

## GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN UNG THƯ HỐ MIỆNG

Lê Bá Khánh Trang<sup>1</sup>, Huỳnh Quang Huy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề.** Ung thư hốc miệng là ung thư đầu cổ thường gặp. Hiện tại, CT vẫn là một phương tiện hình ảnh đầu tay trong chẩn đoán ung thư hốc miệng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định đặc điểm hình ảnh và giá trị của CT trong đánh giá giai đoạn ung thư hốc miệng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 172 bệnh nhân ung thư hốc miệng có giải phẫu bệnh carcinoma tế bào gai, điều trị tại khoa Ngoại Đầu cổ - Hàm mặt bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2023 đến 11/2023. Bệnh nhân được chụp CT trước mổ và xếp giai đoạn bệnh theo Hệ thống phân giai đoạn TNM của AJCC bản thứ 8. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là tiêu chuẩn vàng để đánh giá mức độ chính xác của CT. **Kết quả:** Nghiên cứu có 132 nam và 40 nữ. Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 57. Lưỡi là vị trí hay gặp nhất với 66,3%. DOI trung bình ghi nhận là  $14,03 \pm 6,8\text{mm}$ , trên giải phẫu bệnh là  $12,70 \pm 5,64\text{mm}$ . Hạch xâm lấn vỏ bao tương ứng với giai đoạn N3 có 31 trường hợp chiếm 18,02%. DOI trên CT có sự tương quan mạnh với DOI trên giải phẫu bệnh, với hệ số tương quan là 0,975 ( $p < 0,001$ ). Độ chính xác của CT trong chẩn đoán xếp giai đoạn bướu: 83,72%, chẩn đoán giai đoạn hạch là 76,16%. Xếp giai đoạn dựa trên CT có sự tương hợp mạnh với kết quả xếp giai đoạn TNM dựa trên giải phẫu bệnh với  $\text{kappa} = 0,83$  ( $p < 0,0001$ ). **Kết luận:** CT có thể xác định chính xác chỉ số DOI, có sự tương hợp mạnh với kết quả xếp giai đoạn TNM dựa trên giải phẫu bệnh. **Từ khóa:** ung thư hốc miệng, CT, DOI, ENE, AJCC bản thứ 8

### SUMMARY

#### THE ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE PREOPERATIVE ASSESSMENT OF ORAL CANCER STAGING

**Background:** Squamous cell carcinoma (SCC) of the oral cavity is one of the most common malignancies of head and neck cancer. Study aimed to identify imaging features of SCC of the oral cavity and evaluate the value of CT in preoperative staging according to AJCC 8<sup>th</sup>. **Methods:** 172 cases of OSCC operated at Ho Chi Minh Oncology Hospital from March 2023 to November 2023 were included. DOIs on CECT and pathological DOI were measured. Diagnostic accuracy of the scans was calculated using final histopathology as the gold standard. **Results:** The study included 132 men and 40 women. The

mean age in our study was 57. The tongue was the most common site with 66.3%. The mean DOI on CT was  $14.03 \pm 6.8\text{mm}$ , on pathology was  $12.70 \pm 5.64\text{mm}$ . There were 31 cases of ENE, accounting for 18.02%. DOI on CT has a strong correlation with DOI on pathology, with a correlation coefficient of 0.975 ( $p < 0.001$ ). The overall diagnostic accuracy of CT in T staging and N staging is 83.72% and 76.16% respectively. CT staging has strong agreement with TNM staging results based on pathology with  $\text{kappa} = 0.83$  ( $p < 0.0001$ ). **Conclusions:** We suggest that with a standardized imaging protocol patients could be better classified according to CT-derived DOI.

**Keywords:** Oral cancer, CT, AJCC 8th staging, DOI, ENE.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hốc miệng là ung thư đầu cổ thường gặp, chiếm 25% các loại ung thư vùng đầu cổ. Bệnh có tỷ lệ mắc ngày một tăng, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Khám lâm sàng là bước đầu tiên của chẩn đoán tuy nhiên không thể đánh giá đầy đủ mức độ xâm lấn mà chỉ có các phương tiện hình ảnh mới cung cấp thông tin chính xác về mức độ lan rộng của bệnh.

Hiện nay, hệ thống phân giai đoạn TNM theo Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ bản thứ 8 (AJCC) được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới để chẩn đoán giai đoạn ung thư hốc miệng vì đơn giản và dễ áp dụng trên lâm sàng. Từ đó, chúng ta có thể lên kế hoạch điều trị, tiên lượng và đánh giá hiệu quả điều trị tốt hơn. Y văn thế giới có một vài nghiên cứu đánh giá vai trò của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán giai đoạn ung thư hốc miệng theo AJCC 8. Một số nghiên cứu trong nước chỉ đánh giá vai trò của CT trong chẩn đoán ung thư lưỡi. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm trả lời câu hỏi: "Giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán giai đoạn trên bệnh nhân ung thư hốc miệng tại bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh như thế nào?". Với câu hỏi nghiên cứu này, chúng tôi đề ra hai mục tiêu: *Xác định đặc điểm hình ảnh và giá trị của CT trong đánh giá giai đoạn ung thư hốc miệng.*

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

#### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Gồm các bệnh nhân ung thư hốc miệng có giải phẫu bệnh carcinoma tế bào gai được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại khoa ngoại Đầu cổ - Hàm mặt

<sup>1</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bá Khánh Trang

Email: bstrang.cdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 5.12.2023

bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2023 đến 11/2023.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân ung thư hốc miệng tái phát hoặc có tiền căn phẫu thuật, xạ trị vùng đầu cổ, lao hạch vùng cổ hoặc đã hóa trị tiền phẫu. Bệnh nhân có thời gian từ lúc chụp cắt lớp vi tính đến lúc phẫu thuật > 8 tuần.

## 2.2 Phương pháp nghiên cứu

**Nghiên cứu mô tả cắt ngang.** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn liên tục các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh tại khoa ngoại Đầu cổ - Hàm mặt bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh. Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh.

Bệnh nhân sẽ được khảo sát vùng đầu cổ bởi máy CT128 dãy đầu dò và CT256 dãy đầu dò của hãng GE Healthcare®, có chức năng chụp 2 mức năng lượng và phần mềm giảm nhiễu ảnh kim loại có tên là GSI, chụp với protocol đầu-cổ có tiêm thuốc tương phản. Đo DOI trên CT: Định nghĩa độ xâm lấn sâu là điểm sâu nhất mà bướu xâm lấn tính từ vị trí niêm mạc bình thường. Do hốc miệng là cấu trúc được chia thành 7 phần với đặc điểm hướng lan của bướu khác nhau, do đó chúng tôi sẽ khảo sát DOI dựa trên mặt phẳng cắt tối ưu nhất để đánh giá cho từng vị trí bướu nguyên phát. Cụ thể với những trường hợp ung thư bờ lưỡi chúng tôi sử dụng mặt phẳng axial và coronal, đối với ung thư sàn miệng, ung thư lưng lưỡi, ung thư khẩu cái cứng sử dụng mặt phẳng sagittal và coronal. Đối với ung thư niêm mạc má và ung thư nướu răng sử dụng mặt phẳng axial và coronal. Và cuối cùng chúng tôi sử dụng mặt phẳng axial và sagittal để đánh giá DOI trong ung thư tam giác hậu hàm. Khi khảo sát giữa các mặt phẳng cắt cho ra kết quả khác nhau, chúng tôi sử dụng kết quả DOI lớn hơn làm giá trị rDOI cuối cùng để ghi nhận vào kết quả nghiên cứu. DOI trên giải phẫu bệnh: Được xác định trên kính hiển vi quang học là kích thước từ vị trí bề mặt tiếp giáp giữa niêm mạc lành và bướu đo thẳng đứng xuống vị trí sâu nhất trên mẫu bệnh phẩm đã được xử lý.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hạch di căn khi có một trong các đặc điểm sau: (1) Đường kính ngắn nhất trên mặt phẳng cắt ngang  $\geq 10$  mm ngoại trừ trường hợp hạch nhóm II  $\geq 11$  mm hoặc một cụm  $\geq 3$  hạch nằm sát nhau (trong đó đường kính nhỏ nhất của mỗi hạch phải  $\geq 8$  mm và ở nhóm II là  $\geq 9$  mm), (2) mất rốn hạch, (3) hạch hoại tử, (4) xâm lấn vỏ bao. Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán hạch cổ xâm lấn vỏ bao gồm một trong những tiêu chuẩn như sau: (1) Hạch hoại tử trung tâm,

(2) hạch có bờ không đều (Gồm các tiêu chuẩn như hạch thâm nhiễm mỡ, hạch xâm lấn cấu trúc xung quanh).

Các số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng các phương pháp thống kê y học thông thường trong xử lý và phân tích kết quả. Các biến số được thống kê và trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ. Kết quả chụp cắt lớp vi tính sẽ được đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ. Sau đó sắp xếp các giá trị vào bảng 2 x 2 để xác định giá trị dương tính thật, dương tính giả, âm tính thật, âm tính giả. Mỗi tương quan giữa các biến số được dùng phép kiểm Chi bình phương cho biến định tính và phép kiểm T-Student cho biến định lượng, với chỉ số  $p < 0,05$  là có ý nghĩa thống kê. Độ tương hợp giữa chụp cắt lớp vi tính với kết quả giải phẫu bệnh chúng tôi dùng chỉ số Kappa.

Nghiên cứu được thực hiện sau khi Hội đồng Y đức bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh thông qua và chấp nhận.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 172 bệnh nhân ung thư hốc miệng, trong đó có 132 nam và 40 nữ. Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 57, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 23 và lớn tuổi nhất là 84. Phần lớn bệnh nhân thuộc độ tuổi 40-70 tuổi, chiếm 77,8%.

**Bảng 1. Vị trí bướu trong hốc miệng**

Vị trí bướu nguyên phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Lưỡi	114	66,3
Sàn miệng	42	24,4
Nướu răng	9	5,2
Niêm mạc má	5	2,9
Khẩu cái cứng	1	0,6
Tam giác hậu hàm	1	0,6
<b>Tổng</b>	<b>172</b>	<b>100%</b>

Kích thước bướu trung bình ghi nhận là  $46,7 \pm 1,25$  mm với kích thước nhỏ nhất đo được là 15 mm và kích thước lớn nhất đo được là 62 mm. Phần lớn trường hợp tổn thương ung thư hốc miệng ghi nhận có bắt thuốc cản quang, chủ yếu là bắt thuốc không đồng nhất chiếm 72,09%. Chỉ có 6,98% trường hợp không bắt thuốc cản quang trên CT. Nghiên cứu có 3 trường hợp xâm lấn xương hàm trên chiếm 1,74%, 7 trường hợp xâm lấn xương hàm dưới chiếm 5,81%, 8 trường hợp xâm lấn khoang cơ nhai chiếm 4,65%.

**Bảng 2. DOI trên chụp CT**

DOI	N	%
$\leq 5$ mm	12	7

5- 10 mm	49	28,5
> 10 mm	111	64,5
<b>Tổng</b>	<b>172</b>	<b>100%</b>

DOI trung bình ghi nhận là 14,03 ± 6,8mm, với DOI lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt là 33mm và 3mm.

**Bảng 3. Xếp hạng bướu dựa trên CT**

Xếp hạng bướu	N	%
T1	7	4,1
T2	53	30,8
T3	43	25
T4	69	40,1
<b>Tổng</b>	<b>172</b>	<b>100%</b>

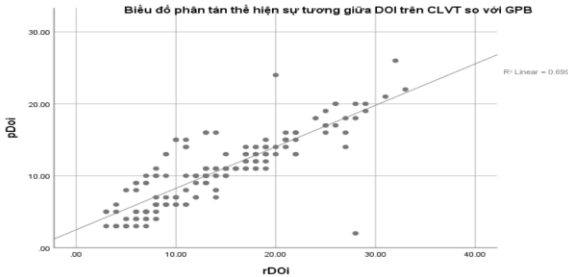
Nghiên cứu hơn 60% trường hợp được xếp giai đoạn bướu T3-T4 trên CT, trong đó có 40,1% trường hợp bướu T4.

**Bảng 4. Khảo sát hạch cổ di căn trên CT**

Đánh giá hạch cổ di căn trên CT	N	%
Có di căn hạch	85	49,42
Không di căn hạch	87	51,58
<b>Đánh giá hạch xâm lấn vỏ bao trên CT</b>		
Có xâm lấn vỏ bao	31	18,02
Không xâm lấn vỏ bao	141	84,3
<b>Đặc điểm hạch xâm lấn vỏ</b>		

**Bảng 7. Tương quan giữa DOI trên CT và giải phẫu bệnh**

Thông số	N	Min (mm)	Max (mm)	Trung bình (mm)	Hệ số tương quan r	Chi số p
DOI/CT	172	3	33	13,71 ± 6,85	0,975	< 0,001
DOI/GPB	172	3	23	12,70 ± 5,64		



**Biểu đồ 1. Biểu đồ phân tán thể hiện mối tương quan giữa DOI trên CT và GPB**

DOI trên CT có sự tương quan mạnh với DOI trên giải phẫu bệnh, với hệ số tương quan là 0,975 (p < 0,001). Quan sát trên biểu đồ, có thể thấy DOI trên CT có xu hướng chẩn đoán quá mức so với kết quả thực tế ghi nhận được trên giải phẫu bệnh.

**Bảng 8. Đối chiếu kết quả phân loại DOI dựa trên CT với giải phẫu bệnh**

	Kết quả giải phẫu bệnh DOI		Tổng
	≤ 5mm	> 5mm	

bao trên CT		
Hạch hoại tử trung tâm	14	45,16
Hạch có bờ không đều	10	32,25
Cả 2 đặc điểm đồng thời	7	22,59

**Bảng 5. Xếp hạng hạch dựa trên CT**

Xếp hạng hạch	N	%
N0	87	50,6
N1	32	18,6
N2	22	12,78
N3	31	18,02
<b>Tổng</b>	<b>172</b>	<b>100%</b>

Chúng tôi ghi nhận 87 trường hợp xếp hạng N0, chiếm 50,6%. Hạch xâm lấn vỏ bao tương ứng với giai đoạn N3 có 31 trường hợp chiếm 18,02%.

**Bảng 6. Xếp giai đoạn TNM dựa trên CT**

Xếp giai đoạn	N	%
I	7	4,1
II	36	20,9
III	36	20,9
IV	93	54,1
<b>Tổng</b>	<b>172</b>	<b>100%</b>

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận giai đoạn IV chiếm nhiều nhất với 54,1%. Phần lớn các trường hợp ung thư hốc miệng trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc giai đoạn III-IV, chiếm khoảng 75%.

Kết quả CT DOI	≤ 5mm	10	3	13
	> 5mm	13	146	159
	<b>Tổng</b>	26	149	172

Giá trị của CT trong phân định nhóm DOI với giá trị cắt là 5mm lần lượt là: Độ nhạy: 43,48%, độ đặc hiệu: 97,99%, giá trị tiên đoán dương: 76,92%, giá trị tiên đoán âm: 91,82%, độ chính xác: 90,7%.

**Bảng 9. Đối chiếu kết quả xếp hạng bướu trên CT với giải phẫu bệnh**

P < 0,001 Kappa = 0,71	Giải phẫu bệnh pT					
	T1	T2	T3	T4	Tổng	
CT (đánh giá trên CT)	T1	5	2	0	0	7
	T2	3	44	5	1	53
	T3	2	12	28	1	43
	T4	0	0	2	67	69
	<b>Tổng</b>	<b>10</b>	<b>58</b>	<b>35</b>	<b>69</b>	<b>172</b>

Các giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán xếp giai đoạn bướu: T1: độ chính xác = 5/10 = 50%, T2: độ chính xác = 44/58 = 75,86%, T3: độ chính xác = 28/35 = 80%, T4: độ chính xác = 67/69 = 97,10%. Độ chính xác

chung =  $144/172 = 83,72\%$ .

**Bảng 10. Đối chiếu kết quả xếp hạng hạch trên CT với giải phẫu bệnh**

P < 0,001 Kappa = 0,64		Giải phẫu bệnh pN				
		N0	N1	N2	N3	Tổng
cN (đánh giá trên CT)	N0	75	8	3	1	87
	N1	10	15	6	1	32
	N2	2	2	14	4	22
	N3	0	1	3	27	31
	Tổng	87	26	26	33	172

Các giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán xếp giai đoạn hạch: N0: độ chính xác =  $75/87 = 86,2\%$ , N1: độ chính xác =  $15/26 = 57,69\%$ , N2: độ chính xác =  $14/26 = 54,85\%$ , N3: độ chính xác =  $27/33 = 81,82\%$ . Độ chính xác chung =  $131/172 = 76,16\%$ .

**Bảng 11. Đối chiếu kết quả xếp giai đoạn trên CT với giải phẫu bệnh**

P < 0,001 Kappa = 0,83		Xếp giai đoạn dựa trên giải phẫu bệnh				
		I	II	III	IV	Tổng
Xếp giai đoạn dựa trên CT)	I	6	1	0	0	7
	II	4	22	6	4	36
	III	0	0	33	3	36
	IV	0	0	0	93	93
	Tổng	10	23	39	100	172

Nghiên cứu có 154 trường hợp xếp giai đoạn dựa trên CT đúng với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Có 18 trường hợp xếp giai đoạn chưa chính xác. Các giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán xếp giai đoạn bướu: Giai đoạn I: độ chính xác =  $6/10 = 60\%$ . Giai đoạn II: độ chính xác =  $22/23 = 95,65\%$ . Giai đoạn III: độ chính xác =  $33/39 = 84,61\%$ . Giai đoạn IV: độ chính xác =  $93/100 = 93\%$ . Độ chính xác chung =  $154/172 = 89,53\%$ . Việc xếp giai đoạn dựa trên cắt lớp vi tính có sự tương hợp mạnh với kết quả xếp giai đoạn TNM dựa trên giải phẫu bệnh với kappa = 0,83 (p < 0,0001).

#### IV. BÀN LUẬN

Khảo sát trên 172 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu để ra, chúng tôi ghi nhận trong đó có 132 bệnh nhân nam chiếm 76,7% và 40 bệnh nhân nữ chiếm 23,3%. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Lê Văn Quảng 2021, với tỷ lệ nam giới chiếm 73,4%, nữ giới chiếm 26,6%. Ung thư hốc miệng thường gặp ở bệnh nhân từ 60 đến 80 tuổi. Độ tuổi trung bình mắc ung thư hốc miệng trong nghiên cứu của chúng tôi tương có sự tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi 9,3%. Trong một nghiên cứu dịch tễ học của Neha Gupta và cộng sự dựa trên

dữ liệu ung thư toàn cầu đã chỉ ra rằng ung thư hốc miệng có xu hướng trẻ hóa với tỷ lệ bệnh nhân dưới 45 tuổi là 11,3%.

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 114 trường hợp ung thư lưỡi, 42 trường hợp ung thư sàn miệng lần lượt chiếm 66,3% và 24,4%, chiếm hơn 90%. Những trường hợp ung thư niêm mạc má, ung thư khẩu cái cứng và ung thư tam giác hậu hàm chiếm rất ít với tỷ lệ dưới 1%. Theo tác giả Lê Văn Quảng, ung thư lưỡi – sàn miệng chiếm hơn 90% tổng số bệnh nhân ung thư hốc miệng. Trong khi đó Shaw và cộng sự ghi nhận ung thư lưỡi – sàn miệng chiếm khoảng 60% bệnh nhân ung thư hốc miệng. Nhìn chung nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều ghi nhận lưỡi là vị trí thường gặp nhất trong ung thư hốc miệng chiếm 40 - 60%.

DOI là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến sống còn trên bệnh nhân ung thư hốc miệng. Năm 2021, Waech và cộng sự tiến hành khảo sát giá trị của chụp CT và cộng hưởng từ (CHT) trong việc đánh giá DOI trên bệnh nhân ung thư hốc miệng. Tác giả ghi nhận DOI trung bình trên CT đo được là 14mm (10-20mm). Tương tự với Waech, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận DOI trung bình 14,03mm (3-33mm). Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có biên độ của giá trị khá lớn, với phần lớn trường hợp (64,5%) có DOI > 10mm. Điều này tương đồng với việc phần lớn trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước bướu > 40mm. Hiện nay y văn ghi nhận có nhiều phương tiện hình ảnh học có thể đánh giá DOI trong ung thư hốc miệng bao gồm: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và PET/CT. Lee và cộng sự đã thực hiện một phân tích tổng hợp dựa trên 23 nghiên cứu với 1787 bệnh nhân khảo sát mối tương quan giữa các phương tiện hình ảnh học trong đánh giá DOI đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh. Nhóm tác giả đã kết luận siêu âm, CT và CHT đều có sự tương quan chặt chẽ với DOI trên giải phẫu bệnh, trong đó siêu âm có hệ số tương quan cao nhất, kể đến là chụp CHT và CT với hệ số tương quan lần lượt là 0,91; 0,85; 0,82. Trong khi đó, một nghiên cứu khác của Baba và cộng sự tiến hành so sánh hiệu quả của CT và CHT trong đánh giá DOI trong ung thư lưỡi lại ghi nhận CT có hệ số tương quan tốt hơn so với CHT ( $0,79 > 0,66-0,69$ ). Một nghiên cứu gần đây của Bùi Thị Thanh Tâm và Huỳnh Quang Huy cũng ghi nhận CT là phương tiện hữu hiệu trong đánh giá DOI với hệ số tương quan khi đối chiếu với giải phẫu r = 0,79.

Khi phân loại DOI trên CT thành các phân

nhóm chúng tôi ghi nhận độ chính xác trong chẩn đoán DOI là 90,7% với độ nhạy và độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt là 43,88%, 97,99%, 76,92%, 91,82%. Locatello và cộng sự sau khi khảo sát DOI trên các mặt phẳng tối ưu lại cho kết quả độ chính xác, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt là 75,41%, 68,75%, 77,78%, 52,38%, 87,5%. Trong khi đó Naha và cộng sự lại ghi nhận CT có độ nhạy cao (88,2%) và độ đặc hiệu thấp (44,7%) trong chẩn đoán DOI trên 63 trường hợp bệnh nhân ung thư hạch miệng. Lý giải sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về dân số nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ trường hợp bướu xâm lấn sâu > 10mm lên đến 61,5% trong khi đó nghiên cứu của Naha có hơn 50% trường hợp DOI < 10mm.

Chúng tôi ghi nhận xếp hạng bướu trên CT có sự tương hợp cao so với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ chỉ số kappa = 0,71 (p < 0,001), tương ứng với mức độ tương hợp trung bình. CT có độ chính xác trong xếp hạng bướu là 83,72%, đặc biệt trong nhóm bướu T4 độ chính xác trong chẩn đoán của CT lên đến 99,71%.

**Bảng 12. Bảng so sánh giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán hạch cổ xâm lấn vỏ bao**

Tác giả	N	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	Giá trị tiên đoán dương %	Giá trị tiên đoán âm %	Độ chính xác %
Url	49	76	91	81	88	86
Zoumalan	17	95	85	69	98	88,52
Aiken	111	68	88	66	89	83
Ariji	703	66,9	89,7	69,2	89	84
Prabu	432	72,2	98	65	98,5	96,7
<b>NC này</b>	<b>106</b>	<b>88</b>	<b>96,25</b>	<b>84,62</b>	<b>95,06</b>	<b>93,4</b>

Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả khác là độ nhạy không quá cao, độ đặc hiệu cao. Độ nhạy và độ chính xác trong nghiên cứu này tương đối cao hơn so với các nghiên cứu khác. Lý giải sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân bướu T3-T4 (65,1%), hơn 50% bệnh nhân phát hiện hạch cổ di căn trước phẫu thuật và 75% bệnh nhân được xếp giai đoạn III-IV. Trong khi các nghiên cứu khác tỷ lệ bệnh nhân bướu T3-T4 chỉ dao động 40-58%. Việc phần lớn dân số nghiên cứu ở giai đoạn muộn làm tăng tỷ lệ hạch xâm lấn vỏ bao. Tỷ lệ hạch xâm lấn vỏ bao trên nhóm bệnh nhân di căn hạch cổ âm thầm cũng là một yếu tố gây ảnh hưởng đến giá trị chẩn đoán của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này chỉ có 1,15% trong khi đó theo Shaw tỷ lệ này lên đến 16%.

Trong khi đó nghiên cứu của Qureshi trên 100 bệnh nhân ung thư hạch miệng lại ghi nhận mức độ tương hợp kém giữa CT và giải phẫu bệnh trong xếp giai đoạn bướu, với 25% trường hợp chẩn đoán dưới mức và 19% trường hợp chẩn đoán quá mức.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị chẩn đoán hạch cổ di căn của chụp CT ghi nhận lần lượt như sau: độ nhạy 75,38%, độ đặc hiệu 85,37%, giá trị tiên đoán dương 87,5%, giá trị tiên đoán âm 70%, độ chính xác 79,24%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Okeke, các giá trị của chụp CT trong khảo sát hạch cổ di căn là: độ nhạy 87,1%, độ đặc hiệu 71,4%, giá trị tiên đoán dương 85%, giá trị tiên đoán âm 75%, độ chính xác 81,7%. Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác thấp hơn so với tác giả Okeke, tuy nhiên giá trị tiên đoán âm của chúng tôi lại nhỉnh hơn. Sự khác biệt này là do tiêu chuẩn chẩn đoán hạch giữa cổ nghi ngờ di căn trên chụp CT có sự khác nhau. Okeke chọn ngưỡng kích thước hạch > 1 cm để chẩn đoán trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi áp dụng ngưỡng 1,5 cm đối với hạch nhóm IB-II và ngưỡng 1 cm với những nhóm hạch còn lại.

Tương tự xếp hạng bướu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa xếp hạng hạch trên CT và giải phẫu bệnh, với độ tương hợp ở mức khá kappa = 0,64. Có 44 trường hợp xếp hạng hạch chưa chính xác, trong đó có 23 trường hợp chẩn đoán dưới mức và 21 trường hợp xếp hạng hạch quá mức chiếm lần lượt 13,37% và 12,2%. Trong khi đó, nghiên cứu của Rabie và cộng sự lại không ghi nhận sự tương hợp giữa CT và kết quả giải phẫu bệnh trong xếp hạng hạch với 35,2% trường hợp chẩn đoán quá mức và 23,1% bị chẩn đoán dưới mức. Lý giải sự khác biệt này có thể do tỷ lệ di căn hạch âm thầm trong nghiên cứu của Rabie khá cao, lên đến 38,8% làm ảnh hưởng đến giá trị của chẩn đoán, trong khi đó tỷ lệ hạch cổ di căn âm thầm trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,79%.

Khi tiến hành xếp giai đoạn bệnh TNM theo AJCC 8th chúng tôi cũng ghi nhận CT có sự

tương hợp tốt với kết quả giải phẫu bệnh trong xếp giai đoạn với kappa = 0,83. Độ chính xác của cắt lớp vi tính trong xếp giai đoạn là 89,53%. Tỷ lệ xếp hạng bướu (25,58%) và xếp hạng hạch (25,57%) chưa chính xác còn tương đối cao tuy nhiên do phần lớn trường hợp là T3-T4 với DOI > 10mm do đó khi xếp giai đoạn TNM kết quả không bị thay đổi nhiều. Nhìn chung xếp giai đoạn TNM theo AJCC vẫn là hệ thống đơn giản, dễ sử dụng trong chẩn đoán ung thư hốc miệng. CT vẫn là phương tiện hữu ích và hiệu quả trong chẩn đoán giai đoạn ung thư hốc miệng, đặc biệt trong chẩn đoán DOI và hạch xâm lấn vỏ bao – những yếu tố tiên lượng xấu đối với bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Đặc điểm hình ảnh ung thư hốc miệng là dạng tổn thương choán chỗ bắt thuốc cản quang chủ yếu là bắt thuốc không đồng nhất. Bướu có kích thước trung bình 46,7±1,25mm, DOI trung bình 14,03 ± 6,8mm. Tỷ lệ hạch cổ di căn 50,58% trong đó tỷ lệ hạch xâm lấn vỏ bao là 15,69%.

CT có tương quan mạnh với GPB sau mổ trong đánh giá DOI với r = 0,84. Giá trị CT chẩn đoán hạch cổ di căn lần lượt là: độ nhạy 84,21%, độ đặc hiệu 58,69%, giá trị tiên đoán dương 36,78%, giá trị tiên đoán âm 92,94%, độ chính xác 64,53%. Giá trị CT chẩn đoán hạch xâm lấn vỏ bao của chụp cắt lớp vi tính lần lượt như sau: độ nhạy 81,82%, độ đặc hiệu 97,12%, giá trị tiên đoán dương 87,1%, giá trị tiên đoán âm 95,74%, độ chính xác 94,19%. CT có vai trò hỗ trợ thăm khám lâm sàng trong chẩn đoán hạch xâm lấn vỏ bao, góp phần làm tăng độ

nhạy và độ chính xác trong việc chẩn đoán giai đoạn trước phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shaw RJ, Lowe D, Woolgar JA, et al.** Extracapsular spread in oral squamous cell carcinoma. *Head & neck.* Jun 2010;32(6):714-22. doi:10.1002/hed.21244
2. **Lee MK, Choi Y.** Correlation between radiologic depth of invasion and pathologic depth of invasion in oral cavity squamous cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. *Oral Oncol.* Jan 2023;136:106249. doi:10.1016/j.oraloncology.2022.106249
3. **Bùi Thị Thanh Tâm HQH.** nghiên cứu vai trò của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư lưỡi. *điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam.* 2021;42:37-42.
4. **Qureshi TA, Wasif M, Awan MS, Muhammad AY,** Mughal A, Ameen A. Role of contrast enhanced computed tomography in assessing cervical lymph node metastases in oral cavity squamous cell carcinoma. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association.* Mar 2021;71(3):826-829. doi:10.47391/jpma.594
5. **Okeke U-A, Ajike S-O,** Saheeb B-D, Igashi J-B. Efficacy of Computed Tomography and Ultrasonography in Diagnosis of Metastatic Cervical Lymph Nodes in Orofacial Cancer. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2021;33(117):201-208. doi:10.22038/ijorl.2021.49018.2628
6. **Almulla A, Noel CW, Lu L, et al.** Radiologic-Pathologic Correlation of Extranodal Extension in Patients With Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity: Implications for Future Editions of the TNM Classification. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* Nov 15 2018;102(4):698-708. doi:10.1016/j.ijrobp.2018.05.020
7. **Rabie ER SC.** The Correlation between Clinical and Pathological Lymph Node Status in Oral Squamous Cell Carcinoma. *Oral Cancer Research.* 2021:49-56.

## YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI SECUKINUMAB Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Nguyễn Thị Như Hoa<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Vân<sup>3</sup>

nhân viêm cột sống dính khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu kết hợp một phần hồi cứu trên 66 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được điều trị bằng secukinumab tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2022. **Kết quả:** Có 28,8% bệnh nhân không đáp ứng với thuốc secukinumab (19/66 bệnh nhân), trong đó 7,6% không đáp ứng nguyên phát và 21,2% không đáp ứng thứ phát. Có sự liên quan giữa việc tuân thủ điều trị với tình trạng không đáp ứng với thuốc secukinumab. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị sẽ có tỷ lệ không đáp ứng thứ phát với thuốc cao hơn so với những bệnh nhân tuân thủ điều trị (p < 0,05). **Kết luận:**

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan với tình trạng không đáp ứng với secukinumab ở bệnh

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Hoa

Email: nhuhoanguyen83@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023