

quả sinh thiết vì toàn bộ mẫu tuyến tiền liệt không được so sánh. So sánh kết quả MRI với mẫu mô học của toàn bộ tuyến tiền liệt sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt triệt để sẽ là cần thiết trước khi có thể đưa ra kết luận thực tế hơn.

V. KẾT LUẬN

Về giá trị chẩn đoán, 1.5 T mpMRI có độ nhạy cao trong việc phát hiện UTTL và giá trị âm tính thật cao để loại trừ bệnh có hiệu quả tốt. Sự kết hợp giữa DWI và DCEI với T2WI sử dụng MRI 1.5T có thể cải thiện khả năng phát hiện UTTL so với T2WI đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J, Ervik M, Lam F. et al.** Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, <<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>> (2024).
2. **Patrick R. A, Anthony Gao, Evangelia Katsoulakis. et al.** Ascertainment of Veterans With Metastatic Prostate Cancer in Electronic Health Records: Demonstrating the Case for Natural Language Processing. JCO clinical cancer informatics 5, 1005-1014 (2021) doi:10.1200/cci.21.00030.
3. **Popita C, Popita AR, Sitar-Taut A. et al.** 1.5-Tesla Multiparametric-Magnetic Resonance Imaging for the detection of clinically significant prostate cancer. Clujul medical (1957) 90, 40-48 (2017) doi:10.15386/cjmed-690.
4. **Nguyễn Thị Hải Anh & Nguyễn Duy Hùng.** Giá trị của xung khuếch tán trong ung thư tuyến

- tiền liệt: Vùng ngoại vi và vùng chuyển tiếp. Tạp chí Y học Việt Nam 505, 97-101 (2021) doi:10.51298/vmj.v505i2.1100.
5. **McNeal J E.** The zonal anatomy of the prostate. The Prostate 2, 35-49 (1981) doi:10.1002/pros.2990020105.
 6. **Kitajima, Kazuhiro, Kaji. et al.** Prostate cancer detection with 3 T MRI: Comparison of diffusion-weighted imaging and dynamic contrast-enhanced MRI in combination with T2-weighted imaging. 31, 625-631 (2010) doi:<https://doi.org/10.1002/jmri.22075>.
 7. **Tamada T, Sone T, Higashi H. et al.** Prostate Cancer Detection in Patients With Total Serum Prostate-Specific Antigen Levels of 4–10 ng/mL: Diagnostic Efficacy of Diffusion-Weighted Imaging, Dynamic Contrast-Enhanced MRI, and T2-Weighted Imaging. American Journal of Roentgenology 197, 664-670 (2011) doi:10.2214/AJR.10.5923.
 8. **Mohamed Ali EL-Adalany, Ahmed Abd E L-khalek Abd EL-Razek, Tarek EL-Diasty. et al.** Comparison between biparametric and multiparametric MR imaging of prostate imaging reporting and data system version 2.1 in detection of prostate cancer. Egypt J Radiol Nucl Med 52, 1-7 (2021) doi:10.1186/s43055-021-00443.
 9. **Le, Jesse, Tan. et al.** Multifocality and Prostate Cancer Detection by Multiparametric Magnetic Resonance Imaging: Correlation with Whole-mount Histopathology. European urology 67, 569-576 (2014) doi:10.1016/j.eururo.2014.08.079.
 10. **Branger, N, Maubon, T, Traumann, M. et al.** Is negative multiparametric magnetic resonance imaging really able to exclude significant prostate cancer? The real-life experience. BJU international 119, 449-455 (2017) doi:10.1111/bju.13657.

SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM, GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT, CỘ ĐỊNH CỘT SỐNG CỔ TRƯỚC (ACDF) VÀ THAY ĐĨA ĐỆM NHÂN TẠO (TDR) ĐƠN TẦNG CHO BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Phạm Minh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng và thay đĩa đệm nhân tạo (TDR) đơn tầng cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu với 79 bệnh nhân chia

thành 2 nhóm: Nhóm I: 41 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng, Nhóm II: 38 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được thay đĩa đệm nhân tạo (TDR) đơn tầng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 1/2023 với thời gian theo dõi trong 2 năm. **Kết quả:** Ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật TDR cải thiện tốt hơn nhóm ACDF về NDI, VAS ($p < 0,01$). Nhóm bệnh nhân phẫu thuật ACDF tỉ lệ tổn thương tăng liên kê cao hơn so với nhóm TDR (14,6% so với 5,2%). **Kết luận:** Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (TDR) cải thiện tốt hơn phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) về NDI, VAS. Phẫu thuật TDR có thể coi là phương pháp tiếp cận chính đối với các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

cột sống cổ đơn tầng. **Từ khoá:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm, thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF), thay đĩa đệm nhân tạo (TDR)

SUMMARY

COMPARISON OF OUTCOMES BETWEEN SINGLE-LEVEL ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION (ACDF) AND TOTAL DISC REPLACEMENT (TDR) IN PATIENTS WITH CERVICAL DISC HERNIATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To compare the outcomes of single-level anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) and total disc replacement (TDR) in patients with cervical disc herniation at Viet Duc Hospital.

Methods: A retrospective descriptive study involving 79 patients divided into two groups: Group I included 41 patients with cervical disc herniation who underwent single-level ACDF, and Group II included 38 patients with cervical disc herniation who underwent single-level TDR at Viet Duc Hospital from January 2022 to January 2023, with a follow-up period of 2 years. **Results:** The TDR group showed better improvement in NDI and VAS scores compared to the ACDF group ($p < 0.01$). The rate of adjacent segment disease was higher in the ACDF group compared to the TDR group (14.6% versus 5.2%). **Conclusion:** Total disc replacement surgery (TDR) shows better improvement compared to anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) in terms of NDI and VAS scores. TDR can be considered the primary approach for patients with single-level cervical disc herniation.

Keywords: Cervical disc herniation, disc herniation, anterior cervical discectomy and fusion (ACDF), total disc replacement (TDR).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý thường gặp, nguyên nhân do nhân đĩa đệm thoát ra khỏi vị trí bao xơ gây chèn ép rễ thần kinh và tuỷ sống, từ đó biểu hiện trên lâm sàng các hội chứng chèn ép rễ hoặc hội chứng chèn ép tuỷ sống. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1,79/1000 người/năm². Đây là bệnh lý đặc trưng bởi quá trình thoái hoá thể hiện bằng tổn thương vòng xơ đĩa đệm và tăng áp lực nội đĩa.

Triệu chứng lâm sàng của thoát vị đĩa đệm cột sống cổ khá đa dạng, phụ thuộc vào vị trí, thể loại, mức độ thoát vị đĩa đệm. Biểu hiện lâm sàng có thể từ đau theo rễ thần kinh cột sống cổ hoặc nặng nề hơn là liệt tứ chi, rối loạn cơ tròn, rối loạn thần kinh thực vật... làm giảm khả năng làm việc, giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gồm có: điều trị nội khoa, phẫu thuật, phục hồi chức năng và y học cổ truyền. Trong đó phẫu thuật là phương pháp

được áp dụng cho các trường hợp bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gây chèn ép rễ thần kinh, tuỷ sống gây biểu hiện lâm sàng như đau, liệt, hoặc các bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa. Phương pháp thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đã được áp dụng trong nhiều thập kỉ qua và được coi là "tiêu chuẩn vàng". Đây là phương pháp hiệu quả, an toàn, tuy nhiên phương pháp này có các biến chứng như thoái hoá nhanh gây các tổn thương cho các tầng cột sống liền kề và hạn chế vận động của cột sống cổ. Có một số nghiên cứu đã báo cáo rằng phẫu thuật thay đĩa đệm cột sống cổ (TDR) mang lại hiệu quả điều trị tương tự hoặc thậm chí tốt hơn ACDF. Tuy nhiên chưa có sự đồng thuận về phương pháp tiếp cận tốt hơn cho thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trong bệnh cảnh thoái hoá. Do đó, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu hồi cứu của các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật bằng hai phương pháp là ACDF và TDR đơn tầng được theo dõi trong 2 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 79 bệnh nhân chia thành 2 nhóm: Nhóm I: 41 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng, Nhóm II: 38 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được thay đĩa đệm nhân tạo (TDR) đơn tầng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 1/2023 với thời gian theo dõi trong 2 năm

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) và thay đĩa đệm cột sống cổ (TDR) đơn tầng trong thời gian nghiên cứu.

Lâm sàng: có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh hoặc hội chứng chèn ép tuỷ. Bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực trong 6 tuần không đáp ứng hoặc triệu chứng nặng lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, chống chỉ định gây mê (suy tim nặng, bệnh phổi nặng,...), bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các tham số nghiên cứu: Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu chứng đau cột sống cổ, đau tay theo thang điểm VAS trước và sau phẫu thuật. Triệu chứng thực thể gồm dấu hiệu rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, NDI, JOA trước và sau phẫu thuật... Trên

cộng hưởng từ đánh giá vị trí, mức độ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Về phẫu thuật: lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, tỉ lệ hội chứng liền kề sau phẫu thuật, biến chứng sau mổ.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	ACDF(n=41)	TDR(n=38)	P
Tỉ lệ nữ/nam	23/18	25/13	0,25
Tuổi	45,8 ± 7,68	46,2 ± 8,12	0,42

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ nữ/nam, tuổi trung bình của 2 nhóm nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.2. Thời gian và lượng máu mất trong mổ

	ACDF (n=41)	TDR (n=38)	P
Thời gian mổ (phút)	60,58 ± 18,14	52,79 ± 11,26	0,31
Lượng máu mất trong mổ (ml)	65,18 ± 18,14	59,48 ± 10,98	0,46

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mổ và lượng máu mất trong mổ của 2 nhóm nghiên cứu.

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Thang điểm VAS trước và sau mổ

Bảng 3.3. So sánh thang điểm VAS trước và sau mổ

	ACDF	TDR	P	
VAS cổ	Trước mổ	6,9 ± 1,5	7,1 ± 1,8	
	Sau mổ 1 tháng	3,42 ± 1,12	2,41 ± 1,22	< 0,01
	Sau mổ 6 tháng	2,06 ± 0,62	2,16 ± 0,56	< 0,01
	Sau mổ 24 tháng	1,86 ± 0,92	1,78 ± 0,81	< 0,01
VAS tay	Trước mổ	7,1 ± 1,6	7,4 ± 2,6	
	Sau mổ 1 tháng	2,88 ± 1,42	2,28 ± 1,72	< 0,01
	Sau mổ 6 tháng	2,02 ± 0,48	2,01 ± 0,34	< 0,01
	Sau mổ 24 tháng	1,56 ± 0,82	1,39 ± 0,62	< 0,01

Nhận xét: Điểm VAS của cột sống cổ và tay đều giảm đáng kể sau mổ ở cả 2 nhóm ACDF và

TDR. Ở nhóm TDR, mức độ cải thiện đau theo VAS tốt hơn đáng kể so với nhóm ACDF (p<0,01).

3.3.2. Chỉ số giảm chức năng cột sống cổ (NDI) trước và sau mổ

Bảng 3.4. So sánh thang điểm NDI trước và sau mổ

	ACDF	TDR	P	
NDI	Trước mổ	51,6% ± 11,3%	52,2% ± 10,8%	
	Sau mổ 1 tháng	24,8% ± 6,2%	20,6% ± 7,4%	< 0,01
	Sau mổ 6 tháng	13,2% ± 8,4%	11,1% ± 6,6%	< 0,01
	Sau mổ 24 tháng	10,8% ± 4,8%	8,8% ± 5,2%	< 0,01

Nhận xét: Điểm NDI của cột sống cổ đều giảm đáng kể sau mổ ở cả 2 nhóm ACDF và TDR. Ở nhóm TDR, mức độ cải thiện NDI tốt hơn đáng kể so với nhóm ACDF (p<0,01).

3.3.3. Đánh giá biến chứng sau mổ

Bảng 3.5. Biến chứng lâm sàng sau mổ

Biến chứng	ACDF (n=41)	TDR (n=38)
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Nói khàn	2,4%	2,6%
Giọng đôi	0	0
Nuốt vướng	4,9%	2,6%

Nhận xét: Ở 2 nhóm ACDF và TDR tỉ lệ biến chứng sau mổ không có sự khác biệt

Bảng 3.6. Biến chứng dụng cụ sau mổ

Biến chứng	Số lượng (n=41)	TDR (n=38)
Gãy vít	0	0
Nhổ vít	0	0
Gãy nẹp	0	0
Di lệch đĩa đệm nhân tạo	0	0
Tổn thương tầng liền kề	14,6%	5,2%

Nhận xét: Nhóm ACDF tỉ lệ tổn thương tầng liền kề cao hơn so với nhóm TDR (14,6% so với 5,2%)

IV. BÀN LUẬN

Trong thế kỉ trước, phẫu thuật ACDF được áp dụng rộng rãi để điều trị thoát vị đĩa đệm trong bệnh cảnh thoái hoá cột sống cổ với kết quả khả quan ở nhiều bệnh nhân. Hiện nay, phương pháp này được coi là tiêu chuẩn vàng cho điều trị các bệnh thoái hoá cột sống, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng bệnh nhân có thể phục hồi thần kinh đáng kể và giảm đau sau phẫu thuật ACDF [10]. Tuy nhiên, việc hàn hai đốt sống không thể tránh khỏi việc làm tăng áp lực lên các đĩa đệm ở các tầng liền kề. Các nghiên cứu theo dõi lâu

dài đã xác nhận rằng việc hàn các đốt sống cổ bị tổn thương sẽ phá vỡ sự cân bằng cơ sinh học và dẫn đến thoái hóa tầng liên kê có triệu chứng.

Trong nghiên cứu theo dõi 2 năm của Ishihara và cộng sự, 19 bệnh nhân trong số 112 người đã trải qua phẫu thuật ACDF bị thoái hóa tầng liên kê có triệu chứng. 7 trong số 19 bệnh nhân đó phải thực hiện phẫu thuật lần hai để giảm nhẹ các triệu chứng của thoái hóa tầng liên kê [16]. Các hệ thống cố định cột sống khác nhau đã được nghiên cứu và áp dụng để tăng khả năng vận động tại vị trí phẫu thuật và các tầng liên kê, nhưng kết quả phần lớn không đạt yêu cầu. Phẫu thuật thay đĩa đệm cột sống cổ (TDR) đã cung cấp cho các bác sĩ một phương pháp mới để giải quyết vấn đề này. Với sự phát triển của các loại đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ thương mại, TDR đã trở thành một lựa chọn khác để điều trị thoái hóa cột sống cổ. Vì chỉ định của ACDF và TDR chủ yếu giống nhau, một số thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT) đã được thực hiện để so sánh hiệu quả của phẫu thuật ACDF và TDR. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu này có thời gian theo dõi tương đối ngắn. Kết quả của nghiên cứu theo dõi 2 năm này cho thấy TDR vượt trội hơn ACDF về điểm số đau VAS, điểm số ODI, giảm tỉ lệ tổn thương tầng liên kê.

Tính chất hồi cứu của nghiên cứu của chúng tôi khiến nó dễ bị thiên lệch trong việc chọn lựa bệnh nhân. Trong loạt bệnh nhân của chúng tôi, TDR có chi phí cao hơn so với ACDF, và những bệnh nhân chọn TDR thường có điều kiện kinh tế tốt hơn so với những người chọn ACDF. Có khả năng rằng những bệnh nhân chọn TDR có nhiều

nguồn lực hơn để cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần, điều này có thể dẫn đến kết quả điều trị tích cực hơn cho nhóm TDR. Tuy nhiên, các đặc điểm cơ bản của bệnh nhân giữa hai nhóm là tương đồng, và có thể nghiên cứu hiện tại không bị ảnh hưởng nghiêm trọng bởi sự thiên lệch trong việc chọn lựa bệnh nhân. Cần có thêm các nghiên cứu theo dõi lâu dài, các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng và phân tích tổng hợp để đánh giá thêm về tính an toàn và hiệu quả của hai phương pháp này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (TDR) cải thiện tốt hơn phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) về NDI, VAS. Phẫu thuật TDR có thể coi là phương pháp tiếp cận chính đối với các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đơn tầng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Đức Hà** (2018). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận án thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018
2. **Hoàng Văn Chiên**. Nghiên cứu chẩn đoán phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp thay đĩa đệm nhân tạo. Luận án Tiến sỹ y học. Học viên Quân y. 2016
3. **Lê Trọng Sanh và cs. Lê Trọng Sanh**. Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng đường cổ trước tại bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010
4. **Nordin M et al.** "Assesment of Neck Pain and Its Associated Disorders: Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders". Eur Spine 17 (Suppl 1), 2008: S101 – S122.

ĐÁNH GIÁ ĐỘ SÂU XÂM LẤN KHỐI U TRÊN HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ LƯỠI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH TỪ 2022 ĐẾN 2023

Lý Xuân Quang¹, Trần Ngọc Tường Linh², Nguyễn Trần Bảo Nghi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độ sâu xâm lấn khối u trên hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân ung thư lưỡi và mối tương quan với độ sâu xâm lấn trên giải phẫu

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Bảo Nghi

Email: nbnghi.nttmh20@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024

bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi và được chụp MRI, được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2022 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Độ sâu xâm lấn trên MRI (rDOI) thường lớn hơn độ sâu xâm lấn trên giải phẫu bệnh (pDOI) ($p < 0,001$). DOI trên MRI có tiềm can tử có mối tương quan mạnh với pDOI ($r = 0,825$, $p < 0,001$). Đối với các khối u ở lưỡi di động, đánh giá DOI trên mặt phẳng axial đạt độ chính xác tốt nhất. Đánh giá giai đoạn T trên MRI và trên GPB đạt mức độ đồng thuận đáng kể ($K = 0,61$). **Kết luận:** MRI có can tử có thể đánh giá DOI trước phẫu thuật một cách