT-Scan phối hợp với thông tin về chức năng của PET làm cho PET/CT trở nên chính xác hơn trong chẩn đoán và theo dõi ung thư nói chung và UT CTC nói riêng.

Đã có nghiên cứu báo cáo việc sử dụng PET/CT cho chẩn đoán, đánh giá đáp ứng điều trị và phát hiện tái phát ở bệnh nhân UT CTC [59],[60],[61]. PET/CT đã được chứng minh là chính xác hơn CT, đặc biệt là trong việc xác định hạch di căn [62]. Reinhardt và cs nhận thấy trong chẩn đoán hạch di căn PET/CT có độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 100%, các giá trị này của MRI tương ứng là 73% và 83% [63]. PET/CT được đánh giá là khá hữu ích trong việc phân định biên độ của khối u xâm lấn [64].

1.3. Cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung

1.3.1. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung

UT CTC trên CHT có hình ảnh tổn thương dạng khối hay đám thâm nhiễm, tăng nhẹ tín hiệu trên T2WI tương tự tín hiệu của nội mạc tử cung (do khối u có T1 và T2 đều dài) [47], tín hiệu trung gian trên T1WI, giảm khuếch tán trên Diffusion (tăng tín hiệu trên DWI với giảm tín hiệu trên ADC) [65], ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm nhưng kém hơn cơ thành ống CTC [54], [66],[67],[68],[69],[70].



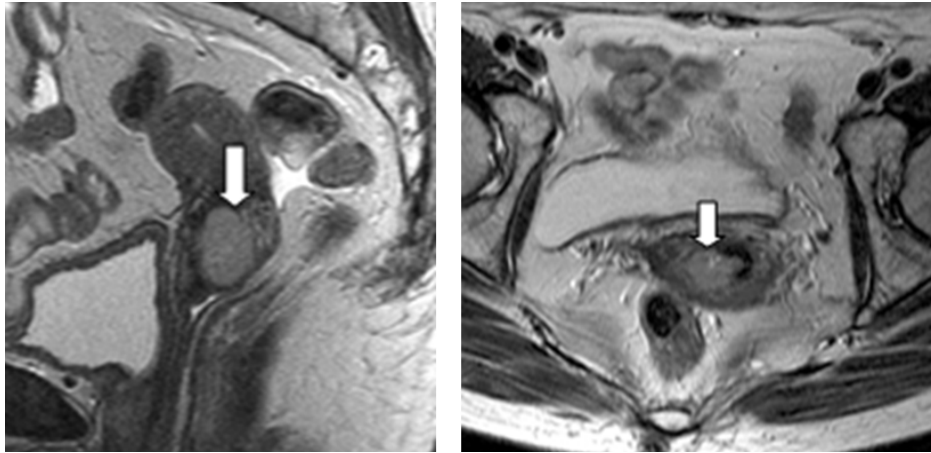
Hình 1.9: Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung tăng tín hiệu trên T2WI xâm lấn 2/3 trên thành âm đạo (GD IIB). Nguồn Viviane N [71].

Vị trí u thường phát sinh từ lớp chuyển tiếp sau đó lan ra cổ ngoài hoặc cổ trong hoặc cả hai. Định vị của vùng chuyển tiếp có thể thay đổi phụ thuộc vào tuổi tác của người phụ nữ. Yoshikazu cho rằng ở phụ nữ trẻ tuổi vùng chuyển tiếp nằm ở phía ngoài của lỗ ngoài CTC nên khối u có xu hướng phát triển ra ngoài, ngược lại ở những người già vùng chuyển tiếp nằm trong ống CTC, ung thư có xu hướng phát triển vào bên trong dọc theo ống CTC [72]. Tổn thương có thể nằm khu trú trong CTC hay xâm lấn ra ngoài vào các cấu trúc lân cận, xâm lấn xuống dưới vào ống âm đạo hay lên trên vào trong buồng tử cung. Có thể thấy dấu hiệu gián tiếp là hình ảnh ứ máu – dịch trong buồng tử cung.

1.3.2. Phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung theo FIGO trên cộng hưởng từ

Kích thước của tổn thương để áp dụng trong phân loại GĐ của FIGO là kích thước đo được theo chiều lớn nhất của khối u trên ảnh T2W. Đánh giá kích thước u CTC trên CHT có độ chính xác 93% [17]. Người ta cho rằng trong đánh giá UT CTC chuỗi xung T2W là chuỗi xung quan trọng nhất [15], [67],[73],[74],[75].

Giai đoạn IA: tổn thương thường kín đáo và hay có âm tính giả trên CHT, có thể thấy u rất nhỏ với kích thước $\leq 7\text{mm}$, tăng tín hiệu trên T2WI khu trú trong thành hay ống CTC, lớp cơ thành CTC giảm tín hiệu còn khá nguyên vẹn, cân đối. Trong trường hợp soi CTC và sinh thiết có u, nhưng không rõ trên T2WI thì nên tiêm thuốc đối quang từ [72],[73].

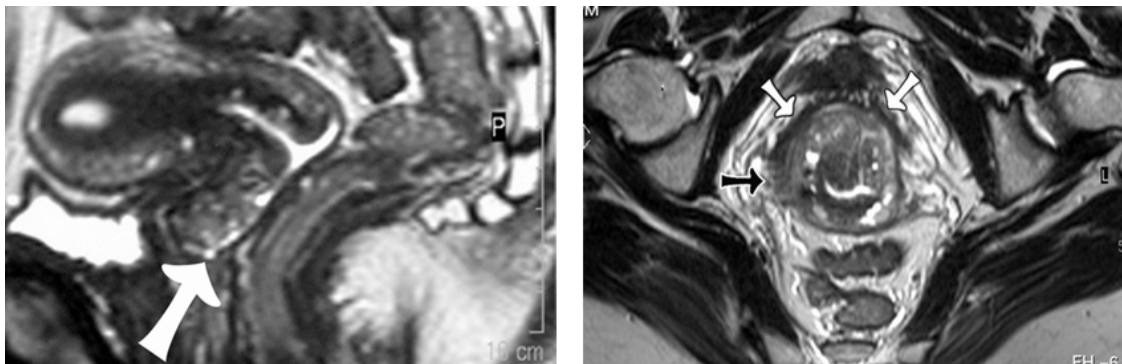


Hình 1.10. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IB: khối u thành trước CTC tăng tín hiệu trên T2WI. Nguồn Faysal [47].

Giai đoạn IB: Khối u tăng tín hiệu hoặc tín hiệu trung gian trên T2WI phá vỡ lớp cơ giảm tín hiệu của thành CTC, nhưng vẫn còn một viên giảm tín hiệu của mô CTC lành bao quanh u [14],[72],[73]. Kích thước khối u $\leq 4\text{cm}$ được phân loại GĐ IB1 và $> 4\text{cm}$ được phân loại GĐ IB2 (hình 1.10).

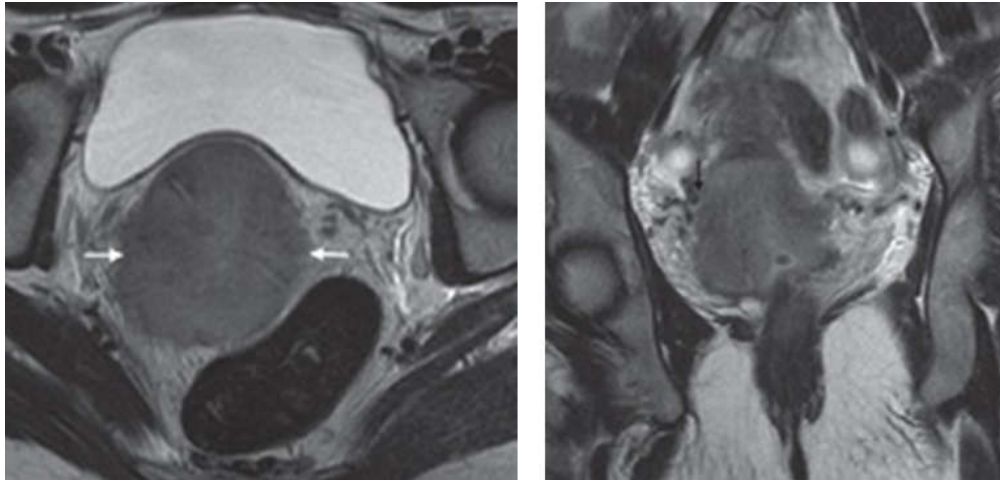
Giai đoạn II: Khối u phát triển ra ngoài CTC, lan tới 2/3 trên âm đạo và/hoặc dây chằng rộng nhưng chưa xâm lấn tới thành bên khung chậu.

Giai đoạn IIA. Khối u tăng tín hiệu trên T2WI lan rộng vào âm đạo phá vỡ thành giảm tín hiệu của ống âm đạo đoạn 2/3 trên, nhưng chưa xâm lấn dây chằng rộng. Kích thước khối u $\leq 4\text{cm}$ được phân GĐ IIA1 và kích thước khối u $> 4\text{cm}$ được phân GĐ IIA2 (hình 1.11).



Hình 1.11. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IIA: Khối u thành trước CTC xâm lấn 2/3 trên âm đạo, chưa xâm lấn mô cạnh tử cung.

Nguồn Yoshikazu O [72]

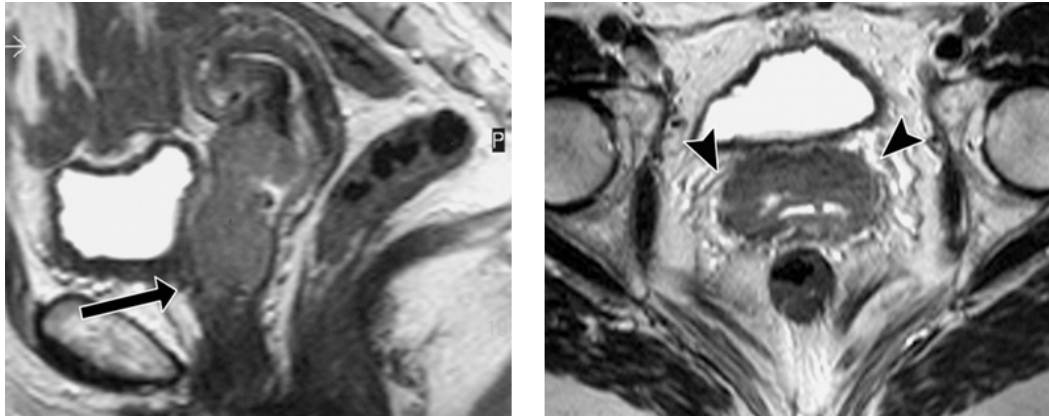


Hình 1.12. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IIB: Khối u xâm lấn mô cạnh cổ tử cung và dây chằng rộng (mũi tên). Nguồn Mohammed AS [76]

Giai đoạn IIB: khối u phá vỡ hoàn toàn lớp cơ giảm tín hiệu thành CTC, tín hiệu u lan vào mô cạnh CTC và dây chằng rộng, mất hình ảnh tăng tín hiệu đồng nhất của lớp mỡ quanh CTC, tổn thương chưa xâm lấn đến thành bên chậu hông (hình 1.12).

Giai đoạn III: khối u phá vỡ hình giảm tín hiệu của thành ống âm đạo tới đoạn 1/3 dưới âm đạo và/hoặc u lan tới thành bên khung chậu, xâm lấn cơ bịt trong, cơ lê, cơ nâng hậu môn và/hoặc xâm lấn niệu quản gây giãn đài bể thận và niệu quản phía trên vị trí xâm lấn.

Giai đoạn IIIA: khối u xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo, có thể xâm lấn mô cạnh CTC và dây chằng rộng nhưng chưa xâm lấn đến phần mềm thành bên khung chậu và/hoặc niệu quản (hình 1.13)



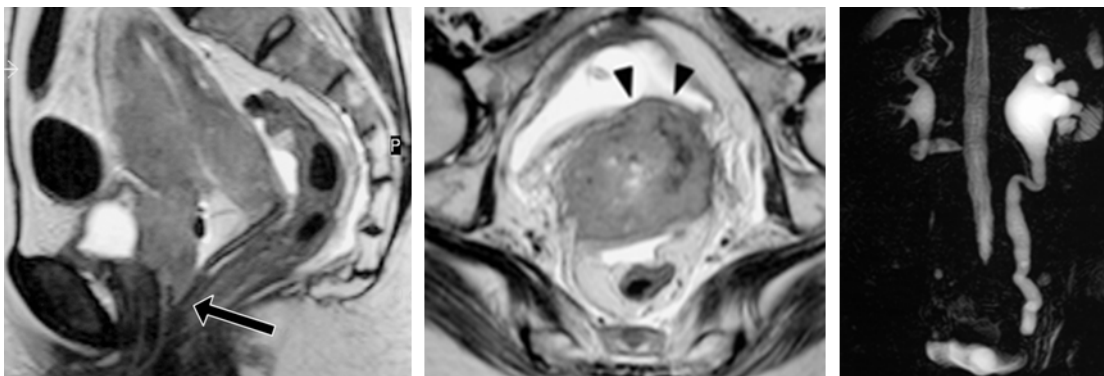
Hình 1.13. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IIIA xâm lấn tới 1/3 dưới âm đạo. Nguồn Yoshikazu O [72]

Giai đoạn IIIB: khối u lan đến tổ chức phần mềm thành bên khung chậu và/hoặc xâm lấn niệu quản gây thận ứ nước hoặc mất chức năng (hình 1.14).

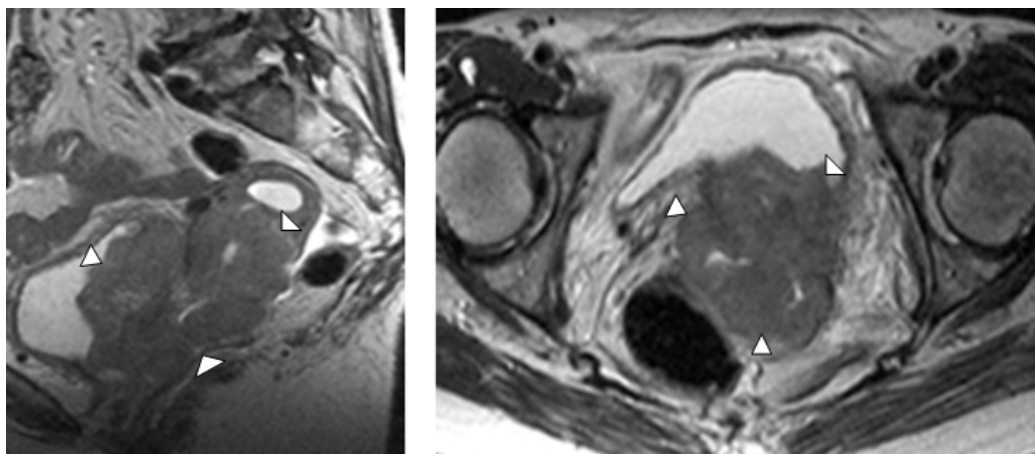
Giai đoạn IV: ung thư xâm lấn tạng lân cận hoặc di căn xa.

Giai đoạn IVA: cấu trúc tín hiệu tổ chức u lan vào gây mất hình ảnh giảm tín hiệu thành bàng quang hay thành trực tràng hoặc dày khu trú thành bàng quang hay trực tràng (hình 1.15).

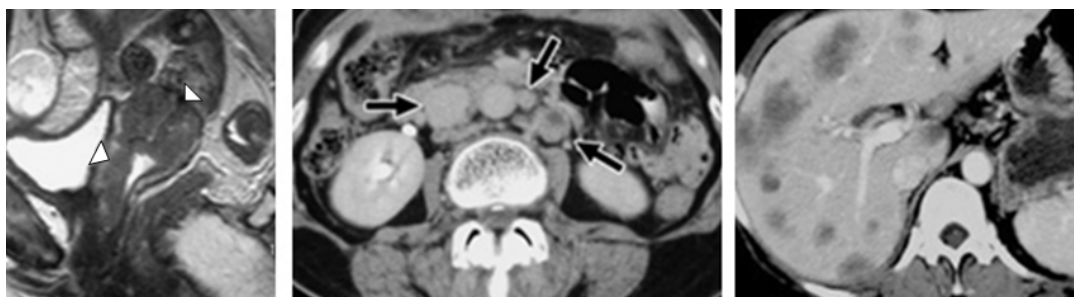
Giai đoạn IVB: ung thư di căn vào các tạng ngoài khung chậu (hình 1.16).



Hình 1.14. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IIIB xâm lấn thành bên chậu hông và niệu quản. Nguồn Yoshikazu O [72]



Hình 1.15. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IVA xâm lấn bàng quang, trực tràng. Nguồn Yoshikazu O [72]



Hình 1.16. Hình ảnh cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính ung thư cổ tử cung giai đoạn IVB di căn hạch cạnh bó mạch chủ bụng và di căn gan. Nguồn Yoshikazu O [72]

Các dấu hiệu di căn hạch, di căn xa có thể phát hiện trên chuỗi xung T2 xóa mỡ trên các lát cắt qua ổ bụng ở mức cao hơn tiểu khung. Claudia đề nghị giới hạn kích thước hạch được gọi là to tùy thuộc vào vị trí của nó như sau: đối với hạch chuỗi chậu trong là 7mm, chuỗi chậu chung là 9mm, và chuỗi chậu ngoài là 10mm [14]. Tuy nhiên nhiều tác giả cho rằng hạch được gọi là to khi đường kính theo trục ngắn lớn hơn 10mm [11],[14]. Mặc dù hạch di căn không được đưa vào bảng phân loại FIGO, song nếu có hạch di căn cạnh động tĩnh mạch chủ bụng hoặc hạch bẹn thì được coi là di căn xa và phân loại là GĐ IVB [72].

Tóm lại, ta có bảng phân loại GĐ trên CHT tương ứng với phân loại giai đoạn UT CTC theo FIGO như sau:

Bảng 1.2. Phân loại giai đoạn UT CTC trên CHT theo FIGO [77]

FIGO	DẤU HIỆU TRÊN CHT
I	Khối u giới hạn trong CTC.
IA	Không thấy u hoặc u rất nhỏ trong ống CTC, lớp cơ thành CTC giảm tín hiệu còn nguyên vẹn, cân đối.
IB	Khối u còn khu trú trong CTC, chưa xâm lấn âm đạo hay dây chằng rộng. IB1: $u \leq 4\text{cm}$, IB2: $u > 4\text{cm}$.
II	Khối u phát triển ra ngoài CTC, xâm lấn đến 2/3 trên âm đạo và/hoặc dây chằng rộng nhưng chưa tới thành bên chậu hông.
IIA	Khối u xâm lấn âm đạo đoạn 2/3 trên, chưa xâm lấn dây chằng rộng. GĐ IIA1: KT $u \leq 4\text{cm}$, GĐ IIA2: KT $u > 4\text{cm}$.
IIB	Khối u xâm lấn dây chằng rộng, chưa xâm lấn đến thành bên chậu hông.
III	Khối u phát triển tới 1/3 dưới âm đạo và/hoặc thành bên chậu hông, và/hoặc xâm lấn niệu quản.
IIIA	Khối u xâm lấn tới 1/3 dưới âm đạo, chưa xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản.
IIIB	Khối u lan tới thành bên chậu hông và/ hoặc xâm lấn niệu quản.
IV	Ung thư phát triển ra tạng lân cận hoặc di căn xa.
IVA	Cấu trúc tín hiệu tổ chức u lan vào thành bàng quang hay thành trực tràng.
IVB	Ung thư di căn xa .

1.3.3. Cộng hưởng từ theo dõi, đánh giá hiệu quả điều trị ung thư cổ tử cung

UT CTC tái phát được định nghĩa là khối u phát triển tại chỗ hoặc xuất hiện di căn xa phát hiện từ 6 tháng trở lên sau khi khối u ban đầu thoái triển hoàn toàn sau điều trị [78]. Trong đánh giá và theo dõi UT CTC tái phát sau điều trị, CLVT và CHT là hai phương pháp chủ yếu được chỉ định và có giá trị chẩn đoán cao. CLVT có lợi thế về thời gian khảo sát nhanh, không bị nhiễu ảnh bởi nhu động ruột [79],[80]. Tuy nhiên, CLVT khó khăn trong phân biệt tổn thương xơ hóa sau xạ trị hay u tái phát [81],[82]. CHT chính xác hơn trong việc phân biệt này.

Mặc dù CHT rất hữu ích để đánh giá UT CTC trong và sau điều trị, song hiện nay trên thế giới không có sự đồng thuận trong việc sử dụng CHT để theo dõi BN sau khi cắt bỏ tử cung triệt căn [71]. CHT chỉ được sử dụng khi BN có dấu hiệu hoặc có triệu chứng LS hoặc ở những BN được điều trị cắt bỏ CTC bảo tồn khả năng sinh sản.

Ở những BN được xạ trị hoặc hóa xạ trị, CHT thường được sử dụng để theo dõi đáp ứng của khối u trong thời gian điều trị, sau điều trị [47],[83] và cả theo dõi đáp ứng với xạ trị hay hóa xạ trị trước phẫu thuật [84].

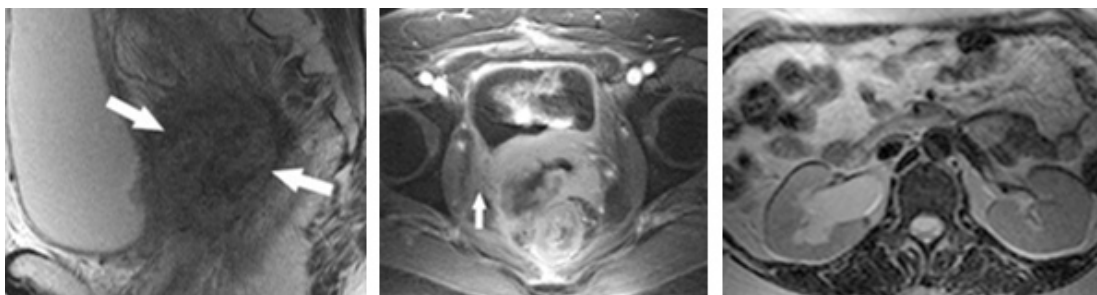
CHT có thể theo dõi phản ứng và phát hiện tái phát tại chỗ hoặc di căn sau phẫu thuật hoặc xạ trị. Tỷ lệ tử vong với các trường hợp điều trị ung thư CTC tái phát là 30% [85]. Trung bình khoảng 2/3 các trường hợp tái phát trong vòng 2 năm đầu sau điều trị, và 90% các trường hợp tái phát sau 5 năm [86]. Một nghiên cứu hồi cứu kết luận rằng 70,4% tái phát xảy ra trong vòng 1 năm sau điều trị [87]. Sau phẫu thuật, tái phát tại chỗ chiếm 27% [88]. Điều trị tia xạ hóa chất phối hợp có tỷ lệ tái phát là 32% [89]. Weber nhận thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của CHT để phát hiện tái phát UT CTC lần lượt là 86% và 94% [90].

Sau phẫu thuật khoét chóp thấy hình ảnh khuyết CTC hoặc CTC có thể bị bóp méo [14]. Sau phẫu thuật cắt tử cung triệt để, âm đạo là đường cấu trúc mô mềm có tín hiệu thấp trên T2WI. Trong một số trường hợp có thể thấy sẹo xơ tại vòm âm đạo, vết sẹo có tín hiệu trung gian đến thấp trên T2WI [79],[91]. Anju nhận thấy sau phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn kèm nạo vét hạch có 27% xuất hiện nang bạch huyết, 13% xuất hiện búi tĩnh mạch vùng chậu, 4% xuất hiện u tái phát [92].

Thay đổi kích thước khối u trên hình ảnh CHT sau điều trị so với hình ảnh chụp trước điều trị là tiêu chuẩn để đánh giá đáp ứng với xạ trị hoặc hóa xạ trị của bệnh nhân UT CTC [67]. Giảm thể tích khối u có thể thấy sớm nhất 2 tháng sau khi điều trị và đó là một tiên lượng tốt. Cần phân biệt giữa tổn thương của tác dụng phụ do xạ trị và tổn thương u, Hricak và cs đã báo cáo rằng nếu thấy xuất hiện tổn thương ở vùng CTC có cấu trúc giải phẫu bình thường và có tín hiệu thấp đồng nhất so với mô CTC trên CHT thì có thể tự tin rằng đó là tổn thương do tác dụng phụ của xạ trị chứ không phải u [67]. Sự khác biệt giữa u tái phát vùng chậu và bức xạ gây ra những thay đổi như xơ hóa có thể là một thách thức chẩn đoán. Một số tác giả cho rằng chụp CHT với chuỗi xung T1 xóa mỡ có tiêm thuốc đối quang từ rất hữu ích trong việc phân biệt quan trọng này với độ chính xác 82-83% [69],[93]. Ngoài ra theo dõi bằng CHT rất hữu ích trong việc phân biệt bệnh tái phát với xơ hóa do bức xạ gây ra bởi vì ở những lần chụp sau tổ chức xơ sẽ vẫn ổn định hoặc giảm dần theo thời gian [94].

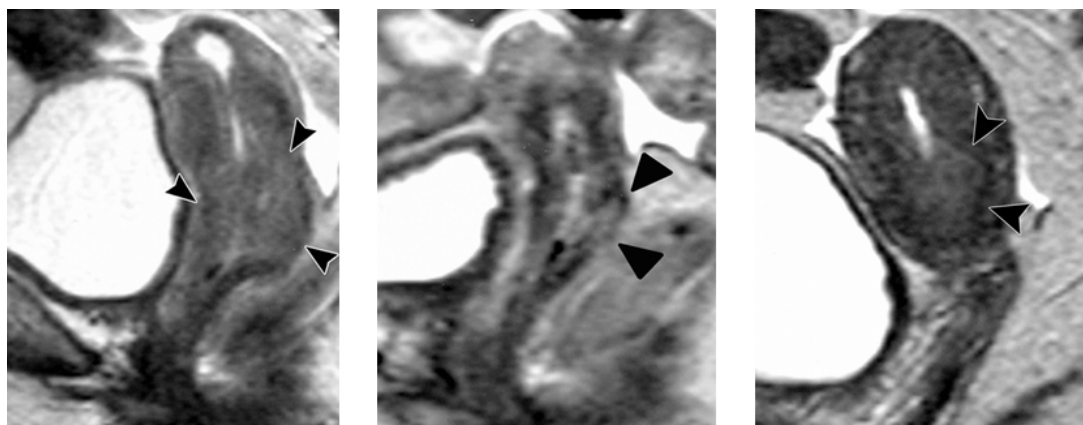
Khối u tái phát sau điều trị có tín hiệu cao không đồng nhất trên T2WI [79],[81]. Sau tiêm thuốc đối quang từ khối u tái phát có mức độ ngấm thuốc khác nhau [69].

Trong đánh giá di căn hạch sau điều trị, độ chính xác của CHT là 76%-100% trong khi của CLVT là 73%-83% [95],[96].



Hình 1.17. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung tái phát sau phẫu thuật. Nguồn Yoshikazu O [72].

Mặc dù để đánh giá hình ảnh phúc mạc, mạc nối, mạc treo thường sử dụng CLVT, nhưng Outwater và Low coi CHT là phương tiện chính xác của phát hiện di căn phúc mạc, đặc biệt hình ảnh T1 xóa mỡ sau tiêm thuốc đối quang từ mà không cần uống thuốc cản quang hay vật liệu tương phản khác [54],[97].



Hình 1.18. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung tái phát sau xạ trị. Nguồn Yoshikazu O [72].

Trong nghiên cứu của mình, Hricak đã chứng minh những trường hợp có sử dụng CHT trong phân loại, theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị UT CTC đã tiết kiệm chi phí hơn so với những trường hợp không sử dụng CHT cho mục đích trên, do CHT hạn chế hoặc loại bỏ sự cần thiết phải làm thêm các xét nghiệm chẩn đoán nội soi hoặc phẫu thuật [17].

Như vậy CHT có vai trò rất hữu ích cho lâm sàng trong việc phát hiện tổn thương tái phát, đánh giá hiệu quả và những biến chứng xảy ra trong quá trình điều trị, từ đó điều chỉnh chiến lược nhằm đạt hiệu quả điều trị tốt nhất.

Sau điều trị, PET/CT cũng được sử dụng để xác định UT CTC còn sót hay tái phát, phát hiện di căn xa và lập kế hoạch xạ trị [98]. Nghiên cứu hồi cứu 76 trường hợp UT CTC tái phát Chung và cs ghi nhận FDG-PET xác định tái phát trong 96,1% trường hợp. Trong số 20 phụ nữ không có triệu chứng lâm sàng sau điều trị UT CTC, PET đã xác định có 17 trường hợp tái phát, trong số đó 40% được điều trị bổ sung, 25% đáp ứng hoàn toàn sau điều trị. Có 16 bệnh nhân có tái phát tại chỗ nhưng không có bằng chứng di căn đã mổ mở. Tỷ lệ sống chung 3 năm của nghiên cứu này là 85,6% [99].

Nghiên cứu hồi cứu nhóm bệnh nhân sau điều trị UT CTC nghi ngờ có tái phát dựa trên cơ sở xét nghiệm huyết thanh kháng nguyên ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC-Ag), Hu YY và cs đã ghi nhận PET/CT phát hiện khối u ác tính ở 100% các bệnh nhân này [100]. Trong phát hiện tái phát của UT CTC PET/CT có độ chính xác là 96,8%. PET/CT đã được chứng minh là có hiệu quả hơn trong đánh giá tái phát và phát hiện các tổn thương hơn các phương thức hình ảnh khác.

Mitra và cs khi nghiên cứu 30 trường hợp theo dõi sau điều trị UT CTC bằng chụp PET/CT đã ghi nhận PET/CT rất hiệu quả trong việc xác định cả tổn thương còn sót hay tái phát và di căn xa. Tất cả các bệnh nhân đã có một sự thay đổi thái độ trong quản lý bệnh dựa trên PET/CT [101]. Scotland khuyến cáo rằng bệnh nhân bị UT CTC sau hóa xạ trị phối hợp nên chụp FDG-PET/CT 9 tháng sau kết thúc điều trị [102].

1.3.4. Chẩn đoán phân biệt ung thư cổ tử cung trên cộng hưởng từ

1.3.4.1. U cơ trơn CTC: là u lành tính thường gặp ở tử cung, khoảng trên 90% nằm ở thân tử cung, chỉ dưới 10% nằm ở CTC [103].

Trên CHT u cơ trơn CTC giảm tín hiệu trên T1WI, tăng, giảm hoặc đồng tín hiệu trên T2WI. Cấu trúc vô hóa trong u cơ trơn CTC trống tín hiệu trên

CHT. Với các khối u xơ tăng sinh mạch sẽ có dấu hiệu trông tín hiệu của dòng chảy và ngấm mạnh sau tiêm thuốc đối quang từ. Với các u có chảy máu thường có tín hiệu của máu tụ qua các GD thoái hóa của hemoglobin.

1.3.4.2. Lạc nội mạc tử cung (adenomyosis): hiếm khi xuất hiện ở CTC [72]. Trên CHT adenomyosis biểu hiện bởi sự dày khu trú hoặc lan tỏa CTC thành một vùng ranh giới không rõ, có cường độ tín hiệu thấp trên T2WI, đôi khi trung tâm có một số nốt tín hiệu cao trên T2WI. Khi có chảy máu trong chu kỳ kinh nguyệt ở đảo nội mạc lạc chỗ này có thể thấy tín hiệu cao trên T1WI.

1.3.4.3. U nang Nabothian: là tổn thương rất hay gặp ở CTC, được hình thành do quá trình điều trị viêm CTC mạn tính. Trong viêm mạn tính, biểu mô vảy tăng sinh, bao gồm các biểu mô trụ của tuyến cổ, sau đó các chất nhầy tiết ra bởi biểu mô trụ (nay được bao phủ bởi biểu mô vảy) còn tồn tại tạo thành u nang [104]. Đường kính mỗi nang có thể từ một vài mm đến 4cm hoặc lớn hơn [104],[105]. U nang Nabothian có tín hiệu trung gian hoặc hơi cao trên T1WI và có cường độ tín hiệu cao nổi bật trên T2WI, không ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm [106].

1.4. Điều trị ung thư cổ tử cung

1.4.1. Điều trị ung thư cổ tử cung xâm lấn

1.4.1.1. Điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn IA1

Với phụ nữ trẻ có nhu cầu sinh con có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật khoét chóp CTC, kiểm tra diện cắt. Nếu không còn ung thư tại diện cắt sẽ tiến hành theo dõi định kỳ. Nếu còn ung thư tại diện cắt có thể phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ và vét hạch chậu hai bên [107].

Với các trường hợp khác: cắt tử cung toàn bộ hoặc cắt tử cung triệt căn cải biên, đồng thời vét hạch chậu hai bên [107].

1.4.1.2. Điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn IA2

- Đối với phụ nữ không còn trẻ, không có nhu cầu sinh con: phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ đơn giản hoặc cắt TC triệt căn cải biên (phẫu thuật Wertheim – típ II) + vét hạch chậu. Nếu xét nghiệm mô bệnh học có di căn hạch chậu: xạ trị tiêu khung sau mổ 50-55Gy [107]. Lựa chọn thay thế: liệu pháp xạ trị áp sát có hoặc không có xạ trị ngoài (tổng liều 75-80 Gy) [107].

- Đối với phụ nữ còn trẻ có nhu cầu sinh con: khoét chóp CTC + vét hạch chậu 2 bên đến khi diện cắt âm tính, theo dõi định kỳ. Nếu còn ung thư tại diện cắt thì cắt TC triệt căn mở rộng + vét hạch chậu. Nếu có di căn hạch chậu: xạ trị hệ hạch chậu [107].

1.4.1.3. Điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn IB - IIA

Phẫu thuật triệt căn: Phẫu thuật cắt TC triệt để và vét hạch chậu (phẫu thuật Wertheim típ III).

Xạ trị bổ sung sau mổ: chỉ định cho các trường hợp sau phẫu thuật có nguy cơ cao như:

- Có di căn hạch: xạ trị hệ thống hạch vùng với tổng liều 50Gy.
- Khi diện cắt còn ung thư hoặc cách tổ chức ung thư dưới 3mm. Xạ trị áp sát mỏm cụt âm đạo với liều bề mặt niêm mạc từ 32-35 Gy phối hợp hoặc không với xạ ngoài với liều 50Gy.
- Có di căn hạch động mạch chủ bụng. Xạ trị hệ thống hạch cạnh động mạch chủ bụng.

Xạ trị hỗ trợ sau mổ có vai trò giảm tái phát tại chỗ nhưng có thể làm gia tăng các biến chứng tại chỗ như: viêm bàng quang, viêm trực tràng chảy máu.

Xạ trị kết hợp phẫu thuật triệt căn

- Nếu kích thước u nhỏ hơn 4cm tiến hành xạ áp sát suất liều thấp (Cs 137) liều tại điểm A 65-70 Gy hoặc xạ áp sát suất liều cao (HDR-Ir192) liều tại điểm A 35-42Gy (7Gy/lần, 5-6 lần) [107].

- Nếu kích thước u từ 4cm trở lên, đầu tiên tiến hành xạ ngoài nhằm thu nhỏ kích thước u, liều toàn khung chậu 20-30Gy, sau đó xạ áp sát, liều tại điểm A với Cs137 là 65-70Gy, với Ir-192 là 35-42Gy [107].

- Phẫu thuật sẽ được tiến hành sau nghỉ xạ 4-6 tuần. Phẫu thuật cắt tử cung mở rộng và vét hạch chậu 2 bên (phẫu thuật Werthiem-Meigs type I hoặc type II: cắt dây chằng rộng phía trong hoặc tới niệu quản).

Nếu sau mổ có di căn hạch chậu: xạ ngoài toàn bộ tiểu khung với tổng liều điểm B đạt 50-55 Gy (che chì vùng giữa tiểu khung). Nếu còn tế bào ung thư tại diện cắt vành âm đạo, đáy dây chằng rộng hoặc CTC còn ung thư: bổ sung xạ áp sát hậu phẫu tại mỏm cụt âm đạo với liều bổ xung 25-30 Gy. Nếu diện cắt và hạch chậu âm tính: theo dõi định kỳ [107]

Xạ trị kết hợp với hóa trị

Có thể được chỉ định hóa xạ trị đồng thời cho người bệnh UT CTC giai đoạn IB2 và IIA2 hoặc giai đoạn IB1 và IA1 có di căn hạch [107].

1.4.1.4. Điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn từ IIB – IIIB

Không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn. Tỷ lệ sống thêm 5 năm cho các bệnh nhân ở giai đoạn này dao động từ 20-60%. Điều trị hóa xạ đồng thời là chỉ định cơ bản giúp cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân.

Xạ trị triệt căn: là sự phối hợp giữa hai kỹ thuật xạ từ ngoài và xạ áp sát (suất liều thấp hoặc suất liều cao).

- *Xạ trị ngoài:* Xạ ngoài với liều 30-40Gy. Sau xạ áp sát có thể tiến hành xạ ngoài bổ sung thêm 20-25Gy, che chì vùng CTC, nâng liều tại khung chậu lên 55-60Gy. Có thể xạ trị hạch chủ bụng liều 40-45Gy [107].

Xạ trị trong: không thể thiếu trong xạ trị triệt căn UT CTC [108],[109]. Nếu u kích thước < 4cm tiến hành xạ áp sát tổng liều tại điểm A 80-90Gy với suất liều thấp (Cs 137) hoặc 65-75Gy với suất liều cao (Ir 192) [107].

Tổng liều xạ vào CTC là 70-85 Gy, vào hạch chậu là 55-60 Gy. Liều ở bàng quang và trực tràng dưới 70 Gy (hay dưới 80% liều tại u). Liều xạ trị cao hơn không tăng kết quả điều trị nhưng sẽ tăng đáng kể các biến chứng [108], [110].

Xạ trị kết hợp hóa trị

- Hóa trị đồng thời: Thường truyền Cisplastin với liều lượng 40mg/m² da, tuần một lần trong 5 tuần. Nên xạ trị sau khi truyền xong trong vòng 2 giờ. Kết hợp xạ trị ngoài và xạ áp sát. Xạ trị ngoài khung chậu 45-50Gy tiếp theo bằng xạ trong 40-50Gy tại điểm A. Trường hợp có di căn hạch cạnh động mạch chủ cần xạ trị vào trường chiếu mở rộng.

- Hóa xạ trị xen kẽ

+ Hóa trị liệu thường dùng các phác đồ có 5FU + Cisplastin

+ Liều lượng

. 5FU 750mg/m² da/ngày 1-4.

. Cisplastin 75mg/m² da ngày 1.

Giữa các đợt nghỉ 21 ngày. Sau hóa trị liệu 3-4 đợt chuyển xạ trị.

- Xạ trị toàn tiểu khung 50Gy, áp sát nâng liều tại điểm A lên 65Gy.

Sau đó cần nhắc truyền thêm 2-3 đợt hóa chất sau xạ trị.

1.4.1.5. Điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn IV

Giai đoạn IVA ung thư xâm lấn bàng quang hoặc trực tràng

- Nếu còn khả năng phẫu thuật: có thể tiến hành phẫu thuật vét đáy chậu trước hoặc phẫu thuật vét đáy chậu sau hoặc phẫu thuật vét đáy chậu toàn bộ. Sau đó kết hợp hóa trị và xạ trị sau mổ.

- Nếu không còn khả năng phẫu thuật: hóa xạ trị kết hợp, liều được xác định trên từng người bệnh cụ thể.

Giai đoạn IVB

Đối với bệnh nhân ở giai đoạn này, cơ hội điều trị triệt căn là không còn. Việc điều trị chủ yếu với mục đích giảm nhẹ như điều trị hóa chất toàn thân. Xạ trị cần được xem xét cho từng BN để kiểm soát bệnh vùng chậu và các triệu chứng khác (chống chèn ép, chống chảy máu, chống đau).

1.4.2. Điều trị ung thư cổ tử cung tái phát

Đối với các trường hợp tái phát tại khung chậu sau phẫu thuật triệt căn, xạ trị phối hợp với cisplastin là một lựa chọn. Phẫu thuật cắt chậu (cắt bỏ bàng quang, trực tràng, âm đạo tử cung/cổ tử cung) và tái tạo các cơ quan được đặt ra trong các trường hợp tái phát tại chỗ sau xạ trị. Phương pháp này cho tỉ lệ sống 5 năm là 32-62% ở các người bệnh chọn lọc. Xạ trị liều cao trong mổ kết hợp với cắt bỏ bàng quang phẫu thuật được một số trung tâm sử dụng cho người bệnh với khối u lan rộng gần thành chậu [107].

Hóa trị cho bệnh tái phát có mục đích giảm nhẹ. Hóa chất toàn thân thường được lựa chọn nhưng tỉ lệ đáp ứng thấp, thời gian đáp ứng ngắn. Cisplastin là đơn chất có hoạt tính cao nhất khi dùng đơn chất với tỉ lệ đáp ứng 20-30% và thời gian sống trung bình 7 tháng. Các phác đồ phối hợp cisplastin với paclitaxel hoặc topotecan cũng cải thiện tỉ lệ sống toàn bộ và thời gian bệnh không tiến triển [107].

1.5. Tình hình nghiên cứu ung thư CTC trên thế giới và trong nước

1.5.1. Nghiên cứu cộng hưởng từ UT CTC trên thế giới

Trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu về CHT chẩn đoán phân loại giai đoạn UT CTC.

Đánh giá kích thước u: nghiên cứu của một số tác giả ghi nhận CHT đánh giá kích thước khối u đạt độ chính xác 93% với sai số 5 mm [17],[53],[55].

Đánh giá xâm lấn âm đạo: nghiên cứu của Sala và cs ghi nhận CHT đánh giá xâm lấn âm đạo có độ chính xác từ 86-93% [8].

Đánh giá xâm lấn dây chằng rộng: theo một số tác giả CHT có độ chính xác 88%-97%, độ đặc hiệu 93% trong phát hiện xâm lấn dây chằng rộng [8],[18], giá trị dự báo âm tính 94% [53].

Nghiên cứu của Sironi và cs cho thấy CHT đánh giá xâm lấn mô cạnh tử cung và dây chằng rộng có độ chính xác 88%, độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 80% [84]. Charis B và cs cho rằng đánh giá xâm lấn dây chằng rộng của UT CTC CHT có độ đặc hiệu 96%-99%, giá trị dự báo âm tính 94%-100% [111]. Sala và cs ghi nhận độ chính xác từ 88%-97% [8].

Trong đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng Rockall và cs cho rằng CHT có giá trị dự báo âm tính 100% [43], Sala và cs ghi nhận CHT có độ chính xác 100% [8].

Đánh giá hạch di căn: các nghiên cứu của Sala và cs, Freeman và cs cũng như của Patel và cs đều ghi nhận độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT và CHT trong phát hiện hạch di căn từ 43%-73% [111],[112],[113]. Charis B và cs cho rằng hạch hoại tử trung tâm có giá trị dự báo dương tính đạt 100% để chẩn đoán hạch di căn [111].

Wei TY và cs ghi nhận trong chẩn đoán di căn hạch chậu CLVT xoắn ốc có độ nhạy là 64,7%, độ đặc hiệu 96,6%, giá trị dự báo dương tính 84,6%, giá trị dự báo âm tính 90,5% và độ chính xác 89,5%, các giá trị tương ứng của CHT là 70,6%, 89,8 %, 66,7%, 91,4% và 85,5% [56].

Di căn xương của UT CTC rất hiếm theo y văn chỉ chiếm tỉ lệ 1,1% [114].

Về phân loại giai đoạn UT CTC: các nghiên cứu của Okamoto và cs, Scheidler và cs cũng như của Ascher và cs đều ghi nhận độ chính xác của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC là 85%-96% [6],[18],[19]. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng ghi nhận trong chẩn đoán giai đoạn UT CTC cộng hưởng từ có độ chính xác từ 75% - 96% [16],[17],[111],[112].

Hricak và cs nghiên cứu 57 trường hợp UT CTC ghi nhận độ chính xác của CHT trong việc xác định vị trí khối u là 91%, xác định kích thước khối u với sai lệch 5 mm đạt độ chính xác 70%. Độ chính xác chung trong phân loại GD là 81% trong đó đánh giá xâm lấn mô cận cổ tử cung và dây chằng rộng có độ chính xác là 88%, xâm lấn âm đạo 95%, xâm lấn thành bên chậu hông 93%, xâm lấn bàng quang 96%. CHT loại trừ chính xác 100% xâm lấn thành chậu, bàng quang, trực tràng, nhưng giá trị dự báo dương tính lần lượt là 75%, 67% và 100%. Tác giả nhận xét rằng CHT có giá trị chẩn đoán chính xác vị trí khối u, kích thước khối u, mức độ xâm lấn mô đệm, xâm lấn tử cung, âm đạo. Nó cũng có giá trị để loại trừ xâm lấn dây chằng rộng, thành chậu, bàng quang, trực tràng [17].

CHT theo dõi điều trị UT CTC: Sironi S và cs nghiên cứu 21 bệnh nhân UT CTC có đường kính trên 3 cm. 13/21 trường hợp có xâm lấn DCR. Tất cả BN đều được chụp CHT trước và sau hóa xạ trị, phẫu thuật cắt tử cung và có kết quả GPB sau mổ. So sánh các dấu hiệu hình ảnh bệnh lý và CHT sau hóa trị liệu cho thấy tất cả các khối u đều giảm kích thước. Kích thước của khối u được xác định chính xác trên CHT trong 17 trường hợp, 4 trường hợp còn lại CHT đánh giá cao hơn. Trong phát hiện xâm lấn DCR sau ĐT, CHT có độ chính xác đến 90,4%. Khối u có cường độ tín hiệu cao trên T2WI, xơ hóa hoại tử sau xạ trị được đặc trưng bởi cường độ tín hiệu thấp trên T2WI. Tổn thương viêm vùng ngoại vi khối u tìm thấy ở 4/21 trường hợp không xác định cụ thể trên hình ảnh MRI. Các tác giả nhận xét rằng ở những BN bị UT CTC xâm lấn, CHT có thể hữu ích trong việc đánh giá đáp ứng của khối u với hóa xạ trị trước phẫu thuật [84].

Năm 2005 Anju và cs nghiên cứu hồi cứu 45 BN phẫu thuật ung thư CTC được chụp CHT đã nhận xét rằng: CHT có một vai trò quan trọng trong việc lựa chọn BN thích hợp cho phẫu thuật CTC. CHT cũng được sử dụng trong theo dõi BN, phát hiện sớm bệnh tái phát để ĐT kịp thời [92].

1.5.2. Tình hình nghiên cứu ung thư cổ tử cung trong nước

Các tác giả Việt Nam đã quan tâm nghiên cứu và đề cập đến một số vấn đề về điều trị và mô bệnh học UT CTC.

Riêng nghiên cứu của Ngô Thị Tính (2011) có sử dụng CHT phối hợp với lâm sàng và kết quả điều trị để đánh giá mức xâm lấn của UT CTC giai đoạn IB-IIA [108]. Nghiên cứu này được thực hiện trên máy CHT 0.3 Tesla đánh giá mức xâm lấn của UT CTC giai đoạn IB - IIB. Trong nghiên cứu này tác giả dừng lại ở đánh giá xâm lấn chung (âm đạo và dây chằng rộng), chưa đánh giá riêng biệt xâm lấn âm đạo và dây chằng rộng cũng như chưa đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông, chưa đánh giá được giá trị của CHT trong phân loại GD cũng như chưa đánh giá được vai trò, giá trị của CHT trong theo dõi điều trị UT CTC.

Ngoài ra còn có bài báo của Lê Tuấn Linh (2009) về vai trò của CHT 1.5 Tesla trong bệnh lý ung thư CTC [73], nội dung bài báo mới dừng lại ở mô tả đặc điểm tín hiệu, đặc điểm ngấm thuốc của UT CTC trên CHT 1.5Tesla, chưa mô tả các đặc điểm kích thước, xâm lấn, di căn cũng như phân loại giai đoạn UT CTC, chưa đánh giá được các giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn cũng như phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị UT CTC.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Gồm 218 bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô cổ tử cung, ở các giai đoạn lâm sàng theo FIGO khác nhau, được điều trị tại bệnh viện K trong thời gian từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 6 năm 2017.

- 218 bệnh nhân được chụp CHT 1.5 Tesla nhất loạt trước điều trị để đánh giá kích thước, mức độ xâm lấn, di căn và phân loại giai đoạn bệnh theo FIGO.

- Được điều trị theo các kế hoạch điều trị khác nhau trong đó:

+ 47 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung và nạo vét hạch chậu.

+ 70 bệnh nhân được xạ trị tiền phẫu: được chụp CHT 1.5T khi kết thúc xạ tiền phẫu và trước phẫu thuật, được phẫu thuật cắt tử cung và nạo vét hạch chậu.

+ 101 bệnh nhân được xạ trị triệt căn hoặc hóa xạ trị triệt căn (không phẫu thuật) được chụp CHT 1.5T theo dõi sau mỗi đợt điều trị đến khi ra viện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn lựa chọn:

- Không phải ung thư biểu mô cổ tử cung

- Không được chụp CHT 1.5 Tesla trước điều trị.

- Bệnh nhân xạ trị hoặc hóa xạ trị không được chụp CHT 1.5 Tesla theo dõi trong quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả có so sánh và theo dõi dọc.

- 218 bệnh nhân UT CTC được chụp CHT 1.5T đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn và phân loại giai đoạn bệnh. Tiến hành phân tích đặc điểm hình ảnh CHT của UT CTC.

- Với nhóm BN phẫu thuật triệt căn: chụp CHT 1.5T trước phẫu thuật, so sánh với kết quả GPB sau PT.

- Với nhóm BN phẫu thuật sau xạ tiền phẫu: chụp CHT 1.5T trước xạ trị, chụp CHT sau khi kết thúc xạ tiền phẫu và trước PT, so sánh kết quả CHT sau xạ trị với trước xạ trị, so sánh kết quả CHT trước PT với kết quả GPB sau PT.

- Với bệnh nhân không phẫu thuật: chụp CHT 1.5T trước điều trị và sau các đợt điều trị, so sánh kết quả trước và sau các đợt điều trị đến khi bệnh nhân ra viện.

2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu

Chúng tôi áp dụng tính số bệnh nhân tối thiểu cần có theo công thức:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot p(1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó: + n là số bệnh nhân tối thiểu cần có.

+ $Z_{1-\alpha/2}$ là trị số phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

+ p: tỷ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn của UT CTC trên CHT. Theo một số nghiên cứu chẩn đoán giai đoạn UT CTC cộng hưởng từ có độ chính xác là 85% - 96% [6],[18],[19], chúng tôi chọn $p = 0,93$.

+ ε : độ chính xác tương đối, chọn bằng 0,05.

Thay số ta có:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,93(1 - 0,93)}{(0,93 \times 0,05)^2} = 116 \text{ bệnh nhân.}$$

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy chụp CHT 1.5T-ECHELON Hitachi (Nhật Bản), máy chụp CHT MAGNETOM Avanto 1.5T, MAGNETOM Essenza 1.5T, MAGNETOM Amira 1.5 T Siemens (Đức) với Coil bề mặt thân (Coil Body).

- Phim cộng hưởng từ tiêu khung (cổ tử cung) của bệnh nhân.
- Bệnh án nghiên cứu.

2.2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu

Thông tin được thu thập qua bệnh án nghiên cứu

2.2.4.1. Lâm sàng

- Khai thác tiền sử, tuổi.
- Lý do vào viện: ra máu bất thường, ra máu sau sinh hoạt tình dục, khí hư, đau vùng hạ vị...

- Tiền sử sản khoa: số lần đẻ, số lần nạo sảy thai.

- Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi khám phát hiện bệnh (tháng).

- Tình trạng toàn thân.

Cùng các bác sĩ chuyên ngành ung thư phụ khoa tiến hành khám tử mĩ và toàn diện trước và sau điều trị bằng quan sát đo qua mỏ vịt dựa vào các mốc giải phẫu, thăm âm đạo và trực tràng đánh giá:

- Vị trí u: thành trước, thành sau, cả thành trước và sau, thể ống CTC.

- Kích thước u: đánh giá kích thước u qua máy soi CTC

- Đánh giá xâm lấn âm đạo: đánh giá mức độ xâm lấn trực tiếp qua khám và quan sát trực tiếp qua mỏ vịt.

- Đánh giá xâm lấn mô cạnh tử cung và dây chằng rộng: đánh giá mô cạnh tử cung và dây chằng rộng dày hay mỏng, rắn hay mềm của qua khám tay.

- Đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông: đánh giá mức độ di động của tử cung so với thành bên chậu hông qua khám tay.

- Đánh giá xâm lấn trực tràng qua khám trực tràng.
- Đánh giá hạch qua sờ các hạch vùng bẹn.
- Phân loại giai đoạn UT CTC dựa trên kết quả khám lâm sàng.

2.2.4.2. Cận lâm sàng

- Kết quả mô bệnh học: ung thư biểu mô vảy, tuyến, loại khác.
- Xét nghiệm SCC-Ag huyết thanh trước điều trị và sau các đợt điều trị.

Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Phẫu thuật lấy toàn bộ tử cung, phần trên âm đạo, dây chằng rộng cùng các mô xung quanh và nạo vét hạch để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Hình ảnh đại thể: đo kích thước đại thể của u theo 3 chiều, lấy kích thước lớn nhất, đánh giá mức độ xâm lấn của u và di căn hạch trong khi PT.

✓ Kỹ thuật cố định bệnh phẩm

Bệnh phẩm được cố định bằng dung dịch formol 10% trong một bình lớn. Hạch được cố định trong lọ nhỏ có đánh số, thời gian 24 giờ.

✓ Phẫu tích bệnh phẩm phẫu thuật

- Bệnh phẩm nghiên cứu gồm: tử cung toàn bộ, vành âm đạo, dây chằng rộng 2 bên, buồng trứng và hạch chậu hai bên.

- Cổ tử cung: toàn bộ CTC được cắt thành nhiều mảnh có chiều dày 3 mm (khoảng 12 – 16 mảnh)

- Thân tử cung: cắt lấy 4 mảnh

- Buồng trứng: mỗi bên 1 mảnh

- Vành âm đạo: lấy toàn bộ (từ 2-3 mảnh)

- Mô cận cổ tử cung và dây chằng rộng: lấy toàn bộ (từ 2-3 mảnh)

- Hạch: sau khi cố định hạch, có thể bóc bỏ mô mỡ xung quanh hạch, đối với những hạch kích thước lớn, pha hạch theo đường giữa rốn hạch lấy thiết diện lớn nhất, đối với những hạch nhỏ chuyển đúc toàn bộ.

- Kỹ thuật làm tiêu bản bằng phương pháp thường qui tại Trung tâm Giải phẫu bệnh-Sinh học phân tử Bệnh viện K.

Hình ảnh vi thể.

- Các tiêu bản được đọc dưới kính hiển vi quang học để phân loại mô bệnh học theo bảng phân loại của WHO 2014.

- Đánh giá có tế bào ung thư hay không ở CTC, thân tử cung, buồng trứng, vành âm đạo, dây chằng rộng.

- Đánh giá tình trạng di căn hạch vùng: có hay không, số lượng hạch di căn.

- Tiêu bản được các bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh của Trung tâm Giải phẫu bệnh – Sinh học phân tử Bệnh viện K thực hiện.

2.2.4.3. Quy trình chụp cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung

❖ **Chỉ định và chống chỉ định**

✓ **Chỉ định**

- Xác định kích thước u CTC
- Đánh giá mức độ xâm lấn âm đạo của UT CTC.
- Đánh giá xâm lấn mô cạnh CTC và dây chằng rộng của UT CTC.
- Đánh giá xâm lấn thành bên khung chậu và/hoặc niệu quản của UT CTC.
- Đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng của UT CTC.
- Đánh giá di căn hạch, gan, xương... của UT CTC.
- Phân loại giai đoạn UT CTC.
- Theo dõi và đánh giá UT CTC trong quá trình điều trị.
- Theo dõi và đánh giá UT CTC sau điều trị.

✓ **Chống chỉ định**

• **Chống chỉ định tuyệt đối**

- Người bệnh mang các thiết bị điện tử như: máy điều hòa nhịp tim, máy chống rung, cấy ghép ốc tai, thiết bị bơm thuốc tự động dưới da, kích thích thần kinh...

- Các kẹp phẫu thuật bằng kim loại nội sọ, hốc mắt, mạch máu < 6 tháng.
- Người bệnh nặng cần có thiết bị hồi sức cạnh người.

- *Chống chỉ định tương đối:*

- Kẹp phẫu thuật bằng kim loại trên 6 tháng.
- Người bệnh sợ bóng tối, sợ bị giam trong buồng kín hay sợ cô độc.

- ❖ ***Chuẩn bị***

- ✓ *Người thực hiện*

- Bác sỹ chuyên khoa CDHA
- Kỹ thuật viên CDHA
- Điều dưỡng

- ✓ *Phương tiện*

- Máy chụp cộng hưởng từ 1.5T với coil bề mặt thân (coil body)
- Phim, máy in phim, hệ thống lưu trữ hình ảnh

- ✓ *Thuốc*

- Thuốc đối quang từ
- Thuốc sát trùng da, niêm mạc
- Thuốc an thần.

- ✓ *Vật tư y tế thông thường*

- Kim luồn chọc tĩnh mạch 18G
- Bơm tiêm 10ml
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, bông, gạc, băng dính vô trùng.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang
- Gel siêu âm

- ✓ *Người bệnh*

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp tốt với thầy thuốc
- Kiểm tra các chống chỉ định

- Hướng dẫn người bệnh thay quần áo của phòng chụp CHT và tháo bỏ các vật dụng chống chỉ định.

- Có giấy yêu cầu (chỉ định) chụp CTC của bác sĩ lâm sàng.

- Người bệnh cần nhịn ăn 4-6 giờ trước khi chụp CHT, nếu cần thiết có thể phải sử dụng thuốc giảm nhu động ruột để tránh nhiễu ảnh [14],[15],[41].

❖ *Các bước tiến hành*

✓ *Đặt người bệnh*

- Người bệnh được nằm ngửa trên bàn chụp, đầu quay về phía thân máy.

- Để tay dọc theo thân mình, lên ngực hoặc phía trên đầu.

- Thụt khoảng 20ml gel siêu âm vào âm đạo [65],[73],[115],[116].

- Sử dụng coil body.

- Lựa chọn và định vị cuộn thu tín hiệu.

- Di chuyển bàn chụp vào vùng từ trường của máy và định vị vùng chụp.

✓ *Kỹ thuật*

+ Chụp định vị theo 3 hướng, thời gian dưới 25 giây.

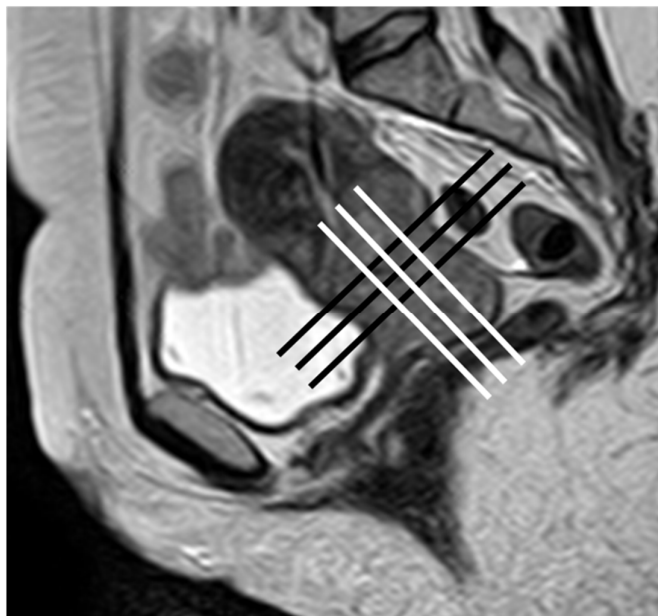
+ Trước tiêm thuốc đối quang từ

- Chuỗi xung 1: T2 cắt đứng dọc (sagittal) theo trục CTC (SPAIR: $Ti = 80-120$), độ dày lát cắt 3mm, khoảng cách giữa các lát cắt bằng 10% độ dày lát cắt (0,3mm hoặc hệ số 1,0-1,1).

- Chuỗi xung 2: T2 cắt chéo ngang (axial oblique) so với trục cơ thể qua vùng tiểu khung sao cho đạt được hướng ngang (axial) theo trục CTC, độ dày lát cắt 3mm, khoảng cách giữa các lát cắt bằng 10% độ dày lát cắt (0,3mm hoặc hệ số 1,0-1,1).

- Chuỗi xung 3: T2 xóa mỡ cắt đứng dọc (sagittal) theo trục CTC, giống như chuỗi xung 1.

- Chuỗi xung 4: T2 xóa mỡ cắt chéo ngang (axial oblique) so với trục cơ thể qua vùng tiểu khung sao cho đạt được hướng ngang (axial) theo trục CTC, giống như chuỗi xung 2.



Hình 2.1. Hướng cắt ngang (các vạch đen) và đứng ngang (các vạch trắng) qua trục cổ tử cung. Nguồn Sidath HL [24]

- Chuỗi xung 5: T1 cắt chéo đứng ngang (coronal oblique) so với trục cơ thể qua vùng tiểu khung sao cho đạt được hướng đứng ngang (coronal) theo trục CTC, bề dày lát cắt 3mm, khoảng cách giữa các lát cắt bằng 10% độ dày lát cắt (0,3mm hoặc hệ số 1,0-1,1).

- Chuỗi xung 6: chuỗi xung Diffusion với giá trị B800 s/mm² hoặc B1000 s/mm² hướng chéo ngang (axial oblique) so với trục cơ thể qua vùng tiểu khung sao cho đạt được hướng ngang (axial) so với trục CTC. Bề dày lớp cắt 4mm, bước nhảy bằng 0-10% bề dày lớp cắt (0,4mm hoặc tỷ lệ 1,0-1,1) [15],[117].

+ Sau tiêm thuốc đối quang từ

- Tiến hành tiêm thuốc đối quang từ với liều 0,1mmol gadolinium/kg cân nặng, tốc độ 2ml/giây và cắt 3 hướng.

- Chuỗi xung 7: T1 xóa mỡ đứng dọc theo trục CTC, giống như chuỗi xung 1 và 3.

- Chuỗi xung 8: T1 xóa mỡ cắt ngang theo trục CTC, giống như chuỗi xung 2 và 4.

- Chuỗi xung 9: T1 xóa mỡ cắt đứng ngang theo trục CTC, giống như chuỗi xung 5 [15],[117].

- Kỹ thuật viên in phim, chuyển hình ảnh sang trạm làm việc của bác sĩ.

- Bác sĩ phân tích hình ảnh, đánh giá mức độ ngấm thuốc và chẩn đoán.

✓ *Chú ý*

- Có thể sử dụng thuốc giảm co bóp đường tĩnh mạch làm giảm nhu động ruột.

- Có thể buộc dây bảo hiểm ngang bụng để hạn chế chuyển động do hô hấp.

- Nhắc người bệnh thở bằng lồng ngực.

❖ ***Nhận định kết quả***

- Thấy rõ các cấu trúc giải phẫu trong khung chậu.

- Phát hiện được u CTC (nếu có).

- Đánh giá mức độ ngấm thuốc của khối u CTC.

- Đánh giá được mức độ xâm lấn và di căn của u CTC.

❖ ***Tai biến và xử trí***

- Sợ hãi, kích động: động viên, an ủi người bệnh.

- Quá lo lắng, sợ hãi: có thể cho thuốc an thần với sự theo dõi của bác sĩ gây mê.

- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang: xử lý theo “Quy trình chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang”.

2.3. Định nghĩa các biến số nghiên cứu

2.3.1. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số xác định bởi CHT

- Kích thước u: đo kích thước 3 chiều, lấy kích thước lớn nhất trên ảnh T2W [15].

- **Xâm lấn âm đạo:** tiêu chuẩn đánh giá là tín hiệu u lan xuống túi bịt âm đạo và thành bên âm đạo đoạn 2/3 trên hay đến 1/3 dưới.

- **Xâm lấn mô cạnh CTC và dây chằng rộng:** tiêu chuẩn đánh giá là u vượt qua ranh giới CTC xâm lấn tổ chức mô mềm quanh CTC và dây chằng rộng. Biểu hiện xâm lấn là hình thâm nhiễm của mô u vào tổ chức phần mềm quanh CTC và dây chằng rộng.

- **Xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản:** tiêu chuẩn đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông là u lan tới tổ chức phần mềm thành bên chậu hông, tới các cơ thành chậu. Tiêu chuẩn đánh giá xâm lấn niệu quản: hình ảnh trực tiếp là tổ chức mô u xâm lấn niệu quản đoạn nằm trong dây chằng rộng, hình ảnh gián tiếp là giãn niệu quản phía trên chỗ xâm lấn.

- **Xâm lấn bàng quang:** tiêu chuẩn đánh giá xâm lấn thành bàng quang là hình ảnh u lan qua mô đệm giữa CTC và bàng quang gây dày khu trú thành bàng quang tại vị trí xâm lấn.

- **Xâm lấn trực tràng:** tiêu chuẩn đánh giá xâm lấn trực tràng là hình ảnh khối u lan qua tổ chức phần mềm giữa CTC và trực tràng gây dày khu trú thành trực tràng.

- **Di căn hạch:** tiêu chuẩn đánh giá hạch di căn là đường kính trục ngang > 10mm, ngoài ra còn có thể thấy hạch di căn tăng tín hiệu trên ảnh T2W xóa mỡ và Diffusion (b800-1000).

- **Di căn xương:** tiêu chuẩn đánh giá di căn xương là tổn thương dạng nốt hay khối tăng tín hiệu trên ảnh T2FS và DWI, giảm tín hiệu trên T1WI, ngấm thuốc đối quang từ mạnh sau tiêm.

2.3.2. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số xác định bởi khám LS

+ Kích thước u: đo kích thước u qua máy soi CTC, lấy kích thước lớn nhất.

+ **Xâm lấn âm đạo:** đánh giá mức độ xâm lấn trực tiếp qua khám và quan sát trực tiếp qua mỏ vịt.

+ Xâm lấn mô cạnh tử cung và dây chằng rộng: tiêu chuẩn xâm lấn mô cạnh tử cung và dây chằng rộng của khám lâm sàng là sờ thấy mô cạnh tử cung và dây chằng rộng dày và mất độ mềm mại. Có thể ở một hoặc hai bên tùy thuộc vào xâm lấn mô cạnh tử cung và dây chằng rộng một hay hai bên.

+ Xâm lấn thành bên chậu hông: tiêu chuẩn xâm lấn thành bên chậu hông của khám LS là tử cung di động kém hoặc không di động so với thành bên chậu hông khi khám. Có thể ở một hay hai bên tùy thuộc xâm lấn thành bên chậu hông một hay hai bên.

+ Đánh giá xâm lấn trực tràng qua khám trực tràng.

+ Đánh giá hạch qua sờ các hạch vùng bẹn.

2.3.3. Phân chia các đợt điều trị ung thư cổ tử cung (xạ trị, hóa xạ trị)

Đợt điều trị thứ nhất được xác định như sau:

✓ Đối với BN hóa xạ trị: được chụp CHT sau khi kết thúc liệu ĐT bao gồm Cisplatin truyền tĩnh mạch với liều 40mg/m² da/tuần x 5 tuần, phối hợp đồng thời với xạ ngoài với phân liều tia xạ 1,8-2Gy/ngày x 5 ngày/tuần. Thời gian cho một đợt ĐT từ 8-10 tuần tùy GD.

✓ Đối với BN xạ tiền phẫu: được chụp CHT sau xạ tiền phẫu kết hợp giữa xạ ngoài với xạ áp sát tại CTC, tổng liều tại điểm A từ 60-65 Gy. Thời gian cho một đợt ĐT từ 4 đến 6 tuần tùy GD. Sau 3 - 4 tuần BN sẽ được PT Werthiem-Meigs.

✓ Đối với BN xạ triệt căn được chụp CHT sau xạ ngoài và xạ áp sát tại CTC, tổng liều tại điểm A từ 65-75 Gy. Thời gian cho một đợt ĐT từ 5-7 tuần tùy GD.

Đợt điều trị thứ hai được xác định như sau:

✓ Đối với BN hóa xạ trị: xạ áp sát tại CTC, tổng liều tại điểm A từ 60-65 Gy. Thời gian cho một đợt ĐT từ 4 đến 6 tuần tùy thuộc vào chuyên GD sau đợt điều trị thứ nhất.

✓ Đối với BN xạ tiền phẫu, xạ trị triệt căn: tùy thuộc vào mức độ chuyển GD của khối u sau đợt DT thứ nhất có thể xạ bổ trợ, hóa chất bổ trợ hoặc tia xạ - hóa chất bổ trợ. Liều lượng và thời gian điều trị (2 đến 4 tuần) tùy thuộc vào mức độ chuyển GD sau đợt điều trị thứ nhất.

Đợt DT thứ 3, thứ tư (nếu có) có thể là xạ bổ trợ, hóa chất bổ trợ hoặc tia xạ - hóa chất bổ trợ. Liều lượng và thời gian điều trị tùy thuộc vào mức độ đáp ứng hoặc chuyển GD của khối u sau đợt DT thứ hai, thứ ba...

2.3.4. Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng cho khối u đặc (RECIST)

- Đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT): biến mất tất cả các tổn thương.
- Đáp ứng một phần (ĐUMP): giảm từ 30% trở lên tổng đường kính lớn nhất tất cả các tổn thương.
- Đáp ứng kém: giảm <30% hoặc tăng <20% tổng đường kính lớn nhất các tổn thương.
- Bệnh tiến triển: tăng $\geq 20\%$ tổng đường kính lớn nhất các tổn thương hoặc xuất hiện tổn thương mới [118].

2.4. Các biến số nghiên cứu

2.4.1. Đặc điểm chung

- Tuổi BN được chia theo 4 nhóm: ≤ 40 , >40-50, >50-60 và >60 tuổi.
- Lí do vào viện: ra máu âm đạo tự nhiên, ra máu sau quan hệ tình dục, khí hư, khám sàng lọc, đau hạ vị.
- Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng ban đầu đến khi khám bệnh: ≤ 3 tháng, 3 – 6 tháng, ≥ 6 tháng.
- Xét nghiệm tế bào: có xét nghiệm tế bào (dương tính, âm tính), không có xét nghiệm tế bào.
- Kết quả mô bệnh học: UTBM vẩy, UTBM tuyến, loại khác.
- Tương quan giữa MBH (vẩy/không vẩy) với nồng độ SCC-Ag ($\leq 2\text{ng/ml}$ / $> 2\text{ng/ml}$).

2.4.2. Mục tiêu 1: đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ 1.5 Tesla của ung thư cổ tử cung

- + Đặc điểm chung:
 - Ranh giới u: rõ, không rõ.
 - Vị trí u: thành trước, thành sau, cả thành trước và thành sau, ống CTC, không xác định.
 - Tụ dịch buồng tử cung: có, không.
- + Đặc điểm tín hiệu:
 - Chuỗi xung T1W: đồng tín hiệu, tăng tín hiệu, giảm tín hiệu.
 - Chuỗi xung T2W: đồng tín hiệu, tăng tín hiệu, giảm tín hiệu.
 - Chuỗi xung khuếch tán DW (b800-b1000): không thay đổi khuếch tán (đồng tín hiệu), giảm khuếch tán (tăng tín hiệu), tăng khuếch tán (giảm tín hiệu).
- + Đặc điểm và tính chất ngấm thuốc đối quang từ.
 - Đặc điểm ngấm thuốc: kém cơ TC, ngang cơ TC, hơn cơ TC.
 - Tính chất ngấm thuốc: đồng nhất, không đồng nhất.
- + Đặc điểm kích thước u CTC: $\leq 7\text{mm}$, $> 7\text{mm} \rightarrow 40\text{mm}$ và $> 40\text{mm}$.
- + Đặc điểm xâm lấn, di căn UT CTC:
 - Xâm lấn âm đạo: không xâm lấn, xâm lấn đến 2/3 trên, xâm lấn đến 1/3 dưới.
 - Xâm lấn DCR: có xâm lấn, không xâm lấn.
 - Xâm lấn thành bên chậu hông: có xâm lấn, không xâm lấn.
 - Xâm lấn bàng quang: có xâm lấn, không xâm lấn.
 - Xâm lấn trực tràng: có xâm lấn, không xâm lấn.
 - Di căn hạch chậu: có di căn hạch, không di căn hạch.
 - Di căn hạch ổ bụng: có di căn hạch, không di căn hạch.
- + Liên quan giữa phân loại giai đoạn bệnh với ranh giới u (giai đoạn: IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IVA, IVB. Ranh giới: rõ, không rõ).

+ Liên quan giữa phân loại giai đoạn bệnh với kế hoạch điều trị. Giai đoạn: IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IVA, IVB. Kế hoạch điều trị: PT/PT-TX, TX-PT/TXHC-PT, TXHC/KoPT).

2.4.3. Mục tiêu 2: Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong phân loại giai đoạn theo FIGO và theo dõi điều trị UT CTC

- Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá KT u CTC. Kích thước u GPB: $\leq 7\text{mm}$, $> 7\text{ mm} \rightarrow 40\text{mm}$, $> 40\text{mm}$. CHT: đúng KT, sai KT.

- Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn âm đạo. CHT: có xâm lấn, không xâm lấn; GPB: dương tính, âm tính.

- Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn DCR. CHT: có xâm lấn, không xâm lấn; GPB: dương tính, âm tính.

- Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông. CHT: có xâm lấn, không xâm lấn; GPB: dương tính, âm tính.

- Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá hạch di căn. CHT: có di căn hạch, không di căn hạch; GPB: dương tính, âm tính.

- Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong phân loại giai đoạn UT CTC. GPB: giai đoạn 0, IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB. CHT: đúng GĐ, sai GĐ.

- Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong theo dõi điều trị UT CTC. Giai đoạn trước điều trị: 0, IA, IB, IIA, IIB, IIA, IIIB, IVA, IVB; giai đoạn sau điều trị: 0*, IA*, IB*, IIA*, IIB*, IIIA*, IIIB*, IVA*, IVB*.

- Tương quan đánh giá đáp ứng điều trị của khối u CTC theo RECIST và chuyển giai đoạn theo FIGO. RECIST: đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, đáp ứng kém. Chuyển giai đoạn theo FIGO: 0*, IA*, IB*, IIA*, IIB*, IIIA*, IIIB*, IVA*, IVB*.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu được mã hóa, nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến số định tính được tính theo tỉ lệ %.

- Các biến số định lượng được tính giá trị trung bình, độ lệch...

- Các giá trị: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính và âm tính được tính theo bảng 2x2.

GPB \ CHT	Bệnh	Không bệnh	Tổng
Dương tính	a	b	a + b
Âm tính	c	d	c + d
Tổng	a + c	b + d	a + b + c + d

- Độ nhạy: $Se = a/(a+c)$

- Độ đặc hiệu: $Sp = d/(b+d)$

- Độ chính xác: $Acc = (a+d)/(a+b+c+d)$.

- Giá trị dự báo dương tính: $PPV = a/(a+b)$

- Giá trị dự báo âm tính: $NPV = d/(c+d)$

Trong đó: a: dương tính thật.

b: dương tính giả.

c: âm tính giả.

d: âm tính thật.

- Mối liên quan giữa các biến phụ thuộc và biến độc lập được kiểm định bằng kỹ thuật kiểm định giả thuyết, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Đánh giá sự tương hợp giữa 2 phương pháp chẩn đoán dùng chỉ số Kappa. Theo Altman [119], phân độ mạnh của tương hợp như sau:

Chỉ số Kappa	Độ mạnh
< 0,20	kém
0,21 – 0,40	trung bình
0,41 – 0,60	khá
0,61 – 0,80	tốt
0,81 – 1,00	rất tốt

- Đánh giá mức độ tương quan chặt chẽ giữa 2 biến định tính (thứ bậc) bằng hệ số Cramer (Φ_c). Hệ số Φ_c nhận các giá trị từ 0 đến 1, Φ_c càng tiến tới 1 thì hai biến thứ bậc có tương quan càng chặt chẽ.

2.6. Hạn chế sai số trong nghiên cứu

Một số biện pháp đã được sử dụng nhằm hạn chế các sai số trong quá trình nghiên cứu như:

- Kỹ thuật chụp CHT 1.5T đảm bảo đúng quy trình.
- Phim chụp được phân tích và đọc kết quả bởi nghiên cứu sinh phối hợp với Thầy hướng dẫn và các chuyên gia Chẩn đoán hình ảnh của Bệnh viện K, Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Bạch Mai.
- Kỹ thuật xét nghiệm mô bệnh học và điều trị đều được chuẩn hóa và thực hiện tại Bệnh viện K.
- Phương pháp và kỹ thuật PT đều do một phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện.
- Khám lâm sàng và lập kế hoạch xạ trị, hóa xạ trị đều do một bác sĩ chuyên ngành xạ trị phụ khoa và một bác sĩ chuyên ngành hóa trị phụ khoa có kinh nghiệm lâu năm thực hiện
- Thu thập và xử lý số liệu được thực hiện trên phần mềm SPSS 20.0 do nghiên cứu sinh thực hiện 2 lần riêng biệt. Việc xử lý và phân tích số liệu cũng được tiến hành một cách khoa học, chính xác để tránh sai số trong quá trình tính toán.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

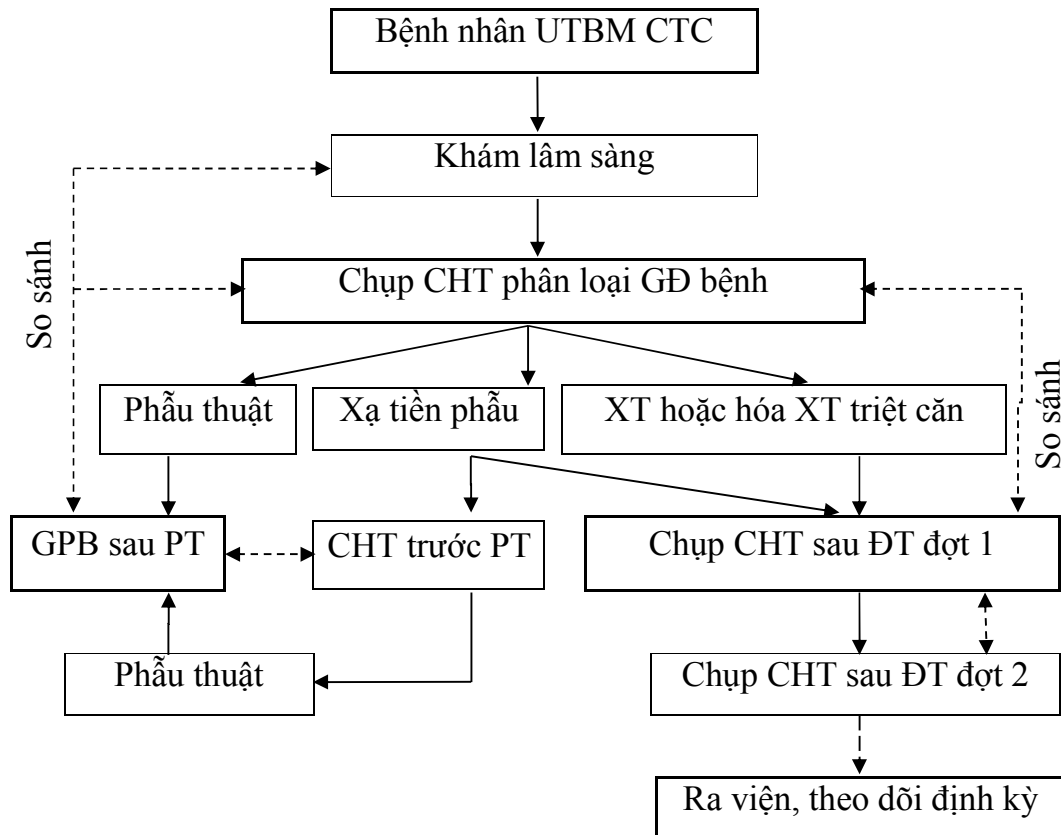
- Chụp CHT là phương pháp thăm khám không xâm lấn, không độc hại, không ảnh hưởng tới sức khỏe của bệnh nhân.

- Quá trình thăm khám lâm sàng và thu thập thông tin được tiến hành cẩn thận, kín đáo và tế nhị nhằm đảm bảo thu thập được những thông tin trung thực, khách quan và đảm bảo tính riêng tư của bệnh nhân.

- Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được mã hóa, nhập vào máy tính và được giữ bí mật.

- Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu sinh của Trường đại học Y Hà Nội xét duyệt và thông qua, được Hội đồng Khoa học Bệnh viện K cho phép tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện K nhằm đảm bảo tính khoa học và tính khả thi của đề tài.

2.8. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu



Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân ung thư cổ tử cung theo độ tuổi và phương pháp điều trị (phẫu thuật/ không phẫu thuật)

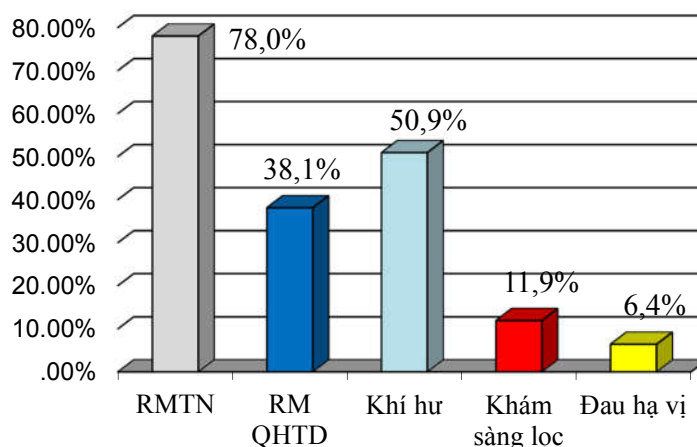
Phân loại tuổi	Phẫu thuật		Không phẫu thuật		Toàn bộ	
	n	%	n	%	n	%
≤ 40	33	28,2	11	10,9	44	20,2
> 40-50	47	40,2	16	15,8	63	28,9
> 50-60	25	21,4	52	51,5	77	35,3
> 60	12	10,2	22	21,8	34	15,6
Tổng	117	100,0	101	100,0	218	100,0

Nhận xét: - Với 218 BN được nghiên cứu, tuổi thấp nhất 25, cao nhất 81, trung bình $50,1 \pm 10,5$. Độ tuổi 40-60 chiếm tỉ lệ cao nhất (64,2%).

Nhóm bệnh nhân PT: tuổi thấp nhất 25, cao nhất 71, trung bình $46,5 \pm 9,9$. Độ tuổi trên 40 đến 50 chiếm tỉ lệ cao nhất (40,2%).

Nhóm bệnh nhân không PT: tuổi thấp nhất 31, tuổi cao nhất 81, trung bình $54,2 \pm 9,7$. Độ tuổi trên 50 đến 60 chiếm tỉ lệ cao nhất (51,5%).

3.1.2. Lý do vào viện

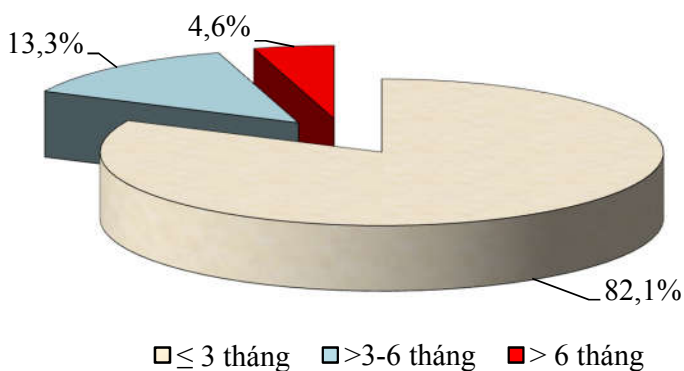


Biểu đồ 3.1. Lý do vào viện

Ghi chú: có thể có hơn 1 dấu hiệu trên cùng một bệnh nhân

Nhận xét: ra máu tự nhiên (RMTN) chiếm tỉ lệ cao nhất (78,0%), tiếp đó là ra khí hư âm đạo (50,9%), ra máu sau quan hệ tình dục (RM QHTD) chiếm tỉ lệ 38,1%. Tỉ lệ khám sàng lọc phát hiện ra UT CTC chỉ chiếm 11,9%.

3.1.3. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi khám phát hiện bệnh



Biểu đồ 3.2: Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi khám bệnh

Nhận xét: thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi khám phát hiện bệnh trung bình $2,26 \pm 2,09$ tháng. Bệnh nhân đến khám bệnh khi có triệu chứng bất thường từ 3 tháng trở xuống chiếm tỉ lệ cao nhất 82,1%, trên 6 tháng chiếm 4,6%.

3.1.4. Kết quả tế bào học và mô bệnh học

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo kết quả xét nghiệm tế bào

		n	%	
			Có XNTB	Chung
Có xét nghiệm tế bào	Dương tính	58	68,2	12,4
	Âm tính	27	31,8	26,6
	Tổng	85	100,0	39,0
Không xét nghiệm tế bào		133		61,0
Tổng số		218		100,0

Nhận xét: 85 trường hợp có XNTB trước khi xét nghiệm MBH, chỉ có 58 trường hợp cho kết quả dương tính chiếm 68,2%.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo kết quả mô bệnh học

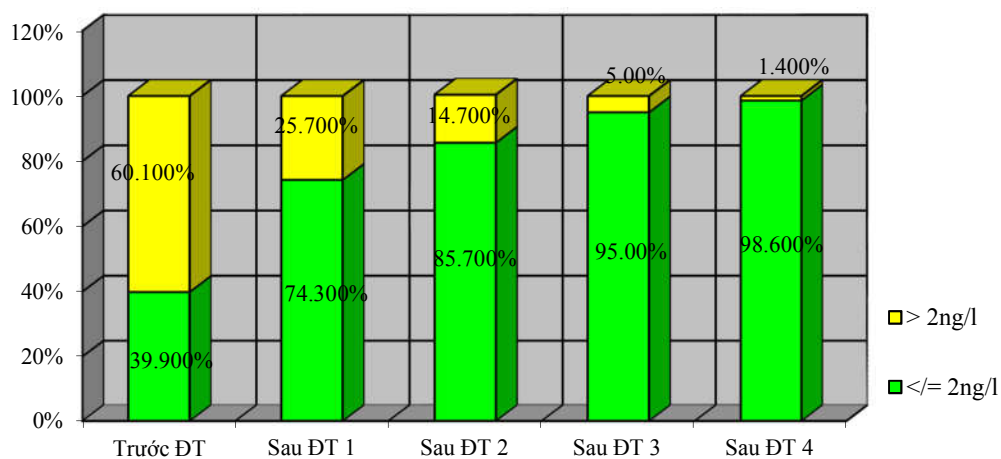
Kết quả MBH	n	%
UTBM vẩy	168	77,1
UTBM tuyến	34	15,6
Loại khác	16	7,3
Tổng	218	100,0

Nhận xét: UTBM vẩy chiếm tỉ lệ cao nhất (77,1%), sau đó đến UTBM tuyến chiếm 15,6%, các loại khác bao gồm UTBM tuyến vẩy (n = 12), thần kinh nội tiết (n = 4) chiếm tỉ lệ 7,3% (p < 0,01).

Bảng 3.4. Tương quan giữa UTBM vẩy hay không vẩy với nồng độ SCC-Ag huyết thanh trước điều trị

GPB \ SCC-Ag	≤ 2 ng/ml		> 2 ng/ml		Tổng	
	n	%	n	%	n	n%
Vẩy	47	54,0	121	92,4	168	77,1
Không vẩy	40	46,0	10	7,6	50	22,9
Tổng	87	100,0	131	100,0	218	100,0

Nhận xét: bệnh nhân UTBM vẩy có nồng độ SCC-Ag huyết thanh trên 2ng/ml chiếm tỉ lệ 92,4%. UTBM không vẩy có SCC-Ag huyết thanh trên 2ng/ml chiếm tỉ lệ 7,6% ($p < 0,01$).



Biểu đồ 3.3: Thay đổi nồng độ SCC-Ag huyết thanh sau các đợt điều trị

Nhận xét: nồng độ SCC-Ag > 2ng/ml giảm dần theo các đợt điều trị.

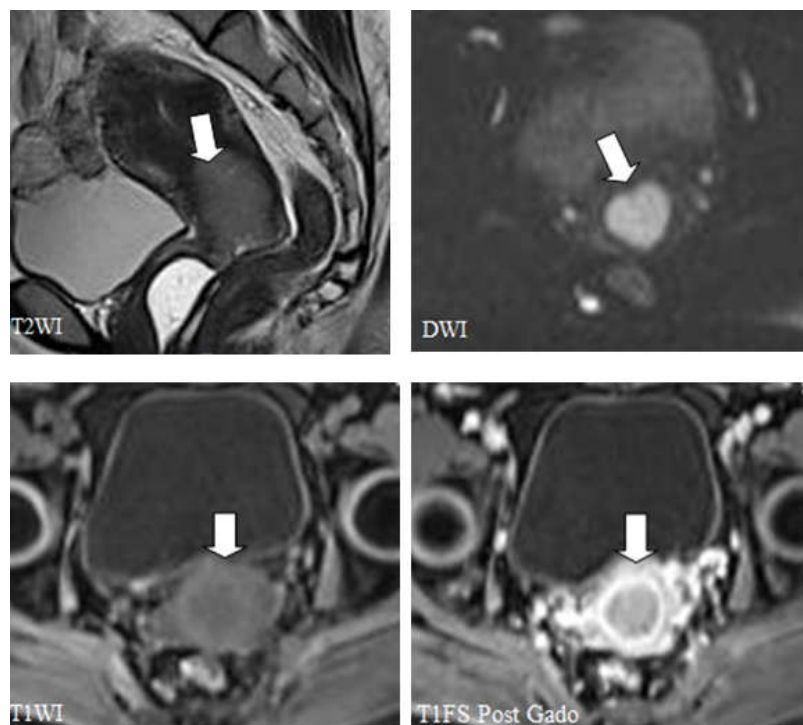
3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ 1.5Tesla của ung thư cổ tử cung

3.2.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.5. Đặc điểm chung ung thư cổ tử cung trên cộng hưởng từ

Đặc điểm		n	%
Ranh giới u	Không rõ	132	60,6
	Rõ	86	39,4
Tổng số		218	100,0
Vị trí u	Thành trước	34	15,6
	Thành sau	30	13,8
	Cả trước và sau	136	62,3
	Ống cổ tử cung	10	4,6
	Không xác định	8	3,7
Tổng số		218	100,0
Tụ dịch buồng tử cung	Có	40	18,3
	Không	178	81,7
Tổng số		218	100,0

- Nhận xét: - 132 khối u không rõ ranh giới chiếm tỉ lệ 60,6%
- 136 khối u khu trú ở cả thành trước và sau chiếm tỉ lệ 62,3%
 - 8 khối u không thấy hình ảnh trên CHT (GD 0 hoặc IA1) do đó không xác định được vị trí khối u (chiếm 3,7%).
 - Tụ dịch trong buồng tử cung có 40 trường hợp chiếm tỉ lệ 18,3%.



Hình 3.1: Hình ảnh UT CTC giai đoạn IIA khu trú cả thành trước và sau tử cung, tăng tín hiệu trên T2WI, đồng tín hiệu trên T1WI, giảm khuếch tán trên DWI, ngấm thuốc đối quang từ kém, đồng nhất trên T1FS. Nguyễn Thị D. 51 tuổi, số BA: 16101696.

3.2.2. Đặc điểm tín hiệu

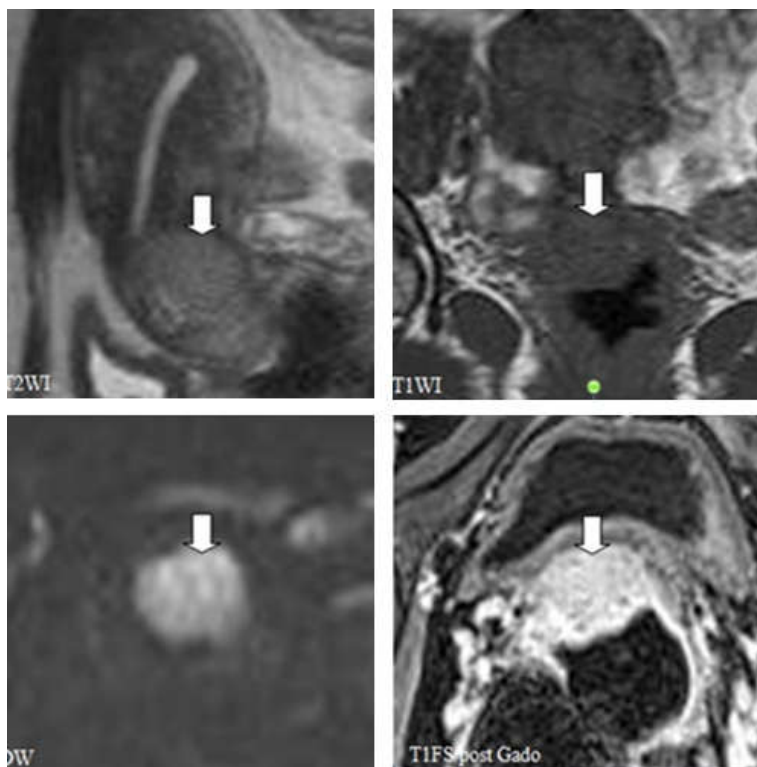
Bảng 3.6. Đặc điểm tín hiệu UT CTC trên CHT 1.5Tesla

Chuỗi xung	Giảm tín hiệu		Đồng tín hiệu		Tăng tín hiệu		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
T1W	13	6,0	201	92,2	4	1,8	218	100,0
T2W	2	0,9	10	4,6	206	94,5	218	100,0
DW			38	17,4	180	82,6	218	100,0

Nhận xét:

- Trên T1WI có 201 khối u đồng tín hiệu với mô CTC lành chiếm 92,2%.
- Trên T2WI có 206 khối u tăng tín hiệu với mô CTC lành chiếm 94,5%.

- Trên xung khuếch tán (b800-b1000) có 180 khối u tăng tín hiệu (giảm khuếch tán) so với mô CTC lành chiếm tỉ lệ 82,6%.



Hình 3.2. Hình ảnh UT CTC giai đoạn IIA: Tăng tín hiệu trên T2WI, đồng tín hiệu trên T1WI, giảm khuếch tán (tăng tín hiệu) trên DWI (b800), ngấm thuốc đối quang từ mạnh đồng nhất trên T1 xóa mỡ. Vũ Thị N. 43t.

Số BA: 15101244.

3.2.3. Đặc điểm và tính chất ngấm thuốc đối quang từ

Bảng 3.7. Đặc điểm và tính chất ngấm thuốc đối quang từ của UT CTC so với cơ tử cung

Đặc điểm Tính chất	Kém cơ TC		Ngang cơ TC		Hơn cơ TC		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đồng nhất	92	51,4	19	67,9	11	100,0	122	56,0
Ko đồng nhất	87	48,6	9	32,1	0	0,0	96	44,0
Tổng	179	100,0	28	100,0	11	100,0	218	100,0

Nhận xét: $p = 0,003 < 0,01$

- 179 khối u ngấm thuốc đối quang từ kém cơ TC chiếm tỉ lệ 82,1%.
- 122 khối u ngấm thuốc đối quang từ đồng nhất chiếm tỉ lệ 56,0%.

3.2.4. Đặc điểm kích thước ung thư cổ tử cung

Bảng 3.8. Phân loại kích thước u cổ tử cung trên cộng hưởng từ

Kích thước u	n	%
< 7mm	18	8,3
> 7mm → 40mm	104	47,7
> 40mm	96	44,0
Tổng	218	100,0

Nhận xét: Kích thước nhỏ nhất 5mm, lớn nhất 97mm, trung bình $36,9 \pm 18,6$ mm. Khối u có kích thước từ 7mm đến 40mm chiếm tỷ lệ cao nhất 47,7% ($p < 0,01$).

3.2.5. Đặc điểm xâm lấn, di căn của ung thư cổ tử cung

Bảng 3.9. Xâm lấn âm đạo của UT CTC trên cộng hưởng từ

Xâm lấn âm đạo	n	%
Không xâm lấn	83	38,1
Xâm lấn đến 2/3 trên	126	57,8
Xâm lấn đến 1/3 dưới	9	4,1
Tổng	218	100,0

Nhận xét: Xâm lấn 2/3 trên âm đạo chiếm tỉ lệ cao nhất (57,8%), chỉ có 9 trường hợp xâm lấn đến 1/3 dưới chiếm tỉ lệ 4,1%.

Bảng 3.10. Xâm lấn các tổ chức lân cận cổ tử cung, di căn hạch

Cơ quan bị xâm lấn, di căn		n	%
Dây chằng rộng	Có xâm lấn	105	48,2
	Không xâm lấn	113	51,8
Tổng số		218	100,0
Thành bên chậu hông	Có xâm lấn	23	10,6
	Không xâm lấn	195	89,4
Tổng		218	100,0
Bàng quang	Có xâm lấn	9	4,1
	Không xâm lấn	209	95,9
Tổng		218	100,0
Trực tràng	Có xâm lấn	2	0,9
	Không xâm lấn	216	99,1
Tổng		218	100,0
Di căn hạch chậu	Có di căn hạch	97	44,5
	Không di căn hạch	121	55,5
Tổng		218	100,0
Di căn hạch ổ bụng	Có di căn hạch	3	1,4
	Không di căn hạch	215	98,6
Tổng		218	100,0

Nhận xét: cộng hưởng từ xác định được:

- 105 khối u CTC có xâm lấn dây chằng rộng chiếm tỉ lệ 48,2%.
- 23 khối u CTC có xâm lấn thành bên chậu hông chiếm tỉ lệ 10,6%.
- 9 khối u CTC xâm lấn bàng quang (4,1%) và 2 trường hợp xâm lấn trực tràng (0,9%).
- 97 trường hợp có di căn hạch chậu chiếm 44,5%.
- 3 trường hợp có di căn hạch ổ bụng chiếm 1,4%

3.2.6. Liên quan giữa giai đoạn bệnh với ranh giới u

Bảng 3.11. Liên quan giữa giai đoạn bệnh với ranh giới u

Ranh giới u GD bệnh	Không rõ		Rõ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
0	7	5,3			7	3,2
IA	4	3,0	6	7,0	10	4,6
IB	11	8,3	47	54,7	58	26,6
IIA	18	13,6	19	22,1	37	17,0
IIB	65	49,2	13	15,1	78	35,8
IIIA	3	2,3	1	1,1	4	1,8
IIIB	13	9,8			13	6,0
IVA	8	6,1			8	3,7
IVB	3	2,3			3	1,4
Tổng	132	100%	86	100%	218	100%

Nhận xét:

- Trong số UT CTC có ranh giới không rõ, UT CTC ở giai đoạn IIB chiếm tỉ lệ cao nhất (49,2%)

- Trong số UT CTC có ranh giới rõ, UT CTC ở giai đoạn IB chiếm tỉ lệ cao nhất (54,7%).

3.2.7. Liên quan giữa phân loại giai đoạn và kế hoạch điều trị UT CTC

Bảng 3.12. Liên quan giữa phân loại giai đoạn và kế hoạch điều trị UT CTC

GĐ bệnh	Kế hoạch ĐT	PT/PT-TX		TX-PT/ TXHC-PT		TX- HC/KoPT		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
0		6	12,8	1	1,4			7	3,2
IA		4	8,5	5	7,1	1	2,1	10	4,6
IB		30	63,8	24	34,3	4	4,0	58	26,6
IIA		3	6,4	24	34,3	10	9,9	37	17,0
IIB		3	6,4	15	21,4	60	59,4	78	35,8
IIIA						4	4,0	4	1,8
IIIB		1	2,1	1	2,1	11	10,9	13	6,0
IVA						8	7,9	8	3,7
IVB						3	3,0	3	1,4
Tổng		47	100,0	70	100,0	101	100,0	218	100,0

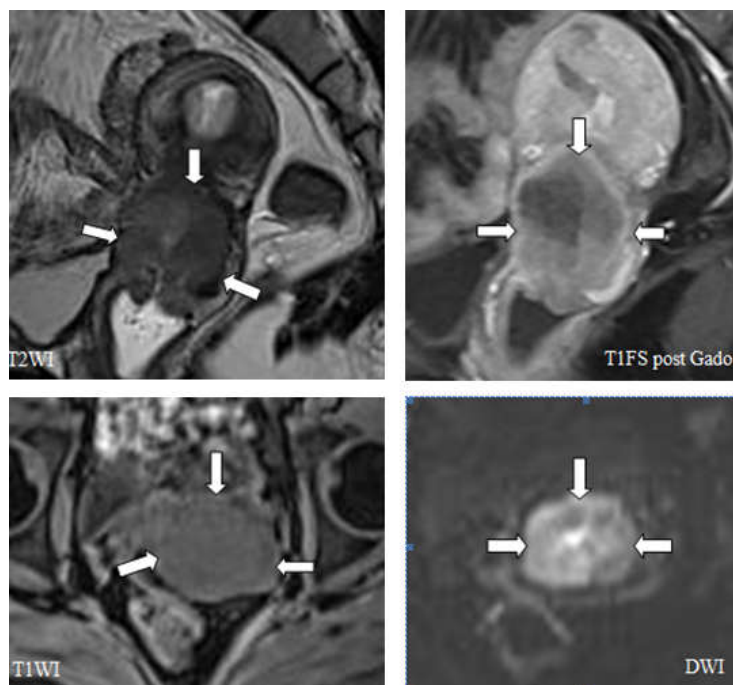
Nhận xét:

- UT CTC giai đoạn IIB chiếm tỉ lệ cao nhất 35,8%, sau đó đến GĐ IB chiếm tỉ lệ 26,6%, GĐ IIA chiếm tỉ lệ 17,0%. GĐ IVB có 3 trường hợp chiếm 1,4%.

- Trong 47 trường hợp được PT trước xạ trị có 40 trường hợp ở GĐ IB trở xuống chiếm tỉ lệ 85,1%.

- Trong 70 trường hợp được PT sau xạ trị tiền phẫu hoặc hóa xạ trị tiền phẫu có 69 trường hợp ở GĐ IIB trở xuống chiếm tỉ lệ 98,6%.

- Trong 101 trường hợp được xạ trị triệt căn hoặc hóa xạ trị triệt căn không PT có 86 trường hợp từ giai đoạn IIB trở lên chiếm tỉ lệ 85,1%.



Hình 3.3. Hình ảnh UT CTC giai đoạn IIB. Nguyễn Thị B. 34t. Số BA: 16101564.

3.3. Đánh giá giá trị của cộng hưởng từ 1.5 Tesla trong phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư cổ tử cung

3.3.1. Giá trị của CHT 1.5T trong đánh giá kích thước u CTC

3.3.1.1. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u với các trường hợp được PT cả trước hoặc sau xạ trị (chấp nhận sai lệch 5mm)

Bảng 3.13. Đối chiếu đánh giá kích thước khối u giữa CHT và GPB đại thể với các trường hợp được PT (cả trước hoặc sau xạ trị)

GPB \ CHT	≤ 7mm	> 7 → 40mm	> 40mm	Tổng
Đúng kích thước	70	33	6	109
Sai kích thước	2	4	2	8
Tổng	72	37	8	117

Nhận xét: với sai lệch trong khoảng 5mm, giá trị chẩn đoán đúng của CHT trong đánh giá kích thước khối u: $Acc = 109/117 = 93,2\%$ ($p < 0,01$)

3.3.1.2. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u với trường hợp được PT sau xạ trị (chấp nhận sai lệch 5mm)

Bảng 3.14. Đối chiếu đánh giá kích thước u giữa CHT và GPB đại thể với các trường hợp PT sau xạ trị.

CHT \ GPB	$\leq 7\text{mm}$	$> 7 \rightarrow 40\text{mm}$	Tổng
	Đúng kích thước	61	8
Sai kích thước	1	0	1
Tổng	62	8	70

Nhận xét: với sai lệch 5mm, giá trị chẩn đoán đúng của CHT trong đánh giá kích thước u CTC ở BN được PT sau xạ trị: $\text{Acc} = 69/70 = 98,6\%$ ($p < 0,01$)

3.3.1.3. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u với trường hợp được PT trước xạ trị (chấp nhận sai lệch 5mm)

Bảng 3.15. Đối chiếu đánh giá kích thước u giữa CHT và GPB đại thể với các trường hợp PT trước xạ trị

CHT \ GPB	$\leq 7\text{mm}$	$> 7\text{mm} \rightarrow 40\text{mm}$	$> 40\text{mm}$	Tổng
	Đúng kích thước	9	25	6
Sai kích thước	1	4	2	7
Tổng	10	29	8	47

Nhận xét: chấp nhận sai lệch 5mm, giá trị chẩn đoán đúng của CHT trong đánh giá kích thước u CTC ở BN được PT trước xạ trị: $\text{Acc} = 40/47 = 85,1\%$ ($p < 0,01$).

3.3.1.4. Giá trị của LS trong đánh giá kích thước u với trường hợp được PT trước xạ trị (chấp nhận sai lệch 5mm)

Bảng 3.16. Đối chiếu đánh giá kích thước u giữa khám LS và GPB đại thể với các trường hợp PT trước xạ trị

GPB \ LS	GPB		Tổng
	$\leq 40\text{mm}$	$> 40\text{mm}$	
Đúng kích thước	26	1	27
Sai kích thước	18	2	20
Tổng số	44	3	47

Nhận xét: chấp nhận sai lệch 5mm, giá trị chẩn đoán đúng kích thước của khám LS ở các trường hợp được PT trước xạ trị: $\text{Acc} = 27/47 = 57,4\%$ ($p < 0,01$)

3.3.1.5. Tương hợp đánh giá kích thước u của khám LS và CHT

Bảng 3.17. Đối chiếu đánh giá kích thước u của khám LS và CHT

LS \ CHT	$\leq 7\text{ mm}$		$> 7\text{mm} \rightarrow$ 40mm		$> 40\text{ mm}$		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
$\leq 40\text{mm}$	18	100,0	100	96,2	50	52,1	168	77,1
$> 40\text{mm}$			4	3,8	46	47,9	50	22,9
Tổng	18	100,0	104	100,0	96	100,0	218	100,0

Nhận xét: để tính chỉ số Kappa, chúng tôi chuyển bảng 3.17 về bảng 3.18 như sau:

Bảng 3.18. Tương hợp trong đánh giá kích thước u của khám LS và CHT

LS \ CHT	Đúng kích thước		Sai kích thước		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
≤ 40mm	118	72,0	50	92,6	168	77,1
> 40mm	46	28,0	4	7,4	50	22,9
Tổng	164	100,0	54	100,0	218	100,0

Nhận xét: 164 khối u CHT và LS đánh giá kích thước giống nhau chiếm tỉ lệ 75,3%, 54 trường hợp còn lại đánh giá khác nhau chiếm 24,7% ($p < 0,01$), Kappa = 0,47.

3.3.2. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn âm đạo

3.3.2.1. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo với các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị

Bảng 3.19. Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT và GPB với các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có xâm lấn	6	2
Không xâm lấn	2	107	109
Tổng	8	109	117

Nhận xét: giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo như sau:

- Độ nhạy Se = 6/8
- Độ đặc hiệu Sp = 107/109 = 98,2%
- Độ chính xác Acc = 113/117 = 96,6%
- Giá trị dự báo dương tính PPV = 6/8
- Giá trị dự báo âm tính NPV = 107/109 = 98,2%

3.3.2.2. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo với các trường hợp được PT sau xạ trị

Bảng 3.20. Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT và GPB với các trường hợp được PT sau xạ trị

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
Có xâm lấn	3	0	3
Không xâm lấn	2	65	67
Tổng	5	65	70

Nhận xét: giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo của bệnh nhân PT sau xạ trị như sau:

- Độ nhạy Se = 3/5
- Độ đặc hiệu Sp = 65/65 = 100%
- Độ chính xác Acc = 68/70 = 97,1%
- Giá trị dự báo dương tính PPV = 3/3
- Giá trị dự báo âm tính NPV = 65/67 = 97,0%

3.3.2.3. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo với các trường hợp được PT trước xạ trị

Bảng 3.21. Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT và GPB với các trường hợp được PT trước xạ trị

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
Có xâm lấn	3	2	5
Không xâm lấn	0	42	42
Tổng	3	44	47

Nhận xét: giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo của bệnh nhân PT trước xạ trị như sau:

- Độ nhạy Se = 3/3
- Độ đặc hiệu Sp = 42/44 = 95,5%
- Độ chính xác Acc = 45/47 = 95,7%
- Giá trị dự báo dương tính PPV = 3/5
- Giá trị dự báo âm tính NPV = 42/42 = 100,0%

3.3.2.4. Giá trị của LS trong đánh giá xâm lấn âm đạo với các trường hợp được PT trước xạ trị

Bảng 3.22. Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa LS và GPB với các trường hợp được PT trước xạ trị

LS \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có xâm lấn	1	4
Không xâm lấn	2	40	42
Tổng	3	44	47

Nhận xét: giá trị của khám LS trong đánh giá xâm lấn âm đạo của bệnh nhân PT trước xạ trị như sau:

- Độ nhạy Se = 1/3
- Độ đặc hiệu Sp = 40/44 = 90,9%
- Độ chính xác Acc = 41/47 = 87,2%
- Giá trị dự báo dương tính PPV = 1/5
- Giá trị dự báo âm tính NPV = 40/42 = 95,2%

3.3.2.5. Tương hợp đánh giá xâm lấn âm đạo của khám LS và CHT

Bảng 3.23. Tương hợp trong đánh giá xâm lấn âm đạo của khám LS và CHT

LS \ CHT	Ko xâm lấn		Đến 2/3 trên		Đến 1/3 dưới		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ko xâm lấn	76	91,6	15	11,9	0	0,0	91	41,7
Đến 2/3 trên	7	8,4	108	85,7	5	55,6	120	55,0
Đến 1/3 dưới			3	2,4	4	44,4	7	3,2
Tổng	83	100,0	126	100,0	9	100,0	218	100,0

Nhận xét: tỷ lệ UT CTC xâm lấn đến 2/3 trên âm đạo cao nhất (55,0%). Đánh giá xâm lấn âm đạo trên CHT và LS tương tự nhau ở 188 trường hợp chiếm 86,2%, 30 trường hợp đánh giá khác nhau chiếm 13,8% ($p < 0,01$), Kappa = 0,736.

3.3.3. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng

3.3.3.1. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng với các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị

Bảng 3.24. Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa CHT và GPB của các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị

CHT \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có xâm lấn DCR	5	2
Ko xâm lấn DCR	0	110	110
Tổng	5	112	117

Nhận xét: giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn DCR như sau:

- Độ nhạy Se = 5/5
- Độ đặc hiệu Sp = 110/112 = 98,2%
- Độ chính xác Acc = 115/117 = 98,3%
- Giá trị dự báo dương tính PPV = 5/7
- Giá trị dự báo âm tính NPV = 110/110 = 100%

3.3.3.2. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng với các trường hợp được PT sau xạ trị.

Bảng 3.25. Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa CHT và GPB của các trường hợp được PT sau xạ trị

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
Có xâm lấn DCR	3	0	3
Ko xâm lấn DCR	0	67	67
Tổng	3	67	70

Nhận xét: giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn DCR ở BN phẫu thuật sau xạ trị như sau:

- Độ nhạy Se = 3/3
- Độ đặc hiệu Sp = 67/67 = 100%
- Độ chính xác Acc = 70/70 = 100%
- Giá trị dự báo dương tính PPV = 3/3
- Giá trị dự báo âm tính NPV = 67/67 = 100%

3.3.3.3. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng với các trường hợp được PT trước xạ trị.

Bảng 3.26. Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa CHT và GPB của các trường hợp được PT trước xạ trị.

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
Có xâm lấn DCR	2	2	4
Ko xâm lấn DCR	0	43	43
Tổng	2	45	47

Nhận xét: giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn DCR ở BN phẫu thuật trước xạ trị như sau:

- Độ nhạy Se = 2/2
- Độ đặc hiệu Sp = 43/45 = 95,6%
- Độ chính xác Acc = 45/47 = 95,7%
- Giá trị dự báo dương tính PPV = 2/4
- Giá trị dự báo âm tính NPV = 43/43 = 100%

3.3.3.4. Giá trị của LS trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng với các trường hợp được PT trước xạ trị.

Bảng 3.27. Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa LS và GPB của các trường hợp được PT trước xạ trị

LS \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có xâm lấn DCR	1	2
Ko xâm lấn DCR	1	43	44
Tổng	2	45	47

Nhận xét: giá trị của khám LS trong đánh giá xâm lấn DCR ở BN phẫu thuật trước xạ trị như sau:

- Độ nhạy Se = 1/2
- Độ đặc hiệu Sp = 43/45 = 95,6%
- Độ chính xác Acc = 44/47 = 93,6%
- Giá trị dự báo dương tính PPV = 1/3
- Giá trị dự báo âm tính NPV = 43/44 = 97,7%

3.3.3.5. Tương hợp đánh giá xâm lấn dây chằng rộng của khám LS và CHT

Bảng 3.28. Tương hợp trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng của khám LS và CHT

LS \ CHT	Có xâm lấn		Không xâm lấn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Có xâm lấn	91	86,7	6	5,3	97	44,5
Không xâm lấn	14	13,3	107	94,7	121	55,5
Tổng	105	100,0	113	100,0	218	100,0

Nhận xét: đánh giá xâm lấn dây chằng rộng của LS và CHT giống nhau ở 198 trường hợp chiếm 90,8%, 20 trường hợp đánh giá khác nhau chiếm 9,2% ($p < 0,01$), Kappa = 0,816.

3.3.4. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông

3.3.4.1. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông với các trường hợp PT trước hoặc sau xạ trị

Bảng 3.29. Đối chiếu đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông giữa CHT và GPB ở các trường hợp được phẫu thuật trước hoặc sau xạ trị

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
Có xâm lấn	0	1	1
Không xâm lấn	1	115	116
Tổng	1	116	117

Nhận xét: giá trị chẩn đoán xâm lấn thành bên chậu hông của CHT được tính như sau:

- Độ chính xác Acc = $115/117 = 98,3\%$
- Độ đặc hiệu Sp = $115/116 = 99,1\%$
- Giá trị dự báo âm tính NPV = $115/116 = 99,1\%$

3.3.4.2. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông với các trường hợp PT sau xạ trị

70 trường hợp được phẫu thuật sau xạ trị, CHT không xác định được trường hợp nào xâm lấn thành bên chậu hông. GPB sau phẫu thuật xác định có 1 trường hợp có tế bào ung thư ở thành bên chậu hông. Như vậy giá trị chẩn đoán đúng xâm lấn thành bên chậu hông của CHT ở BN phẫu thuật sau xạ trị Acc = $69/70 = 98,6\%$

3.3.4.3. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông với các trường hợp PT trước xạ trị

47 trường hợp được phẫu thuật trước xạ trị, CHT xác định có 1 trường hợp có xâm lấn thành bên chậu hông. Kết quả GPB sau phẫu thuật xác định âm tính. Như vậy giá trị chẩn đoán đúng xâm lấn thành bên chậu hông của CHT ở BN phẫu thuật trước xạ trị Acc = $46/47 = 97,9\%$

3.3.4.4. Tương hợp đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản của khám LS và CHT

Bảng 3.30. Tương hợp trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản của LS và CHT

LS \ CHT	Có xâm lấn		Không xâm lấn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Có xâm lấn	19	82,6	40	20,5	59	27,1
Ko xâm lấn	4	17,4	155	79,5	159	72,9
Tổng	23	100,0	195	100,0	218	100,0

Nhận xét: 174 trường hợp LS và CHT đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản như nhau, chiếm 79,8%, 44 trường hợp đánh giá khác nhau chiếm 20,2% ($p < 0,01$), Kappa = 0,367.

3.3.5. Đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng của LS và CHT

Bảng 3.31. Tương hợp trong đánh giá xâm lấn bàng quang của LS và CHT

LS \ CHT	Có xâm lấn		Không xâm lấn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Ko xâm lấn	9	4,1	209	95,9	218	100,0
Tổng	9	4,1	209	95,9	218	100,0

Nhận xét: CHT phát hiện có 9 trường hợp xâm lấn bàng quang, khám LS không phát hiện được trường hợp nào, Kappa = 0,00.

Bảng 3.32. Tương hợp trong đánh giá xâm lấn trực tràng của LS và CHT

LS \ CHT	Có xâm lấn		Không xâm lấn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Ko xâm lấn	2	0,9	216	99,1	218	100,0
Tổng	2	0,9	216	99,1	218	100,0

Nhận xét: CHT phát hiện 2 trường hợp xâm lấn trực tràng, khám LS không phát hiện được trường hợp nào, Kappa = 0,00.

3.3.6. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá di căn hạch

3.3.6.1. Giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch với các trường hợp PT trước hoặc sau xạ trị

Bảng 3.33. Đối chiếu đánh giá di căn hạch giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước hoặc sau xạ trị

CHT \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có di căn hạch	7	2
Ko di căn hạch	11	97	108
Tổng	18	99	117

Nhận xét: $p < 0,01$.

Giá trị chẩn đoán hạch di căn của CHT như sau:

- Độ nhạy $Se = 7/18$
- Độ đặc hiệu $Sp = 97/99 = 98,0\%$
- Độ chính xác $Acc = 104/117 = 88,9\%$
- Giá trị dự báo dương tính $PPV = 7/9$
- Giá trị dự báo âm tính $NPV = 97/108 = 89,8\%$

3.3.6.2. Giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch với các trường hợp PT sau xạ trị

Bảng 3.34. Đối chiếu đánh giá di căn hạch giữa CHT và GPB với các trường hợp PT sau xạ trị

CHT \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có di căn hạch	2	1
Ko di căn hạch	7	60	67
Tổng	9	61	70

Nhận xét: $p < 0,01$.

Giá trị chẩn đoán di căn hạch của CHT ở bệnh nhân PT sau xạ trị như sau:

- Độ nhạy $Se = 2/9$
- Độ đặc hiệu $Sp = 60/61 = 98,4\%$
- Độ chính xác $Acc = 62/70 = 88,6\%$
- Giá trị dự báo dương tính $PPV = 2/3$
- Giá trị dự báo âm tính $NPV = 60/67 = 89,6\%$

3.3.6.3. Giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch với các trường hợp PT trước xạ trị

Bảng 3.35. Đối chiếu đánh giá di căn hạch giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước xạ trị

CHT \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Hạch di căn	5	1
Hạch ko di căn	4	37	41
Tổng	9	38	47

Nhận xét: $p < 0,01$

Giá trị chẩn đoán di căn hạch của CHT ở bệnh nhân PT trước xạ như sau:

- Độ nhạy $Se = 5/9$
- Độ đặc hiệu $Sp = 37/38 = 97,4\%$
- Độ chính xác $Acc = 42/47 = 89,4\%$
- Giá trị dự báo dương tính $PPV = 5/6$
- Giá trị dự báo âm tính $NPV = 37/41 = 90,2\%$

3.3.6.4. Tương hợp đánh giá di căn hạch của khám LS và CHT

Bảng 3.36. Tương hợp trong đánh giá di căn hạch chậu, bẹn của LS và CHT

LS \ CHT	Có hạch di căn		Ko hạch di căn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Có sờ thấy hạch	1	1,0	0	0,0	1	0,5
Ko sờ thấy hạch	96	99,0	121	100,0	217	99,5
Tổng	97	100,0	121	100,0	218	100,0

Nhận xét: CHT phát hiện có 97 trường hợp di căn hạch chậu, bẹn trong khi LS chỉ phát hiện được 1 trường hợp (hạch bẹn), $p < 0,01$, Kappa = 0,011.

3.3.7. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong phân loại giai đoạn UT CTC

3.3.7.1. Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC với các trường hợp PT trước hoặc sau xạ trị.

Bảng 3.37. So sánh phân loại giai đoạn UT CTC giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước hoặc sau xạ trị

GPB \ CHT	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIB	Tổng
0	61	3					64
IA	1	7					8
IB			33	2			35
IIA			1	2			3
IIB			1		4	1	6
IIIB			1				1
Tổng	62	10	36	4	4	1	117

Nhận xét: có 107 trường hợp phân loại giai đoạn của CHT đúng với phân loại GPB sau mổ, 10 trường hợp CHT phân loại sai so với GPB sau mổ.

Bảng 3.38. Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB với các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị.

GPB \ CHT	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIB	Tổng
Đúng GD	61	7	33	2	4	0	107
Sai GD	1	3	3	2	0	1	10
Tổng	62	10	36	4	4	1	117

Nhận xét: giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT như sau:

- Giai đoạn 0: Acc = $61/62 = 98,4\%$
- Giai đoạn IA: Acc = $7/10$
- Giai đoạn IB: Acc = $33/36 = 91,7\%$
- Giai đoạn IIA: Acc = $2/4$
- Giai đoạn IIB: Acc = $4/4$
- Tính chung: Acc = $107/117 = 91,5\%$

3.3.7.2. Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC với các trường hợp được PT sau xạ trị

Bảng 3.39. So sánh phân loại giai đoạn giữa CHT và GPB với các trường hợp PT sau xạ trị

GPB \ CHT	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIB	Tổng
0	57	1					58
IA	1	3					4
IB			3	2			5
IIB					2	1	3
Tổng	58	4	3	2	2	1	70

Nhận xét: có 65 trường hợp phân loại giai đoạn của CHT đúng với phân loại GPB sau mổ, 5 trường hợp phân loại của CHT không đúng so với phân loại GPB sau mổ.

Bảng 3.40. Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB với các trường hợp được PT sau xạ trị

GPB \ CHT	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIB	Tổng
Đúng GD	57	3	3	0	2	0	65
Sai GD	1	1	0	2	0	1	5
Tổng	58	4	3	2	2	1	70

Nhận xét: giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT với các trường hợp được PT sau xạ trị như sau:

- Giai đoạn 0: $Acc = 57/58 = 98,3\%$
- Giai đoạn IA: $Acc = 3/4$
- Giai đoạn IB: $Acc = 3/3$
- Giai đoạn IIA: $Acc = 0/2$
- Giai đoạn IIB: $Acc = 2/2$
- Giai đoạn IIIB: $Acc = 0/1$
- Tính chung: $Acc = 65/70 = 92,8\%$

3.3.7.3. Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC với các trường hợp được PT trước xạ trị

Bảng 3.41. So sánh đánh giá giai đoạn giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước xạ trị

GPB \ CHT	0	IA	IB	IIA	IIB	Tổng
0	4	2				6
IA		4				4
IB			30			30
IIA			1	2		3
IIB			1		2	3
IIIB			1			1
Tổng	4	6	33	2	2	47

Nhận xét: có 42 trường hợp phân loại giai đoạn của CHT đúng với phân loại GPB sau mổ, 5 trường hợp CHT phân loại sai so với GPB sau mổ. Để tính giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC chúng tôi chuyển bảng 3.41 thành bảng 3.42 như sau:

Bảng 3.42. Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB ở các trường hợp được PT trước xạ trị

GPB \ CHT	0	IA	IB	IIA	IIB	Tổng
Đúng GD	4	4	30	2	2	42
Sai GD	0	2	3	0	0	5
Tổng	4	6	33	2	2	47

Nhận xét: giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT ở BN phẫu thuật trước xạ trị như sau:

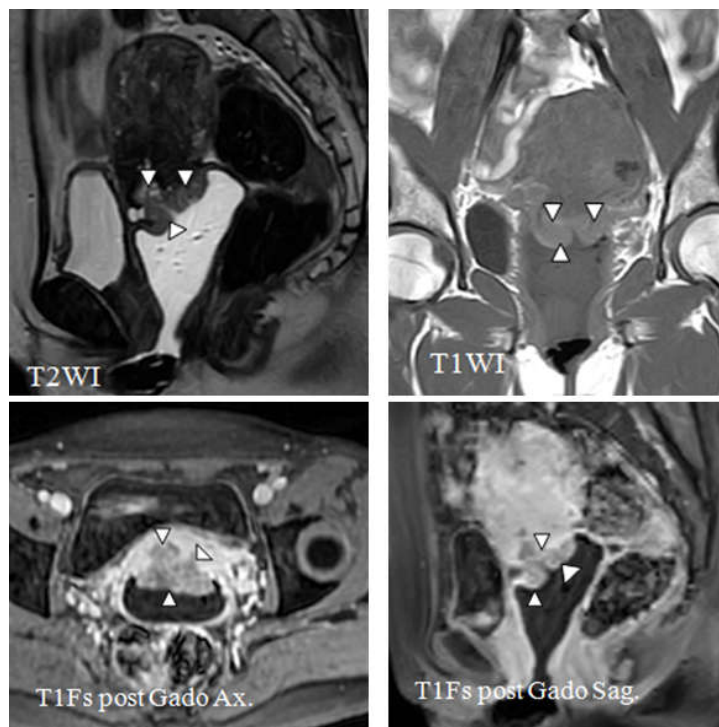
- Giai đoạn 0: Acc = 4/4
- Giai đoạn IA: Acc = 4/6
- Giai đoạn IB: Acc = 30/33 = 90,1 %
- Giai đoạn IIA: Acc = 2/2
- Giai đoạn IIB: Acc = 2/2
- Tính chung: Acc = 42/47 = 89,4%

3.3.7.4. Giá trị của LS trong phân loại giai đoạn UT CTC với các trường hợp được PT trước xạ trị

Bảng 3.43. So sánh phân loại giai đoạn giữa LS và GPB ở các trường hợp PT trước xạ trị

GPB \ LS	0	IA	IB	IIA	IIB	Tổng
0	2	2		1		5
IA			1			1
IB	2	4	28	1	1	36
IIA			2			2
IIB			2		1	3
Tổng	4	6	33	2	2	47

Nhận xét: có 31 trường hợp phân loại giai đoạn của LS đúng với phân loại GPB sau mổ, 16 trường hợp phân loại của LS không đúng so với phân loại GPB sau mổ.



Hình 3.4. Hình ảnh UT CTC trước phẫu thuật: giai đoạn IB. GPB sau phẫu thuật: giai đoạn IB. Nguyễn Thu H. 46 tuổi. Số BA 17308386.

Bảng 3.44. Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của lâm sàng so với GPB ở các trường hợp được PT trước xạ trị

LS \ GPB	0	IA	IB	IIA	IIB	Tổng
Đúng GD	2	0	28	0	1	31
Sai GD	2	6	5	2	1	16
Tổng	4	6	33	2	2	47

Nhận xét: giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn của LS ở bệnh nhân PT trước xạ trị như sau:

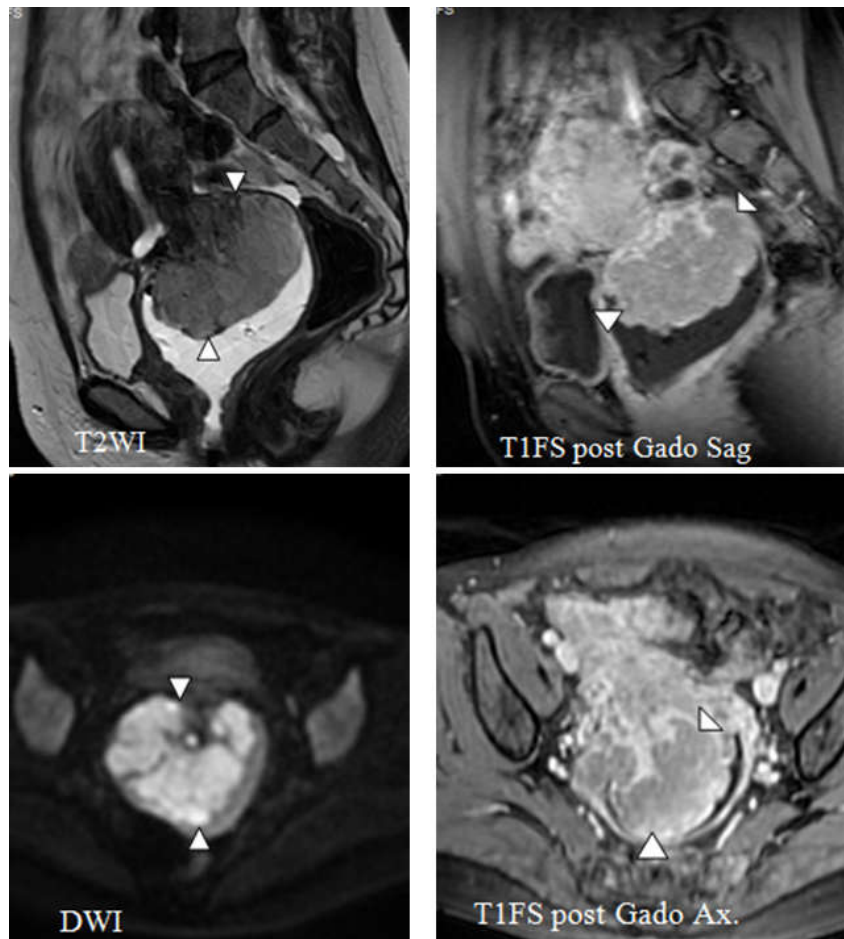
- Giai đoạn 0: Acc = 2/4
- Giai đoạn IA: Acc = 0/6
- Giai đoạn IB: Acc = 28/33 = 84,8%
- Giai đoạn IIA: Acc = 0/2
- Giai đoạn IIB: Acc = 1/2
- Tính chung: Acc = 31/47 = 65,9%

3.3.7.5. Tương hợp phân loại giai đoạn UT CTC của khám LS và CHT

Bảng 3.45. Tương hợp trong phân loại giai đoạn UT CTC theo FIGO của LS với CHT

LS \ CHT	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIB	Tổng
0	3		4				7
IA	1		9				10
IB		1	51	5	1		58
IIA	1		12	20	3	1	37
IIB			7	7	30	34	78
IIIA						4	4
IIIB					4	9	13
IVA						8	8
IVB						3	3
Tổng	5	1	83	32	38	59	218

Nhận xét: Phân loại GD UT CTC của LS và CHT giống nhau ở 113 trường hợp chiếm 51,8%, khác nhau ở 105 trường hợp chiếm 48,2% ($p < 0,01$), Kappa = 0,394.



Hình 3.5. Hình ảnh UT CTC trước phẫu thuật: giai đoạn IIB. GPB sau phẫu thuật: giai đoạn IIB. Nguyễn Thị Phương H. 47 tuổi. Số BA 17303392

3.3.8. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong theo dõi điều trị UT CTC

Bảng 3.46. Liên quan giữa chuyển GD sau đợt ĐT thứ nhất với phân loại GD trước ĐT

Sau ĐT Tr ĐT	0*	IA*	IB*	IIA*	IIB*	IIIB*	Tổng
0	1						1
IA	6						6
IB	25	1	2				28
IIA	24	3	7				34
IIB	41	1	33				75
IIIA	2		2				4
IIIB			5	4	3		12
IVA			1		2	5	8
IVB			1			2	3
Tổng	99/57, 9%	5	51	4	5	7	171

Ghi chú: GD sau ĐT được đánh dấu “*” để phân biệt với GD trước ĐT.

Nhận xét:

- Sau đợt điều trị thứ nhất, 99 trường hợp (57,9%) chuyển về GD 0* chủ yếu thuộc các GD từ IIB trở xuống.

- Trong 72 trường hợp chưa chuyển về giai đoạn 0* có 3 trường hợp chuyển PT, 4 trường hợp xin ra viện không điều trị tiếp, 65 trường hợp còn lại tiếp tục điều trị đợt 2.

Bảng 3.47. Liên quan giữa chuyển GD sau đợt ĐT thứ hai với phân loại GD trước ĐT

GD sau ĐT Trước ĐT	0*	IA*	IB*	IIB*	Tổng
IB	1		1		2
IIA	7	1			8
IIB	31	1	2		34
IIIA	2				2
IIIB	4	2	4	1	11
IVA	2		4	1	7
IVB			1		1
Tổng	47	4	12	2	65

Nhận xét:

- Kết thúc điều trị đợt 2 có 47 trường hợp chuyển về GD 0*.
- Trong 18 trường hợp chưa chuyển về giai đoạn 0* có 4 trường hợp chuyển PT, 14 trường hợp còn lại tiếp tục điều trị đợt 3.

Bảng 3.48. Liên quan giữa chuyển GD sau đợt ĐT thứ ba với phân loại GD trước ĐT

GD sau ĐT Trước ĐT	0*	IB*	Tổng
IIB	1		1
IIIB	5	2	7
IVA	4	1	5
IVB		1	1
Tổng	10	4	14

Nhận xét:

- Kết thúc điều trị đợt 3 có 10 trường hợp chuyển về GD 0*.
- Trong 4 trường hợp chưa chuyển về giai đoạn 0* có 2 trường hợp xin ra viện không điều trị tiếp, 2 trường hợp còn lại tiếp tục điều trị đợt 4.

Bảng 3.49. Liên quan giữa chuyển GD sau đợt DT thứ tư với phân loại GD trước DT

GD sau DT Trước DT	0*		Tổng	
	n	%	n	%
IIIB	1	50.0	1	50.0
IVA	1	50.0	1	50.0
Tổng	2	100.0	2	100.0

Nhận xét: - 2 trường hợp DT tiếp đợt 4 đều chuyển về GD 0*.

Bảng 3.50. Tương quan giữa đánh giá đáp ứng khối u theo RECIST và chuyển GD theo FIGO

RECIST FIGO	Đ/ư hoàn toàn		Đ/ư một phần		Đáp ứng kém		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0*	99	100,0					99	57,9
IA*			5	7,6			5	2,9
IB*			51	77,3			51	29,8
IIA*			4	6,1			4	2,3
IIB*			5	7,6			5	2,9
IIIB*			1	1,5	6	100,0	7	4,1
Tổng	99	100,0	66	100,0	6	100,0	171	100,0

Nhận xét: đánh giá đáp ứng điều trị theo RECIST và chuyển GD theo FIGO có mối tương quan chặt chẽ ($p < 0,01$, hệ số Cramer $\Phi_c = 0,96$).

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi

Nghiên cứu 218 trường hợp UT CTC chúng tôi thấy tuổi thấp nhất 25, cao nhất 81, trung bình $50,1 \pm 10,5$, độ tuổi từ 40 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (64,2%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Ngô Thị Tính (2011) nghiên cứu 210 bệnh nhân UT CTC ở GD IB-IIB ghi nhận nhóm tuổi ≥ 40 chiếm 84,8%, tuổi hay gặp nhất là lứa tuổi trung niên, trung bình 48-52 tuổi [108]. Nghiên cứu 296 BN UT CTC giai đoạn IIB-IIIB, Trần Đăng Ngọc Linh (2013) ghi nhận độ tuổi trung bình 58,4 tuổi [120]. Như vậy độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Trần Đăng Ngọc Linh cao hơn có thể do khác nhau về số lượng, phương pháp lựa chọn đối tượng nghiên cứu cũng như giai đoạn UT CTC. Như vậy độ tuổi có liên quan đến GD bệnh. Từ nhận xét này chúng tôi đã thử đánh giá mối liên quan giữa tuổi và đáp ứng điều trị, giữa tuổi và GD bệnh - các yếu tố quan trọng liên quan đến tiên lượng bệnh, kết quả cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Như vậy độ tuổi có liên quan đến tiên lượng điều trị UT CTC.

Khảo sát mối quan hệ giữa tuổi với phương pháp điều trị (có PT hoặc không PT) chúng tôi nhận thấy ở nhóm bệnh nhân không PT tuổi thấp nhất 31, cao nhất 81, trung bình $54,2 \pm 9,7$, độ tuổi trên 50 đến 60 chiếm tỉ lệ cao nhất (51,5%), cao hơn so với độ tuổi của nhóm bệnh nhân PT: tuổi thấp nhất 25, cao nhất 71, trung bình $46,5 \pm 9,9$, độ tuổi từ trên 40 đến 50 chiếm tỉ lệ cao nhất (40,2%). Sự khác biệt về độ tuổi ở nhóm PT và không PT có thể do những BN được PT là những trường hợp có đủ sức khỏe, không có bệnh mạn tính kèm theo như tim mạch, hô hấp, không có chống chỉ định trong gây mê

nên ít tuổi hơn so với độ tuổi của nhóm không PT cũng như độ tuổi chung. Như vậy độ tuổi của BN có ảnh hưởng tới việc lựa chọn phương pháp điều trị.

4.1.2. Lý do vào viện

Ra máu âm đạo là triệu chứng LS đầu tiên khiến BN đến khám bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 78,0% ra máu tự nhiên, 38,1% ra máu sau quan hệ tình dục. Nghiên cứu của Ngô Thị Tính [108] có tỉ lệ ra máu tự nhiên bất thường chiếm 88,6% cao hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong khi đó tỉ lệ ra máu sau quan hệ tình dục là 11,0% thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này có thể do khác nhau về lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

Triệu chứng tiếp theo là ra khí hư chiếm 50,9% có thể ít hoặc nhiều, thường có lẫn ít máu, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Ngô Thị Tính (8,1%) [108] có thể do khác nhau về đối tượng nghiên cứu (chúng tôi ở tất cả các GD, Ngô Thị Tính ở GD IB-IIB). Có 11,9% trường hợp được khám phát hiện ra mà không có triệu chứng ra máu âm đạo hoặc ra khí hư. Triệu chứng đau hạ vị chiếm tỉ lệ thấp (6,4%) thường xảy ra ở GD muộn khi ung thư xâm lấn rộng ra các tạng lân cận.

Ra máu và khí hư âm đạo là triệu chứng không đặc hiệu cho UT CTC, nếu không được khám sàng lọc phát hiện UT CTC thì dễ bỏ qua hoặc điều trị theo một bệnh khác, khi tình huống này xảy ra thì triệu chứng ra máu và khí hư âm đạo sẽ nặng dần lên cùng với sự phát triển và lan rộng của ung thư.

4.1.3. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi khám phát hiện bệnh là 2,26 tháng, từ 3 tháng trở xuống chiếm tỉ lệ cao nhất 82,8%, có 2 trường hợp 12 tháng, cả 2 trường hợp này đều ở nông thôn, vùng sâu vùng xa, khi được khám phát hiện UT CTC thì đã ở GD muộn.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi khám bệnh phụ thuộc vào triệu chứng khởi đầu, phản ánh ý thức và mức độ quan tâm đến sức khỏe của chính người bệnh, tình trạng kinh tế và xã hội của BN. Các trường hợp xuất huyết âm đạo lượng nhiều, BN thường đến khám bệnh sớm, ngược lại nếu chỉ ra dịch âm đạo hoặc ra máu lượng ít trong thời gian ngắn BN có thể bỏ qua, khi tình trạng này lặp đi lặp lại và lượng máu tăng lên mới đi khám thì bệnh đã ở GD muộn.

Ngô Thị Tính (2011) ghi nhận thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện là 3,7 tháng, có 1 BN có thời gian mắc bệnh lâu nhất là 48 tháng [108]. Nghiên cứu của Trần Đặng Ngọc Linh (2013), thời gian từ lúc có triệu chứng tới khi chẩn đoán trung bình 3 tháng [120]. Nghiên cứu của chúng tôi (2017) thời gian trung bình là 2,26 tháng.

Kết quả này cho thấy thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện có xu hướng giảm dần, chứng tỏ BN đến khám bệnh ngày càng sớm hơn khi có triệu chứng phụ khoa bất thường. Tiến bộ này có thể do kết quả của công tác tuyên truyền về bệnh UT CTC của các cơ sở y tế từ trung ương tới địa phương, của các phương tiện thông tin đại chúng cũng như trên các trang mạng xã hội đã phát huy tác dụng, nhận thức cũng như ý thức của người bệnh đã được nâng lên một bước.

4.1.4. Xét nghiệm tế bào học

Xét nghiệm TBH phát hiện sớm UT CTC là phương pháp đơn giản, dễ làm, giá thành rẻ có thể làm nhiều lần trên một BN, không gây đau đớn, dụng cụ không phức tạp, ít gây phiền toái cho người bệnh. Tổ chức Y tế thế giới đã thống nhất áp dụng rộng rãi phương pháp này trong các chương trình sàng lọc phát hiện sớm UT CTC trên toàn cầu. Do vậy nếu xuất hiện ra máu âm đạo bất thường hoặc khí hư lẫn máu BN nên làm xét nghiệm tế bào học để phát hiện sớm UT CTC.

Nghiên cứu 218 bệnh nhân UT CTC chúng tôi thấy có 85 trường hợp được xét nghiệm TBH trước khi làm MBH chiếm 39,0% (bảng 3.2). Trong 85 trường hợp làm XNTB có 58 trường hợp cho kết quả dương tính chiếm 68,2%, 27 trường hợp cho kết quả âm tính (không thấy tế bào ác tính) chiếm 31,8%.

Xét nghiệm TBH phụ thuộc vào kỹ thuật lấy bệnh phẩm cũng như kỹ thuật nhuộm và người đọc kết quả, cho nên đứng trước bệnh cảnh LS nghi ngờ UT CTC mà xét nghiệm TBH âm tính nên làm lại hoặc phối hợp với các phương pháp chẩn đoán khác như xét nghiệm SCC, bấm sinh thiết làm xét nghiệm MBH... để tránh bỏ sót tổn thương. Khuyến cáo này giành cho các bác sĩ chuyên ngành ung thư sản phụ khoa.

4.1.5. Kết quả giải phẫu bệnh

Trong 218 trường hợp UT CTC được nghiên cứu, UTBM vảy có 168 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 77,1%, UTBM tuyến có 34 trường hợp chiếm tỉ lệ 15,6%, 16 trường hợp còn lại (7,3%) bao gồm 12 trường hợp UTBM tuyến vảy, 4 trường hợp u thần kinh nội tiết... (bảng 3.3).

Theo Ngô Thị Tính (2011) UTBM TB vảy chiếm 81,9%, tuyến 14,4% [108]. Theo Trần Đặng Ngọc Linh (2013) UTBM tế bào vảy 87,8%, tuyến 11,5% [120]. Xét về tổng thể, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Ngô Thị Tính và Trần Đặng Ngọc Linh: UTBM vảy chiếm tỉ lệ cao nhất, sau đó đến UTBM tuyến. Tuy nhiên xét chi tiết chúng tôi thấy tỉ lệ UTBM vảy trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, tỉ lệ UTBM tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị Tính và Trần Đặng Ngọc Linh. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Smith và cs cũng như của Okamoto và cs đều cho rằng trong những năm gần đây tỉ lệ UTBM vảy giảm trong khi tỉ lệ UTBM tuyến tăng [5],[6]. Pettersson cho rằng nguyên nhân do sử dụng xét nghiệm tế bào học trong tầm soát và phát hiện

ung thư CTC, xét nghiệm tế bào dễ dàng phát hiện UTBM vẩy nhưng khó phát hiện UTBM tuyến [7].

4.1.6. Xét nghiệm SCC-Ag huyết thanh

SCC-Ag huyết thanh là chất chỉ điểm cho UTBM vẩy, không chỉ đặc hiệu cho UT CTC mà còn đặc hiệu cho UTBM vẩy ở các cơ quan khác trong cơ thể. Bình thường, giá trị SCC-Ag $\leq 2\text{ng/ml}$, nếu SCC-Ag $> 2\text{ng/ml}$ có ý nghĩa chẩn đoán dương tính với UTBM vẩy. Nghiên cứu mối quan hệ giữa nồng độ SCC-Ag huyết thanh trước điều trị với UTBM vẩy hay không vẩy chúng tôi thấy nồng độ SCC-Ag huyết thanh trên 2ng/ml ở nhóm UTBM vẩy là 92,4% cao hơn hẳn nhóm UTBM không vẩy (7,6%). Sự khác biệt giữa nồng độ SCC-Ag của UTBM vẩy và không vẩy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) (bảng 3.4).

Thay đổi nồng độ SCC-Ag huyết thanh sau các đợt DT

Trước và sau mỗi đợt xạ trị hoặc hóa xạ trị chúng tôi tiến hành xét nghiệm SCC huyết thanh đồng thời với chụp cộng hưởng từ. Kết quả của thay đổi nồng độ SCC huyết thanh trước và sau các đợt điều trị được biểu thị trên biểu đồ 3.3, tỷ lệ bệnh nhân có SCC bình thường tăng lên và SCC bất thường giảm xuống tương ứng với chuyển giai đoạn UT CTC. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước:

Nghiên cứu của Khổng Thị Hồng và cs cho thấy SCC-Ag huyết thanh rất có ý nghĩa trong theo dõi bệnh nhân UT CTC [39].

Nghiên cứu của Bùi Diệu và cs cũng ghi nhận nồng độ SCC-Ag có ý nghĩa chỉ điểm về lâm sàng và tiên lượng trong điều trị UT CTC [40].

Duk JM và cs nghiên cứu 653 bệnh nhân ung thư biểu mô vẩy CTC đã ghi nhận SCC-Ag có mối tương quan chặt chẽ với GD và tiên lượng bệnh ($p < 0,05$) [121].

Hong JH và cs nghiên cứu 401 bệnh nhân UTBM vẩy CTC đã ghi nhận SCC-Ag trước điều trị có tương quan chặt chẽ với giai đoạn UT CTC, nếu SCC-Ag trên 10ng/ml có tương quan với di căn hạch và tỷ lệ sống thêm sau điều trị, đây cũng là yếu tố dự báo cho tiên lượng xấu. SCC-Ag tăng nồng độ sau điều trị là yếu tố dự báo cho sự thất bại của điều trị [122].

Một số nghiên cứu khác của Lin và cs cũng như của Massuger và cs đều ghi nhận nồng độ SCC-Ag trước điều trị có khả năng dự báo tiên lượng [123],[124].

4.2. Đặc điểm hình ảnh CHT 1.5Tesla của UT CTC

4.2.1. Đặc điểm chung

Theo bảng 3.5 trong 218 khối u CTC được nghiên cứu có 132 khối u ranh giới không rõ chiếm 60,6%, 86 khối u có ranh giới rõ chiếm 39,4%. Khi đánh giá mối quan hệ giữa ranh giới u với giai đoạn UT CTC (bảng 3.11) chúng tôi nhận thấy các trường hợp ranh giới u không rõ có thể xảy ra hai trường hợp: thứ nhất là ở GĐ tại chỗ (GĐ 0) hoặc GĐ vi xâm lấn (GĐ IA1), hình ảnh CHT không xác định rõ khối u nên không xác định được ranh giới u, thứ hai là ở các GĐ từ IIB trở lên, khối u xâm lấn cấu trúc xung quanh như mô cạnh tử cung, dây chằng rộng, thành bên chậu hông, bàng quang, trực tràng...

Về vị trí u có 136 trường hợp khối u khu trú ở cả thành trước và sau CTC chiếm tỉ lệ cao nhất là 62,3%. Có 10 khối u khu trú trong ống CTC chiếm tỉ lệ 4,6%, những trường hợp u khu trú trong ống CTC thường gây khó khăn cho lâm sàng trong chẩn đoán bệnh. 8 khối u không xác định được hình ảnh trên CHT do đó không xác định được vị trí khối u (chiếm 3,7%), đây là những khối u có kích thước nhỏ, kết quả GPB sau PT là UTBM tại chỗ (GĐ 0) hoặc vi xâm lấn (GĐ IA1).

CHT xác định có 40 trường hợp có tụ dịch trong buồng tử cung chiếm tỉ lệ 18,3%. Khi khối u phát triển gây chít hẹp ống CTC, dịch trong buồng tử cung không thoát ra ngoài được gây nên ứ dịch trong buồng tử cung.

4.2.2. Đặc điểm tín hiệu UT CTC trên CHT 1.5Tesla

Với 218 khối u CTC được chụp trên các chuỗi xung T1, T2 và Diffusion (b800-1000), bảng 3.6 cho thấy: Trên ảnh T1W có 201 khối u đồng tín hiệu với mô CTC lành chiếm tỉ lệ 92,2%. Trên ảnh T2W có 206 khối u tăng tín hiệu so với mô CTC lành chiếm tỉ lệ 94,5%. Trên xung khuếch tán (b800-1000) có 180 khối u tăng tín hiệu (giảm khuếch tán) so với mô CTC lành chiếm tỉ lệ 82,6%.

Claudia (2007) nhận thấy: 95% UT CTC tăng tín hiệu trên T2WI [11]. Viviane (2000) nhận xét rằng UT CTC có tín hiệu trung gian trên T2WI [70]. Lê Tuấn Linh (2009) cho rằng trên CHT 1.5 Tesla UT CTC tăng tín hiệu trên T2WI, đồng tín hiệu trên T1WI [73]. Ngô Thị Tính (2011) cho rằng trên CHT 0.35 Tesla UT CTC tăng tín hiệu trên T2WI, giảm tín hiệu trên T1WI [108]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu và nhận xét của các tác giả trong và ngoài nước.

Như vậy, để xác định UT CTC, chuỗi xung T2W có giá trị cao nhất với 94,5% tăng tín hiệu so với mô CTC lân cận, dễ nhận biết ranh giới khối u do đó đánh giá chính xác kích thước, mức độ xâm lấn của u trên ảnh CHT, sau đó đến chuỗi xung Diffusion (b800) với 82,6% giảm khuếch tán (tăng tín hiệu) so với mô CTC lân cận. 92,2% khối u CTC đồng tín hiệu trên ảnh T1W khó nhận biết ranh giới u với mô lành nên chuỗi xung này ít giá trị trong chẩn đoán UT CTC trên các ảnh trước tiêm thuốc đối quang từ.

4.2.3. Đặc điểm và tính chất ngấm thuốc đối quang từ của UT CTC

Về đặc điểm ngấm thuốc đối quang từ: nếu lấy cơ tử cung làm chuẩn, trên hình ảnh T1 xóa mỡ của 218 khối u CTC sau tiêm thuốc đối quang từ chúng tôi ghi nhận (bảng 3.7):

- 179 khối u ngấm thuốc kém so với cơ tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất (82,1%), trong đó ngấm đồng nhất 51,4% và không đồng nhất 48,6%.

- 28 khối u ngấm thuốc ngang với cơ tử cung chiếm tỉ lệ thấp (12,8%), những trường hợp này để đánh giá kích thước và mức xâm lấn của UT CTC nên dựa vào ảnh T2W và DW.

- 11 khối u ngấm thuốc mạnh hơn cơ tử cung chiếm tỉ lệ 5,1%, đây là những u có kích thước nhỏ, sau tiêm thuốc đối quang từ u ngấm thuốc mạnh rất dễ nhận biết, do vậy với những u có kích thước nhỏ không dễ nhận biết trên T2WI và DWI có thể quan sát ở xung T1W xóa mỡ sau tiêm thuốc đối quang từ.

Về tính chất ngấm thuốc đối quang từ: 122 khối u ngấm thuốc đồng nhất chiếm 56,0% cao hơn so với u ngấm thuốc không đồng nhất (44,0%).

Lê Tuấn Linh cho rằng UT CTC bắt thuốc sau tiêm Gadolinium nhưng kém hơn cơ thành CTC [73]. Susan và cs cho rằng UT CTC bắt thuốc cường độ khác nhau trên T1FS [41]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Tuấn Linh và Susan.

Như vậy trên CHT 1.5T, UT CTC có đặc điểm: tăng tín hiệu trên T2WI, đồng tín hiệu trên T1WI, giảm khuếch tán (tăng tín hiệu) trên Diffusion (b800-1000), ngấm thuốc đối quang từ kém so với cơ tử cung, có thể ngấm thuốc đồng nhất hay không đồng nhất.

4.2.4. Đặc điểm kích thước ung thư cổ tử cung

Trong 218 khối u được nghiên cứu chúng tôi ghi nhận kích thước nhỏ nhất 5mm, lớn nhất 97mm, trung bình $36,9 \pm 18,6$ mm. Trong số những khối u có kích thước nhỏ chúng tôi nhận thấy có 8 khối không xác định được trên cộng hưởng từ, GPB sau mổ cho thấy đây là UTBM tại chỗ (GD 0) hoặc vi xâm lấn (GD IA1). Khối u có kích thước từ 7mm đến 40mm chiếm tỉ lệ cao nhất (47,7%). Xác định chính xác kích thước u có vai trò rất quan trọng trong

xác định chính xác giai đoạn UT CTC, theo phân loại FIGO khối u có kích thước từ 7mm trở xuống thuộc GD IA, kích thước từ trên 7mm đến 40mm thuộc GD IB1 hoặc IIA1, kích thước trên 40mm thuộc GD IB2 hoặc IIA2. Hoàng Đức Kiệt cho rằng kích thước u đo trên ảnh T2W thường phù hợp cao với đo trên tiêu bản phẫu thuật [15].

4.2.5. Đặc điểm xâm lấn, di căn của UT CTC

Xâm lấn âm đạo: bảng 3.9 cho thấy trong 218 khối u được nghiên cứu, CHT xác định có 126 khối u xâm lấn 2/3 trên âm đạo chiếm tỉ lệ cao nhất (57,8%). 83 khối u CHT xác định không xâm lấn âm đạo chiếm 38,1%. Chỉ có 9 khối u CHT xác định xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo chiếm 4,1%. Đánh giá chính xác xâm lấn âm đạo có vai trò rất quan trọng trong phân biệt UT CTC ở giai đoạn IB (không xâm lấn âm đạo) với giai đoạn IIA (xâm lấn 2/3 trên âm đạo), phân biệt giai đoạn IIA (xâm lấn đến 2/3 trên âm đạo) với giai đoạn IIIA (xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo). Theo Hoàng Đức Kiệt ảnh cắt đứng dọc (sagittal) cho giới hạn tốt nhất về độ phát triển của u hướng trên dưới và chỉ ra tình trạng xâm lấn vào âm đạo [15]. Do vậy để đánh giá xâm lấn âm đạo nên quan sát các ảnh cắt đứng dọc với chuỗi xung T2W trước tiêm và T1W xóa mỡ sau tiêm thuốc đối quang từ, có thể thấy khối u lan xuống túi bịt và thành âm đạo nếu có xâm lấn âm đạo.

Xâm lấn dây chằng rộng: bảng 3.10 cho thấy trong 218 khối u được nghiên cứu, CHT xác định 105 khối u có xâm lấn mô cạnh tử cung và DCR chiếm 48,2%, 113 trường hợp còn lại CHT xác định không xâm lấn DCR. Theo Hoàng Đức Kiệt ảnh cắt ngang trục CTC đánh giá tốt nhất xâm lấn DCR, tác giả lưu ý rằng hình nhấn giảm tín hiệu trên T2W phải đầy đủ toàn bộ chu vi mới chắc chắn không có thâm nhiễm ra vùng phụ cận và dây chằng rộng [15]. Do vậy để đánh giá xâm lấn dây chằng rộng cần quan sát các ảnh cắt ngang trục CTC trên xung T2W trước tiêm và T1FS xóa mỡ sau tiêm thuốc đối quang từ. Nếu có xâm lấn DCR có thể thấy tổ chức u xâm lấn mô

cạnh CTC và dây chằng rộng, ranh giới u không phân biệt rõ. Xác định chính xác xâm lấn dây chằng rộng giúp phân biệt GĐ IIA (không xâm lấn dây chằng rộng) với GĐ IIB (có xâm lấn dây chằng rộng).

Xâm lấn thành bên chậu hông: kết quả nghiên cứu cho thấy trong 218 khối u CTC cộng hưởng từ xác định có 23 khối có xâm lấn thành bên chậu hông chiếm 10,6%, 195 khối còn lại CHT xác định không xâm lấn chiếm 89,4% (bảng 3.10). Hoàng Đức Kiệt cho rằng ảnh cắt đứng ngang có trường nhìn rộng cần được dùng để đánh giá các tạng bụng trên, nhất là hai thận để tìm ứ nước thận, hình ảnh này chỉ ra xâm lấn u vào thành bên khung chậu hoặc tổn thương ở giai đoạn IIIB [15]. Trên hình ảnh có xâm lấn thành bên chậu hông có thể thấy sự lan rộng của mô u vào tổ chức phần mềm thành bên chậu hông, xâm lấn các cơ vùng chậu như cơ lê, cơ bịt trong, cơ nâng hậu môn... Xâm lấn niệu quản được đánh giá trực tiếp bằng hình ảnh xâm lấn của mô u vào niệu quản đoạn nằm trong dây chằng rộng, có thể thấy dấu hiệu gián tiếp là giãn đài bể thận và niệu quản phía trên đoạn xâm lấn, thận có thể mất chức năng khi u xâm lấn gây tắc hoàn toàn niệu quản. Hình ảnh xâm lấn thành bên chậu hông có vai trò xác định UT CTC ở giai đoạn IIIB.

Xâm lấn bàng quang: Trong 218 khối u, CHT xác định có 9 khối u xâm lấn bàng quang chiếm 4,1%, 209 khối u còn lại CHT xác định không xâm lấn chiếm 95,9% (bảng 3.10). Hoàng Đức Kiệt cho rằng hình ảnh xâm lấn bàng quang quan sát tốt nhất trên các hướng cắt đứng dọc hoặc cắt ngang [15]. Khi u xâm lấn bàng quang có thể quan sát thấy tổn thương u lan từ CTC qua lớp mỡ phía sau bàng quang tới thành bàng quang gây dày thành bàng quang, tổ chức u có thể lồi vào trong lòng bàng quang tăng tín hiệu trên T2WI, đồng tín hiệu trên T1WI, ngấm mạnh thuốc đối quang từ sau tiêm. Theo Hoàng Đức Kiệt nên cho bệnh nhân nhịn tiểu khoảng 2 giờ, khi đó bàng quang căng vừa phải (100-200 ml) đánh giá tốt hơn các tổn thương nhỏ xâm lấn thành bàng

quang [15]. Hình ảnh xâm lấn bàng quang có vai trò xác định UT CTC ở giai đoạn IVA.

Xâm lấn trực tràng: Trong 218 khối u, CHT xác định có 2 khối u xâm lấn trực tràng chiếm 0,9%, 216 trường hợp còn lại CHT xác định không xâm lấn chiếm 99,1% (bảng 3.10). Cũng như đánh giá xâm lấn bàng quang, hình ảnh xâm lấn trực tràng quan sát tốt nhất trên các hướng cắt ngang hoặc đứng dọc. Nếu u xâm lấn trực tràng có thể quan sát thấy tổn thương u lan từ CTC qua lớp mỡ phía trước trực tràng tới thành trực tràng gây dày thành trực tràng, tổ chức u có thể lồi vào trong lòng trực tràng tăng tín hiệu trên T2W, đồng tín hiệu trên T1W, ngấm mạnh thuốc đối quang từ sau tiêm. Khi có nghi ngờ xâm lấn trực tràng nên thụt gel siêu âm vào trực tràng tạo đối quang để quan sát xâm lấn tốt hơn. Hình ảnh xâm lấn trực tràng có vai trò xác định UT CTC ở giai đoạn IVA.

Di căn hạch: Trong 218 trường hợp nghiên cứu, CHT xác định có 97 trường hợp có di căn hạch chậu (chiếm 44,5%) và 3 trường hợp di căn hạch ổ bụng (chiếm 1,4%). Trên cộng hưởng từ hạch di căn tăng nhẹ tín hiệu trên T2WI và T2WI xóa mỡ, giảm tín hiệu đến tín hiệu trung gian trên T1WI, giảm khuếch tán (tăng tín hiệu) trên Diffusion (b800-b1000), đường kính theo trục ngắn lớn hơn 10mm [11],[14]. Mặc dù hạch di căn không được đưa vào bảng phân loại FIGO, song nếu có hạch di căn cạnh động tĩnh mạch chủ bụng hoặc hạch bẹn thì được coi là di căn xa và phân loại là GD IVB [72].

Phân loại giai đoạn và kế hoạch điều trị UT CTC: Bảng 3.11 cho thấy trong 218 BN nghiên cứu GD IIB chiếm tỉ lệ cao nhất 35,8%, GD IB chiếm tỉ lệ 26,6%, GD IIA chiếm 17,0%, GD IVB chiếm tỉ lệ thấp nhất (1,4%).

Sau khi xác định được giai đoạn UT CTC các nhà lâm sàng sẽ lập kế hoạch điều trị cho từng bệnh nhân. Kế hoạch ĐT cho bệnh nhân UT CTC phụ thuộc vào nhiều yếu tố: GD bệnh, tuổi và thể trạng chung của bệnh nhân, tổn thương

tại chỗ, quan điểm điều trị của thầy thuốc, trong đó GD bệnh là căn cứ quan trọng nhất. Tại bệnh viện K hiện đang sử dụng các kế hoạch điều trị như sau:

- GD từ IA đến IIA1: Phẫu thuật triệt căn hoặc phẫu thuật – xạ hậu phẫu hoặc xạ tiền phẫu – phẫu thuật hoặc xạ triệt căn.

- GD IB2, IIA2 đến GD IVB: hóa xạ trị đồng thời hoặc xạ triệt căn, có thể chỉ định PT sau hóa xạ trị hoặc xạ triệt căn.

218 trường hợp UT CTC được xác định các kế hoạch điều trị như bảng 3.12, theo đó 47 trường hợp được phẫu thuật triệt căn (phẫu thuật Wertheim) chủ yếu ở các giai đoạn từ IB trở xuống, kết quả giải phẫu bệnh phẩm sau mổ sẽ quyết định có xạ bổ sung sau phẫu thuật (xạ trị hậu phẫu) hay không, (trong nghiên cứu này chúng tôi gọi các trường hợp này là phẫu thuật trước xạ). 70 trường hợp được xạ trị tiền phẫu chủ yếu ở các giai đoạn từ IIB trở xuống, sau đó được phẫu thuật Wertheim (trong nghiên cứu này chúng tôi gọi các trường hợp này là phẫu thuật sau xạ). 101 trường hợp được xạ trị triệt căn hoặc hóa xạ trị triệt căn chủ yếu từ giai đoạn IIB trở lên. Như vậy xác định chính xác giai đoạn UT CTC giúp lâm sàng có cơ sở để lập kế hoạch điều trị chính xác nhất.

4.3. Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư cổ tử cung

Nghiên cứu 117 trường hợp UT CTC được PT, trong đó 47 trường hợp được PT trước xạ trị, 70 trường hợp được PT sau xạ trị. So sánh kết quả chụp CHT trước PT với kết quả GPB sau PT chúng tôi tính được các giá trị của CHT trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn và phân loại GD (theo FIGO) của UT CTC.

4.3.1. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u

Trong 117 trường hợp được PT, chấp nhận sai lệch trong khoảng 5mm giữa CHT và GPB đại thể (chênh lệch 5mm là tính đến sai lệch trong quá

trình bảo quản bệnh phẩm sau mổ) chúng tôi xác định được CHT đánh giá kích thước u CTC có độ chính xác đạt 93,2% (bảng 3.13).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các kết quả nghiên cứu của các nhóm tác giả Hricak và cs, Suback và cs cũng như của Shadav và cs đều ghi nhận với sai số 5 mm CHT đánh giá kích thước khối u CTC đạt độ chính xác 93% [17],[53],[55].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của đa trung tâm với 208 bệnh nhân UT CTC đã ghi nhận CHT đánh giá chính xác kích thước khối u với độ sai lệch 5mm có độ chính xác từ 79-94% [125].

Khi khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u ở 70 trường hợp được PT sau xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ chính xác 98,6%, (bảng 3.14). Tương tự, khi khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u ở 47 trường hợp được PT trước xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ chính xác 85,1% (bảng 3.15). Như vậy độ chính xác của CHT trong đánh giá kích thước u CTC sau xạ trị cao hơn so với trước xạ trị. Khác biệt này có thể do dưới tác dụng của xạ trị hoặc hóa xạ trị tiền phẫu khối u tiêu biến hoặc thu nhỏ kích thước, tạo điều kiện thuận lợi cho CHT đánh giá kích thước u chính xác hơn.

Khảo sát giá trị của LS trong chẩn đoán kích thước u CTC với 47 trường hợp được PT trước xạ trị chúng tôi thấy LS có độ chính xác đạt 57,4% (bảng 3.16). Các nghiên cứu của Okamoto và cs, Michell và cs cũng như của Nicolet và cs đều ghi nhận độ chính xác của LS trong đánh giá kích thước u là 60% [6],[125],[126]. Như vậy độ chính xác của LS thấp hơn nhiều so với CHT hay nói cách khác CHT chính xác hơn LS trong đánh giá kích thước u CTC.

Khảo sát sự tương hợp trong đánh giá kích thước u CTC của khám LS và

CHT của 218 khối u chúng tôi thấy hệ số Kappa = 0,47 (bảng 3.18), điều đó có nghĩa là đánh giá kích thước u của CHT và LS có sự tương hợp ở mức độ khá.

Như vậy: CHT có độ chính xác cao trong đánh giá kích thước u CTC (93,2%). Độ chính xác của CHT trong đánh giá kích thước u ở các trường hợp PT sau xạ trị cao hơn so với các trường hợp PT trước xạ trị (98,6% so với 85,1%). CHT chính xác hơn LS trong đánh giá kích thước u CTC (LS có độ chính xác chỉ đạt 57,4%). Sự tương hợp giữa CHT và LS trong đánh giá kích thước u ở mức độ khá.

4.3.2. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo

Trong 117 trường hợp được phẫu thuật CHT xác định có 8 khối u xâm lấn âm đạo, kết quả GPB xác nhận 6 khối u có xâm lấn và 2 khối u không xâm lấn âm đạo. 109 khối u CHT xác định không xâm lấn âm đạo, GPB xác nhận có 107 trường hợp âm tính và 2 trường hợp có tế bào u trong vành âm đạo. Như vậy trong đánh giá xâm lấn âm đạo CHT có độ đặc hiệu 98,2%, độ chính xác 96,6%, giá trị dự báo âm tính 98,2%, độ nhạy và giá trị dự báo dương tính đều là 6/8 (bảng 3.19).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hricak và cs: CHT đánh giá xâm lấn âm đạo có độ chính xác 95% [17] cũng như nghiên cứu của Bourgioti và cs: CHT đánh giá xâm lấn âm đạo có độ nhạy 86-91%, độ đặc hiệu 94-96% [127].

Tuy nhiên độ chính xác của CHT đánh giá xâm lấn âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Sala và cs, các tác giả này cho rằng giá trị này là 86-93% [8]. Sự khác biệt này có thể do các trường hợp UT CTC được PT trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ xâm lấn âm đạo thấp (chỉ có 8/117 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,8%).

Khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở các trường hợp được PT sau xạ trị, chúng tôi nhận thấy CHT có độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 97,1%, giá trị dự báo âm tính 97,0%, độ nhạy là 3/5 và giá trị dự báo dương tính là 3/3 (bảng 3.20). Khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở các trường hợp được PT trước xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ đặc hiệu 95,5%, độ chính xác 95,7%, giá trị dự báo âm tính 100%, độ nhạy là 3/3 và giá trị dự báo dương tính là 3/5 (bảng 3.21). Như vậy độ chính xác của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở các trường hợp được phẫu thuật sau xạ trị cao hơn các trường hợp được phẫu thuật trước xạ trị (97,1% so với 95,5%). Điều đó chứng tỏ rằng xạ trị hoặc hóa xạ trị có ảnh hưởng tới giá trị chẩn đoán xâm lấn âm đạo của CHT. Có thể dưới tác dụng của xạ trị hoặc hóa xạ trị tổn thương xâm lấn âm đạo co nhỏ hoặc tiêu biến tạo điều kiện thuận lợi cho CHT đánh giá xâm lấn âm đạo chính xác hơn.

Khảo sát giá trị của khám LS trong chẩn đoán xâm lấn âm đạo ở 47 trường hợp được PT trước xạ trị, chúng tôi thấy khám LS có độ đặc hiệu 90,9%, độ chính xác 87,2%, giá trị dự báo âm tính 95,2%, độ nhạy là 1/3 và giá trị dự báo dương tính là 1/5 (bảng 3.22).

Như vậy LS có giá trị thấp hơn CHT trong chẩn đoán xâm lấn âm đạo khi cùng đánh giá 47 trường hợp PT trước xạ trị, hay nói cách khác là CHT chính xác hơn lâm sàng trong đánh giá xâm lấn âm đạo.

Khảo sát sự tương hợp của CHT và LS trong đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT với khám LS ở 218 khối u chúng tôi thấy có 188 khối u đánh giá tương tự nhau chiếm 86,2%. 15 khối u LS đánh giá không xâm lấn âm đạo nhưng CHT thấy có xâm lấn đến túi bít âm đạo, 7 khối u LS đánh giá có xâm lấn túi bít âm đạo nhưng CHT không thấy xâm lấn, 5 khối u LS xác định xâm lấn đến 2/3 trên nhưng CHT xác định xâm lấn đến 1/3 dưới, 3 khối u LS xác định xâm lấn đến 1/3 dưới nhưng CHT xác định mới xâm lấn đến 2/3 trên âm

đạo (bảng 3.23). Hệ số Kappa = 0,736, sự tương hợp của CHT và LS trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở mức độ tốt.

Như vậy: CHT có giá trị cao trong đánh giá xâm lấn âm đạo (độ chính xác đạt 96,6%). Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo ở các trường hợp PT sau xạ trị cao hơn ở các trường hợp PT trước xạ trị (độ chính xác 97,1% so với 95,7%). CHT chính xác hơn LS trong đánh giá xâm lấn âm đạo (độ chính xác của LS chỉ đạt 87,5%). Đánh giá xâm lấn âm đạo của CHT và LS có sự tương hợp ở mức độ tốt.

4.3.3. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng

Trong 117 trường hợp được phẫu thuật CHT phát hiện 7 khối u có xâm lấn dây chằng rộng, kết quả GPB cho thấy 5 khối u có xâm lấn, 2 khối u không thấy xâm lấn. Trong 110 khối u còn lại CHT đánh giá không xâm lấn, GPB xác nhận là đúng. Như vậy trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng CHT có độ đặc hiệu 98,2%, độ chính xác 98,3%, giá trị dự báo âm tính 100%, độ nhạy là 5/5 và giá trị dự báo dương tính là 5/7 (bảng 3.24).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Charis và cs: trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng CHT có độ đặc hiệu 96%-99%, giá trị dự báo âm tính 94%-100% [111]. Tuy nhiên theo Sala và cs trong phát hiện xâm lấn dây chằng rộng CHT có độ chính xác từ 88% đến 97%, độ đặc hiệu 93% [8]. Nghiên cứu của Hricak và cs cũng cho rằng đánh giá xâm lấn mô cận cổ tử cung và dây chằng rộng của CHT có độ chính xác là 88% [17]. Khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu này có thể do 117 trường hợp được phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ xâm lấn dây chằng rộng thấp (chỉ có 5 trường hợp).

Khi khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn DCR ở các trường hợp được PT sau xạ trị chúng tôi nhận thấy độ đặc hiệu, độ chính xác và giá trị dự báo âm tính đều đạt 100%, độ nhạy và giá trị dự báo dương tính đều là

3/3 (bảng 3.25). Khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn DCR ở các trường hợp được phẫu thuật trước xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ đặc hiệu 95,6%, độ chính xác 95,7%, giá trị dự báo âm tính 100,0%, độ nhạy là 2/2 và giá trị dự báo dương tính là 2/4 (bảng 3.26). Sự khác biệt này có thể do dưới tác dụng xạ trị hoặc hóa xạ trị tổn thương xâm lấn tiêu biến hoặc teo nhỏ tạo điều kiện cho CHT đánh giá chính xác hơn.

Khảo sát giá trị của LS trong đánh giá xâm lấn DCR ở 47 trường hợp được PT trước xạ trị, chúng tôi thấy trong đánh giá xâm lấn DCR lâm sàng có độ đặc hiệu 95,6%, độ chính xác 93,6%, giá trị dự báo âm tính 97,7%, độ nhạy là 1/2 và giá trị dự báo dương tính là 1/3 (bảng 3.27). Các nghiên cứu của Hricak và cs cũng như của Zand và cs đều ghi nhận độ chính xác của LS trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng chỉ đạt từ 29%-53% [17],[128].

Như vậy trong đánh giá xâm lấn DCR, khám LS có giá trị thấp hơn so với CHT hay nói cách khác CHT chính xác hơn LS trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng.

Khi khảo sát sự tương hợp của CHT và khám LS trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng của 218 trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy có 198 trường hợp cả LS và CHT cùng đánh giá có xâm lấn dây chằng rộng (chiếm 90,8%), 14 trường hợp (6,4%) LS đánh giá không xâm lấn nhưng CHT xác định có xâm lấn, 6 trường hợp (2,8%) LS đánh giá có xâm lấn nhưng CHT xác định không xâm lấn (bảng 3.28). Hệ số Kappa = 0,816, nghĩa là sự tương hợp giữa CHT và LS trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở mức độ rất tốt.

Như vậy: CHT có độ chính xác cao trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng (98,3%). Độ chính xác của CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng ở các trường hợp PT trước xạ trị thấp hơn ở các trường hợp PT sau xạ trị (độ chính xác 95,7% so với 100%). CHT chính xác hơn LS trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng (độ chính xác 95,7% so với 93,6%). Sự tương hợp giữa CHT và LS trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở mức độ rất tốt.

4.3.4. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản

Với 117 trường hợp được phẫu thuật CHT xác định có 1 trường hợp có xâm lấn thành bên chậu hông, chúng tôi chẩn đoán là UT CTC xâm lấn và gây áp xe cơ thắt lưng chậu (hình 4.18). Kết quả PT và GPB cho thấy đây là hạch di căn có hoại tử. 116 trường hợp còn lại CHT xác định không xâm lấn thành bên chậu hông, kết quả GPB cho thấy có 1 trường hợp ung thư xâm lấn tới buồng trứng hai bên, đây là trường hợp UT CTC tái phát sau hóa xạ trị. Có thể do tổn thương ở mức độ vi thể nên CHT đánh giá không chính xác. Trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông CHT có độ chính xác 98,3%, độ đặc hiệu 99,1% và giá trị dự báo âm tính 99,1% (bảng 3.29). Hricak và cs ghi nhận trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông CHT có độ chính xác 93,0% [17]. Như vậy giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Hricak và cs. Sự khác biệt này có thể do các trường hợp được PT trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đều ở GD sớm (91,5% trường hợp ở GD 0 đến IB), tỉ lệ có xâm lấn thành bên chậu hông thấp.

Trong 70 trường hợp được PT sau xạ trị, CHT không xác định được trường hợp nào có xâm lấn thành bên chậu hông, GPB sau PT xác định có 1 trường hợp có tế bào ung thư ở buồng trứng trái. Trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở các trường hợp được PT sau xạ trị, CHT có độ chính xác 98,6%.

Trong 47 trường hợp được PT trước xạ trị, CHT xác định có 1 trường hợp xâm lấn thành bên chậu hông, kết quả hội chẩn trước phẫu thuật là áp xe buồng trứng trái, chỉ định phẫu thuật với mục đích cắt u CTC và dẫn lưu ổ áp xe buồng trứng. Kết quả PT và GPB cho thấy đây là hạch chậu trái di căn có kích thước lớn kèm hoại tử trung tâm. Độ chính xác của CHT trong chẩn đoán

xâm lấn thành bên chậu hông ở các trường hợp PT trước xạ trị là 97,9%. Như vậy trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở các trường hợp PT trước xạ trị và sau xạ trị CHT có giá trị tương đương nhau.

Khi khảo sát mức độ tương hợp trong đánh giá xâm lấn thành bệnh chậu hông và/hoặc niệu quản giữa CHT và khám LS ở 218 trường hợp được nghiên cứu (bảng 3.30) chúng tôi nhận thấy LS và CHT cùng đánh giá có xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản ở 19 trường hợp (8,7%), 155 trường hợp cùng đánh giá không xâm lấn (71,1%). Có 40 trường hợp (18,3%) LS đánh giá có xâm lấn đến thành bên tiểu khung nhưng CHT chỉ thấy xâm lấn đến mô cạnh tử cung, 4 trường hợp (1,8%) LS xác định không xâm lấn nhưng CHT xác định có xâm lấn thành bên tiểu khung. Hệ số Kappa = 0,367 nghĩa là sự tương hợp giữa CHT và LS trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở mức độ trung bình.

Như vậy: CHT có giá trị cao trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản (độ chính xác đạt 98,3%). Trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở các trường hợp được PT trước xạ trị và sau xạ trị CHT có độ chính xác tương đương nhau (độ chính xác tương ứng là 97,9% và 98,6%). Tương hợp giữa CHT và LS trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông ở mức độ trung bình.

4.3.5. CHT đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng

Các trường hợp được PT (cả trước và sau xạ trị) CHT và GPB không xác định được trường hợp nào có xâm lấn bàng quang, trực tràng hay nói một cách khác: những trường hợp CHT xác định có xâm lấn bàng quang, trực tràng đều không được PT mà chuyển sang hóa xạ trị.

Khi khảo sát sự tương hợp giữa CHT và LS trong đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng trong 218 trường hợp được nghiên cứu chúng tôi nhận thấy LS không phát hiện được trường hợp nào có xâm lấn bàng quang, trực tràng.

CHT xác định được 9 trường hợp (4,1%) xâm lấn bàng quang (bảng 3.32) và 2 trường hợp (0,9%) xâm lấn trực tràng (bảng 3.32), hệ số Kappa đều bằng 0, nghĩa là tương hợp của CHT và LS trong đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng đều ở mức độ kém. Các nghiên cứu của Rockall và cs cũng như của Hricak và cs đều cho rằng đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng CHT có giá trị dự báo âm tính 100% [43],[129]. Sala và cs cho rằng CHT đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng có độ chính xác 100% [8]. Hricak và cs cho rằng CHT đánh giá xâm lấn bàng quang có độ chính xác 96% [17].

Đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng là hạn chế của khám LS, chính vì vậy LS không xác định được trường hợp nào ở GD IVA. CHT là phương pháp thăm khám không xâm lấn, hiện nay được FIGO khuyến cáo sử dụng để đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng trong UT CTC.

4.3.6. Giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch

Trong 117 trường hợp được PT, CHT phát hiện 9 trường hợp có hạch ở vùng tiểu khung kích thước > 10mm tăng tín hiệu trên Diffusion (b800-b1000) được chẩn đoán hạch di căn, kết quả GPB cho thấy chỉ có 7 trường hợp di căn hạch, 2 trường hợp còn lại là hạch viêm. Trong 108 trường hợp CHT không phát hiện được hạch di căn thì GPB xác định có 11 trường hợp có di căn hạch, trong đó có 1 trường hợp hạch to di căn có hoại tử trung tâm trên CHT được chẩn đoán là áp xe cơ đái chậu. Trong chẩn đoán hạch di căn CHT có độ đặc hiệu 98,0%, độ chính xác 88,9%, giá trị dự báo âm tính 89,8%, độ nhạy là 7/18 và giá trị dự báo dương tính là 7/9 (bảng 3.33). Kết quả này khá tương đồng với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Theo nghiên cứu của Sala và cs, phát hiện hạch di căn của CHT và CLVT đều có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 43% và 73% [77].

Wei TY và cs cho rằng trong chẩn đoán di căn hạch chậu CHT có độ nhạy là 70,6%, độ đặc hiệu 89,8 %, giá trị dự báo dương tính 66,7%, giá trị dự báo âm tính 91,4% và độ chính xác 85,5% [56].

Trong một nghiên cứu đa trung tâm được tiến hành bởi Hội chẩn đoán hình ảnh Mỹ (ACRIN) và Nhóm ung thư phụ khoa (GOG), đánh giá di căn hạch bạch huyết của CHT có độ nhạy là 37% (20 trong số 54 bệnh nhân) và độ đặc hiệu 94% (99 trong số 105 bệnh nhân) [129].

Nghiên cứu 108 bệnh nhân được chụp CHT 0.3 Tesla trước, sau xạ trị và được PT sau xạ trị Ngô Thị Tính ghi nhận, trong chẩn đoán hạch di căn CHT có độ nhạy 75,8%, độ đặc hiệu 88,6% và độ chính xác 85,2% [108].

Như vậy tương tự như nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước chúng tôi nhận thấy trong đánh giá hạch di căn CHT có độ nhạy không cao (7/18) nhưng độ chính xác khá cao (88,9%).

Khảo sát giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch ở nhóm PT sau xạ trị chúng tôi thấy CHT có độ đặc hiệu 98,4%, độ chính xác 88,6%, giá trị dự báo âm tính 89,6%, độ nhạy là 2/9 và giá trị dự báo dương tính là 2/3 (bảng 3.34). Ở nhóm được PT trước xạ trị CHT có độ đặc hiệu 97,4%, độ chính xác 89,4%, giá trị dự báo âm tính 90,2%, độ nhạy là 5/9 và giá trị dự báo dương tính là 5/6 (bảng 3.35). Như vậy độ chính xác của CHT trong đánh giá di căn hạch của nhóm PT trước xạ trị tương đương với nhóm PT sau xạ trị.

Từ kết quả này có thể rút ra nhận xét rằng: xạ trị hoặc hóa xạ trị ảnh hưởng không đáng kể tới độ chính xác của CHT trong đánh giá hạch di căn.

Khi phân tích sự tương hợp của CHT và LS trong đánh giá di căn hạch ở 218 trường hợp, CHT ghi nhận có 97 trường hợp di căn hạch chậu và bẹn (chiếm 44,5%) (bảng 3.36). Khám LS rất hạn chế trong đánh giá di căn hạch

vùng chậu, chỉ có 1 trường hợp hạch to vùng bẹn được LS phát hiện. Hệ số Kappa = 0,011 nghĩa là tương hợp giữa CHT và LS trong đánh giá di căn hạch ở mức độ kém.

4.3.7. Giá trị của CHT trong chẩn đoán phân loại giai đoạn UT CTC

Khi đánh giá giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB ở 117 trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị (bảng 3.38) chúng tôi thấy:

- Giai đoạn 0: GPB xác định có 62 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 61 trường hợp, chẩn đoán sai 1 trường hợp, đây là trường hợp xạ tiền phẫu, CHT xác định còn tồn thương nhỏ sau xạ trị (GD IA*), kết quả GPB sau mổ không thấy tế bào ung thư (GD 0*), đây là sẹo CTC sau xạ trị. Giá trị chẩn đoán đúng của CHT ở giai đoạn 0 là 98,4%.

- Giai đoạn IA: GPB xác định có 10 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 7 trường hợp, chẩn đoán sai 3 trường hợp, cả 3 trường hợp này CHT không xác định được u nhưng GPB phát hiện có tế bào ung thư xâm lấn tại CTC. Tỷ lệ chẩn đoán đúng của CHT ở giai đoạn IA là 7/10.

- Giai đoạn IB: GPB xác định có 36 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 33 trường hợp, chẩn đoán sai 3 trường hợp, trong 3 trường hợp chẩn đoán sai có 1 trường hợp CHT xác định có xâm lấn mô cạnh CTC và DCR nên phân loại GD IIB, GPB xác định không có tế bào ung thư ở DCR nên phân loại GD IB. 1 trường hợp CHT xác định có xâm lấn túi bịt âm đạo (GD IIA), GPB xác định vành âm đạo không có tế bào ác tính (GD IB), 1 trường hợp CHT chẩn đoán UT CTC xâm lấn cơ thắt lưng chậu trái gây hoại tử, áp xe cơ thắt lưng chậu trái (GD IIIB), kết quả PT và GPB sau mổ cho thấy UT CTC không xâm lấn âm đạo, dây chằng rộng và thành bên chậu hông, hạch chậu trái rất to (12cm) di căn hoại tử (GD IB). Giá trị chẩn đoán đúng của CHT ở giai đoạn IB là 91,7%.

- Giai đoạn IIA: GPB xác định có 4 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 2 trường hợp, 2 trường hợp chẩn đoán sai do CHT xác định không xâm lấn âm đạo (GD IB) nhưng GPB xác định có tế bào ung thư ở vành âm đạo (GD IIA). Tỷ lệ chẩn đoán đúng của CHT ở giai đoạn IIA là 2/4.

- Giai đoạn IIB: GPB xác định có 4 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 4 trường hợp, tỷ lệ chẩn đoán đúng của CHT ở giai đoạn IIB là 4/4.

- Giai đoạn IIIB: GPB xác định có 1 trường hợp có tế bào ung thư ở buồng trứng, CHT không thấy xâm lấn thành bên chậu hông nên phân loại GD IIB.

- Tính chung trong 117 trường hợp CHT chẩn đoán đúng giai đoạn ở 107 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT là 91,5%.

Như vậy độ chính xác trong phân loại giai đoạn UT CTC của CHT ở GD 0 là 98,4%, GD IB là 91,7%, tính chung các giai đoạn là 91,5%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Okamoto và cs [6], Scheidler và cs [18], Ascher và cs [19] ghi nhận độ chính xác của CHT trong phân loại giai đoạn UT CTC từ 85,0% đến 96,0%. Nghiên cứu của Hricak và cs ghi nhận CHT phân loại giai đoạn UT CTC có độ chính xác chung là 81,0% [17]. Nhiều nghiên cứu khác ghi nhận độ chính xác của CHT trong phân loại GD UT CTC từ 75-96% [16],[42],[77].

Khảo sát giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT ở nhóm PT sau xạ trị (bảng 3.40) chúng tôi nhận thấy:

- Giai đoạn 0: GPB xác định có 58 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 57 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng của CHT là 98,3%.

- Giai đoạn IA: GPB xác định có 4 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 3 trường hợp, tỷ lệ chẩn đoán đúng là 3/4.

- Giai đoạn IB: GPB xác định có 3 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng cả 3 trường hợp, tỷ lệ chẩn đoán đúng là 3/3.

- Giai đoạn IIA: GPB xác định có 2 trường hợp, CHT không chẩn đoán được trường hợp nào, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 0/2.

- Giai đoạn IIB: GPB xác định có 2 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng cả 2 trường hợp, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 2/2.

- Giai đoạn IIIB: GPB xác định có 1 trường hợp, CHT không chẩn đoán được trường hợp nào, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 0/1.

- Tính chung trong 70 trường hợp được PT sau xạ trị, CHT chẩn đoán đúng 65 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng là 92,8%.

Như vậy ở các trường hợp được PT sau xạ, độ chính xác của CHT trong chẩn đoán GD 0 là 98,3%, tính chung độ chính xác của CHT là 92,8%.

Khảo sát giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT ở nhóm PT trước xạ (bảng 3.42) chúng tôi thấy:

- Giai đoạn 0: GPB xác định có 4 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng cả 4 trường hợp, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 4/4.

- Giai đoạn IA: GPB xác định có 6 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 4 trường hợp, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 4/6.

- Giai đoạn IB: GPB xác định có 33 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng 30 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng là 90,1%.

- Giai đoạn IIA: GPB xác định có 2 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng cả 2 trường hợp, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 2/2.

- Giai đoạn IIB: GPB xác định có 2 trường hợp, CHT chẩn đoán đúng cả 2 trường hợp, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 2/2.

- Tính chung 47 trường hợp được phẫu thuật trước xạ trị, CHT chẩn đoán đúng giai đoạn 42 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng của CHT là 89,4%.

Như vậy ở các trường hợp được phẫu thuật trước xạ, độ chính xác của CHT trong chẩn đoán giai đoạn IB là 90,1%, tính chung độ chính xác của CHT là 89,4%.

So sánh độ chính xác chung của CHT trong phân loại GĐ ở các trường hợp được PT sau xạ với PT trước xạ, chúng tôi nhận thấy ở các trường hợp PT sau xạ CHT chính xác hơn các trường hợp PT trước xạ (92,8% so với 89,4%). Sự khác biệt này có thể do tác dụng của xạ trị hoặc hóa xạ trị khối u cũng như tổn thương xâm lấn, di căn của UT CTC tiêu biến hoặc teo nhỏ, tạo điều kiện thuận lợi cho CHT chính xác hơn trong phân loại giai đoạn.

Khảo sát giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn của LS ở bệnh nhân PT trước xạ trị (bảng 3.44) chúng tôi thấy:

- Giai đoạn 0: GPB xác định có 4 trường hợp, LS chẩn đoán đúng 2 trường hợp, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 2/4.

- Giai đoạn IA: GPB xác định có 6 trường hợp, LS không chẩn đoán đúng trường hợp nào, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 0/6.

- Giai đoạn IB: GPB xác định có 33 trường hợp, LS chẩn đoán đúng 28 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng là 84,8%.

- Giai đoạn IIA: GPB xác định có 2 trường hợp, LS không chẩn đoán đúng trường hợp nào, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 0/2.

- Giai đoạn IIB: GPB xác định có 2 trường hợp, LS không chẩn đoán đúng trường hợp nào, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 0/2.

- Tính chung 47 trường hợp được phẫu thuật, LS chẩn đoán đúng giai đoạn 31 trường hợp, giá trị chẩn đoán đúng là 65,9%.

Nghiên cứu của Ozsarlak và cs ghi nhận phân loại giai đoạn UT CTC của khám LS có độ chính xác 47% [130]. Qin Y và cộng sự phân tích hồi cứu 818 trường hợp UT CTC GĐ IB-IIB được PT ghi nhận tỷ lệ chẩn đoán đúng các GĐ IB1, IB2, IIA và IIB của LS tương ứng là 85,4%, 77,4%, 35,3% và 20,5% [131].

Như vậy, LS có giá trị thấp hơn rõ rệt so với CHT trong phân loại GD UT CTC hay nói cách khác CHT chính xác hơn LS trong phân loại giai đoạn UT CTC (GD IB: 90,1% so với 84,8%, tính chung: 89,4% và 65,9%).

Khi phân tích sự tương hợp của CHT và LS trong phân loại giai đoạn UT CTC với 218 trường hợp nghiên cứu (bảng 3.45) chúng tôi nhận thấy phân loại giai đoạn UT CTC của LS và CHT giống nhau ở 113 trường hợp chiếm 51,8%, khác nhau ở 105 trường hợp chiếm 48,2% trong đó có 61 trường hợp (28,0%) CHT đánh giá GD thấp hơn so với LS, 44 trường hợp (20,2%) CHT đánh giá GD cao hơn so với LS. Chỉ số Kappa = 0,394, nghĩa là đánh giá phân loại giai đoạn UT CTC của CHT và LS có sự tương hợp ở mức độ trung bình.

Nếu lấy CHT làm tiêu chuẩn, khám LS phân loại sai nhiều hơn ở GD IB và IIIB. Ở GD IB lâm sàng đánh giá không chính xác kích thước khối u ở 13 trường hợp (6,0%), đánh giá sai xâm lấn âm đạo ở 12 trường hợp (5,5%) và đánh giá sai xâm lấn dây chằng rộng ở 7 trường hợp (3,2%). Ở giai đoạn IIIB đánh giá không chính xác xâm lấn thành bên chậu hông ở 39 trường hợp (17,9%). LS không xác định được 11 trường hợp xâm lấn bàng quang, trực tràng (GD IVA và IVB).

Ngô Thị Tính cũng nhận thấy có sự chuyển GD khi so sánh giữa LS và CHT 0.3Tesla [108].

Hình ảnh CHT có tính khách quan, đánh giá được không gian 3 chiều của khối u cũng như mức độ xâm lấn và di căn hạch, trong khi đó đánh giá của LS phụ thuộc vào kinh nghiệm của người khám, soi CTC chỉ quan sát thấy “phần nổi của tầng băng chìm” nên đánh giá phân loại giai đoạn UT CTC có thể chưa thật chính xác.

Như vậy: CHT có giá trị cao trong chẩn đoán phân loại giai đoạn UT CTC (độ chính xác chung 91,5%). Giá trị của CHT trong phân loại GD ở

các trường hợp PT sau xạ trị cao hơn ở các trường hợp PT trước xạ trị (độ chính xác chung 92,9% so với 89,4%). CHT có giá trị cao hơn LS trong phân loại GD UT CTC (độ chính xác chung 89,4% so với 65,9%). Sự tương hợp giữa CHT và LS trong chẩn đoán phân loại giai đoạn UT CTC ở mức độ trung bình.

Do vậy việc sử dụng CHT phối hợp với khám LS trong chẩn đoán phân loại GD UT CTC là cần thiết để nâng cao độ chính xác của chẩn đoán. Khuyến cáo này giành cho các bác sĩ chuyên ngành ung thư sản phụ khoa.

4.3.8. Giá trị của CHT trong theo dõi điều trị UT CTC

Theo dõi điều trị 171 trường hợp trong đó 70 trường hợp xạ trị tiền phẫu và 101 trường hợp xạ trị triệt căn hoặc hóa xạ trị triệt căn. Sau mỗi đợt ĐT chúng tôi tiến hành chụp CHT để đánh giá hiệu quả ĐT và lập kế hoạch ĐT tiếp theo.

4.3.8.1. Liên quan giữa chuyển GD sau ĐT với phân loại GD trước ĐT.

Bảng 3.46 cho thấy sau đợt ĐT thứ nhất có 99 trường hợp (57,9%) chuyển về GD 0*, hầu hết các trường hợp này trước ĐT đều ở các GD sớm từ IA đến IIB. Trong 72 trường hợp chưa chuyển về giai đoạn 0* có 1 trường hợp từ GD IB và 2 trường hợp từ GD IIA chuyển về GD IA* được chuyển PT, 1 trường hợp từ GD IIIB chuyển về GD IIB*, 1 trường hợp từ GD IVA và 2 trường hợp từ GD IVB chuyển về GD IIIB* bệnh nhân xin ra viện không điều trị tiếp, 65 trường hợp còn lại chưa chuyển về GD 0* sau ĐT đợt 1 được tiếp tục điều trị đợt 2.

Sau ĐT đợt 2 CHT thấy có 47 trường hợp chuyển về GD 0*, hầu hết các trường hợp này trước ĐT ở GD từ IIIB trở xuống (bảng 3.47). Như vậy sau đợt ĐT thứ 2 có tổng cộng 146 trường hợp chuyển về GD 0* chiếm 85,4%. Trong 18 trường hợp chưa chuyển về GD 0* có 4 trường hợp từ GD IIA, IIB và IIIB chuyển về giai đoạn IA* được chuyển phẫu thuật.

14 trường hợp còn lại chưa chuyển về GĐ 0* tiếp tục được ĐT đợt 3 (bảng 3.48), sau ĐT đợt 3 CHT thấy có 10 trường hợp chuyển về GĐ 0* bao gồm các GĐ từ IIB đến IVA. Như vậy sau đợt ĐT thứ 3 có tổng cộng 156 trường hợp chuyển về GĐ 0* chiếm 91,2%.

Trong 4 trường hợp chưa chuyển về GĐ 0* sau ĐT đợt 3, có 1 trường hợp ở giai đoạn IVA và 1 trường hợp ở GĐ IVA xin ra viện không điều trị tiếp, 2 trường hợp còn lại ĐT tiếp đợt 4 đều chuyển về GĐ 0* (bảng 3.49).

Tóm lại sau 4 đợt ĐT có tất cả 158 trường hợp (92,4%) chuyển về GĐ 0*, bệnh nhân ở GĐ muộn chuyển về GĐ 0* chậm hơn so với GĐ sớm. Có 6 trường hợp BN xin dừng điều trị ra viện chăm sóc triệu chứng, 3 trường hợp chuyển PT sau điều trị đợt 1 và 4 trường hợp chuyển PT sau điều trị đợt 2.

Như vậy CHT có vai trò rất quan trọng trong đánh giá hiệu quả của xạ trị và hóa xạ trị trong quá trình điều trị UT CTC, nó giúp cho các nhà LS “nhìn thấy” được tiến triển của bệnh để điều chỉnh phác đồ điều trị hợp lý nhằm đạt hiệu quả điều trị tốt nhất, giảm thiểu tác dụng phụ của tia xạ, hóa chất cho bệnh nhân.

4.3.8.2. Tương quan giữa đánh giá đáp ứng xạ trị hoặc hóa xạ trị theo RECIST và chuyển GĐ theo FIGO

Thực tế LS hiện nay thường đánh giá đáp ứng xạ trị hoặc hóa xạ trị của UT CTC theo “tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng cho u đặc” (RECIST).

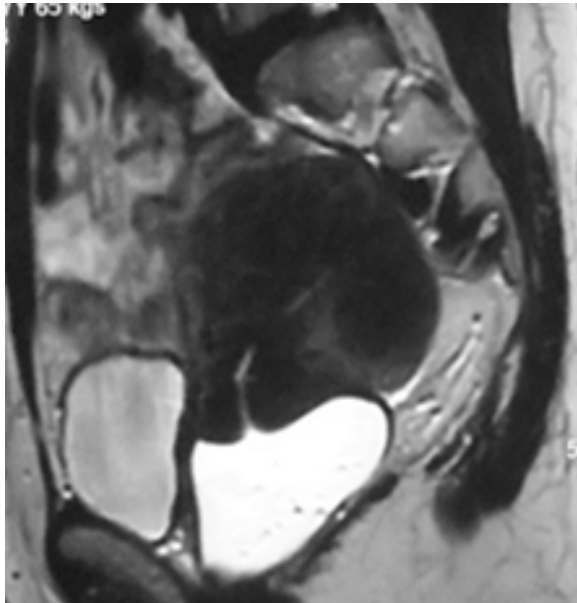
Khảo sát mối tương quan giữa đánh giá đáp ứng khối u theo RECIST và chuyển GĐ theo FIGO, chúng tôi thấy $p < 0,01$, giá trị Cramer's = 0,96 (bảng 3.50), như vậy phương pháp đánh giá đáp ứng ĐT theo RECIST và chuyển GĐ theo FIGO có mối tương quan chặt chẽ.

Tuy vậy, phương pháp đánh giá chuyển GĐ đơn giản, dễ thực hiện và có mối quan hệ với đánh giá GĐ UT CTC trước ĐT, khuyến cáo nên được áp dụng rộng rãi.

4.4. Các trường hợp chẩn đoán sai

Trường hợp 1: Đặng Thị H. 37 tuổi, số BA: 173028629, số GPB: 3640, K3-17-69424, K3-17-69425, K3-17-69426.

- Lí do vào viện: ra máu âm đạo sau sinh hoạt tình dục.
- MBH: ung thư biểu mô vảy không sừng hóa xâm nhập.
- Khám LS: tử cung to, chắc, di động tương đương thai 3 tháng. Âm hộ, âm đạo nhẵn. CTC nhẵn, di động, mô cạnh tử cung và DCR hai bên mềm, 2 phần phụ không thấy bất thường. Giai đoạn 0.



Hình 4.1. Hình ảnh cộng hưởng từ trước PT: u xơ tử cung, không thấy u cổ tử cung. Giai đoạn 0. Đặng Thị H. 37 tuổi, số BA: 173028629.

- Cộng hưởng từ: hình ảnh 2 u xơ thân tử cung, không thấy u CTC. Giai đoạn 0 (hình 4.1).

- Phẫu thuật: vào ổ bụng qua đường trắng giữa dưới rốn. Ổ bụng sạch, không có dịch. Tử cung có u xơ kích thước 4cm. Hai buồng trứng và vòi trứng bình thường. DCR hai bên mềm. Hạch chủ bụng và hạch chậu hai bên không sờ thấy. Tiến hành: cắt TC triệt căn type III để lại 2 buồng trứng. Khâu

kín mồm cụt âm đạo. Vết hạch chậu hai bên: hạch nhỏ, mềm, kích thước < 10mm. Cầm máu kỹ. Lau rửa, đặt dẫn lưu tiểu khung. Đóng bụng 3 lớp. Bỏ đờ tử cung: tổn thương nhỏ tại môi sau CTC kích thước 5x7mm.

- GPB sau PT: đại thể: CTC có vùng xung huyết nhẹ kích thước 5mm. Vi thể: carcinoma vẩy xâm nhập (số GPB 3640), không sừng hóa, độ II. Vành âm đạo, paramet không có u. Hạch chậu phải, trái viêm mạn tính. GD IA.

Nhận xét: trường hợp này trên ảnh CHT không quan sát thấy u nên chẩn đoán giai đoạn 0. Kết quả PT và GPB sau PT cho thấy CTC có u kích thước 5x7mm (GD IA).

Trường hợp 2: Hoàng Thị L. 43 tuổi. Số BA : 17308419. Số GPB: BVK17-11032, K3-17-79190, K3-17-79191, K3-17-79192, K3-17-79193, K3-17-79194, K3-17-79195, K3-17-79196.

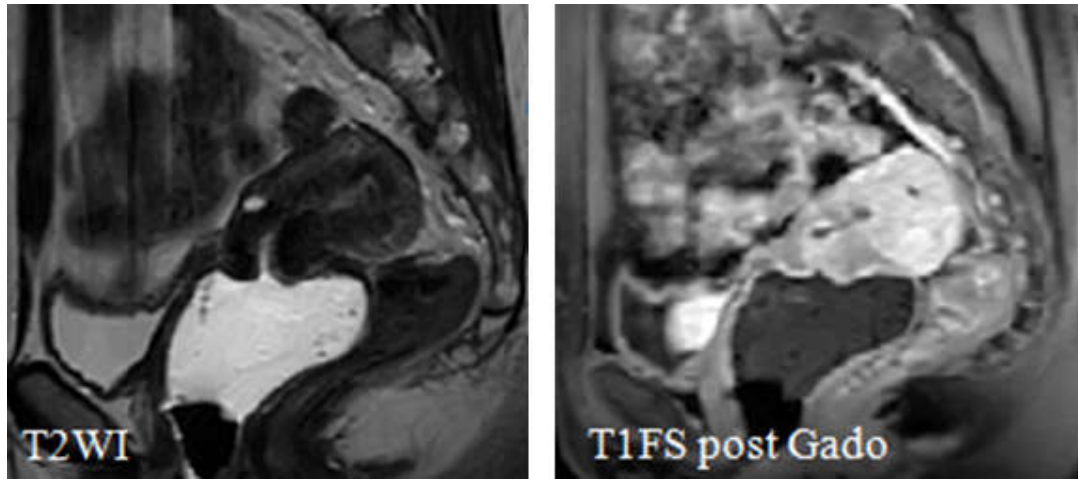
- Lí do vào viện: khám phụ khoa phát hiện tổn thương tại CTC.

- MBH: ung thư biểu mô tuyến CTC

- Khám LS: CTC mềm, tổn thương quanh lỗ CTC. Túi bịt và DCR hai bên mềm. Tử cung không to, di động. Hạch ngoại biên không sờ thấy. GD IB.

- CHT: cổ tử cung kích thước bình thường, có vài nang Naboth kích thước 5mm, không thấy hình ảnh UT CTC trên ảnh T2W và DW trước tiêm, T1FS sau tiêm thuốc đối quang từ. GD: 0 (hình 4.2)

- PT: mổ bụng theo đường trắng giữa dưới rốn vào ổ bụng. Kiểm tra: không có dịch ổ bụng, tử cung không to, DCR hai bên mềm, buồng trứng hai bên teo nhỏ. Không sờ thấy hạch chủ bụng. Tiến hành: cắt tử cung toàn bộ + buồng trứng hai bên + DCR hai bên típ III. Mổ phúc mạc vết hạch chậu bịt hai bên. Hạch bịt trái nhỏ mềm, di động. Cầm máu kỹ, phục hồi phúc mạc. Lau rửa dịch ổ bụng. Đặt dẫn lưu Douglas. Đóng bụng.



Hình 4.2. Hình ảnh cộng hưởng từ trước PT: nang Naboth cổ tử cung, không thấy u CTC. Giai đoạn 0. Hoàng Thị L. 43 tuổi. Số BA : 17308419

- GPB sau PT: cổ tử cung carcinoma tuyến vẩy vi xâm nhập. Thân tử cung không có u. Vòi tử cung hai bên: không có u. Mô buồng trứng hai bên không có u. DCR không thấy u. Vành âm đạo không có u. Hạch chậu phải viêm mạn tính, hạch chậu trái viêm mạn tính (GĐ IA1).

Nhận xét: trường hợp này hình ảnh CHT không thấy u (GĐ 0). GPB sau PT ung thư biểu mô tuyến vẩy vi xâm nhập (GĐ IA1).

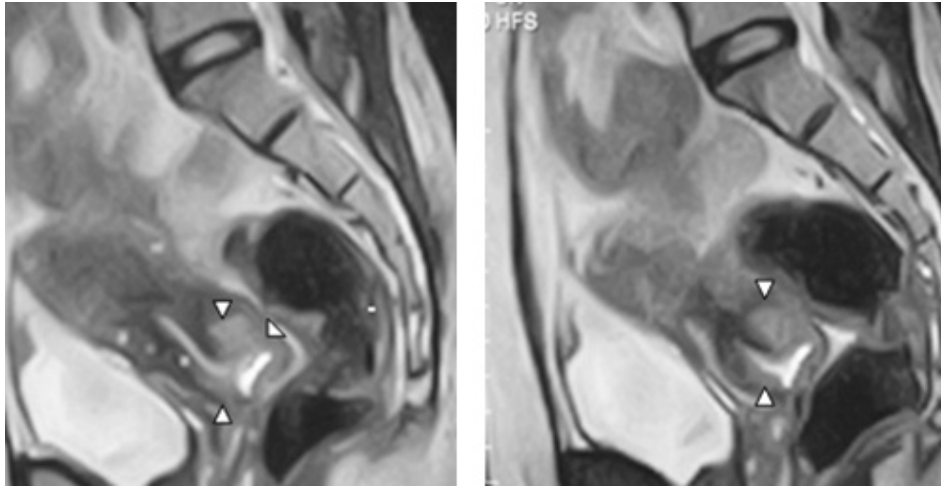
Trường hợp 3: Đoàn Thị N. 47 tuổi. Số BA: 16100373. Số GPB K3-16-K3-16-45085, K3-16-45086, K3-16-45087

- Lí do vào viện: ra máu âm đạo

- Mô bệnh học: UTBM vẩy

- Khám LS: u sùi CTC xâm lấn các thành âm đạo, lan tới 1/3 giữa thành trước âm đạo. DCR phải dày. GĐ IIB.

- CHT trước điều trị: UT CTC kích thước 30mm xâm lấn túi bịt sau âm đạo, xâm lấn mô cạnh CTC, GĐ IIB (hình 4.3).



Hình 4.3. Hình ảnh CHT trước điều trị: UT CTC giai đoạn IIB. Đoàn Thị N. 47 tuổi. Số BA: 16100373

- Điều trị: xạ toàn khung chậu 50Gy đồng thời với Cisplatin 40mg/m² x 5 đợt.

- CHT sau điều trị: UT CTC kích thước 10x20mm không xâm lấn âm đạo và mô cạnh CTC, GD IB* (hình 4.4).

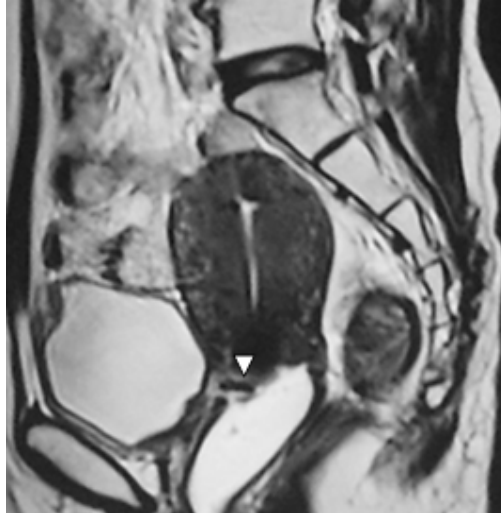


Hình 4.4. Hình ảnh CHT sau điều trị đợt 1: ung thư cổ tử cung GD IB. Đoàn Thị N. 47 tuổi. Số BA: 16100373*

- Điều trị tiếp: Xạ áp sát HDR 700 cGy x 5 đợt.

- CHT sau điều trị đợt 2: UT CTC kích thước 5x7mm khu trú ở thành trước. GD IA* (hình 4.5).

- Đánh giá: bệnh đáp ứng 1 phần. Chuyển phẫu thuật cắt tử cung toàn bộ sau hóa xạ trị.



Hình 4.5. Hình ảnh CHT sau điều trị đợt 2: ung thư cổ tử cung GD IA.*

Đoàn Thị N. 47 tuổi. Số BA: 16100373

- Phẫu thuật: vào ổ bụng qua đường trắng giữa dưới rốn thuận lợi. Đánh giá: ổ bụng sạch, không có dịch. Tử cung bề mặt nhẵn, buồng trứng hai bên không u, các quai ruột mềm mại, đại tràng xuống dính nhẹ vào buồng trứng trái. Hạch chậu, hạch ổ bụng không sờ thấy. Các bộ phận khác chưa phát hiện bất thường. Tiến hành: gỡ dính đại tràng. Cắt tử cung toàn bộ + 2 phần phụ, buồng trứng, 1/3 trên âm đạo thành 1 khối. Khâu mỏm cắt âm đạo, cầm máu kỹ. Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu Douglas. Đóng bụng 3 lớp.

- GPB sau PT: viêm loét CTC mạn tính. Thân tử cung không có tế bào ác tính. Mô buồng trứng và vòi trứng hai bên lành tính. Vành âm đạo và DCR không thấy mô u. GD: 0*.

Nhận xét: trường hợp này CHT trước phẫu thuật thấy còn tổn thương ở thành trước CTC (UT CTC giai đoạn IA*). Kết quả GPB sau PT cho thấy đây là tổn thương viêm loét mạn tính, không còn tế bào ung thư (GD 0).

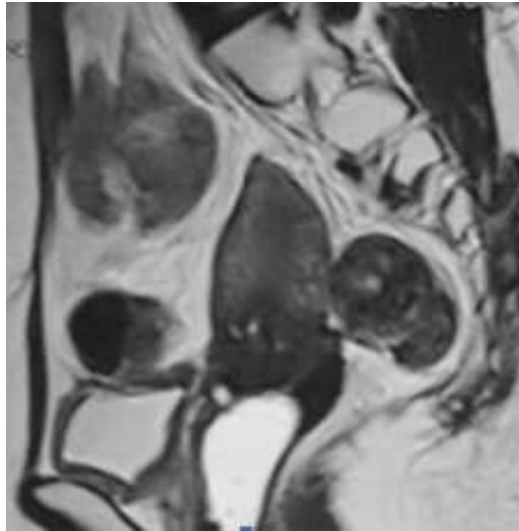
Trường hợp 4: Lê Thị Thúy H. 35 tuổi, số BA: 16307467. Số GPB: BVK 16-95239, K3-16-57903, K3-16-57904, K3-16-57905, K3-16-57906.

- Lí do vào viện: ra máu âm đạo trên 1 tháng, số lượng ít.
- Mô bệnh học: ung thư biểu mô tuyến.
- Khám LS: CTC chảy máu, u sùi kích thước 30mm, xâm lấn túi bịt, DCR hai bên mềm. GD IIA.
- CHT trước điều trị: dày niêm mạc ống cổ tử cung, không xâm lấn túi bịt âm đạo, không xâm lấn dây chằng rộng. Không thấy hạch tiêu khung. Nang Naboth CTC. GD IB1 (hình 4.6).



Hình 4.6. Hình ảnh cộng hưởng từ trước xạ trị: ung thư CTC GD IB1 (GPB: Carcinoma tuyến). Lê Thị Thúy H. 35 tuổi, số BA: 16307467

- Xạ trị tiền phẫu: xạ tiêu khung 30Gy. Xạ áp sát HDR 7Gy/lần x 5 lần.
- CHT sau xạ trị: không thấy hình ảnh U cổ tử cung. GD 0*. (hình 4.7)
- Đánh giá sau xạ tiền phẫu: đáp ứng hoàn toàn, chuyển phẫu thuật.



Hình 4.7. Hình ảnh cộng hưởng từ sau xạ trị: không thấy u. GD 0. Lê Thị Thúy H. 35 tuổi, số BA: 16307467*

- **Phẫu thuật:** mở bụng theo đường trắng giữa, dưới rốn: Không có dịch ổ bụng. Tử cung không to, hạch chậu không sờ thấy. DCR 2 bên mềm. Tiến hành: Cắt tử cung toàn bộ + buồng trứng 2 bên + DCR hai bên. Vết hạch chậu biệt 2 bên típ II. Hạch chậu biệt bên phải 0,5cm mềm. Khép mỏm cụt, phục hồi phúc mạc. Lau rửa ổ bụng.

- **GPB sau PT:** còn ổ carcinoma tuyến xâm nhập mô đệm. Mô buồng trứng hai bên lành tính. Vành âm đạo và DCR lành tính. Hạch chậu hai bên viêm quá sản. GD IA1*.

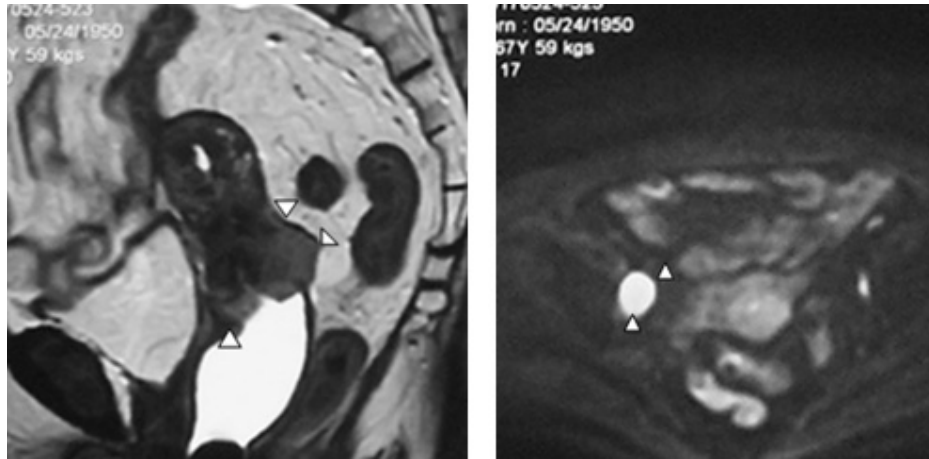
Nhận xét: trường hợp này trên hình ảnh CHT trước PT không thấy u chỉ thấy nang Naboth CTC sau xạ trị (GD 0*). GPB sau PT cho thấy còn ổ Carcinoma tuyến xâm nhập mô đệm (GD IA1*).

Trường hợp 5: Đoàn Thị H. 67 tuổi. Số BA: 17306634. Số GPB: K3-17-76572, K3-17-76648, K3-17-76649, K3-17-76650, K3-17-76651.

- Lí do vào viện: ra máu âm đạo 2 tuần.
- MBH: ung thư biểu mô vảy.

- Khám LS: CTC loét, thâm nhiễm dính nhẹ vào túi bịt sau. DCR trái đầy. GD IIB.

- CHT trước phẫu thuật: UT CTC kích thước 26x29x39mm xâm lấn túi bịt sau âm đạo. Di căn hạch chậu phải. GD IIA (hình 4.8).



Hình 4.8. Hình ảnh cộng hưởng từ trước phẫu thuật: UT CTC xâm lấn âm đạo, di căn hạch chậu phải. GD IIA. Đoàn Thị H. 67 tuổi. Số BA: 17306634

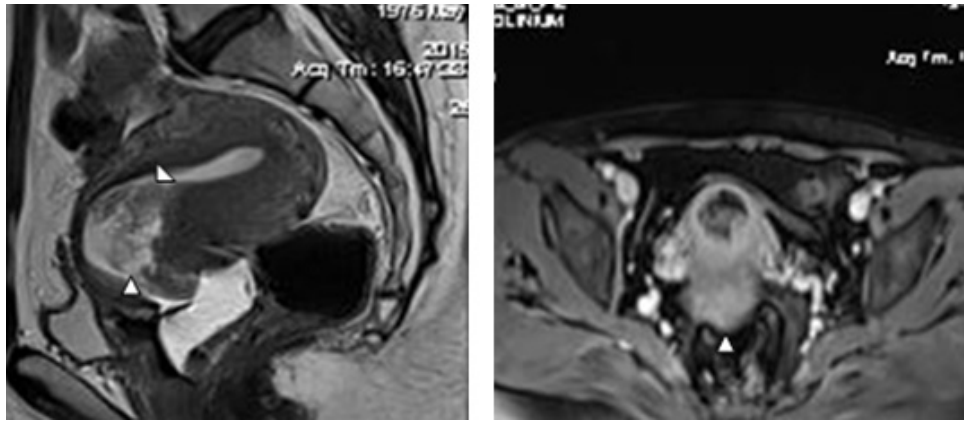
- Phẫu thuật: rạch da đường trắng giữa trên và dưới rốn. Ổ bụng sạch, không có dịch. TC nhỏ nhẵn kích thước 4x4cm. CTC to chắc, di động hạn chế. Buồng trứng, phần phụ hai bên không u. Hạch chậu bịt to chắc đường kính 2cm thâm nhiễm ra ngoài. Các cơ quan khác không u. Tiến hành: sinh thiết tức thì hạch chậu phải di căn. Cắt TC toàn bộ + 2 phần phụ + buồng trứng đến 1/3 trên âm đạo, cầm máu kỹ. Đặt 1 dẫn lưu Douglas. Khâu đóng vết mổ 3 lớp.

- GPB sau PT: cổ tử cung carcinoma vẩy sừng hóa xâm nhập hết chiều dày CTC, lan lên thân TC, xâm nhập mạch + lạc nội mạc trong cơ tử cung. Phần phụ hai bên không có u. Vành âm đạo âm tính. Hạch chậu phải: di căn carcinoma vẩy sừng hóa. Hạch chậu trái: viêm mạn tính. GD IB, di căn hạch.

Nhận xét: trường hợp này CHT chẩn đoán sai xâm lấn âm đạo, do đó chẩn đoán sai giai đoạn UT CTC. CHT chẩn đoán đúng di căn hạch chậu phải.

Trường hợp 6: Nguyễn Thị H. 39 tuổi. Số BA: 15101191. Số GPB: BVK15-75589, K3-15-30305

- Lí do vào viện: ra máu âm đạo ngoài kì kinh.
- MBH: ung thư biểu mô tuyến vảy.
- Khám LS: u sùi CTC, mật độ chắc, đường kính 3cm xâm lấn túi bít âm đạo phải và sau. DCR hai bên mềm. GD IIA.
- CHT trước điều trị: U thành sau tử cung kích thước 32x41mm không xâm lấn âm đạo và DCR hai bên (hình 4.9).

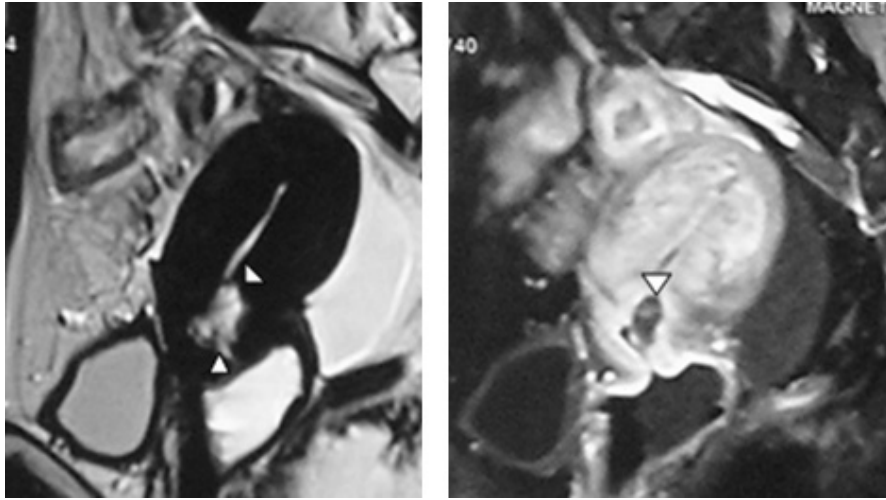


Hình 4.9. Hình ảnh CHT trước xạ trị : UT CTC giai đoạn IB2. Nguyễn Thị H. 39 tuổi. Số BA: 15101191

Xạ tiền phẫu: xạ toàn tiểu khung 30Gy. Xạ áp sát HDR: 800 cGy x 5 đợt.

CHT sau xạ tiền phẫu: ổ bất thường tín hiệu dưới niêm mạc vùng cổ tử cung kích thước 13x15mm, không xâm lấn âm đạo và mô cận cổ tử cung. GD IB1 (hình 4.10).

- Đánh giá sau xạ tiền phẫu: bệnh đáp ứng một phần, chuyển phẫu thuật.
- Phẫu thuật: rạch da đường trắng giữa: ổ bụng sạch, không có dịch. Hạch chủ bụng, hạch chậu gốc không sờ thấy. Tử cung, buồng trứng hai bên kích thước bình thường. DCR 2 bên mềm. Gan không thấy u. Tiến hành vét hạch chậu 2 bên, đường kính hạch 0,5cm. Cắt rộng 2 DCR tít II. Cắt tử cung toàn bộ + 2 phần phụ + 1/3 trên âm đạo. Dẫn lưu Douglas. Đóng bụng.



Hình 4.10. Hình ảnh CHT sau xạ trị: UT CTC giai đoạn IB1*. Nguyễn Thị H. 39 tuổi. Số BA: 15101191

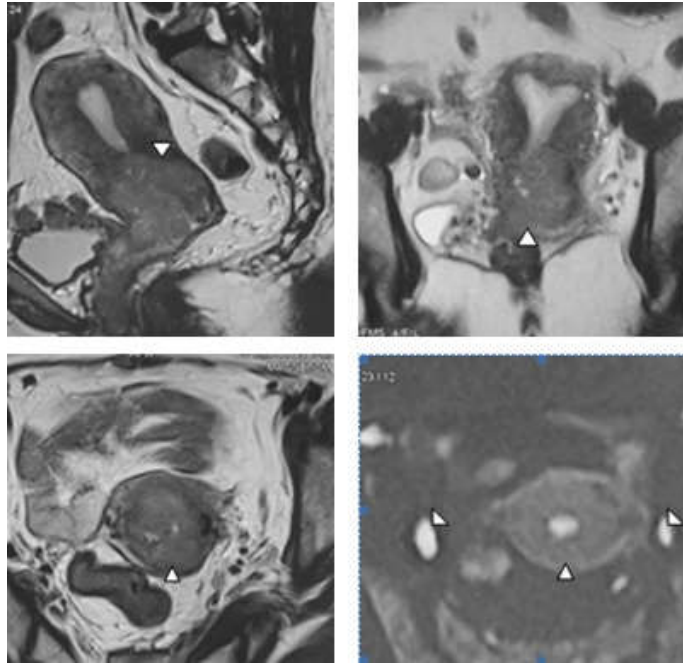
- Kết quả GPB sau mổ: cổ tử cung, vành âm đạo còn carcinoma tuyến. Thân tử cung, buồng trứng, DCR không có u. Hạch chậu hai bên âm tính. GD IIA*.

Nhận xét: Trường hợp này CHT chẩn đoán đúng u tại CTC, chẩn đoán sai xâm lấn âm đạo, do đó chẩn đoán sai giai đoạn.

Trường hợp 7: Nguyễn Thị L. 49 tuổi, số BA: 17305997, số GPB: K3-17-72577, K3-17-73847, K3-17-73848, K3-17-73849, K3-17-73850, K3-17-73851, K3-17-73852.

- Lí do vào viện: Đau bụng hạ vị. Rong kinh.
 - MBH: carcinoma vảy không sừng hóa xâm nhập.
 - Khám LS: cổ tử cung to, đường kính 4cm, mật độ chắc. Vị trí mép ống cổ có khối sùi đường kính 10mm dễ chảy máu. Túi bọt hai bên mềm. DCR hai bên mềm. GD IB.

- CHT trước PT: u CTC kích thước 44x46mm, xâm lấn tổ chức mỡ xung quanh. Hạch tiểu khung và bó mạch chậu hai bên kích thước hạch lớn nhất 18mm tăng tín hiệu trên Diffusion. UT CTC giai đoạn IIB di căn hạch chậu (hình 4.11).



*Hình 4.11. Hình ảnh CHT trước phẫu thuật: Ung thư cổ tử cung GD IIB.
Di căn hạch chậu. Nguyễn Thị L. 49 tuổi, số BA: 17305997*

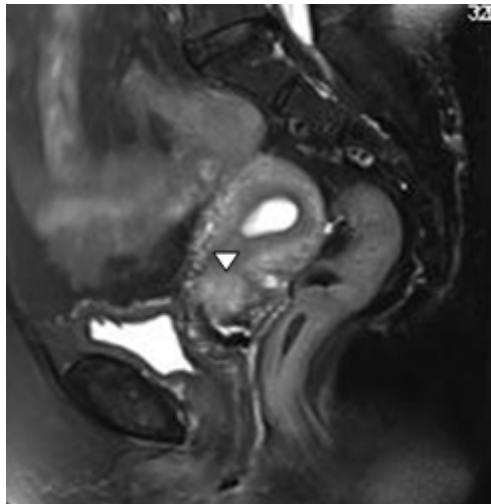
- Phẫu thuật: rạch da đường trắng giữa trên và dưới rốn vào ổ bụng, ổ bụng sạch, không có dịch. Tử cung kích thước 4x4cm, CTC to chắc kích thước 4x3cm. Buồng trứng phần phụ hai bên không có u. Hạch chậu bịt hai bên to chắc đường kính 2cm. Hạch chủ bụng không sờ thấy. Mạc nối lớn, vòm hoành, phúc mạc thành bụng không có u. Tiến hành mở phúc mạc vét hạch chậu bịt hai bên, hạch to vừa, chắc đường kính 1,5-2cm. Bộc lộ niệu quản, cắt DCR típ III. Cắt tử cung toàn bộ và 2 phần phụ, buồng trứng + 1/3 trên âm đạo. Khâu đóng móm cụt. Vết hạch chủ bụng thuận lợi. Hạ mạc nối lớn cố định tiểu khung.

- Kết quả GPB sau phẫu thuật: Cổ tử cung: carcinoma vẩy không sừng hóa xâm nhập lớp cơ CTC. Thân tử cung: carcinoma vẩy xâm nhập lớp cơ. Buồng trứng, vòi trứng hai bên không có u. DCR, vành âm đạo không có u. Hạch chậu phải và trái viêm mạn tính. Hạch chủ bụng viêm mạn tính. UT CTC GD IB, hạch viêm.

Nhận xét: Trường hợp này CHT chẩn đoán sai xâm lấn mô cạnh tử cung và dây chằng rộng, do đó chẩn đoán sai giai đoạn. Chẩn đoán sai hạch di căn.

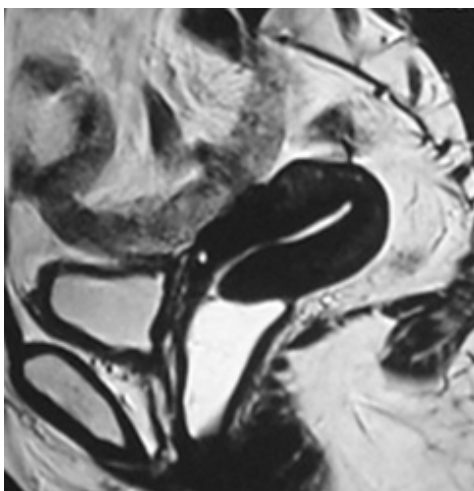
Trường hợp 8: Trần Thị H. 45 tuổi, số BA: 15100010, số GPB: K3-16-55072, K3-16-56423, K3-16-56424.

- Lí do vào viện: Ra máu âm đạo + khí hư âm đạo.
- MBH: carcinoma vẩy xâm nhập độ II.
- Khám LS: u sùi CTC kích thước 3x4cm xâm lấn thành âm đạo 1/3 trên, dễ chảy máu. DCR phải dày. GD IIB.
- Hình ảnh CHT trước xạ trị (ngày 04.01.2015): u khu trú tại CTC kích thước 30x35mm không xâm lấn âm đạo và DCR hai bên. Giai đoạn IB (hình 4.12).



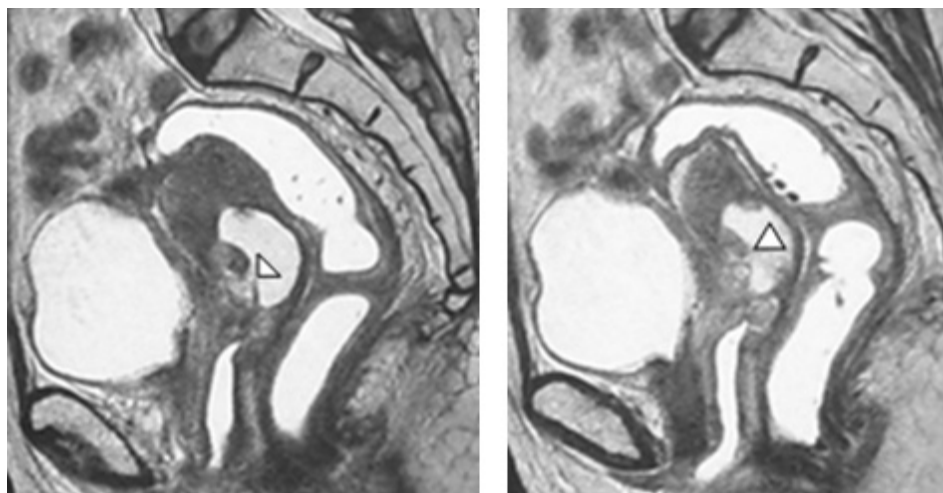
Hình 4.12. Hình ảnh UT CTC trước điều trị, giai đoạn IB, Trần Thị H. 45 tuổi, số BA: 15100010

- Điều trị: xạ toàn khung chậu 50Gy (che Pb 10 Gy) đồng thời Cisplatin 40mg/m² da x 3 tuần. Xạ áp sát HDR 600cGy x 4 đợt.
- Sau hóa xạ trị tổn thương tan hết, không thấy hình ảnh u trên CHT. Giai đoạn 0* (hình 4.13).
- Đánh giá sau hóa xạ trị: Đáp ứng hoàn toàn. Ra viện theo dõi định kì. Bệnh nhân được xuất viện (ngày 07/5/2015).



Hình 4.13. Hình ảnh CHT sau xạ trị: ung thư cổ tử cung giai đoạn 0
(24/4/2015, Trần Thị H. 45 tuổi, số BA: 15100010*

Ngày 07/10/2016 chụp CHT phát hiện UT CTC tái phát xâm lấn thân tử cung và mô cạnh CTC. GD IIB* (hình 4.14). Chỉ định phẫu thuật.



*Hình 4.14. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung tái phát (07/10/2016):
GD IIB*, Trần Thị H. 45 tuổi, số BA: 15100010*

- Phẫu thuật: rạch da đường trắng giữa trên và dưới rốn. Ổ bụng sạch, không có dịch. Hạch chủ bụng không sờ thấy, quai hồi tràng dính vào đáy tử cung, gỡ dính giải phóng quai hồi tràng. Đại tràng Sigma dính vào tiểu khung và đáy + mặt sau tử cung, gỡ dính giải phóng đại tràng sigma. Tử cung kích

thước bình thường, bề mặt nhẵn. Hai phần phụ hơi nhỏ dính nhẹ vào thành chậu. Bàng quang thành viêm dày, xơ cứng. DCR hai bên xơ hóa. Hạch chậu hai bên không sờ thấy. Tiến hành: mở phúc mạc eo tử cung, đẩy bàng quang ra khỏi CTC, cắt TC toàn bộ + 2 phần phụ đến 1/3 trên âm đạo. Khâu kín mỏm cụt âm đạo. Khâu phục hồi thành sau bàng quang. Hạ mạc nối lớn phủ xuống Douglas. Đặt dẫn lưu tiểu khung. Đóng bụng theo các lớp.

- GPB sau PT: carcinoma tuyến tụy ruột ở cổ và thân tử cung. Phần phụ và buồng trứng hai bên: carcinoma xâm lấn buồng trứng hai bên. Âm đạo và DCR không thấy u. Hạch viêm mạn tính. GĐ IIIB*.

Nhận xét: trường hợp này CHT chẩn đoán sai xâm lấn mô cạnh tử cung, không xác định được u xâm lấn buồng trứng hai bên nên chẩn đoán sai giai đoạn.

Trường hợp 9: Trịnh Thị H. 41 tuổi. Số BA: 15103835. Số GPB: K3-70768, K3-70769, K3-70770, K3-70771.

- Lí do vào viện: ra máu âm đạo

- MBH: carcinoma tuyến nhầy tụy cổ trong

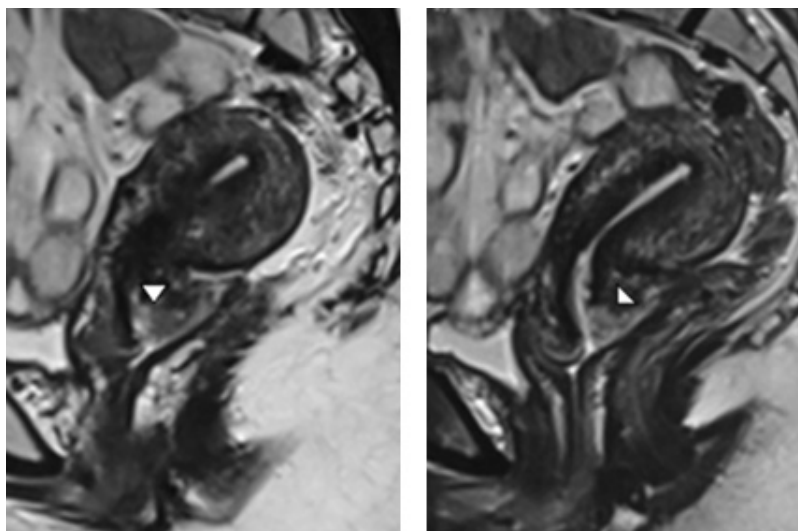
- Khám LS: u sùi CTC kích thước 4cm chưa xâm lấn các túi bịt. DCR hai bên mềm. GĐ IB.

- CHT trước điều trị: u CTC kích thước 35x40mm xâm lấn túi bịt thành sau âm đạo, chưa xâm lấn dây chằng rộng hai bên. GĐ IIA (hình 4.15)

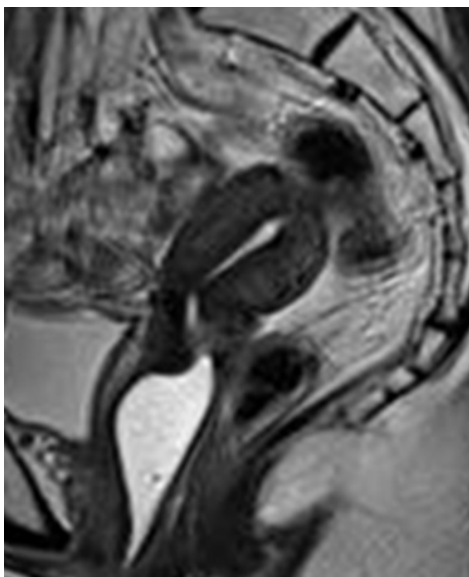
- Điều trị: hóa xạ đồng thời. Xạ toàn khung chậu 50Gy đồng thời Cysplastin 40mg/m² da x 5 tuần. Xạ áp sát HDR 800cGy x 4 đợt.

- Hình ảnh CHT sau xạ trị: không thấy hình ảnh u CTC, GĐ 0* (hình 4.16).

- Đánh giá sau hóa xạ trị: đáp ứng hoàn toàn. Ra viện khám định kỳ (26/01/2016)



Hình 4.15. Hình ảnh CHT trước xạ trị: ung thư cổ tử cung giai đoạn IIA, Trịnh Thị H. 41 tuổi. Số BA: 15103835



Hình 4.16. Hình ảnh cộng hưởng từ sau xạ trị: GD 0. Trịnh Thị H. 41 tuổi. Số BA: 15103835.*

- CHT ngày 15/03/2017: u CTC tái phát kích thước 15x18mm khu trú tại CTC, chưa xâm lấn âm đạo và dây chằng rộng. Dịch túi cùng Douglas, không thấy hạch di căn tiểu khung. GD IB* (hình 4.17).

- Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật.



Hình 4.17. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư CTC tái phát: GD IB. Trịnh Thị H. 41 tuổi. Số BA: 15103835*

- Phẫu thuật: rạch da đường trắng giữa trên và dưới rốn. Ổ bụng sạch, không có dịch. Tiểu khung có dịch đục 200ml. Hạch chậu bịt và chủ bụng không to. Tử cung nhẵn 4x4cm di động hạn chế. Buồng trứng phần phụ hai bên không u. Các cơ quan khác không u. Tiến hành cắt tử cung toàn bộ + 2 phần phụ buồng trứng + 1/3 trên âm đạo + vét hạch chủ bụng 2 bên thuận lợi, hạch nhỏ mềm di động, cầm máu kỹ. Đặt dẫn lưu Douglas và sau phúc mạc. Đóng bụng 3 lớp.

- Kết quả GPB sau phẫu thuật: CTC: carcinoma tuyến. Thân tử cung không có u. Mô buồng trứng hai bên không có u. Vành âm đạo có carcinoma tuyến, DCR không có tế bào ác tính. Hạch viêm mạn tính. GD IIA.

Nhận xét: trường hợp này CHT không xác định được UT CTC xâm lấn âm đạo nên chẩn đoán sai giai đoạn.

Trường hợp 10: Ngô Thị N. Số BA. 17306426. Số GPB. K3-17-75671, K3-17-75672, K3-17-75702, K3-17-75703, K3-17-75704, K3-17-75705, K3-17-75706, K3-17-75707.

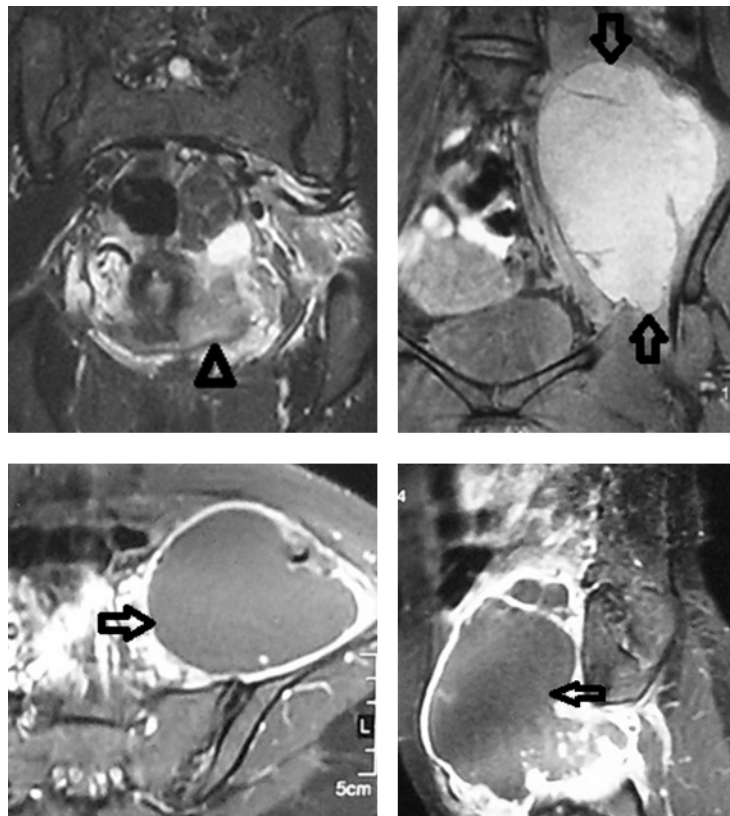
- Lí do vào viện: đau đùi và hông trái.

- MBH: ung thư biểu mô vảy không sừng hóa xâm nhập mô đệm.

- Khám LS: u cổ tử cung kích thước > 4cm sùi chảy máu, xâm lấn túi bít âm đạo và thành sau trái âm đạo. DCR trái dày. DCR phải mềm. GĐ IIB.

- CHT trước phẫu thuật: U thành trái cổ tử cung kích thước 30x35mm xâm lấn âm đạo, dây chằng rộng và thành trái chậu hông, áp xe cơ thắt lưng chậu trái. GĐ IIIB (hình 4.18).

- Hội chẩn và chẩn đoán trước phẫu thuật: ung thư cổ tử cung GĐ IIB. Áp xe buồng trứng trái. Phẫu thuật Weitheim cắt tử cung + lấy u buồng trứng trái.



Hình 4.18. Hình ảnh CHT trước PT: ung thư cổ tử cung xâm lấn âm đạo, dây chằng rộng và thành trái chậu hông, áp xe cơ thắt lưng chậu trái (GĐ IIIB). Ngô Thị N. Số BA. 17306426

- Phẫu thuật: rạch da đường trắng giữa trên và dưới rón vào ổ bụng. Ổ bụng sạch, không có dịch. Tử cung không to, kích thước 4x5cm, CTC to chắc

đường kính 4cm. Buồng trứng hai bên không u. Khối hạch chậu trái to kích thước 14x12cm căng dịch. Hạch chậu phải to vừa kích thước 1,5x2cm. Hạch chủ bụng nhỏ, mềm. Các cơ quan khác không u. Tiến hành sinh thiết hạch chủ bụng và hạch chậu trái (hút 500ml dịch đục), sinh thiết tức thì: di căn hạch chậu trái, hạch bụng (-). Mở phúc mạc vét hạch chậu phải thuận lợi. Sinh thiết hạch chậu trái. Bộc lộ niệu quản cắt DCR type II. Cắt tử cung toàn bộ 1/3 trên âm đạo, để lại 2 buồng trứng. Cầm máu kỹ. Đặt dẫn lưu Douglas, dẫn lưu hạch chậu trái. Khâu đóng ổ bụng 3 lớp.

- GPB sau PT: đại thể: CTC to bè kích thước 6x5x5cm, có u sùi chiếm toàn bộ ống cổ, xâm lấn gần hết chiều dày cổ tử cung. Vi thể: CTC carcinoma vảy độ III, thân tử cung không có u, vòi trứng hai bên không u, vành âm đạo: không u, DCR không u. Hạch chậu trái di căn carcinoma vảy. Hạch chậu phải 5/5 hạch viêm. Hạch chủ bụng 3/3 hạch viêm. Khối u sau phúc mạc: carcinoma vảy. Kết luận: UT CTC giai đoạn IB di căn hạch chậu.

Nhận xét: trường hợp này CHT chẩn đoán sai xâm lấn âm đạo, xâm lấn dây chằng rộng và xâm lấn thành bên chậu hông nên chẩn đoán sai giai đoạn UT CTC.

Như vậy trong 10 trường hợp chẩn đoán sai có 5 trường hợp được PT trước xạ trị và 5 trường hợp được PT sau xạ trị hoặc hóa xạ trị.

✓ Trong 5 trường hợp CHT chẩn đoán sai được PT trước xạ trị có:

+ 2 trường hợp âm tính giả khối u trên CHT.

+ 1 trường hợp CHT chẩn đoán dương tính giả xâm lấn âm đạo.

+ 1 trường hợp CHT chẩn đoán dương tính giả xâm lấn dây chằng rộng.

+ 1 trường hợp CHT chẩn đoán dương tính giả xâm lấn cả âm đạo và dây chằng rộng.

✓ Trong 5 trường hợp CHT chẩn đoán sai giai đoạn được PT sau xạ trị hoặc hóa xạ trị có 3 trường hợp được PT sau xạ trị và 2 trường hợp u tái phát.

+ Với 3 trường hợp được PT sau xạ trị có:

- 1 trường hợp chẩn đoán âm tính giả khối u còn sót trên CHT.
- 1 trường hợp chẩn đoán dương tính giả khối u còn sót trên CHT.
- 1 trường hợp CHT chẩn đoán âm tính giả xâm lấn âm đạo.

+ Với 2 trường hợp UT CTC tái phát có:

- 1 trường hợp CHT chẩn đoán dương tính giả xâm lấn âm đạo.
- 1 trường hợp CHT chẩn đoán dương tính giả xâm lấn DCR và âm tính giả xâm lấn buồng trứng.

KẾT LUẬN

Trong thời gian từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 6 năm 2017 nghiên cứu 218 bệnh nhân UT CTC được điều trị tại bệnh viện K chúng tôi thấy: độ tuổi hay gặp từ 40 đến 60, UTBM vẩy chiếm tỉ lệ 77,1%, UTBM tuyến chiếm 15,6%. Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Đặc điểm hình ảnh CHT 1.5 Tesla của UT CTC: 94,5% tăng tín hiệu trên ảnh T2W; 82,6% tăng tín hiệu (giảm khuếch tán) trên Diffusion (b800-1000); 92,2% đồng tín hiệu trên ảnh T1W. Sau tiêm thuốc đối quang từ 82,8% ngấm thuốc kém so với cơ tử cung. Tỉ lệ u ngấm thuốc đồng nhất chiếm 56,0%, ngấm thuốc không đồng nhất 44,0%. Kích thước u trung bình $36,9 \pm 18,6$ mm. 57,8% xâm lấn 2/3 trên âm đạo. 48,2% có xâm lấn dây chằng rộng, 10,6% xâm lấn thành bên chậu hông, 4,1% xâm lấn bàng quang, 0,9% xâm lấn trực tràng, 44,5% có di căn hạch chậu, 1,4% có di căn hạch ổ bụng. 26,6% ở GD IB, 17,0% GD IIA, 35,8% GD IIB, chỉ có 1,4% GD IVB.

2. Giá trị của CHT trong đánh giá phân loại GD và theo dõi điều trị UT CTC:

- Độ chính xác của CHT trong đánh giá kích thước u 93,9%
- Trong đánh giá xâm lấn âm đạo: độ đặc hiệu 98,2%, độ chính xác 96,6% và giá trị dự báo âm tính 98,2%.
- Trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng: độ đặc hiệu 98,2%, độ chính xác 98,3% và giá trị dự báo âm tính 100%.
- Trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông CHT có độ chính xác 98,3%, độ đặc hiệu 99,1% và giá trị dự báo âm tính 99,1%.
- Trong chẩn đoán hạch di căn CHT có độ đặc hiệu 98,0%, độ chính xác 88,9% và giá trị dự báo âm tính 89,8%.
- Độ chính xác của CHT trong chẩn đoán phân loại UT CTC ở giai đoạn 0 đạt 98,4%, giai đoạn IB 91,7%, tính chung các giai đoạn 91,5%.

- Trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn và phân loại giai đoạn UT CTC cộng hưởng từ có giá trị cao hơn hẳn so với LS. Do vậy sử dụng CHT phối hợp với LS trong đánh giá kích thước, xâm lấn, di căn và phân loại giai đoạn UT CTC là cần thiết để nâng cao độ chính xác của chẩn đoán.

- Trong theo dõi điều trị UT CTC: sau đợt ĐT thứ nhất có 57,7% chuyển về GD 0*, hầu hết các trường hợp này trước ĐT đều ở các GD sớm từ IA đến IIB. Sau đợt ĐT thứ hai tỉ lệ chuyển về GD 0* là 85,7%. Sau đợt ĐT thứ 3 có 91,4% chuyển về GD 0*. Sau 4 đợt ĐT có 92,6% chuyển về GD 0*. Số còn lại hoặc được chuyển sang PT hoặc xin ra viện không điều trị tiếp.

- Đánh giá đáp ứng xạ trị hoặc hóa xạ trị của UT CTC theo RECIST và đánh giá chuyển GD theo FIGO có mối tương quan chặt chẽ.

KIẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả nghiên cứu của đề tài này chúng tôi đề xuất một số kiến nghị như sau:

- Sử dụng CHT như một phương pháp thăm khám bổ sung thường quy cho LS trong đánh giá xâm lấn, di căn, chẩn đoán phân loại GĐ UT CTC trước điều trị cũng như là phương pháp hỗ trợ cơ bản cho LS trong theo dõi điều trị UT CTC.

- Áp dụng đánh giá đáp ứng điều trị theo chuyển GĐ như một phương pháp đánh giá đáp ứng điều trị UT CTC sau xạ trị hoặc hóa xạ trị.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ

1. Doãn Văn Ngọc, Bùi Văn Lệnh, Bùi Diệu (2016). “Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ 1.5 Tesla của ung thư cổ tử cung”, *Tạp chí Y học thực hành* số 8 (1019), 2016, tr 54-56.
2. Doãn Văn Ngọc, Bùi Văn Lệnh, Bùi Diệu (2016). “Giá trị của cộng hưởng từ 1.5Tesla trong phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư cổ tử cung”, *Tạp chí Y học thực hành* số 9 (1021), 2016 tr 2-5.
3. Doãn Văn Ngọc, Bùi Văn Lệnh, Bùi Diệu (2016). “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ 1.5T của ung thư cổ tử cung”, *Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội - Khoa học Y Dược*, tập 32, số 2 (2016), tr 82-92.
4. Doãn Văn Ngọc, Bùi Văn Lệnh, Bùi Diệu (2017). “Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1.5T trong phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung”, *Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội – Khoa học Y Dược*, tập 33, số 1 (2017), tr 75-83.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Globocan Cervical Cancer (2012). Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix - new.asp> (accessed 30.06.2017).
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A (2015). Cancer statistics 2015. *CA Cancer J Clin.* 65(1), 5-29.
3. Bộ Y tế (2012). Ung thư cổ tử cung. *Giới thiệu một số bệnh ung thư thường gặp*. Nhà Xuất bản Y học, 198-199.
4. Nguyễn Sào Trung, (2007). HPV và tổn thương cổ tử cung. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, chuyên đề GPB – tế bào bệnh học, tập 11, phụ bản số 3, 1 – 4.
5. Smith HO, Tiffany MF, Qualls CR, Key CR (2000). The rising incidence of adenocarcinoma relative to squamous cell carcinoma of the uterine cervix in the United States-a 24-year population-based study. *Gynecol Oncol*, 78(2), 97-105.
6. Okamoto Y, Yumiko O. Tanaka, Masato Nishida et al (2003). MR Imaging of the Uterine Cervix: Imaging-Pathologic Correlation. *RadioGraphics*, Vol 23, issue 2, 425-445.
7. Pettersson F (1998). Secondary prevention screening for carcinoma of the cervix. In: Kavanaugh JJ, ed. *Cancer in women*. Malden, MA: Blackwell Science, 1998:242 –243.
8. Sala E, Wakely S, Senior E et al (2007). MRI of malignant neoplasms of the uterine corpus and cervix. *AJR Am J Roentgenol.*, 188 (6), 1577- 1587.
9. Lagasse LD, Creasman WT, Shingleton HM et al (1980). Results and complications of operative staging in cervical cancer: experience of the Gynecologic Oncology Group. *Gynecol Oncol.*, 9(1), 90-98.

10. Van Nagell JR, Roddick JW, Lowin DM (1971). The staging of cervical cancer: inevitable discrepancies between clinical staging and pathologic findings. *Am J Obstet Gynecol.*, 110(7):973–978.
11. Claudia CC, Sylvia MF, Karen VP, et al (2007). Magnetic resonance imaging in the staging of cervical cancer. *Radiol Bras*, Vol. 40, No. 3.
12. Odicino F, Tisi G, Rampinelli F et al (2007). New development of the FIGO staging system. *Gynecol Oncol.*, 107(1 Suppl 1): S8–S9.
13. Pecorelli S (2009). Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.*, 105(2):103–104.
14. Shilpa P, Sidath HL, Anju S et al (2010). Imaging of endometrial and cervical cancer. *NCBI, PMC Journal list, insights imaging*, Vol 1 (5-6): 309-328.
15. Hoàng Đức Kiệt (2016). *Cộng hưởng từ bụng và tiểu khung*, NXB Y học, tr. 31-44, 329-334.
16. Kim SH, Choi BI, Han JK et al (1993). Preoperative staging of uterine cervical carcinoma: comparison of CT and MRI in 99 patients. *J Comput Assist Tomogr* ;17:633–640.
17. Hricak H, Lacey CG, Sandles LG et al (1988). Invasive cervical carcinoma: comparison of MR imaging and surgical findings. *Radiology*, Vol. 166, Iss 3, 623-631.
18. Scheidler J, Heuck AF (2002). Imaging of cancer of the cervix. *Radiol Clin North Am*; 40(3): 577–590.
19. Ascher SM, Takahama J, Jha RC (2001). Staging of gynecologic malignancies. *Top Magn Reson Imaging*; 12(2):105–129.
20. Bộ môn giải phẫu, Trường Đại học Y Hà Nội (2011). *Giải phẫu người*. NXB Y học, 304 – 312.

21. Р.Д.Синельников (2012). Шейка матки. *Атлас анатомии человека*, том II, 213-214.
22. Đinh Thế Mỹ, Đinh Xuân Tửu, Ngô Thu Thoa (2001). Tài liệu tập huấn ung thư CTC, tử cung buồng trứng. *Dự án nghiên cứu bệnh chứng ung thư phụ khoa miền Bắc*, lưu hành nội bộ, 0 – 47.
23. Frank H. Netter (2013). Atlas giải phẫu người. 5 Vietnamese Edition, NXB Y học, h. 355, h. 388.
24. Sidath HL et al, (2010). MRI and PET Scans for Primary Staging and Detection of Cervical Cancer Recurrence. *Journal Article, Feb 1, 2010*.
25. Moeller TB, Reif E, (2001). Pocket Atlas of Sectional Anatomy, Vol 2, Thieme Stuttgart – New York, p 148-185.
26. Hricak H, Akin O, Sala E et al (2007). Diagnostic Imaging Gynecology, Section 1, p. 16-22.
27. Joseph AJ, Albert S (2006). The Cervix. 2d Edition, Blackwell publishing, USA, pages 90-94 (HPV and CIN).
28. WHO (2014). “Cervical cancer: practice guidelines in oncology”. National comprehensive cancer network, Geneve.
29. Patel FD, Rai B, Mallick I et al (2005). High dose rate brachytherapy in uterin cervical carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.*, 62, 125-30.
30. Hinselmann H (1927). Zur Kenntnis der praekancerösen Veränderungen der Portio. *Zentralbl Gynakol*, 51: 901.
31. Trần Thị Phương Mai, (2003). Soi cổ tử cung phát hiện sớm ung thư, NXB Y học.
32. Benard VB, Lee NC, Piper M et al (2001). Race-specific results of Papanicolaou testing and the rate of cervical neoplasia in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, 1991-1998 (United States). *Cancer Causes Control*, 12:61-68.

33. Bipat S, Glas AE (2001). Radiological evaluation of parametrial invasion and lymph node metastases in patients with cervical carcinoma: a systematic review. *Lyon, France*, 9-13.
34. Crum CP, Ikenberg H, Richart RM et al. (1984). Human papinllomavirus type and early cercical neoplasia. *N Engl J Med*, 310:880-883.
35. Hatch KD, Schneider A, Abdel-Nour MW (1995). An evaluation of human papillomavirus testing for intermediate- and high-risk típes as triage before colposcopy. *Am J Obstet Gynecol*, 172(4 pt 1), 1150-7.
36. Bùi Diệu (2011). *Một số bệnh ung thư phụ nữ*. Nhà xuất bản Y học, 78-80.
37. Văn Quang Anh (2009). *Giá trị của SCC-Ag huyết thanh, xạ hình xương trong theo dõi kết quả điều trị ung thư CTC*. Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Quân y.
38. Akihiro M, Tatsushi N, Mayumi K et al (2006). Suppression of SCC antigen promotes cancer cell invasion and migration through the decrease E-cadherin expression. Department of Medicine, 1-1-1 Minamikogushi, Ube 755-855, Japan.
39. Khổng Thị Hồng, Lê Thị Bích Khuê, Bùi Diệu và cs (2002). Nghiên cứu sự biến đổi hàm lượng SCC-Ag ở bệnh nhân ung thư CTC sau xạ trị tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học thực hành*, 10-2002, Chuyên đề Ung thư học, (431), 260-262.
40. Bùi Diệu, Văn Quang Anh, Tô Anh Dũng, Đặng Thị Việt Bắc (2002). Liên quan giữa kháng nguyên SCC và yếu tố hạch trong ung thư CTC. *Tạp chí Y học thực hành*, 10-2002, Chuyên đề Ung thư học, (431), 263-265.
41. Susan JF, Ahmed MA, Masako YK et al (2012). The Revised FIGO Staging System for Uterine Malignancies: Implications for MR Imaging. *RadioGraphics*, Volume 32, issue 6.

42. Bipat S, Glas AS, Van der V et al (2003). Computed tomography and magnetic resonance imaging in staging of uterine cervical carcinoma: a systematic review. *Gynecol Oncol.*, 91(1), 59–66.
43. Rockall AG, Ghosh S, Alexander SF et al (2006). Can MRI rule out bladder and rectal invasion in cervical cancer to help select patients for limited EUA?. *Gynecol Oncol.*, 101(2):244–249.
44. FIGO Committee on Gynecologic Oncology (2014). FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 125(2):97-98.
45. Bùi Diệu (2007). *Đánh giá kết quả điều trị ung thư CTC GD IB-IIA có sử dụng xạ trị tiên phẫu bằng cesium 137*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
46. Lê Phong Thu (2009). *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học ung thư biểu mô cổ tử cung GD IB-IIA trước và sau xạ trị tiên phẫu*. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
47. Faysal AS (2015). Cervical Cancer Imaging. [http:// emedicine.medscape.com/article/402329](http://emedicine.medscape.com/article/402329) (accessed 30.06.2017).
48. Abu-Yousef M, Pelsang R, et al, (2008), Radiology in the Diagnosis, Staging, and Management of Gynecologic Malignancies, *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228); DOI 10.3843/GLOWM.10266.
49. Innocenti P, Pulli F, Savino L et al (1992). Staging of cervical cancer: Reliability of transrectal US, *Radiology*, 185: 201-205.
50. Mayr N A, Tali ET, Yuh WT et al (1993). Cervical cancer: application of MR imaging in radiation therapy. *Radiology*, Vol 189, Issue 2.

51. Jeong YY, Kang HK, Chung TW et al (2003). Uterine cervical carcinoma after therapy: CT and MR imaging findings. *RadioGraphics*, 23: 969–981.
52. Yong YJ, Heoung KK, Tae WC et al (2003). Uterine Cervical Carcinoma after Therapy: CT and MR Imaging Findings. *RadioGraphics*, Vol 23, iss 4.
53. Subak LL, Hricak H, Powell CB et al (1995). Cervical carcinoma: computed tomography and magnetic resonance imaging for preoperative staging. *Obstet Gynecol.*, 86:43-50.
54. Low RN, Barone RM, Lacey C et al (1997). Peritoneal tumor: MR imaging with dilute oral barium and intravenous gadolinium-containing contrast agents compared with unenhanced MR imaging and CT. *Radiology*, 204, 513-520.
55. Sahdev A, S.A. Sohaib, A.E.T. Wenaden et al (2007). The performance of magnetic resonance imaging in early cervical carcinoma: a long-term experience. *Int J Gynecol Cancer*, 17(3), 629–636. doi: 10.1111/j.1525-1438.2007.00829.
56. Wei TY, Wynnie WML, Mei YY et al (2000). Comparison of Dynamic Helical CT and Dynamic MR Imaging Evaluation of Pelvic Lymph Nodes in Cervical Carcinoma. *AJR*, Vol 175, Iss 3.
57. Michael A. Gold (2008). PET in cervical cancer: implications for “staging” treatment planning, assessment of prognosis, and prediction of response. *J Natl Compr Canc Netw*, 6(1), 37–45.
58. Hongju S, Arpakorn K, Monica PH et al (2010). PET/CT Evaluation of Cervical Cancer: Spectrum of Disease. *RadioGraphics*, Vol 30, issue 5.
59. Follen M, Levenback CF, Iyer RB et al (2003). Imaging in cervical cancer. *Cancer*, 98(9 suppl):2028–2038.

60. Antoch G, Freudenberg LS, Beyer T et al (2004). To enhance or not to enhance? 18F-FDG and CT contrast agents in dual-modality 18F-FDG PET/CT. *J Nucl Med*, 45(suppl 1), 56S–65S.
61. Pari VP, Garry C, Marcela GDC et al (2009). MRI and PET/CT for Triaging Stage IB Clinically Operable Cervical Cancer to Appropriate Therapy: Decision Analysis to Assess Patient Outcomes. *AJR*, Vol 192, Iss 3, 802-814.
62. Yildirim Y, Sehirali S, Avci ME et al (2008). Integrated PET/CT for the evaluation of para-aortic nodal metastasis in locally advanced cervical cancer patients with negative conventional CT findings. *Gynecol Oncol.*, 108(1), 154–159.
63. Reinhardt MJ, Ehrhrt BC, Vogelgesang D et al (2001). Metastatic lymph nodes in patients with cervical cancer: detection with MR imaging and FDG PET. *Radiology*. 2001 Mar. 218(3):776-82.
64. Grigsby PW (2007). The contribution of new imaging techniques in staging cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 107(1 suppl.1):S10–S12.
65. Mc Veigh PZ, Syed AM, Milosevic M et al (2008). Diffusion-weighted MRI in cervical cancer. *European Radiology*, Vol. 18, Iss. 5, pp 1058-1064.
66. Lieven VH, Dirk V, Raymond O et al (1999). Cervical Carcinoma: Optimized Local Staging with Intravaginal Contrast- enhanced MR Imaging-Preliminary Results. *Radiology*, Vol 213, Iss 2.
67. Hricak H, Swift PS, Campos Z et al (1993). Irradiation of the cervix uteri: value of unenhanced and contrast-enhanced MR imaging. *Radiology*, Vol. 189, Iss. 2, 381-388.
68. Hans Hawighorst (1999). Dynamic MR Imaging in Cervical Carcinoma. *Radiology*, Vol. 213, Iss. 2.

69. Kinkel K, Ariche M, Tardivon AA et al (1997). Differentiation between recurrent tumor and benign conditions after treatment of gynecologic pelvic carcinoma: value of dynamic contrast-enhanced subtraction MR imaging. *Radiology*; 204, 55-63.
70. Sandra P, Peter MTP, Carla SP, and Baptist T (1999). Cervical Carcinoma: Can Dynamic Contrast-enhanced MR Imaging Help Predict Tumor Aggressiveness. *Radiology*, Vol 210, Iss 1.
71. Viviane N, Louis C, France B, and Odile P (2000). MR Imaging of Cervical Carcinoma: A Practical Staging Approach. *RadioGraphics*, Vol 20, Iss 6.
72. Yoshikazu O, Yumiko OT, Masato N et al (2003). MR Imaging of the Uterine Cervix: Imaging-Pathologic Correlation. *RadioGraphics*, Vol 23, issue 2.
73. Lê Tuấn Linh, Nguyễn Duy Huê (2009). Vai trò của cộng hưởng từ 1.5 Tesla trong bệnh lý ung thư cổ tử cung. *Tạp chí Y học Việt Nam* (chuyên đề Hội nghị Điện quang và Y học hạt nhân số 2), 361, 64-70.
74. Tsuda K, Murakami T, Kurachi H et al (1997). MR imaging of cervical carcinoma: comparison among T2-weighted, dynamic, and postcontrast T1-weighted images with histopathological correlation. *Abdom Imaging* 1997 Jan-Feb, 22(1):103-7.
75. Hawighorst H, Knapstein P G, Weikel W et al (1996). Cervical carcinoma: comparison of standard and pharmacokinetic MR imaging. *Radiology*, Vol 201, Iss 2.
76. Mohammed AS, Enas AA, Ehab AA et al (2012). Uterine Cervical Malignancy: Diagnostic Accuracy of MRI with Histopathologic Correlation. *J Clin Imaging Sci*, 2:42, DOI: 10.4103/2156-7514.99175

77. Sala E, Rockall AG, Freeman SJ et al (2013). The added role of MR imaging in treatment stratification of patients with gynecologic malignancies: what the radiologist needs to know, *Radiology*; 266(3):717-740.
78. Sotto LSJ, Graham JB, Pickren JW (1960). Postmortem findings in cancer of the cervix. *Am J Obstet Gynecol*; 80, 791-794.
79. Sugimura K, Okizuka H (2002). Postsurgical pelvis: treatment follow-up. *Radiol Clin North Am*, 40, 659-680.
80. Pannu HK, Corl FM, Fishman EK (2001). CT evaluation of cervical cancer: spectrum of disease. *RadioGraphics*, 21:1155-1168.
81. Heron CW, Husband JE, Williams MP et al (1988). The value of CT in the diagnosis of recurrent carcinoma of the cervix. *Clin Radiol*, 39:496-501.
82. Walsh JW, Amendola MA, Hall DJ, Tisnado J, Goplerud DR (1981). Recurrent carcinoma of the cervix: CT diagnosis. *AJR Am J Roentgenol*, 136, 117-122.
83. Balleyguier C, Sala E, De Cunha T et al (2011). Staging of uterine cervical cancer with MRI: guidelines of the European Society of Urogenital Radiology. *Eur Radiol* , 21(5), 1102–1110.
84. Sironi S, Belloni C, Taccagni G and Del Maschio A (1991). Invasive cervical carcinoma: MR imaging after preoperative chemotherapy. *Radiology*, Vol. 180, Iss. 3.
85. Cannistra SA, Niloff JM (1996). Cancer of the uterine cervix. *N. Engl. J. Med.* 334(16),1030–1038.
86. Halpin TF, Frick HC, Munnell EW (1972). Critical points of failure in the therapy of cancer of the cervix: a reappraisal. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 114(6),755–764.

87. Babar S, Rockall A, Goode A, Shepherd J, Reznik R (2007). Magnetic resonance imaging appearances of recurrent cervical carcinoma. *Int. J. Gynecol. Cancer* 17(3),637–645.
88. Magrina JF (1996). Primary surgery for stage IB–IIA cervical cancer, including short-term and long-term morbidity and treatment in pregnancy. *J. Natl Cancer Inst. Monogr*, 21,53–59.
89. Beriwal S, Gan GN, Heron DE *et al* (2007). Early clinical outcome with concurrent chemotherapy and extended-field, intensity-modulated radiotherapy for cervical cancer. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 68(1),166–171
90. Weber TM, Sostman HD, Spritzer CE *et al* (1995). Cervical carcinoma: determination of recurrent tumor extent versus radiation changes with MR imaging. *Radiology*, Vol 194, Iss 1.
91. Kasales CJ, Langer JE, Arger PH (1995). Pelvic pathology after hysterectomy: a pictorial essay. *Clin Imaging*, 19, 210-217.
92. Anju S, Jonathan J, John HS *et al*, (2005). MR Imaging Appearances of the Female Pelvis after Trachelectomy. *RadioGraphics*, Volume 25, issue 1.
93. Yamashita Y, Harada M, Torashima M *et al* (1996). Dynamic MR imaging of recurrent postoperative cervical cancer. *JMRI*, 6,167-171.
94. Ann SF, Susan G, Eileen MS, and Brian DK (1999). Recurrent Cervical Carcinoma: Typical and Atypical Manifestations. *RadioGraphics*, Volume 19, issue suppl 1, Special Issue.
95. Choi JI, Kim SH, Seong CK *et al* (2000). Recurrent uterine cervical carcinoma: spectrum of imaging findings. *Korean J Radiol*, 1, 198-207.
96. Doms GC, Hricak H, Crooks LE *et al* (1984). Magnetic resonance imaging of the lymph nodes: comparison with CT. *Radiology*, 153, 719-728.

97. Outwater EK, Siegelman ES, Wilson KM et al (1996). Benign and malignant gynecologic disease: clinical importance of fluid and peritoneal enhancement in the pelvis at MR imaging. *Radiology*, 200, 483-488.
98. Jover R, Lourido D, Gonzalez C et al (2008). Role of PET/CT in the evaluation of cervical cancer. *Gynecol. Oncol.* 110(3 Suppl. 2),S55–S59.
99. Chung HH, Kim SK, Kim TH et al (2006). Clinical impact of FDG–PET imaging in retherapy surveillance of uterine cervical cancer: from diagnosis to prognosis. *Gynecol. Oncol.* 103(1),165–170.
100. Hu YY, Sun XR, Lin XP et al (2009). Application of 18F-FDG PET/CT in cervical cancer with elevated levels of serum squamous cell carcinoma antigen during the follow-up. *Ai Zheng* 28(9),994–999.
101. Mitra E, El Maghraby T, Rodriguez CA et al (2009). Efficacy of 18F-FDG PET/CT in the evaluation of patients with recurrent cervical carcinoma. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging* DOI: 10.1007/s00259–009–1206-x.
102. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2009). www.sign.ac.uk/pdf/qrg99.pdf (Accessed 21.12.2016).
103. Gompel C, Silverberg SG (1994). The cervix: benign tumors and tumor-like lesions. *Pathology in gynecology and obstetrics*, 4th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott.
104. Danforth DN, Scott JR (1986). *Obstetrics and gynecology*, Philadelphia, Pa: Lippincott 1986.
105. Fogel SR, Slasky BS (1982). Sonography of nabothian cysts. *AJR Am J Roentgenol*, 138, 927-930.
106. Togashi K, Noma S, Ozasa H (1987). CT and MR demonstration of nabothian cysts mimicking a cystic adnexal mass. *J Comput Assist Tomogr* , 11, 1091-1092.

107. Bùi Diệu, Bùi Công Toàn, Bùi Vinh Quang (2015). Xạ trị một số bệnh ung thư phụ khoa, tiết niệu. Tài liệu dùng cho cán bộ y tế, NXB Y học, tr 74-94.
108. Ngô Thị Tính, (2011). *Nghiên cứu mức xâm lấn của ung thư cổ tử cung GD IB-IIA qua lâm sàng, cộng hưởng từ và kết quả điều trị tại Bệnh viện K từ 2007-2009*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
109. Perez CA, (1997). Uterine cervix Principles & Practice of radiation Oncology edited by Perez CA & Brady LW Lippincott – Raven publisher. 3rd edition, 1733 – 834.
110. Hatch KD, Fu YS (1998). Cervical and vaginal cancer. *Novak's gynecology*, edited by Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. Williams and Wilkins company, 12th edition, pp.1111 – 41.
111. Charis B, Konstantinos C, Lia AM, (2016). Current imaging strategies for the evaluation of uterine cervical cancer, *World J Radiol*, 28; 8(4): 342-354 ISSN 1949-8470.
112. Freeman SJ, Aly AM, Kataoka MY, et al (2012). The revised FIGO staging system for uterine malignancies: implications for MR imaging, *Radiographics*; 32:1805–1827.
113. Patel S, Liyanage SH, Sahdev A, et al (2010). Imaging of endometrial and cervical cancer. *Insights Imaging*. ; 1:309–328.
114. Thanappapasr D, Nartthananarung A, Likittanasombut P et al (2010). Bone metastasis in cervical cancer patients over a 10-year period. *Int J Gynecol Cancer*. 2010;20:373–378.
115. Chiang SH, Quek ST (2003). Carcinoma of the cervix: role of MR imaging. *Ann Acad Med Singapore*, 32:550–556

116. Michele AB, Robert FM, Stephan S and Claude BS (2005). MRI of the female pelvis using vaginal gel. *American Journal of Roentgenology*, Vol 185, Is 5, 1221-1227.
117. Reimer P, Parizel P.M, Meaney J.F.M et al (2010). Clinical MR Imaging A Practical Approach, ISBN: 978-3-540-74501-3, p. 461-492.
118. Patrick T, Susan G.A, Elizabeth A.E et al, (2000). New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumor, *Jour of the National cancer instiute*, Vol 92, No. 3.
119. Altman DG (1991). Practical statistics for medical research. London, Chapman & Hall, pp 396–409.
120. Trần Đặng Ngọc Linh (2013). *Hiệu quả xạ trị trong ung thư cổ tử cung GD IIB – IIIB*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
121. Duk JM, Groenier KH, de Bruijn HWA, et al (1996). Pretreatment serum squamous cell carcinoma antigen: a newly identified prognostic factor in early- stage cervical carcinoma. *J Clin Oncol*, 14, pp.111–8.
122. Hong JH, Tsai CH, Chang JT, et al (1998). The prognostic significance of pre- and posttreatment SCC levels in patients with squamous cell carcinoma of the cervix treated by radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 41(4), pp. 823– 830.
123. Lin H, Chang CC, Huang EY et al (2000). The role of pretreatment squamous cell carcinoma antigen in predicting nodal metastasis in early stage cervical cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79, pp.140–4.
124. Massuger LF, Koper NP, Thomas CM et al (1997). Improvement of clinical staging in cervical cancer with serum squamous cell carcinoma antigen and CA 125 determinations. *Gynecol Oncol*, 64, pp.473–6.

125. Mitchell DG, Snyder B, Coakley F, et al (2006). “Early invasive cervical cancer: tumor delineation by magnetic resonance imaging, computed tomography, and clinical examination, verified by pathologic results, in the ACRIN 6651/GOG 183 Intergroup Study. *J Clin Oncol.*;24:5687–5694.
126. Nicolet V, Carignan L, Bourdon F, Prosmanne O, (2000). MR imaging of cervical carcinoma: a practical staging approach. *Radiographics*. 2000 Nov-Dec; 20(6):1539-49.
127. Bourgioti C, Koutoulidis V, Chatoupis K et al (2014). MRI findings before and after abdominal radical trachelectomy (ART) for cervical cancer: a prospective study and review of the literature. *Clin Radiol*. 2014; 69:678–686.
128. Zand KR, Reinhold C, Abe H, et al (2007). “Magnetic resonance imaging of the cervix”, *Cancer Imaging*; 7:69–76.
129. Hricak H, Gatsonis C, Coakley FV, et al (2007). “Early invasive cervical cancer: CT and MR imaging in preoperative evaluation—ACRIN/GOG comparative study of diagnostic performance and interobserver variability”. *Radiology* ; 245:491-498.
130. Ozsarlak O, Tjalma W, Schepens E, et al, (2003). The correlation of preoperative CT, MR imaging, and clinical staging (FIGO) with histopathology findings in primary cervical carcinoma. *Eur Radiol*. 2003 Oct;13(10):2338-45.
131. Qin Y, Peng Z, Lou J, et al (2009). Discrepancies between clinical staging and pathological findings of operable cervical carcinoma with stage IB-IIB: a retrospective analysis of 818 patients. *Aust NZJ Obstet Gynaecol*; 49(5):542–544.

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Đặc điểm giải phẫu, mô học cổ tử cung và phân loại giải phẫu bệnh ung thư cổ tử cung.....	3
1.1.1. Giải phẫu	3
1.1.2. Giải phẫu cộng hưởng từ tiêu khung, tử cung và cổ tử cung.....	5
1.1.3. Mô học.....	8
1.1.4. Phân loại mô bệnh học ung thư cổ tử cung.....	9
1.2. Chẩn đoán ung thư cổ tử cung.....	13
1.2.1. Triệu chứng lâm sàng.....	13
1.2.2. Khám sàng lọc và chẩn đoán sớm ung thư CTC.....	14
1.2.3. Sinh thiết.....	17
1.2.4. Các xét nghiệm máu	17
1.2.5. Chẩn đoán giai đoạn ung thư cổ tử cung	18
1.2.6. Chẩn đoán hình ảnh	21
1.3. Cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung.....	25
1.3.1. Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung	25
1.3.2. Phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung theo FIGO trên cộng hưởng từ..	26
1.3.3. Cộng hưởng từ theo dõi, đánh giá hiệu quả điều trị ung thư cổ tử cung..	32
1.3.4. Chẩn đoán phân biệt ung thư cổ tử cung trên cộng hưởng từ.....	35
1.4. Điều trị ung thư cổ tử cung.....	36
1.4.1. Điều trị ung thư cổ tử cung xâm lấn.....	36
1.4.2. Điều trị ung thư cổ tử cung tái phát.....	40
1.5. Tình hình nghiên cứu ung thư CTC trên thế giới và trong nước	40
1.5.1. Nghiên cứu cộng hưởng từ UT CTC trên thế giới	40
1.5.2. Tình hình nghiên cứu ung thư cổ tử cung trong nước.....	43

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	44
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	44
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	44
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	44
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	45
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	45
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	45
2.2.3. Phương tiện nghiên cứu.....	46
2.2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu.....	46
2.3. Định nghĩa các biến số nghiên cứu.....	52
2.3.1. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số xác định bởi CHT.....	52
2.3.2. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số xác định bởi khám LS.....	53
2.3.3. Phân chia các đợt điều trị ung thư cổ tử cung.....	54
2.3.4. Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng cho khối u đặc.....	55
2.4. Các biến số nghiên cứu.....	55
2.4.1. Đặc điểm chung.....	55
2.4.2. Mục tiêu 1.....	56
2.4.3. Mục tiêu 2.....	57
2.5. Phân tích và xử lý số liệu.....	57
2.6. Hạn chế sai số trong nghiên cứu.....	59
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu.....	60
2.8. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu.....	60
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	61
3.1. Đặc điểm chung.....	61
3.1.1. Tuổi.....	61
3.1.2. Lý do vào viện.....	62
3.1.3. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi khám phát hiện bệnh ..	62

3.1.4. Kết quả tế bào học và mô bệnh học.....	63
3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ 1.5Tesla của ung thư cổ tử cung...	65
3.2.1. Đặc điểm chung	65
3.2.2. Đặc điểm tín hiệu.....	66
3.2.3. Đặc điểm và tính chất ngấm thuốc đối quang từ.....	67
3.2.4. Đặc điểm kích thước ung thư cổ tử cung.....	68
3.2.5. Đặc điểm xâm lấn, di căn của ung thư cổ tử cung	68
3.2.6. Liên quan giữa giai đoạn bệnh với ranh giới u	70
3.2.7. Liên quan giữa phân loại giai đoạn và kế hoạch điều trị UT CTC	71
3.3. Đánh giá giá trị của cộng hưởng từ 1.5 Tesla trong phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư cổ tử cung	72
3.3.1. Giá trị của CHT 1.5T trong đánh giá kích thước u CTC.....	72
3.3.2. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn âm đạo	75
3.3.3. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng.....	78
3.3.4. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông	81
3.3.5. Đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng của LS và CHT.....	82
3.3.6. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong đánh giá di căn hạch.....	83
3.3.7. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong phân loại giai đoạn UT CTC.....	85
3.3.8. Giá trị của CHT 1.5 Tesla trong theo dõi điều trị UT CTC.....	92
Chương 4. BÀN LUẬN	95
4.1. Đặc điểm chung	95
4.1.1. Tuổi	95
4.1.2. Lý do vào viện	96
4.1.3. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện	96
4.1.4. Xét nghiệm tế bào học	97
4.1.5. Kết quả giải phẫu bệnh	98
4.1.6. Xét nghiệm SCC-Ag huyết thanh.....	99

4.2. Đặc điểm hình ảnh CHT 1.5Tesla của UT CTC	100
4.2.1. Đặc điểm chung	100
4.2.2. Đặc điểm tín hiệu UT CTC trên CHT 1.5Tesla	101
4.2.3. Đặc điểm và tính chất ngấm thuốc đối quang từ của UT CTC....	101
4.2.4. Đặc điểm kích thước ung thư cổ tử cung.....	102
4.2.5. Đặc điểm xâm lấn, di căn của UT CTC	103
4.3. Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư cổ tử cung.....	106
4.3.1. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u.....	106
4.3.2. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo	108
4.3.3. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng.....	110
4.3.4. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản	112
4.3.5. CHT đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng	113
4.3.6. Giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch	114
4.3.7. Giá trị của CHT trong chẩn đoán phân loại giai đoạn UT CTC ..	116
4.3.8. Giá trị của CHT trong theo dõi điều trị UT CTC.....	121
4.4. Các trường hợp chẩn đoán sai	123
KẾT LUẬN.....	142
KIẾN NGHỊ.....	144
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1:	Sắp xếp giai đoạn ung thư cổ tử cung theo TNM và FIGO	19
Bảng 1.2.	Phân loại giai đoạn UT CTC trên CHT theo FIGO	31
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân ung thư cổ tử cung theo độ tuổi và phương pháp điều trị	61
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo kết quả xét nghiệm tế bào	63
Bảng 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo kết quả mô bệnh học.....	63
Bảng 3.4.	Tương quan giữa UTBM vẩy hay không vẩy với nồng độ SCC-Ag huyết thanh trước điều trị.....	64
Bảng 3.5.	Đặc điểm chung ung thư cổ tử cung trên cộng hưởng từ.....	65
Bảng 3.6.	Đặc điểm tín hiệu UT CTC trên CHT 1.5Tesla.....	66
Bảng 3.7.	Đặc điểm và tính chất ngấm thuốc đối quang từ của UT CTC so với cơ tử cung.....	67
Bảng 3.8.	Phân loại kích thước u cổ tử cung trên cộng hưởng từ.....	68
Bảng 3.9.	Xâm lấn âm đạo của UT CTC trên cộng hưởng từ.....	68
Bảng 3.10.	Xâm lấn các tổ chức lân cận cổ tử cung, di căn hạch	69
Bảng 3.11.	Liên quan giữa giai đoạn bệnh với ranh giới u.....	70
Bảng 3.12.	Liên quan giữa phân loại giai đoạn và kế hoạch điều trị UT CTC....	71
Bảng 3.13.	Đối chiếu đánh giá kích thước khối u giữa CHT và GPB đại thể với các trường hợp được PT	72
Bảng 3.14.	Đối chiếu đánh giá kích thước u giữa CHT và GPB đại thể với các trường hợp PT sau xạ trị.	73
Bảng 3.15.	Đối chiếu đánh giá kích thước u giữa CHT và GPB đại thể với các trường hợp PT trước xạ trị.....	73
Bảng 3.16.	Đối chiếu đánh giá kích thước u giữa khám LS và GPB đại thể với các trường hợp PT trước xạ trị.....	74
Bảng 3.17.	Đối chiếu đánh giá kích thước u của khám LS và CHT	74

Bảng 3.18.	Tương hợp trong đánh giá kích thước u của khám LS và CHT .	75
Bảng 3.19.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT và GPB với các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị.....	75
Bảng 3.20.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT và GPB với các trường hợp được PT sau xạ trị	76
Bảng 3.21.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT và GPB với các trường hợp được PT trước xạ trị	76
Bảng 3.22.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn âm đạo giữa LS và GPB với các trường hợp được PT trước xạ trị	77
Bảng 3.23.	Tương hợp trong đánh giá xâm lấn âm đạo của khám LS và CHT .	78
Bảng 3.24.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa CHT và GPB của các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị	78
Bảng 3.25.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa CHT và GPB của các trường hợp được PT sau xạ trị.....	79
Bảng 3.26.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa CHT và GPB của các trường hợp được PT trước xạ trị.....	79
Bảng 3.27.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa LS và GPB của các trường hợp được PT trước xạ trị	80
Bảng 3.28.	Tương hợp trong đánh giá xâm lấn dây chằng rộng của khám LS và CHT	80
Bảng 3.29.	Đối chiếu đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông giữa CHT và GPB ở các trường hợp được phẫu thuật trước hoặc sau xạ trị ...	81
Bảng 3.30.	Tương hợp trong đánh giá xâm lấn thành bên chậu hông và/hoặc niệu quản của LS và CHT.....	82
Bảng 3.31.	Tương hợp trong đánh giá xâm lấn bàng quang của LS và CHT	82
Bảng 3.32.	Tương hợp trong đánh giá xâm lấn trực tràng của LS và CHT..	82

Bảng 3.33.	Đôi chiếu đánh giá di căn hạch giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước hoặc sau xạ trị.....	83
Bảng 3.34.	Đôi chiếu đánh giá di căn hạch giữa CHT và GPB với các trường hợp PT sau xạ trị.....	83
Bảng 3.35.	Đôi chiếu đánh giá di căn hạch giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước xạ trị	84
Bảng 3.36.	Tương hợp trong đánh giá di căn hạch chậu, bẹn của LS và CHT ...	85
Bảng 3.37.	So sánh phân loại giai đoạn UT CTC giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước hoặc sau xạ trị.....	85
Bảng 3.38.	Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB với các trường hợp được PT trước hoặc sau xạ trị.....	86
Bảng 3.39.	So sánh phân loại giai đoạn giữa CHT và GPB với các trường hợp PT sau xạ trị.....	86
Bảng 3.40.	Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB với các trường hợp được PT sau xạ trị	87
Bảng 3.41.	So sánh đánh giá giai đoạn giữa CHT và GPB với các trường hợp PT trước xạ trị	87
Bảng 3.42.	Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của CHT so với GPB ở các trường hợp được PT trước xạ trị	88
Bảng 3.43.	So sánh phân loại giai đoạn giữa LS và GPB ở các trường hợp PT trước xạ trị	89
Bảng 3.44.	Giá trị chẩn đoán đúng giai đoạn UT CTC của lâm sàng so với GPB ở các trường hợp được PT trước xạ trị.....	90
Bảng 3.45.	Tương hợp trong phân loại giai đoạn UT CTC theo FIGO của LS với CHT.....	90
Bảng 3.46.	Liên quan giữa chuyển GD sau đợt ĐT thứ nhất với phân loại GD trước ĐT	92

Bảng 3.47. Liên quan giữa chuyển GD sau đợt ĐT thứ hai với phân loại GD trước ĐT.....	93
Bảng 3.48. Liên quan giữa chuyển GD sau đợt ĐT thứ ba với phân loại GD trước ĐT.....	93
Bảng 3.49. Liên quan giữa chuyển GD sau đợt ĐT thứ tư với phân loại GD trước ĐT.....	94
Bảng 3.50. Tương quan giữa đánh giá đáp ứng khối u theo RECIST và chuyển GD theo FIGO.....	94

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Lý do vào viện.....	62
Biểu đồ 3.2: Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi khám bệnh.....	62
Biểu đồ 3.3: Thay đổi nồng độ SCC-Ag huyết thanh sau các đợt điều trị	64

DANH MỤC HÌNH ẢNH MINH HỌA

Hình 1.1.	Cổ tử cung và các dây chằng tử cung liên quan.	4
Hình 1.2.	Hình ảnh cộng hưởng từ cổ tử cung bình thường trên ảnh T2WI. ..	5
Hình 1.3.	Giải phẫu cộng hưởng từ tiểu khung nữ, T2WI cắt đứng dọc qua đường giữa.	6
Hình 1.4.	Giải phẫu cộng hưởng từ tiểu khung nữ, T2WI cắt ngang qua cổ tử cung.	7
Hình 1.5.	Giải phẫu cộng hưởng từ tiểu khung nữ, cắt đứng ngang qua cổ tử cung.	8
Hình 1.6.	Hình ảnh siêu âm ung thư cổ tử cung qua thành bụng trên lát cắt dọc.	21
Hình 1.7.	Hình ảnh siêu âm qua đường âm đạo	22
Hình 1.8:	Hình ảnh cắt lớp vi tính ung thư cổ tử cung xâm lấn dây chằng rộng và trực tràng.	23
Hình 1.9:	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung tăng tín hiệu trên T2WI xâm lấn 2/3 trên thành âm đạo (GD IIB).	25
Hình 1.10.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IB.....	27
Hình 1.11.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IIA	27
Hình 1.12.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IIB	28
Hình 1.13.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IIIA xâm lấn tới 1/3 dưới âm đạo.	29
Hình 1.14.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IIIB xâm lấn thành bên chậu hông và niệu quản.	29
Hình 1.15.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung giai đoạn IVA xâm lấn bàng quang, trực tràng.	30
Hình 1.16.	Hình ảnh cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính ung thư cổ tử cung giai đoạn IVB di căn hạch cạnh bó mạch chủ bụng và di căn gan.	30
Hình 1.17.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung tái phát sau phẫu thuật.	34

Hình 1.18.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung tái phát sau xạ trị.	34
Hình 2.1.	Hướng cắt ngang (các vạch đen) và đứng ngang (các vạch trắng) qua trục cổ tử cung.	51
Hình 3.1:	Hình ảnh UT CTC giai đoạn IIA khu trú cả thành trước và sau tử cung.	66
Hình 3.2.	Hình ảnh UT CTC giai đoạn IIA.....	67
Hình 3.3.	Hình ảnh UT CTC giai đoạn IIB.	72
Hình 3.4.	Hình ảnh UT CTC trước phẫu thuật.....	89
Hình 3.5.	Hình ảnh UT CTC trước phẫu thuật.....	91
Hình 4.1.	Hình ảnh cộng hưởng từ trước PT.....	123
Hình 4.2.	Hình ảnh cộng hưởng từ trước PT.....	125
Hình 4.3.	Hình ảnh CHT trước điều trị.....	126
Hình 4.4.	Hình ảnh CHT sau điều trị đợt 1	126
Hình 4.5.	Hình ảnh CHT sau điều trị đợt 2	127
Hình 4.6.	Hình ảnh cộng hưởng từ trước xạ trị.....	128
Hình 4.7.	Hình ảnh cộng hưởng từ sau xạ trị.....	129
Hình 4.8.	Hình ảnh cộng hưởng từ trước phẫu thuật.....	130
Hình 4.9.	Hình ảnh CHT trước xạ trị	131
Hình 4.10.	Hình ảnh CHT sau xạ trị.....	132
Hình 4.11.	Hình ảnh CHT trước phẫu thuật.....	133
Hình 4.12.	Hình ảnh UT CTC trước điều trị, giai đoạn IB.....	134
Hình 4.13.	Hình ảnh CHT sau xạ trị.....	135
Hình 4.14.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư cổ tử cung tái phát	135
Hình 4.15.	Hình ảnh CHT trước xạ trị.....	137
Hình 4.16.	Hình ảnh cộng hưởng từ sau xạ trị.....	137
Hình 4.17.	Hình ảnh cộng hưởng từ ung thư CTC tái phát	138
Hình 4.18.	Hình ảnh CHT trước PT	139

