

hiện dị ứng. Trong 86 bệnh nhân có biểu hiện dị ứng trên da, tổn thương da mức độ 2 có 47 bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất 55%, mức độ 3 39% và mức độ 4 chiếm tỉ lệ thấp nhất 6%. Không có bệnh nhân tổn thương da mức độ 1. Những bệnh nhân khi dị ứng phải nhập viện thường biểu hiện thời gian dài, mức độ nặng nên không có trường hợp nào tổn thương da mức độ 1. Khi thực hiện test kích thích, những trường hợp dị ứng trên da mức độ 4 đã được loại trừ, không thực hiện test kích thích nên tỉ lệ tổn thương da mức độ 4 sau test kích thích chiếm tỉ lệ thấp 1,3%.

## V. KẾT LUẬN

Phác đồ điều trị bệnh lao gồm nhiều thuốc phối hợp do đó khi xảy ra phản ứng dị ứng rất khó khăn trong chẩn đoán thuốc gây ra phản ứng. Tuy nhiên khi thực hiện test kích thích, lần lượt từng thuốc được tiến hành do đó có thể xác định nguyên nhân gây dị ứng một cách chính xác. Các thuốc dị ứng có tỉ lệ từ cao đến thấp

lần lượt RIF, PZA, EMB, INH. Thời gian test kích thích dương tính chủ yếu vào ngày thử 2 và 3

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đoàn (2009), Dị ứng thuốc, Nhà xuất bản Y học
2. Nguyễn Văn Đoàn (2005). Nghiên cứu dị ứng thuốc chống lao trên bệnh nhân lao điều trị nội trú tại viện lao và bệnh phổi trung ương. Tạp chí nghiên cứu y học, 4, 52-57
3. Nguyễn Việt Nhung và Nguyễn Trọng Thông (2016). Phát hiện, đánh giá, xử trí tác dụng không mong muốn của thuốc chống lao. Cẩm nang hướng dẫn sử dụng thuốc điều trị lao. nhà xuất bản Thanh niên, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2018). Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao
5. Gholami K., Kamali E., Hajiabdolbaghi M. và cộng sự. (2006). Evaluation of anti-tuberculosis induced adverse reactions in hospitalized patients. Pharm Pract (Granada), 4(3), 134-138
6. Siripassorn K., Ruxrungtham K., và Manosuthi W. (2018). Successful drug desensitization in patients with delayed-type allergic reactions to anti-tuberculosis drugs. Int J Infect Dis, 68, 61-68

## VAI TRÒ CỦA CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN U BUỒNG TRỨNG CHƯA PHÂN ĐỊNH LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH THEO SIÊU ÂM

Lê Triệu Hải<sup>1</sup>, Bùi Văn Hoàng<sup>2</sup>, Võ Minh Tuấn<sup>1</sup>, Huỳnh Phương Hải<sup>1</sup>, Tô Mai Xuân Hồng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Minh Trang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Việc chẩn đoán u buồng trứng (UBT) chưa phân định lành tính và ác tính theo siêu âm vẫn là thách thức trong thực hành lâm sàng. Việc phát hiện sớm và phân nhóm chẩn đoán đúng giúp đánh giá chính xác và định hướng chiến lược điều trị phù hợp. **Mục tiêu:** Xác định giá trị chẩn đoán của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán ung thư buồng trứng (UTBT) ở những trường hợp không phân định được lành tính và ác tính trên siêu âm theo qui tắc đơn giản Nhóm phân tích hệ thống các UBT quốc tế - IOTA tại Bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu: xét nghiệm chẩn đoán, hồi cứu. Nghiên cứu được thực hiện bằng việc truy xuất hình ảnh chụp CHT vùng bụng chậu của 1116 phụ nữ được chẩn đoán u phần phụ thực hiện tại Bệnh viện Từ Dũ từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/03/2020. Phân lập nhóm bệnh nhân đã được chụp CHT nhằm xác định đặc điểm của các khối u phần phụ mà siêu âm không thể

phân định lành tính và ác tính theo siêu âm. Giải phẫu bệnh (GPB) được xem là tiêu chuẩn vàng để xác định độ chính xác của của CHT. **Kết quả:** Với tổng số 246 bệnh nhân có khối u phần phụ được chụp CHT, kết quả mô tả đúng 83% các khối u phần phụ, với độ chính xác chung tính cho chẩn đoán UTBT là 83,9%. Trong tiền đoán UTBT, độ nhạy của chụp CHT 84% (KTC 95% 75-91); giá trị tiên đoán dương là 70% (KTC 95% 60 - 78); và giá trị tiên đoán âm là 92%. CHT với các hình ảnh như nhú thành nang (OR=8,6), bắt thuốc không đồng nhất (OR=8,3), dịch ổ bụng (OR=15,4) có giá trị dự đoán ác tính tốt nhất. **Kết luận:** CHT có độ chính xác cao trong chẩn đoán UBT. Nên triển khai việc áp dụng chụp CHT cho những phụ nữ chưa xác định được UBT lành tính và ác tính theo siêu âm.

**Từ khóa:** giá trị chẩn đoán; chụp cộng hưởng từ, ung thư buồng trứng.

### SUMMARY

#### THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSIS OF ADNEXAL MASSES IN BORDERLINE OF FROM BENIGN AND MALIGNANCY

**Background:** Ovarian tumors in borderline of benign and malignancy are a major challenge to clinical practices. Early detection and precise diagnosis

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhantuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2021

Ngày duyệt bài: 15.6.2021

might help to provide a good management approach. This study is aimed to assess the effectiveness of using Magnetic Resonance Imaging (MRI) to identify benign and malignancy of adnexal masses. **Objective:** To identify the diagnostic value of Magnetic resonance imaging in diagnosis of ovarian cancer in adnexal masses unclassified by the IOTA Simple Rules. **Methods:** A retrospective cohort is carried out by retrieving all MRI images database from 1116 women with undetermined ovarian tumors at the Tu Du hospital between the 1st of January 2019 and the 31st of March 2020. Histopathologic result is considered as a gold standard of accuracy by using MRI. **Results:** A total of 246 women who performed MRI, the overall accuracy for diagnosis of malignant ovarian tumors is 83.9%. The sensitivity, positive predictive value, and negative predictive value of MRI in predicting ovarian cancer was 84% (95% CI 75%-91%), 70% (95% CI 60%-78%), and 92%, respectively. The MRI findings are most predictive of malignancy were vegetations in cystic lesion (odds ratio, 8.6), heterogeneous enhancement patterns (odds ratio, 8.3) and Ascites(odds ratio, 15.4). **Conclusions:** MRI is helpful to determine benign and malignant adnexal masses in case of sonographical imagines indiscrimination.

**Key words:** Diagnostic value, Magnetic resonance imaging; Ovarian cancer

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2019, Hướng dẫn của Hội Điện quang Hoa Kỳ và Nhóm phân tích hệ thống các UBT quốc tế khuyến cáo chụp CHT khi không phân định được UBT lành tính hoặc ác tính nhằm mục đích có được kết cục tốt nhất trong điều trị UTBT và giảm thiểu tối đa các can thiệp không cần thiết ở những bệnh nhân có nguy cơ ác tính thấp đã được đưa ra [3]. Các kết luận chưa rõ ràng về UBT trên siêu âm cần được hỗ trợ thêm hình ảnh học trên CHT. Hiện nay tại bệnh viện Từ Dũ, các bệnh nhân có UBT nhưng không phân định được lành ác trên siêu âm đều được chụp CHT và sau đó được phẫu thuật cắt bỏ khối u và đánh giá GPB. Trong thực hành này vai trò của chụp CHT từ chưa được tận dụng triệt để để đánh giá lành ác theo khuyến cáo trên. Vì vậy chúng tôi muốn đánh giá xem giá trị chẩn đoán hình ảnh với chụp CHT trong đánh giá mức độ lành ác của khối u bằng cách đối chiếu với giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Nghiên cứu được thực hiện với câu hỏi nghiên cứu: "Tỉ lệ dự đoán đúng UBT lành và ác tính với CHT trong chẩn đoán UBT trước phẫu thuật tại Bệnh viện Từ Dũ là bao nhiêu?". Mục tiêu nghiên cứu

*Xác định giá trị chẩn đoán của CHT trong chẩn đoán UTBT ở những trường hợp không phân định được lành tính và ác tính trên siêu âm tại Bệnh viện Từ Dũ.*

*Khảo sát một số yếu tố liên quan đến UTBT trong mẫu quan sát.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu.** Thiết kế xét nghiệm chẩn đoán

**Dân số nghiên cứu.** Những bệnh nhân được chẩn đoán UBT có chỉ định phẫu thuật và chụp CHT tại Bệnh viện Từ Dũ

**Tiêu chuẩn nhận vào:** Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, có kết quả chụp CHT cung cấp đủ thông tin, có kết quả siêu âm nghi UBT không phân định tính lành ác, có kết quả GPB sau phẫu thuật rõ ràng.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Phụ nữ mang thai

**Cỡ mẫu.** Chọn mẫu toàn bộ

**Biến số nghiên cứu.** Biến số chính trong nghiên cứu: UTBT.

**Phương pháp nhận bệnh và thu thập số liệu.** Các bước tiến hành cụ thể như sau:

**Bước 1:** Lấy thử 10 hồ sơ bệnh án để làm thử nghiên cứu dẫn đường để khảo sát thực tế.

**Bước 2:** Qua phần mềm quản lý hồ sơ bệnh án điện tử, chúng tôi có được danh sách các bệnh nhân có chỉ định chụp CHT.

**Bước 3:** Thu thập số liệu, nhập và phân tích số liệu

**Bước 4:** Hoàn thành luận văn

**Giấy phép Y đức.** Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh cấp ngày 29/9/2020 số 634/HĐĐĐ-ĐHYD.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2019 đến 3/2020, số bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu là 246.

**Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần số (n=246)	Tỉ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi:</b> ≤ 20 tuổi	12	4,8
20-40 tuổi	87	35,4
40-50 tuổi	58	23,6
>50 tuổi	89	36,2
<b>Phân nhóm chỉ số khối cơ thể</b>		
Nhẹ cân	18	7,3
Bình thường	138	56,1
Tiền béo phì	43	17,5
Béo phì	47	19,1
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Độc thân	43	17,5
Kết hôn	203	82,5
<b>Mãn kinh:</b> Chưa	165	67
Có	81	33
<b>Số con:</b> Chưa con	71	28,9

1 con	39	15,9
≥ 2 con	136	55,2
<b>Tiền căn bản thân</b>		
Ung thư vú	1	0,4
Ung thư nội mạc tử cung	0	0
Ung thư đại tràng	0	0

Đa số phụ nữ có UBT thuộc độ tuổi sinh sản, chiếm 35,4%. Nhóm phụ nữ còn kinh nguyệt chiếm đa số (67%). Phần lớn họ đã có ít nhất 1 con (71%). Chỉ 1 trường hợp có tiền căn ung thư vú.

### Giá trị chẩn đoán của CHT

**Bảng 2. Giá trị của CHT trong chẩn đoán UTBT**

Đặc điểm	UTBT (87)	Không (187)	Độ chính xác KTC 95%	Độ nhạy KTC 95%	Độ đặc hiệu KTC 95%	Tiền đoán dương KTC 95%	Tiền đoán âm KTC 95%	AUC (KTC 95%)
<b>CHT</b>								
Nghi UT	73	32	83	84	83	70	92	83
Không	14	155	78-87	75-91	77-88	60-78	87-95	79-88
<b>Đa thùy</b>								
Có	51	152	31,4	58,6	18,7	25,1	49,3	39
Không	36	35	25,9-37,2	47,6-69,1	13,4-25,1	19,3-31,7	37,2-61,4	33-45
<b>Thành dày không đều</b>								
Có	16	9	70,9	18,4	95,2	64	71,5	57
Không	71	178	65-76,1	10,9-28,1	91,1-97,8	42,5-82	65,4-77	52-61
<b>Vách dày không đều</b>								
Có	2	5	70,8	3,4	96,8	28,6	72,3	50
Không	57	149	49-61,1	0,4-11,7	92,6-98,9	3,7-71	65,7-78,3	47-53
<b>Nang có nhú</b>								
Có	73	41	79,9	83,9	78,1	64	91,3	81
Không	14	146	74,7-84,5	74,5-90,9	71,5-83,8	54-72,8	85,8-95,1	76-86
<b>U có phần đặc</b>								
Có	73	44	78,8	83,9	76,5	62,4	91,1	80
Không	14	143	73,5-83,5	74,5-90,9	69,7-82,4	53-71,2	85,5-95	75-85
<b>Bắt thuốc không đồng nhất</b>								
Có	46	9	81,8	52,9	95,2	83,6	81,3	74
Không	41	178	76,7-86,1	41,9-83,7	91,1-97,8	71,2-92,2	75,5-86,2	69-80
<b>Dịch ổ bụng</b>								
Có	12	6	70,4	13,8	96,8	66,7	70,7	55
Không	75	181	64,7-75,8	7,3-22,9	93,1-98,8	41-86,7	64,7-76,2	51-59
<b>Hoại tử u</b>								
Có	2	0	69	2,3	100	100	68,8	51
Không	85	187	63,1-74,4	0,3-8,1	98-100	15,8-100	62,9-74,2	50-53
<b>Xuất huyết trong u</b>								
Có	4	4	68,2	4,6	97,9	50	68,8	51
không	83	183	62,3-73,7	1,3-11,4	94,6-99,4	15,7-84,3	62,9-74,3	49-54
<b>Hạch</b>								
Có	9	13	67,8	10,5	93	40,9	69,3	52
Không	77	174	60,9-72,3	4,9-18,9	88,4-96,2	20,7-63,6	63,2-75	48-55

### Các yếu tố liên quan đến UTBT

**Bảng 3. Phân tích đa biến giữa các đặc điểm và UTBT**

Đặc điểm	Không (n=187)	UTBT (n=87)	OR *	KTC 95%	P (**)
<b>Hôn nhân:</b> Độc thân	37 (75,51)	12 (24,49)	1		
Kết hôn	150 (66,67)	75 (33,33)	2,95	0,92-9,46	0,069
<b>Mãn kinh:</b> Chưa	131 (72,78)	49 (27,22)	1		
Có	56 (59,57)	38 (40,43)	1,52	0,62-3,68	0,358
<b>CA 125 :</b> Âm tính	124 (78,48)	34 (21,52)	1		
Dương tính	61 (53,98)	52 (46,02)	1,64	0,63-4,27	0,307
<b>BhCG:</b> Âm tính	184 (68,91)	83(31,09)	1		
Dương tính	2 (40)	3(60)	11,26	0,32 - 399	0,184
<b>AFP:</b> Âm tính	183 (70,38)	77 (29,62)	1		

Dương tính	4 (36,36)	7 (63,64)	6,61	0,77-56,57	0,085
<b>HE4:</b> Âm tính	171 (72,77)	64 (27,23)	1		
Dương tính	6 (25)	18 (75)	1,95	0,36-10,63	0,442
<b>ROMA:</b> Âm tính	98 (75,38)	32 (24,62)	1		
Dương tính	78 (60,94)	50 (39,06)	1,45	0,53 - 3,97	0,47
<b>Đa thùy:</b> Không	35 (49,3)	36 (50,7)	1		
Có	152 (74,88)	51 (25,12)	0,97	0,37 - 2,51	0,95
<b>Thành dày <math>\geq</math> 3mm:</b> Không	178 (71,49)	71 (28,51)	1		
Có	9 (36)	16 (64)	0,89	0,23 - 3,57	0,878
<b>Nhú thành nang:</b> Không	146 (91,25)	14 (8,75)	1		
Có	41 (35,96)	73 (64,04)	8,61	2,76-26,85	<b>0,000</b>
<b>U có phân đặc:</b> Không	143 (91,08)	14 (8,92)	1		
Có	44 (37,61)	73 (62,39)	1,23	0,91 - 1,65	0,181
<b>Bắt thuốc không đồng nhất</b>					
Không	178 (81,28)	41 (18,72)	1		
Có	9 (16,36)	46 (83,64)	8,33	2,7-24,85	<b>0,000</b>
<b>Dịch ổ bụng:</b> Không	181 (70,7)	75 (29,3)	1		
Có	6 (33,33)	12 (66,67)	15,38	3,04-77,69	<b>0,001</b>
<b>Tín hiệu mỡ:</b> Không	151 (64,53)	83 (35,47)	1		
Có	36 (90)	4 (10)	0,23	0,04 - 1,54	0,131

P\*\* hồi quy đa biến OR\*: OR hiệu chỉnh

Chúng tôi đã đưa 14 yếu tố có  $p < 0,25$  vào phương trình hồi quy đa biến nhằm tìm yếu tố liên quan, kết quả cho thấy có sự thay đổi kết quả 3 đặc điểm gồm nhóm có nhú thành nang, bắt thuốc không đồng nhất, dịch ổ bụng tăng nguy cơ UTBT lên lần lượt gấp 8,6; 8,3; 15,4 lần so với nhóm không có. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thu thập được dữ liệu của trên 274 khối UBT, trong đó, u ác tính là 87 khối u ác tính (của 81/246 bệnh nhân), UTBT biểu mô chiếm cao nhất là 74,8%, ung thư tế bào mầm là 8%, ung thư mô đệm - dây giới bào là 17,2%. Kết quả trên có thể lý giải do việc thu nhận vào mẫu nghiên cứu là những ca được phẫu thuật khối u phần phụ có kết quả không phân định lành tính và ác tính dựa theo mô hình siêu âm IOTA là quy tắc đơn giản- Simple Rule tại Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh Bệnh viện Từ Dũ được chỉ định chụp CHT. Nên đã có một số lượng lớn các khối u

được chẩn đoán xác định với nhận diện trực quan là u bì hoặc lạc nội mạc tử cung buồng trứng và u phân định tính lành ác đã rõ theo quy tắc đơn giản thì không được đưa vào nghiên cứu. Gần 22% là do có cả đặc điểm lành và ác tính. 78% là do không có đặc điểm nào của lành B và của ác M. Nếu dùng tiếp các đặc điểm của Siêu âm áp vào Mô hình IOTA ADNEX với ngưỡng cắt 10% để tiên đoán khả năng UTBT, thì khả năng dự đoán đúng: 0,63 (KTC 95% 0,57- 0,69), độ nhạy: 0,86 (KTC 95% 0,77 - 0,93), giá trị tiên đoán dương: 0,46 (KTC 95% 0,38 - 0,54). Có 12 trường hợp bị bỏ sót trước phẫu thuật theo ngưỡng cắt 10% của Mô hình IOTA ADNEX, trong đó có kết quả GPB có 3 trường hợp là u tuyến bọc dịch nhầy giáp biên ác, các trường hợp khác là 1 với U dịch trong giáp biên, U sợi giàu tế bào, U tế bào hạt thể người lớn, Carcinom tuyến dịch trong mức độ thấp, Carcinom dạng NMTC, U quái chưa trưởng thành.

#### Giá trị chẩn đoán của CHT

Tác giả	Số lượng	Tỉ lệ UTBT	Độ đúng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Thomassin 2013 [4]	497	16,5	96	93,5	96,6
Thu Trang 2015 [1]	119	42,9		56,9	95,6
Pereira 2018 [5]	237			94,9	97,5
Đoàn Tiến Lưu 2019 [2]	184	50,5	92,9	93,5	92,3
Chúng tôi 2021	274	31,8	83	84	83

Các nghiên cứu trên đều có tiêu chuẩn chẩn đoán theo Phân loại kết luận GPB theo hướng dẫn của Tổ Chức Y Tế Thế Giới năm 2014. Và u giáp biên ác đều được xếp là nhóm ác tính cho

mục đích phân tích kết quả nghiên cứu. Về qui trình chụp CHT và máy chụp CHT thì tương tự nhau. Khác biệt lớn trong việc đưa ra kết luận của chụp CHT của nghiên cứu chúng tôi so

với các nghiên cứu khác có thể một phần lý giải độ chính xác của CHT không cao bằng các nghiên cứu khác. Tại Bệnh viện Từ Dũ, không áp dụng chia 5 nhóm của Thang điểm CHT chẩn đoán UTBT (ADNEX MR Scoring) được phát triển bởi Thomassin-Naggara và cộng sự. Hệ thống phân loại kết quả CHT chuẩn hóa và hữu ích này đã được biết đến từ năm 2013 với khả năng tái lập kết quả và độ chính xác cao qua nhiều nghiên cứu đa trung tâm. Tuy nhiên, cho đến nay cách đánh giá này vẫn còn chưa phổ biến và còn cần hoàn thiện dần về cách cho điểm số với thuật ngữ tiêu chuẩn hóa cho tất cả các định nghĩa và mô tả thích hợp về các hình ảnh của CHT để tránh hiểu và xếp nhóm kết luận sai. Theo nhận định của chính tác giả Patrick N. Pereira, nghiên cứu của họ cũng có một số hạn chế. Khi việc tiến hành được thực hiện tại một trung tâm ung bướu, nơi mà tần suất hiện mắc cao UTBT. Kể đó là hai bác sĩ đọc kết quả CHT đều là chuyên gia với nhiều kinh nghiệm. Quan trọng là dân số chọn mẫu bao gồm một số lượng hạn chế các khối UBT không phân định được tính lành ác. Trong khi, chính việc đánh giá những không u này mới là một thách thức đương đại [5]. Các nghiên cứu áp dụng thang điểm CHT trong chẩn đoán UTBT khác, như nghiên cứu Pereira (2018), Đoàn tiến Lưu (2019) đều nhận định tương tự và chỉ đưa hai đặc điểm biểu đồ bắt thuốc của tổ chức u, hình ảnh di căn phúc mạc vào tiêu chuẩn chẩn đoán ác tính [2,5]. Khác biệt của các nghiên cứu trên so với chúng tôi khả năng do các đặc điểm di căn phúc mạc sẽ thường dễ được xếp vào nhóm siêu âm nghi ngờ ác tính cao đã không được đưa vào mẫu nghiên cứu của chúng tôi. Tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2015, tác giả Nguyễn Thị Thu Trang và cộng sự cũng kết luận có nhú thành nang, vách u và vách dày không đều là 3 đặc điểm hình ảnh dự đoán mức độ ác tính của khối u [1]. Khác biệt chưa có đặc điểm u bắt thuốc không đồng nhất do việc triển khai thêm qui trình chụp tại viện giờ đã bổ sung thêm nếu có mô đặc trên T1W, T2W, Diffusion, đo đặc hệ số khuếch tán biểu kiến, đường cong bắt thuốc của mô đặc, để đưa ra chẩn đoán chính xác hơn.

#### **Giá trị chẩn đoán của sinh thiết lạnh**

Trong 42 UBT có gửi sinh thiết lạnh, có 1 trường hợp là u 2 bên là lành, 11 u nghi ác tính, 6 là giáp biên ác tính và lành tính là hơn 50%. Độ chính xác của sinh thiết lạnh = 93%. Giá trị dự báo âm tính NPV = 0,89 (KTC 95% 0,70 - 0,98) là khá cao. Tuy nhiên có 3 trường hợp sinh thiết lạnh cho kết quả lành nhưng GPB cả khối

UBT cho kết quả ác tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 trường hợp âm tính giả. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy 7 trường hợp u tuyến bọc dịch nhầy giáp biên ác, 1 trường hợp u tuyến bọc dịch trong giáp biên ác, 1 trường hợp Carcinom tuyến dạng nội mạc tử cung giáp biên ác, 1 trường hợp u sợi giàu tế bào giáp biên ác, 1 trường hợp u tế bào hạt thể người lớn, 1 trường hợp Carcinom tuyến dạng nội mạc tử cung, 1 trường hợp carcinom tuyến dịch nhầy, 1 trường hợp u Yolk - sac. Đa phần các trường hợp âm tính giả trong nghiên cứu là nhóm u giáp biên với tỉ lệ là 64% (9/14). Điều này khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây là 55% [1]. Đặc biệt có 2 trường hợp u giáp biên ở phụ nữ trẻ khi được thực hiện thêm sinh thiết lạnh đã giúp không bỏ sót UTBT với chụp CHT.

Hạn chế của đề tài: nghiên cứu hồi cứu khó tránh khỏi việc không thể đánh giá đầy đủ các thông tin, những trường hợp bệnh nhân sau khi có kết quả siêu âm không phân định tính lành ác được phẫu thuật mà không thực được chỉ định chụp CHT. Bên cạnh, không có Kappa kết quả đọc CHT, giải phẫu bệnh. Một phần do mong muốn lớn nhất của chúng tôi muốn giữ được cách thực hành lâm sàng hàng ngày thực tế từ phương tiện cũng như nhân sự tại viện để tìm ra giá trị thực của vai trò hỗ trợ của chụp CHT ra sao trong đánh giá UBT trước phẫu thuật tại Bệnh viện Từ Dũ ở những trường hợp siêu âm có kết luận u không phân định lành ác.

Tính ứng dụng của đề tài: Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Bệnh viện Từ Dũ, tiến hành trên những bệnh nhân có kết quả siêu âm chưa thể phân định lành tính và ác tính, các trường hợp thường gặp đa phần là do không có cả đặc điểm lành tính và ác tính. Khi không phân định thường có chỉ định CHT hoặc sinh thiết lạnh. Tỉ lệ CHT bỏ sót với những trường hợp UTBT là 16%. Kết quả sinh thiết lạnh có tỉ lệ bỏ sót những trường hợp UTBT là 15%. Qua đây cho thấy CHT tại bệnh viện Từ Dũ trong chẩn đoán cũng cần kết hợp thêm sinh thiết lạnh để góp phần nâng cao giá trị chẩn đoán.

#### **V. KẾT LUẬN**

Qua phân tích 246 bệnh nhân với UBT không phân định tính lành ác theo siêu âm (274 khối UBT) được phẫu thuật từ 01/01/2019 đến 01/03/2020 tại bệnh viện Từ Dũ. Chụp CHT có giá trị chẩn đoán: Độ chính xác: 0,83 [KTC 95% 0,78 - 0,87]; Độ nhạy: 0,84 [KTC 95% 0,75 - 0,91]; Độ đặc hiệu: 0,83 [KTC 95% 0,77 - 0,88]; Diện tích dưới đường cong ROC: 0,83 [KTC 95%

0,79-0,88]; Giá trị dự báo dương tính: 0,7 [KTC 95% 0,6-0,78]; Giá trị dự báo âm tính: 0,92 [KTC 95% 0,87 - 0,95]. Các đặc điểm liên quan đến UTBT trong mẫu quan sát là nhú thành nang, bắt thuốc không đồng nhất, dịch ổ bụng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Trang (2015), Đặc điểm hình ảnh UBT nguyên phát thường gặp trên hình CHT, luận văn tốt nghiệp chuyên khoa 2, Đại học Y Phạm Ngọc Thạch, tr. 23-77.
2. Đoàn Tiến Lưu (2019), Giá trị của chụp CHT trong chẩn đoán UTBT, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

3. Andreotti R. F., Timmerman D., Strachowski L. M. et al. (2020), "O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee", *Radiology*, 294(1), pp. 168-185.
4. Thomassin-Naggara I., Aubert E., Rockall A. et al. (2013), "Adnexal masses: development and preliminary validation of an MR imaging scoring system", *Radiology*, 267(2), pp. 432-443.
5. Pereira P. N., Sarian L. O., Yoshida A. et al. (2018), "Accuracy of the ADNEX MR scoring system based on a simplified MRI protocol for the assessment of adnexal masses", *Diagn Interv Radiol*, 24(2), pp. 63-71.

## PHẪU THUẬT CỘT SỐNG BẰNG ROBOT MAZOR RENAISSANCE TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN - HÀ NỘI

Đào Quang Minh\*, Phan Minh Trung\*, Hà Văn Linh\*, Nghiêm Việt Dũng\*

#### TÓM TẮT

Phẫu thuật Cột sống với sự trợ giúp của Robot gần đây cho phép thực hiện được các kỹ thuật mổ ít xâm lấn và nâng cao độ chính xác của phẫu thuật. Hệ thống Robot đầu tiên, SpineAssist (Mazor Robotics Ltd., Caesarea, Israel) đã được cấp chứng nhận FDA năm 2004. Với khả năng thực hiện việc dẫn đường phẫu thuật theo thời gian thực trong mổ và định vị các mục tiêu trong không gian 3 chiều, phẫu thuật với sự trợ giúp Robot có độ chính xác cao hơn, giảm phơi nhiễm tia xạ, giảm các biến chứng, giảm thời gian phẫu thuật và phục hồi nhanh. Hiện nay, Robot được sử dụng trong phẫu thuật cột sống chủ yếu ở các trường hợp đặt dụng cụ cố định cột sống và hàn xương. Tuy nhiên gần đây có nhiều báo cáo về các qui trình phẫu thuật phức tạp hơn được ứng dụng như định vị mô lấy u cột sống, các qui trình can thiệp chống đau, tạo hình thân đốt sống, các phẫu thuật chỉnh gù, vẹo và các biến dạng khác của cột sống. Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019 được đầu tư 3 phòng mổ Hybrid hiện đại với trang thiết bị đồng bộ, trong đó có hệ thống Robot Mazor Renaissance (thế hệ thứ 2) chuyên dụng hỗ trợ phẫu thuật cột sống. Chúng tôi đã thực hiện thành công phẫu thuật cột sống với sự trợ giúp của Robot Mazor và hiện nay đây đã là qui trình phẫu thuật thường qui tại BV Thanh Nhàn.

**Từ khóa:** renaissance, phẫu thuật robot, phẫu thuật cột sống robot, SpineaAssist®, Mazor X®, máy tính dẫn đường, robot dẫn đường

#### SUMMARY

#### MAZOR RENAISSANCE ROBOTIC –

\*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/4/2021

Ngày phản biện khoa học: 11/5/2021

Ngày duyệt bài: 8/6/2021

#### ASSISTED SPINE SURGERY IN

#### THANHNHAN HOSPITAL – HANOI

Robot-assisted spine surgery has recently emerged as a viable tool to enable less invasive and higher precision surgery. The first-ever spine robot, the SpineAssist (Mazor Robotics Ltd., Caesarea, Israel), gained FDA approval in 2004. With its ability to provide real-time intraoperative navigation and rigid stereotaxy, robotic-assisted surgery has the potential to increase accuracy while decreasing radiation exposure, complication rates, operative time, and recovery time. Currently, robotic assistance is mainly restricted to spinal fusion and instrumentation procedures, but recent studies have demonstrated its use in increasingly complex procedures such as spinal tumor resections and ablations, vertebro- plasties, and deformity correction. Thanh Nhan Hospital in 2019 was invested in 3 modern Hybrid operating rooms with synchronous equipment, including a dedicated Mazor Renaissance Robot system (2nd generation) to support spine surgery. We have successfully performed spinal surgery with the help of Mazor robot and now this is a routine procedure at Thanhnhan hospital.

**Keyword:** renaissance, robot-assisted surgery, ROSA®, robotic spine surgery, SpineaAssist®, Mazor X®, computer assisted navigation, robotic navigation

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật cố định và hàn xương thân đốt cột sống bằng phương pháp vít qua cuống được sử dụng phổ biến trên thế giới và tại Việt nam. Trước kia, kỹ thuật này được thực hiện dưới phẫu trường mổ mở, các PTV dựa vào các mốc giải phẫu tự nhiên để xác định vị trí điểm vào cuống và hướng bắt vít (Free hand technique). Tuy nhiên mổ mở có nhiều hạn chế như mất máu nhiều, gây tổn thương nhiều các cấu trúc