

- JAMA.;328(12):1212-1222. doi:10.1001/jama.2022.15613
5. **Chandel A, Patolia S, Brown AW, et al.** (2021). High-Flow Nasal Cannula Therapy in COVID-19: Using the ROX Index to Predict Success. *Respir Care*; 66(6):909-919. doi:10.4187/respcare.08631
 6. **Calle-Peña ST, Diaz Tavera ED, Aguirre-Milachay E, et al.** (2024). Predictors of high-flow nasal cannula failure in COVID-19 patients in a northern Peruvian hospital. *BMC Pulmonary Medicine*; 24(1):414. doi:10.1186/s12890-024-03241-0
 7. **Paules CI, Nordwall JA, Shaw-Saliba K, et al.** (2025). Blood absolute lymphocyte count and trajectory are important in understanding severe COVID-19. *BMC Infectious Diseases*; 25(1):67. doi:10.1186/s12879-024-10428-7
 8. **Katsoularis I, Fonseca-Rodríguez O, Farrington P, et al.** (2021). Risk of acute myocardial infarction and ischaemic stroke following COVID-19 in Sweden: a self-controlled case series and matched cohort study. *Lancet*; 398(10300): 599-607. doi:10.1016/S0140-6736(21)00896-5

GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐA THAM SỐ TRONG ĐÁNH GIÁ XÂM LẤN LỚP CƠ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG

Nguyễn Thị Vân Trang¹, Lê Duy Dũng², Lê Phong Thu¹,
Nguyễn Văn Sang^{1,3}, Lê Anh Đức⁴, Tống Thị Thu Hằng², Phạm Minh Chi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ (CHT) đa tham số trong đánh giá xâm lấn lớp cơ của ung thư bàng quang (UTBQ) dựa trên thang điểm VI-RADS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 39 bệnh nhân nghi ngờ UTBQ được chụp CHT đa tham số và phẫu thuật làm giải phẫu bệnh (GPB) tại Bệnh viện Trung Ương quân đội 108 từ tháng 9/2024 đến tháng 7/2025. Tất cả kết quả đọc CHT đa tham số trước phẫu thuật theo thang điểm VI-RADS và đối chiếu với kết quả GPB sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tất cả các khối u đều được đánh giá, nếu bệnh nhân có nhiều khối u sẽ đánh giá riêng từng khối u và lấy phân loại thang điểm VI-RADS lớn nhất. Có 10 khối u xâm lấn cơ (25.6%) và 29 khối u không xâm lấn cơ (74.4%) trên GPB. Các khối u được phân loại VI-RADS 1 đều không xâm lấn cơ trong khi tất cả khối u phân loại VI-RADS 4, 5 đều xâm lấn cơ. Thang điểm VI-RADS tổng thể cho ngưỡng VI-RADS ≥ 4 có độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV và ACC lần lượt là 80%, 100%, 100%, 93.5%, 94.9% cao hơn so với từng chuỗi xung riêng lẻ. Diện tích dưới đường cong (AUC) cho thang điểm VI-RADS tổng thể là 0,943 chứng tỏ khả năng chẩn đoán tốt. **Kết luận:** CHT đa tham số có giá trị trong chẩn đoán UTBQ xâm lấn cơ dựa vào thang điểm VI-RADS với ngưỡng VI-RADS ≥ 4 . **Từ khóa:** ung thư bàng quang, cộng hưởng từ, VI-RADS, xâm lấn cơ.

SUMMARY

VALUE OF DIAGNOSTIC MULTIPARAMETRIC

¹Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

³Bệnh viện E

⁴Bệnh viện Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN ASSESSING MUSCLE INVASION IN PATIENTS WITH BLADDER CANCER

Objectives: To investigate the diagnostic value of multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) in assessing muscle invasion of bladder cancer based on the VI-RADS scoring system. **Subjects and Methods:** A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 39 patients with suspected bladder cancer who underwent mpMRI and subsequent surgery with histopathological examination at 108 Military Central Hospital from September 2024 to July 2025. All preoperative mpMRI images were evaluated according to the VI-RADS score and compared with postoperative histopathological findings. **Results:** Each tumor was evaluated separately, and in cases with multiple tumors, the highest VI-RADS score was used. Histopathology showed 10 muscle-invasive tumors (25.6%) and 29 non-muscle-invasive tumors (74.4%). Tumors classified as VI-RADS 1 were all non-muscle-invasive, whereas all tumors classified as VI-RADS 4, 5 were muscle-invasive. For the threshold of VI-RADS ≥ 4 , overall VI-RADS yielded sensitivity, specificity, PPV, NPV, and ACC of 80%, 100%, 100%, 93.5%, and 94.9%, respectively-superior to any single sequence. The area under the ROC curve (AUC) for overall VI-RADS was 0.943, indicating excellent diagnostic performance. **Conclusion:** Multiparametric MRI is valuable in diagnosing muscle-invasive bladder cancer based on the VI-RADS scoring system, with the optimal threshold being VI-RADS ≥ 4 . **Keywords:** bladder cancer, multiparametric magnetic resonance imaging, mpMRI, VI-RADS, muscle invasion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một trong mười loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và đứng hàng đầu trong các ung thư của hệ thống tiết niệu. Bệnh phổ biến hơn ở nam giới với tỷ lệ mắc cao gấp 4 lần nữ giới. [6]

Phân biệt giữa UTBQ xâm lấn cơ - MIBC (giai đoạn T₂ trở lên) và không xâm lấn cơ - NMIBC (giai đoạn T₁ hoặc thấp hơn) là bắt buộc khi lập kế hoạch điều trị, vì NMIBC được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ niệu đạo (TURBT), nhưng MIBC được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ bàng quang triệt căn và/hoặc xạ trị, hóa trị giảm nhẹ. Vai trò của chẩn đoán hình ảnh ngày càng đóng vai trò quan trọng để phân lập được hai giai đoạn u trước khi phẫu thuật. CHT đa tham số với sự kết hợp của các chuỗi xung T2W, chuỗi xung T1W tiêm thuốc động học (DCE) và chuỗi xung khuếch tán (DWI) là một công cụ hình ảnh hiệu quả để xác định tính chất xâm lấn cơ của UTBQ. Gần đây, Hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh bàng quang (VI-RADS) [4] đã được đề xuất để xác định phương pháp tiếp cận chuẩn hóa để chụp, đọc CHT và để đánh giá khả năng xâm lấn cơ cho UTBQ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả của CHT đa tham số trong việc xác định mức độ xâm lấn cơ của UTBQ dựa trên tiêu chuẩn VI-RADS nhằm chuẩn hóa mô tả hình ảnh và phân tích giá trị chẩn đoán.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân nghi ngờ UTBQ tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025 được chụp CHT đa tham số bàng quang bằng máy CHT 1.5 Tesla với các chuỗi xung T2W, DWI, DCE đánh giá tính chất xâm lấn lớp cơ dựa trên thang điểm VI-RADS, sau đó được phẫu thuật lấy u làm GPB. Loại trừ bệnh nhân UTBQ đã được can thiệp nội bàng quang trong vòng 2 tuần trước ngày chụp CHT, UTBQ tái phát hoặc có chống chỉ định chung chụp CHT.

Chuỗi xung T2W được thực hiện ít nhất theo hai hướng axial và coronal hoặc sagittal vuông góc với trục khối u. Chuỗi xung DWI thực hiện với 2 giá trị b 0 và b 1000 s/mm² theo hướng axial. Chuỗi xung DCE thực hiện trước tiêm và 20, 60, 90 và 180 giây sau khi tiêm thuốc đối quang từ.

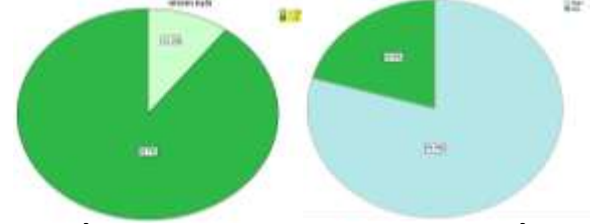
Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Số liệu được lưu trữ và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0 dựa trên phương pháp thống kê trong y học từ đó tính được độ nhạy, độ đặc hiệu, ACC và PPV, NPV; phân tích đường cong đặc tính hoạt động của máy thu (ROC) và diện tích dưới đường cong ROC (AUC) để đánh giá hiệu suất chẩn đoán của điểm VI-RADS.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi và giới tính (N=39)

Tổng cộng có 39 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 31 nam và 8 nữ, tỷ lệ nam bị UTBQ gấp khoảng 4 lần so với nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 64.8 ± 12.3 tuổi (từ 32 - 89 tuổi).

3.2. Đặc điểm hình ảnh UTBQ trên CHT đa tham số

Bảng 3.1. Đặc điểm hình ảnh ung thư bàng quang trên cộng hưởng từ đa tham số

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng khối u (n=39)	1	27
	>1	12
Vị trí khối u bàng quang (n=39)	Thành trước	7
	Vùng trần	7
	Thành trái	14
	Thành phải	15
	Thành sau	6
	Cổ bàng quang	7
	Tam giác bàng quang	5
	Toàn bộ thành	0
Kích thước u (n=66)	$\leq 10\text{mm}$	16
	10-30mm	38
	>30mm	12

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 66 khối u, đa số bệnh nhân có 01 khối u (69.2%). Bệnh nhân có nhiều hơn 1 khối u chiếm tỷ lệ 30.8%, trong đó có một người có nhiều nhất 10 khối u bàng quang. Vị trí u thường gặp nhất ở thành phải bàng quang chiếm 15/39 bệnh nhân (38.5%). Kích thước trung bình khối u của nhóm nghiên cứu là 19.9 ± 13.7 mm (từ 4 đến 68mm). Chủ yếu gặp khối u có kích thước 10-30mm.

3.3. Giá trị của CHT đa tham số trong đánh giá xâm lấn lớp cơ ở bệnh nhân UTBQ

Bảng 3.2. Phân loại u bàng quang theo các chuỗi xung và điểm VI-RADS tổng thể với kết quả GPB tương ứng.

Mức độ xâm lấn cơ trên GPB	Có xâm lấn cơ (n=10)	Không xâm lấn cơ (n=29)
Phân loại trên CHT		

T2W (SC)		
1	0 (0%)	4 (13.8%)
2	1 (10%)	20 (69%)
3	1 (10%)	4 (13.8%)
4	3 (30%)	1 (3.4%)
5	5 (50%)	0 (0%)
DCE (CE)		
1	0 (0%)	4 (13.8%)
2	1 (10%)	17 (58.6%)
3	1 (10%)	8 (27.6%)
4	3 (30%)	0 (0%)
5	5 (50%)	0 (0%)
DWI (DW)		
1	0 (0%)	2 (6.9%)
2	2 (20%)	13 (44.8%)
3	1 (10%)	14 (48.3%)
4	2 (20%)	0 (0%)
5	5 (50%)	0 (0%)
SC + DE		
1	0 (0%)	4 (13.8%)
2	1 (10%)	20 (69%)
3	1 (10%)	5 (17.2%)
4	3 (30%)	0 (0%)
5	5 (50%)	0 (0%)

SC + DW		
1	0 (0%)	4 (13.8%)
2	1 (10%)	19 (65.5%)
3	2 (20%)	6 (20.7%)
4	2 (20%)	0 (0%)
5	5 (50%)	0 (0%)
SC + DE + DW		
1	0 (0%)	4 (13.8%)
2	1 (10%)	21 (72.4%)
3	1 (10%)	4 (13.8%)
4	3 (30%)	0 (0%)
5	5 (50%)	0 (0%)

Nhận xét: Tất cả các khối u đều được đánh giá, nếu bệnh nhân có nhiều khối u sẽ đánh giá riêng từng khối u và lấy phân loại thang điểm VI-RADS lớn nhất. Có 10/39 khối u xâm lấn cơ (25.6%) và 29/39 khối u không xâm lấn cơ (74.4%). Trong 10 khối u xâm lấn cơ, khi phối hợp cả 3 chuỗi xung trên CHT đa tham số, có 5 khối được phân loại VI-RADS 5 (SC5, DW5 và CE5); 3 khối phân loại VI-RADS 4 (1 khối SC4, CE4, DW3; 2 khối SC4, CE4, DW4); 1 khối phân loại VI-RADS 3 (SC3, DE 3, DW2) và 1 khối phân loại VI-RADS 2 (SC2, CE2, DW2).

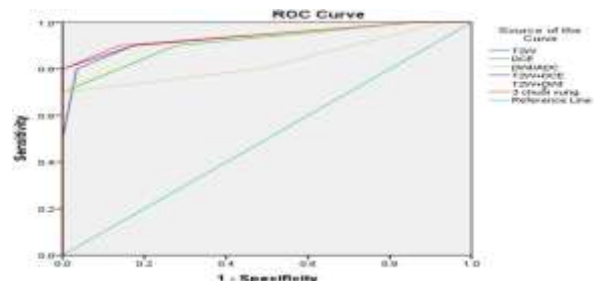
Bảng 3.3. Độ chính xác trong chẩn đoán xâm lấn cơ trên các chuỗi xung và VI-RADS tổng thể với ngưỡng ≥ 3

	SC	CE	DW	SC+CE	SC+DW	VI-RADS
Độ nhạy	90%	90%	80%	90%	90%	90%
Độ đặc hiệu	82.8%	72.4%	51.7%	82.8%	79.3%	86.2%
PPV	64.3%	52.9%	36.4%	64.3%	60%	69.2%
NPV	96%	95.5%	88.2%	96%	95.8%	96.2%
ACC	84.6%	76.9%	84.6%	84.6%	82.1%	87.2%

Bảng 3.4. Độ chính xác trong chẩn đoán xâm lấn cơ trên các chuỗi xung và VI-RADS tổng thể với ngưỡng ≥ 4

	SC	CE	DW	SC+CE	SC+DW	VI-RADS
Độ nhạy	80%	80%	70%	80%	70%	80%
Độ đặc hiệu	96.6%	100%	100%	100%	100%	100%
PPV	88.9%	100%	100%	100%	100%	100%
NPV	93.3%	93.5%	90.6%	93.5%	90.6%	93.5%
ACC	92.3%	94.9%	92.3%	94.9%	92.3%	94.9%
AUC (95% CI)	0.933	0.929	0.834	0.940	0.926	0.943
p value (vs 0.5)	p<0.001	p<0.001	P<0.05	p<0.001	p<0.001	p<0.001

Nhận xét: Theo kết quả Bảng 3.3 và 3.4 cho thấy với ngưỡng ≥ 3 , điểm VI-RADS tổng thể có độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV, độ chính xác và AUC lần lượt là 90%, 86.2%, 69.2%, 96.2% và 0.943, cao hơn so với từng chuỗi xung riêng lẻ hoặc phối hợp 2 chuỗi xung. Nếu chọn ngưỡng VI-RADS ≥ 4 thì độ đặc hiệu tăng lên 100% còn độ nhạy giảm còn 80%. Tuy nhiên, độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV, ACC của VI-RADS tổng thể với ngưỡng ≥ 4 bằng với giá trị trên chuỗi xung DCE đơn lẻ và T2W phối hợp với DCE ngoại trừ AUC cao hơn: 0.943 so với 0.929 và 0.940.



Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC của các chuỗi xung riêng lẻ và VI-RADS tổng thể để chẩn đoán UTBQ xâm lấn cơ

Nhận xét: Phân tích đường cong ROC, chỉ số Youden (J) cho thấy ngưỡng cắt ≥ 4 của thang điểm VI-RADS tổng thể cho độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 100%, với $J=0.8$, cao nhất trong tất cả các chuỗi xung, chứng tỏ VI-RADS với cut-off >3 là tiêu chuẩn tối ưu để đánh giá xâm lấn cơ ở bệnh nhân UTBQ.

IV. BÀN LUẬN

Trong 39 bệnh nhân tham gia nghiên cứu được biểu diễn trong Biểu đồ 3.1 cho thấy lớn nhất là 89 tuổi và nhỏ nhất là 32 tuổi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64.8 ± 12.3 tuổi, phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước như nghiên cứu của Lê Trọng Dũng và cs (2022) [2], Ziyong Wang và cs (2020) [7]. Nghiên cứu của chúng tôi UTBQ gặp chủ yếu ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ = 4/1.

Nghiên cứu chúng tôi gặp nhiều nhất u ở thành phải bàng quang ở 15 bệnh nhân (38.5%), không có bệnh nhân nào có u ở toàn bộ thành bàng quang (Bảng 3.1). Tỷ lệ này khác với nghiên cứu của Lê Trọng Dũng (2022) [2] với u thành trái chiếm tỷ lệ cao nhất 26.7%. Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có 1 khối u với 27/39 bệnh nhân (69.2%), 30.8% bệnh nhân có nhiều hơn 1 khối u. Kết quả nghiên cứu chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả: Lê Minh Hoàn (2014) [1] với 1 khối u chiếm 73.6%, Nguyễn Quang Toàn (2018) [3] là 70%. Kích thước trung bình của 66 khối u bàng quang là 19.9 ± 13.7 mm và đa số u có kích thước 10 - 30 mm chiếm 67.6%, khối u lớn nhất là 68mm, khối u nhỏ nhất là 4mm. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với tác giả Nguyễn Quang Toàn (2018) [3] với kích thước trung bình 23.73 ± 13.77 mm, khối u lớn nhất là 68mm, nhỏ nhất là 7mm.

Nghiên cứu 39 bệnh nhân với 66 khối u được tìm thấy, tất cả các khối u đều được đánh giá, nếu bệnh nhân có nhiều khối u sẽ đánh giá riêng từng khối u và lấy phân loại thang điểm VI-RADS lớn nhất. Trong 39 khối u được khảo sát có 10 khối u xâm lấn cơ (25.6%) và 29 khối u không xâm lấn cơ (74.4%). Bảng 3.2 cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi phối hợp cả 3 chuỗi xung T2W, DWI, DCE thì tất cả các khối u có điểm VI-RADS tổng thể 4 và 5 đều xâm lấn cơ; còn các khối u được chấm điểm VI-RADS 1 đều không xâm lấn cơ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ziyong Wang và cs (2020) [7] trên 220 bệnh nhân thì tất cả 50 khối u có điểm VI-RADS 1 đều không xâm lấn cơ và 124 khối u có điểm VI-RADS 5 đều xâm lấn cơ; Uneo và cs (2019) [8] báo cáo rằng không có xâm lấn cơ ở bệnh nhân VI-RADS 1. Trong 22

khối u phân loại VI-RADS 2 chỉ có 1 khối xâm lấn cơ, u không xâm lấn cơ và xâm lấn cơ chiếm tỷ lệ 4.5% và 95.5%, tương đồng với tác giả Lê Trọng Dũng (2022) [2] và Ziyong Wang (2020) [7]. Kết quả cũng có thể cho thấy rằng điểm VI-RADS 2 vẫn có độ chính xác cao trong việc đánh giá xâm lấn cơ của UTBQ. Trong 5 khối u phân loại VI-RADS 3 cũng có 1 khối xâm lấn cơ chiếm tỷ lệ 20%, kết quả này của chúng tôi gần tương đồng với tác giả Lê Trọng Dũng (2022)[2] với 1/4 bệnh nhân VI-RADS 3 có xâm lấn cơ (25%), khác nghiên cứu của Ziyong Wang (2020) [7] về sự khác biệt khối u có VI-RADS 3 không xâm lấn cơ và xâm lấn cơ chiếm tỷ lệ lần lượt 52.78% và 47.22%, cho thấy mức độ xâm lấn của khối u ở nhóm bệnh nhân này rất khó đánh giá.

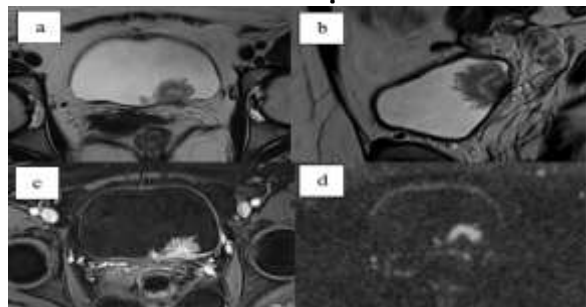
Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy hiệu quả chẩn đoán cao của CHT đa tham số dựa trên thang điểm VI-RADS nếu lấy ngưỡng VI-RADS ≥ 4 được trình bày trong Bảng 3.3 và 3.4. Với ngưỡng ≥ 3 độ nhạy từ 80-90%, độ đặc hiệu chỉ từ 51.7%-86.2%, còn ngưỡng ≥ 4 độ đặc hiệu với các chuỗi xung và thang điểm tổng lên đến 96.6%-100% tuy nhiên độ nhạy giảm còn từ 70-80%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV, ACC của VI-RADS tổng thể với ngưỡng ≥ 4 bằng với giá trị trên chuỗi xung DCE đơn lẻ và T2W phối hợp với DCE lần lượt là 80%, 100%, 100%, 93.5%, 94.9% ngoại trừ AUC cao hơn: 0.943 (95% CI: 83.9%, 100%) so với 0.929 (95% CI: 81.3%, 100%) và 0.940 (95% CI: 83.3%, 100%). Điều này có thể giải thích bởi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện với cỡ mẫu còn nhỏ đồng thời VI-RADS là hệ thống đánh giá kết hợp cả 3 chuỗi xung giải phẫu và chức năng (T2W, DWI và DCE) rất có giá trị trong việc đánh giá UTBQ xâm lấn cơ, nhờ đó giảm thiểu được sai số chủ quan khi chỉ dựa vào 1 hay 2 chuỗi xung, thể hiện ở giá trị AUC của VI-RADS tổng thể cao hơn so với chuỗi xung T2W phối hợp với DCE, chứng tỏ khả năng phân biệt UTBQ xâm lấn cơ cao hơn. Do đó ngưỡng VI-RADS ≥ 4 là tiêu chuẩn tối ưu để đánh giá xâm lấn cơ ở bệnh nhân ung thư bàng quang trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đồng với các tác giả Panebianco và cs (2018) [5] đã công bố một nghiên cứu hồi cứu với 78 bệnh nhân họ xác định giá trị ngưỡng VI-RADS ≥ 4 cho xâm lấn cơ, độ nhạy và độ đặc hiệu cao (82% và 94% đối với bác sĩ X quang đầu tiên; 77% và 89% đối với bác sĩ X quang thứ hai); Ziyong Wang và cs (2020) [7] độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, AUC dự đoán UTBQ xâm lấn cơ lần lượt là 82.3%, 95.3%, 88.64%, 0.96 (95% CI: 0.937, 0.983) với ngưỡng VI-RADS ≥ 4 .

Giá trị chẩn đoán của từng chuỗi xung trong nghiên cứu của chúng tôi cũng được so sánh. Chuỗi xung T2W giúp đánh giá tốt các cấu trúc giải phẫu, DCE giúp phát hiện các tổn thương nhỏ hơn 5mm, đánh giá động học ngấm thuốc phân biệt khối u và cơ thành bàng quang. Chuỗi xung DWI lại hạn chế đánh giá các tổn thương nhỏ do độ phân giải chưa cao.

V. KẾT LUẬN

CHT đa tham số phối hợp các chuỗi xung T2W, DWI, DCE có giá trị cao trong dự đoán mức độ xâm lấn của UTBQ và có thể được sử dụng để hướng dẫn việc ra quyết định và quản lý lâm sàng, đặc biệt khi được sử dụng kết hợp với thang điểm VI-RADS. Theo nghiên cứu chúng tôi, ngưỡng VI-RADS ≥ 4 là tiêu chuẩn tối ưu để đánh giá xâm lấn cơ ở bệnh nhân UTBQ với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

VI. HÌNH ẢNH MINH HOẠ



Hình 1. Bệnh nhân nữ 58 tuổi. Hai u ở thành sau bàng quang và tam giác bàng quang có kết quả GPB chưa xâm lấn cơ (ID 26144797)

Hình T2W (a,b) khối u đường kính lớn nhất 8mm không có cuống và 24mm có cuống, chưa thấy mất liên tục lớp cơ thành bàng quang

(xếp lần lượt SC1 và SC2). Hình DCE (c) thấy hai u ngấm thuốc mạnh sau tiêm, khối u lớn có cuống ngấm mạnh, chưa thấy mất liên tục lớp cơ (xếp lần lượt CE1 và CE 2). Hình DWI (c) hai khối u tăng tín hiệu mạnh, khối lớn có cuống giảm tín hiệu, chưa thấy mất liên tục lớp cơ (xếp lần lượt DW1 và DW2). Điểm VI-RADS tổng thể lần lượt là 1 và 2 tương ứng với ít khả năng xâm lấn cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Hoàn** (2014), Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán ung thư bàng quang, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Trọng Dũng và cs** (2022), "Nghiên cứu giá trị của thang điểm VI-RADS trong đánh giá ung thư bàng quang xâm lấn cơ trên cộng hưởng từ 1.5 Tesla", Tạp chí y học Việt Nam.
3. **Nguyễn Quang Toàn** (2018), Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán giai đoạn T ung thư bàng quang, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nicola, R. et al.** (2022), "VI-RADS score system - A primer for urologists", Int Braz J Urol. 48(4), tr. 609-622.
5. **Panebianco, Valeria et al.** (2018), "Multiparametric magnetic resonance imaging for bladder cancer: development of VI-RADS (Vesical Imaging-Reporting And Data System)", European urology. 74(3), tr. 294-306.
6. **Sung, H. et al.** (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin. 71(3), tr. 209-249.
7. **Wang, Ziyong et al.** (2020), "Evaluation of the value of the VI-RADS scoring system in assessing muscle infiltration by bladder cancer", Cancer Imaging. 20(1), tr. 26.
8. **Ueno, Yoshiko et al.** (2019), "Diagnostic accuracy and interobserver agreement for the vesical imaging-reporting and data system for muscle-invasive bladder cancer: a multireader validation study", European urology. 76(1), tr. 54-56.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ THỂ DỊ SẢN

**Nguyễn Thu Hương¹, Trần Thị Huệ¹,
Bùi Thị Phương Thảo¹, Đặng Thái Tôn¹**

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản (Metaplastic Breast Carcinoma – MBC) là thể mô học hiếm gặp,

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hệ Thống Y Tế Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hương

Email: huongnt202@vinmec.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

chiếm dưới 1% ung thư vú xâm nhập, đặc trưng bởi sự hiện diện đồng thời thành phần biểu mô và dị sản trung mô. Chúng tôi báo cáo bệnh nhân nữ 33 tuổi, phát hiện khối vú phải lớn nhanh, siêu âm và MRI ghi nhận tổn thương hỗn hợp âm, trung tâm hoại tử, ngấm thuốc dạng viên. Sinh thiết xác định MBC, bộ ba âm tính với chỉ số Ki-67 cao (60%). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ, hạch cửa âm tính (pT3N0) và điều trị hóa chất hỗ trợ nhưng tái phát tại chỗ sớm trong quá trình hóa trị. Ca bệnh minh họa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học điển hình của MBC, đồng thời cho thấy thể bệnh này có tiên lượng