

đài bể thận-vị trí nhu mô thận dày mỏng để chủ động chọn vị trí chọc kim và tạo đường hầm bằng nong Amplatz thuận lợi nhất cho quá trình tán sỏi), nên chọn đường hầm chếch ra mặt sau của thận, vào chỗ nhu mô mỏng, chủ động chọc nhiều đường hầm khi sỏi phức tạp tránh các động tác khó làm rách nhu mô, đài thận. Với các sỏi đài đơn độc, nên chọc thẳng sỏi, tạo đường hầm ngắn nhất tới vị trí sỏi.

Quy trình xử trí đái máu số lượng lớn sau mini-PCNL: Sau tán sỏi đường hầm nhỏ, BN xuất hiện đái máu đỏ tươi toàn bãi thường sau 10-14 ngày, BN được chỉ định chụp cắt lớp vi tính hoặc can thiệp qua da dựng hình toàn bộ mạch máu trong và ngoài thận (DSA), xác định điểm tổn thương cụ thể, một hay nhiều điểm, vị trí tổn thương. BN được chỉ định nút mạch chọn lọc khi lâm sàng đái máu rõ và ổ giả phình mạch máu kích thước lớn trên 5mm, các tổn thương nhỏ hơn có thể tiếp tục điều trị nội khoa, triệu chứng đái máu thường mất đi sau 2 tuần [4]. Phương pháp nút mạch chọn lọc: Luồn catheter qua động mạch đùi tiếp cận tổn thương để bơm keo Butyl Cyanoacrylate gây thuyên tắc nhánh mạch tổn thương trên màn tầng sáng. Đây là kỹ thuật hiện đại, tỉ lệ thành công cao dao động từ 80-100% chấm dứt nhanh chóng quá trình chảy máu và giảm thiểu tối đa sang chấn tới nhu mô thận (thường dưới 10%) [5], giúp người bệnh tránh được phải cắt thận bán phần, thậm chí là cắt thận. Sau can thiệp, 12 BN của chúng tôi được yêu cầu nằm, hạn chế vận động trong 6 giờ, theo dõi huyết động 2h/lần, và theo dõi nước tiểu qua ống thông. 3 BN có chỉ định bơm rửa bàng quang do máu cục, tất cả BN chỉ cần can

thIỆP mạch một lần duy nhất, triệu chứng đái máu cải thiện rõ rệt, bệnh nhân ổn định, ra viện sau 3 ngày can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Mini-PCNL là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị sỏi thận với nguy cơ tổn thương mạch máu thấp, dưới 1%. Phương pháp điều trị nút mạch chọn lọc bằng can thiệp qua da là lựa chọn hàng đầu, cải thiện tình trạng đái máu nhanh, hiệu quả cao, giúp bảo tồn chức năng thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nagele U, Schilling D, Anastasiadis AG, Walcher U, Sievert KD, Merseburger AS, Kuczyk M, Stenzl A. Minimally invasive percutaneous nephrolitholapaxy (MIP). 2008;Urologe A, 47(9): 1066, 1068 - 1073.
2. Knoll T, Wezel F, Michel MS, Honeck P, Wendt-Nordahl G. Do patients benefit from miniaturized tubeless percutaneous nephrolithotomy? A comparative prospective study. J Endourol. 2010;24 (6):1075 - 1079.
3. Kervancioglu S, Gelebek Yilmaz F, Erturhan S. Endovascular management of vascular complications after percutaneous nephrolithotomy. Vasa. 2014 Nov;43(6):459-64.
4. Du N, Ma JQ, Luo JJ, Liu QX, Zhang ZH, Yang MJ, Yu TZ, Tao Y, Liu R, Zhang W, Yan ZP. The Efficacy and Safety of Transcatheter Arterial Embolization to Treat Renal Hemorrhage after Percutaneous Nephrolithotomy. Biomed Res Int. 2019 Apr 22;2019:6265183.
5. Venkateswarlu J, Kumar MS, Babu RP, Abkari A. Endovascular management of iatrogenic renal vascular injuries complicating percutaneous nephrolithotomy: Role of renal angiography and embolization; an analysis of 159 cases. Indian J Radiol Imaging. 2017 Jul-Sep;27(3):293-297.

XÁC NHẬN GIÁ TRỊ CỦA PHÂN LOẠI PIRADS PHIÊN BẢN 2.1 ĐỂ PHÁT HIỆN UNG THƯ VÙNG CHUYỂN TIẾP TUYẾN TIỀN LIỆT

Hoàng Đình Âu¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Nhằm xác nhận mối liên quan giữa điểm của hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh tuyến tiền liệt (PI-RADS) phiên bản 2.1 với ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt (TTL) trong một nhóm bệnh

nhân được tiến hành sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng cộng có 67 tổn thương vùng chuyển tiếp TTL của 67 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu hồi cứu từ cơ sở dữ liệu các bệnh nhân được chụp CHT tuyến tiền liệt trong thời gian liên tục từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022. Các tổn thương vùng chuyển tiếp TTL được phân loại theo PI-RADS phiên bản 2.1 với sự đồng thuận của 2 người đọc độc lập và mù với kết quả mô bệnh học. Tỷ lệ phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp TTL với mỗi loại PI-RADS phiên bản 2.1 được xác nhận. Sau đó đánh giá hiệu suất của PI-RADS phiên bản 2.1 trong việc phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp TTL. **Kết quả:** Phân loại PI-

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023

RADS phiên bản 2.1 trên 67 tổn thương vùng chuyển tiếp thấy số lượng tổn thương PI-RADS loại 2, 3, 4, 5 lần lượt là 2, 27, 13 và 25. Kết quả sinh thiết các tổn thương này cho thấy có 32 ung thư, chiếm 47.8% và 35 tổn thương không phải ung thư, chiếm 52.2%. Đối với tổn thương PI-RADS loại 2, tỷ lệ ung thư vùng chuyển tiếp TTL là 0% (0/2). Đối với tổn thương PI-RADS loại 3, 4 và 5, tỷ lệ này lần lượt là 11% (3/27), 46.2% (6/13) và 92% (23/25). Điểm số PI-RADS phiên bản 2.1 cao hơn có liên quan đến việc tăng khả năng xuất hiện ung thư vùng chuyển tiếp TTL. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa PI-RADS loại 4 thực sự (có 10 tổn thương) và tổn thương PI-RADS loại 3 được nâng bậc lên PI-RADS loại 4 dựa trên chuỗi xung khuếch tán (có 3 tổn thương). Tất cả các tổn thương PI-RADS loại 4 thực sự đều là ung thư và tất cả các tổn thương PI-RADS 3+1 đều không phải ung thư ($p < 0.001$). **Kết luận:** Điểm số PI-RADS phiên bản 2.1 cao hơn có liên quan đến tỷ lệ ung thư vùng chuyển tiếp TTL cao hơn. Các tổn thương PI-RADS loại 2 hiếm khi có ung thư TTL và không nên sinh thiết đích loại tổn thương này, trong khi đó hầu hết các tổn thương PI-RADS loại 5 là ung thư.

Từ khóa: Phân loại PI-RADS phiên bản 2.1, ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt, PI-RADS 3+1.

SUMMARY

VALIDATION OF PIRADS VERSION 2.1 FOR PROSTATE TRANSITION ZONE CANCER DETECTION

Purpose: To confirm the association between prostate imaging data and reporting system (PI-RADS) version 2.1 score and prostate transition zone cancer in a group of patients undergoing transrectal ultrasound guided biopsy. **Material and methods:** A total of 67 transition zone lesions of 67 patients were included in the retrospective study from the database of patients undergoing prostate MRI during the continuous period from February 2019 to May 2022. Prostate transition zone lesions were graded according to PI-RADS version 2.1 with consensus of 2 independent readers who were blinded to histopathological and clinical findings. Prostate transition zone cancer detection rates for each category of PI-RADS version 2.1 lesion were evaluated. Then evaluate the performance of PI-RADS version 2.1 in detecting prostate transition zone cancer. **Results:** The PI-RADS version 2.1 classified 67 lesions of transition zone and found the number of PI-RADS category 2, 3, 4, 5 lesions were 2, 27, 13 and 25, respectively. Biopsy results of these nodules showed that there were 32 cancer nodules, accounting for 47.8% and 35 non-cancer lesions, accounting for 52.2%. Among 67 lesion undergoing biopsy, for PI-RADS category 2 lesions, the ratio of transition zone cancer was 0% (0/2). For PI-RADS category 3, 4, and 5 lesions, the overall cancer rates were 11% (3/27), 46.2% (6/13) and 92% (23/25), respectively. A higher PI-RADS version 2.1 score was associated with an increased likelihood of transition zone cancer ($p < 0.001$). There was a statistically significant difference between true PI-RADS category 4 and PI-RADS category 3 lesions upgraded to category 4 based on

the diffusion weighted imaging (all PI-RADS category 4 lesions were cancers and all PI-RADS category 3+1 lesions were non cancers, $p < 0.001$). **Conclusion:** Higher PI-RADS version 2.1 scores were associated with higher rates of cancers in the transition zone. PI-RADS category 2 lesions rarely associated with cancer and this lesion should not be targeted biopsies, whereas most PI-RADS category 5 lesions were cancerous. **Keywords:** PI-RADS classification version 2, prostate transition zone cancer, PIRADS 3+1

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) đa tham số của tuyến tiền liệt (TTL) đã trở thành phương tiện hình ảnh có giá trị trong việc phát hiện, phân giai đoạn và giám sát tích cực ung thư TTL¹⁻⁴. Các chỉ định chính chụp CHT bao gồm đánh giá bệnh nhân nghi ngờ mắc ung thư TTL trên lâm sàng (mức độ kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt tăng cao, phát hiện bất thường khi thăm khám trực tràng hoặc cả hai) và những người âm tính khi sinh thiết hệ thống nhưng vẫn nghi ngờ có ung thư TTL⁵. Hình ảnh CHT có độ nhạy cao trong việc định vị và phân loại ung thư, do đó cung cấp thông tin hướng dẫn quản lý lâm sàng, đánh giá tiên lượng bệnh và tạo điều kiện thuận lợi cho sinh thiết đích được thực hiện một cách chính xác.

Hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh tuyến tiền liệt (PI-RADS) phiên bản 2.1 gần đây đã được giới thiệu để cải thiện tiêu chuẩn hóa việc thu thập, giải thích và báo cáo hình ảnh CHT TTL, với các nghiên cứu ban đầu xác nhận giá trị việc tính điểm của hệ thống này để chẩn đoán ung thư TTL⁶⁻⁹. Nó trình bày chi tiết các tiêu chí hình thái cụ thể khi đánh giá trên từng chuỗi xung riêng lẻ và đề xuất các chuỗi xung ưu tiên dựa trên giải phẫu vùng. Tuy nhiên, việc xác định các tổn thương vùng chuyển tiếp (TZ) vẫn là một thách thức, do sự tăng sản tuyến tiền liệt lành tính tạo nên tính không đồng nhất của vùng dễ nhầm lẫn với các tổn thương ác tính.

Dữ liệu thực nghiệm và các nghiên cứu kiểm chứng về PI-RADS phiên bản 2.1 còn ít, đặc biệt đối với các tổn thương vùng chuyển tiếp do số lượng ung thư ở vùng này chỉ chiếm khoảng 30% tổng số các ung thư TTL. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích xác định mối liên quan của các loại tổn thương trên phân loại PI-RADS phiên bản 2.1 với ung thư vùng chuyển tiếp TTL trong một nhóm bệnh nhân có chụp CHT và sinh thiết TTL dưới hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả

trên 67 bệnh nhân nam đến khám tại Bệnh viện Đại Học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến 5/2022, được chụp CHT TTL và phân loại các nhân vùng chuyển tiếp theo PI-RADS phiên bản 2.1, được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng và đối chiếu với kết quả mô bệnh học. Tất cả các tổn thương vùng chuyển tiếp đều được lựa chọn vào nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm các bệnh nhân đã được điều trị ung thư TTL, không có tổn thương vùng

chuyển tiếp trên CHT, chất lượng hình ảnh CHT kém không đánh giá được tổn thương.

Quy trình chụp CHT tuyến tiền liệt. CHT TTL được thực hiện trên máy CHT Essenza 1.5 Tesla (Siemens Healthineer), bộ thu nhận tín hiệu (coil) bụng theo các chuỗi xung T2W độ phân giải cao theo 3 hướng axial, coronal và sagittal, DWI với b50 và b14000 kèm dựng bản đồ ADC, chuỗi xung 3D T1GRE có tiêm đối quang từ động (DCE).

Bảng 1: Thông số chụp CHT đa tham số TTL

	Chuỗi xung T2W	Chuỗi xung DWI*	Chuỗi xung DCE**
Trường chụp (mm)	200x200	280x280	260x260
Ma trận chụp	256x192	112x112	192x168
Thời gian lặp lại (ms)	4530	5000	4.54
Thời gian thu nhận (ms)	77	86	1.74
Góc chụp (°)	138	90	12
Bề dày lớp cắt (mm)	3	4	4
Chiều dài thang echo	15	44	1
Ma trận tái tạo	256x256	112x112	210x192

Ghi chú:

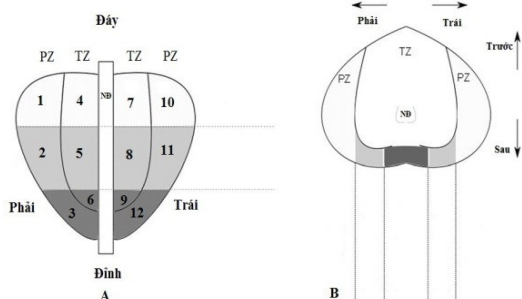
*Chuỗi xung DWI với 2 giá trị b50 và b1400

**Độ phân giải thời gian chuỗi xung DCE là 12ms

Ảnh CHT sẽ được gửi vào hệ thống PACS (Minerva Pacs). Việc đọc kết quả và phân loại các nhân vùng chuyển tiếp TTL được thực hiện bởi 2 bác sỹ chẩn đoán hình ảnh có >10 năm kinh nghiệm đọc CHT TTL, mù với lâm sàng và kết quả mô bệnh học sau sinh thiết TTL.

Sinh thiết (ST) TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng

Sau khi gây tê đám rối quanh trực tràng, sử dụng mặt cắt dọc, lần lượt từ đáy đến đỉnh tuyến, có thể tới sát túi tinh từng bên. Lấy 12 mẫu ST theo bản đồ định khu TTL (đúng thứ tự số và sơ đồ quy định từ phải sang trái: các mẫu số 1, 2, 3 thuộc vùng ngoại vi bên phải; các số 4, 5, 6 thuộc vùng chuyển tiếp bên phải; các số 7, 8, 9 thuộc vùng chuyển tiếp bên trái và các số 10, 11, 12 thuộc vùng ngoại vi bên trái).



Hình 1. Sơ đồ sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu

Đối chiếu kết quả CHT- mô bệnh học: Các loại nhân tổn thương theo PIRADS phiên bản 2.1 sẽ được sinh thiết đích bằng cách đồng bộ vị trí nhân trên CHT với siêu âm qua đường trực tràng. Các mẫu sinh thiết các nhân này sẽ được đánh dấu riêng để đối chiếu kết quả mô bệnh học và cộng hưởng từ

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu nhập vào bảng dữ liệu Microsoft Office Excel 2010 sau đó được xử lý bằng phần mềm SPSS 18. Các biến định lượng được biểu hiện bằng trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định danh được biểu hiện bằng tỷ lệ phần trăm. Thực hiện việc so sánh giữa ung thư vùng chuyển tiếp TTL và điểm số PI-RADS phiên bản 2.1 (biến thứ tự) bằng cách sử dụng thuật toán χ^2 và Fisher. Tất cả các thuật toán đều sử dụng phân tích hai chiều. Giá trị $p < 0.05$ cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ ung thư được phát hiện được tính bằng cách chia số lượng phát hiện ung thư cho số lượng loại tổn thương theo PI-RADS phiên bản 2.1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 67 tổn thương vùng chuyển tiếp trên 67 bệnh nhân trong nghiên cứu. Tuổi trung vị của bệnh nhân là 67, độ trải giữa (IQR): 62-72 tuổi. Giá trị trung vị của PSA toàn phần là 17.8 ng/ml, độ trải giữa IQR: 12.1-44.6 ng/ml. Thể tích trung vị của tuyến tiền liệt là 46 ml, độ trải giữa IQR: 37-65 ml. Giá trị trung vị của PSA tỷ trọng là 0.43 ng/ml/ml, IQR là 0.2- 1.2 ng/ml/ml.

Bảng 2: Đặc điểm chung của bệnh nhân

	Giá trị trung bình*	Giá trị Trung vị**	Nhỏ nhất - lớn nhất
Tuổi	66.6±8.3	67 (62-72)	42-83
PSA (ng/ml)	32.2±28.7	17.8 (62-72)	5.3-100
Thể tích TTL (ml)	56.9±40.2	46 (37-65)	21-308
PSA tỷ trọng (ng/ml/ml)	0.73±0.67	0.43 (0.2- 1.2)	0.07-2.63

Ghi chú: *giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn;
** Giá trị trung vị: trong ngoặc là độ trải giữa (IRQ)

Kết quả sinh thiết 67 tổn thương vùng chuyển tiếp cho thấy có 32 tổn thương ung thư, chiếm 47.8% và 35 tổn thương không phải ung thư, chiếm 52.2%.

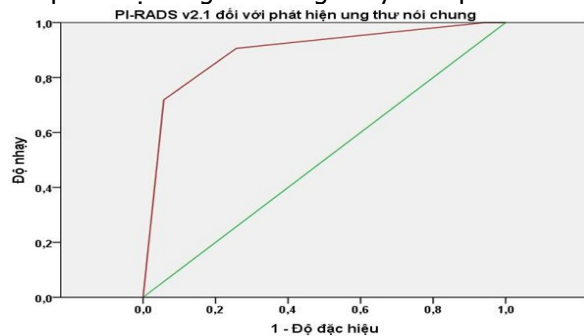
Trong số 2 tổn thương PI-RADS loại 2, không có tổn thương nào là ung thư. Trong số 27 tổn thương PI-RADS loại 3, có 3 tổn thương ung thư. Trong số 13 tổn thương PI-RADS loại 4, có 6 tổn thương ung thư. Trong số 25 tổn thương PI-RADS loại 5, có 23 tổn thương ung thư.

Bảng 3: Điểm PI-RADS phiên bản 2.1 của tổn thương vùng chuyển tiếp và tỷ lệ ung thư vùng chuyển tiếp phát hiện được

Điểm PI-RADS phiên bản 2	Số lượng tổn thương	Tỷ lệ phát hiện ung thư (%)	Điểm Gleason		
			6	7	8-10
Loại 2	2	0	0	0	0
Loại 3	27	11	1	1	1
Loại 3+1	3	0	0	0	0
Loại 4 thực sự	10	60	4	2	0
Loại 5	25	92	2	10	11

Nhận xét: Đối với tổn thương PI-RADS loại 2, 3, 4 và 5, tỷ lệ ung thư vùng chuyển tiếp lần lượt là 0%, 11% (3/27), 46.2% (6/13) và 92% (23/25). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa PI-RADS loại 4 thực sự và tổn thương PI-RADS loại 3 được nâng bậc lên PI-RADS loại 4 dựa trên chuỗi xung khuếch tán (tất cả các tổn thương PI-RADS loại 4 đều là ung thư và tất cả các tổn thương PI -RADS 3+1 đều không phải ung thư).

- Hiệu suất của PI-RADS phiên bản 2.1 đối với phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp



Để phát hiện ung thư TTL vùng chuyển tiếp,

PI-RADS phiên bản 2.1 có AUC là 0.89. Với điểm cut off là PI-RADS loại ≥ 3 , độ nhạy và độ đặc hiệu của PI-RADS phiên bản 2.1 đối với chẩn đoán ung thư vùng chuyển tiếp lần lượt là 0.91 và 0.74.

IV. BÀN LUẬN

PI-RADS phiên bản 2.1 đã giới thiệu các hướng dẫn và một hệ thống tính điểm mới với mục tiêu cải thiện khả năng phát hiện và mô tả đặc điểm của các ung thư TTL. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi nhận thấy điểm số PI-RADS phiên bản 2.1 cao hơn có liên quan đến việc tăng khả năng phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp. Cụ thể, đối với các tổn thương PI-RADS loại 2, chúng tôi đã xác định không có ung thư khi sinh thiết. Đối với tổn thương PI-RADS loại 3, 4 và 5, tỷ lệ ung thư vùng chuyển tiếp lần lượt là 11% (3/27), 46.2% (6/13) và 92% (23/25).

Chúng tôi cũng nhận thấy là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa PI-RADS loại 4 thực sự và tổn thương PI-RADS loại 3 được nâng bậc lên PI-RADS loại 4 dựa trên chuỗi xung khuếch tán. Tất cả các tổn thương PI-RADS loại 4 đều là ung thư và tất cả các tổn thương PI -RADS 3+1 đều không phải ung thư. Phát hiện này cho thấy việc nâng cấp tổn thương từ PI-RADS loại 3 lên PI-RADS loại 4 trên cơ sở hình ảnh khuếch tán có vẻ không phù hợp đối với các tổn thương vùng chuyển tiếp.

Các nghiên cứu hiện tại về hiệu suất chẩn đoán của PI-RADS phiên bản 2.1 đối với tổn thương vùng chuyển tiếp còn ít, chủ yếu do tỷ lệ ung thư TTL thấp ở vùng này. So với kết quả của chúng tôi, Muller và cộng sự¹⁰ đã báo cáo PI-RADS phiên bản 2 có độ nhạy cao hơn và độ đặc hiệu thấp hơn (tương ứng là 85% và 55%) trong việc phát hiện ung thư ở vùng chuyển tiếp, với điểm ngưỡng là PI-RADS loại 3. Trong một nghiên cứu khác, Feng và cộng sự¹¹ đã xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của ung thư vùng chuyển tiếp lần lượt là 96% và 90%, với điểm ngưỡng là 4. Tewes và cộng sự¹² đã chỉ ra rằng với PI-RADS phiên bản 2, độ chính xác chẩn đoán tốt nhất ở vùng chuyển tiếp đạt được với điểm ngưỡng là 4 có độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 100% cho tất cả ung thư. Polanec và cộng

sự¹³ đã đánh giá điểm số PI-RADS phiên bản 2 bởi hai độc giả trong nhóm bệnh nhân đã trải qua sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của hình ảnh cộng hưởng từ. Họ đã chứng minh độ nhạy là 87,5%–100% và độ đặc hiệu là 50%–56,3% đối với tất cả ung thư vùng chuyển tiếp.

V. KẾT LUẬN

Điểm PI-RADS phiên bản 2.1 cao hơn có liên quan đến tỷ lệ ung thư nói chung và ung thư có ý nghĩa lâm sàng cao hơn ở vùng chuyển tiếp. Tổn thương vùng chuyển tiếp PI-RADS loại 2 hiếm khi có ung thư TTL và khuyến cáo không nên sinh thiết các tổn thương loại này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Murphy G, Haider M, Ghai S, Sreeharsha B.** The expanding role of MRI in prostate cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2013;201(6):1229–1238.
2. **Turkbey B, Pinto PA, Mani H, et al.** Prostate cancer: value of multiparametric MR imaging at 3 T for detection—histopathologic correlation. *Radiology* 2010;255(1):89–99.
3. **Frye TP, George AK, Kilchevsky A, et al.** Magnetic resonance imaging: transrectal ultrasound guided fusion biopsy to detect progression in patients with existing lesions on active surveillance for low and intermediate risk prostate cancer. *J Urol* 2017;197(3 Pt 1):640–646.
4. **Walton Diaz A, Shakir NA, George AK, et al.** Use of serial multiparametric magnetic resonance imaging in the management of patients with prostate cancer on active surveillance. *Urol Oncol* 2015;33(5):202.e1–202.e7.
5. **Carroll PR, Parsons JK, Andriole G, et al.** NCCN guidelines insights: prostate cancer early detection, version 2. 2016. *J Natl Compr Canc Netw* 2016;14(5):509–519.
6. **Weinreb JC, Barentsz JO, Choyke PL, et al.** PI-RADS prostate imaging: reporting and data system—2015, version 2. *Eur Urol* 2016;69(1):16–40.
7. **Greer MD, Brown AM, Shih JH, et al.** Accuracy and agreement of PIRADSv2 for prostate cancer mpMRI: a multireader study. *J Magn Reson Imaging* 2017;45(2):579–585.
8. **Mertan FV, Greer MD, Shih JH, et al.** Prospective evaluation of the prostate imaging reporting and data system version 2 for prostate cancer detection. *J Urol* 2016;196(3):690–696.

ỨNG DỤNG NỘI SOI ÁNH SÁNG DẢI TẦN HẸP (NBI) CHẨN ĐOÁN POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI THÁI NGUYÊN

Trần Thị Anh¹, Nguyễn Thị Thu Huyền^{1,2,3}, Nguyễn Tiến Dũng^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI trong chẩn đoán polyp đại trực tràng. **Đối chiếu hình ảnh của nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI và kết quả mô bệnh học của polyp đại trực tràng.** **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 78 bệnh nhân đến khám hoặc điều trị tại khoa Nội tiêu hóa, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và Khoa Nội soi và khám chữa bệnh tiêu hóa, bệnh viện Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên có polyp đại tràng được phát hiện qua nội soi từ tháng 7/2022 đến tháng 12/2022. Tiến hành nội soi toàn bộ đại trực tràng, phát hiện và mô tả đặc điểm polyp, đối chiếu polyp theo phân loại JNET và NICE theo kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 60,87±13,3; nam/nữ: 2,12/1; hay gặp polyp ở đại tràng sigma nhất, 43,6% polyp kích thước <10 mm. Có 48,8% polyp u tuyến. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính và độ chính xác

của phân loại JNET với polyp có khả năng ác tính lần lượt là 92,8%; 83,3%; 86,7%; 90,9% và 88,5%; của phân loại NICE là 83,3%; 86,1%; 87,5%; 81,6%; 84,6%. **Kết luận:** Nội soi ĐTT bằng chế độ NBI kết hợp với phân loại JNET hoặc NICE cho thấy khả năng dự đoán kết quả mô bệnh học polyp có độ chính xác cao và đáng tin cậy.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng, nội soi NBI, phân loại JNET/ NICE

SUMMARY

APPLYING NARROW BAND ENDOSCOPY IN DETECTING AND PREDICTING HISTOPATHOLOGY OF COLORECTAL POLYP IN THAI NGUYEN

Objectives: 1. To describe the endoscopic and pathological characterizations of colorectal polyps. 2. To evaluate the diagnostic performance of magnifying endoscopy with NBI and the JNET and NICE classification for colorectal polyp comparing to histopathology. **Subject and methods:** A descriptive cross-sectional study on 78 patients at Thai Nguyen from July 2022 to December 2022. We analyzed 78 colorectal polyps examined with magnifying endoscopy with NBI. The polyps were classified by the JNET/NICE classification and sent for histopathology for comparison. **Results:** Age: 60,87±13,3; The rate of polyps were seen most frequently at sigmoid colon (27,7%). Polyp < 10 mm in size accounted for 43,6%.

¹Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược

³Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Huyền

Email: huyen3995@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023