

ĐỘ NHẠY, ĐỘ ĐẶC HIỆU CỦA DERMOSCOPY TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO ĐÁY TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Minh Phương¹, Đặng Thị Lương², Nguyễn Văn Thường^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của dermoscopy trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang, được tiến hành trên 95 bệnh nhân với 105 tổn thương da được chẩn đoán sơ bộ ung thư biểu mô tế bào đáy trên khám lâm sàng. Các tổn thương được chụp dermoscopy và sau đó được sinh thiết, nhuộm HE để chẩn đoán bằng mô bệnh học. Kết quả mô bệnh học được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy của kỹ thuật dermoscopy sẽ được tính toán. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** 97/105 tổn thương được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy trên dermoscopy. Trong số 97 tổn thương này, 96 tổn thương được khẳng định là ung

thư biểu mô tế bào đáy bằng mô bệnh học. Dermoscopy có độ nhạy 99,0% và độ đặc hiệu 87,5% trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy. Các đặc điểm dermoscopy có độ đặc hiệu rất cao bao gồm: mạch máu phân nhánh hình cành cây, cấu trúc hình trứng lớn xanh xám, cấu trúc lá phong (100%); giãn mạch máu ngắn – nông, cấu trúc hình cầu xanh xám, chấm sắc tố (87,5%). **Kết luận:** Dermoscopy có giá trị trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy với độ nhạy, độ đặc hiệu cao.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào đáy, dermoscopy

SUMMARY

SENSITIVITY AND SPECIFICITY OF DERMOSCOPY IN BASAL CELL CARCINOMA DIAGNOSIS IN NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY

Objective: To evaluate specificity and sensitivity of Dermoscopy in basal cells carcinomas diagnosis at National Hospital of Dermatology and Venereology.

Methodology: a cross-sectional study was implemented in 105 skin lesions of 95 patients clinically diagnosed basal cell carcinoma (BCC). The skin lesions were examined by dermoscopy and then biopsied and HE stained. Histopathology was considered gold standard in BCC diagnosis. Sensitivity

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Minh Phương

Email: phuongphamdv@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2020

Ngày duyệt bài: 10.3.2020

and specificity of dermoscopy were calculated. SPSS software was used to analyze the data. **Results:** 97/105 lesions were diagnosed BCC by dermoscopy, among the 97 lesions, 96 lesions were firmly diagnosed by histopathology. The sensitivity and the specificity of Dermoscopy in BCC diagnosis was 99,0% and 87.5% respectively. The dermoscopic features having high specificity included the arborizing vessels, blue-grey globules, leaf-like structures (100%) multiple dots (87.5%), and ulceration (50%). **Conclusion:** Dermoscopy is a valuable method in BCC diagnosis with high sensitivity and high specificity.

Keywords: basal cell carcinoma, dermoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào đáy (UTBMTĐ) là một trong những bệnh ung thư da thường gặp, với tỷ lệ 65-80% các loại ung thư da. Chẩn đoán UTBMTĐ thường dựa vào những đặc trưng lâm sàng như: tổn thương bóng, hồng hoặc có sắc tố, bờ nổi cao hình chuỗi hạt ngọc trai hoặc những tổn thương giống sẹo xơ cứng [1]. Tuy nhiên, nhiều tổn thương ở giai đoạn sớm hoặc các thể đặc biệt có thể gây khó khăn cho việc chẩn đoán, dễ nhầm lẫn với các tổn thương lành tính hoặc ung thư hắc tố. Sinh thiết tổn thương - mô bệnh học được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, tuy nhiên đây là phương pháp xâm lấn, và cần có thời gian để trả lời kết quả mô bệnh học [1].

Sự ra đời của dermoscopy – một phương pháp không xâm lấn với độ phóng đại x10 đến x70 cho phép quan sát rõ các đặc điểm sắc tố, mạch máu, cấu trúc xơ hóa và các đặc điểm khác của tổn thương da, do đó góp phần hỗ trợ bác sĩ da liễu trong chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt các bệnh da nói chung và đặc biệt đối với các tổn thương ung thư da như UTBMTĐ. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy dermoscopy giúp cải thiện khả năng chẩn đoán UTBMTĐ với độ nhạy, độ đặc hiệu cao, lên tới 95-98% [2],[3]. Các đặc điểm trên dermoscopy của UTBMTĐ cũng có những đặc trưng có độ đặc hiệu cao, từ đó có thể sử dụng trong những bước đầu chẩn đoán phân biệt UTBMTĐ với các tổn thương da khác [4]. Nhằm đánh giá khả năng chẩn đoán UTBMTĐ của một kỹ thuật thăm dò không xâm lấn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá khả năng chẩn đoán của dermoscopy trên các tổn thương ung thư biểu mô tế bào đáy" tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 7/2018 – 7/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng của nghiên cứu là 95 bệnh nhân với 105 tổn thương nghi ngờ UTBMTĐ trên lâm sàng.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có các tổn thương da được chẩn đoán hoặc nghi ngờ là UTBMTĐ trên lâm sàng với các đặc điểm: Tổn thương dạng u, mật độ chắc, nhẵn bóng, có viền tổn thương nổi cao hoặc hình ảnh hạt ngọc trai, hoặc các tổn thương xơ hoá, tăng sắc tố, hoặc khối u phát triển chậm, đồng thời xuất hiện loét ở giữa, có giãn mạch thường thấy ở vùng giáp biên và rõ dần khi khối u phát triển; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các tổn thương đã được làm sinh thiết trước khi được chụp dermoscopy, tổn thương UTBMTĐ đã được điều trị, bệnh nhân có chống chỉ định với thủ thuật sinh thiết như: dị ứng thuốc gây tê, bệnh lý toàn thân nặng, rối loạn đông máu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với cỡ mẫu tối thiểu 81, cách chọn mẫu thuận tiện

2.2.2 Thời gian- địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 7/2018 – 7/2019

2.2.3 Các bước tiến hành. Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Sau khi bệnh nhân được giải thích kỹ về nghiên cứu và tự nguyện ký thỏa thuận tham gia nghiên cứu, bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh, đánh giá các tổn thương da về lâm sàng. Sau đó các tổn thương được chụp bằng kỹ thuật soi da dermoscopy với ống kính phóng đại x10 và ống kính x20. Sau khi soi da, tổn thương sẽ được sinh thiết nhuộm HE để chẩn đoán UTBMTĐ bằng mô bệnh học.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán UTBMTĐ bằng dermoscopy theo Lallas và cộng sự [4]: Mạch máu phân nhánh hình cành cây, giãn mạch máu ngắn – nông, cấu trúc sắc tố hình trứng lớn xanh xám, cấu trúc sắc tố hình cầu xanh xám, cấu trúc hình lá phong, cấu trúc dạng bánh xe, cấu trúc đồng tâm, chấm sắc tố, loét, trợt nông, chất nền đỏ sẫm, cấu trúc trắng bóng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán UTBMTĐ bằng mô bệnh học: tế bào u ác tính dạng đáy, nhân kiềm tính, có tỷ lệ nhân/ bào tương tăng, mất cầu nối gian bào và có thể gặp nhân chia. Các tế bào này sắp xếp thành đám tròn hoặc dải thùy theo thể mô bệnh học, tế bào hàng ngoài cùng có hình trụ thường sắp xếp dạng hàng rào đều, tập trung vùng thượng bì, trung bì và hiếm khi xâm lấn xuống hạ bì. Có thể có khoảng cách giữa chất nền và khối u [2], [5].

2.3 Vật liệu nghiên cứu: Máy Dermoscopy Fotofinder Medicam 800HD (sản xuất tại Cộng

hòa Liên bang Đức) gắn trên máy ảnh kỹ thuật số Canon. Các phương tiện cần thiết cho chẩn đoán mô bệnh học: Kính hiển vi, hóa chất nhuộm HE

2.4 Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.5 Đạo đức trong nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về mục tiêu, các bước tiến hành, các yếu tố nguy cơ trước khi ký thỏa thuận tham gia nghiên cứu. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và bệnh nhân có thể dừng tham gia vào bất kỳ thời điểm nào. Các thông tin của bệnh nhân và tình trạng bệnh đều được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Tổng số 105 tổn thương của 95 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Kết quả có 97/105 tổn thương của 88 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào đáy bằng mô bệnh học.

Bảng 3.1: Sự phân bố UTBMTBD theo tuổi (n=88)

Tuổi	n	%
≤ 29	1	1,1
30-39	2	2,3

3.2. Khả năng chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy của dermoscopy

Bảng 3.2: Kết quả chẩn đoán bằng dermoscopy và mô bệnh học (n=105)

		Mô bệnh học		Tổng
		UTBMTBD (+)	UTBMTBD (-)	
Dermoscopy	UTBMTBD (+)	A (dương tính đúng) 96	B (dương tính sai) 1	97
	UTBMTBD (-)	C (âm tính sai) 1	D (âm tính đúng) 7	8
Tổng		97	8	105

Theo bảng công thức tính được độ nhạy, độ đặc hiệu của dermoscopy trong chẩn đoán UTBMTBD:

Độ nhạy bằng: $A / (A + C) \times 100\% = 96/97 \times 100\% = 99,0\%$

Độ đặc hiệu bằng: $D / (D + B) \times 100\% = 7/8 \times 100\% = 87,5\%$.

Bảng 3.3: Độ nhạy, độ đặc hiệu một số đặc điểm của UTBMTBD

Đặc điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Văng mắt mạng lưới sắc tố	99,0	0
Mạch máu phân nhánh hình cành cây	87,6	100
Giãn mạch máu ngắn, nông	42,3	87,5
Cấu trúc hình cầu xanh xám	74,2	87,5
Cấu trúc hình trứng lớn xanh xám	46,4	100
Cấu trúc hình lá phong	56,7	100
Cấu trúc dạng bánh xe	22,7	100

40-49	12	13,6
50-59	20	22,7
60-69	27	30,7
70-79	15	17,1
≥ 80	11	12,5

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào đáy là $62,8 \pm 13,2$; nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 30,7%. Bệnh hiếm gặp ở người trẻ < 30 tuổi



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân UTBMTBD theo giới (n=88)

Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ tương đối cân bằng, trong đó nam chiếm 45,5%, nữ 54,5%, không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Các chấm sắc tố	68,0	87,5
Loét	53,6	50,0

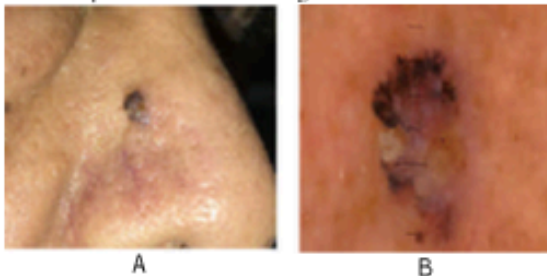
Sự vắng mặt mạng lưới sắc tố có độ nhạy cao nhất, tuy nhiên độ đặc hiệu thấp (99,0% và 0%). Các đặc điểm khác có độ nhạy, độ đặc hiệu cao như: mạch máu phân nhánh hình cành cây (87,6% và 100%), chấm sắc tố (68,0% và 87,5%), cấu trúc hình lá (56,7% và 100%), cấu trúc hình cầu xanh xám (74,2% và 87,5%), cấu trúc hình trứng lớn xanh xám (46,4% và 100%).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào đáy là ung thư da thường gặp nhất, có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi thường gặp là từ 60-69 tuổi và hiếm gặp ở người trẻ tuổi, tỷ lệ mắc ở nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này cũng tương đương với một số kết quả nghiên cứu ở

Việt Nam trước đây [1], [6].

Về giá trị chẩn đoán của dermoscopy, trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của dermoscopy trong chẩn đoán UTBMTBĐ là 99% và độ đặc hiệu là 87,5%. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy giá trị cao về độ nhạy, độ đặc hiệu của dermoscopy trong chẩn đoán UTBMTBĐ. Nghiên cứu của GJ Chan và cộng sự trên các tổn thương UTBMTBĐ sắc tố cho kết quả độ nhạy 97,0% và độ đặc hiệu 93,4% [7]. Nghiên cứu khác tổng hợp về khả năng chẩn đoán UTBMTBĐ bằng dermoscopy của Ofer Reiter và cộng sự cũng cho kết quả về độ nhạy, độ đặc hiệu cao (89% và 95%) [3]. Nghiên cứu của Altamura và cộng sự (2010) cho thấy độ nhạy 97% [8]. Nghiên cứu của Rosendahl và cộng sự có kết quả khá quan về khả năng chẩn đoán đúng UTBMTBĐ bằng dermoscopy với tỷ lệ 98,6%, cao hơn rất nhiều so với các tổn thương u và không u khác như SCC, ung thư hắc tố, nốt ruồi, lichen phẳng [9]. Chúng tôi cho rằng nghiên cứu tiến hành trên các tổn thương đã được chẩn đoán hoặc nghi ngờ UTBMTBĐ bằng lâm sàng, do đó có kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu cao hơn so với khi tiến hành trên các đối tượng rộng hơn. Mặt khác, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi khám trên lâm sàng có những đặc điểm đặc trưng, điển hình của UTBMTBĐ, các đặc điểm này cũng được chứng minh có liên quan với hình ảnh trên dermoscopy. Do đó tỷ lệ nhạy cao và giúp giảm tỉ lệ bỏ sót tổn thương ác tính. Có thể cho thấy dermoscopy là phương tiện đem lại hiệu quả cao trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy. Do cơ mẫu hạn chế, độ đặc hiệu trong nghiên cứu của chúng tôi (87,5%) thấp hơn so với các nghiên cứu của Mehez (n=142), hay bài báo cáo hệ thống của Reiter tổng hợp từ các nghiên cứu khác nhau trên 2153 tổn thương UTBMTBĐ [2], [3], do đó cần thêm các nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn nữa để có thể so sánh khách quan hơn với các nghiên cứu trên.



Hình 1: Tổn thương UTBMTBĐ thể u có sắc tố trên lâm sàng (A) và trên dermoscopy (B)

Về các đặc điểm trên hình ảnh dermoscopy của UTBMTBĐ, các cấu trúc có độ đặc hiệu cao nhất (100%) trong nghiên cứu của chúng tôi là mạch máu phân nhánh hình cành cây, cấu trúc hình lá phong, cấu trúc hình trứng xanh xám. Kết quả này có những điểm tương tự với kết quả của Popadic và cộng sự. Chúng tôi cho rằng những đặc điểm dermoscopy có sự tương ứng với đặc trưng lâm sàng, mô bệnh học của UTBMTBĐ như giãn mạch, tăng sắc tố, loét. Do đó, độ nhạy và độ đặc hiệu cao của các đặc điểm về sắc tố và mạch máu có thể phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Dermoscopy là phương tiện không xâm lấn có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy, với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 99,0% và 87,5%. Nhiều đặc điểm dermoscopy của các tổn thương cũng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán UTBMTBĐ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hương Giang và cs (2005). Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học các trường hợp ung thư da và một số bệnh lý của da tại bệnh viện ung bướu Hà Nội từ 2001-2005. Tạp chí thông tin Y dược, 8-14.
2. Menzies S.W., Westerhoff K., Rabinovitz H. và cộng sự. (2000). Surface Microscopy of Pigmented Basal Cell Carcinoma. Archives of Dermatology, 136(8).
3. Reiter O., Mimouni I., Gdalevich M. và cộng sự. (2019). The diagnostic accuracy of dermoscopy for basal cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Dermatology, 80(5), 1380-1388.
4. Lallas A., Apalla Z., Ioannides D. và cộng sự. (2015). Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma. Future Oncology, 11(22), 2975-2984.
5. Thompson L.D.R. (2006). World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Ear, Nose & Throat Journal, 85(2), 74-74.
6. Lê Thị Hải Yến (2015). Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học bệnh ung thư biểu mô tế bào đáy của da và mối liên quan với lâm sàng. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ.
7. Chan G. và Ho H. (2008). A study of dermoscopic features of pigmented basal cell carcinoma in Hong Kong Chinese. Hong Kong J. Dermatol. Venereol. 16, 189-196
8. Altamura D., Menzies S.W., Argenziano G. và cộng sự. (2010). Dermoscopy of basal cell carcinoma: Morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. Journal of the American Academy of Dermatology, 62(1), 67-75.
9. Rosendahl C., Tschandl P., Cameron A. và cộng sự. (2011). Diagnostic accuracy of dermoscopy for melanocytic and nonmelanocytic pigmented lesions. Journal of the American Academy of Dermatology, 64(6), 1068-1073.