

GMFCS. Các yếu tố liên quan đến mức độ rối loạn nuốt: thể bại não, chức năng vận động thô, định khu giải phẫu của rối loạn vận động và tình trạng chảy dãi.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ Khoa Nhi – Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội đã tạo điều kiện giúp đỡ cho chúng tôi hoàn thiện bộ số liệu phục vụ nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al.** Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Dev Med Child Neurol.* 2005;47(8): 571-576. doi: 10.1017/s001216220500112x
2. **Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T.** An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2013;55(6):509-519. doi:10.1111/dmcn.12080
3. **Arneson CL, Durkin MS, Benedict RE, et al.** Prevalence of cerebral palsy: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, three sites, United States, 2004. *Disabil Health J.* 2009;2(1):45-48. doi:10.1016/j.dhjo.2008.08.001
4. **Surveillance of Cerebral Palsy in Europe.** Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE).* *Dev Med Child Neurol.* 2000;42(12):816-824. doi:10.1017/s0012162200001511
5. **Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN.** Oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy: oral phase impairments. *Res Dev Disabil.* 2014;35(12): 3469-3481. doi: 10.1016/j.ridd.2014.08.029
6. **Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN.** Validity and reproducibility of measures of oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2015;57(4):358-365. doi:10.1111/dmcn.12616
7. **Calis EA, Veugelers R, Sheppard JJ, Tibboel D, Evenhuis HM, Penning C.** Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(8): 625-630. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03047.x
8. **Reilly S, Skuse D, Poblete X.** Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. *J Pediatr.* 1996;129(6): 877-882. doi: 10.1016/s0022-3476(96)70032-x

## MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT DO UNG THƯ GIAI ĐOẠN KHU TRÚ

Trần Chí Thanh<sup>1</sup>, Vương Ngọc Biên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư giai đoạn khu trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2015 - 01/2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả có phân tích trên 64 bệnh nhân được phẫu thuật mở cắt toàn bộ tuyến tiền liệt. Chỉ tiêu nghiên cứu gồm tuổi, BMI, bệnh kèm theo, rối loạn tiểu tiện trước mổ theo IPSS, nồng độ PSA toàn phần trước và sau mổ, điểm Gleason. Chức năng giữ nước tiểu và rối loạn cương dương sau mổ 12 tháng. **Kết quả:** Điểm Gleason càng cao, giai đoạn u sau mổ càng muộn thì tỷ lệ tái phát sinh hóa sau mổ càng nhiều. Tiểu không kiểm soát sau mổ 12 tháng ở 2 nhóm bảo tồn và không bảo tồn thần kinh cương dương khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nhóm BN phẫu thuật có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương thì tình trạng cương dương sau mổ phục

hồi tốt hơn ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Các yếu tố ảnh hưởng khả năng tái phát sinh học sau mổ là điểm số Gleason và mức độ xâm lấn tại chỗ của ung thư. Yếu tố ảnh hưởng rối loạn cương sau mổ là bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương khi phẫu thuật.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến tiền liệt, cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, yếu tố ảnh hưởng

### SUMMARY

#### SOME FACTORS AFFECTING OUTCOMES OF RADICAL PROSTATECTOMY FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER

**Objectives:** To evaluate some factors affecting outcomes of radical prostatectomy for localized prostate cancer. **Subjects and methods:** From January 2015 to January 2023, 64 cases of open radical prostatectomy were performed at our clinic. Demographic data, variables before and after surgery, and outcomes were taken. **Results:** The higher the Gleason score, the later the tumor stage after surgery, and the higher the rate of biochemical recurrence after surgery. Urinary incontinence 12 months after surgery in the two groups with and without erectile nerve preservation was not statistically different ( $p > 0.05$ ). The group of surgical patients with preservation of the erectile neurovascular bundle had better post-operative erectile recovery ( $p < 0.05$ ).

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Vương Ngọc Biên

Email: vuongngocbien@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

**Conclusion:** Factors affecting the likelihood of biological recurrence after surgery are the Gleason score and the local invasion level of the cancer. The factor influencing erectile dysfunction after surgery is the preservation of the erectile nerve bundle during surgery. **Keywords:** Prostate cancer, radical prostatectomy, affecting factors.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư tuyến tiền liệt là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ hai ở nam giới. Cắt tuyến tiền liệt toàn bộ bao gồm cắt toàn bộ tuyến tiền liệt và hai túi tinh là phương pháp điều trị triệt để trong ung thư biểu mô tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú (T1,2N0M0). Năm 1905, Young là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư [1]. Hiện có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, bao gồm: mổ mở sau xương mu, mổ nội soi ổ bụng và mổ nội soi ổ bụng với hỗ trợ robot [2], [3]. Mỗi phương pháp mổ đều có ưu nhược điểm nhất định. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư giai đoạn khu trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2015 - 01/2023.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Phương pháp nghiên cứu.** Mô tả chùm bệnh từ tháng 01/2015 đến 01/2023 tại khoa Phẫu thuật tiết niệu và khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến khu trú bằng sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng và cộng hưởng từ chậu hông (cT1,2), được mổ mở cắt toàn bộ tuyến tiền liệt.

**Các chỉ tiêu nghiên cứu.** Tuổi, BMI, bệnh kèm theo, rối loạn tiểu tiện trước mổ theo IPSS, nồng độ PSA toàn phần trước và sau mổ, điểm Gleason. Chức năng giữ nước tiểu và rối loạn cương dương sau mổ 12 tháng.

**Phương pháp xử lý số liệu:** số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng		Kết quả
Tuổi (năm)		66,5 ± 6,4
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		21,2 ± 2,2
Bệnh nội khoa kèm theo	ĐTĐ	5 (7,8%)
	THA	12 (18,8%)
	BPTNMT	7 (10,9%)
Rối loạn tiểu tiện trước mổ	Nhẹ	16 (25,0%)
	Trung bình	44 (68,8%)
	Nặng	4 (6,2%)

Thăm trực tràng	Nghi ngờ ác tính	45 (70,3%)
	Không nghi ngờ	19 (29,7%)

Tuổi trung bình 66,5 ± 6,4 tuổi; nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,3%). BMI trung bình 21,2 ± 2,2 kg/m<sup>2</sup>. Bệnh kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp là (34,4%). Đa số BN (93,8%) vào viện có mức độ rối loạn tiểu tiện nhẹ và trung bình theo IPSS; 70,3% BN khi thăm khám trực tràng nghi ngờ tổn thương ác tính tuyến tiền liệt (mật độ cứng hoặc có nhân cứng).

**Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng**

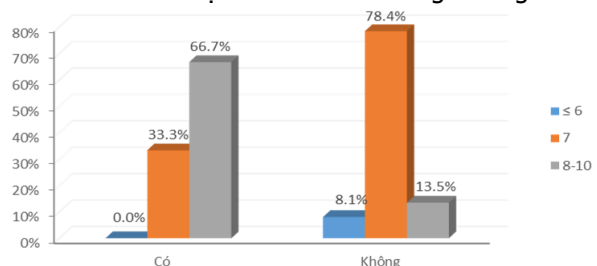
Đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng BN (%)	
PSA trước phẫu thuật (ng/ml)	4,1 - 10	10 (15,6%)
	10,1 - 20	23 (35,9%)
	>20	31 (48,5%)
Khối lượng tuyến tiền liệt (gam)	< 30	10 (15,6%)
	30-60	49 (76,6%)
	> 60	5 (7,8%)
Gleason	≤ 6	5 (7,8%)
	7	46 (71,9%)
	8-10	13 (20,3%)

PSA trung bình 20,7 ± 13,5 ng/ml; 84,4% BN có nồng độ PSA trong huyết thanh khi vào >10 ng/ml. 49/64 BN (76,6%) có khối lượng TTL từ 30-60 gam trên siêu âm qua trực tràng. Phần lớn BN (71,9%) có điểm Gleason trước mổ là 7.

**Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật**

		Số lượng BN (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt toàn bộ TTL	11 (17,2%)
	Cắt toàn bộ TTL, nạo hạch chậu	53 (82,8%)
Bảo tồn bó mạch thần kinh	Không bảo tồn	25 (39,1%)
	Bảo tồn 1 bên	8 (12,5%)
	Bảo tồn 2 bên	31 (48,4%)

53/64 BN (82,8%) được phẫu thuật kèm nạo hạch chậu. 39/64 BN (60,9%) được phẫu thuật có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương.



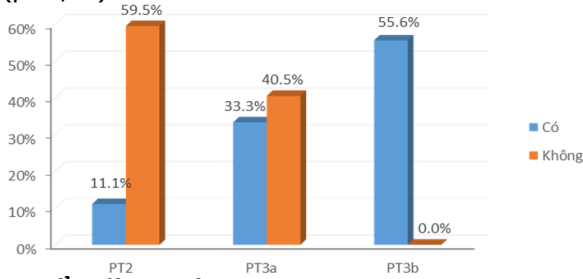
**Biểu đồ 1. Liên quan giữa điểm Gleason và tái phát sinh hóa**

**Bảng 4. Liên quan giữa phẫu thuật bảo tồn thần kinh và tiểu không kiểm soát**

PP phẫu thuật	Tiểu KKS		P
	Có (SL, %)	Không (SL, %)	
Không bảo tồn	3(60,0%)	20(48,8%)	>0,05

Bảo tồn 1 bên	0(0,0%)	9(22,0%)
Bảo tồn 2 bên	2(40,0%)	12(29,2%)

Tiểu không kiểm soát sau mổ 12 tháng ở 2 nhóm bảo tồn và không bảo tồn thần kinh cương dương khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).



**Biểu đồ 2. Liên quan giữa giai đoạn u sau mổ và tái phát sinh hóa**

Nghiên cứu ghi nhận điểm Gleason càng cao, giai đoạn u sau mổ càng muộn thì tỷ lệ tái phát sinh hóa sau mổ càng nhiều.

**Bảng 5. Liên quan giữa phẫu thuật bảo tồn thần kinh và rối loạn cương dương**

RLCD sau mổ	Có (SL, %)	Không (SL, %)	P
PP phẫu thuật			
Không bảo tồn	22(73,3%)	2(12,5%)	<0,05
Bảo tồn 1 bên	6(20,0%)	2(12,5%)	
Bảo tồn 2 bên	2(6,7%)	12(75,0%)	

Nghiên cứu ghi nhận nhóm BN phẫu thuật có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương thì tình trạng cương dương sau mổ phục hồi tốt hơn ( $p < 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Theo các nghiên cứu, tỷ lệ mắc ung thư tuyến tiền liệt tăng theo tuổi. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình 66,5 và nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,3%). Tuổi là một yếu tố định hướng các biện pháp sàng lọc và căn cứ tiên lượng ở nam giới mắc ung thư tuyến tiền liệt.

BMI trung bình trong nghiên cứu là 21,2 kg/m<sup>2</sup>, trong đó có 28,1% thừa cân. Kết quả ba phân tích tổng hợp đều báo cáo tương quan thuận giữa béo phì và tỷ lệ mắc ung thư tuyến tiền liệt [4], [5]. Ba cơ chế phổ biến được đề xuất để giải thích mối tương quan giữa béo phì và mức độ ác tính của ung thư tuyến tiền liệt gồm: Insulin/yếu tố tăng trưởng giống Insulin-1 (IGF-1), hormone giới tính và các adipokine.

Về các bệnh lý mắc kèm, tăng huyết áp hay gặp nhất (34,4%). Theo Jefferson và cộng sự, 51% người bệnh có một bệnh đồng mắc và tăng huyết áp là bệnh hay gặp nhất (42%) [6]. Tình trạng có bệnh đồng mắc phổ biến người mắc ung thư tuyến tiền liệt và các bệnh mạn tính mắc

kèm này có thể là nguyên nhân tử vong. Do đó, đánh giá bệnh mắc kèm cần được tích hợp và là một phần căn cứ đưa ra quyết định điều trị ung thư tuyến tiền liệt.

Nghiên cứu ghi nhận lý do vào viện thường gặp nhất ở BN ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú là bí tiểu (45,3%); 93,8% có mức độ rối loạn tiểu tiện nhẹ và trung bình. 70,3% BN thăm khám trực tràng phát hiện tổn thương tuyến tiền liệt nghi ngờ ác tính. Vũ Nguyễn Khải Ca báo cáo tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng rối loạn đường tiểu dưới và cả 8 trường hợp tuyến tiền liệt đều có nhân cứng [7].

53/64 BN (82,8%) nạo hạch chậu và sau đó làm giải phẫu bệnh không có trường hợp nào di căn hạch. Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến tiền liệt kết hợp nạo hạch chậu trong nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đệ là 58%[8]. Tuổi phát hiện ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú ngày càng trẻ. Ở tuổi này đời sống tình dục của BN vẫn còn và bảo vệ chức năng cương dương là vấn đề cần được quan tâm của các phẫu thuật viên tiết niệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương 1 bên là 12,5% và bảo tồn 2 bên là 48,4%. Chúng tôi cố gắng bảo tồn được tối đa (2 bên) là tốt nhất nhưng vẫn đảm bảo nguyên tắc là phải lấy hết tổ chức ung thư. Có những trường hợp u ở giai đoạn xâm lấn ra lớp vỏ và xét chức năng cương trước phẫu thuật không tốt thì chúng tôi cũng không cố bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương. Những trường hợp khó bóc tách và chảy máu nhiều chúng tôi cũng không chú trọng bảo tồn.

Đa số các tác giả báo cáo các yếu tố tiên lượng tái phát sinh học bao gồm: Giai đoạn UT, điểm Gleason, nồng độ PSA, tỷ lệ phát hiện tế bào UT ở diện cắt TTL. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có mối liên quan chặt chẽ giữa giai đoạn u sau mổ đến tái phát sinh học với thời gian theo dõi trên 12 tháng. Tuy nhiên theo một số tác giả lại chỉ ra điều ngược lại. Như Freedland và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát sinh học sau phẫu thuật ở những BN có giai đoạn T2a và T2b [9].

Nghiên cứu cũng ghi nhận các bệnh nhân điểm số Gleason cao, khả năng tái phát sinh học sau phẫu thuật sẽ cao hơn so với những bệnh nhân có điểm Gleason thấp. Theo Dengfeng Cao, cả phân tích đơn biến và đa biến đều cho thấy điểm Gleason ở rìa khối u là một yếu tố tiên lượng mạnh cho tái phát sinh học ( $p < 0,05$ ) [10].

Kỹ thuật khâu nối cổ bàng quang và niệu đạo sau có liên quan trực tiếp đến tiểu không kiểm soát sau mổ. Khi khâu phạm vào cơ thắt

vân, khâu không lộn niêm mạc gây rò nước tiểu sau mổ sẽ gây biến chứng rối loạn tiểu tiện. Nhưng ngoài các yếu tố này thì việc bảo vệ bó mạch thần kinh cũng có thể ảnh hưởng tới chức năng tiểu tiện vì bó mạch thần kinh chi phối sự co bóp và điều hòa đóng mở cơ thắt vân niệu đạo. Kết quả nghiên cứu thấy nhóm có bảo tồn bó mạch thần kinh cho tỷ lệ có chức năng tiểu tiện bình thường cao hơn nhóm không bảo tồn được bó mạch thần kinh, tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Rối loạn cương là một trong những biến chứng có liên quan đến phẫu thuật vùng chậu đặc biệt là cắt tuyến tiền liệt triệt căn do UT. Manuela T và cộng sự ghi nhận tỷ lệ rối loạn cương sau cắt tuyến tiền liệt triệt căn từ 25% đến 100%. Sự thay đổi này có liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật vùng chậu và tổn thương bó mạch thần kinh. Sự hiểu biết sâu về giải phẫu và cơ chế bệnh học vùng chậu đã giúp cho các kỹ thuật can thiệp vùng chậu rõ ràng hơn, tránh tổn thương đến chức năng cương sau phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng khả năng tái phát sinh học sau mổ là điểm số Gleason và mức độ xâm lấn tại chỗ của ung thư. Yếu tố ảnh hưởng rối loạn cương sau mổ là bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương khi phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. H. Young** (1905). The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate. Being a study of 40 cases and presentation of a radical operation which was carried out in four cases. Johns Hopkins Hosp. Bull., 16: 315-321.
2. **Ahmed Magheli, Mark L. Gonzalo, Liming Su,**

3. **Thomas J. Guzzo** (2010). Impact of surgical technique (open vs laparoscopic vs robotis assisted) on pathological and biological outcomes following radical prostatectomy: an analysis using propensity score matching. BJU International, 107: 1956-1962.
4. **Francesco Greco, Sigrid Wagner, M Raschid Hoda, Felix Kawan** (2010). Laparoscopic vs open retropubic intrafascial nerve sparing radical prostatectomy: surgical and functional outcomes in 300 patients. BJU International, 106: 543-547.
5. **A. G. Renehan, M. Tyson, M. Egger và cộng sự** (2008). Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. The Lancet, 371 (9612), 569-578.
6. **W. C. Buschemeyer III và S. J. Freedland** (2007). Obesity and prostate cancer: epidemiology and clinical implications. European urology, 52 (2), 331-343.
7. **M. Jefferson, R. R. Drake, M. Lilly và cộng sự** (2020). Co-morbidities in a retrospective cohort of prostate cancer patients. Ethnicity & Disease, 30 (Suppl 1), 185.
8. **Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long, Nguyễn Hoài Bắc và cộng sự** (2012). Nhân 8 trường hợp cắt toàn bộ tiền liệt tuyến tận gốc tại Bệnh viện Việt Đức. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 16 (3), 169-173.
9. **Nguyễn Tiên Đệ và Vũ Lê Chuyên** (2012). Phẫu thuật tuyến tiền liệt tận gốc qua nội soi ngoài phúc mạc: Biến chứng phẫu thuật. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 16 (3), 93-97.
10. **S. J. Freedland, A. W. Partin, J. I. Epstein và cộng sự** (2004). Biochemical failure after radical prostatectomy in men with pathologic organ-confined disease: pT2a versus pT2b. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 100 (8), 1646-1649.
11. **D. Cao, A. S. Kibel, F. Gao và cộng sự** (2010). The Gleason score of tumor at the margin in radical prostatectomy is predictive of biochemical recurrence. The American journal of surgical pathology, 34 (7), 994-1001.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ U BÁN CẦU ĐẠI NÃO TRÊN LỀU ĐƯỢC SINH THIẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thành Bắc<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Hào<sup>1</sup>, Trần Anh Đức<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ u bán cầu đại não trên lều được sinh thiết não tại bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được

chẩn đoán u bán cầu đại não trên lều tại khoa Phẫu thuật thần kinh- Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022. Đánh giá đặc điểm lâm của khối u não trên cộng hưởng từ. **Kết quả:** Hình ảnh cộng hưởng từ biểu hiện chủ yếu là giảm tín hiệu trên T1 (56.7%), tăng tín hiệu trên T2 (86.7%), có ngấm thuốc sau tiêm (90%), tất cả đều có phù não quanh khối u (100%), đè đẩy đường giữa ở mức độ nhẹ chủ yếu là độ I (60%). Vị trí khối u chiếm tỷ lệ cao nhất ở thùy trán (23.3%), sau đó thái dương (20%), ở vùng não sâu (20%). Tỷ lệ đa ổ, đa vị trí chiếm tỉ lệ cao 23.3%. Kích thước khối u trung bình là  $41.7 \pm 18.4$  mm. **Kết luận:** Hình ảnh cộng hưởng từ của u bán cầu đại não trên lều thường biểu hiện chủ

<sup>1</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Đức

Email: trananhduc9@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

yếu giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2, có ngấm thuốc sau tiêm, phù não quanh u và có đè đẩy đường giữa mức độ nhẹ. **Từ khóa:** u não trên lều, hình ảnh cộng hưởng từ, bán cầu đại não.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF MAGNETIC RESONANCE IMAGES OF SUPRATENTORIAL TUMORS RECEIVED STEREOTACTIC BIOPSY AT 103 MILITARY HOSPITAL

**Objectives:** Characteristics of magnetic resonance imaging of supratentorial cerebral hemisphere tumors undergoing brain biopsy at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** The study was conducted on 30 patients diagnosed with supratentorial cerebral hemisphere tumors at the Department of Neurosurgery - Military Hospital 103 from January 2020 to December 2022. Evaluation of clinical characteristics of brain tumors on magnetic resonance. **Results:** Magnetic resonance images showed mainly decreased signal on T1 (56.7%), increased signal on T2 (86.7%), and enhancement after injection (90%); all had brain edema around the tumor (100%), mild midline compression, mainly grade I (60%). The tumor location is highest in the frontal lobe (23.3%), then the temple (20%), and in the deep brain region (20%). The rate of multiple foci and multiple locations is high at 23.3%. The average tumor size was  $41.7 \pm 18.4$  mm. **Conclusion:** Magnetic resonance images of supratentorial cerebral hemisphere tumors often show decreased signal on T1, increased signal on T2, post-injection drug enhancement, peritumoral cerebral edema, and mild midline deviation.

**Keywords:** supratentorial brain tumor, magnetic resonance imaging, cerebral hemispheres.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Globocan năm 2020, toàn thế giới có tới 308.102 trường hợp bệnh nhân mới được chẩn đoán u não, u thần kinh và trong số đó có 251.329 bệnh nhân bị tử vong [1]. Ngày nay, cộng hưởng từ hạt nhân được ứng dụng rộng rãi, hình ảnh thu được bằng kỹ thuật này hơn hẳn các hình ảnh y học khác từ trước tới nay. Cộng hưởng từ có nhiều tính ưu việt: Với độ phân giải cao, quan sát ở cả ba mặt phẳng ngang, đứng ngang, đứng dọc, thấy rõ hình ảnh và những biến đổi về cấu trúc của các tổ chức, đánh giá được liên quan của tổn thương với các cấu trúc lân cận. Ngoài ra cộng hưởng từ cũng thấy được hình dòng chảy như mạch máu, tái tạo không gian 3D [2]. Trong bệnh lý u não, chụp cộng hưởng từ có tiêm đối quang từ đồng thời áp dụng các chuỗi xung mới, hiện đại đã cho phép chẩn đoán ngay cả khi u thâm nhiễm ở giai đoạn khởi đầu có đồng tỷ trọng với nhu mô não trên chụp cắt lớp vi tính sọ não [3], [4]. Nghiên cứu các đặc điểm về hình ảnh của khối u não ở

bệnh nhân u não trên lều góp phần hiểu rõ hơn các đặc điểm khối u não giúp cho việc chẩn đoán, tiên lượng và điều trị u não trên lều thuận lợi hơn. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ u bán cầu đại não trên lều được sinh thiết não tại bệnh viện Quân Y 103*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán u bán cầu đại não trên lều được sinh thiết não tại khoa Phẫu thuật thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022.

\* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán u bán cầu đại não trên lều dựa trên lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ sọ não hoặc bệnh nhân có tổn thương trên lều nghi ngờ là u não cần chẩn đoán xác định. BN được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 có hồ sơ phẫu thuật rõ ràng, có kết quả giải phẫu bệnh lý, hình ảnh trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não trước mổ và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não sau mổ. BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán u não dưới lều. Bệnh nhân có bệnh lý nền chưa kiểm soát tốt như: rối loạn đông máu, suy tim, suy thận... Bệnh nhân không có đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** phương pháp mô tả lâm sàng kết hợp giữa hồi cứu và tiền cứu.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân (19 bệnh nhân hồi cứu, 11 bệnh nhân tiền cứu).

#### Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Vị trí u: bao gồm: thùy trán, thùy thái dương, thùy đỉnh, thùy chẩm, nhân bèo, bao trong, đồi thị, thể chai, đa ổ (đa thùy).

- Kích thước u: tính bằng đường kính lớn nhất, đơn vị mm. Trường hợp bệnh nhân có nhiều khối u sẽ tính kích thước khối u lớn nhất.

- Số lượng khối u.

- Tín hiệu trên phim T1: tăng tín hiệu, giảm tín hiệu, đồng tín hiệu, tín hiệu hỗn hợp. Tín hiệu trên phim T2: tăng tín hiệu, giảm tín hiệu, đồng tín hiệu, tín hiệu hỗn hợp.

- Sự ngấm thuốc đối quang từ: có hoặc không.

- Phù não quanh khối u: có hoặc không.

- Chảy máu trong khối u: có hoặc không.

- Vô hóa trong khối u: có hoặc không.