

## SO SÁNH GIÁ TRỊ GIỮA CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG ĐÁNH GIÁ LẠI GIAI ĐOẠN T CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG SAU ĐIỀU TRỊ TÂN HỖ TRỢ

### Comparison of the value between computed tomography and magnetic resonance imaging in reassessment of the T-stage of rectal cancer after neoadjuvant therapy

Lâm Thanh Ngọc\*, Ngô Quang Hưng\*\*, Trần Minh Hoàng\*, Võ Tấn Đức\*

#### SUMMARY

**Introduction:** Staging assessment plays an important role in choosing the optimal treatment method for patients with rectal cancer. Especially in the case of neoadjuvant chemoradiation, this affects the surgical method, for example local or total rectal resection.

**Purpose:** Comparing the value of computed tomography and magnetic resonance imaging in predicting local tumor stage (yT), regional lymph node metastasis and Circumferential resection margin (yCRM) after neoadjuvant chemoradiation.

**Methods:** Cross-sectional study on 62 rectal cancer patients who underwent CT and MRI before and after neoadjuvant chemoradiation with a long course, surgery and pathology results at Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Hospital. The disease stage was reassessment before surgery on CT and MRI, compared with pathology results with a complete description of ypT stage, lymph node metastasis, and ypCRM.

**Results:** The value of CT and MRI to evaluate non-T0 stages is not different. Both diagnostic tools have high sensitivity, positive predictive value, and accuracy in assessing non-T0 stages. CT and MRI both have high specificity, accuracy and negative predictive value in assessing stage T4 (82 - 94.5%). Regarding overall accuracy, CT is lower than MRI in assessing T stage (38.7 vs. 54.8%). In assessing lymph nodes metastasis, CT and MRI do not have a clear difference in value. Both have quite good negative predictive values, approximately 80%. CT and MRI both have high negative predictive value in assessing mesorectal fascia invasion, approximately 95% and MRI has 11-13% higher specificity and accuracy than CT.

**Conclusions:** After neoadjuvant therapy, CT and MRI both show good reliability in detecting remaining tumor, so a "watch and wait" strategy can be considered for cases where the tumor is no longer visible. Both have good reliability to exclude stage yT4, regional lymph node metastasis and mesorectal fascia invasion.

**Keywords:** Rectal cancer, computed tomography and magnetic resonance imaging, neoadjuvant chemoradiation, stage reassessment.

\*Bộ môn CDHA, Đại học Y Dược TP HCM

\*\*Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM CSI

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ung thư trực tràng (UTTT) là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ ba trên thế giới và đa số bệnh nhân thường phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến xa [1]. Hướng dẫn lâm sàng của Mạng lưới quốc gia về ung thư học toàn diện (NCCN) 2018 cho ung thư trực tràng khuyến cáo sử dụng hóa xạ trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật (HXTHT) đối với bệnh nhân thuộc giai đoạn T3-4 N0 hoặc N1-2 hoặc không thể cắt trọn tại chỗ qua nội soi. Tùy vào giai đoạn bệnh được đánh giá lại sau HXTHT sẽ ảnh hưởng đến thái độ điều trị tiếp theo. Đối với những trường hợp u đáp ứng hoàn toàn về mặt lâm sàng sau HXTHT, “theo dõi và chờ” đang là một chiến lược điều trị mới [2]. Chính vì vậy, đánh giá lại giai đoạn T của UTTT sau HXTHT bằng các khảo sát hình ảnh đóng vai trò quan trọng để lựa chọn chiến lược điều trị. Cộng hưởng từ (CHT) là phương thức khảo sát hình ảnh chính xác nhất cho UTTT do khả năng cung cấp độ phân giải mô mềm vượt trội, đa mặt phẳng và đánh giá được chức năng [3]. Theo hướng dẫn của Hội liên hiệp Âu Châu về ung thư học trong y khoa (ESMO) 2017, giá trị của CHT vượt trội so với cắt lớp vi tính (CLVT) trong việc đánh giá giai đoạn T của UTTT trước điều trị [4]. Ngoài ra, bên cạnh giảm thiểu chi phí cho bệnh nhân cũng như đối với những cơ sở y tế có máy CLVT nhưng chưa được trang bị máy CHT thì câu hỏi đặt ra là liệu CLVT có giá trị ra sao trong đánh giá lại giai đoạn tại chỗ sau HXTHT?. Nhằm so sánh giá trị của CLVT và CHT để đánh giá lại giai đoạn tại chỗ của UTTT sau HXTHT, chúng tôi tiến hành đề tài “So sánh giá trị của cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ trong đánh giá lại giai đoạn T của ung thư biểu mô trực tràng sau điều trị tân hỗ trợ”.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân UTTT được chụp CLVT và CHT trước và sau HXTHT với liệu trình dài, có phẫu thuật và kết quả GPB tại bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM trong khoảng thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 11/2022.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có biến chứng phải can thiệp vùng chậu trong quá trình hóa xạ trị (can thiệp nội mạch hay phẫu thuật), có phẫu thuật các tạng vùng chậu trước đó.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

### Phương pháp tiến hành nghiên cứu

Từ cơ sở dữ liệu của Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, hồi cứu các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân trong mẫu được chụp trên máy CLVT đa dãy 64 lát cắt (Somatom Definition AS, Siemens Healthcare Limited, Germany) hoặc 128 lát cắt (Somatom Definition AS+, Siemens Healthcare Limited, Germany); máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla (Magnetom Avanto, Siemens Healthcare Limited, Germany) hoặc 3 Tesla (Magnetom Verio, Siemens Healthcare Limited, Germany) tại bệnh viện ĐHYD TPHCM.

Hình ảnh được đọc bằng phần mềm Carestream Vue PACS, đánh giá các đặc điểm hình ảnh theo các chi tiết của một kết quả CLVT và CHT của UTTT sau HXTHT, sau đó đối chiếu kết quả giai đoạn T, di căn hạch vùng và xâm lấn MRF trên CLVT và CHT với kết quả trên GPB.

### 3. Biến số nghiên cứu

**Giai đoạn T trên CHT sau điều trị tân hỗ trợ:** là biến định tính, thứ tự, có 5 giá trị [5]:

yT0: không dày thành trực tràng.

yT1: u giới hạn trong lớp dưới niêm trực tràng

yT2: u vượt qua lớp dưới niêm xâm lấn lớp cơ, bờ ngoài lớp cơ trơn láng, không có thâm nhiễm mô mỡ quanh trực tràng.

yT3: u vượt qua lớp cơ xâm lấn ra mô mỡ quanh trực tràng

yT4: u xâm lấn nếp phúc mạc và/hoặc các cơ quan vùng chậu.

Do giai đoạn yT1, yT2 rất khó phân biệt trên CHT nên chúng tôi gộp nhóm thành yT1/2.

**Giai đoạn T trên CLVT sau điều trị tân hỗ trợ:** là biến định tính, thứ tự, có 5 giá trị [6]:

yT0: không dày thành trực tràng.

yT1: u lồi vào lòng trực tràng nhưng không gây biến dạng các lớp thành ruột.

yT2: dày thành không đều lồi vào lòng trực tràng, bờ ngoài lớp cơ trơn láng, không thâm nhiễm mỡ quanh trực tràng.

yT3: u vượt qua lớp cơ xâm lấn ra mô mỡ quanh trực tràng

yT4: u xâm lấn nếp phúc mạc và/hoặc các cơ quan vùng chậu.

Do giai đoạn T1, T2 rất khó phân biệt trên CLVT nên chúng tôi gộp nhóm thành yT1/2.

**Di căn hạch vùng trên CLVT và CHT sau điều trị tân hỗ trợ:** là biến định tính, danh định, có 2 giá trị [7]:

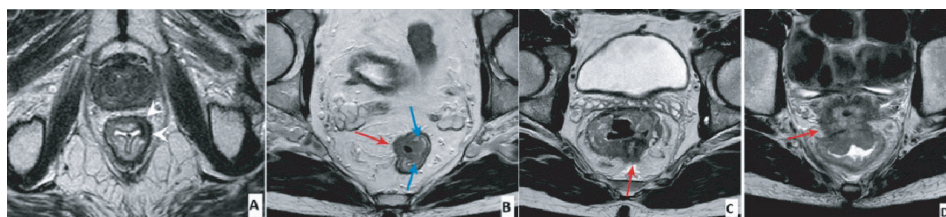
Âm tính (yN-): trực ngắn hạch  $\leq 5$  mm.

Dương tính (yN+): trực ngắn hạch  $> 5$  mm.

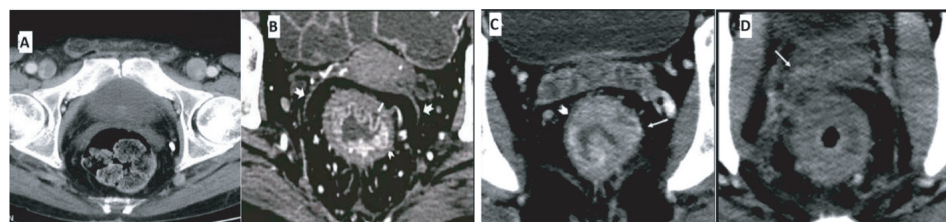
**Xâm lấn cân mạc treo trực tràng (CMTTT) trên CLVT và CHT sau điều trị tân hỗ trợ (yMRF):** là biến nhị giá, có 2 giá trị: dương tính và âm tính. Đo khoảng cách từ u đến CMTTT trên hình mặt phẳng cắt vuông góc trục u đối với hình tái tạo đa mặt phẳng của CLVT và hình T2W của CHT [8,9].

Dương tính (yMRF +) khi  $\leq 1$  mm.

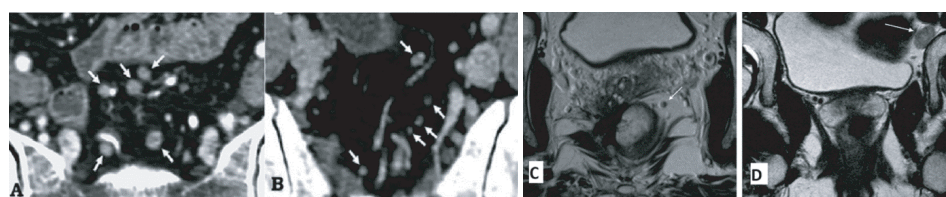
Âm tính (yMRF -) khi  $> 1$  mm.



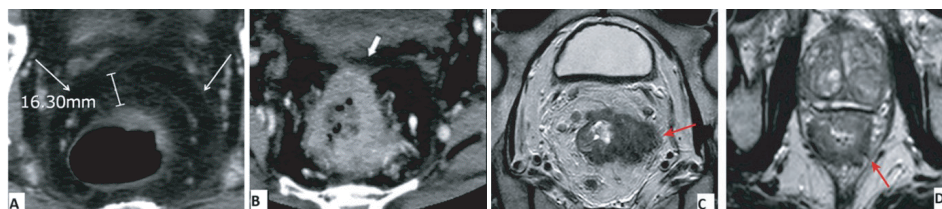
Hình 1. Giai đoạn yT1 đến yT4 theo thứ tự từ trái sang phải trên CHT sau tân hỗ trợ.  
“Nguồn: Bogveradze, Santiago.” [7,10]



Hình 2. Giai đoạn yT1 đến yT4 theo thứ tự từ trái sang phải trên CLVT sau tân hỗ trợ.  
“Nguồn: Ramanan.” [11]



Hình 3. Di căn hạch trên CLVT và CHT sau tân hỗ trợ (A: Hạch ác tính trên CLVT, B: Hạch lành tính trên CLVT, C: Hạch lành tính trên CHT, D: Hạch ác tính trên CHT).  
“Nguồn: Ramanan, Chand.” [11,12]



Hình 4. Xâm lấn CMTT trên CLVT và CHT sau tân hỗ trợ (yMRF) (A: yMRF (-) trên CLVT, B: yMRF (+) trên CLVT, C: yMRF (+) trên CHT, D: yMRF (-) trên CHT).

“Nguồn: Park, Ramanan, Santiago.” [10,11,13]

#### 4. Phương pháp thống kê

Các biến số định tính được mô tả bằng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được mô tả bằng số trung bình, trung vị. Các tỉ lệ được so sánh bằng phép kiểm Chi-Square hoặc phép kiểm Fisher. Tính độ nhạy (Sens), độ đặc hiệu (Spec), giá trị tiên đoán dương (PPV), giá trị tiên đoán âm (NPV), độ chính xác (Ac) dựa vào bảng 2x2. Đánh giá mức độ lặp lại việc đánh giá giai đoạn T trên CLVT và CHT bằng phép kiểm kappa (k).

Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

#### III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu được 62 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Trong đó có nam chiếm 71% và nữ chiếm 29%, tỉ lệ nam/ nữ sấp xỉ 2,4. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $55 \pm 12,8$ .

Giá trị của CLVT và CHT trong đánh giá giai đoạn T được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Giá trị của CLVT và CHT đánh giá giai đoạn T

		ĐN	ĐDH	GTTĐ+	GTTĐ-	ĐCX
Khác yT0	CLVT	96,3%	12,5%	88,1%	33,3%	85,5%
	CHT	96,3%	12,5%	88,1%	33,3%	85,5%
yT1/2	CLVT	25%	79,4%	50%	56,2%	54,8%
	CHT	50%	76,5%	63,6%	65%	64,5%
yT3	CLVT	69,6%	46,1%	43,2%	72%	54,8%
	CHT	82%	71,8%	63,3%	87,5%	75,8%
yT4	CLVT	0%	86,4%	0%	94,4%	82%
	CHT	0%	88,1%	0%	94,5%	83,9%
GD yT chung	CLVT	-	-	-	-	38,7%
	CHT	-	-	-	-	54,8%

Giá trị của CLVT và CHT đánh giá giai đoạn khác T0 là không khác biệt. Cả hai phương tiện chẩn đoán đều có độ nhạy, giá trị tiên đoán dương và độ chính xác cao trong đánh giá giai đoạn khác T0. CLVT và CHT đều có độ đặc hiệu, độ chính xác và giá trị tiên đoán âm cao

trong đánh giá giai đoạn T4 (82 – 94,5%). Về độ chính xác chung, CLVT thấp hơn CHT trong đánh giá giai đoạn T (38,7 so với 54,8%).

Giá trị của CLVT và CHT trong đánh giá giai đoạn N được trình bày trong bảng 2.

**Bảng 2. Giá trị của CLVT và CHT đánh giá di căn hạch vùng**

		ĐN	ĐĐH	GTTĐ+	GTTĐ-	ĐCX
yN	CLVT	68,4%	60,5%	43,3%	81,2%	62,9%
	CHT	68,4%	65,1%	46,4%	82,3%	66,1%

Trong đánh giá có hay không hạch di căn, CLVT và CHT không có sự khác biệt rõ về giá trị. Cả hai đều có giá trị tiên đoán âm khá tốt, xấp xỉ 80%.

Giá trị của CLVT và CHT đánh giá xâm lấn CMTTT được trình bày trong bảng 3.

**Bảng 3: Giá trị của CLVT và CHT đánh giá xâm lấn CMTTT**

		ĐN	ĐĐH	GTTĐ+	GTTĐ-	ĐCX
yMRF	CLVT	0%	60%	0%	94,7%	58%
	CHT	50%	71,7%	3,2%	97,7%	71%

CLVT và CHT đều có giá trị tiên đoán âm cao trong đánh giá xâm lấn cân mạc treo trực tràng, xấp xỉ 95%. CHT có độ đặc hiệu, độ chính xác cao hơn CLVT từ 11-13%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong đánh giá giai đoạn u tại chỗ, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ chính xác chung của CLVT và CHT đều ở mức thấp, chủ yếu do đánh giá quá giai đoạn. Mặc dù CHT cho độ chính xác cao hơn CLVT nhưng vẫn không đáng tin cậy. Đa số các trường hợp đánh giá không chính xác nằm ở giai đoạn T1/2, khi u nằm ở trong thành trực tràng và trong trường hợp biến đổi sau xạ gây nhầm lẫn trong nhận định của nhà hình ảnh học. Tuy nhiên, khi xét đến sự hỗ trợ cho quyết định lâm sàng, cả hai phương tiện đều cho thấy kết quả tốt với nhóm đáp ứng u hoàn toàn (khác yT0) và nhóm yT4. Trường hợp còn mô u, CLVT và CHT đều cho độ nhạy, GTTĐ (+) và độ chính xác khá tin cậy (85,5 – 96,3%); trường hợp xác định u không còn xâm lấn cơ quan lân cận, cả hai đều cho độ đặc hiệu, GTTĐ (-) và độ chính xác tốt (82 – 94,4%). Các nghiên cứu của các tác giả khác cũng ghi nhận kết quả tương tự. Trong một nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu trên 90 bệnh nhân, Pommeri và cộng sự ghi nhận độ chính xác chung kém của CLVT và CHT trong đánh giá giai đoạn yT (37% và 34%) nhưng có độ đặc hiệu và GTTĐ (-) tốt khi so sánh nhóm yT ≤ 3 và yT4 [14]. Tác giả Park trong một nghiên cứu hồi cứu trên 57 bệnh nhân cũng ghi nhận

độ chính xác giới hạn của CLVT (43,9% - 54,4%) và CHT (63,2% - 68,4%) [13]. Liu và cộng sự có kết quả tương tự với độ chính xác chung là 51,6% cho CLVT và 41,9% cho CHT. Các tác giả đều ghi nhận tỷ lệ cao khi đánh giá quá giai đoạn là nguyên nhân chính làm giảm độ chính xác chung của các phương tiện hình ảnh [15].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt đáng kể của CLVT và CHT trong đánh giá còn hạch di căn, với độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, GTTĐ (+) chỉ ở mức trung bình (43,3% - 68,4%), chủ yếu do đánh giá quá giai đoạn (39,5% với CLVT và 34,8% với CHT). So sánh với các tác giả khác, kết quả của chúng tôi có sự tương đồng. Tác giả Park ghi nhận độ chính xác của CLVT và CHT là 77,2% và 77,2 – 80,7%, đa số là đánh giá dưới giai đoạn với tỷ lệ 15,8 – 17,5% cho CLVT và 14 – 17,5% cho CHT, tuy nhiên nghiên cứu không đề cập rõ tiêu chuẩn xác định hạch nghi ngờ [13]. Liu và cộng sự dùng ngưỡng cắt ngang 5 mm cho hạch di căn cho độ chính xác của CLVT và CHT là 56,5% và 53,2%, chủ yếu do đánh giá quá giai đoạn (29-35,5%) [15]. Nghiên cứu của tác giả Pommeri có độ chính xác của CLVT và CHT là 62% và 68% khi áp dụng ngưỡng cắt ngang 5 mm đối với trực tràng hạch. Tuy nhiên, khi áp dụng ngưỡng 10 mm, tác giả ghi nhận sự cải thiện về giá trị của CLVT và CHT: độ chính xác là 82% cho CLVT, 75% cho CHT, độ đặc hiệu là 94% cho cả hai, GTTĐ (-) là 85% cho CLVT và 76% cho CHT [14].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận CHT có độ đặc hiệu và độ chính xác tốt hơn CLVT trong đánh giá xâm lấn CMTTT sau điều trị tân hỗ trợ. Tỷ lệ đánh giá quá giai đoạn cao trên CLVT (40%) và CHT (28,3%) có thể giải thích do sự giới hạn về độ chính xác của cả hai phương tiện. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận kết quả khá tương đồng. CHT có độ chính xác 85% trong nghiên cứu của tác giả Pomerri, với tỷ lệ đánh giá quá giai đoạn cao (70%) [14]. Tác giả Park ghi nhận không có sự khác biệt rõ rệt về giá trị giữa CLVT và CHT khi đánh giá xâm lấn MRF, với độ chính xác 86 – 91,2% [13]; tuy nhiên tác giả

dùng ngưỡng cắt ngang là 2 mm thay vì 1 mm như chúng tôi và tác giả Pomerri.

## V. KẾT LUẬN

Sau điều trị tân hỗ trợ, CLVT và CHT đều có giá trị cao tương đương nhau để gian đoạn khác yT0 và chẩn đoán loại trừ giai đoạn yT4. Khi chẩn đoán giai đoạn yT3, CLVT cho kết quả kém hơn CHT ở tất cả các giá trị, từ 13-20%. Độ chính xác chung của hai phương tiện hình ảnh còn thấp, trong đó CHT cao hơn CLVT (54,8% so với 38,7%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH. Estimated Age-Standardized Incidence Rates (World) in 2020, All Cancers, Both Sexes, All Ages. <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie.20212021-05-07>.
2. Fernandez LM, São Julião GP, Figueiredo NL. Conditional recurrence-free survival of clinical complete responders managed by watch and wait after neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer in the International Watch & Wait Database: a retrospective, international, multicentre registry study. *Lancet Oncol*. Jan 2021;22(1):43-50. doi:10.1016/s1470-2045(20)30557-x
3. Kalisz KR, Enzerra MD, Paspulati RM. MRI Evaluation of the Response of Rectal Cancer to Neoadjuvant Chemoradiation Therapy. *Radiographics*. Mar-Apr 2019;39(2):538-556. doi:10.1148/rg.2019180075
4. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret Eea. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. Jul 1 2017;28(suppl\_4):iv22-iv40. doi:10.1093/annonc/mdx224
5. Weiser MR. AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. *Ann Surg Oncol*. Jun 2018;25(6):1454-1455. doi:10.1245/s10434-018-6462-1
6. Burton S, Brown G, Bees N, et al. Accuracy of CT prediction of poor prognostic features in colonic cancer. *Br J Radiol*. Jan 2008;81(961):10-9. doi:10.1259/bjr/19492531
7. Bogveradze N, Snaebjornsson P, Grotenhuis BAea. MRI anatomy of the rectum: key concepts important for rectal cancer staging and treatment planning. *Insights Imaging*. Jan 18 2023;14(1):13. doi:10.1186/s13244-022-01348-8
8. Lee S, Kassam Z, Baheti ADea. Rectal cancer lexicon 2023 revised and updated consensus statement from the Society of Abdominal Radiology Colorectal and Anal Cancer Disease-Focused Panel. *Abdom Radiol (NY)*. May 5 2023;doi:10.1007/s00261-023-03893-2
9. Group MS. Diagnostic accuracy of preoperative magnetic resonance imaging in predicting curative resection of rectal cancer: prospective observational study. *Bmj*. Oct 14 2006;333(7572):779. doi:10.1136/bmj.38937.646400.55
10. Santiago I, Figueiredo N, Parés Oea. MRI of rectal cancer-relevant anatomy and staging key points. *Insights Imaging*. Sep 3 2020;11(1):100. doi:10.1186/s13244-020-00890-7

11. Ramanan, Munikrishnan, al. Ve. Accuracy of High Resolution Multidetector Computed Tomography in the Local Staging of Rectal Cancer. *Journal of Gastrointestinal and Abdominal Radiology*. 04/30 2021;05:001-015. doi:10.1055/s-0041-1726662
12. G CMWAaB. Evaluation of Mesorectal Lymph Nodes with High-Resolution MRI. *Austin J Cancer Clin Re*. 2014;1(4)
13. Park JH, Kim YH, al. SMLe. Diagnostic Accuracy of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging Obtained after Neoadjuvant Chemoradiotherapy in Predicting the Local Tumor Stage and Circumferential Resection Margin Status of Rectal Cancer. *Journal of The Korean Society of Radiology*. 2014;70(2):123-132. doi:https://doi.org/10.3348/jksr.2014.70.2.123
14. Pomerri F, Pucciarelli S, Maretto lea. Prospective assessment of imaging after preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *Surgery*. Jan 2011;149(1):56-64. doi:10.1016/j.surg.2010.03.025
15. Liu W, Li Y, Zhang Xea. Preoperative T and N Restaging of Rectal Cancer After Neoadjuvant Chemoradiotherapy: An Accuracy Comparison Between MSCT and MRI. *Front Oncol*. 2021;11:806749. doi:10.3389/fonc.2021.806749

## TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Đánh giá giai đoạn đóng vai trò quan trọng để lựa chọn phương thức điều trị tối ưu cho người bệnh ung thư biểu mô trực tràng (UTTT). Đặc biệt đối với trường hợp sau hóa xạ tân hỗ trợ (HXTHT), việc này ảnh hưởng đến phương pháp phẫu thuật, ví dụ cắt trọn tại chỗ hay toàn bộ trực tràng.

**Mục tiêu:** So sánh giá trị của cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT) trong việc đánh giá giai đoạn u tại chỗ (yT), tình trạng di căn hạch vùng và diện cắt chu vi (yCRM) sau hóa xạ tân hỗ trợ (HXTHT).

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân UTTT được chụp CLVT và CHT trước và sau HXTHT với liệu trình dài, có phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh (GPB) tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Giai đoạn bệnh được đánh giá lại trước phẫu thuật trên CLVT và CHT, đối chiếu với kết quả GPB có mô tả đầy đủ giai đoạn ypT, di căn hạch, ypCRM.

**Kết quả:** Giá trị của CLVT và CHT đánh giá giai đoạn khác T0 là không khác biệt. Cả hai phương tiện chẩn đoán đều có độ nhạy, giá trị tiên đoán dương và độ chính xác cao trong đánh giá giai đoạn khác T0. CLVT và CHT đều có độ đặc hiệu, độ chính xác và giá trị tiên đoán âm cao trong đánh giá giai đoạn T4 (82 – 94,5%). Về độ chính xác chung, CLVT thấp hơn CHT trong đánh giá giai đoạn T (38,7 so với 54,8%). Trong đánh giá có hay không hạch di căn, CLVT và CHT không có sự khác biệt rõ về giá trị. Cả hai đều có giá trị tiên đoán âm khá tốt, xấp xỉ 80%. CLVT và CHT đều có giá trị tiên đoán âm cao trong đánh giá xâm lấn cân mạc treo trực tràng, xấp xỉ 95%. CHT có độ đặc hiệu, độ chính xác cao hơn CLVT từ 11-13%.

**Kết luận:** Sau điều trị tân hỗ trợ, CLVT và CHT đều cho độ tin cậy tốt trong phát hiện mô u còn lại, do đó có thể cân nhắc chiến lược “theo dõi và chờ” đối với những trường hợp không còn thấy u. Cả hai đều cho độ tin cậy tốt để loại trừ giai đoạn yT4, di căn hạch vùng và xâm lấn cân mạc treo trực tràng (CMTTT).

**Từ khóa:** ung thư trực tràng, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, hóa xạ trị tân hỗ trợ, đánh giá lại giai đoạn

Người liên hệ: Lê Văn Khánh. Email: drhuykhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/02/2024. Ngày nhận phản biện: 21/02/2024. Ngày chấp nhận đăng: 20/07/2024