

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ MÔ BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG DẠNG U BÀNG QUANG

Nguyễn Văn Mão, Nguyễn Thị Bích Chi

Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

Tóm tắt

Giới thiệu: Ung thư bàng quang là một trong những loại ung thư đường tiết niệu thường gặp và có xu hướng ngày càng gia tăng. Việc phát hiện, chẩn đoán sớm và chẩn đoán xác định bệnh là rất quan trọng.

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm tổn thương dạng u bàng quang. Chẩn đoán và phân loại mô bệnh học tổn thương dạng u bàng quang. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 64 trường hợp có tổn thương dạng u bàng quang qua lâm sàng và siêu âm. Tiến hành làm mô bệnh học sau mổ hoặc sinh thiết để đối chiếu chẩn đoán và phân loại, tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2016 đến tháng 02/2017. **Kết quả:** Đái máu là lý do chủ yếu khiến bệnh nhân đi khám, chiếm 79,7%. Một số ít bệnh nhân đến vì triệu chứng đau bụng (9,4%) và rối loạn tiểu tiện (6,2%). Có 3 trường hợp đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện ra u bàng quang (4,7%). Đặc điểm đái máu chủ yếu là đái máu đỏ tươi (62,5%), toàn bãi (60,7%) với độ nhạy 61,01%. Siêu âm chẩn đoán u bàng quang có 57/64 trường hợp (87,5%). Có 2 trường hợp polyp bàng quang (3,1%) và 5 trường hợp chẩn đoán dày thành khu trú (9,4%), độ nhạy (89,8%). Trong đó, hình ảnh dạng khối lồi vào lòng bàng quang có 75%, dạng dày thành khu trú có 25%. U có kích thước ≥ 3 cm chiếm 42,2% và < 3 cm là 57,8%, trong đó khối u nhỏ nhất là 0,6cm và lớn nhất là 7 cm. Tổn thương tại 1 vị trí chiếm đa số 62,5% và hay gặp nhất ở thành bên dưới (46,6%). Trong nghiên cứu này, có 5/64 trường hợp lành tính chiếm 7,8% (trong đó có 2 trường hợp là quá sản biểu mô đường niệu và 3 trường hợp là viêm mãn) và có 59/64 trường hợp thực sự là ung thư bàng quang chiếm 92,2% (trong đó ung thư biểu mô đường tiết niệu chiếm ưu thế với 98,3%, ung thư biểu mô vảy chỉ chiếm 1,7%). Đa số các trường hợp ung thư có độ mô học cao, độ II (50,9%) và độ III (32,2%). Ung thư bàng quang có giai đoạn nông T1NxMx là 20,3% và giai đoạn xâm lấn sâu $> T2MxNx$ là 79,7%. **Kết luận:** Đái máu là triệu chứng phổ biến nhất, gợi ý ung thư bàng quang. Các triệu chứng khác như đau hạ vị, rối loạn tiểu tiện, thiếu máu, gầy sút ít gặp hơn. Lâm sàng chẩn đoán u bàng quang với độ nhạy không cao (61,01%). Siêu âm phát hiện được u bàng quang với độ nhạy cao (89,8%). Những bệnh nhân này cần được làm mô bệnh học để chẩn đoán xác định và phân giai đoạn, từ đó quyết định phương pháp điều trị thích hợp.

Từ khóa: ung thư bàng quang, mô bệnh học, siêu âm, ung thư biểu mô đường tiết niệu, đái máu.

Abstract

CLINICAL SYMPTOMS, ULTRASOUND AND HISTOPATHOLOGY OF TUMORLIKE LESIONS OF THE BLADDER

Nguyen Van Mao, Nguyen Thi Bich Chi

Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

Background: Bladder cancer is one of the most frequent type of urinary cancer which has been ever increasing. For the better treatment, the early discovery and definite diagnosis of this disease played an important role. **Objective:** To describe some clinical symptoms and ultrasound features of tumorlike lesions of the bladder. To diagnose and classify the histopathology of tumorlike lesions of the bladder. **Materials, method:** Cross - sectional study on 64 cases in Hue University Hospital and Hue central hospital from April, 2016 to February, 2017. **Results:** Hematuria was the most common reason that patients went to hospital (79.7%). Lower abdominal pain and irritation during urination accounting for 9.4% and 6.2% respectively. Only 3 patients with bladder cancer were accidentally discovered through periodic health examination (4.7%). The characteristics of hematuria in bladder tumor was flesh red urine (62.5%) and total hematuria (60.7%).

With ultrasonography, the results of 64 patients were divided in 3 groups as follow: bladder tumor, which was the highest rate 87.5%, bladder polyp was 3.1% and focal bladder wall thickening was 9.4%. Of which, the vast majority of these ultrasound images was tumor - like lesions protruding in the lumen of the bladder (75%), the rest was wall thickening lesions (25%). Tumors were different in size, the biggest tumor was 7cm in diameter and the smallest was 0.6cm. Those with the diameter 3cm or bigger accounting for 42.2%, the smaller was 57.8%. Most cases have only one lesion (62.5%) and at lateral wall (46.6%). Histopathologically, cancer was 59/64 case (92.2%): urothelial carcinoma was 98.3 %, squamous cell carcinoma was 1.7% and 5 cases (7.8%) were benign. Most cancerous cases were poorly differentiated, grade II (50.9%) and grade III (32.2%). The stage T1NxMx was 20.3% and worse than T2MxNx was 79.7%. **Conclusion:** hematuria was the most popular symptom, suggesting bladder cancer. Clinical diagnosing bladder cancer was not high sensitive (61.01%). Ultrasound could detect bladder tumor with high sensitive (89.8%). These patients also needed histopathology classification to diagnose and finally choose the best method for the appropriate treatment.

Key words: bladder cancer, histopathology, ultrasound, uroepithelial carcinoma, hematuria.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U bàng quang khá phổ biến trong các loại u đường niệu và đa số là u ác tính. Theo y văn thế giới, ung thư bàng quang (UTBQ) đứng hàng thứ hai trong các loại ung thư tiết niệu, chỉ sau ung thư tuyến tiền liệt [5].

Ở Mỹ, UTBQ đứng thứ 6 trong các loại ung thư thường gặp nhất, đứng thứ 9 trong các nguyên nhân gây tử vong. Theo một thống kê của Hiệp hội ung thư Mỹ năm 2016 cho thấy có 76.960 trường hợp mới mắc UTBQ và có 16.390 trường hợp chết vì UTBQ [7]. Tại Việt Nam, UTBQ được phát hiện ngày càng nhiều [5]. Ghi nhận tại Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội UTBQ đứng hàng đầu trong ung thư đường tiết niệu [1], [5]. Riêng tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 3/2003 đến 3/2006 có 128 bệnh nhân nhập viện, trong đó có 41 trường hợp là UTBQ xâm lấn [2].

Ở giai đoạn sớm, triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn, tiểu máu đại thể, tái đi tái lại là 1 triệu chứng gợi ý. Siêu âm là xét nghiệm được đề nghị đầu tiên để phát hiện tổn thương thực thể tại bàng quang, tuy nhiên bản chất của tổn thương là lành tính hay ác tính rất khó phân biệt, cần sinh thiết tổn thương làm mô bệnh học mới có thể xác định được.

U bàng quang thường có xu hướng ác tính, trong đó phần lớn xuất phát từ biểu mô đường tiết niệu (trước đây được gọi là biểu mô chuyển tiếp) chiếm 90%, còn ung thư từ lớp cơ và mô liên kết thì ít gặp [5], [8], [10]. Do đó, ung thư bàng quang cần được chẩn đoán, điều trị sớm và tích cực. Tuy nhiên, tại Việt Nam đặc biệt là khu vực miền Trung chưa có nhiều tác giả nghiên cứu về bệnh lý này. Từ tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài: **"Nghiên cứu**

một số đặc điểm lâm sàng, siêu âm và mô bệnh học tổn thương dạng u bàng quang" nhằm mục đích:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm tổn thương dạng u bàng quang.
2. Chẩn đoán và phân loại mô bệnh học tổn thương dạng u bàng quang.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả 64 trường hợp có tổn thương dạng u bàng quang qua lâm sàng và siêu âm. Tiến hành làm mô bệnh học sau mổ hoặc sinh thiết để đối chiếu chẩn đoán và phân loại, tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2016 đến tháng 02/2017.

Kỹ thuật tiến hành:

- Khám và ghi nhận các triệu chứng cơ năng (đái máu, đau hạ vị, rối loạn tiểu tiện, thiếu máu, gầy sút..) và các triệu chứng thực thể.

- Siêu âm phát hiện tổn thương thực thể tại bàng quang (BQ). Kỹ thuật:

+ Bệnh nhân nhịn tiểu ít nhất 2 giờ, uống nhiều nước. Đặt bệnh nhân tư thế nằm ngửa.

+ Siêu âm qua thành bụng trên xương mu với đầu dò (cong hoặc rẻ quạt) tần số 3.5 - 5 MHz cho mọi lứa tuổi. Thực hiện mặt cắt ngang để đánh giá hình thái và sự cân xứng BQ, mặt cắt dọc để phân tích tam giác và cổ BQ, mặt cắt chéo tìm lỗ niệu quản 2 bên. Phát hiện tổn thương thực thể tại BQ. Xác định kích thước, số lượng, vị trí, hình dạng, đánh giá sự xâm lấn thành bàng quang.

- Tiến hành làm mô bệnh học đối với những bệnh nhân được chỉ định nội soi bàng quang hoặc phẫu thuật cắt u. Những mảnh cắt u được nhuộm theo phương pháp nhuộm H.E. Kết quả được đọc và chuẩn đoán như sau:

Phân loại mô bệnh học theo WHO 2004 [8]:

- + Ung thư biểu mô đường tiết niệu
- + Ung thư biểu mô vảy
- + Ung thư biểu mô tuyến
- + Ung thư tế bào nhỏ
- + U lành tính
- + Viêm mãn

Phân độ mô bệnh học theo WHO 1973 [10]:

- + Độ 1: biệt hóa tốt (thấp)
- + Độ 2: biệt hóa vừa
- + Độ 3: biệt hóa kém (cao)

Phân giai đoạn TNM 2009 theo UICC [11] :

- + Ung thư bàng quang chưa xâm lấn (u nông): TaNOM0, TisNOM0, T1NOM0.
- + Ung thư bàng quang xâm lấn: > T2NOM0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm tổn thương dạng u bàng quang

Bảng 1. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng	Tỷ lệ %
Đái máu	51	79,7
Đau bụng	6	9,4
Rối loạn tiểu tiện	4	6,2
Khám định kì	3	4,7
Tổng	64	100,0

Đái máu là lý do chủ yếu khiến bệnh nhân đi khám, chiếm 79,7%. Các triệu chứng khác ít gặp.

Bảng 2. Tính chất đái máu

Đặc điểm đái máu	Đỏ tươi		Đỏ sẫm		Hồng nhạt		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toàn bãi	24	42,9	4	7,1	6	10,7	34	60,7
Cuối bãi	11	19,6	9	16,1	2	3,6	22	39,3
Tổng	35	62,5	13	23,2	8	14,3	56	100

* n : số lượng bệnh nhân.

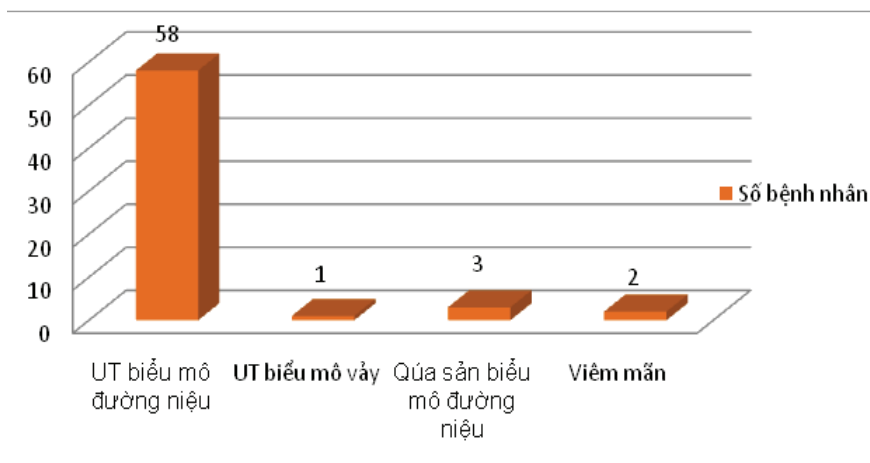
Đặc điểm đái máu thường gặp là đái máu đỏ tươi (62,5%), toàn bãi (60,7%).

Bảng 3. Kích thước, số lượng, vị trí tổn thương trên siêu âm

Kích thước khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
< 3cm	37	57,8
≥ 3cm	27	42,2
Tổng	64	100,0
Số lượng u		
1 u	40	62,5
2 u	5	7,8
> 2 u	9	14,1
Khó xác định	10	15,6
Tổng	64	100,0
Hình dạng		
Dạng khối lồi	48	75,0
Dạng dày thành	16	25,0
Tổng	64	100,0

Đa số thường gặp u dạng lồi 75%, ở 1 vị trí (62,5%) và u < 3 cm (57,8%)

3.2. Chẩn đoán và phân loại mô bệnh học tổn thương dạng u bàng quang



Biểu đồ 1. Kết quả chẩn đoán mô bệnh học

Có 59/64 bệnh nhân thực sự là ung thư bàng quang, trong đó ung thư biểu mô đường niệu chiếm đa số 58/59 trường hợp (98,3%). Có 5 trường hợp lành tính.

Bảng 5. Phân độ mô học

Độ biệt hóa	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ I	10	16,9
Độ II	30	50,9
Độ III	19	32,2
Tổng	59	100,0

Đa số các trường hợp có độ mô học cao, độ II (50,9%) và độ III (32,2%).

Bảng 6. Phân giai đoạn TMN

Phân loại giai đoạn TMN	Số lượng	Tỷ lệ %
T1NxMx	12	20,3
> T2NxMx	47	79,7
Tổng	59	100,0

Ung thư bàng quang xâm lấn chiếm đa số 79,7%, ung thư bàng quang nông chiếm 20,3%.

Bảng 7. Đối chiếu kết quả siêu âm và mô bệnh học

Mô bệnh học Chẩn đoán siêu âm	Ung thư biểu mô đường niệu	Ung thư biểu mô vảy	Quá sản biểu mô đường niệu	Viêm mãn	Tổng
U bàng quang	54	1	3	0	58
Dày thành khu trú	4	0	0	2	6
Tổng	58	1	3	2	64

Đối chiếu chẩn đoán u bàng quang của siêu âm và mô bệnh học thấy độ nhạy của siêu âm $Se=53/59=89,8\%$, độ đặc hiệu $Sp=2/5=40\%$.

Bảng 8. Đối chiếu kết quả chẩn đoán lâm sàng và mô bệnh học

Mô bệnh học Chẩn đoán lâm sàng	Ung thư biểu mô đường niệu	Ung thư biểu mô vảy	Quá sản biểu mô đường niệu	Viêm mãn	Tổng
U bàng quang	36	0	1	2	39
Đái máu CRNN	13	1	1	0	15
Viêm bàng quang	6	0	1	0	7
Khác	3	0	0	0	3
Tổng	58	1	3	2	64

Đối chiếu chẩn đoán lâm sàng u bàng quang và mô bệnh học thấy độ nhạy của chẩn đoán lâm sàng $Se = 36/59 = 61,01\%$, độ đặc hiệu $Sp = 2/5 = 40\%$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm tổn thương dạng u bàng quang

Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu này, có 58/64 BN có triệu chứng đái máu đại thể (90,6%), còn đái máu vi thể cần có xét nghiệm để chuẩn đoán. Kết quả này tương đương với các kết quả nghiên cứu của Vũ Văn Lại (88,9%) [6]. Đặc điểm đái máu gặp nhiều nhất là đái máu đỏ tươi (62,5%), toàn bãi (62,1%). Theo nghiên cứu của Vũ Văn Lại thì đái máu toàn bãi chiếm 100% [6]. Đây cũng là lý do khiến bệnh nhân đi khám nhiều nhất (79,7%), các lý do khác ít gặp hơn đau hạ vị (9,4%), rối loạn tiểu tiện (6,2%), khám định kỳ phát hiện (4,7%). Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Diệu Hương, cụ thể là đái máu (77,6%), đau hạ vị (2%), rối loạn tiểu tiện (8,2%), khám định kỳ (2%) [3].

Thăm khám thực thể thường không có triệu chứng gì đặc biệt, trừ trường hợp ở giai đoạn muộn khi u đã thâm nhiễm xung quanh thì khám có thể sờ thấy được khối u ở hạ vị hay hạch bẹn di căn. Chẩn đoán thường dựa vào triệu chứng đái máu và cận lâm sàng. Theo tác giả Shama S (2009) khi có triệu chứng đái máu đại thể thì khả năng 20% bệnh nhân có nguy cơ mắc ung thư bàng quang [12].

Đối chiếu kết quả chẩn đoán lâm sàng và mô bệnh học cho thấy độ nhạy của chẩn đoán lâm sàng là 61,01%, tương đồng với nghiên cứu của Đặng Đức Hào (60,53%) [1].

Đặc điểm siêu âm

Kết quả siêu âm 64 bệnh nhân cho thấy:

- Kích thước khối u < 3 cm là 57,8%, u ≥ 3 cm là 42,2%. Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Đặng Đức Hào, tỉ lệ u < 3 cm là 66,28%, u ≥ 3 cm là 33,72% [1].

- Vị trí khối u ở 2 thành bên là hay gặp nhất (46,6%), tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả Vũ Văn Lại (51,4%), Đặng Đức Hào (47,3%) [1],[6].

- Tổn thương u đơn độc chiếm đa số 62,5 % so sánh với nghiên cứu của Đặng Đức Hào (72,36%), Vũ Văn Lại (51,4%), một số trường hợp đa u (21,9%). Trong đó có 10 trường hợp khó xác định số lượng vì hình ảnh trên siêu âm có dạng thành dày [1], [6].

- Hình dạng khối u chủ yếu là dạng khối lồi vào lòng bàng quang (75%), còn lại 25% là dạng dày thành thành khu trú. Điều này có thể có ý nghĩa tiên lượng về biến chứng chảy máu trong phẫu thuật đối với những u dạng dày thành.

Siêu âm phát hiện được khối u bàng quang có 56/64 trường hợp, trong đó chẩn đoán đúng u bàng quang 53 trường hợp với độ nhạy là 89,8% (đối chiếu với kết quả mô bệnh học). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Kỳ và Vũ Long và một nghiên cứu ngoài nước của Masumbuko Y. Mwashambwa1 cũng có kết quả tương đồng, cụ thể là theo nghiên cứu của 2 tác giả này kết quả siêu âm chẩn đoán đúng u bàng quang là 91% [4] và 83% [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp dương tính sai (do lớp biểu mô đường tiết niệu quá sản tạo thành khối) và 6 trường hợp âm tính sai (trong đó 2 trường hợp được chẩn đoán là tổn thương dạng nhú lành tính và 4 trường hợp chẩn đoán dày thành khu trú do viêm).

Hạn chế của siêu âm là những trường hợp u có dạng phẳng làm khó phân biệt với hình ảnh dày thành do viêm bàng quang và siêu âm không thể xác định tổn thương lành tính hay ác tính. Tuy nhiên, siêu âm phát hiện và xác định được cơ bản các đặc điểm của tổn thương và theo Masumbuko Y.M siêu âm được xem là xét nghiệm đầu tiên để đánh giá bệnh nhân có đái máu hay nghi ngờ u bàng quang [9].

4.2. Chẩn đoán và phân loại mô bệnh học tổn thương dạng u bàng quang

Kết quả nghiên cứu 64 BN, có 59 BN thực sự là UTBQ, trong đó 58 BN là ung thư biểu mô đường niệu (98,3%) và 1 BN là ung thư biểu mô vảy (1,7%). Theo y văn ung thư biểu mô đường niệu chiếm 90%, ung thư biểu mô vảy khoảng 7-8 %, 1-2 % còn lại là ung thư biểu mô tuyến, ung thư tế bào nhỏ, sarcoma [5],[8]. Kết quả có sự chênh lệch bởi vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ và các loại ung thư biểu mô vảy, biểu mô tuyến...hiếm gặp.

Về độ mô học, UTBQ biệt hóa độ II gặp nhiều nhất 50,9%, độ III (32,2%) và độ I (16,9%). Còn nghiên cứu của Vũ Văn Lại cho thấy không có trường hợp nào biệt hóa thấp, biệt hóa độ II có 59,7% và biệt hóa độ III có 40,3% [6].

Về phân giai đoạn TNM, UTBQ nông chiếm 20,3% (chưa xâm lấn đến lớp cơ bàng quang) và UTBQ xâm lấn chiếm tỷ lệ lớn 79,7%. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân đến ở giai đoạn không còn sớm và kết quả này cũng phù hợp với độ mô học (phần lớn độ II và III).

Theo các nghiên cứu trên thế giới cho thấy thường u xâm lấn thì độ mô học thường là ở độ cao, hiếm khi là độ thấp (độ I). Phân giai đoạn của mô bệnh học rất có ý nghĩa cho quyết định phương pháp điều trị của bệnh nhân. Các trường hợp ung

thư nông thì có thể điều trị bảo tồn bàng quang còn ở giai đoạn xâm nhập thường điều trị triệt căn cắt bàng quang toàn bộ.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 64 trường hợp, chúng tôi nhận thấy:

- Đái máu là triệu chứng thường gặp nhất trong UTBQ (90,6%), là lý do khiến bệnh nhân đi khám (79,7%), chủ yếu là đái máu đỏ tươi, toàn bãi. Các triệu chứng khác ít gặp hơn.

- Tổn thương trên siêu âm chủ yếu là u dạng khối lồi (75%), đơn độc (62,5%) và thường ở 2 thành bên (46,6%), kích thước <3cm (57,8%).

- Mô bệnh học:

- + Tổn thương lành tính chiếm 7,8%.

- + Tổn thương ác tính chiếm 92,2%, trong đó: ung thư biểu mô đường tiết niệu chiếm đa số với 98,3% ung thư biểu mô vảy chiếm 1,7% chủ yếu là ung thư biệt hóa độ cao độ II (50,9%), sau đó là độ III (32,2%) và thấp nhất là độ I (16,9%). U xâm lấn chiếm 73,4%, U nông chiếm 18,8%.

- Đối chiếu chẩn đoán u bàng quang qua lâm sàng và mô bệnh học cho thấy độ nhạy của lâm sàng $Se = 36/59 = 60,01\%$, độ đặc hiệu $Sp = 2/5 = 40\%$. Đối chiếu chẩn đoán u bàng quang của siêu âm và mô bệnh học thấy độ nhạy của siêu âm $Se = 53/59 = 89,8\%$, độ đặc hiệu $Sp = 2/5 = 40\%$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Đức Hảo (2014), Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi u bàng quang có đối chiếu mô bệnh học, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Hà Nội.

2. Hoàng Văn Tùng, Trần Khánh Ngọc, Phạm Trần Cảnh Nguyên, Nguyễn Văn Thuận, Lê Đình Khánh, Nguyễn Khoa Hùng (2007), "Cắt bàng quang giữ lại Tuyến Tiền Liệt và tạo hình bàng quang mới bằng đoạn hồi tràng theo Studer", Tạp chí y học thực hành, (586), tr 61 - 65.

3. Nguyễn Diệu Hương (2008), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị u nông tại bệnh viện K (2006 - 2008), Luận án tiến sĩ Y học, Hà Nội. 4. Nguyễn Kỳ và Vũ Long (1992), "Kết quả chẩn đoán u bàng quang bằng phương pháp siêu âm qua thành bụng", Ngoại khoa số 4, tr 10-14.

5. Vũ Lê Chuyên (2013), "Ung thư bàng quang", Bệnh lý các khối u đường niệu, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr 122 - 156.

6. Vũ Văn Lại (2007), Nghiên cứu điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật cắt u nội soi qua niệu đạo và kết hợp bơm BCG vào bàng quang, Luận án tiến sĩ, Hà Nội.

7. American cancer society (2016), " bladder cancer", Ga: American cancer society

8. Eble J.N, Sauter G, Epstein J.I, Sesterhenn I.A (2004), "WHO Classification of tumors, pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male genital Organs", Lyon: IARC Press.

9. Masumbuko y. Mwashambwa1 and Sydney c. Yongolo2, "The effectiveness of ultrasound in the diagnosis of bladder tumours at the Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania", Tanzania Journal of Health Research, Volume 13(3)

10. Mostofi F.K, Sobin L.H, Torloni H (1973), Histological typing of urinary bladder tumours, World Health Organization: Geneva, 1973.

11. Sobin L.H et al (2009), TNM Classification of malignant tumors, UICC, 7th Edition, 262-265

12. Shama S., Ksheersagar P., (2009), "Diagnosis and Treatment of Bladder Cancer", American Family Physician, 80 (7), pp 717 -723.