

Kinh tỉ lệ mắc thấp nhất 1% (Hình 2). Có sự khác biệt giữa các vùng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả về tỷ lệ mắc theo dân tộc trong nghiên cứu của Tạ Thị Tĩnh (2004), tỉ lệ mắc bệnh thiếu enzym G6PD của dân tộc Kinh ở Hòa Bình ~ 4%, dân tộc Mường ~ 12% [2].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về giới tính giữa những trẻ được chẩn đoán mắc bệnh thiếu enzym G6PD ($p < 0,001$), phần lớn là trẻ nam (70,7%) (Bảng 5). Hoàng Thị Liên Châu cũng cho thấy trong số bệnh được sàng lọc thì nguy cơ cao với bệnh thiếu enzym G6PD chiếm tỷ lệ cao nhất 94,59% và hay gặp ở nam giới hơn nữ giới với tỷ lệ nam giới là 77,14% và nữ giới là 22,86% [1]. Điều này đúng về mặt di truyền, bệnh thiếu men G6PD là bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể giới tính X [2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ sơ sinh theo dõi thiếu enzym G6PD được sàng lọc tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh là 2,68% (133/4980 trẻ). Trong đó, 131/133 (chiếm 98,49%) trẻ được chẩn đoán xác định thiếu enzym G6PD, tỷ lệ trẻ nam chiếm 70,7% và trẻ nữ 29,3%. Sử dụng ngưỡng của nhà sản xuất Độ nhạy (Se) của xét nghiệm G6PD là 100%, độ đặc hiệu 99,96%, Giá trị tiên đoán dương (PPV) là 98,49% và Giá trị tiên đoán âm (NPV) là 100%. Tỷ số khả dĩ dương là 2500, Tỷ

số khả dĩ âm là 0.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Châu Hoàng Thị Liên và cs** (2019), Tình hình sàng lọc sơ sinh bằng phương pháp lấy máu gót chân tại Bệnh viện Trung Ương Huế, Tạp chí phụ sản, 16(4), tr 79 – 82.
2. **Tĩnh Tạ Thị, Nhân Đoàn Hạnh và cs** (2004), "Tình hình thiếu enzyme 17-0HP ở một số dân tộc Việt Nam", Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và bệnh ký sinh trùng, Số 6, tr 31 – 37.
3. **Beutler E** (1993), Study of glucose-6-phosphate dehydrogenase: History and molecular biology. Am J Hematol; 42(1): 53-58. doi: 10.1002/ajh.2830420111
4. **Sarar Mohamed** (2012), "Newborn screening for Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency in Eastern Province, Saudi Arabia". Curr Pediatr Res; 16 (2): 125-128
5. **Srikanth Nagalla, et al** (2018), "Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase (17-0HP) Deficiency". <https://emedicine.medscape.com/article/200390-overview>.
6. **Sukamal Bisoi1, Sumanta Chakraborty2, et al** (2012), "Glucose-6-phosphate dehydrogenase screening of babies born in a tertiary care hospital in West Bengal". Indian Journal of Public Health, 56 (2): 146-148.
7. **Bernardo, J Nock M.** Pediatric Provider Insight Into Newborn Screening for Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency (2014). Clinical Pediatrics;(6):575-578.
8. **Pao M, Kulkarni A, Gupta, Kaul S, Balan S.** Neonatal screening for Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency (2005). The Indian Journal of Pediatrics.;72(10):835-837.

ĐÁNH GIÁ HỆ THỐNG PHÂN BẠC NGUY CƠ PHÁT TRIỂN RA NGOÀI CỦA UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG CỘNG HƯỞNG TỪ ĐA THÔNG SỐ

Hoàng Đình Âu¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Nhằm đánh giá nguy cơ phát triển ra ngoài của ung thư tuyến tiền liệt (TTL) và đề xuất một hệ thống phân bậc dựa trên cộng hưởng từ (CHT) đa tham số. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 32 bệnh nhân nam đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022 do PSA toàn phần cao và/hoặc có rối loạn tiểu tiện. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp CHT tuyến tiền liệt đa thông số và được sinh thiết TTL

dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng, có kết quả mô bệnh học là ung thư TTL. Sử dụng hệ thống phân bậc ung thư phát triển ra ngoài dựa trên CHT được định nghĩa như sau: không tiếp xúc với bao tuyến là bậc 0, tiếp xúc với bao tuyến có chiều dài (đo theo đường cong) ≥ 15 mm hoặc bao tuyến phồng và không đều là bậc 1, nếu có cả hai đặc điểm trên là bậc 2, phá vỡ hoàn toàn bao tuyến xâm lấn lớp mỡ xung quanh hoặc các cấu trúc giải phẫu lân cận là bậc 3. Đối chiếu hệ thống phân bậc này với điểm Gleason, PSA tỷ trọng để đánh giá mức độ nguy cơ ung thư TTL phát triển ra ngoài. Đánh giá mối tương quan giữa bậc phát triển ra ngoài với điểm Gleason. **Kết quả:** Tổng cộng có 32 bệnh nhân ung thư TTL trong đó có 15 ung thư phát triển ra ngoài trên CHT. Giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) của tuổi, PSA toàn phần, thể tích TTL, PSA tỷ trọng của nhóm BN lần lượt là 65.5 (62.25-73.25), 31.8 ng/ml (14.6-57.9 ng/ml), 43 cc

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023

(30.75-51.75cc) và 0.94 ng/ml/cc (0.36-1.5 ng/ml/cc). Kết quả phân bậc trên CHT đa tham số cho thấy số ung thư phát triển ra ngoài có bậc 0, bậc 1, bậc 2, bậc 3 lần lượt là 17 (chiếm 53%), 05 (chiếm 15.7%), 03 (chiếm 9.4%) và 07 (chiếm 21.9%). Kết quả mô bệnh học cho thấy tổng số 32 ung thư TTL, số có điểm Gleason 6, 7, 8 và 9 lần lượt là 7, 14, 7 và 4. Trong số 15 ung thư phát triển ra ngoài, số có điểm Gleason 6, 7, 8 và 9 lần lượt là 3, 6, 4 và 2 (chiếm tỷ lệ tương ứng là 43%, 43%, 71.4% và 50% số ung thư có điểm Gleason tương ứng). Đối chiếu với hệ thống phân bậc trên CHT, tất cả các ung thư phát triển ra ngoài bậc 2 và bậc 3 đều có điểm Gleason ≥ 7 . Ngoài trừ PSA tỷ trọng giữa ung thư phát triển ra ngoài bậc 1 và bậc 3 có $p < 0.05$, các thông số còn lại như tuổi, thể tích TTL, PSA toàn phần, PSA tỷ trọng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các bậc ($p > 0.05$). Khi ung thư có phát triển ra ngoài (bậc ≥ 1), có mối tương quan chặt chẽ ($r = 0.7, p = 0.004$) giữa điểm Gleason với bậc phát triển ra ngoài. Với điểm Gleason ≥ 7 , hiệu suất chẩn đoán (AUC) giữa bậc 1 so với bậc 2 và 3 là 0.92. **Kết luận:** Hệ thống phân bậc nguy cơ ung thư TTL phát triển ra ngoài bằng CHT đa thông số có giá trị cao và có mối tương quan chặt chẽ với điểm Gleason. Điểm Gleason càng cao, nguy cơ ung thư TTL phát triển ra ngoài càng lớn.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt, cộng hưởng từ, hệ thống phân bậc phát triển ra ngoài

SUMMARY

EVALUATION OF GRADING SYSTEM FOR THE ASSESSMENT OF RISK OF EXTRAPROSTATIC EXTENSION OF PROSTATE CANCER AT MULTIPARAMETRIC MRI

Purpose: To assess the risk of extra-prostatic extension (EPE) of prostate cancer (PCa) and propose a grading system based on multi-parametric magnetic resonance imaging (mp-MRI). **Material and methods:** Retrospective descriptive study on 32 male patients who visited Hanoi Medical University hospital from February 2019 to May 2022 due to high total PSA and/or urinary disorder. All patients underwent prostate mp-MRI, prostate transrectal ultrasound guided biopsies and histopathological results were prostate cancer. Using the MRI-based EPE grading system defined as follows: no contact to the capsule was grade 0, curvilinear length contact (curve measure) to the capsule of 15 mm or bulging and irregular capsule was grade 1, if presented both of the above features was grade 2, complete disruption of the capsule that invaded surrounding fat or adjacent anatomical structures was grade 3. Compared the grading system with Gleason score, total PSA and PSA density to assess the risk of EPE prostate cancer. Evaluate the correlation between the EPE grade with Gleason score. **Results:** A total of 32 prostate cancer patients, confirmed by histology results, in which 15 EPE of PCa on MRI. Median values (interquartile range) of age, total PSA, prostate volume, density PSA of the patient group were 65.5 (62.25-73.25), 31.8 ng/ml (14.6-57.9 ng/ml), 43 cc (30.75-51.75 cc) and 0.94 ng/ml/cc (0.36-1.5 ng/ml/cc), respectively. The classification results on mp-MRI showed that the

number of EPE cancers of grade 0, level 1, level 2, and grade 3 were 17 (accounting for 53%), 05 (accounting for 15.7%), 03 (accounting for 9.4%) and 07 (accounting for 21.9%). Histopathological results showed among of 32 prostate cancers, the number of Gleason scores of 6, 7, 8 and 9 respectively 7, 14, 7 and 4. Out of 15 EPE cancers, the number of Gleason scores 6, 7, 8 and 9 are 3, 6, 4 and 2, respectively (accounting for 43%, 43%, 71.4% and 50% of cancers with corresponding cancer of Gleason scores, respectively). Compared with the grading system on MRI, all EPE cancers grade 2 and 3 had a Gleason score ≥ 7 . Except for PSA density, there was the significant different between grade 1 and 3 with $p < 0.05$, the remaining parameters such as age, prostate volume, total PSA, PSA density did not have significant differences between steps ($p > 0.05$). With the EPE cancer (grade ≥ 1), there was a strong correlation ($r = 0.7, p = 0.004$) between Gleason score and the EPE grades. With Gleason score ≥ 7 , the diagnostic performance (AUC) between grade 1 compared to level 2 and 3 was 0.92. **Conclusion:** The risk EPE of prostate cancer by mp-MRI grading system had high value and a strong correlation with Gleason score. The higher the Gleason score, the greater the risk of EPE prostate cancer.

Keywords: prostate cancer, multiparametric magnetic resonance, EPE grading system

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc đánh giá và phân bậc nguy cơ phát triển ra ngoài của ung thư TTL có vai trò quan trọng trong việc lập kế hoạch điều trị¹. Đối với bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, việc đánh giá trước phẫu thuật nguy cơ ung thư phát triển ra ngoài ảnh hưởng đến chiến lược phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật như tiểu không tự chủ hoặc rối loạn cương dương². Do đó, việc đánh giá chính xác ung thư TTL phát triển ra ngoài trước khi phẫu thuật là vô cùng quan trọng để tối ưu hóa việc ra quyết định lâm sàng³.

Cộng hưởng từ đa tham số có vai trò quan trọng trong việc phát hiện và định vị các tổn thương nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt đồng thời hướng dẫn sinh thiết đích⁴. Bên cạnh đó, CHT thiết lập bilan trước phẫu thuật, phát hiện ung thư phát triển ra ngoài và xâm lấn túi tinh. Tuy nhiên, có sự thay đổi đáng kể giữa các người đọc do thiếu sự chuẩn hóa và dấu hiệu phát triển ra ngoài thường được đọc dưới dạng "có" hoặc "không có", chưa phân bậc⁵.

Để khắc phục những vấn đề này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá một hệ thống phân bậc ung thư TTL phát triển ra ngoài bằng CHT đa tham số nhằm tăng tính nhất quán trong kết quả đọc trên một nhóm BN nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

hồi cứu từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022 trên 32 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt, được chụp CHT TTL đa tham số và sau đó là sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng. Tiêu chuẩn loại trừ là BN đã được điều trị ung thư TTL bằng liệu pháp toàn thân hoặc tại chỗ, tăng sản tuyến tiền liệt lành tính, chụp CHT không đúng kỹ thuật hoặc không có kết quả mô bệnh học.

Quy trình nghiên cứu: 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, b800 và b12000 kèm dựng bản đồ ADC, chuỗi xung T1GRE có tiêm đối quang từ động (DCE).

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 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có >10 năm kinh nghiệm. Thể tích TTL được đo trên CHT bằng cách đo ba chiều của TTL và tính theo công thức: $V (cm^3) = Cao (cm) \times Rộng (cm) \times Trước sau (cm) \times 0.523$. PSA tỷ trọng sẽ được tính theo công thức PSA tỷ trọng (ng/ml/cm³) = PSA toàn phần (ng/ml)/V(cm³).

Sự phát triển ra ngoài của ung thư TTL trên CHT dựa trên sự hiện diện hay vắng mặt của các dấu hiệu sau: (a) chiều dài tiếp xúc theo đường cong của khối u với bao tuyến, được định nghĩa là dương tính khi khoảng cách này ≥ 15 mm; (b) phồng vỏ bao, được định nghĩa là phần mở rộng lõi ra của bờ tuyến tiền liệt vào khoang ngoài tuyến tiền liệt, liên tục với khối u trong tuyến tiền liệt; (c) mất liên tục bao tuyến kèm lan rộng của khối u vào khoang mỡ quanh tuyến tiền liệt hoặc xâm lấn vào các cấu trúc giải phẫu lân cận như trực tràng, bàng quang hoặc thành chậu hông; (d) mất góc trống giữa tuyến tiền liệt và trực tràng; và (e) sự bất đối xứng của bó mạch thần kinh, được định nghĩa là sự không đồng đều của bó mạch thần kinh khi có khối u TTL cùng bên. Xâm lấn túi tinh được phát hiện khi túi tinh mất hình ảnh tăng tín hiệu trên T2W.

Các dấu hiệu hình ảnh trên CHT được quy vào hệ thống phân bậc phát triển ra ngoài như

sau: bậc 0, không có nghi ngờ về phát triển ra ngoài; bậc 1, chiều dài tiếp xúc vỏ bao theo đường cong của khối u ≥ 15 mm hoặc phồng, không đều của vỏ bao; bậc 2, cả chiều dài tiếp xúc theo đường cong kèm phồng, không đều của vỏ bao; bậc 3, ung thư phát triển ra ngoài nhìn thấy rõ ràng trên CHT hoặc có sự xâm lấn các cấu trúc giải phẫu lân cận.

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).

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Tính tỷ lệ ung thư phát triển ra ngoài theo từng bậc trong hệ thống phân bậc, điểm Gleason. Tính mối tương quan giữa bậc ung thư phát triển ra ngoài với điểm Gleason cũng như thiết lập đường cong ROC giữa ung thư bậc 1 với bậc 2 và 3 với điểm Gleason ≥ 7 .

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 32 bệnh nhân nam được chụp CHT đa tham số và sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng, có kết quả mô bệnh học là ung thư TTL.

Giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) của tuổi, PSA toàn phần, thể tích TTL, PSA tỷ trọng của nhóm BN lần lượt là 65.5 (62.25-73.25), 31.8 ng/ml (14.6-57.9 ng/ml), 43 cc (30.75-51.75 cc) và 0.94 ng/ml/cc (0.36-1.5 ng/ml/cc).

Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn của các thông số này theo từng bậc của hệ thống phân bậc ung thư phát triển ra ngoài được tóm tắt trong bảng 1.

Ngoại trừ PSA tỷ trọng giữa ung thư phát triển ra ngoài bậc 1 và bậc 3 có $p < 0.05$, các thông số còn lại như tuổi, thể tích TTL, PSA toàn phần, PSA tỷ trọng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các bậc ($p > 0.05$)

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, thể tích TTL, giá trị của PSA toàn phần (PSAT), của PSA tỷ trọng (PSAd) theo từng bậc ung thư phát triển ra ngoài

| Giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn | Bậc 0 (n=17) | Bậc 1 (n=5) | Bậc 2 (n=3) | Bậc 3 (n=7) |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Tuổi | 67.3±7.5 | 65.4±6.4 | 72.7±9.2 | 64.3±8.7 |
| PSA toàn phần (ng/ml) | 36.4±32.7 | 34±37 | 54.5±42.2 | 57.9±32.4 |

$p > 0.05$

| | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | p>0.05 | | | |
| Thể tích TTL (cc) | 44.7±14.9 | 44.6±21.3 | 41.7±7.8 | 39±14.4 |
| | p>0.05 | | | |
| PSA tỷ trọng (ng/ml/cc) | 0.86±0.72 | 0.74±0.69 | 1.22±0.8 | 1.54±0.74 |
| | p>0.05 | p<0.05* | p>0.05 | |

* giá trị p giữa bậc 1 và bậc 3 đối với PSA tỷ trọng

Kết quả mô bệnh học cho thấy tổng số 32 ung thư TTL, số có điểm Gleason 6, 7, 8 và 9 lần lượt là 7, 14, 7 và 4. Trong số 15 ung thư phát triển ra ngoài, số có điểm Gleason 6, 7, 8 và 9 lần lượt là 3, 6, 4 và 2 (chiếm tỷ lệ tương ứng là 43%, 43%, 57% và 50% số ung thư có điểm Gleason tương ứng). Kết quả được tóm tắt trong bảng 2.

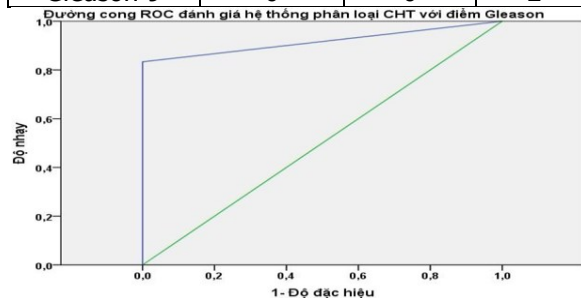
Bảng 2: Tỷ lệ ung thư phát triển ra ngoài so với tổng số ung thư theo điểm Gleason

| | Gleason 6 | Gleason 7 | Gleason 8 | Gleason 9 |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ung thư nói chung (n=32) | 7 | 14 | 7 | 4 |
| Ung thư phát triển ra ngoài(n=15) | 3 | 6 | 4 | 2 |
| Tỷ lệ (%) | 43 | 43 | 57 | 50 |

Mối tương quan giữa điểm Gleason và bậc ung thư phát triển ra ngoài. Tất cả các ung thư phát triển ra ngoài bậc ≥2 đều có điểm Gleason ≥7. Có mối tương quan chặt chẽ (r=0.7, p=0.004) giữa điểm Gleason và bậc ung thư phát triển ra ngoài.

Bảng 3: Mối tương quan giữa điểm Gleason và bậc ung thư phát triển ra ngoài. Tỷ lệ bậc ung thư phát triển ra ngoài tăng dần theo điểm Gleason

| | Bậc 1 (n=5) | Bậc 2 (n=3) | Bậc 3 (n=7) |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| Gleason 6 | 3 | 0 | 0 |
| Gleason 7 | 2 | 1 | 3 |
| Gleason 8 | 0 | 2 | 2 |
| Gleason 9 | 0 | 0 | 2 |



Biểu đồ 1: Đường cong ROC minh họa hiệu quả chẩn đoán của hệ thống phân bậc nguy cơ ung thư phát triển ra ngoài với bậc ≥2 đối với các ung thư có điểm Gleason ≥7 (AUC=0.92)

IV. BÀN LUẬN

Khi có sự hiện diện phát triển ra ngoài của ung thư tuyến tiền liệt sẽ dẫn đến việc cắt bỏ TTL rộng rãi hơn đồng thời với việc loại bỏ các bó mạch thần kinh⁶. Độ nhạy của các đặc điểm CHT riêng rẽ (ví dụ: góc trực tràng bị xóa, bất đối xứng bó mạch thần kinh, bất đối xứng túi tinh) là thấp, nằm trong khoảng từ 10% đến 30%⁷. Một phân tích tổng hợp gần đây trong số 45 nghiên cứu cho thấy độ nhạy 57% và độ đặc hiệu là 91% để phát hiện ung thư phát triển ra ngoài ở CHT đa tham số⁸. Tuy nhiên, các định nghĩa về ung thư phát triển ra ngoài trên CHT đa tham số khác nhau giữa những người đọc và trung tâm khác nhau⁹. Hơn nữa, thay vì đọc ung thư phát triển ra ngoài có hay không thì người đọc nên ước tính khả năng xảy ra tình trạng bệnh lý này. Do đó, định nghĩa với các tiêu chí rõ ràng, đơn giản và có thể lặp lại đối với ung thư phát triển ra ngoài trên CHT là rất quan trọng để chuẩn hóa và làm rõ khả năng phát hiện bằng CHT.

Hệ thống phân bậc phát triển ra ngoài của ung thư TTL dựa trên các đặc điểm CHT như chiều dài tiếp xúc theo đường cong của khối u với vỏ bao, chỗ phình ra của vỏ bao hoặc sự phá vỡ rõ ràng của vỏ bao ra ngoài⁷. Ưu điểm chính của việc sử dụng hệ thống phân bậc ung thư phát triển ra ngoài trên CHT đa tham số là cách tiếp cận đơn giản, có khả năng chuẩn hóa tốt hơn và giảm tính chủ quan khi chẩn đoán.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả khác cho thấy độ chính xác chẩn đoán của CHT đối với ung thư phát triển ra ngoài được cải thiện tốt hơn so với các thông số lâm sàng và thậm chí có độ chính xác cao hơn khi CHT được kết hợp với thông tin lâm sàng để ước tính ung thư phát triển ra ngoài. Gupta và cộng sự¹⁰ đã tìm thấy hiệu suất chẩn đoán của CHT (AUC=0.82) trong việc dự đoán ung thư còn giới hạn trong tuyến cao hơn so với bảng Partin (AUC=0.62), mặc dù nghiên cứu chỉ trên 60 BN. Tương tự, Feng và cộng sự⁹ nhận thấy AUC tăng nhẹ sau khi bổ sung CHT vào bảng Partin (AUC tăng từ 0.85 lên 0.92) trên 115 BN. Tay và cộng sự¹¹ đã tìm thấy sự gia tăng AUC trong mô hình dựa trên lâm sàng và CHT so với mô hình dựa trên lâm sàng đơn thuần (AUC=0,72 so với 0.69)

ở 120 BN nam. AUC thậm chí còn cao hơn khi người đọc là chuyên gia CHT (AUC=0.91). Morlacco và cộng sự⁴ cho thấy AUC lớn hơn khi kết hợp bảng Partin với mô hình CHT so với bảng Partin đơn thuần (AUC, 0.73 so với 0.61) trên 501 bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng khẳng định các nhận xét trên. Tuy nhiên, ở đây chúng tôi cung cấp một bộ tiêu chí CHT cụ thể để phân loại khả năng ung thư phát triển ra ngoài, có khả năng chuẩn hóa tốt hơn và giảm tính chủ quan của chẩn đoán ung thư phát triển ra ngoài nếu được xác thực trong các nghiên cứu về sau với nhiều người đọc.

V. KẾT LUẬN

Tron nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá một hệ thống phân bậc được tiêu chuẩn hóa để phát hiện sự phát triển ra ngoài TTL trên CHT đa thông số. Hệ thống này cung cấp giá trị chẩn đoán bổ sung cho các thông số lâm sàng và đánh giá rủi ro có thể định lượng được phân bậc đối với ung thư phát triển ra ngoài. Hệ thống này dựa trên một số đặc điểm hình ảnh CHT tương đối dễ truyền đạt và dễ thực hiện. Tuy nhiên cần phải xác thực hệ thống này trong tương lai bằng các nghiên cứu nhiều người đọc để có đánh giá khái quát hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mikel Hubanks J, Boorjian SA, Frank I, et al.** The presence of extracapsular extension is associated with an increased risk of death from prostate cancer after radical prostatectomy for patients with seminal vesicle invasion and negative lymph nodes. *Urol Oncol* 2014;32(1):26.e1–26.e7.

2. **Roethke MC, Lichy MP, Kniess M, et al.** Accuracy of preoperative endorectal MRI in predicting extracapsular extension and influence on neurovascular bundle sparing in radical prostatectomy. *World J Urol* 2013;31(5):1111–1116.
3. **Loeb S, Smith ND, Roehl KA, Catalona WJ.** Intermediate-term potency, continence, and survival outcomes of radical prostatectomy for clinically high-risk or locally advanced prostate cancer. *Urology* 2007;69(6):1170–1175.
4. **Morlacco A, Sharma V, Viers BR, et al.** The incremental role of magnetic resonance imaging for prostate cancer staging before radical prostatectomy. *Eur Urol* 2017;71(5):701–704.
5. **Feng TS, Sharif-Afshar AR, Wu J, et al.** Multiparametric MRI improves accuracy of clinical nomograms for predicting extracapsular extension of prostate cancer. *Urology* 2015;86(2):332–337.
6. **Partin AW, Borland RN, Epstein JI, Brendler CB.** Influence of wide excision of the neurovascular bundle(s) on prognosis in men with clinically localized prostate cancer with established capsular penetration. *J Urol* 1993;150(1):142–146; discussion 146–148.
7. **Yu KK, Hricak H, Alagappan R, Chernoff DM, Bacchetti P, Zaloudek CJ.** Detection of extracapsular extension of prostate carcinoma with endorectal and phased-array coil MR imaging: multivariate feature analysis. *Radiology* 1997;202(3):697–702.
8. **de Rooij M, Hamoen EHJ, Witjes JA, Barentsz JO, Rovers MM.** Accuracy of magnetic resonance imaging for local staging of prostate cancer: a diagnostic meta-analysis. *Eur Urol* 2016;70(2):233–245.
9. **Krishna S, Lim CS, McInnes MDF, et al.** Evaluation of MRI for diagnosis of extraprostatic extension in prostate cancer. *J Magn Reson Imaging* 2018;47(1):176–185.
10. **Gupta RT, Faridi KF, Singh AA, et al.** Comparing 3-T multiparametric MRI and the Partin tables to predict organ-confined prostate cancer after radical prostatectomy. *Urol Oncol* 2014;32(8):1292–1299.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ HÀ TĨNH

Ngô Anh Vinh¹, Mai Thị Lệ Quyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan với mức độ viêm

phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 156 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh từ tháng 1/2021 đến ngày tháng 9/2021. **Kết quả:** Các triệu chứng thường gặp là thở nhanh (100%) và nghe ran ở phổi (99,4%). Các triệu chứng ăn uống/bú kém và thở nhanh có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số CRP khác nhau giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi đó không có sự tương quan giữa số lượng bạch

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023