

tình trạng nhiễm H. pylori dựa trên cả hai phương pháp chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Osamu Toyoshima báo cáo điểm Kyoto ≥ 2 có thể dự đoán tình trạng nhiễm H. pylori với độ chính xác khoảng 90%. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân có điểm Kyoto ≥ 2 có tỷ lệ dương tính H. pylori cao hơn ở cả hai phương pháp chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm kháng nguyên H. pylori trong phân có độ đặc hiệu ở mức chấp nhận được nhưng độ nhạy còn hạn chế và có mức độ phù hợp trong chẩn đoán trung bình so với phương pháp RUT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li Y, Choi H, Leung K, Jiang F, Graham DY, Leung WK. Global prevalence of Helicobacter pylori infection between 1980 and 2022: a systematic review and meta-analysis. The lancet Gastroenterology & hepatology. 2023;8(6):553-64.
2. Chen Y-C, Malfertheiner P, Yu H-T, Kuo C-L, Chang Y-Y, Meng F-T, et al. Global prevalence of Helicobacter pylori infection and incidence of gastric cancer between 1980 and 2022. Gastroenterology. 2024;166(4):605-19.
3. Dao LV, Dao HV, Nguyen HT, Vu VT, Tran ATN, Dat VQ, et al. Helicobacter pylori infection and eradication outcomes among Vietnamese patients in the same households: Findings from a

- non-randomized study. Plos one. 2021; 16(11):e0260454.
4. Quach DT, Mai BH, Tran MK, Dao LV, Tran HV, Vu KT, et al. Vietnam Association of Gastroenterology (VNAGE) consensus on the management of Helicobacter pylori infection. Front Med (Lausanne). 2022;9:1065045.
5. Mizuho Medy Co. L. Helicobacter pylori antigen kit: Quick Chaser H. pylori [Available from: https://www.mizuho-m.co.jp/en/product/product_details/000640.php?iryou_en=1.
6. Phạm HK, Trần THT, Nguyễn QD, Vũ VK. Tần suất và các yếu tố độc lực của Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;505(2).
7. Hường NT, Quang PMN, Thắng DM. Giá trị của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính trên 60 tuổi. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy. 2023.
8. Kakiuchi T, Okuda M, Hashiguchi K, Imamura I, Nakayama A, Matsuo M. Evaluation of a novel stool antigen rapid test kit for detection of Helicobacter pylori infection. Journal of clinical microbiology. 2019;57(3): 10.1128/jcm.01825-18.
9. Yagi K, Nakamura A, Sekine A. Characteristic endoscopic and magnified endoscopic findings in the normal stomach without Helicobacter pylori infection. Journal of gastroenterology and hepatology. 2002;17(1):39-45.
10. Qiu E, Li Z, Han S. Methods for detection of Helicobacter pylori from stool sample: current options and developments. Brazilian Journal of Microbiology. 2021;52(4):2057-62.

U PHẦN MỀM NÔNG: MỐI QUAN HỆ GIỮA U VÀ MẠC CƠ TRÊN CỘT HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH

Hoàng Mai Anh^{1,2}, Đinh Thu Hằng²,
Nguyễn Văn Tuấn³, Nguyễn Duy Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ trên phim chụp cộng hưởng từ (MRI) của u phần mềm nông, từ đó cho phép phân biệt giữa tổn thương lành tính và ác tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 163 bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là u phần mềm nông. Tất cả bệnh nhân đều được chụp MRI thường quy trước khi phẫu thuật hoặc sinh thiết từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2024. Các dữ liệu về chụp MRI trước phẫu thuật, kết quả mô

bệnh học đều được thu thập hồi cứu. Mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ được chia làm 5 nhóm và chúng tôi phân tích khả năng lành tính và ác tính ở mỗi nhóm. Nhóm 1: bao gồm các tổn thương không tiếp xúc với mạc cơ. Nhóm 2: các tổn thương có tiếp xúc với mạc cơ tối thiểu với các góc nhọn. Nhóm 3: các tổn thương có diện tích tiếp xúc với mạc cơ lớn hơn với các góc nhọn hoặc góc vuông lớn hơn. Nhóm 4: các tổn thương tiếp xúc với mạc cơ rộng hơn với các góc tiếp xúc tù. Nhóm 5: tổn thương xuyên qua mạc cơ. **Kết quả:** Trong 163 bệnh nhân, có 115 bệnh nhân có tổn thương lành tính và 48 bệnh nhân có tổn thương ác tính. Đặc điểm khối u xâm lấn qua lớp mạc cơ (nhóm 5) ($p=0.02$) cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa u phần mềm nông lành tính và ác tính. Xác suất một khối u phần mềm nông xâm lấn qua lớp mạc cơ là ác tính cao hơn 3.5 lần so với khối u lành tính. **Kết luận:** MRI có giá trị trong việc xác định mối quan hệ giữa khối u phần mềm nông và mạc cơ. Đặc điểm xâm lấn qua lớp mạc cơ rất có ý nghĩa gợi ý chẩn đoán u phần mềm nông ác tính.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

Từ khóa: u phần mềm nông, u phần mềm, chụp cộng hưởng từ, mạc cơ.

SUMMARY

SUPERFICIAL SOFT TISSUE TUMORS: THE RELATIONSHIP OF THE TUMOR WITH FASCIA ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BENIGN AND MALIGNANT LESIONS

Objective: This study aims to evaluate the relationship between tumor margins and the fascia on magnetic resonance imaging (MRI) of superficial soft tissue tumors, thereby allowing for differentiation between benign and malignant lesions. **Patients and Methods:** The study group consisted of 163 patients referred to our centers with a histopathological diagnosis of superficial soft tissue tumors between August 2020 and August 2024. All patients were indicated for routine MRI before biopsy or surgery. Data on preoperative MRI and histopathological results were collected retrospectively. The involvement of the fascia was classified into five groups, and we analyzed the benign and malignant potential in each group. Group 1: No contact with the fascia. Group 2: Slight contact with the fascia at sharp angles. Group 3: Greater area of contact with the fascia at either sharp or obtuse angles. Group 4: Extensive contact with the fascia at obtuse angles. Group 5: Tumor crossing into the fascia. **Results:** Among the 163 patients, 115 had benign lesions and 48 had malignant lesions. The characteristic of tumor crossing into the fascia (Group 5) ($P=0.02$) showed a statistically significant difference between benign and malignant superficial soft tissue tumors. The probability of a superficial soft tissue tumor crossing into the fascia being malignant was 3.5 times higher than that of a benign tumor. **Conclusion:** MRI plays a crucial role in the determining the relationship between soft tissue tumors and the fascia. Infiltrative features through the fascia are highly suggestive of malignant soft tissue tumors. **Keywords:** Superficial soft tissue tumors; Soft tissue tumors; Magnetic resonance imaging; benign; malignant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phần mềm nông là các tổn thương phát sinh từ các mô ngoài xương không biểu mô (chủ yếu là trung mô) phía trên mạc cơ. Mạc cơ là một hàng rào tự nhiên của cơ thể giữa một bên là biểu bì, trung bì, hạ bì và một bên là lớp cân sâu phủ lên lớp cơ^{1,2}. Các khối u phần mềm nông lành tính có tỷ lệ mắc cao hơn các khối u ác tính nhiều lần. Việc phát hiện sớm các khối u phần mềm ác tính có ý nghĩa rất quan trọng vì sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị sẽ dẫn đến nhiều biến chứng hơn và khả năng di căn cao hơn, ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng sống của bệnh nhân³.

MRI là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không thể thiếu và đã trở thành phương thức được lựa chọn trong việc đánh giá các khối u

phần mềm nông. MRI cho phép đánh giá chính xác kích thước, mối quan hệ giữa khối u với các cấu trúc xung quanh và phân tích tín hiệu của khối u trên các chuỗi xung. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh MRI của khối u phần mềm nông và mối quan hệ giữa u và mạc cơ với tính chất lành tính hay ác tính của nó. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu chưa thật sự thống nhất. Do u phần mềm nông lành tính và ác tính có phương pháp điều trị và tiên lượng hoàn toàn khác nhau nên việc chẩn đoán phân biệt là rất quan trọng để đạt được kết quả điều trị tốt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ trên phim chụp cộng hưởng từ trong chẩn đoán khối u phần mềm nông lành tính và ác tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Một nhóm 163 bệnh nhân u phần mềm nông nguyên phát có kết quả mô bệnh học thông qua sinh thiết hoặc phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức hoặc Bệnh viện Ung bướu Trung ương, Hà Nội, Việt Nam, từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2024. Tất cả bệnh nhân đều được chụp MRI thường quy trên máy 1,5 Tesla trước khi sinh thiết hoặc phẫu thuật để phát hiện u phần mềm nông.

MRI được thực hiện trên máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla (Hitachi ECHELON Smart, Hitachi, Nhật Bản) và GE SIGNA Pioneer (GE Healthcare, Chicago, IL, Hoa Kỳ). Các bệnh nhân được chụp MRI thường quy với ít nhất một chuỗi T1W, T2W và xung xóa mỡ, được chụp ở ít nhất hai trong ba mặt phẳng (axial/coronal/sagittal). Độ dày lát cắt dao động từ 3mm đến 5mm. Trường nhìn (FOV) và ROI thay đổi tùy theo kích thước và vị trí của tổn thương. Thuốc đối quang từ Gadolinium (Gd-DTPA) được sử dụng trong loạt nghiên cứu này.

Để đánh giá u phần mềm nông dựa trên dữ liệu hình ảnh và mô học, các hình ảnh MRI được ba bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có 15 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh cơ xương khớp, các bác sĩ không có thông tin trước đó về mô bệnh học. Những khác biệt trong cách diễn giải đã được giải quyết bằng sự đồng thuận.

Nghiên cứu tập trung vào những khối u phần mềm nằm nông dưới da, đặc biệt là mối quan hệ của chúng với mạc cơ. Chỉ những khối u rõ ràng nằm trong lớp nông mới được đưa vào nghiên cứu. Những khối u lan rộng, vượt qua mạc cơ, được xem là nằm trong lớp nông nếu phần lớn khối u nằm trong lớp này. Mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ được chia làm 5 nhóm.

Nhóm 1: các tổn thương không tiếp xúc với mạc cơ. Nhóm 2: các tổn thương có tiếp xúc với mạc cơ với các góc nhọn. Nhóm 3: các tổn thương tiếp xúc với mạc cơ lớn hơn với các góc nhọn hoặc góc vuông lớn hơn. Nhóm 4: các tổn thương tiếp xúc với mạc cơ rộng hơn với các góc tiếp xúc tù. Nhóm 5: tổn thương xuyên qua mạc cơ⁴. Kích thước của khối u được tính là chiều dài tối đa của khối u được đo trên các mặt phẳng.

Kiểm định Fisher's exact test (nếu hơn 20% ô có tần suất dự kiến nhỏ hơn 5) đã được sử dụng để đánh giá mối liên hệ của khối u với mạc cơ và xác suất tổn thương lành tính hoặc ác tính.

Kiểm định Kolmogorov - Smirnov test và

ANOVA test được sử dụng để đánh giá sự khác biệt giữa kích thước của các khối u trong các nhóm khác nhau. Dữ liệu định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 27.0 (IBM Corp., Armonk, New York, Hoa Kỳ). Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

163 u phần mềm nông được phân loại thành 115 khối u lành tính và 48 khối u ác tính. Mối quan hệ của các khối u với mạc cơ được tóm tắt trong Bảng 1.

Bảng 1. Mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ theo phân loại mô bệnh học

			Mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ				
	Giải phẫu bệnh	n	1	2	3	4	5
Lành tính (n=115)	U mỡ	49	9	6	28	6	0
	U xơ thần kinh	16	2	0	3	7	4
	U máu	16	2	2	5	5	2
	U tế bào khổng lồ bao gân	8	0	3	5	0	0
	Schwannoma	4	0	1	2	1	0
	U mạch bạch huyết lành tính	5	1	0	1	3	0
	U thượng bì vôi hóa	2	2	0	0	0	0
	U xơ	4	1	0	1	1	1
	U xơ mỡ lành tính	2	0	0	2	0	0
	U tế bào dạng biểu mô quanh mạch	1	0	0	1	0	0
	Calcifying aponeurotic fibroma	1	0	0	1	0	0
	U tuyến ống	1	0	0	1	0	0
	U cuộn mạch	1	0	0	1	0	0
	U nhày	3	1	0	1	1	0
	U cơ-mạch	1	1	0	0	0	0
	U tế bào hình thoi	1	0	0	1	0	0
	Tổng	115	19	12	53	24	7
Ác tính (n=48)	Sarcoma xơ bì lõi	12	3	2	2	2	3
	Sarcoma đa hình	9	2	0	3	2	2
	Sarcom xơ nhày	8	3	1	3	0	1
	Sarcoma tế bào hình thoi	4	2	0	0	2	0
	Sarcoma	3	0	0	2	0	1
	Schwannoma ác tính	3	2	0	0	1	0
	Sarcoma bao hoạt dịch	3	0	1	1	1	0
	Sarcoma mỡ nhày	2	1	0	0	1	0
	Sarcoma tế bào sáng	1	0	0	0	0	1
	Sarcoma dạng biểu mô	1	0	0	1	0	0
	U hắc tố ác tính	1	0	0	0	0	1
	Ung thư biểu mô tế bào đáy thể nốt	1	1	0	0	0	0
	Tổng	48	14	4	12	9	9

Trong nhóm 1, 33 tổn thương không tiếp xúc với mạc cơ (Hình 1), 13 tổn thương lành tính và 14 tổn thương ác tính. Kích thước của các tổn thương trong nhóm này là 34.18 ± 21.965 mm. Tỷ suất chênh của tổn thương lành tính là 0.481 với khoảng tin cậy là từ 0.217 đến 1.063. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng tổn thương lành tính và ác tính ($P=0,067$).

Trong số 16 tổn thương trong nhóm 2 có tiếp xúc góc nhọn với mạc cơ (Hình 2), 12 tổn thương lành tính và 4 tổn thương ác tính. Kích thước trung bình của các tổn thương này là 37.81 ± 20.885 mm. Tỷ suất chênh của tổn thương lành tính là 1.324 với khoảng tin cậy là từ 0.405 đến 4.328. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng tổn thương lành

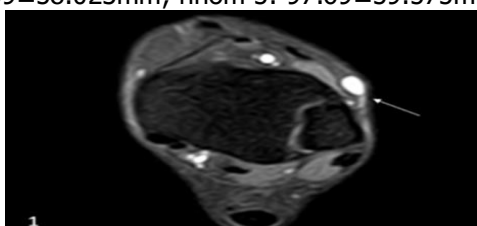
tính và ác tính ($P=0,779$).

65 khối u phần mềm nông cho thấy tiếp xúc rộng với mạc cơ, tạo góc nhọn hoặc góc vuông với mạc cơ (nhóm 3) (Hình 3). Trong đó, 53 tổn thương lành tính và 12 tổn thương ác tính. Kích thước tổn thương trung bình là 47.23 ± 27.614 mm. Tỷ suất chênh của tổn thương lành tính là 2.565 với khoảng tin cậy là từ 1.212 đến 5.425. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng tổn thương lành tính và ác tính trong nhóm này ($P=0,012$).

33 tổn thương trong nhóm 4, tiếp xúc góc tù với mạc cơ (Hình 4). Trong đó, 24 tổn thương lành tính, 9 tổn thương ác tính. Kích thước tổn thương trung bình là 91.09 ± 58.023 mm. Tỷ suất chênh của tổn thương lành tính là 1.143 với khoảng tin cậy là 0.487 đến 2.682. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng tổn thương lành tính và ác tính ($P=0.759$).

Trong số 16 khối u phần mềm nông đi qua mạc cơ (nhóm 5) (Hình 5), 7 tổn thương lành tính và 9 tổn thương ác tính. Kích thước trung bình của các tổn thương trong nhóm này là 97.69 ± 59.575 mm. Tỷ suất chênh của tổn thương lành tính là 0.281 với khoảng tin cậy là 0.098 đến 0.805. Tỷ lệ tổn thương ác tính so với tổn thương lành tính có ý nghĩa thống kê trong nhóm này ($P=0.02$).

Kích thước tổn thương tăng lên ở các khối u có mối quan hệ khối u và mạc cơ tiến triển hơn, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm 1,2,3 và nhóm 4,5 ($P<0.001$) với kiểm định Kolmogorov - Smirnov test (nhóm 1: 34.18 ± 21.965 mm; nhóm 2: 37.81 ± 20.885 mm; nhóm 3: 47.23 ± 27.614 mm; nhóm 4: 91.09 ± 58.023 mm; nhóm 5: 97.69 ± 59.575 mm).

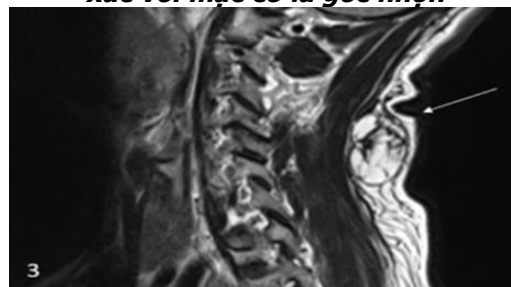


Hình 1. Tổn thương nhóm 1. Hình ảnh axial T1W sau tiêm thuốc cho thấy khối u cơ-mạch không tiếp xúc với mạc cơ

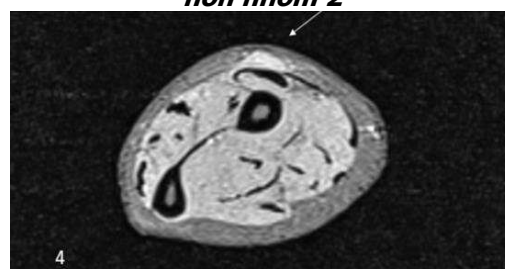


Hình 2. Tổn thương nhóm 2. Hình ảnh axial

T2W cho thấy khối u sarcoma xơ bì lõi tiếp xúc với mạc cơ là góc nhọn



Hình 3. Tổn thương nhóm 3. Hình ảnh sagittal T2W cho thấy góc giữa khối u mỡ lành tính và mạc cơ là góc nhọn nhưng lớn hơn nhóm 2



Hình 4. Tổn thương nhóm 4. Hình ảnh axial T1W cho thấy góc giữa khối u schwannoma và mạc cơ là góc tù



Hình 5. Tổn thương nhóm 5. Hình ảnh axial T1W sau tiêm thuốc đôi quang tử cho thấy khối u sarcoma xơ bì lõi xâm lấn vào mạc cơ

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng MRI có ưu thế hơn các phương pháp chẩn đoán khác trong việc đánh giá mối quan hệ của khối u phần mềm với các cấu trúc xung quanh, cũng như xác định mức độ lan rộng của chúng. Tuy nhiên, khả năng phân biệt chính xác giữa khối u lành tính, ác tính và phân loại các tổn thương mô mềm trên MRI vẫn còn gây tranh cãi.

Một số nghiên cứu đề cập đến các đặc điểm hình thái như ranh giới, kích thước và mức độ tín hiệu của khối u trên MRI. Tuy nhiên, chúng không đủ chính xác để phân biệt giữa khối u lành và ác tính. Các khối u ác tính thường có xu hướng lớn hơn và tín hiệu không đồng nhất do xuất huyết và hoại tử (khi sự phát triển vượt quá khả năng cung

cấp máu cho khối u). Dù vậy, cũng có thể thấy một số khối u ác tính vẫn có tín hiệu đồng nhất và ranh giới rõ, trong khi một số khối u lành tính có ranh giới không rõ và tín hiệu không đồng nhất⁵. Mặc dù đặc điểm ngấm thuốc đối quang tử có thể hỗ trợ hạn chế chẩn đoán phân biệt, nhưng hầu hết các tác giả đã kết luận rằng u lành tính và ác tính không thể được phân biệt chính xác chỉ dựa trên đặc điểm ngấm thuốc⁶.

Vị trí của tổn thương và mối quan hệ của tổn thương với các cấu trúc lân cận có thể hỗ trợ chẩn đoán phân biệt u phần mềm nông. Mạc cơ là giới hạn sâu của lớp phần mềm nông dưới da và tạo thành một hàng rào tự nhiên cho sự xâm lấn của khối u. Khối u phần mềm nông ác tính có xu hướng phát triển, liên quan mật thiết với mạc cơ hơn so với các tổn thương lành tính.

Chúng tôi đã thiết lập một hệ thống phân loại mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ gồm 5 nhóm. Các tổn thương thuộc nhóm 1 (tổn thương không tiếp xúc với mạc cơ) và nhóm 2 (tổn thương tiếp xúc góc nhọn với mạc cơ), không có sự khác biệt rõ rệt nào về khả năng là lành tính hay ác tính. Trong nhóm 3 (tổn thương tiếp xúc rộng với mạc cơ nhưng duy trì góc nhọn hoặc góc vuông với mạc cơ), các khối u lành tính nhiều hơn ác tính, sự phân biệt này có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự phân biệt lành tính, ác tính của các khối u phần mềm nông thuộc nhóm 4 (tổn thương có góc tù với mạc cơ) là không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu này, các tổn thương nông dưới da lành tính tiếp xúc rộng với mạc cơ tạo thành các góc tù là u mỡ, u máu, u xơ thần kinh, schwannoma, u mạch bạch huyết, u xơ, u nhầy. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy từ nhóm 1 đến 4, tỷ lệ u ác tính không tăng lên khi tổn thương tiếp xúc với cân. Xác suất khối u phần mềm nông xâm lấn qua mạc cơ là ác tính cao hơn 3.5 lần so với khối u lành tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, xu hướng xâm lấn mạc cơ cao hơn ở khối u ác tính so với khối u lành tính, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Các tổn thương lành tính vượt qua mạc cơ trong nghiên cứu của chúng tôi là u xơ thần kinh, u máu và u xơ. Các mạch máu và dây thần kinh đi qua mạc cơ thông qua các đường tự nhiên, do đó các khối u phát sinh từ chúng có thể đi qua mạc cơ theo cách này. Trường hợp u xơ, tổn thương lành tính khác đã vượt qua mạc cơ để xâm lấn vào các cơ bên dưới và hình ảnh không đồng nhất, có nhiều vùng bên trong tín hiệu thấp trên T1W và T2W. Phân tích giải phẫu bệnh xác nhận những vùng này có cấu trúc xơ hóa dày đặc. Mặc dù cường

độ tín hiệu thấp trong tất cả các chuỗi xung được tìm thấy ở các tổn thương khác, dấu hiệu này cũng khá đặc trưng trong u xơ. U xơ ngoài ổ bụng có xu hướng bắt nguồn từ cấu trúc mô liên kết của cơ, trên mạc cơ hoặc cân bao phủ. Đôi khi nó có thể xâm lấn qua mạc cơ và thâm nhiễm vào phần mềm mô dưới da⁷. Trường hợp của chúng tôi có thể có cùng cơ chế như vậy mặc dù phần lớn tổn thương được tìm thấy trong phần mềm dưới da.

Mối quan hệ giữa khối u và mạc cơ cũng bị ảnh hưởng bởi kích thước của tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, so sánh mối quan hệ giữa kích thước trong các nhóm, sự khác biệt về kích thước giữa các nhóm 1,2,3 với nhóm 4,5 có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu này của chúng tôi có một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu hồi cứu. Số lượng u mỡ lành tính lớn cũng có thể là một hạn chế của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

MRI có giá trị trong việc xác định mối quan hệ giữa khối u phần mềm nông và mạc cơ. Các mạch máu và dây thần kinh đi qua mạc cơ thông qua các đường tự nhiên, một số khối u lành tính phát sinh từ chúng có thể đi qua mạc cơ theo cách này. Tuy nhiên, đặc điểm xâm lấn qua lớp mạc cơ rất có ý nghĩa gợi ý chẩn đoán u phần mềm nông ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Morel M, Taïeb S, Penel N, et al.** Imaging of the most frequent superficial soft-tissue sarcomas. *Skeletal Radiol.* 2011;40(3):271-284. doi:10.1007/s00256-009-0855-y
2. **Bansal A, Goyal S, Goyal A, Jana M.** WHO classification of soft tissue tumours 2020: An update and simplified approach for radiologists. *Eur J Radiol.* 2021;143:109937. doi:10.1016/j.ejrad.2021.109937
3. **Rj G.** Size matters for sarcomas! *Annals of the Royal College of Surgeons of England.* 2006;88(6). doi:10.1308/003588406X130651
4. **Galant J, Martí-Bonmatí L, Soler R, et al.** Grading of subcutaneous soft tissue tumors by means of their relationship with the superficial fascia on MR imaging. *Skeletal Radiol.* 1998; 27(12): 657-663. doi:10.1007/s002560050455
5. **Kransdorf M, Jelinek J, Moser R, et al.** Soft-tissue masses: diagnosis using MR imaging. *American Journal of Roentgenology.* 1989;153(3): 541-547. doi:10.2214/ajr.153.3.541
6. **Kransdorf MJ, Murphey MD.** Radiologic Evaluation of Soft-Tissue Masses: A Current Perspective. *American Journal of Roentgenology.* 2000; 175(3): 575-587. doi:10.2214/ajr.175.3.1750575
7. **Hoda SA.** Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. *American Journal of Clinical Pathology.* 2020;154(3):424-424. doi:10.1093/ajcp/aqaa078