

và mức độ tuân thủ hướng dẫn. Do đó, cần đẩy mạnh thực hiện cấy nước tiểu trước điều trị và tăng cường quản lý sử dụng kháng sinh nhằm hạn chế kháng thuốc và nâng cao hiệu quả điều trị.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh có triệu chứng sốt chiếm tới 95,8%, trong khi các triệu chứng lâm sàng khác như đau vùng hông lưng, tiểu buốt/ tiểu gắt chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều. Điều này cho thấy sốt là biểu hiện lâm sàng nổi bật và thường gặp nhất ở người bệnh nhiễm khuẩn đường tiết niệu trong nhóm nghiên cứu, phản ánh phản ứng viêm hệ thống đối với nhiễm trùng bàng quang hoặc thận.¹ Tương tự, dữ liệu trong y văn cũng ghi nhận sốt là một trong những triệu chứng chủ yếu khi nhiễm khuẩn đường tiết niệu tiến triển hoặc lan lên đài – bể thận, đặc biệt ở những đối tượng có rối loạn vận động bàng quang như người bệnh tổn thương tuỷ sống, do giảm khả năng tự dẫn lưu và ứ đọng nước tiểu kéo dài.⁵ Tuy nhiên lại khác biệt với nghiên cứu của Lê Đình Khánh, Đỗ Thành Tiến hay Phạm Thuý Yên Hà khi ghi nhận đau vùng lưng và tiểu buốt là triệu chứng phổ biến.^{4,6,7} Song song đó, màu sắc nước tiểu cho thấy 94,8% người bệnh có nước tiểu đục, điều này tương đồng với nhận định trong các nghiên cứu dịch tễ nhiễm khuẩn đường tiết niệu rằng đục nước tiểu thường phản ánh sự hiện diện của bạch cầu, vi khuẩn hoặc mủ trong nước tiểu, vốn là dấu hiệu lâm sàng điển hình của nhiễm trùng.¹ Sự tương đồng với y văn trước đó rằng nước tiểu đục là thường gặp nhất ở người bệnh nhiễm khuẩn đường tiết niệu càng củng cố thêm nhận định trên.⁷ Tuy nhiên, tỷ lệ cực thấp nước tiểu đục kèm máu (1,0%) cho thấy biểu hiện vi niệu đại thể không phổ biến trong nhóm này, tương đồng với ghi nhận của Lê Đình Khánh.⁶ Điều này có thể giải thích bởi mức độ tổn thương và đáp ứng viêm khác nhau của từng người, cũng như ảnh hưởng của việc sử dụng kháng sinh trước đó làm giảm biểu hiện xuất huyết trong nước tiểu. Ngoài ra, NTĐTN ở người bệnh tổn thương tuỷ sống ghi nhận thêm một số triệu chứng thường không điển hình so với các nhóm bệnh khác là tăng phản xạ cơ (19,6%) và cơ cứng cơ (24,7%), tuy tỷ lệ không cao so với các đặc điểm khác nhưng đây cũng là một lưu ý nhằm đánh giá lâm sàng một cách toàn diện cho nhóm bệnh này trong các tài liệu tương lai. Những phát hiện này nhấn mạnh vai trò của sốt và thay đổi màu sắc nước tiểu như các dấu hiệu lâm sàng quan trọng giúp gợi ý nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người bệnh tổn thương tuỷ sống, đồng thời khuyến cáo cần phối hợp với xét nghiệm cấy

nước tiểu và công thức tế bào để chẩn đoán chính xác và đánh giá mức độ tổn thương, tránh phụ thuộc quá mức vào các triệu chứng đơn lẻ.

Khi phân tích nước tiểu, hầu hết mẫu (97,9%) có bạch cầu, phản ánh phản ứng viêm niêm mạc đường tiết niệu rất rõ rệt ở nhóm người bệnh tổn thương tuỷ sống – điều này phù hợp với nhận định trong y văn rằng tăng bạch cầu niệu là dấu hiệu cận lâm sàng điển hình nhất của nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Đồng thời, hồng cầu niệu dương tính và nitrit niệu xuất hiện ở tỷ lệ thấp hơn, điều này thống nhất với các nghiên cứu dịch tễ cho thấy nitrit niệu thường chỉ dương tính khi có vi khuẩn sinh nitrit rõ rệt nhưng không phải tất cả tác nhân gây bệnh đều có khả năng này, nên nitrit niệu thường ít nhạy hơn. Trong nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế, tác nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu chủ yếu cũng là các vi khuẩn Gram âm như *E. coli* chiếm ưu thế.⁶ Tương tự, ở các nghiên cứu tổng quát về nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở cộng đồng, *Escherichia coli* thường là tác nhân chủ đạo – chiếm phần lớn các chủng được phân lập trong các mẫu nước tiểu dương tính, trong khi *Pseudomonas aeruginosa* thường gặp hơn ở nhóm nhiễm khuẩn liên quan đến đặt catheter hoặc trong môi trường bệnh viện.⁸ Ngoài ra, đặc điểm Gram âm của các vi khuẩn phân lập cũng đồng thời lý giải phần nào tính chất lâm sàng nổi bật trong nhóm nghiên cứu, điển hình là sốt và bạch cầu niệu dương tính ở gần như toàn bộ trường hợp.¹ Như vậy, kết quả của chúng tôi phản ánh đặc thù lâm sàng của người bệnh tổn thương tuỷ sống và bệnh viện nơi nghiên cứu, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phối hợp triệu chứng, xét nghiệm phân tích nước tiểu và cấy vi sinh để xác định tác nhân chính xác và lập phác đồ điều trị phù hợp, nhất là trong các trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp hoặc liên quan đến catheter.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người bệnh tổn thương tuỷ sống đang điều trị phục hồi chức năng có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khá đặc thù, trong đó sốt và nước tiểu đục là hai biểu hiện nổi bật nhất. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước chẩn đoán cao và việc đặt thông tiểu liên tục phổ biến là những yếu tố quan trọng cần được quan tâm. Nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế tuyệt đối. Những kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý phù hợp nhiễm khuẩn tiết niệu, đồng thời

tăng cường thực hành CIC và sử dụng kháng sinh hợp lý nhằm hạn chế biến chứng, giảm tỷ lệ tái nhiễm và nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng cho người bệnh tổn thương tuỷ sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam.** *Hướng Dẫn Điều Trị Nhiễm Khuẩn Đường Tiết Niệu*. Nhà xuất bản Đại học Huế; 2021. Accessed January 7, 2026. https://bvbinhdan.com.vn/vnt_upload/guide/08_2022/Huong_dan_dieu_tri_NKDTN
- Bộ Y tế.** Quyết định 3916/QĐ-BYT. Quyết định về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Published online August 28, 2017. Accessed January 7, 2026. <https://soyte.laichau.gov.vn/ttytsinho/van-ban-phap-quy/bo-y-te/quyet-dinh-3916-qd-byt-ngay-28-8-2017-cua-bo-y-te-ve-viec-ph.html>
- Neumeier V, Stangl FP, Borer J, et al.** Indwelling catheter vs intermittent catheterization: is there a difference in UTI susceptibility? *BMC Infect Dis.* 2023;23:507. doi:10.1186/s12879-023-08475-7
- Phạm Thúy Yên Hà, Chung Khả Hân, Đặng Nguyễn Đoan Trang.** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại khoa tiết niệu bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;517(1). doi:10.51298/vmj.v517i1.3156
- Đoàn Thị Huệ, Vũ Thị Phương Hoa, Đinh Văn Thúc.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại tỉnh Quảng Ninh. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025;547(3). doi:10.51298/vmj.v547i3.13208
- Lê Đình Khánh, Lê Đình Đạm, Nguyễn Khoa Hùng và Cộng sự.** Tình hình nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại Khoa ngoại tiết niệu Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Y Dược học.* 2018;8(3):100-108. doi:10.34071/jmp.2018.3.16
- Đỗ Thành Tiên.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn tiết niệu và mức độ nhạy cảm kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. *Tạp chí Khoa học Sức khỏe.* 2024;2(4):7-7. doi:10.59070/jhs020424094
- Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ.** Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nat Rev Microbiol.* 2015;13(5):269-284. doi:10.1038/nrmicro3432

ĐÁNH GIÁ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA HỆ THỐNG PHÂN LOẠI PI-RADSv2.1 VÀ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ Ý NGHĨA LÂM SÀNG

Lê Hồng Chiến¹, Đặng Quang Hưng^{1*}, Nguyễn Thị Nhân¹, Nguyễn Thanh Hải¹, Trần Văn Vi², Nguyễn Bá Phong³

TÓM TẮT

Mục đích: Nhằm đánh giá mối tương quan giữa phân loại PI-RADSv2.1 với ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City trong thời gian từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 8 năm 2025, với 69 bệnh nhân, 88 tổn thương tiền liệt tuyến được chụp cộng hưởng từ đa thông số, đánh giá nguy cơ dựa trên bảng điểm PI-RADSv2.1 và sinh thiết tổn thương dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng, xếp loại mô bệnh học dựa trên phân loại ISUP của Hội bệnh lý tiết niệu quốc tế. **Kết quả:** Nhóm tổn thương xếp loại PI-RADS 1-2, không ghi nhận ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng. Nhóm PI-RADS 3 chủ yếu là ung thư độ mô học thấp, chỉ ghi nhận 1

trường hợp ISUP 3. Ở nhóm PI-RADS 4, tỷ lệ ung thư có ý nghĩa lâm sàng tăng rõ rệt là 18.9%. Đặc biệt ở nhóm PI-RADS 5 tập trung nhiều các trường hợp ISUP 3-5, chiếm 54.2%. Về giá trị của bảng điểm PI-RADS trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng, khi chọn ngưỡng PI-RADS ≥ 3 , độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính - âm tính và độ chính xác lần lượt là 100%, 14.3%, 48.1%, 100% và 52.3%. Khi nâng ngưỡng lên PI-RADS 4, các giá trị trên lần lượt là 89.7%, 46.9%, 57.4%, 85.2% và 65.9%. Khi nâng ngưỡng lên PI-RADS 5, các giá trị lần lượt là 51.3%, 91.8%, 83.3%, 70.3%, 73.0%. **Kết luận:** Phân loại PI-RADSv2.1 có mối liên hệ chặt chẽ với ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng, ngoài ra còn có giá trị cao trong chẩn đoán và sàng lọc bệnh lý này. **Từ khóa:** phân loại PI-RADSv2.1; ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng; cộng hưởng từ đa thông số; sinh thiết.

¹Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City

²Trường đại học VinUni

³Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Chiến

Email: hungchu14021993@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 6.2.2026

Ngày duyệt bài: 13.3.2026

SUMMARY

EVALUATE THE CORRELATION BETWEEN PI-RADSv2.1 CLASSIFICATION AND CLINICALLY SIGNIFICANT PROSTATE CANCER

Purpose: To evaluate the correlation between PI-RADSv2.1 classification and clinically significant

prostate cancer. **Materials and Methods:** A study was conducted at Vinmec Times City International Hospital from July 2018 to August 2025. The study included 69 patients with 88 prostate lesions who underwent multiparametric MRI. Risk assessment was performed using the PI-RADSv2.1 scoring system, followed by transrectal ultrasound (TRUS)-guided biopsy. Histopathological grading was based on the ISUP- International Society of Urological Pathology-grade. **Results:** No significant prostate cancer was identified in lesions scored as PI-RADS 1–2. The PI-RADS 3 group predominantly corresponded to low-grade histology, with only one case of ISUP grade 3. In the PI-RADS 4 group, the incidence of clinically significant cancer increased markedly to 18.9%. Notably, the PI-RADS 5 group showed a high concentration of ISUP grades 3–5 (54.2%). Regarding the diagnostic performance of the PI-RADS score for csPCa, using a cut-off of PI-RADS ≥ 3 yielded a sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), and accuracy of 100%, 14.3%, 48.1%, 100%, and 52.3%, respectively. When the cut-off increased to PI-RADS 4, the values are 89.7%, 46.9%, 57.4%, 85.2%, and 65.9%. At a cut-off of PI-RADS 5, the values are 51.3%, 91.8%, 83.3%, 70.3%, and 73.0%, respectively. **Conclusion:** PI-RADSv2.1 classification demonstrates a strong correlation with clinically significant prostate cancer and serves as a highly valuable tool for both the diagnosis and screening of this disease. **Keywords:** PI-RADSv2.1 classification; clinically significant prostate cancer; multiparametric Magnetic Resonance Imaging; biopsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là một trong những ung thư phổ biến nhất ở nam giới với tỷ lệ mắc đứng thứ hai chỉ sau ung thư phổi, tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ năm trong các loại ung thư¹. Tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do ung thư tuyến tiền liệt có liên quan chặt chẽ đến độ tuổi, trong đó tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là ở nam giới cao tuổi^{1,2}.

Việc chẩn đoán sớm UTTTL có vai trò quan trọng trong điều trị và tiên lượng cho người bệnh. Tuy nhiên biểu hiện lâm sàng của UTTTL khá đa dạng và thường không điển hình, đặc biệt ở giai đoạn sớm. Do đó, chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là công nghệ từ đa thông số được nhiều tác giả ủng hộ là có vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm UTTTL có ý nghĩa lâm sàng - được định nghĩa là UTTTL có phân loại mô bệnh học Gleason ≥ 7 (Bao gồm điểm Gleason 3 + 4 với thành phần Gleason 4 nổi bật nhưng không chiếm ưu thế - tương ứng điểm ISUP ≥ 2) và/hoặc thể tích $\geq 0,5$ ml và/hoặc xâm lấn ngoài tuyến tiền liệt^{3,4}.

Hệ thống dữ liệu và báo cáo kết quả hình ảnh tuyến tiền liệt phiên bản 2.1 (Prostate Imaging Reporting And Data System version 2.1

– PI-RADSv2.1) được công bố tháng 3 năm 2019 với thay đổi định nghĩa về tổn thương xếp loại PI-RADS 1, 2 với vùng chuyển tiếp; tổn thương xếp loại PI-RADS 2, 3 với vùng ngoại vi và định nghĩa về ngấm thuốc trên chuỗi xung dynamic sau tiêm, điều này giúp làm rõ sự khác biệt giữa các tổn thương và giúp các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh đưa ra kết quả thống nhất hơn và tăng độ chính xác của chẩn đoán⁵.

Việc sử dụng phân loại PI-RADSv2.1 được một số tác giả công nhận có giá trị cao trong đánh giá nguy cơ UTTTL có ý nghĩa lâm sàng, tuy nhiên có tác giả lại cho rằng giá trị của phân loại này không quá cao và có sự khác biệt nhiều giữa các nghiên cứu, đồng thời cũng có những hạn chế nhất định ở các vùng khác nhau của tuyến tiền liệt^{3,6}. Chính vì những lý do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích đánh giá mối tương quan giữa phân loại PI-RADS v2.1 và UTTTL có ý nghĩa lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City trong thời gian từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 8 năm 2025

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 60 tuổi, có xét nghiệm PSA total > 4 ng/ml, không có dấu hiệu viêm đường tiết niệu cấp trên lâm sàng, được chụp cộng hưởng từ đa thông số và phân loại theo PI-RADSv2.1, sinh thiết và xếp loại mô bệnh học theo ISUP.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân đang có dấu hiệu viêm đường tiết niệu cấp, bệnh nhân không được sinh thiết hoặc đã được chẩn đoán UTTTL từ trước.

Tổng cộng có 69 bệnh nhân và 88 tổn thương tiền liệt tuyến được phát hiện trên cộng hưởng từ đa thông số, phân loại theo PI-RADSv2.1 với hai bác sĩ độc độc lập và mù mô bệnh học, sau đó được sinh thiết tổn thương dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng, xếp loại mô bệnh học dựa trên phân loại ISUP.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

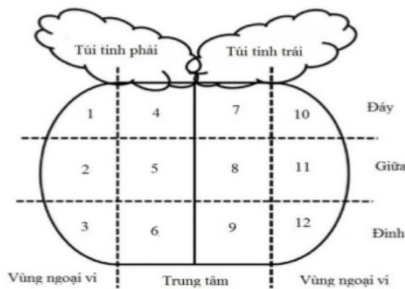
Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu. Các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ đa thông số trên máy MRI-3T của hãng SIMENS và hãng GE, phân loại tổn thương trên cộng hưởng từ dựa trên PI-RADSv2.1. Sau đó, tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết tổn thương dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng, bệnh phẩm sinh thiết được gửi làm giải phẫu bệnh, nhuộm hoá mô miễn dịch nếu là ung thư tuyến tiền liệt.

Protocol chụp cộng hưởng từ đa thông số với các chuỗi xung: T1W axial; T2W sagittal-coronal-

axial (FOV 12-20cm, độ dày lát cắt 3mm); chuỗi xung khuếch tán DWI b0-b500-b800 và tái tạo bản đồ ADC, chuỗi xung khuếch tán DWI b2000; dynamic sau tiêm (DCE) chụp 12 pha trong vòng 2 phút, mỗi pha cách nhau 10 giây.

Đánh giá PI-RADSV2.1 dựa trên thang điểm 5 khả năng gặp ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng, được đánh giá dựa vào hình ảnh trên mpMRI tìm thấy trên các chuỗi xung T2W, DWI, và DCE: PI-RADS 1 khả năng rất thấp; PI-RADS 2 khả năng thấp; PI-RADS 3 có thể có; PI-RADS 4 khả năng cao; PI-RADS 5 khả năng rất cao.

Sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng: đánh giá tổn thương trên siêu âm đối chiếu với hình ảnh cộng hưởng từ, nếu tổn thương trùng với vị trí mô tả trên hình 1 sẽ thực hiện sinh thiết hệ thống 12 mẫu; nếu tổn thương không trùng vị trí mẫu hệ thống sẽ sinh thiết thêm 2 mẫu vào vùng nghi ngờ và đánh dấu mẫu đích.



Hình 1: Sơ đồ vị trí sinh thiết tuyến tiền liệt

2.3 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thống kê và phân tích bằng phần mềm SPSS20.0. Sử dụng thống kê giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, tính tỷ lệ phần trăm, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính, độ chính xác, kiểm định Fisher Exact; có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1: Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

	Giá trị	IQR (%)
Tuổi (năm), trung vị, (IQR)	69	64-75
PSA total (ng/ml), trung vị, (IQR)	13.140	8.425-19.475
Thể tích (ml), trung vị, (IQR)	45	33-62
Đường kính lớn nhất tổn thương (mm)	13	8-18
Vị trí	Ngoại vi	61
	Chuyển tiếp	27
		69.3
		30.7

Nghiên cứu của chúng tôi có 69 bệnh nhân với 88 tổn thương tuyến tiền liệt được sinh thiết. Độ tuổi dao động từ 64 đến 75 tuổi với trung vị là 69 tuổi.

Tất cả bệnh nhân đều có tăng kích thước tuyến tiền liệt (>30ml), với giá trị dao động từ 33-62ml, giá trị trung vị là 45ml. Giá trị PSA total và PSA density lần lượt là 13.14ng/ml và 0.257 ng/ml/ml.

Phần lớn các tổn thương được sinh thiết nằm ở vùng ngoại vi, với 61 trường hợp (chiếm 69.35%).

3.2. Môi trường quan giữa phân loại PI-RADSV2.1 và ung thư tuyến tiền liệt

Bảng 3.2: Phân bố PI-RADSV2.1 theo tổn thương lành tính và ác tính

N=88	PI-RADS 1	PI-RADS 2	PI-RADS 3	PI-RADS 4	PI-RADS 5	Tổng
Ác tính			4	15	20	39
Lành tính	1	6	12	22	4	49

Trong tổng số 88 tổn thương, có 39 trường hợp ác tính và 49 trường hợp lành tính. Các tổn thương ác tính chủ yếu tập trung ở nhóm PI-RADS cao, với 20 trường hợp (51,3%) thuộc PI-RADS 5 và 15 trường hợp (38,5%) thuộc PI-RADS 4; chỉ ghi nhận 4 trường hợp ác tính (10,2%) ở PI-RADS 3 và không có trường hợp ác tính ở PI-RADS 1-2.

Bảng 3.3: Phân bố số tổn thương theo PI-RADS và Gleason

Gleason \ PI-RADS	Lành tính	3+3	3+4	4+3	3+5	4+4	4+5	5+5	Tổng
1	1								1
2	6								6
3	16		3		1				20
4	22	1	7	3		2		2	37
5	4		7	3	1	3	5	1	24

Ở các nhóm PI-RADS thấp (PI-RADS 1 và 2), chỉ ghi nhận các trường Gleason 0. Nhóm PI-RADS 3 chủ yếu vẫn là Gleason 0 (80,0%), tuy nhiên đã xuất hiện các trường hợp ung thư có điểm Gleason thấp đến trung bình, bao gồm Gleason 3+4 và 3+5. Ở nhóm PI-RADS 4, tỷ lệ

các trường hợp ác tính tăng lên với sự phân bố đa dạng của các điểm Gleason, trong đó Gleason 3+4 và 4+3 chiếm ưu thế, đồng thời bắt đầu ghi nhận các trường hợp Gleason cao ($\geq 4+4$). Đáng chú ý, nhóm PI-RADS 5 có tỷ lệ cao các ung thư có điểm Gleason cao (37,5%)

Bảng 3.4: Phân bố số tổn thương theo PI-RADS và ISUP

N = 88	Lành tính	ISUP 1	ISUP 2	ISUP 3	ISUP 4	ISUP 5	Tổng
PI-RADS 1	1						1
PI-RADS 2	6						6
PI-RADS 3	16		3	1			20
PI-RADS 4	22	1	7	3	2	2	37
PI-RADS 5	4		7	3	4	6	24

Phân bố bệnh nhân cho thấy xu hướng tăng dần mức độ ác tính theo thang điểm PI-RADS. Các tổn thương PI-RADS thấp (1-2) không ghi nhận ung thư có ý nghĩa lâm sàng, tương ứng với điểm Gleason và ISUP thấp.

Các tổn thương xếp loại PI-RADS 3 chủ yếu tương ứng với Gleason và ISUP thấp (ISUP 1-2), chỉ có 03 trường hợp thuộc ISUP 2 và 01 trường hợp thuộc ISUP 3.

PI-RADS 4 và 5 có tỷ lệ gặp tổn thương có điểm ISUP cao (ISUP 3-5) nhiều hơn. Các tổn thương được xếp loại PI-RADS 4 có 7/37 (18,9%) trường hợp có ISUP cao, PI-RADS 5 có 13/24 (54,2%) các trường hợp có ISUP cao.

Bảng 3.5: Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính - âm tính và độ chính xác của phân loại PI-RADSv2.1 với ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa.

	PI-RADS ≥ 3	PI-RADS ≥ 4	PI-RADS 5
Độ nhạy	100%	89,7%	51,3%
Độ đặc hiệu	14,3%	46,9%	91,8%
Giá trị dự báo dương tính	48,1%	57,4%	83,3%
Giá trị dự báo âm tính	100%	85,2%	70,3%
Độ chính xác	52,3%	65,9%	73,0%

Khi chọn ngưỡng PI-RADS ≥ 3 , độ nhạy đạt 100% và giá trị dự báo âm tính cũng đạt 100%. Tuy nhiên, độ đặc hiệu chỉ đạt 14,3% và độ chính xác tổng thể là 52,3%. Khi tăng ngưỡng chọn chọn điểm PI-RADS (4 và 5) thì độ nhạy giảm nhưng độ đặc hiệu và độ chính xác tăng lên.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư tuyến tiền liệt có triệu chứng lâm sàng không điển hình, tùy thuộc vào độ mô học và giai đoạn phát hiện. Các hướng dẫn chẩn đoán UTTTL được đưa ra nhằm phát hiện sớm các ung thư cần điều trị và giảm thiểu chẩn đoán

quá mức các ung thư không có ý nghĩa lâm sàng hoặc các tổn thương lành tính. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 69 bệnh nhân với 88 tổn thương được sinh thiết, các tổn thương thường gặp nhiều hơn ở vùng ngoại vi, độ tuổi dao động từ 64 đến 75 tuổi với trung vị là 69 tuổi; điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới khi ung thư tuyến tiền liệt chủ yếu gặp ở người cao tuổi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng PI-RADSv2.1 trong đánh giá các tổn thương tuyến tiền liệt trên cộng hưởng từ; ung thư tuyến tiền liệt không có ý nghĩa lâm sàng khi tổn thương trên mô bệnh học có điểm ISUP 1; ung thư có ý nghĩa lâm sàng khi tổn thương trên mô bệnh học có điểm ISUP 2-5.

Qua nghiên cứu chung tôi thấy phân bố phân độ mô học ISUP có mối liên quan chặt chẽ với phân loại PI-RADS trên MRI, cụ thể là khi tăng điểm PI-RADS thì tỷ lệ gặp UTTTL có ý nghĩa lâm sàng tăng rõ rệt. Trong 88 tổn thương có 1 tổn thương xếp loại PI-RADS 1 và 6 tổn thương xếp loại PI-RADS 2, không ghi nhận trường hợp nào là ung thư tuyến tiền liệt. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy rằng với các trường hợp xếp loại PI-RADS 1-2 hầu như ít gặp ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa^{3,4,7}.

Nhóm PI-RADS 3 chủ yếu tương ứng với các phân độ mô học thấp, chỉ ghi nhận 3 trường hợp ISUP 2 (15%) và 1 trường hợp ISUP 3 (5%), cho thấy đây là nhóm nguy cơ trung gian với tỷ lệ gặp UTTTL có ý nghĩa thấp. Ở nhóm PI-RADS 4, tỷ lệ ung thư có ý nghĩa lâm sàng tăng rõ rệt, với tỷ lệ gặp là 37,8%. Đặc biệt ở nhóm PI-RADS 5 tập trung nhiều các trường hợp ISUP 3-5 (chiếm 54,2%), phản ánh mức độ ác tính cao và giá trị dự báo dương tính mạnh đối với ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng.

Tác giả Niranjana J Sathianathan và cộng sự nghiên cứu trên 255 bệnh nhân với 365 tổn thương được phân tích cho thấy với điểm PI-