

hay Mycobacteria tuberculosis là tác nhân hiếm gây ra tình trạng tăng BCAT trong DNT. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp có bằng chứng PCR lao trong DNT (**Bảng 4**), và tổng cộng 20 trường hợp (37,7%) được chẩn đoán lao màng não dựa trên đặc điểm lâm sàng và hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa về lao. Tại một quốc gia châu Á như Hàn Quốc, tác giả Park & cs. đã ghi nhận 4/22 ca (18,2%) người lớn mắc VMNTBCAT phân lập được M. tuberculosis⁽⁷⁾. Chúng tôi cho rằng kết quả nghiên cứu của mình phù hợp với bối cảnh một quốc gia có gánh nặng về lao cao như Việt Nam. Đồng thời, chúng tôi ghi nhận có 6% trường hợp có tiền căn gia đình nhiễm lao. Đây là thông tin quan trọng mà những nghiên cứu trước đây về VMNTBCAT không đề cập đến. Sau khi phân tích các xét nghiệm chẩn đoán tác nhân, chúng tôi nhận thấy M. tuberculosis là một tác nhân quan trọng của VMNTBCAT tại vùng dịch tễ lao như Việt Nam. Vì thế, nhà lâm sàng cần đặc biệt lưu ý đến những thông tin liên quan và chú ý đến tác nhân M. tuberculosis khi tiếp cận một trường hợp có tăng BCAT trong DNT.

V. KẾT LUẬN

VMNTBCAT là bệnh lý hiếm gặp, chiếm 2,1% tổng số ca VMN. Bệnh thường gặp ở trẻ lớn, trung vị tuổi là 5,4. Các ca bệnh tại BV NĐ2 chủ yếu đến từ Đông Nam Bộ (39,6%), chỉ có 13,2% ca bệnh đến từ Đồng bằng sông Cửu Long. Có 6% trường hợp có tiền căn gia đình mắc bệnh lao. Triệu chứng thường gặp là sốt (86,8%), đau đầu (62,3%), buồn nôn và/hoặc nôn (66%). Hơn 90% trường hợp khởi phát cấp tính (< 7 ngày), bán cấp (7 – 21 ngày). Đặc điểm DNT thường là

protein tăng nhẹ và glucose giảm nhẹ. Bên cạnh ký sinh trùng, M. tuberculosis là một tác nhân cần chú ý đến đối với trẻ VMNTBCAT trong vùng dịch tễ lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Hải Mến, Nguyễn Trần Chính, Lê Thị Xuân.** Viêm màng não do Angiostrongylus cantonensis tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới từ năm 2002 đến 2005. Tạp chí Y học TP.HCM, 2007;11(1):416-421.
2. **Hồ Thị Hoài Thu, Trương Hữu Khanh, Hồ Đăng Trung Nghĩa.** Đặc điểm Dịch tễ và Lâm sàng ở trẻ viêm màng não tăng bạch cầu ái toan tại Khoa nhiễm Bệnh viện Nhi đồng I. Tạp chí Y học TP.HCM, 2017;21(3):102-107.
3. **Nguyễn, T. T. T., & Nguyễn, A. N..** Đặc Điểm Dịch Tễ Viêm Màng Não Tăng Bạch Cầu Ái Toan Do Angiostrongylus Cantonensis Tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2022;520;(2).
4. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Huyết học-Truyền máu-Miễn dịch-Di truyền-Sinh học phân tử. 2014:28-31.
5. **Kao-Pin Hwang, Eng-Rin Chen.** Clinical Studies on Angiostrongyliasis cantonensis among Children in Taiwan. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 1991, pp.194-199.
6. **Sawanyawisuth K, Chindaprasirt J, Senthong V, et al.** Clinical manifestations of Eosinophilic meningitis due to infection with Angiostrongylus cantonensis in children. Korean J Parasitol, 2013,51(6):735-738.
7. **Park S, Jung J, Chong YP, et al.** Infectious Causes of Eosinophilic Meningitis in Korean Patients: A Single-Institution Retrospective Chart Review from 2004 to 2018. Korean J Parasitol. 2021;59(3): 227-233.
8. **Jill Weatherhead, Rojelio Mejia.** Eosinophilic Meningitis. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatrics Infectious Diseases, V1, 8th. Elsevier, 2019, pp.349-355.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ ĐỐT SÓNG CAO TẦN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG CHUỖI XUNG T1 XÓA MỠ KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG TỪ

Nguyễn Thị Hiếu¹, Ngô Lê Lâm¹,
Nguyễn Trung Kiên¹, Nguyễn Duy Anh¹

Mục tiêu: Kết quả bước đầu của điều trị đốt sóng cao tần điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử; **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 71 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị đốt sóng cao tần và đánh giá bằng công cộng hưởng từ sử dụng chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử trong 24h đầu tiên sau đốt tại bệnh viện K Tân Triều, thời gian từ tháng 8/2022 – 6/2023. **Kết quả:** Nhóm

TÓM TẮT

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

tuổi từ 51-70 tuổi chiếm 73%; Tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B chiếm 97,2%; viêm gan C chiếm 29,6%; Đa số bệnh nhân có AFP < 20 ng/ml chiếm 46,5%; AFP 20 – 199 ng/ml chiếm 38%; Tỷ lệ bệnh nhân có u gần bao gan chiếm 32,4%; Đa số kích thước u ≤ 30 mm chiếm 91,5%; Đa phần bệnh nhân được kết hợp nút mạch trước đốt chiếm 36,6%; Chủ yếu sử dụng kim đơn chiếm 97,2%; Nồng độ AFP có xu hướng giảm sau điều trị 1 tháng và 3 tháng; Phần lớn diện hoại tử quanh u > 5mm trong 24h chiếm 42,3% và theo dõi không thấy tái phát trong 3 tháng đầu sau đốt. **Kết luận:** Nghiên cứu hỗ trợ các bác sĩ ứng dụng chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử sau điều trị ung thư gan bằng phương pháp đốt sóng cao tần trong vòng 24h đầu tiên để đánh giá diện hoại tử sau đốt, đánh giá sớm hiệu quả can thiệp để có hướng điều trị sớm cho bệnh nhân hoặc theo dõi tiếp.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG), Đốt sóng cao tần (ĐSCT), Cộng hưởng từ (CHT), Cắt lớp vi tính (CLVT).

SUMMARY

THE FIRST EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF RADIOFREQUENCY ABLATION IN THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA BY T1 PULSE REMOVE FAT WITHOUT INJECTION OF MAGNETIC CONTRAST

Objectives: The first of the effectiveness of radiofrequency ablation in the treatment of hepatocellular carcinoma by T1 pulse sequence to remove fat without injection of magnetic contrast; **Subjects and methods:** The study was conducted on 71 patients with hepatocellular carcinoma who were treated with radiofrequency ablation and evaluated by magnetic resonance using T1 pulse sequence to remove fat without contrast injection. from Tan Trieu K Hospital, from August 2022 to June 2023. **Results:** The age group from 51-70 years old accounted for 73%; The rate of hepatitis B virus infection accounted for 97.2%; hepatitis C accounted for 29.6%; Most patients had AFP < 20 ng/ml accounted for 46.5%; AFP 20 - 199 ng/ml accounted for 38%; The proportion of patients with tumors near the liver capsule accounted for 32.4%; Most tumors are ≤ 30 mm accounted for 91.5%; Most of the patients were burned after the embolization accounted for 36.6%; The majority of using single needle accounted for 97.2%; AFP levels tend to decrease after 1 month and 3 months of treatment; The majority of necrosis around the tumor > 5mm after 24 hours accounted for 42.3% and no recurrence was observed in the first 3 months after burning. **Conclusion:** The study supports doctors in the application of T1 pulse remove fat without injecting contrast from liver cancer treatment by radiofrequency ablation within 24 hours to evaluate the area of tumor burning after intervention, early assessment of the effectiveness of interventions to guide treatment or follow-up. **Keywords:** Hepatocellular carcinoma (HCC), AFP (alpha-fetoprotein), RFA (Radiofrequency ablation), MRI (Magnetic Resonance Imaging), CLVT (Computed Tomography Scan).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (UTBMTBG) là một bệnh ác tính phổ biến. Hiện nay nó là nguyên nhân đứng hàng thứ hai gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới¹. Theo công bố của cơ quan ghi nhận ung thư quốc tế - Globocan 2020, tỉ lệ mắc ung thư gan cao vượt trội ở châu Á so với các châu lục khác, chiếm tới 72.5% trong tổng số các ca mắc mới; đặc biệt vùng Đông Á có tỉ lệ mắc khoảng 21/100.000 dân. Tại Việt Nam, đây là loại ung thư đứng hàng đầu về tỉ lệ tử vong do ung thư[5].

Ngày nay, điều trị UTBMTBG có nhiều phương pháp khác nhau. Chỉ định phương pháp điều trị tùy thuộc vào giai đoạn bệnh. Với các bệnh nhân được phân loại giai đoạn Barcelona A có thể được chỉ định phẫu thuật triệt căn, ghép gan hoặc đốt u, trong đó phẫu thuật cắt gan được coi là điều trị tối ưu. Mặc dù vậy tỉ lệ các trường hợp có khả năng phẫu thuật ở mức thấp (khoảng 15-20%), do bệnh nhân thường kèm theo các bệnh lý gan mạn tính, bệnh lý nội khoa phối hợp, và thường được phát hiện ở giai đoạn muộn[1]. Bên cạnh phẫu thuật thì ghép gan là phương pháp điều trị giải quyết được cả ung thư gan và bệnh lý nền gan xơ, tuy nhiên tỉ lệ bệnh nhân ghép gan hiện nay ở Việt Nam còn rất thấp do nguồn tạng ghép ít và chi phí điều trị cao. Chính vì vậy hiện nay ĐSCT được coi là một trong những phương pháp điều trị UTBMTBG cơ bản được nhiều trung tâm trên thế giới áp dụng do các ưu điểm: kết quả điều trị tương đối tốt, tỉ lệ tai biến thấp, giá thành hợp lý và có thể phát triển ra nhiều cơ sở y tế.

Tuy nhiên qua các y văn, tỉ lệ tái phát tại chỗ và xuất hiện các nốt mới cùng phân thù đối với UTBMTBG bằng đốt sóng cao tần còn cao (theo nghiên cứu của Yan.K và cộng sự tỉ lệ này lần lượt là 10.5% và 16.9%[2]).

Ngày nay CHT đang cho thấy các ưu thế so với CLVT trong đánh giá hiệu quả sau điều trị, đặc biệt với các phương pháp điều trị tại chỗ. Ưu điểm của CHT là không có bức xạ, độ tương phản và phân giải cao, cho phép đánh giá đặc điểm hình thái, kích thước tối ưu và độ chính xác cao hơn CLVT trong phát hiện tổn thương tồn dư hay tái phát. Một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra ưu thế của chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử ngay sau đốt cho phép phân biệt khối u và diện hoại tử quanh u, từ đó tiên lượng nguy cơ tái phát, tận dụng tối đa phương tiện chẩn đoán và giảm chi phí cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh K Tân Triều từ 8/2022 đến 6/2023.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 71 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị đốt sóng cao tần và đánh giá bằng cộng hưởng từ sử dụng chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử tại bệnh viện K Tân Triều, trong thời gian từ tháng 8/2022 – 6/2023.

a. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG và điều trị bằng phương pháp đốt sóng cao tần. Sau đó được kiểm tra lại bằng CHT thời điểm trong vòng 24h đầu sau đốt và ít nhất có thêm một lần đánh giá bằng CLVT hoặc CHT thời điểm trong vòng 01 tháng sau đốt, được theo dõi trong vòng 3 tháng sau đốt.

b. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không được chụp cộng hưởng từ sau đốt trong 24 giờ đầu tiên.
- Bệnh nhân không đầy đủ thông tin lâm sàng, cận lâm sàng liên quan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Chọn mẫu áp dụng theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.2.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

a. Biến số chung. Tuổi (Tính theo năm dương lịch).

Giới: nam và nữ

Mắc viêm gan B, viêm gan C,

Nồng độ AFP tại các thời điểm trước điều trị, sau 1 tháng, sau 3 tháng.

b. Biến số đặc điểm của khối u

Kích thước u, số lượng u, vị trí u đặc biệt

c. Biến số đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị

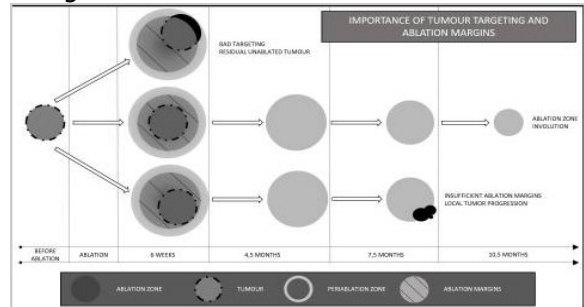
Phương pháp điều trị, loại kim sử dụng, Đặc điểm u sau 24h, 1 tháng, 3 tháng.

2.2.4. Quản lý thông tin, phân tích và xử lý số liệu

- Các số liệu nghiên cứu được ghi nhận vào trong phiếu nghiên cứu mẫu.

- Phân tích hình ảnh: Hình ảnh tổn thương trên chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử, sau đốt trong 24h giờ đầu tiên được phân tích bao gồm kích thước u sau đốt gồm vùng u hoại tử và diện hoại tử quanh u, diện hoại tử quanh u. Hình ảnh tổn thương sau đốt 1-3 tháng được phân tích bao gồm kích thước toàn bộ vùng đốt, có hay không tổn thương tồn dư/tái

phát trên phim chụp, có biến chứng sau đốt hay không.



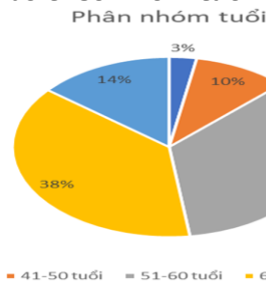
Hình ảnh tổn thương trên phim chụp T1 không tiêm thuốc đối quang tử trong vòng 24h sau đốt

- Xử lý số liệu và các test thống kê dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

2.2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Tất cả những thông tin riêng về bệnh tật của bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án hoàn toàn được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố theo nhóm tuổi



Biểu đồ 3.1. Bảng phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc cao nhất trong nhóm tuổi từ 61-70 tuổi chiếm 38%, nhóm tuổi 51-60 tuổi chiếm 35%.

Tỷ lệ nhiễm viêm gan virus B, C

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm viêm gan virus B, C

Nguyên nhân	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm gan B	69	97,2
Viêm gan C	21	29,6

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân có nhiễm virus viêm gan B chiếm 97,2%; tỉ lệ nhiễm virus viêm gan C chiếm 29,6%.

Đặc điểm chung các khối u điều trị

Vị trí đặc biệt

Bảng 3.3. Vị trí đặc biệt của tổn thương

Vị trí đặc biệt	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gần bao gan	23	32.4
Gần túi mật, đường mật lớn	8	11.3

Gần mạch máu lớn	1	1.4
Gần cấu trúc ống tiêu hóa	7	9.9
Đỉnh gan	8	11.3
Không nằm ở vị trí đặc biệt	24	33.8

Nhận xét: Tỷ lệ khối u không ở vị trí đặc biệt chiếm 33,8%; tỉ lệ bệnh nhân có u gần bao gan chiếm 32,4%.

Phương pháp điều trị và loại kim sử dụng

Bảng 3.5. Phương pháp điều trị và loại kim sử dụng

Đặc điểm		Số tổn thương (n)	Tỷ lệ (%)
Kỹ thuật	Đốt đơn thuần	23	32,4
	Đốt sau nút mạch	26	36,6
	Bơm dịch ổ bụng	18	25,4
	Bơm dịch màng phổi	1	1,4
	Không hỗ trợ trong quá trình RFA	3	4,2
Loại kim sử dụng	Kim đơn	69	97,2
	Kim chùm	2	2,8

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được đốt sau nút mạch chiếm 36,6%; tỉ lệ bệnh nhân được đốt đơn thuần chiếm 32,4%. Trong quá trình RFA đa số sử dụng kim đơn chiếm 97,2% và được hỗ trợ bơm dịch ổ bụng.

Đặc điểm tổn thương đánh giá sau đốt sóng cao tần

Nồng độ AFP sau điều trị ĐSCT

Nồng độ AFP (ng/ml)	Trung bình (nhỏ nhất-lớn nhất)	p
Trước điều trị ¹	252,35 (2,2-10678)	
1 tháng ²	193,03 (3,25 -10000)	p ¹⁻² :0,001
3 tháng ³	191,54 (2,15-9872)	p ¹⁻³ :0,007

Nhận xét: Nồng độ AFP có xu hướng giảm sau điều trị tại cả 2 thời điểm 1 tháng và 3 tháng.

Kích thước khối u sau điều trị

Kích thước	Trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)	P
Trước điều trị ¹	20,54 (10,0-36,0)	
24 giờ đầu ²	33,83 (2,0-62,0)	p ¹⁻² : <0,001
1 tháng ³	34,41 (20,0-61,0)	p ²⁻³ : 0,487
3 tháng ⁴	33,86 (19,0-61,0)	p ²⁻⁴ : 0,977

Nhận xét: Sau khi đốt 24 giờ tổn thương tăng kích thước so với trước điều trị do can thiệp đốt cả vùng xung quanh u. Sau đốt 1 tháng và 3 tháng kích thước u ổn định so với sau đốt 24h giờ.

Đặc điểm CHT trong 24 giờ sau đốt

Chuỗi xung	Diện hoại tử quanh u >5mm	Diện hoại tử quanh u 3- 5mm	Diện hoại tử không bao phủ hết u
T1W fat sat	30 (42,3)	24 (33,8)	17 (23,9)

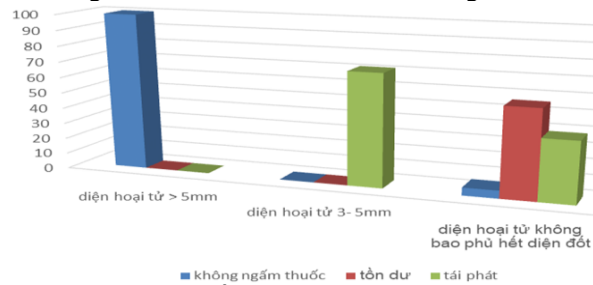
Nhận xét: Đa số diện hoại tử quanh u > 5mm sau 24h chiếm 42,3%.

Dạng ngấm thuốc tổn thương sau 1 -3 tháng ĐSCT

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngấm thuốc quanh tổn thương	Dạng vòng đều liên tục	3	4,2
	Dạng vòng không liên tục, không đều	7	9,9
	Ngấm dạng nốt	6	8,5
	Không ngấm	52	73,2
Xuất hiện nốt mới		3	4,2
Ranh giới	Rõ	37	52,1
	Không rõ	34	47,9

Nhận xét: Sau 1 tháng ĐSCT đa số tổn thương không ngấm thuốc chiếm 73,2%; có 4,2% bệnh nhân có tổn thương mới. Đa số tổn thương có ranh giới rõ sau 1 tháng chiếm 52,1%.

Tương quan diện hoại tử sau đốt trong 24h trên chuỗi xung T1 xóa mỡ không tương với đặc điểm ngấm thuốc sau ĐSCT 1 – 3 tháng.



Nhận xét: Tổn thương diện hoại tử quanh u >5mm thì được coi như là điều trị triệt căn và không thấy ngấm thuốc sau tiêm trên phim chụp, tổn thương diện hoại tử 3-5mm nguy cơ tái phát sớm, tổn thương không bao phủ hết coi như điều trị chưa triệt căn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 71 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị đốt sóng cao tần và đánh giá bằng cộng hưởng từ sử dụng chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử tại bệnh viện K Tân Triều, trong thời gian từ tháng 8/2022 – 6/2023.

Tuổi. Ung thư gan nguyên phát trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) chiếm 75-85%, là một trong các bệnh lí ác tính thường gặp trên thế giới. Hơn 70% BN tập trung tại các nước châu Á, sau đó là đến khu vực châu Phi và châu Âu¹. Viêm gan virút B là yếu tố căn nguyên chính ở khu vực này (trừ Nhật Bản)⁶. Theo dữ liệu GLOBOCAN, tại Việt Nam UTBMTBG đứng đầu về số lượng ca mắc mới trong các bệnh lí ác tính. Và đồng thời nó cũng là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong tỉ lệ tử vong do ung thư, chiếm 20.6%. Có

thể giải thích tỉ lệ mắc ung thư gan ở nước ta cao là do tỉ lệ mắc HBV cao. Theo WHO, tỉ lệ lưu hành kháng nguyên bề mặt vi-rút viêm gan B (HBsAg) ở Việt Nam từ 8% trở lên, một số nghiên cứu đã chỉ ra tỉ lệ lưu hành khoảng 8,8 – 19%[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân mắc cao nhất trong nhóm tuổi từ 61-70 tuổi chiếm 38%, nhóm tuổi 51-60 tuổi chiếm 35% phù hợp với dịch tễ tại Việt Nam.

Các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của UTBMTBG. Các yếu tố nguy cơ chính của UTBMTBG là do nhiễm vi-rút viêm gan B (HBV), vi-rút viêm gan C (HCV), rượu và tiếp đến là bệnh lí gan thoái hóa mỡ không do rượu (Non alcoholic fatty liver disease – NAFLD). Các yếu tố nguy cơ khác ít gặp hơn bao gồm aflatoxin, gan nhiễm sắt, thiếu hụt anpha-antitrypsin, viêm gan tự miễn, bệnh Wilson. Hầu hết các yếu tố nguy cơ sẽ dẫn đến sự hình thành và tiến triển của xơ gan, đây chính là bệnh lí nền trong phần lớn các trường hợp ung thư gan (80-90%). Yếu tố nguy cơ cộng gộp tiến triển thành ung thư gan sau 5 năm ở BN xơ gan dao động từ 5-30%, phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh (nguy cơ cao nhất ở BN nhiễm HCV), khu vực, chủng tộc (17% ở Hoa Kỳ, 30% ở Nhật Bản) và giai đoạn xơ gan (nguy cơ cao nhất ở nhóm BN xơ gan mất bù)[4],[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các bệnh nhân có nhiễm virus viêm gan B chiếm 97,2%; tỉ lệ nhiễm virus viêm gan C chiếm 29,6%.

Đặc điểm khối u và nồng độ AFP trước điều trị. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế đã đưa ra vào tháng 07/2020[1]. Chẩn đoán xác định UTBMTBG khi tổn thương ở gan thỏa mãn một trong ba tiêu chuẩn sau:

- Hình ảnh điển hình của UTBMTBG trên CT scan bụng có cản quang hoặc CHT bụng có tương phản từ + AFP \geq 400 ng/ml.

- Hình ảnh điển hình của UTBMTBG trên CT scan bụng có cản quang hoặc CHT bụng có tương phản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (nhưng chưa đến 400 ng/ml) + có nhiễm HBV và/hoặc HCV. Có thể làm sinh thiết gan để chẩn đoán xác định nếu bác sĩ lâm sàng thấy cần thiết.

- Trường hợp không đủ các tiêu chuẩn nói trên đều phải làm sinh thiết khối u gan để chẩn đoán xác định; có bằng chứng giải phẫu bệnh lí là UTBMTBG. Nếu sinh thiết lại vẫn âm tính thì có thể theo dõi và làm lại các xét nghiệm hình ảnh học và chỉ dấu sinh học mỗi 2 tháng.

Hình ảnh điển hình CTVT bụng có cản quang hoặc CHT bụng có tương phản từ: (các) khối u bắt thuốc trên thì động mạch gan và thải thuốc (wash-out) trên thì tĩnh mạch cửa hay thì chậm⁹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân có AFP < 20 ng/ml chiếm 46,5%; tỉ lệ bệnh nhân có AFP 20 – 199 ng/ml chiếm 38%. Nồng độ AFP có xu hướng giảm sau điều trị tại cả 2 thời điểm 1 tháng và 3 tháng.

Kĩ thuật đốt sóng cao tần

Thay đổi mô bệnh học khối u sau đốt sóng cao tần. Đốt u bằng sóng cao tần là làm tăng nhiệt độ của mô u đến một ngưỡng nhất định, gây ra sự hoại tử đồng của mô.

Vùng ĐSCT của khối u sau điều trị là một vùng không ngấm thuốc trên CLVT hoặc CHT có tiêm thuốc tương phản. Thường là một vùng hình tròn hoặc oval với trung tâm là vị trí của kim đốt trước đó. Thời điểm theo dõi ngay sau đốt, hầu hết các trường hợp cho thấy ngoại vi quanh diện đốt có tình trạng tăng tưới máu thoáng qua, thường được nhận diện là một viền mỏng ngấm thuốc. Sự tăng tưới máu thoáng qua này thường giảm và biến mất sau đốt khoảng 1 tháng. Do đó một tổn thương tồn dư nhỏ có thể bị che lấp bởi viền rối loạn tưới máu này, nên việc đánh giá hiệu quả của ĐSCT nên được tiến hành sau đốt 1 tháng thay vì tiến hành đánh giá ngay sau đốt.

Đa số bệnh nhân được đốt sau nút mạch chiếm 36,6%; tỉ lệ bệnh nhân được đốt đơn thuần chiếm 32,4%. Trong quá trình RFA đa số sử dụng kim đơn chiếm 97,2%.

Hình ảnh khối u sau điều trị trong 24 giờ trên CHT.

Phim chụp CHT sau đốt trong 24 giờ giúp đánh giá vùng hoại tử bao quanh tổ chức u đã được đốt sóng cao tần. Theo dõi liên tục sự biến đổi của vùng hoại tử sau đốt trên các hình ảnh chụp CLVT/ CHT là phương pháp có giá trị nhất trong đánh giá hiệu quả điều trị của ĐSCT. Thường sẽ mất 1 tháng để tổ chức viêm lành tính quanh diện đốt hồi phục ở hầu hết các BN do vậy phim chụp CLVT/CHT theo dõi sau 1 tháng là cần thiết để phát hiện tiến triển tại khối u. Sau đó, chỉ định chụp CLVT/CHT 3 tháng/lần trong vòng 1 năm và sau đó là 6 tháng/lần. Theo dõi trên phim chụp CLVT/CHT có tiêm thuốc giúp đánh giá tái phát tại chỗ, có thể do điều trị chưa hết hoặc xuất hiện khối mới ngay tại vị trí cũ.

Để hạn chế các vi di căn lân cận, nên diện đốt thường rộng ra ngoài rìa khối u 0,5-1cm; do đó trên phim chụp CHT ngay sau đốt trong 24 giờ cho thấy vùng đốt có đường kính lớn hơn khối u nguyên phát.

Khi các phát hiện trên CHT thời gian ngắn ngay sau đốt trong 24 giờ có thể tiên lượng và đánh giá hiệu quả của việc đốt sóng thông qua diện hoại tử bao quanh khối u. Và việc theo dõi tiếp 01 tháng sau đó có thể khẳng định việc tồn

dư hay tái phát sớm của khối u. Theo dõi 3- tháng đánh giá tái phát sớm của tổn thương. Trên CHT, hình ảnh phim chụp CHT với chuỗi xung T1fatsat, hình ảnh khối u là vùng giảm tín hiệu được bao quanh bởi vùng hoại tử là viền tăng tín hiệu. Nghiên cứu của Koda và cộng sự năm 2013 trong đánh giá diện đốt UTBMTBG sau đốt sóng cao tần bằng CHT không tiêm thuốc đối quang trên 25 tổn thương. Tác giả đã tiến hành CHT ở các thời điểm khác nhau trong 24 giờ đầu thì thấy rằng để quan sát được khối u và bờ diện đốt tốt nhất là trong 7 giờ đầu. Có 86% các khối u trong số các tổn thương có tín hiệu thấp trên CHT trước điều trị thì sau điều trị biểu hiện hình ảnh tín hiệu thấp với diện đốt xung quanh tín hiệu cao; 67% trong các tổn thương có tín hiệu cao trên phim chụp trước điều trị cũng phân biệt được ranh giới tổn thương và diện đốt. Sự phân biệt này thì khó quan sát được ở các tổn thương đồng tín hiệu trên phim trước điều trị [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi đốt 24 giờ tổn thương tăng kích thước so với trước điều trị do can thiệp đốt cả vùng xung quanh u. Đa số diện hoại tử quanh u > 5mm sau 24h chiếm 42,3%.

Đánh giá đáp ứng điều trị sau ĐSCT.

Trong ĐSCT, kích thước vùng hoại tử phải lớn hơn kích thước khối u, bờ vùng đốt cách rìa khối u 0,5-1 cm. Điều này gây khó khăn trong việc đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp nếu sử dụng hướng dẫn của WHO và RECIST do hai bảng điểm này chỉ đánh giá thay đổi về kích thước của khối u mà không đánh giá vùng hoại tử. Vào năm 2005, AASLD lần đầu đưa ra sửa đổi chính thức về tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng khối u đặc dựa trên các tiêu chí của RECIST (mRECIST), việc theo dõi đáp ứng sẽ căn cứ vào vùng mô u còn ngấm thuốc để đánh giá là còn mô u và vùng không ngấm thuốc phản ánh sự hoại tử của mô³⁸. Theo đó cụ thể có 4 mức độ đáp ứng với điều trị khi đánh giá tổng thể các tổn thương đích như sau:

- Đáp ứng hoàn toàn (complete response – CR): không còn hình ảnh ngấm thuốc thì động mạch trong bất kì khối u nào.
- Đáp ứng một phần (partial response – PR): giảm ít nhất 30% tổng kích thước tổn thương đích (vùng ngấm thuốc thì động mạch).
- Bệnh giai đoạn tiến triển (progressive disease – PD): tăng ít nhất 20% kích thước tổn thương đích (vùng ngấm thuốc thì động mạch).
- Bệnh giai đoạn ổn định (stable disease – SD): giữa giai đoạn đáp ứng một phần và giai đoạn tiến triển.

Sau khi đốt 24 giờ tổn thương tăng kích thước so với trước điều trị do can thiệp đốt cả vùng xung quanh u; tuy nhiên sau đốt 1 tháng và 3 tháng kích thước u ổn định so với sau đốt 24h giờ.

Dromain và cộng sự nghiên cứu 50 khối u gan (9 HCC và 41 khối u di căn) điều trị bằng RFA theo dõi hình ảnh sau điều trị bằng CT và MRI. Sau 2 tháng MRI chỉ ra hầu hết các tổn thương tái phát tại chỗ 8/9 (độ nhạy 89%) hơn CT chỉ phát hiện 4/9 (độ nhạy 44%) (p = 0.12, khác biệt không có ý nghĩa thống kê). Trong đó có 2 ca chỉ được phát hiện sớm bằng hình ảnh tăng tín hiệu trên T2W. Có 9 tổn thương tái phát tại chỗ, trong đó được xác nhận lại với sinh thiết dưới hướng dẫn hình ảnh ở 4 trường hợp và qua theo dõi bằng hình ảnh ở 5 trường hợp. Qua nghiên cứu cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương, giá trị dự báo âm lần lượt của MRI là 89%, 100%, 100%, 97.5% và của CLVT là 44%, 100%, 100%, 89%[3].

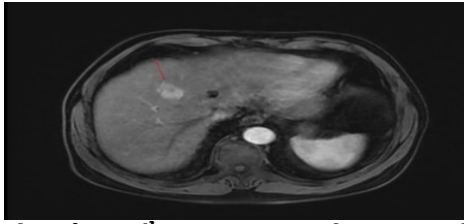
Mikami và cộng sự năm 2012 nghiên cứu 113 BN được chẩn đoán UTBMTBG tái phát sau RFA, được theo dõi bằng CLVT. Kết quả nhận thấy 17,5% bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào gan tái phát cục bộ với kiểu ngấm thuốc điển hình (ngấm thuốc thì động mạch và thải thuốc thì tĩnh mạch cửa/thì muện), trong khi 40,6% có ngấm thuốc động mạch mà không rửa trôi trong pha tĩnh mạch cửa và 11,9% cho thấy rửa trôi trong pha tĩnh mạch cửa mà không có tăng ngấm thuốc thông động mạch. Kích thước khối u tái phát có đường kính nhỏ hơn 2 cm ở 98 trường hợp (86,7%), 104 bệnh nhân được thực hiện đốt sóng cao tần sau khi được chẩn đoán tái phát. Tỷ lệ sống thêm 5 năm sau khi tái phát là 49,8%. Như vậy nếu chỉ dựa trên các đặc điểm về hình thái ngấm thuốc điển hình để đánh giá tổn thương tái phát tại chỗ là không hiệu quả và có thể dẫn đến bỏ sót tổn thương[8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 1 tháng ĐSCT đa số tổn thương không ngấm thuốc chiếm 73,2%; có 4,2% bệnh nhân có tổn thương mới.

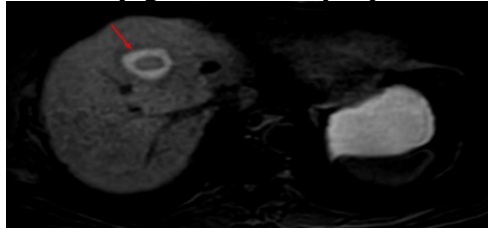
V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hỗ trợ các bác sĩ trong ứng dụng chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử sau điều trị ung thư gan bằng phương pháp đốt sóng cao tần trong vòng 24h để đánh giá diện đốt u sau can thiệp, đánh giá sớm hiệu quả can thiệp để có hướng điều trị hoặc theo dõi tiếp.

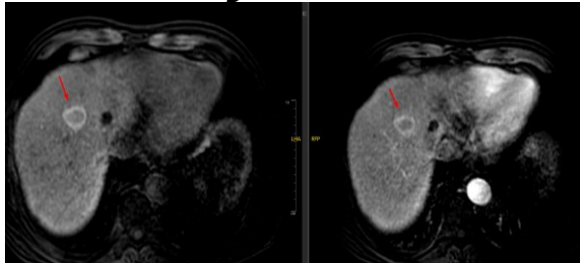
Bệnh nhân nam 58 tuổi, được chẩn đoán UTBMTBG và điều trị bằng ĐSCT



Hình ảnh tổn thương trước can thiệp (ngâm thuốc mạnh)



Hình ảnh tổn thương sau can thiệp trên T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang từ trong 24h đầu tiên



Hình ảnh tổn thương không ngâm thuốc sau đốt 3 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Ngọc Khuê** (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", Bộ Y tế, pp. 1-36.
2. **Chen M. H., Yang W., and Yan K. et al.** (2008), "Radiofrequency ablation of problematically located hepatocellular carcinoma: Tailored approach", *Abdom. Imaging.*(33), pp. 428 – 436.
3. **Clarisse Dromain, Thierry de Baere, and Dominique Elias** (2002), "Hepatic Tumors Treated with Percutaneous Radio-frequency Ablation: CT and MR Imaging Follow-up", *Radiology.* 233, pp. 255-264.
4. **Forner A, Reig M, and Bruix J.** (2018), "Hepatocellular carcinoma", *The Lancet.*, p. 391.
5. **Hyuna Sung** (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *CA Cancer J Clin.*, pp. 1-15.
6. **International Agency for Research on Cancer (IARC)** (2020), "Global Cancer Observatory—Vietnam Population fact sheets".
7. **Masahiko Koda, Shiho Tokunaga, and Kennichi Miyoshi** (2013), "Ablative margin states by magnetic resonance imaging with ferucarbotran in radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma can predict local tumor progression", *J Gastroenterol.*, pp. 1283-1292.
8. **Shintaro Mikami, Shuichiro Shiina, and Masaaki Akahane** (2012), "Computed Tomography Follow-up for the Detection of Hepatocellular Carcinoma Recurrence after Initial Radiofrequency Ablation: A Single-center Experience", *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, pp. 1269-1275.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, PHỔ ĐỘT BIẾN GEN VÀ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU Ở TRẺ BỆNH CẦU THẬN NGUYÊN PHÁT LIÊN QUAN ĐỘT BIẾN GEN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trương Ngọc Chơ¹, Nguyễn Đức Quang¹, Lê Phạm Thu Hà²

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh lý cầu thận trẻ em có biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong đó thường gặp nhất là hội chứng thận hư (HCTH) và tiểu protein kéo dài. Hơn 50 gen đã được xác định có liên quan đến HCTH kháng steroid (KS) và nhóm trẻ tiểu protein kéo dài với các yếu tố nghi ngờ. Tại Việt Nam chỉ có vài báo cáo về từng gen riêng lẻ, chưa tìm thấy báo cáo nào về phổ

đột biến gen (ĐBG) ở trẻ với biểu hiện HCTH và tiểu protein kéo dài nghi ngờ liên quan đến ĐBG. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 42 trường hợp HCTH và tiểu protein kéo dài nghi ngờ liên quan đột biến gen tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2018 đến 04/2021. Các trường hợp HCTH và tiểu protein kéo dài nghi ngờ liên quan ĐBG gồm: HCTH (1) khởi bệnh < 12 tháng tuổi, (2) có tiền căn gia đình bệnh thận, (3) có cha mẹ đồng huyết thống, (4) có triệu chứng ngoài thận, (5) kháng steroid sớm; và tiểu protein kéo dài có (1) giải phẫu bệnh thận là xơ hóa cầu thận cục bộ từng phần (XHCTCBTP), hoặc (2) tiền căn gia đình bệnh thận. Xét nghiệm gen được thực hiện ở Công ty Cổ Phần Giải Pháp Gene (Gene Solutions) tại thành phố Hồ Chí Minh dựa trên bảng gen gồm 37 gen. Kết quả đột biến được phân loại theo Hiệp hội Di truyền Y học Hoa Kỳ (ACMG). **Kết quả:** 42 trẻ gồm 1 trẻ HCTH bẩm sinh (2,4%), 3 trẻ HCTH nữ nhi (7,1%), 31 trẻ

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Ngọc Chơ

Email: ngocchoitruong160895@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023