

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ 1.5T TRONG PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Image characteristics and value of 1.5T MRI in the staging of cervical cancer

*Trần Lệ Quyên**, *Phạm Minh Thông***, *Nguyễn Văn Khánh****

SUMMARY

A prospective descriptive study of 47 cervical cancer patients, were taken 1.5T MRI before surgery, and has result pathology after surgery in the Ha Noi Oncology hospital.

Results: The min and max ages are 32 and 69, the average age is $52,1 \pm 10,0$. Squamous-cell carcinoma 89,4%, Adenocarcinoma 10,6%. 100% mass shows a slightly hyperintense in T2-weighted MR image, 94,2% shows a isointense in T1W, 97,1% shows a hyperintense in Diffusion (b800), 97,1% T1FS-weighted MR image shows poorly absorbed drugs for muscle fiber uterus after injection, 61,8% heterogeneous infiltration strong enhancement of the tumor. Assess tumor size has Acc 85,3%. The rating invasive vaginal has Se 100%, Sp 100%, Acc 100%, PPV và NPV 100%. Invasive parametre has Se 95,2%, Sp 96,2%, Acc 95,7%, PPV 95,2% và NPV 96,2%. Diagnosed lymph node metastases with Se 100%, Sp 97,8%, Acc 97,9%, PPV 66,7% và NPV 100%. Staging of the MRI 1.5T has Acc 95,7%

Conclusion: Image 1.5T MRI on observable clarity T2WI, DWI before the injection and T1FS after the injection contract. 1.5T MRI has high value for staging Cervical cancer. MRI should be used routinely for staging Cervical cancer.

Keyword: *Cervical cancer; MRI of cervical, staging cervical cancer.*

* Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, bộ môn Chẩn đoán hình ảnh đại học Y Hà Nội.

** Bệnh viện Bạch Mai, bộ môn Chẩn đoán hình ảnh đại học Y Hà Nội.

*** Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là khối u ác tính thường gặp, đứng hàng thứ hai trong số các ung thư phụ khoa sau ung thư vú, là một trong những nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất ở phụ nữ, ước tính năm 2012 trên thế giới có khoảng 527.600 trường hợp mới mắc và khoảng 265.700 trường hợp tử vong. Tiên lượng của bệnh nhân UTCTC phụ thuộc vào giai đoạn (GD) bệnh, tỷ lệ sống sau 5 năm ở GD I trên 90%, GD II từ 60% đến 80%, GD III khoảng 50% và GD IV dưới 30%. 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 GD UTCTC của Liên đoàn Sản phụ khoa quốc tế (FIGO) được sử dụng rộng rãi cho việc lập kế hoạch điều trị. Chụp CHT chẩn đoán phân loại GD UTCTC có độ chính xác 85-96% và đóng một vai trò quan trọng trong việc xác định phác đồ điều trị (ĐT) [1]. FIGO trong lần sửa đổi gần đây nhất vào năm 2009 đã khuyến cáo sử dụng CĐHA trong đó có CLVT và CHT trong phân loại GD UTCTC.

UTCTC được ĐT bằng các phác đồ khác nhau, lựa chọn phác đồ ĐT dựa vào GD bệnh, tuổi và thể trạng chung của bệnh nhân, tổn thương tại chỗ, quan điểm ĐT của thầy thuốc, trong đó GD bệnh là căn cứ quan trọng nhất.

Tại Việt Nam máy CHT 1,5 Tesla đã được trang bị khá rộng rãi ở các bệnh viện. Góp phần tìm hiểu thêm về đánh giá phân loại GD UTCTC của CHT, đề tài này được thực hiện với mục tiêu: *Phân tích đặc điểm hình ảnh và đánh giá giá trị của cộng hưởng từ 1.5Tesla trong phân loại giai đoạn UTCTC (theo FIGO).*

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả 47 trường hợp UTCTC có kết quả giải phẫu bệnh (GPB), được chụp CHT 1.5Tesla trước mổ, được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội trong thời gian từ 01.2018 đến 07.2020 và có kết quả GPB sau mổ.

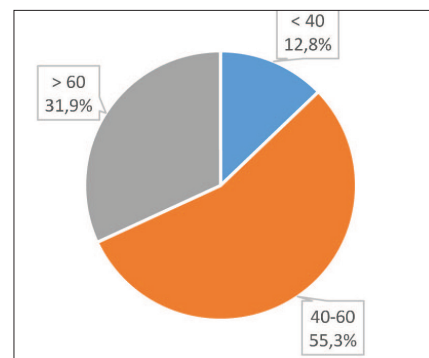
- Phân loại GD UTCTC trên CHT theo FIGO được xác định như sau:

FIGO	DẤU HIỆU TRÊN CHT
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 ≤4cm, IB2: u > 4cm.
IIA	Khối u xâm lấn âm đạo đoạn 2/3 trên, chưa xâm lấn dây chằng rộng. GD IIA1: KT u ≤ 4cm, GD IIA2: KT u > 4cm.
IIB	Khối u xâm lấn dây chằng rộng, chưa xâm lấn đến thành bên chậu hông.
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.
IVA	Cấu trúc tín hiệu tổ chức u lan vào thành bàng quang hay thành trực tràng.
IVB	Ung thư di căn xa .

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20
- + Các biến số định tính thì tính theo tỉ lệ %
- + Các biến số định lượng thì tính giá trị trung bình, độ lệch.
- + Đối chiếu kết quả CHT 1.5T với GPB để tính Se, Sp, PPV, NPV và Acc của CHT 1.5T trong đánh giá xâm lấn, di căn và phân loại GD UTCTC.

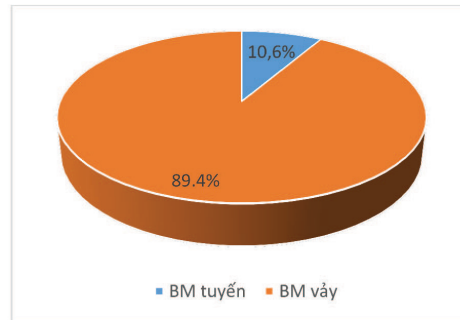
3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân ung thư cổ tử cung theo tuổi.

Nhận xét: Tuổi thấp nhất 32, cao nhất 69, trung bình $52,1 \pm 10,0$, độ tuổi 40 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 55,3%.



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo kết quả GPB.

Nhận xét: Ung thư biểu mô (UTBM) vảy chiếm tỷ lệ 89,4%, UTBM tuyến 10,6.

3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ 1.5Tesla

Bảng 1. UT CTC GD IA trên CHT

Điều trị \ CHT	Phẫu thuật trước hóa xạ trị	Phẫu thuật sau hóa xạ trị	Tổng
Không thấy u	9	4	13
Thấy u	0	0	0
Tổng	9	4	13

Nhận xét: 13 trường hợp không nhìn thấy u trên phim MRI. Trong đó có 9 trường hợp được phẫu thuật trước hóa xạ trị, 4 trường hợp được phẫu thuật sau hóa xạ trị.

Bảng 2. Đặc điểm tín hiệu UTCTC trên CHT 1.5Tesla

Chuỗi xung	Giảm tín hiệu		Đồng tín hiệu		Tăng tín hiệu		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
T1W	1	2,1	32	94,2	1	2,9	34	100,0
T2W					34	100	34	100,0
DW			1	2,9	33	97,1	34	100,0

Nhận xét: UTCTC có đặc điểm: đồng tín hiệu trên T1W (94,2%), tăng tín hiệu trên T2W (100%), giảm khuếch tán (tăng tín hiệu) trên Diffusion (97,1%).

Bảng 3. Đặc điểm và tính chất ngấm thuốc đối quang từ của UTCTC so với cơ TC

Tính chất \ Đặc điểm	Kém cơ TC		Ngang cơ TC		Hơn cơ TC		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đồng nhất	13	38,2	0	0,0	0	0,0	13	38,2
Ko đồng nhất	20	58,9	0	0,0	1	2,9	21	61,8
Tổng	33	97,1	0	0,0	1	2,9	34	100,0

Nhận xét: 97,1% UTCTC ngấm thuốc đối quang từ kém cơ TC, ngấm không đồng nhất chiếm 61,8%.

3.3. Giá trị của cộng hưởng từ 1.5Tesla trong phân loại giai đoạn UTCTC

Bảng 4. Giá trị của CHT trong đánh giá kích thước u

GPB \ CHT	Kích thước u			Tổng
	≤ 7mm	> 7 → 40mm	> 40mm	
Đúng kích thước	0	29	0	29
Sai kích thước	2	0	3	5
Tổng	2	29	3	34

Nhận xét: Giá trị chẩn đoán đúng của CHT trong đánh giá kích thước khối u: Acc = 29/34 = 85,3%

Bảng 5. Tương quan đánh giá xâm lấn âm đạo của CHT và GPB

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có xâm lấn	4	0
Không xâm lấn	0	43	43
Tổng	4	43	47

Nhận xét: giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo như sau: Độ nhạy Se = 4/4 = 100%, độ đặc hiệu Sp = 43/43 = 100%, độ chính xác Acc = 47/47 = 100%, giá trị dự báo dương tính PPV = 4/4 = 100%, giá trị dự báo âm tính NPV = 43/43 = 100%

Bảng 6. Tương quan đánh giá xâm lấn dây chằng rộng giữa CHT và GPB

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có xâm lấn DCR	20	1
Ko xâm lấn DCR	1	25	26
Tổng	21	26	47

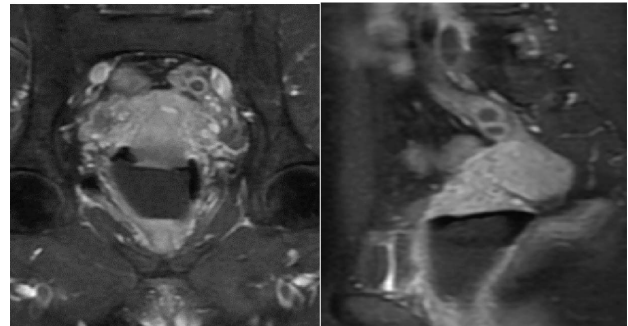
Nhận xét: giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn DCR như sau: Độ nhạy Se = 20/21 = 95,2%, độ đặc

hiệu Sp = 25/26 = 96,2%, độ chính xác Acc = 45/47 = 95,7%, giá trị dự báo dương tính PPV = 20/21 = 95,2%, giá trị dự báo âm tính NPV = 25/26 = 96,2%.

Bảng 7. Giá trị chẩn đoán hạch di căn của CHT

GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Có di căn hạch	2	1
Ko di căn hạch	0	44	44
Tổng	2	45	47

Nhận xét: Giá trị chẩn đoán hạch di căn của CHT như sau: Độ nhạy Se = 2/2 = 100%, độ đặc hiệu Sp = 44/45 = 97,8%, độ chính xác Acc = 46/47 = 97,9%, giá trị dự báo dương tính PPV = 2/3 = 66,7%, giá trị dự báo âm tính NPV = 44/44 = 100%.



Hình 1. Hình ảnh UT CTC giai đoạn IB1 có di căn hạch chậu trái.

Nguyễn Thị Như L. 54tuổi. Số BA: 19035392

Bảng 8. Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn UTCTC (bao gồm cả giai đoạn IA không thấy u trên phim CHT)

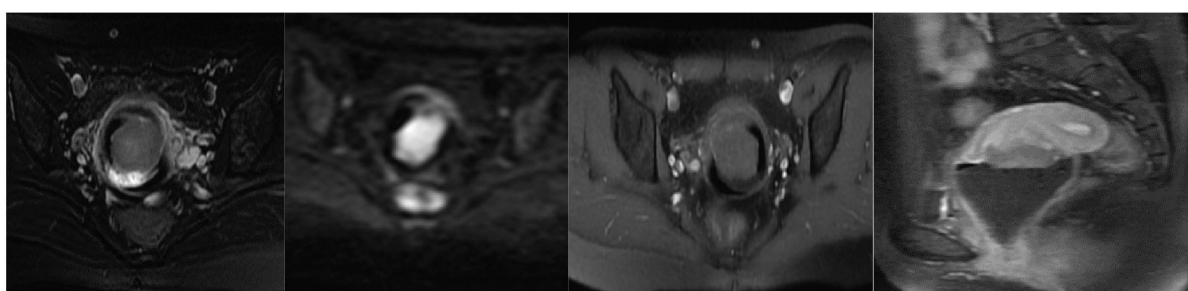
GPB \ CHT	Dương tính	Âm tính	Tổng
	Đúng GĐ	45	2
Tổng	45	2	47

Nhận xét: Trong phân loại giai đoạn UTCTC CHT có độ chính xác Acc = 45/47 = 95,7%

Bảng 9. Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn UTCTC (không bao gồm cả giai đoạn IA không thấy u trên phim CHT)

GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
Đúng GD	32	2	34
Tổng	32	2	34

Nhận xét: Trong phân loại giai đoạn UTCTC CHT có độ chính xác Acc = 32/34= 94,1%



Hình 2: Hình ảnh UT CTC giai đoạn IB1 khu trú thành sau tử cung, tăng tín hiệu trên T2WI, giảm khuếch tán trên DWI, ngấm thuốc đối quang từ kém, đồng nhất trên T1FS. Hoàng Thị H. 33 tuổi, số BA: 19013719

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tuổi thấp nhất 32, cao nhất 69, trung bình 52,1 ± 10,0, độ tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất 55,3%. Nghiên cứu 296 UTCTC GD IIB-IIIB, Trần Đặng Ngọc Linh (2013) ghi nhận độ tuổi trung bình 58,4 tuổi [2]. Doãn Văn Ngọc và cs (2016) nghiên cứu 152 BN UTCTC ở tất cả các GD bệnh nhận xét tuổi thấp nhất 25, cao nhất 81, trung bình 51,11 ± 10,12, độ tuổi trên 50 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,8% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với kết quả nghiên cứu trước của các tác giả trong nước. Sự khác biệt này có thể do những BN được phẫu thuật là những trường hợp có đủ sức khỏe, không có bệnh mạn tính kèm theo, không có chống chỉ định trong gây mê nên trẻ hơn so với độ tuổi chung. **Kết quả GPB:** UTBM vảy chiếm tỉ lệ 89,4%, UTBM tuyến chiếm 10,6. Theo Ngô Thị Tính (2011) UTBM TB vảy chiếm 81,9%, tuyến 14,4% [4]. Theo Trần Đặng Ngọc Linh (2013) UTBM TB vảy 87,8%, tuyến 11,5% [2]. Theo Doãn Văn Ngọc (2016) UTBM vảy chiếm tỉ lệ 82,2%, UTBM tuyến chiếm 11,2%, các loại khác chiếm 6,6% [3]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước.

2. Đặc điểm hình ảnh CHT 1.5Tesla của UTCTC

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 trường hợp được chẩn đoán GD IA và đều không nhìn thấy u trên phim CHT. Trong số đó có 9 trường hợp được chẩn đoán lúc vào viện và được phẫu thuật ngay sau chẩn đoán, còn lại 4 trường hợp chẩn đoán nhập viện là giai đoạn IIB, sau điều trị hóa xạ trị khoảng 4-6 tuần, BN đáp ứng điều trị không còn thấy u trên phim CHT và được chẩn đoán trước phẫu thuật là GD IA. 13 trường hợp này chúng tôi vẫn xếp UT CTC GD IA theo FIGO nhưng không đánh giá kích thước, ranh giới, cũng như đặc điểm tín hiệu và đặc điểm ngấm thuốc trên CHT.

Đặc điểm tín hiệu UTCTC trên CHT 1.5Tesla:

Claudia (2007) nhận thấy 95% UTCTC tăng tín hiệu trên T2WI⁵. Ngô Thị Tính (2011) cho rằng trên CHT 0.35 Tesla UTCTC tăng tín hiệu trên T2WI, giảm tín hiệu trên T1WI⁴. Doãn Văn Ngọc (2016) nhận xét rằng trên CHT 1.5 Tesla UTCTC tăng tín hiệu trên T2WI trong 97,3%, tăng tín hiệu trên DWI trong 90,1% và đồng tín hiệu trên T1W trong 90,1% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng các nghiên cứu và nhận xét của các tác giả trong và ngoài nước. Như vậy để xác định UTCTC chuỗi xung T2W có giá trị cao nhất (100% tăng tín hiệu so với mô CTC lân cận, dễ nhận biết trên ảnh CHT), sau đó đến chuỗi xung Diffusion (b800-b1000)

97,1% giảm khuếch tán (tăng tín hiệu) so với nhu mô CTC lân cận. 94,2% u cổ tử cung 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 UTCTC.

Tính chất ngấm thuốc đối quang từ của UTCTC:

Lấy cơ tử cung làm chuẩn, trên hình ảnh T1 xóa mỡ sau tiêm thuốc đối quang từ của 34 khối u CTC thấy được trên phim CHT chúng tôi ghi nhận:

- Ngấm kém so với cơ TC chiếm tỷ lệ cao nhất (97,1%), trong đó ngấm không đồng nhất 61,8%.

- Không có khối u nào ngấm ngang với cơ TC

- Ngấm mạnh hơn cơ TC chiếm tỉ lệ rất thấp 2,1%,

Tỉ lệ u ngấm không đồng nhất 61,8% cao hơn so với u ngấm thuốc đồng nhất (38,2%). Như vậy trên CHT 1.5T, UTCTC có đặc điểm: Tăng tín hiệu trên T2WI, đồng tín hiệu trên T1W, giảm khuếch tán (tăng tín hiệu) trên Diffusion (b800-b1000), ngấm thuốc đối quang từ kém so với cơ TC, thường ngấm thuốc không đồng nhất.

3. Giá trị của CHT trong phân loại GĐ UTCTC

Kích thước u: Chấp nhận sai lệch trong khoảng 5mm, so sánh với KT u của GPB đại thể chúng tôi tính được giá trị của CHT trong đánh giá KT u có độ chính xác 85,3%. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Đa trung tâm với 208 BN UTCTC ghi nhận CHT đánh giá chính xác KT u với độ sai lệch 5mm có độ chính xác từ 79-94% [6]. Như vậy, độ chính xác của CHT trong đánh giá KT u khá cao. Trên phim CHT chúng tôi xác định có 3 khối u kích thước >40 mm, tuy nhiên GPB lại đánh giá u kích thước >7 - 40 mm, sai số này có thể do quá trình xử lý bệnh phẩm để làm GPB gây co nhỏ, làm giảm kích thước thực tế của khối u, do vậy tuy xếp vào nhóm CHT chẩn đoán sai kích thước u nhưng theo chúng tôi với những khối u kích thước lớn CHT vẫn có giá trị cao trong việc xác định kích thước.

Xâm lấn âm đạo: Trong 47 trường hợp được, CHT xác định có 4 ca xâm lấn âm đạo, kết quả GPB đều dương tính, 43 ca còn lại CHT xác định không xâm lấn âm đạo và GPB xác định cả 54 ca âm tính. Trong đánh giá xâm lấn âm đạo CHT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 100%, giá trị dương tính và giá trị âm tính 100%. Nghiên cứu của Sala và cs cho

thấy CHT đánh giá xâm lấn âm đạo có độ chính xác từ 86-93% [7]. Như vậy độ chính xác của CHT trong đánh giá xâm lấn âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một chút so với Sala và cs có thể khác nhau về số lượng đối tượng nghiên cứu.

Xâm lấn dây chằng rộng: Trong 47 trường hợp CHT phát hiện 21 khối u có xâm lấn dây chằng rộng, kết quả GPB cho thấy 20 khối u có xâm lấn, 1 khối u không thấy xâm lấn. Như vậy trong chẩn đoán xâm lấn DCR CHT có độ nhạy 95,2 %, độ đặc hiệu 96,2%, độ chính xác 95,7%, giá trị dự báo âm tính 96,2%, giá trị dự báo dương tính là 96,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với Charis và cs: trong đánh giá xâm lấn DCR CHT có độ đặc hiệu 96%-99%, giá trị âm tính 94%-100% [8]. Tuy nhiên theo Sala và cs trong phát hiện xâm lấn DCR CHT có độ chính xác chỉ đạt từ 88%- 97%, độ đặc hiệu 93% [7]. Đánh giá xâm lấn DCR trên CHT có tính chất quyết định để xác định UTCTC ở GĐ IIB. Trên CHT xâm lấn DCR được đánh giá bằng hình ảnh thâm nhiễm của u tới mô cạnh TC, quan sát tốt nhất trên ảnh T2W cắt ngang hoặc cắt đứng ngang theo trục CTC.

Đánh giá xâm lấn bàng quang, trực tràng: có vai trò quyết định trong phân loại UTCTC ở GĐ IVA. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả GPB sau PT chỉ có 1 trường hợp xâm lấn bàng quang và 1 trường hợp xâm lấn trực tràng CHT đều xác định được. CHT là phương pháp thăm khám không xâm lấn, hiện nay được FIGO khuyến cáo sử dụng để đánh giá xâm lấn BQ, trực tràng trong UTCTC. Trên CHT hình ảnh xâm lấn BQ có thể quan sát dễ dàng trên chuỗi xung T2 hoặc T1FS sau tiêm thuốc đối quang từ ở các hướng cắt Axial và Sagittal.

Di căn hạch: Trong 47 trường hợp CHT phát hiện 3 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 2 trường hợp di căn hạch, 1 trường hợp còn lại là hạch viêm. Trong 44 trường hợp CHT không phát hiện được hạch di căn thì GPB xác nhận là đúng. Trong chẩn đoán hạch di căn CHT có độ đặc hiệu 97,8%, độ chính xác 97,9%, giá trị dự báo âm tính 100%, độ nhạy là 100% và giá trị dự báo dương tính là 66,7%. 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%-73% [9]. Trong một nghiên cứu Đa trung tâm, 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). Như vậy kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao so với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Sự khác biệt này có thể do các trường hợp UT CTC trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ di căn hạch thấp (chỉ có 3/47 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,4%).

Giá trị của CHT trong phân loại giai đoạn UTCTC

Khi đối chiếu phân loại GD giữa CHT và GPB của 47 trường hợp, bao gồm cả các trường hợp không thấy u trên phim CHT phân loại GD IA, chúng tôi thấy có 45 ca CHT phân loại đúng, 2 ca sai, độ chính xác là 95,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Okamoto và cs: độ chính xác của CHT trong phân loại GD UTCTC là 85%-96% [1]. Trong 2 ca phân loại GD sai có 1 ca CHT không xác định được u, nhưng lâm sàng có u quanh lỗ CTC 2 cm, GPB xác định là carcinoma vảy không sừng hóa (GD IB1), 1 ca CHT xác định khối u không xâm lấn DCR (GD IB1), sau

phẫu thuật GPB xác định là có xâm lấn DCR bên trái (GD IIB).

Đối chiếu phân loại GD giữa CHT nhìn thấy được u trên phim chụp (GD IB1 trở lên) và GPB của 34 trường hợp, chúng tôi thấy CHT có độ chính xác là 94,1%.

Như vậy trong đánh giá phân loại GD UTCTC CHT có giá trị cao. Hình ảnh CHT là thông tin rất đáng tin cậy giúp các nhà lâm sàng có cơ sở để phân loại chính xác GD UT CTC. Đối với các trường hợp UT CTC GD IA CHT có vai trò trong đánh giá bilan trước điều trị chứ không có giá trị để chẩn đoán GD.

V. Kết luận

1. Hình ảnh CHT 1.5T của UTCTC có đặc điểm: tăng tín hiệu trên T2W, đồng tín hiệu trên T1W, giảm khuếch tán trên Diffusion, ngấm thuốc đối quang từ kém cơ thành TC, ngấm không đồng nhất.
2. CHT 1.5T đánh giá KT u, xâm lấn âm đạo, xâm lấn DCR, xâm lấn thành bên chậu hông, di căn hạch và chẩn đoán phân loại GD UTCTC với độ chính xác từ 85,2% đến 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okamoto Y, Tanaka YO, Nishida M, Tsunoda H, Yoshikawa H, Itai Y. MR imaging of the uterine cervix: imaging-pathologic correlation. *Radiographics*. 2003;23(2):425-445.
2. Trần Đặng Ngọc Linh. *Hiệu quả xạ trị trong ung thư cổ tử cung GD IIB-III B*, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2013.
3. Doãn Văn Ngọc. *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị cộng hưởng từ 1.5 Tesla trong phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư cổ tử cung*, Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
4. Ngô Thị Tính. *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*, Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.
5. Claudia C. Camisão, Sylvia M.F. Brenna, Karen V.P. Lombardelli, Maria Céilia R. Djahjah, Zeferino LC. Magnetic resonance imaging in the staging of cervical cancer. *Radiol Bras*. 2007;40 (No. 3).
6. Mitchell DG, Snyder B, Coakley F, et al. 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*. 2006;24(36):5687-5694.
7. Sala E, Wakely S, Senior E, Lomas D. MRI of malignant neoplasms of the uterine corpus and cervix. *American Journal of Roentgenology*. 2007;188(6):1577-1587.
8. Charis Bourgioti et al. Current imaging strategies for the evaluation of uterine cervical cancer. *World journal of radiology*. 2016;8(4):342-354.

9. Sala E, Rockall AG, Freeman SJ, Mitchell DG, Reinhold C. The added role of MR imaging in treatment stratification of patients with gynecologic malignancies: what the radiologist needs to know. *Radiology*. 2013;266(3):717-740.
-

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả 47 bệnh nhân (BN) ung thư cổ tử cung (UTCTC) được phẫu thuật có chụp CHT 1.5 Tesla trước mổ và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

Kết quả: Tuổi thấp nhất 32, cao nhất 69, trung bình $52,1 \pm 10,0$. UTBM vảy 89,4%, UTBM tuyến 10,6%. 100% UTCTC tăng tín hiệu trên T2WI, 94,2% đồng tín hiệu trên T1WI, 97,1% giảm khuếch tán (tăng tín hiệu) trên DWI (b800-b1000), 97,1% ngấm thuốc đối quang từ kém cơ tử cung, 61,8% ngấm không đồng nhất. Đánh giá kích thước khối u CHT 1.5T có Acc 85,3%. Đánh giá xâm lấn âm đạo: Se 100%, Sp 100%, Acc 100%, PPV và NPV 100%. Đánh giá xâm lấn dây chằng rộng: Se 95,2%, Sp 96,2%, Acc 95,7%, PPV 95,2% và NPV 96,2%. Chẩn đoán hạch di căn: Se 100%, Sp 97,8%, Acc 97,9%, PPV 66,7% và NPV 100%. Phân loại GD UTCTC (kể cả giai đoạn IA không thấy u trên phim) CHT 1.5T có Acc 95,7%, chỉ đánh giá các trường hợp thấy được u trên phim, CHT 1.5T có Acc 94,1%.

Kết luận: Hình ảnh UTCTC trên CHT 1.5T có thể quan sát rõ nét trên T2WI, DWI trước tiêm và T1FS sau tiêm thuốc đối quang từ. CHT 1.5T có giá trị cao trong phân loại GD. CHT nên được sử dụng thường quy trong chẩn đoán phân loại GD UTCTC.

Từ khóa: Ung thư CTC, CHT cổ tử cung, phân loại GD UTCTC.

Người liên hệ: Trần Lệ Quyên, Email: quyentran86.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/8/2020. Ngày chấp nhận đăng: 18/9/2020