

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA PET/CT TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI TRUNG TÂM Y HỌC HẠT NHÂN VÀ UNG BƯỚU - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Evaluation the role of PET/CT in the staging of Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) at the Nuclear Medicine and Oncology Center, Bach Mai Hospital

Mai Trọng Khoa, Trần Đình Hà*, Phạm Văn Thái*, Đặng Tài Vóc**

SUMMARY

Purposes: Evaluation the role of PET/CT in the staging of NSCLC.

Methods and Materials: Retrospective and prospective clinical interventions in 81 diagnosed NSCLC patients, who were taken PET/CT at the Nuclear Medicine and Oncology Center, Bach Mai hospital from January 2014 to May 2016.

Results: The patients' average age was 59 years old (from the youngest 34 to the oldest 77). The male/female rate: 37/1. The detection ratio of lymph node metastasis and bone metastasis were changed from 48.2% to 76.5% and from 14.8% to 32.1%, respectively. 25 patients (30.8%) were increased and 3 patients (3.7%) were reduced their staging by using PET/CT compared with other methods. The grade IV patients were raised from 51.8% to 56.8% and 32% of the patients were changed therapy plan.

Conclusion: PET/CT is an advantaged method in the staging of NSCLC. Staging NSCLC accurately is essential for treatment outcomes as it guided the optimal therapy for individual patient.

Keywords: PET/CT, Non small cell lung cancer (NSCLC).

* Trung tâm YHHN và Ung bướu – Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) chiếm vị trí hàng đầu về tỉ lệ mắc cũng như tỉ lệ tử vong trên toàn thế giới. Chỉ tính riêng năm 2012 trên thế giới có khoảng 1.825.000 trường hợp mắc mới [1]. Ở Việt Nam, theo số liệu mới nhất của GLOBOCAN 2012, ung thư phổi đứng hàng đầu về tỉ lệ mới mắc ở nam giới (41,1/100.000 dân) và thứ 2 ở nữ giới sau ung thư vú (12,2/100.000 dân). Tỉ lệ tử vong ở nam là 37,2/100.000 dân, đứng thứ 2 sau ung thư gan và cao nhất ở nữ 10,9/100.000 dân[2]. Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 85% tổng các trường hợp ung thư phổi. Chụp PET/CT sử dụng F18-FDG là kỹ thuật chụp hình Y học hạt nhân hiện đại, vừa cho hình ảnh giải phẫu rõ nét, vừa ghi hình chuyển hóa mức độ tế bào nên có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn chụp CT đơn thuần hay PET đơn thuần. Ở Việt Nam, kỹ thuật chụp PET/CT mới bắt đầu ứng dụng từ năm 2009. Đã có một số nghiên cứu về PET/CT trong ung thư phổi tuy nhiên, nghiên cứu sâu về vai trò của F18-FDG PET/CT để đánh giá giai đoạn bệnh còn chưa nhiều, việc xác định giai đoạn bệnh chính xác giúp người thầy thuốc quyết định chiến lược điều trị đúng và nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá vai trò của F18-FDG PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn bệnh UTPKTBN.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

81 bệnh nhân (BN) chẩn đoán xác định là ung thư phổi không tế bào nhỏ, chụp PET/CT tại Trung Tâm Y Học Hạt Nhân và Ung Bướu - Bệnh Viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 01/01/2014 đến 31/5/2016.

+ *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Có chẩn đoán ban đầu là u phổi trên phim CLVT có tiêm thuốc cản quang.

Chẩn đoán giải phẫu bệnh là ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Được chụp PET/CT với F18-FDG đánh giá giai đoạn.

+ *Tiêu chuẩn loại trừ:*

Ung thư phổi loại tế bào nhỏ.

BN chống chỉ định sử dụng đồng vị phóng xạ (phụ nữ đang có thai hoặc cho con bú).

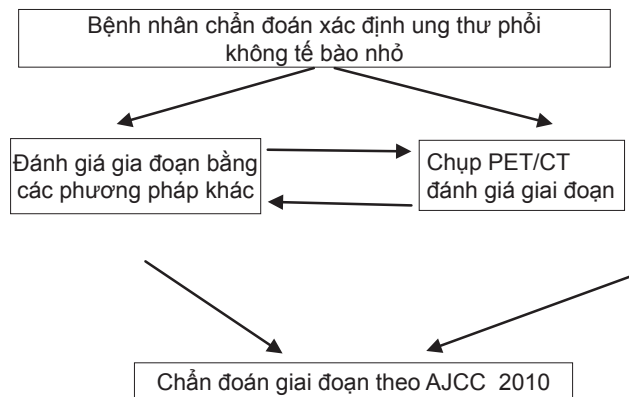
Các bệnh nhân ung thư phổi thứ phát.

BN không đủ hồ sơ bệnh án theo mẫu nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy số liệu hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Sơ đồ thiết kế nghiên cứu:



Kỹ thuật chụp PET/CT:

Bệnh nhân nhịn ăn sáng, đường huyết không quá 7,0 mmol/l.

Thuốc phóng xạ F18-FDG liều 0,145 - 0,150 mCi/kg, tiêm Bolus tĩnh mạch.

Máy PET/CT Biograf 6, Siemens, Đức.

Chụp hình PET/CT sau tiêm 18FDG 40-60 phút, quét toàn thân từ đỉnh đầu đến 1/3 dưới xương đùi.

Xử lý hình ảnh và phân tích dữ liệu trên hình ảnh PET/CT: số lượng, vị trí, kích thước tổn thương, giá trị hấp thu FDG chuẩn: SUV (standard uptake value) sử dụng phần mềm Syngo.

Phương pháp xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- *Đặc điểm về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu*

BN nam 57/81, chiếm tỉ lệ 70,4%, 24/81 BN nữ chiếm tỉ lệ 29,6%. Tỉ lệ nam/nữ là 2,37. Tuổi trung bình 59,35 ± 8,29. BN trẻ nhất là 34 tuổi, già nhất là 77 tuổi. Phần lớn BN trên 40 (98,8%), trong đó 50-70 tuổi gặp nhiều nhất (76,6%).

- Phân loại BN theo mô bệnh học

Bảng 1. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo thể mô bệnh học

Thể mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	Ung thư biểu mô vảy	Ung thư biểu mô tế bào lớn	Tổng
n	64	17	0	81
Tỷ lệ %	79	21	0	100

Nhân xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số 64 BN, tỉ lệ 79%, còn lại là 17 BN ung thư biểu mô vảy chiếm tỉ lệ 21%.

Bảng 2. Giá trị trung bình các chất chỉ điểm khối u

CEA (n= 72)			Cyra21-1 (n= 67)		
(ng/ml)	n	%	(ng/ml)	n	%
≤ 5,00	18	25	<3,00	19	28,4
5,01- 100,00	44	54,3	3,00 – 20,00	42	63,5
> 100	10	13,9	> 20, 00	6	7,4
Tổng số	72	100	Tổng số	67	100

Nhân xét: Nồng độ CEA huyết thanh trung vị là 12,83 ng/ml, thấp nhất là 0.83 ng/ml; cao nhất là 1000ng/ml. Nồng độ Cyfra 21-1 trung vị là 4,12 ng/ml, thấp nhất là 1,11; cao nhất là 82,42 ng/ml.

2. Đánh giá về khối u nguyên phát

Bảng 3. Vị trí khối ung thư phổi nguyên phát

Vị trí u nguyên phát		n	Tỷ lệ %
Phổi phải	Thùy trên	23	28,4
	Thùy giữa	11	13,6
	Thùy dưới	11	13,6
Phổi trái	Thùy trên	23	28,4
	Thùy dưới	13	16,0
Tổng		81	100

Nhân xét: U nguyên phát ở phổi phải có 45 BN (55,5%), phổi trái có 36 BN (44,5 %). Thùy trên 2 phổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 46 BN, chiếm tỉ lệ 56,8 %.

Bảng 4. Kích thước khối u nguyên phát

Kích thước	≤ 2 cm	2 - 4 cm	4 - 8 cm	>8 cm	n
n	9	30	37	5	81
Tỉ lệ %	11,1	37	45,7	6,2	100

Nhân xét: Trong số 81 BN, có 82,7% BN kích thước u nguyên phát từ 2,1 tới 8 cm. Kích thước trung bình của u nguyên phát là 4,55 ± 2,05 cm.

Bảng 5. Liên quan giữa kích thước u nguyên phát, thể mô bệnh học và max SUV trung bình

Kích thước u	n	≤ 2 cm	2- 4 cm	4-8 cm	>8 cm	P
n	81	9	30	37	5	0.001
Max SUV trung bình	10,23	4,98	9,79	11,8	10,67	
Thể mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	Ung thư biểu mô vảy				Tổng
n	64	17				81
Max SUV trung bình	9,68 ± 4,98	12,13±2,72				10,19 ± 4,69

Nhận xét: Có mối liên quan tỉ lệ thuận giữa kích thước u và max SUV với $p = 0.001$ (Test One way ANOVA). Với ung thư biểu mô vảy thì max SUV trung bình cao hơn so với ung thư biểu mô tuyến ($P = 0.05$).

Bảng 6. Đánh giá u nguyên phát trước và sau chụp PET/CT

		T1a	T1b	T2a	T2b	T3	T4	Tổng
Trước PET/CT	n	7	8	20	20	10	16	81
	%	8,6	9,9	24,7	24,7	12,3	19,8	100
Sau PET/CT	n	6	12	29	18	9	7	81
	%	7,4	14,8	35,8	22,2	11,2	8,6	100

Nhận xét: Trước chụp PET/CT, chúng tôi thấy tỉ lệ T1a, T1b, T2a, T2b, T3, T4 lần lượt là 8,6%, 9,9%, 24,7%, 24,7, 12,3 %, 19,6%. Sau chụp PET/CT, chúng tôi thấy tỉ lệ T1a, T1b, T2a, T2b, T3, T4 lần lượt là 7,4%, 14,8%, 35,8%, 22,2%, 11,2%, 8,6%.

3. Đánh giá hạch vùng

Bảng 7. Đánh giá hạch vùng trước và sau chụp PET/CT

		N0	N1	N2	N3
Trước PET/CT	n	42	1	31	15
	%	51,8	1,2	38,3	18,5
Sau PET/CT	n	19	23	52	34
	%	23,5	28,4	64,2	42,0

Nhận xét: Trước chụp PET/CT có tới 42 trường hợp (51,8%) không phát hiện di căn hạch (N0), di căn hạch N2 phát hiện được nhiều nhất là 31 trường hợp chiếm tỉ lệ 38,3%. Sau chụp PET/CT chỉ còn 19 trường hợp (23,5%) không phát hiện di căn hạch (N0), hạch di căn N2 phát hiện được nhiều nhất là 52 trường hợp, chiếm tỉ lệ 64,2%.

4. Đánh giá di căn xa

Bảng 8. Đánh giá tổn thương di căn xa trước và sau chụp PET/CT

TT	Vị trí di căn	Trước PET/CCT		Sau PET/CT	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
1	Xương	12	14,8	26	32,1
2	Hạch nách	0	0	6	7,4
3	Hạch ổ bụng	0	0	8	9,87
4	Phổi	5	6,2	6	7,4

TT	Vị trí di căn	Trước PET/CCT		Sau PET/CT	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
5	Màng phổi	9	11,1	15	18,51
6	Não	12	14,8	8	9,87
7	Gan	7	8,6	7	8,64
8	Tuyến thượng thận	5	6,2	8	9,9
9	Phần mềm	0	0	2	2,5
10	Vị trí khác	0	0	0	0

Nhận xét: Trước PET/CT có 12 BN di căn xương và 12 BN di căn não (14,8%), di căn màng phổi có 9 BN (11,1%). Đặc biệt không phát hiện di căn hạch nách, hạch ổ bụng, phần mềm. Sau chụp PET/CT có 26 BN di căn xương (32,1%), di căn màng phổi có 15 BN, chiếm tỷ lệ 18,51%. Di căn phần mềm chỉ có 2 BN (2,5%).

5. Phân loại giai đoạn UTPKTBN thuộc đối tượng nghiên cứu trước và sau khi chụp PET/CT

Bảng 9. Phân loại giai đoạn trước và sau khi chụp PET/CT

Giai đoạn bệnh	Ia		Ib		IIA		IIB		IIIa		IIIb		IV	
	Trước pet/ct	Sau pet/ct	Trước pet/ct	Sau pet/ct	Trước pet/ct	Sau pet/ct	Trước pet/ct	Sau pet/ct	Trước pet/ct	Sau pet/ct	Trước pet/ct	Sau pet/ct	Trước pet/ct	Sau pet/ct
Thời điểm														
n	6	3	7	3	3	4	4	2	10	13	9	10	42	46
Tỷ lệ (%)	7,4	3,7	8,6	3,7	3,7	4,9	4,9	2,5	12,3	13,9	11,1	9,9	51,8	56,8

Nhận xét: Sau chụp PET/CT có 25/81 bệnh nhân tăng giai đoạn (30,8%), từ giai đoạn I, II chuyển sang giai đoạn III và giai đoạn IV do phát hiện thêm các tổn thương di căn hạch và di căn xa.

6. Sự thay đổi quyết định điều trị sau chụp PET/CT

Bảng 10. Hướng điều trị trước và sau chụp PET/CT

Giai đoạn bệnh/ Chỉ định điều trị	Còn khả năng phẫu thuật (Giai đoạn I, II)		Cân nhắc khả năng phẫu thuật (Giai đoạn IIIa), Hóa+Xạ (Giai đoạn IIIb)		Không còn khả năng phẫu thuật, liệu pháp ĐT toàn thân (Giai đoạn IV)	
	Trước pet/ct	Sau pet/ct	Trước pet/ct	Sau pet/ct	Trước pet/ct	Sau pet/ct
Thời điểm						
n	20	12	19	23	42	46
Tỷ lệ (%)	24,7	14,8	12,3	13,9	51,8	56,8

Nhận xét: Sau chụp PET/CT có 16 BN (32%) thay đổi quyết định điều trị. Trong đó có 12 BN (14,8%) còn khả năng phẫu thuật, 23 (28,4%) BN giai đoạn IIIb điều trị hóa chất + xạ trị, có tới 46 (56,8%) BN giai đoạn IV phải điều trị bằng liệu pháp toàn thân.

V. BÀN LUẬN

Tuổi và giới BN nghiên cứu: Trong số 81 BN nghiên cứu, phần lớn BN ở nhóm tuổi trên 40 (98,8%), trong đó lứa tuổi thường gặp là 50 -70, chiếm 76,6%. Tuổi trung bình là 59,35 ± 8,29. Tỷ lệ nam/nữ = 2,37. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây về UTP [5], [6],[7].

Đặc điểm mô bệnh học: Áp dụng phân loại mô bệnh học của WHO-2004 cho UTP, nghiên cứu của chúng tôi thấy 71,0% BN ung thư biểu mô tuyến; 29,0% ung thư biểu mô vảy. Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến trong UTP nói chung khác nhau tùy theo từng nghiên cứu nhưng đều có đặc điểm chung đây là loại mô bệnh học thường gặp nhất trong các báo cáo gần đây [1, 2].

Đánh giá khối u nguyên phát: Về vị trí khối u, u ở phổi phải chiếm tỉ lệ 55,5%, phổi trái chiếm tỉ lệ 44,5 %. Kết quả này khác với kết quả của Phạm Văn Thái (2015) khi tỉ lệ này tương ứng là 48,1 % và 51,9 % và Mai Trọng Khoa là 50% và 50 % [4,6]. Khi phân tích dưới nhóm chúng tôi thấy, thùy trên là vị trí khối u thường gặp nhất 56,8%, trong đó phổi phải bằng phổi trái (28,4%).

Đánh giá hạch di căn: đánh giá di căn hạch của

Chẩn đoán giai đoạn sau chụp PET/CT:

Bảng 11. Kết quả nghiên cứu về phân loại giai đoạn UTP KTBN của một số tác giả [4]

Tác giả \ Giai đoạn	Samuen K n = 552 (%)	L.S.Sam n = 50 (%)	M.T. Khoa n= 50 (%)	Chúng tôi n = 81 (%)
I	62	8	14	7,4
II	19	26	14	7,4
III	22,8	58	26	28,4
IV	1,2	4	46	56,8

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 BN giai đoạn I (7,4%), 6 BN giai đoạn II (7,4 %), 23 BN giai đoạn III (28,4%), 46 BN giai đoạn IV (56,8%) và không còn chỉ định phẫu thuật. So với các nghiên cứu ở nước ngoài, các BN ở nước ta thường được phát hiện ở giai đoạn muộn. Sau chụp PET/CT số BN có chuyển giai đoạn là 28/81 bệnh nhân, tương đương 34,5%, trong đó có 25 BN tăng giai đoạn, 3 BN hạ giai đoạn. Như vậy PET/CT là kỹ thuật chụp hình chuyển hóa, quét toàn thân giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh chính xác, có ý nghĩa quyết định trong việc áp dụng các phương pháp điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 81 bệnh nhân UTPKTBN đánh giá giai đoạn bằng PET/CT tại Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi rút ra kết luận sau:

PET/CT và các phương tiện khác thì thấy PET/CT phát hiện nhiều tổn thương hơn là 128 trường hợp so với phát hiện bằng các phương tiện khác là 47 trường hợp. Đáng chú ý là có tới 42 trường hợp chiếm 51,8% không phát hiện di căn khi đánh giá bằng các phương tiện khác, trong khi chụp PET/CT chỉ phát hiện 19 trường hợp chiếm 23,5%. Di căn hạch chằng hạch N2 chiếm nhiều nhất ở cả 2 cách đánh giá lần lượt là 64,2% và 38,3%. Kết quả của chúng tôi cao hơn 1 chút khi so sánh với kết quả của tác giả Mai Trọng Khoa (2012, n = 50) [4] là 62%.

Đánh giá di căn xa: Sau chụp PET/CT có 26 BN di căn xương, chiếm tỉ lệ cao nhất (32,1%), sau đó là di căn màng phổi (18,51%). Di căn phần mềm có 2 BN (2,5%). Như vậy, PET/CT rất nhạy trong việc phát hiện di căn xa. So với các phương pháp khác PET/CT phát hiện di căn hạch nách, hạch ổ bụng, phần mềm (các phương pháp khác không phát hiện). PET/CT rất nhạy trong phát hiện di căn xương, theo Songa và cs (2009) độ nhạy của PET/CT là 94,3% so với 74% của xạ hình xương bằng máy SPECT với Tc-99m-MDP [9]. Tuy nhiên, khi đánh giá tổn thương di căn trên não, hiệu quả của PET/CT kém hơn so với chụp MRI. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây đã được công bố[6].

PET/CT giúp phát hiện được các tổn thương di căn hạch mà trước khi chụp PET/CT không thấy, tỷ lệ phát hiện tăng từ 48,2% lên 76,5%. PET/CT rất nhạy trong việc phát hiện di căn xa như xương, tuyến thượng

thận, hạch nách, hạch ổ bụng, tỷ lệ phát hiện BN có di căn xương tăng từ 14,8% lên 32,1%.

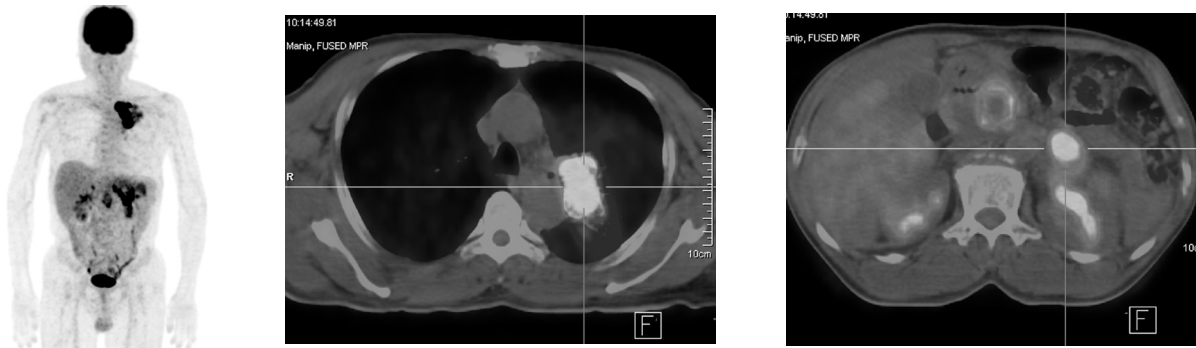
Sau chụp PET/CT có 30,8 % số BN thay đổi (tăng) giai đoạn bệnh. Số BN giai đoạn IV tăng từ 51,8% lên 56,8%. Việc đánh giá giai đoạn bệnh chính xác đã góp phần làm cho 32% số bệnh nhân thay đổi phương

hướng điều trị.

Như vậy PET/CT rất có giá trị trong chẩn đoán phân loại giai đoạn bệnh UTPKTBN. Các bệnh nhân cần được chụp PET/CT để đánh giá chính xác giai đoạn bệnh giúp tiên lượng đúng và lựa chọn đúng phương thức điều trị tối ưu cho bệnh nhân.

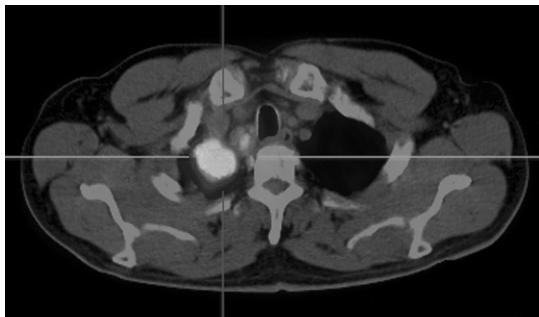
Một số hình ảnh minh họa kết quả nghiên cứu

1. Bệnh nhân Nguyễn Xuân L., 51 tuổi. UT biểu mô tuyến phổi trái. Trước chụp PET/CT: Chẩn đoán giai đoạn III (T4N0M0). Sau chụp PET/CT phát hiện thêm tổn thương di căn thượng thận T4NoM1, giai đoạn IV.

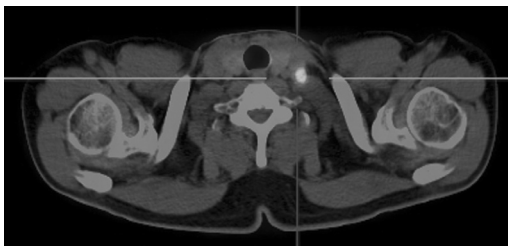
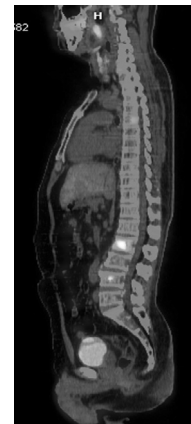


Hình ảnh PET/CT phát hiện u phổi trái với maxSUV = 11,2 di căn tuyến thượng thận trái với maxSUV = 9,5

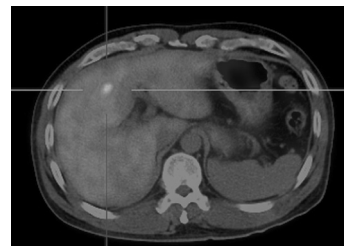
2. Bệnh nhân Nguyễn Thị H, 58 tuổi. Ung thư biểu mô tuyến của phổi, chụp PET/CT: phát hiện u phổi phải di căn hạch thượng đòn, di căn gan, xương. Giai đoạn IV, T3N3M1.



PET/CT: khối u thùy trên phổi phải tăng hấp thu FDG với maxSUV = 9,7. Tổn thương di căn xương D5, L2,L4 hấp thu FDG maxSUV = 5,3.



PET/CT: hình ảnh di căn hạch thượng đòn trái, tăng hấp thu FDG, maxSUV = 6,2



PET/CT: hình ảnh di căn gan tăng hấp thu FDG, maxSUV = 5,5

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al, (2014). *Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012*. *Int J Cancer J Int Cancer*.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al, (2013). *Lung Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
3. Mai Trọng Khoa, Trần Hải Bình (2011). *Giá trị của PET/CT trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ*. *Tạp Chí Ung Thư Học Việt Nam*. Số 2:101–8.
4. Mai Trọng Khoa, Trần Đình Hà và cs (2014). *Nghiên cứu hiệu quả của phác đồ Paclitaxel kết hợp Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV*. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*. Số 2:161–7.
5. Phạm Văn Thái (2015). *Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng hóa chất phác đồ PC kết hợp xạ phẫu dao gamma quay*. *Luận án Tiến sĩ Y học*.
6. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Lê Thanh Đức (2008). *Bệnh ung thư phổi*, Nhà xuất bản Y học . Trang 134 - 152.
7. Fangfang Chen vs cs (2015). *Ratio of maximum standardized uptake value to primary tumor size is a prognostic factor in patients with advanced non-small cell lung cancer*. *Transl Lung Cancer Res*. 2015 Feb; 4(1): 18–26.
8. Trần Minh Thông, Nguyễn Xuân Cảnh, Lưu Ngọc Mai (2014). *Đối chiếu giải phẫu bệnh và đặc điểm FDG PET/CT của ung thư phổi*. *Tạp chí Y học TPHCM*. Số 2: 458- 465.
9. Dwamena BA, Sonnad SS, Angobaldo JO, Wahl RL. (1999). *Metastases from non-small cell lung cancer: mediastinal staging in the 1990s—meta-analytic comparison of PET and CT*. *Radiology*. 1999 Nov; 213(2):530-6.
10. Yuehong Wang et al (2015). *Evaluation of the factors affecting the maximum standardized uptake value of metastatic lymph nodes in different histological types of non-small cell lung cancer on PET-CT*. *BMC Pulm Med*. 2015; 15: 20

TÓM TẮT

PET/CT là kỹ thuật ghi hình Y học hạt nhân hiện đại trong ung thư giúp chẩn đoán, đánh giá giai đoạn, phát hiện di căn, tái phát, đánh giá đáp ứng điều trị, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị.

Mục tiêu NC: Đánh giá vai trò của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Đối tượng NC: 81 bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư phổi không tế bào nhỏ, chụp PET/CT tại Trung Tâm Y Học Hạt Nhân và Ung Bướu - Bệnh Viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 01/01/2014 đến 31/5/2016.

Phương pháp NC: can thiệp lâm sàng hồi cứu và tiến cứu.

Kết quả NC: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: $59,35 \pm 8,29$ tuổi (thấp nhất là 34; cao nhất là 77 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ: 2,37. Tỷ lệ phát hiện di căn hạch tăng từ 48,2% lên 76,5%; tỷ lệ phát hiện BN có di căn xương tăng từ 14,8% lên 32,1%; 25 bệnh nhân (30,8%) tăng giai đoạn sau chụp PET/CT so với trước, số BN giai đoạn IV tăng từ 51,8% lên 56,8%. 32% số bệnh nhân thay đổi phương hướng điều trị.

Kết luận: PET/CT là phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn bệnh UTPKTBN. Các bệnh nhân cần được chụp PET/CT để đánh giá chính xác giai đoạn bệnh giúp tiên lượng đúng và lựa chọn đúng phương thức điều trị tối ưu cho bệnh nhân.

Từ khóa: PET/CT, Ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Người liên hệ: Mai Trọng Khoa; Email: khoa-mt@hn.vnn.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2016

Ngày chấp nhận đăng: 30.7.2016