

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH 64 DÂY ĐỂ CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ XÂM LẤN VÀ DI CĂN HẠCH TRONG UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

NGUYỄN VĂN THÁI¹, BÙI THỊ MỸ HẠNH²
LÊ VĂN QUẢNG³, NGUYỄN VĂN HIẾU³

¹ Viện Y học phóng xạ & Ung bướu Quân đội

² Bộ môn Giải phẫu bệnh- Đại học Y Hà Nội

³ Bộ môn Ung thư - Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của CLVT 64 dãy trong chẩn đoán mức độ xâm lấn và di căn hạch của ung thư đại tràng. **Thiết kế nghiên cứu:** Bao gồm 60 bệnh nhân có chẩn đoán sinh thiết là ung thư đại tràng, được phẫu thuật cắt bỏ u, có đánh giá tổn thương trong phẫu thuật và chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ để so sánh với chẩn đoán chụp cắt lớp vi tính 64 dãy. **Kết quả:** Độ nhạy của CLVT 64 dãy trong việc chẩn đoán ung thư đại tràng đã xâm lấn tổ chức xung quanh: 44/44 = 100%. Độ đặc hiệu: 12/16 = 75%. Độ chính xác: (44 + 12)/60 = 93,3%. Đối chiếu chẩn đoán hạch trên CLVT với mô bệnh học cho kết quả: Độ nhạy: 64%; Độ đặc hiệu: 71,4%; Độ chính xác: 68,3%; Giá trị dự báo dương tính: 61,5% và giá trị dự báo âm tính: 73,5%. Các kết quả nghiên cứu đã được so sánh và bàn luận.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, chụp cắt lớp vi tính, Colorectal cancer, CT colonography.

SUMMARY

RESEARCH ON SOME CHARACTERISTICS OF INJURY OF COLORECTAL CANCER THROUGH ENDOSCOPY, 64-ROW CT COLONOGRAPHY AND POST-OPERATIVE SURGERY IN K HOSPITAL

Describe some characteristics of colorectal cancer through endoscopy, 64-row CT Colonography and surgery of patients operated in K Hospital, Hanoi from May 2014 to August 2015. Research designing: describe cyst cutting in over 60 patients of colorectal cancer with diagnosis of endoscopy, 64-row CT Colonography and post-operative surgery result. Result: 1/ Endoscopy showed the most common rough shape: 43.3%, the position of the most common liver-angle colorectal cancer (30%), group of cancer accounts for over 3/4 of the highest perimeter: 63.0%. These results were different with overall diagnosis without statistic meaning. 2/ For the tumor size on 64-row film and overall range had a difference without statistic meaning ($p>0.05$). About position: On 64-row film, cecum tumor was undetectable, tumors in other

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Thái

Địa chỉ: Viện Y học phóng xạ & Ung bướu Quân đội

Email: bacsithaiubqd@gmail.com

Ngày nhận: 09/12/2016

Ngày phân biện: 28/12/2016

Ngày duyệt bài: 08/1/2017

Ngày xuất bản: 30/1/2017

positions had a difference with statistic meaning between 64-row Colonography and PT scanner. Amongst 44 patients, tumors invaded into surrounding tissues on surgery all 44 cases of CT Colonography were correctly diagnosed. 16 cases had tumors living in colon on surgery: CT scanner correctly diagnosed 12 patients, there were 4 cases incorrectly diagnosed by CT Colonography that tumors invaded into surrounding tissues (wrongly positive). 3/ Overall, rough shape accounted for 43.3%, ulcerated rough shape 43.3%, ulcerated shape 5%, impregnation 6.7%; type of gland carcinoma (81.7%) and mucous carcinoma (18.3%). For clinical stage, tumors have invaded into surrounding tissues accounting for 73.4%, there was no case in Tis stage, there were 10 patients (16.7%), ganglion metastasis mainly was colon-edged ganglion, less than 3 ganglions made up 33.3%.

Keywords: Colorectal cancer, 64 Row CT colonography.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh thường gặp ở các nước phát triển và có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển. Hàng năm toàn thế giới có khoảng 1,3 triệu trường hợp mới mắc và 600.000 trường hợp chết vì bệnh này [1]. Hiện nay với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh công hưởng từ với từ lực cao và máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò đã đem lại hiệu quả cao trong việc chẩn đoán, đánh giá mức độ xâm lấn và di căn trong ung thư đại tràng [2]. Tại Bệnh viện K Hà Nội, việc sử dụng CLVT 64 dãy trong chẩn đoán bệnh UTĐT đã được áp dụng trong hai năm gần đây, song hiện chưa có đề tài nào đi sâu vào tìm hiểu đặc điểm hình ảnh cũng như vai trò của CLVT 64 dãy trong chẩn đoán bệnh lý này. Với mong muốn xác định giá trị của CLVT 64 dãy trong đánh giá mức độ xâm lấn và di căn hạch của UTĐT, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá giá trị của CLVT 64 dãy trong chẩn đoán mức độ xâm lấn và di căn hạch của ung thư đại tràng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 60 bệnh nhân UTĐT vào điều trị tại Bệnh viện K từ 5/2014 đến 8-2015. BN có chẩn đoán sinh thiết nội soi là UTĐT, được chụp CLVT 64 dãy, được phẫu thuật tại BV K, có kết quả MBH là ung thư biểu mô tuyến đại tràng. Loại trừ các trường hợp không thỏa mãn bất kỳ tiêu chuẩn chọn lựa đã nêu trên, các trường hợp UTĐT tái phát, bệnh nhân có hai ung thư hoặc không xác định được u

nguyên phát, BN đã điều trị từ nơi khác chuyển đến.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu.
 - Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích.
 - Biến số nghiên cứu: Hình ảnh chụp 64 dãy (vị trí u, kích thước u, mức độ xâm lấn, hạch di căn)/ typ mô bệnh học/giai đoạn bệnh trước phẫu thuật (PT)/giai đoạn bệnh sau PT/ Độ nhạy, độ đặc hiệu, tỷ lệ dương tính giả và âm tính giả của chụp 64 dãy so với chẩn đoán giải phẫu bệnh sau PT.

- Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

+ Tính chất xâm lấn của u: U khu trú trong thành đại tràng (T1 – T2 – T3): Thành đại tràng dày lên, bờ ngoài đại tràng còn đều và rõ nét, lớp mỡ xung quanh không thấy thâm nhiễm. U xâm lấn tổ chức xung quanh (T4a): Thành ĐT dày lên không đều, bờ ngoài ĐT nhám nhỏ hay dạng nốt, thâm nhiễm mờ lớp mỡ quanh ĐT. U xâm lấn tạng lân cận (T4b): Phần tiếp giáp thành có u ĐT với các tạng xung quanh mất ranh giới, không còn lớp mỡ sáng ngăn cách, hoặc phát triển vào trong cơ quan lân cận gây biến dạng cơ quan lân cận.

+ Đặc điểm hạch di căn: Hạch có KT ≥ 1 cm, cấu trúc hạch không đều có thể có hình ảnh phá vỡ vỏ, mất cấu trúc rốn hạch

+ Định typ mô bệnh học theo phân loại của WHO 2010.

- Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu, đã mã hóa, nhập vào máy tính theo phần mềm SPSS 20.0. So sánh các đại lượng bằng Test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Xác định các chỉ số: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác bằng phương pháp lập bảng 2x2 (Độ nhạy = $a / a + c$; Độ đặc hiệu = $d / b + d$; Độ chính xác = $a + d / a + b + c + d$; Dự báo dương tính = $a / a + b$; Dự báo âm tính = $d / c + d$; RR = $a / (a + c)$; $b / (b + d)$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật

	Typ mô bệnh học			Độ biệt hóa		
	n	%	p	n	%	
Ung thư biểu mô tuyến	49	81,7	<0,05	Cao	8	13,3
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	11	18,3		Vừa	38	63,3
Tổng	60	100,0		Kém	14	23,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ gặp 2 typ, trong đó typ ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 81,7%, ung thư biểu mô tuyến nhầy chiếm 18,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ biệt hóa vừa chiếm nhiều nhất (63,3%).

Bảng 2. Kết quả chụp 64 dãy và phẫu thuật

Đặc điểm	Chụp 64 dãy		Trên phẫu thuật		Trên đại thể	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
	Kích thước u					
1 – 4,9 cm	22	36,7	23	38,3	25	41,7
5 – 9,9 cm	28	46,7	28	46,7	23	38,3
≥ 10 cm	10	16,7	9	15	12	20
	Vị trí u					
Đại tràng lên	7	11,7				
Đại tràng góc gan	20	33,3	8	13,3		
Đại tràng ngang	8	13,3	18	30		
Đại tràng góc lách	5	8,3	9	15		
Đại tràng xuống	6	10	4	6,7		
Đại tràng sigma	13	21,7	5	8,3		
Đại tràng ngang và góc gan	1	1,7	15	25		
Manh tràng			1	1,7		
	Số lượng u					
Một u	59	98,3	60	100,0		
Hai u	1	1,7				

Nhận xét: Về kích thước u trên phim chụp 64 dãy và trên phẫu thuật có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Về vị trí: Trên phim chụp 64 dãy không phát hiện được 1 trường hợp u manh tràng, u

tại các vị trí có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chụp 64 dãy và trên PT.

Bảng 3. Về tính chất xâm lấn của u trên chụp 64 dãy và phẫu thuật

Đặc điểm	Chụp 64 dãy		Trên phẫu thuật	
	n	%	n	%
Giai đoạn xâm lấn				
Giai đoạn u khu trú đại tràng:	12	20	8	13,4
+ Niêm mạc + dưới niêm + cơ đại tràng (T1- T2)	1	1,7	1	1,7
+ Thanh mạc (T3)	11	18,3	7	11,7
Giai đoạn u xâm lấn TCXQ:	48	80	52	86,6
+ Tổ chức mỡ (T4a)	41	68,3	35	58,3
+ Các tạng cạnh đại tràng (T4b)	7	11,7	17	28,3
Tổng	60	100	60	100

Nhận xét: Đánh giá mức độ xâm lấn trên phim chụp 64 dãy và trên phẫu thuật không có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Kết quả chẩn đoán mức xâm lấn trên CLVT 64 dãy và trên đại thể

Đại thể 64 dãy	Xâm lấn TCXQ	Khu trú ở thành đại tràng	Tổng
Giai đoạn u xâm lấn TCXQ	44	4	48
Giai đoạn u khu trú thành đại tràng	0	12	12
Tổng	44	16	60

Nhận xét: Trong số 44 bệnh nhân u đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh trên giải phẫu bệnh thì cả 44 trường hợp CLVT đều chẩn đoán đúng. 16 trường hợp u khu trú ở đại tràng trên giải phẫu bệnh: CLVT đã chẩn đoán đúng 12 bệnh nhân, có 4 trường hợp CLVT chẩn đoán nhầm là u đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh (dương tính giả). Độ nhạy của CLVT 64 dãy trong việc chẩn đoán ung thư đại tràng đã xâm lấn tổ chức xung quanh: $44/44 = 100\%$. Độ đặc hiệu: $12/16 = 75\%$. Độ chính xác: $(44 + 12)/60 = 93,3\%$.

Bảng 5. Kết quả chẩn đoán hạch trên CLVT và mô bệnh học

GPB CLVT	Có di căn hạch	Không di căn hạch	Tổng
Hạch ác tính	16	10	26
Không thấy hạch ác tính	9	25	34
Tổng	25	35	60

Nhận xét: 26 bệnh nhân có tổn thương hạch ác tính trên CLVT 64 dãy, chiếm 43,3%. Tỷ lệ hạch ác tính trên CLVT bị di căn trên vi thể là 61,5%. Có 19 trường hợp CLVT chẩn đoán hạch sai trong đó có 9 trường hợp là âm tính giả (do hạch di căn nhỏ hơn 1 cm hoặc có thể CLVT bỏ sót) và 10 trường hợp dương tính giả là những trường hợp hạch to do phản ứng viêm. Đối chiếu chẩn đoán hạch trên CLVT với mô bệnh học cho kết quả: Độ nhạy: 64%; Độ đặc hiệu: 71,4%; Độ chính xác: 68,3%; Giá trị dự báo dương tính: 61,5% và giá trị dự báo âm tính: 73,5%.

BÀN LUẬN

- Xác định có u: Trong tổng số 60 u nghiên cứu, trên CLVT phát hiện khối u có độ chính xác là 100%, sỡ dĩ có tỷ lệ cao như vậy là do một phần CLVT được thực hiện sau khi khối u đã được xác định bằng nội soi. Theo nghiên cứu của nhóm các tác giả Taral Dosil và CS từ khoa chẩn đoán hình ảnh trường Đại học Chicago, lấy từ Tạp chí Radiology, có rất nhiều âm tính giả do lỗi người đọc chưa đủ kinh nghiệm, bỏ sót với những khối u kích thước nhỏ (polyp), ngoài ra còn do lỗi kỹ thuật, lỗi do hình giả do sự thô trong quá trình chụp, lỗi do sự giãn lòng ruột không đủ tốt và đôi khi do dịch trong ruột ứ đọng, lỗi do phân tồn dư... Kết quả trong 114 trường hợp âm tính giả, có 60/114, chiếm 53% trường hợp lỗi do người đọc, có 26% trường hợp lỗi liên quan đến kỹ thuật, lỗi liên quan cả kinh nghiệm người đọc và kỹ thuật là 8/147 u tuyến đường kính khoảng 6 mm, chiếm 5,4%.

- Về vị trí tổn thương: Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu vị trí khối u hay gặp là ĐTGG (CLVT: 33,3%, PT 30%) độ chính xác là 83,3%, ĐTSM (CLVT: 21,7%, PT: 25%) độ chính xác là 96,7%. Ít gặp nhất là MT 0% trên CLVT và 1,7% PT độ chính xác là 98,3%. Theo y văn thế giới, trong vài thập kỷ qua đã có sự chuyển dịch ung thư từ trực tràng và đại tràng trái sang các ung thư ở vị

trí đại tràng phải. Người ta cho rằng đó là do kết quả của việc sàng lọc bệnh tốt hơn. Theo Phan Văn Hạnh, đại tràng phải là 45,3%; đại tràng trái là 43,3%; đại tràng ngang là 8,6% và u nhiều vị trí là 2,6% [3].

- Về số lượng tổn thương: Theo kết quả nghiên cứu, số lượng u trong UTĐT thường là 1 khối u, những trường hợp 2 thì ngoài u lớn, phần còn lại là u ở dạng polyp. Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận một trường hợp có u đại tràng góc lách kết hợp với polyp k hóa trực tràng cao. Theo Phan Văn Hạnh, nhìn chung tổn thương UTĐT là đơn tổn thương với tỉ lệ 85,5%; tổn thương nhiều vị trí phát hiện qua nội soi là 3,9%; tỉ lệ ung thư có phối hợp với polyp là 8,6%; ung thư phát triển trên nền polyp là 0,7% [3].

- Về kích thước tổn thương: Trong tổng số 60 khối u nghiên cứu, khối u 1- 4,9 cm chẩn đoán đúng là 20/22 (90,9%), khối u 5 - 9,9 cm chẩn đoán đúng là 21/28 (75%), khối u >10 cm chẩn đoán đúng là 9/10 (90%).

- Về hình dạng tổn thương: Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu thì tất cả tổn thương đều có hình khối có một bệnh nhân vừa có u đại tràng góc lách vừa có polyp k hóa tại trực tràng và đều được CLVT 64 dãy chẩn đoán đúng. Theo nghiên cứu của Horton, Viện Y Khoa Johns Hopkins, hình ảnh CT điển hình chỉ ra khối mô mềm kín đáo làm hẹp lòng đại tràng. Khối lớn sẽ hoại tử trung tâm và như vậy sẽ xuất hiện khối với hình ảnh giảm tỷ trọng trung tâm hoặc hiếm hơn là tỷ trọng khí. Hình ảnh này trông như một áp xe. Hơn nữa, tỷ lệ cao UTĐT biểu hiện dưới dạng dày thành khu trú và làm hẹp lòng đại tràng. Sự khác nhau của đặc điểm hình ảnh này nhấn mạnh tầm quan trọng sạch lòng ĐT và giãn đại tràng tốt dưới sự hỗ trợ của nước. Riêng ĐTSM có hình ảnh dày thành dạng khối lệch tâm và làm hẹp lòng ruột [4], [5], [6].

- Đặc điểm xâm lấn của tổn thương: Tổn thương xâm lấn là một trong những yếu tố quan trọng trong tiên lượng bệnh, phác đồ điều trị phụ thuộc vào mức xâm lấn, vì vậy vấn đề chẩn đoán chính xác tổn thương xâm lấn để xây dựng phác đồ điều trị tốt nhất cho người bệnh là rất quan trọng. Chẩn đoán GPB chỉ thực hiện sau mổ nên chỉ có giá trị hồi cứu. Chụp CLVT 64 dãy là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong tổn thương xâm lấn trước điều trị. Chúng tôi đã tiến hành chụp CLVT 64 dãy cho 60 bệnh nhân để đánh giá mức xâm lấn, kết quả cho thấy 80% khối u đã xâm lấn ra tổ chức xung quanh, chỉ có 20% còn khu trú ở thành đại tràng. Tiến hành đối chiếu kết quả này với GPB cho thấy độ nhạy của phương pháp là 100%, độ đặc hiệu 75%, độ chính xác là 93,3%. Theo nhóm tác giả Horton và CS từ khoa chẩn đoán hình ảnh của Viện Y Khoa Johns Hopkins, CLVT đánh giá độ lan rộng của khối u là khối ngoài đại tràng hoặc đơn giản là hình ảnh dày và thâm nhiễm lớp mỡ

quanh ĐT, lan rộng của khối u còn được đánh giá là sự mất lớp mỡ giữa ĐT và cơ quan lân cận [4]. Nghiên cứu của Freeny và CS [7] cho kết quả độ nhạy là 61% và độ đặc hiệu là 81% trong đánh giá lan rộng khu trú của khối u; một nghiên cứu khác của Acunas B và CS đã chỉ ra độ nhạy là 60% và độ đặc hiệu là 67% [8].

- Đặc điểm di căn hạch của UTĐT qua chụp CLVT 64 dãy: Di căn hạch là một yếu tố quan trọng trong xây dựng phác đồ điều trị và tiên lượng bệnh. Do đó việc phát hiện di căn hạch là vấn đề luôn được quan tâm. Để đánh giá tỷ lệ di căn hạch chúng tôi đã tiến hành phẫu tích tất cả các bệnh phẩm u, hạch. Tổng số trong 60 trường hợp ung thư đại tràng được chụp CLVT 64 dãy đều được phẫu thuật, nạo vét hạch. Bệnh phẩm được phẫu tích, đo kích thước, quan sát đại thể và vi thể trong đó 27 ca có hạch dương tính còn lại 33 ca hạch âm tính. Qua phẫu tích chúng tôi nhận thấy tất cả hạch dương tính đều có hình bầu dục, kích thước ≥ 1 cm, mặt độ chắc, vỏ dày không đồng nhất. Hình ảnh CLVT 64 dãy cũng chỉ ra những hạch di căn là những hạch có vỏ tăng tín hiệu và không đồng nhất, kích thước ≥ 1 cm kết quả này phù hợp Dworak O. Tiến hành đối chiếu di căn hạch qua chụp CLVT 64 dãy với GPB cho thấy giá trị của phương pháp chẩn đoán với độ nhạy = 64%, độ đặc hiệu = 71,4%, độ chính xác = 68,3%. Đánh giá giai đoạn hạch trong nghiên cứu, việc sử dụng hình ảnh cắt ngang phối hợp hình ảnh tái tạo đa mặt phẳng cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn khi chỉ dùng hình ảnh cắt ngang, đường kính của hạch chính xác hơn và phân biệt tốt hơn giữa hình ảnh hạch và những mạch máu nhỏ quanh ĐT khi dùng những hình ảnh tái tạo đa mặt phẳng [9]. Trong nghiên cứu của Antonella Filippone có mối liên quan giữa giải phẫu bệnh và hình ảnh CLVT ở giai đoạn N, với độ chính xác và độ nhạy cao hơn những thông báo trước. Sự khác nhau này là do hình ảnh tái tạo đa mặt phẳng kết hợp với những tiêu chí trên CLVT. Đánh giá giai đoạn N trên CLVT không chỉ dựa vào kích thước hạch (hạch vùng ≥ 10 mm), mà còn dựa vào số lượng hạch. Trong nghiên cứu của Kanamoto T và CS, 20% BN trong nghiên cứu có hạch ≤ 3 mm, các tác giả khác chỉ xem là hạch vùng, điều này làm tăng độ đặc hiệu và giảm độ nhạy. Theo quan điểm của tác giả, độ nhạy cao quan trọng hơn độ đặc hiệu vì đánh giá thấp giai đoạn hạch nguy hiểm cho BN UTĐT vì có thể dẫn đến bỏ qua điều trị. Kết quả nghiên cứu của tác giả thấy độ nhạy là 90% tương ứng với độ đặc hiệu là 77%. Theo Burton và cộng sự việc đánh giá tình trạng hạch là thiết yếu trước khi nên phác đồ điều trị. Những trường hợp có di căn hạch có thể sẽ yêu cầu điều trị hỗ trợ để giảm tỷ lệ tái phát. Tương ứng với phân loại TNM thì tiêu chuẩn phân loại N của Burton như sau:

N0: không có hạch > 1cm, không có đám tổn thương bất thường hạch

N1: 1 – 3 hạch > 1cm hoặc có đám tổn thương bất thường của ≥ 3 hạch có kích thước bình thường

N2: > 3 hạch trên 1 cm

Độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn hạch không tốt bằng giai đoạn T, trong những nghiên

cứu rất sớm từ những thập kỷ 80 độ nhạy thấp từ 26 – 73% và độ đặc hiệu cũng thấp từ 58 – 96% đối với CLVT thường với độ dày lát cắt 10 mm, trong khi đó độ nhạy từ 86 – 96% và độ đặc hiệu từ 75 – 82% với những nghiên cứu từ năm 2000 với CLVT đa dãy có độ dày lát cắt từ 1 – 3 mm. Mặc dù CLVT không cung cấp cho chúng ta độ chính xác lý tưởng trong phân loại giai đoạn hạch, nhưng điều này cũng không thực sự là một vấn đề lâm sàng có ý nghĩa sống còn đối với ung thư đại tràng bởi vì có hạch vùng lớn không phải là chống chỉ định cho phẫu thuật và vét hạch được thực hiện thường quy trong phẫu thuật. Tuy vậy vai trò của chẩn đoán giai đoạn hạch trước điều trị có ý nghĩa quan trọng trong việc lập phác đồ điều trị phù hợp với từng bệnh nhân.

KẾT LUẬN

- Về kích thước u và đánh giá sự xâm lấn của u trên phim chụp 64 dãy và trên phẫu thuật có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Độ nhạy của CLVT 64 dãy trong việc chẩn đoán ung thư đại tràng đã xâm lấn tổ chức xung quanh: 44/44 = 100%. Độ đặc hiệu: 12/16 = 75%. Độ chính xác: $(44 + 12)/60 = 93,3\%$.

- Đối chiếu chẩn đoán hạch trên CLVT với mô bệnh học cho kết quả: Độ nhạy: 64%; Độ đặc hiệu: 71,4%; Độ chính xác: 68,3%; Giá trị dự báo dương tính: 61,5% và giá trị dự báo âm tính: 73,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fatima A Haggan and Robin P Boushey** (2009), Colorectal Cancer Epidemiology: Incidence, Mortality, Survival, and Risk Factors. *Clin Colon Rectal Surg.* 2009 Nov; 22(4): 191–197.

2. **Narayanan S, Kalra N, Bhatia A, Wig J et al** (2014), Staging of colorectal cancer using contrast-enhanced multidetector computed tomographic colonography. *Singapore Med J;* 55 (12): 660-6.

3. **Phan Văn Hạnh** (2004), *Nhận xét tổn thương ung thư đại tràng qua nội soi ống mềm đối chiếu với lâm sàng và giải phẫu bệnh tại Bệnh viện K từ 2000 đến 2004*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr61-65.

4. **Horton KM, Abrams RA, Fishman EK** (2000), Spiral CT of colon cancer: imaging features and role in management, *RadioGraphics;* 20:419-430.

5. **Jin KN, Lee JM, Kim SH, et al** (2006), The diagnostic value of multiplanar reconstruction on MDCT colonography for the preoperative staging of colorectal cancer. *Eur Radiol;*16:2284-2291.

6. **Moawad FJ, Maydonovitch CL, Cullen PA, Barlow DS, Jenson DW, Cash BD** (2010), CT colonography may improve colorectal cancer screening compliance. *Am J Roentgenol;* 195:1118-1123.

7. **Freeny PC, Marks WM, Ryan JA, Bolen JW** (1986), Colorectal carcinoma evaluation with CT: preoperative staging and detection of postoperative recurrence, *Radiology;* 158:347-353.

8. **Acunas B, Rozanes I, Acunas G, Celik L, Sayi I, Gokmen E** (1990), Preoperative CT staging of colon-carcinoma (Excluding the rectosigmoid region). *Eur J Radiol;* 11:150-153.