

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG CÁC KHÁM XÉT HÌNH ẢNH

Người dịch: Hoàng Đức Kiệt

(Tiếp theo kỳ trước)

LỜI GIỚI THIỆU

Tập tài liệu “Hướng dẫn sử dụng tốt các khám xét hình ảnh y khoa” (Guide de bon usage des examens d'imagerie medicale) được các tác giả ngành y tế Cộng hòa Pháp biên soạn và hiệu chỉnh trong suốt 4 năm từ 2001 đến 2004 và được xuất bản năm 2005 tại Pháp. Các tác giả tham gia biên soạn bao gồm nhiều nhóm chuyên gia của Hội Điện quang, Hội lý sinh Y học và Y học hạt nhân Pháp cũng như các Hội chuyên ngành lâm sàng và nhóm các nhà chức trách về quản lý Y tế Pháp.

Mục tiêu của tài liệu là:

1. Giảm chịu đựng cho người bệnh bằng cách bỏ bớt những khám xét không hợp lý.
2. Giảm phơi nhiễm bệnh nhân bằng sử dụng nhiều hơn các kĩ thuật khám xét không chiếu xạ ion hóa như siêu âm và cộng hưởng từ.
3. Cải thiện thực hành lâm sàng bằng chỉ định một cách hợp lý các khám xét hình ảnh học.
4. Phục vụ các bác sĩ như một tài liệu tham chiếu trên lâm sàng.

Tại Việt Nam hiện nay, các thầy thuốc lâm sàng cũng như hình ảnh học đã có thể chỉ định và thực hành hầu hết các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện có trên thế giới tuy chưa được phổ biến rộng rãi ngang tầm các nước phát triển. Người dịch tài liệu này nghĩ rằng đã đến lúc cần có một tài liệu hướng dẫn việc chỉ định các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh phù hợp với 4 mục tiêu trên. Do chưa có điều kiện tổ chức nghiên cứu và biên soạn như tại châu Âu và Pháp nên trước mắt chúng tôi dịch và giới thiệu từng phần tài liệu này trên tạp chí chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh và Y học hạt nhân, mong được quý đồng nghiệp góp ý kiến và sử dụng bước đầu.

MỘT SỐ CHỈ DẪN KHI SỬ DỤNG TÀI LIỆU

1. Mức độ kiểm chứng khoa học đối với chỉ định phương pháp khám xét:

- Mức A: Đã xác lập minh chứng khoa học.
- Mức B: Đã qua nghiên cứu và suy đoán khoa học.
- Mức C: Mức kiểm chứng khoa học còn hạn chế.

2. Phân bậc nhiễm xạ ion hóa (theo liều hiệu quả).

- Bạc 0: Không nhiễm xạ, thí dụ siêu âm, cộng hưởng từ.
- Bạc I: <1mSv, thí dụ X quang ngực chuẩn, X quang chi.
- Bạc II: 1-5mSv, thí dụ chụp cột sống thắt lưng, chụp UIV, xạ hình xương, CT-Scan sọ não hoặc cổ.
- Bạc III: 5-10mSv, thí dụ CT-Scan ngực hoặc bụng, xạ hình tưới máu cơ tim, PET với FDG.
- Bạc IV: >10mSv, thí dụ PET-CT, CT-Scan ngực-bụng, thủ thuật điện quang can thiệp.

3. Những chữ viết tắt

- Angio: Angiography = chụp mạch máu.
- CTA: Computed tomo-angiography = chụp mạch máu bằng cắt lớp vi tính.
- CT-Scan: Computed Tomography = chụp cắt lớp vi tính.
- DEXA: Double Energy Xray Absorptiometry = đo hấp thụ tia X năng lượng kép.
- ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreaticography = chụp đường mật-tụy ngược dòng qua nội soi.
- HU: Hounsfield Unit = Đơn vị Hounsfield.
- HSG: Hysterosalpingography = chụp tử cung vòi trứng.
- MRA: Magnetic Resonance Angiography = chụp mạch máu bằng cộng hưởng từ.
- MRCP: Magnetic Resonance Cholangio-pancreaticography = chụp đường mật-tụy bằng cộng hưởng từ.
- MRI: Magnetic Resonance Imaging = chụp cộng hưởng từ.

- PET: Positron emission tomography = chụp cắt lớp phát positron.

- 18 FDG PET-CT: Chụp cắt lớp phát positron với Fluor 18 desoxyglucose = dược chất phóng xạ dùng để khám PET kết hợp CT-Scan.

- SA: khám siêu âm.

- Sialo: Chụp ống - tuyến tuyến nước bọt.

- Scinti: Xạ hình bằng đồng vị phóng xạ.

- SPECT: Single photon emission computed tomography = chụp cắt lớp phát photon đơn.

- RX: Chụp X quang chuẩn.

Ung thư

Các chỉ định nêu trong phần này tập trung vào chẩn đoán, tổng kê mức độ lan rộng và theo dõi tiến triển của một số tổn thương ác tính hay gặp nhất. Phần này không trình bày ung thư trẻ em, ung thư tuyến vú cũng trình bày riêng.

Phim x quang ngực cần có ngay lúc đầu trong chẩn đoán ung thư nhằm mục đích đối chiếu với tình hình sau điều trị. Việc chiếu xạ trong chẩn đoán ung thư không đặt quá quan trọng.

Ung thư vòm họng

Chẩn đoán	CT-Scan MRI PET	Chỉ định trong trường hợp đặc biệt	Nói chung, chẩn đoán dựa trên nội soi và mô bệnh học mảnh sinh thiết. Trong một số ca nhất định, đó là một số ung thư vòm bị sùi vòm (VA) che lấp, khó thấy trên nội soi, có thể dựa vào MRI. PET có ích với trường hợp không sinh thiết được.	II 0 III/IV
Tổng kê độ lan rộng	MR	Chỉ định B	MRI được chỉ định đầu tiên để đánh giá mức lan rộng tại chỗ vì khu vực lân cận vòm họng và nền sọ có thể khám xét thuận lợi	0
	CT-Scan cổ ngực	Chỉ định B	CT-Scan hoặc SA cổ cần thiết để khám hạch bệnh lý. CT-Scan cổ ngực nên thực hiện đồng thời. CT-Scan có ích để tìm tổn thương lan vào xương, bổ sung cho MRI.	III
	Xạ hình PET	Chỉ định B	Xạ hình xương hoặc PET với 18FDG nên chỉ định trong đánh giá ban đầu độ lan rộng của u.	II III/IV
Theo dõi điều trị	MRI	Chỉ định B	MRI hiện là khám xét đầu tiên cần làm để phát hiện tái phát tại chỗ hoặc tái phát nội sọ sau xạ trị	0
	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan cổ ngực và/hoặc PET đều cần thiết để tìm hạch và di căn xa.	III
	PET	Chỉ định B	PET với 18FDG có độ tin cậy cao nhất để hiện hình ổ tái phát. Nên chờ tối thiểu 4 tháng sau xạ trị để hạn chế dương tính giả do ổ viêm sau xạ trị.	III/IV

Ung thư tuyến mang tai

Chẩn đoán	SA	Chỉ định B	Có ích nếu định chọc dò khám tế bào học dưới hướng dẫn của SA.	0
	MRI	Chỉ định B	Có ích để xác định chẩn đoán tổn thương ở sâu hoặc xác định một hay nhiều tổn thương. Lợi thế hơn CT-Scan trong chẩn đoán và theo dõi sau mổ.	0
	CT-Scan	Chỉ định B	Nên sử dụng để phân tích tổn thương xương nền sọ nếu có, cần thiết để tổng kê độ lan rộng của u tại khu vực và di căn xa.	II
	PET	Không chỉ định B		III/IV

Ung thư đường hô hấp và tiêu hóa trên (khoang miệng, họng, thanh quản, xoang lê)

Chẩn đoán	CTScan MRI	Không chỉ định B	Nói chung chẩn đoán dựa trên nội soi sinh thiết và mô bệnh học	II 0
	PET	Trường hợp đặc biệt		III/ IV
Tổng kê độ lan rộng	CT-Scan hoặc MRI	Chỉ định B	CT-Scan và MRI đều phù hợp trong tổng kê độ lan rộng của tổn thương. MRI ưu thế hơn đối với ung thư khoang miệng lan vào tủy xương của xương hàm dưới hoặc ung thư thanh quản lan vào sụn. Tuy nhiên MRI lại bất lợi vì hay bị nhiễu do chuyển động hoặc người bệnh nuốt. Hai phương pháp đều có thể đánh giá tổn thương hạch cổ.	II 0
	CT-Scan	Chỉ định B	Cần thiết phải chụp CT-Scan ngực nếu đã chỉ định khám xét	I III II/IV
	PET	Chỉ định B	PET với 18FDG được chỉ định với ung thư khu vực này để tìm di căn và ổ ung thư thứ ba	0
Theo dõi điều trị	MRI	Chỉ định B		0
	CT-Scan cổ ngực	Chỉ định B	Cần khám CT-Scan cổ ngực để tổng kê các ung thư khoang miệng, hầu họng, thanh quản và xoang lê sau hóa trị, xạ trị hay phẫu thuật.	III
	PET	Chỉ định B	PET với 18FDG có độ tin cậy tuyệt vời để phát hiện tái phát. Nên thực hiện 4 tháng sau khi kết thúc xạ trị để loại trừ nguy cơ dương tính giả do viêm	III/ IV

Hạch cổ

Tổng kê các hạch cổ chưa biết ung thư nguyên phát	CT-Scan và MRI	Khám xét đặc biệt B	Cần khám lâm sàng, nội soi và hình ảnh thật đầy đủ. CT-Scan cổ, có khi cả ngực, bụng, tiểu khung và MRI cổ. Phải chú ý vùng đáy lưỡi đến khoang a-mi-đan. Khám xét trên có thể phát hiện khoảng 45% các u nguyên phát.	III 0
	PET	Khám xét đặc biệt B	PET với 18FDG có thể tìm được từ 10 - 50% u nguyên phát chưa biết cũng như phát hiện các ổ di căn không thấy bằng những kĩ thuật khác.	III/IV

Ung thư tuyến giáp

Chẩn đoán nhân giáp (xem phần cổ)				
Ung thư giáp nguồn gốc nang tuyến sau cắt bỏ tuyến giáp	Xạ hình	Chỉ định B	Chỉ định Cắt bỏ u bằng lode 131 tùy thuộc chuyên khoa. Khám xạ hình sau khi cho một liều lode131 điều trị cắt bỏ vào thời kỳ giảm TSH (TSH huyết thanh >30mU/l).	IV
Ung thư tuyến giáp biệt hóa tủy	CT-Scan MRI SA	Chỉ định B	Cần ý kiến chuyên khoa để tìm đa u nội tiết. Tổng kê độ lan rộng các ung thư tùy dựa trên SA và MRI cổ (đánh giá tại chỗ) cùng với CT-Scan và SA gan để tìm ổ lan rộng xa.	II 0 0

Theo dõi ung thư giáp biệt hóa sau mổ có nguồn gốc nang tuyến Giai đoạn sớm dưới 1 năm	SA Doppler	Chỉ định A	Theo dõi sau cắt bỏ (không kể các trường hợp bệnh đã tiến triển khi phát hiện) dựa trên định lượng thyroglobuline trong khi kích thích bằng TSH, SA Doppler cổ 4-6 tháng sau mổ và xạ hình toàn thân với lode 131. Sự có mặt của kháng thể chống thyroglobuline có thể tác động vào định lượng thyroglobuline và làm thay đổi chiến lược theo dõi.	0
	Xạ hình	Chỉ thực hiện cho một số ca đặc biệt	Với bệnh nhân nguy cơ thấp, với thyroglobuline huyết thanh dưới 1microgr/l khi thử nghiệm kích thích bằng TSH nghĩa là có thể khỏi hoàn toàn thì chỉ định xạ hình chẩn đoán bằng lode 131 cần tranh luận. Nếu thyroglobuline >2microgr/l, cần tìm tổn thương tiến triển và thảo luận liệu điều trị bằng lode 131. Các trường hợp trung gian có thể định lượng lại thyroglobuline trong khi kích thích bằng TSH và xạ hình với lode 131. Với bệnh nhân nguy cơ cao cần xạ hình với lode 131 kết hợp với định lượng thyroglobuline.	IV
	PET CT-Scan MRI	A C C	Các di căn và/hoặc tổn thương còn sót lại mà không bắt lode 131 phải phát hiện bằng PET với 18FDG, CT-Scan hay MRI	III/ IV III 0
Theo dõi ung thư giáp biệt hóa nguồn gốc nang tuyến đã mổ Giai đoạn >1năm	SA	Chỉ định A	Bệnh nhân có nguy cơ thấp và tổng kê khỏi hoàn toàn trong năm đầu chỉ cần theo dõi bằng định lượng thyroglobuline trong khi khám bệnh bằng thyroxine và khám SA Doppler định kỳ.	
	Xạ hình	Chỉ định A	Trường hợp ngược lại có thể định lượng thyroglobuline vào iucs làm nghiệm pháp kích thích và/hoặc xạ hình toàn thân với lode 131.	IV
Theo dõi các ung thư giáp thể tủy đã mổ	Mọi kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh	Chỉ định đặc biệt C	Định lượng thyrocalcitonine huyết thanh cơ bản và trong khi làm nghiệm pháp với pentagastrine. Nếu thyrocalcitonine >100pg/ml, nên làm khám xét để tìm di căn bằng SA cổ, CT-Scan hoặc MRI cổ ngực, SA gan, xạ hình xương, PET với 18FDG cũng như thông dò tĩnh mạch nhiều tầng.	

Ung thư phế quản-phổi

Chẩn đoán	RX	Chỉ định A	Một phim ngực bình thường không loại trừ ung thư phổi.	I
	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan có độ nhạy hơn hẳn phim x quang ngực.	III
	PET	Khám xét đặc biệt B	Chỉ định với một nhân phổi >10mm; PET với 18FDG có thể thay thế chọc sinh thiết hoặc nội soi ngực có video. Kết quả (+) cần khám thêm mô bệnh học, kết quả (-) cho phép theo dõi trên CT-Scan.	IV/V
Tổng kê độ lan rộng	CT-Scan ngực bụng	Chỉ định B	Cho phép đánh giá độ lan tại chỗ và khu vực.	III
	PET	Chỉ định B	PET với 18FDG có ích trong phát hiện xâm lấn hạch và di căn trừ di căn não. PET có giá trị dự báo âm tính cao đối với xâm lấn hạch.	III/IV
	MRI đầu	Chỉ định C	Nếu không có thiết bị, thay thế bằng CT-Scan.	0
	CT-Scan đầu	Chỉ định C	Nếu CT-Scan bình thường vẫn nên làm MRI trước mổ.	II
	SA gan	Chỉ định C		0
	MRI ngực	Chỉ định đặc biệt C	Nên chỉ định với u đỉnh phổi và thay thế cho CT-Scan với bệnh nhân dị ứng, suy thận, không chịu được cản quang lode để đánh giá các mạch máu trung thất.	0

Ung thư thực quản

Chẩn đoán	Chẩn đoán	Chỉ định đặc biệt B	Chụp thực quản với baryt cần làm đầu tiên	II
Tổng kê độ lan rộng	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan rất có ích với bệnh nhân bị coi là không mổ được. Nếu thấy còn có thể mổ cần làm tiếp siêu âm nội soi.	III
	SA nội soi	Chỉ định B	SA nội soi tiếp theo CT-Scan nhằm phân độ T và N chính xác hơn.	0
	PET	Chỉ định B	Nên làm trước mổ để đánh giá di căn xa. Có ích để đánh giá kết quả điều trị.	III/IV

Ung thư dạ dày

Phát hiện	RX dạ dày	Chỉ định đặc biệt B	Nội soi được chỉ định đầu tiên cho hầu hết bệnh nhân vì dễ phát hiện các tổn thương nông và có thể kết hợp sinh thiết. Với ung thư thể nhiễm cứng lan tỏa, chụp x quang hỗ trợ đánh giá định khu tổn thương.	II
Tổng kê độ lan rộng	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan rất có ích trong phát hiện di căn bụng, tiểu khung và ngực. SA nội soi bổ sung đánh giá lan rộng tại chỗ và vùng.	III

Ung thư gan nguyên phát

Phát hiện	SA	Chỉ định B	SA cho phép phát hiện phần lớn các trường hợp.	0
	MRI CT-Scan	Khám chuyên khoa B	Hữu ích khi chất chỉ điểm trong máu cao mà SA không thấy u hoặc bổ sung chẩn đoán với một nhân gan thấy trên SA.	0 III
	PET	Khám đặc biệt B	Phát hiện sớm ung thư đường mật ở bệnh nhân có nguy cơ cao (viêm đường mật xơ cứng).	III/IV
Tổng kê độ lan rộng	MRI CT-Scan	Chỉ định B	Hai phương pháp này có độ nhạy cao giúp tìm và định vị các nhân gan. Thuốc đối quang từ chuyên biệt làm tăng độ nhạy.	0 III
	PET	Chỉ định đặc biệt B	Nên chỉ định trong ung thư đường mật để xét chỉ định phẫu thuật.	III/IV
Ung thư gan thứ phát (Di căn gan)	SA	Chỉ định B	SA là chỉ định đầu tiên, khả năng phát hiện của siêu âm tốt đối với tổn thương >2cm, giảm mạnh với các nhân nhỏ hơn.	0
	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan có thể chẩn đoán tốt hơn SA. Chỉ định CT-Scan khi SA nghi ngờ hay bệnh nhân có thể có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ khối di căn.	III
	MRI	Chỉ định đặc biệt B	MRI có độ nhạy cao hơn CT-Scan nếu sử dụng chất đối quang chuyên biệt, có ích trong đánh giá đặc điểm tổn thương và thường dùng khi dự định phẫu thuật gan.	0
	PET	Chỉ định trường hợp đặc biệt B	Chỉ định PET với 18FDG khi dự định cắt bỏ khối u di căn gan và tìm những u di căn ngoài gan (nếu có sẽ chống chỉ định mổ). PET cũng trợ giúp để tìm u nguyên phát và để đánh giá kết quả điều trị.	III/IV

Ung thư tụy

Phát hiện	SA CT-Scan	Chỉ định B B	Hai phương pháp này bổ sung lẫn nhau để phát hiện u và những dấu hiệu phụ trợ. Chúng cũng hướng dẫn cho sinh thiết và phát hiện trường hợp không còn chỉ định phẫu thuật.	0 III
	MRI MRCP ERCP PET EndoUS	Chỉ định đặc biệt C	MRI có khả năng tương tự CT-Scan trong phát hiện bệnh. MRCP có thể hữu ích để làm rõ hệ thống đường mật. ERCP thường dùng với mục đích đặt ống dẫn lưu trong (Endoprothesis). PET giúp chẩn đoán phân biệt u tụy với viêm tụy mạn. SA nội soi nhằm tìm các u nhỏ và thực hiện sinh thiết qua dạ dày hay qua tá tràng.	0 0 III III/IV 0
Tổng kê độ lan rộng	MRIC- Scan	Chỉ định B	Cần thiết để tổng kê trước mổ, nên tái tạo ảnh mạch máu để tránh cho bệnh nhân phải chụp mạch.	0 III
	PET	Chỉ định đặc biệt B	Tìm di căn toàn thân.	III/IV
	EndoUS	Khám xét đặc biệt B	Nên làm với bệnh nhân cao tuổi khi có chỉ định mổ trên MRI/CT-Scan để xác nhận không có chống chỉ định mổ tại chỗ và vùng lân cận.	0

Ung thư đại-trực tràng

Phát hiện	Thụt baryt	Trường hợp đặc biệt B	Soi đại tràng là khám xét cần làm đầu tiên. Chỉ chụp đại tràng khi không soi được hoặc soi thất bại.	III
	CT-Scan	Chỉ định đặc biệt	Nếu không soi đại tràng được, CT-Scan là khám xét cần nhắc thay thế cho thụt baryt.	III
Đánh giá độ lan rộng	RX ngực SA	Chỉ định B	Tìm di căn phổi và di căn gan.	I 0
	SA trong trực tràng	Chỉ định B	Có ích để đánh giá độ lan rộng của ung thư trực tràng thấp và xét chỉ định điều trị. Phương pháp này rất ưu thế với tổn thương nông.	0
	MRI CT-Scan	Chỉ định B	MRI để đánh giá độ lan rộng tại tiểu khung và mạc treo trực tràng. CT-Scan không bằng MRI đối với tiểu khung nhưng lại có ưu thế trong khám xét phần bụng và phần ngực tìm di căn.	
Theo dõi	SA	Chỉ định B	Tìm di căn phổi, tìm di căn gan	
	MRI CT-Scan	Chỉ định đặc biệt B	Tìm tổn thương tái phát ở gan, bụng, tiểu khung.	0II
	PET	Chỉ định đặc biệt B	goài theo dõi qua các chất đánh dấu ung thư trong máu, dùng PET để đánh giá các ổ nghi ngờ trên chẩn đoán hình ảnh, tìm ổ chưa biết và đánh giá kết quả điều trị.	III/IV

Ung thư thận

Chẩn đoán	SA	Chỉ định B	SA khá nhạy trong phát hiện khối >2cm ở thận và phân biệt kén hay khối đặc. Có thể đánh giá đặc điểm một số khối khó nhận xét trên CT-Scan.	0
	UIV	Trường hợp đặc biệt B	UIV không nhạy với các khối nhỏ của thận nhưng lại là phương pháp chọn lọc để tìm u đường bài xuất như bể-đầu thận và niệu quản.	II
	CT-Scan MRI	Chỉ định B	CT-Scan nhạy trong phát hiện và nhận xét các khối từ 1cm trở lên. MRI là phương pháp thay thế cho CT-Scan nếu chống chỉ định	III/0
Tổng kê độ lan rộng	CT-ScanMRI (bụng)	Chỉ địnhB	MRI là khám xét tốt nhất cho đánh giá lan rộng tại chỗ như xâm lấn tĩnh mạch thận, TM chủ dưới. CT-Scan và MRI có khả năng ngang nhau trong đánh giá ung thư giai đoạn 1.	III 0
	CT-Scanngực	Chỉ địnhB	CT-Scan ngực dùng để tổng kê di căn phổi và hạch vùng ngực. Xạ hình xương chỉ thực hiện khi có dấu hiệu gợi ý.	III
Theo dõi	CT-Scan ngực/bụng	Chỉ định B	CT-Scan là khám xét thường dùng để theo dõi tiến triển trong điều trị.	III

Ung thư bàng quang

Chẩn đoán	UIV	Chỉ địnhB	Soi bàng quang rất quan trọng với ung thư bàng quang. UIV là khám xét để tìm u đường bài xuất phối hợp (như đài bể thận, niệu quản).	II
	SA	Không chỉ định ban đầu B	SA không đủ nhạy để phát hiện các u bàng quang <5mm và không có hiệu quả để tìm u đường bài xuất cao.	0
Tổng kê độ lan rộng	CT-Scan MR bụng, tiểu khung	Trường hợp đặc biệt B	Chỉ định một cách hệ thống đối với các ung thư thâm nhiễm. Với ung thư không thâm nhiễm không cần thiết.	III 0
	CT-Scan ngực	Chỉ định đặc biệt B	Khám xét nên làm để tìm di căn đối với u bàng quang thâm nhiễm.	III
	PET	Chỉ định đặc biệt B	PET với 18FDG là khám xét còn phải nghiên cứu thêm trong đánh giá u bàng quang thâm nhiễm.	III/IV
Theo dõi	CT-Scan bụng, tiểu khung và ngực	Chỉ định trường hợp đặc biệt B	Soi bàng quang là khám xét chọn lọc đối với ung thư nông, điều trị bảo tồn. CT-Scan nên làm với các ung thư thâm nhiễm.	
	UIV	Chỉ định B	UIV rất tốt để tìm ung thư tái phát tại đường bài xuất trên.	II
	SA	Chỉ định đặc biệt B	SA bàng quang không phải là chỉ định thường quy với ung thư bàng quang.	0

Ung thư tuyến tiền liệt

Chẩn đoán	SA qua trực tràng	Khám xét đặc biệt B	SA qua trực tràng để hướng dẫn chọc sinh thiết tiền liệt tuyến.	0
Tổng kê độ lan rộng	MRI CT-Scan bụng và tiểu khung	Chỉ định trường hợp đặc biệt B	Khám bụng và tiểu khung chỉ cần khi khối u vượt ra ngoài tuyến. MRI có ích để quyết định cắt bỏ tuyến triệt để. MRI và CT-Scan đều không tốt lắm đối với tổn thương lan vào hạch.	0 III
	Xạ hình	Chỉ định đặc biệt B	Chỉ định xạ hình xương phụ thuộc vào đậm độ PSA trong huyết tương, phân bậc mô bệnh của u, độ lan rộng của u và dấu hiệu gợi ý di căn xương (đau).	II/III
Theo dõi	Khám xét hình ảnh		Không có chỉ định khám xét hệ thống trong theo dõi. Chỉ định khám phụ thuộc vào mức PSA.	

Ung thư tinh hoàn

Chẩn đoán	SA bìu	Chỉ định B	SA cho phép xác định khối phát hiện thuộc tinh hoàn hay ngoài tinh hoàn.	0
Tổng kê độ lan rộng	CT-Scan ngực, bụng, tiểu khung	Chỉ định B	CT-Scan là khám xét tham chiếu chính được chỉ định ngay khi có chẩn đoán ung thư tinh hoàn.	III
	CT-Scan ngực, bụng	Chỉ định B		III
Theo dõi	PET	Chỉ định đặc biệt B	Cần làm PET với FDG trong trường hợp tăng cao chất đánh dấu u mà SA bình thường hoặc tồn tại khối bệnh sau điều trị.	III/ IV

Ung thư buồng trứng

Chẩn đoán	SA	Chỉ định B	Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán qua lâm sàng, siêu âm bụng và SA qua âm đạo có Doppler.	0
	MRI bụng, tiểu khung	Khám xét đặc biệt B	Đối với thể có đau, u quá lớn, MRI có ích cho chẩn đoán. MRI có thể giúp ích cho xác định bản chất của u nhất là tính chất ác tính của u.	0
	CT-Scan	Trường hợp đặc biệt B	Đối với thể đau hoặc phức tạp, CT-Scan có ích cho chẩn đoán. Khám CT-Scan có thể giúp xác định bản chất u, nhất là với u bì.	III
Tổng kê độ lan rộng trước điều trị	CT-Scan (bụng, tiểu khung)	Khám xét đặc biệt B	Nhiều chuyên gia yêu cầu CT-Scan trước khi mở bụng để đánh giá giai đoạn của bệnh.	III
	MRI	Khám xét đặc biệt B	Chỉ định thay thế cho CT-Scan	0
	PET	Khám xét đặc biệt B	Trường hợp khó, PET với 18FDG có thể trợ giúp phát hiện u lan rộng tại chỗ hoặc di căn xa.	III/ IV
Theo dõi	CT-Scan bụng, tiểu khung	Khám xét đặc biệt B	Lâm sàng và định lượng CA 125 huyết tương để tìm tái phát nhưng CA 125 bình thường không loại trừ hẳn tái phát. CT-Scan và MRI tham gia phát hiện và định vị ổ tái phát.	III
	MRI	Khám xét đặc biệt B	MRI có thể thay thế CT-Scan	0
	PET	Khám xét đặc biệt B	Chỉ định PET với 18FDG khi nghi tái phát tại chỗ hoặc tăng cao CA 125 trong huyết thanh. Để đánh giá điều trị hỗ trợ.	III/ IV

Ung thư cổ tử cung

Chẩn đoán	Khám xét hình ảnh học	Không chỉ định	Chẩn đoán ung thư cổ tử cung chỉ cần lâm sàng.	0
Tổng kê độ lan rộng trước điều trị	MRI bụng, tiểu khung	Chỉ định B	MRI cho thông tin tốt nhất so với CT-Scanner về độ lan rộng tại chỗ, vùng và các hạch chậu, hạch cạnh động mạch chủ-thắt lưng. MRI cũng tham gia phát hiện tổn thương lan tới hệ thống tiết niệu như bàng quang, niệu quản. Có thể sử dụng SA và SA qua âm đạo.	0
	PET	Khám xét đặc biệt	PET với 18FDG có thể xác định tổn thương lan vào hạch chậu và di căn xa nhưng khó thay thế MRI trong tổng kê độ lan rộng vào các phần phụ.	III/IV
Bệnh tái phát	MRI CT-Scan bụng tiểu khung	Khám xét đặc biệt	MRI tham gia đánh giá điều trị và tổn thương tồn dư; rất tốt để phát hiện tái phát trong tiểu khung. CT-Scan rất thuận lợi trong hướng dẫn sinh thiết.	0 III
	PET	Khám xét đặc biệt	PET với 18FDG có thể sử dụng khi kết thúc điều trị để tìm tổn thương tồn dư và phát hiện tái phát.	III/IV

Ung thư thân tử cung

Chẩn đoán	SA	Chỉ định B	SA kết hợp Doppler, cả SA trong tử cung là khám xét đầu tiên để phát hiện và phân tích một thương tổn trong buồng tử cung trước nội soi.	0
	MRI	Không chỉ định lúc đầu C	MRI là khám xét nên cân nhắc khi khó tiếp cận tổn thương hoặc bệnh nhân có nguy cơ đối với gây mê toàn thân.	0
Tổng kê độ lan rộng	MRI	Chỉ định B	MRI là khám xét tốt nhất để nhận diện khối u và đánh giá độ lan rộng tại chỗ, vùng.	0
	CT-Scan	Không chỉ định B	CT-Scan mang lại ít thông tin đối với đánh giá độ lan rộng nên ít khi chỉ định.	III
	PET	Khám xét đặc biệt C	Chỉ định PET với 18FDG hiện còn thảo luận. Vài công trình năm 2003-2004 đã nêu PET có thể phát hiện tái phát mà khám xét khác không thấy.	III/IV

Ung thư xương - khớp

Chẩn đoán	RX và MRI CT-Scan	Chỉ định B. Khám xét đặc biệt C	Hình ảnh học và mô bệnh học bổ sung lẫn nhau. Khám xét hình ảnh cần đi trước sinh thiết. CT-Scan có ích trong đánh giá thương tổn vỏ xương và các khối vôi hóa mô mềm.	I 0 III
	Xạ hình	Chỉ định B	Xạ hình xương giúp kết luận giả thiết của tổn thương đơn độc hay đa tổn thương.	II/III
Tổng kê độ lan rộng	MRI và RX ngực CT-Scan ngực	Khám xét đặc biệt C	MRI cho phép đánh giá độ lan rộng tại chỗ và vùng. CT-Scan ngực cho phép phát hiện di căn phổi.	0 I/III
	PET	Khám xét đặc biệt C	Độ nhạy và độ đặc hiệu của PET với 18FDG tốt hơn xạ hình.	III/IV