

## VAI TRÒ CỦA X QUANG CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN GIAI ĐOẠN UNG THƯ TẾ BÀO THẬN

### Role of computed tomography in diagnosing and staging of the renal cell carcinoma

Đặng Đình Hoan (TG)\*, Trần Đức Quang (BCV)\*, Nguyễn Văn Ân\*

#### SUMMARY

**Background:** Early diagnosis and accurate preoperative staging of the renal cell carcinoma are necessary to select the most appropriate treatment.

**Purposes:** This study aims to describe the imaging characteristics and define the value of CT in preoperative staging of renal cell carcinoma.

**Subjects and methods:** Retro - and prospective cross section descriptive study of 105 patients in Binh Dan hospital from Dec 2012 to Apr 2015, with histologically verified renal cell carcinoma and using CT preoperatively. Imaging characteristics and staging were made by evaluating imaging obtained and compared with the operative and postoperative histopathologic results.

**Results:** The most common location was upper 1/3 kidney (32.4%). Tumor size 41-70mm (52.4%) had the highest percentages. Tumors had contrast enhancement (100%), unsmooth margins (55.2%), intra-tumoral necrosis (91.0%), calcification (16.2%). Tumor detection in the nephrographic phase were 100%. Tumors had renal sinus fat invasion (34.3%), extension beyond Gerota's fascia (17,1%); involvements of ipsilateral renal vein (6.7%), inferior vena cava above diaphragm (4,8%) and below diaphragm (5.7%), invasion of ipsilateral adrenal gland (1%), local lymph nodes (13.3%) and distant metastases (5.7%). Tumors had the surgical stages I, II, III, IV and then the mean tumor sizes increased 40.50mm, 63.60mm, 67.58mm, 97.01mm, respectively. The sensitivity, specificity, accuracy, positive predictive value and negative predictive value of CT to evaluate the perinephric fat invasion were 88.52%, 68.18%, 80.0%, 80.0%, 79.41%, respectively. Percentages of CT staging correlating with operative staging was 90%, in which stage I was 100%, stage IV was 91%.

**Conclusions:** CT is still the principle basis for preoperative staging of renal cell carcinoma.

**Keywords:** Computed tomography (CT), renal cell carcinoma.

\* Khoa CDHA Bệnh viện  
Bình Dân

**I. MỞ ĐẦU**

Phân giai đoạn chính xác UTTBT là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến tiên lượng và sự sống sót của bệnh nhân [1], [3], [4], [19]. Nghiên cứu **“Vai trò của Xquang cắt lớp điện toán trong chẩn đoán và phân giai đoạn ung thư tế bào thận”** góp phần giúp chẩn đoán sớm, đồng thời giúp hỗ trợ hoạch định điều trị thích hợp.

**II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU**

**2.1. Mô tả đặc điểm hình ảnh Xquang cắt lớp điện toán của UTTBT**

**2.2. Vai trò của Xquang cắt lớp điện toán trong phân giai đoạn UTTBT**

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

**3.1. Đối tượng:** 105 BN được điều trị tại Bệnh viện Bình Dân TP.HCM từ tháng 12/2012 đến tháng 04/2015 với chẩn đoán UTTBT. BN được khám lâm sàng, chụp XQCLĐT không và có cản quang trước phẫu thuật; Sinh thiết với GPB là UTTBT và / hoặc PT.

**3.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu.

- **Phương pháp tiến hành:** Thu thập các biến số được định nghĩa trước theo đề cương nghiên cứu, phân tích các yếu tố theo mẫu thu thập số liệu thống nhất đã được lập trình để xử lý số liệu, các kiểm định tương quan. Phần mềm Excel 2007, SPSS 18. Các dấu hiệu trên XQCLĐT được so sánh và đối chiếu với kết quả PT và GPB. Máy chụp CLĐT 64 lát cắt PHILIPS BRILLIANCE.

**4.3. So sánh kết quả trên XQCLĐT với GPB và phẫu thuật**

- **Đối chiếu vị trí u với phẫu thuật:**  $p < 0,001$ . 5 trường hợp không phù hợp.

**Bảng 1. So sánh kích thước u trên XQCLĐT với phân giai đoạn PT**

Kích thước u (mm)	GĐ phẫu thuật				
	I	II	III	IV	Tổng
Nhỏ nhất	20	37	43	37	20
Lớn nhất	75	99	133	290	290
Trung bình	40.50	63.60	67.58	97.01	65.07
Độ lệch chuẩn	11.23	25.24	21.33	53.79	35.86
Trung vị	41	52	60	93	55

**IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**4.1. Tuổi và giới:** Tuổi TB là  $51,67 \pm 13,76$  tuổi. Tỷ lệ Nam/ Nữ = 1,63/1.

**4.2. Đặc điểm hình ảnh và phân giai đoạn XQCLĐT của UTTBT**

- **Vị trí và kích thước u:** Bên trái 54 BN (51,4%) và bên phải 51 BN (48,6%). Trung bình  $65,07 \text{ mm} \pm 35,86$ . Kích thước  $\leq 40\text{mm}$  (18,1%), 41-70 mm (52,4%); 71-100 mm (17,1%);  $> 100\text{mm}$  (12,4%).

- **Phát hiện u ở GĐ XQCLĐT:** Thận đồ (100%); bài tiết (97,1%); vỏ tủy (84,8%).

- **Đặc điểm:** Ngấm thuốc mạnh (56,2%), vừa (26,7%), nhẹ (17,1%). Đường bờ không đều (55,2%). Hoại tử trong u (61,9%). Vô hóa (16,2%). Xuất huyết trong u (1,9%).

- **Đặc điểm xâm lấn của UTTBT trên XQCLĐT:** Xâm lấn mỡ quanh thận 61,9%. Xâm lấn mỡ xoang thận 34,3%. Xâm lấn ra ngoài mạc Gerota 17,1%. Xâm lấn TM thận cùng bên (6,7%), xâm lấn TM chủ dưới dưới hoành (5,7%), xâm lấn TM chủ dưới trên hoành (4,8%). 1 trường hợp (1%) xâm lấn tuyến thượng thận cùng bên.

- **Hạch vùng:** 14 BN chiếm 13,3%.

- **Di căn xa:** 6 BN (5,7%). Trong đó di căn gan (3), di căn phổi (1), Di căn tụy rốn lách (1) và Di căn não (1).

- **Phân giai đoạn UTTBT trên XQCLĐT:** Theo Robson: GĐ I = GĐ II 36,2%, GĐ IV 20%, GĐ III 7,6%. Theo TNM 2009: GĐ III chiếm 42,9%, GĐ I: 32,4%, GĐ IV: 21,9%, GĐ II: 2,9%.

Nhóm BN có kích thước u trung bình tăng dần 40,50 mm; 63,60 mm; 67,58mm; 97,01mm thì xếp vào giai đoạn phẫu thuật cũng tăng dần I, II, III, IV.

- **Xâm lấn mỡ quanh thận đối chiếu XQCLĐT với Phẫu thuật:** Sn: 95,24%, Sp: 80,95%, Acc: 89,52%, PPV: 88,24%, NPV: 91,89%.

- **Đối chiếu phân giai đoạn giữa XQCLĐT và Phẫu thuật**

**Bảng 2. Đối chiếu phân giai đoạn giữa XQCLĐT và PT**

Giai đoạn	Phẫu thuật	Trên CLĐT	Không phù hợp với phẫu thuật	Không phù hợp với CLĐT
I	34 (32,4)	34 (32,4)	0	0
II	5 (4,8)	3 (2,9)	4	2
III	43 (41,0)	45 (42,9)	4	6
IV	23 (21,9)	23 (21,9)	2	2

Tỷ lệ phù hợp trong việc phân GĐ giữa XQCLĐT với phẫu thuật là 90% (95/105). Tỷ lệ phù hợp đối với từng GĐ theo thứ tự từ cao đến thấp lần lượt: GĐ I là 100% (34/34), đối với GĐ III là 87% (39/45), GĐ IV là 91% (21/23), phù hợp thấp nhất đối với GĐ II là 33% (1/3).

- **Loại mô học:** UTTBT tế bào sáng với 69 BN (65,7%). UTTBT loại nhú có 13 BN (12,4%). Có 23 BN UTTBT các loại khác (21,9%).

- **Xâm lấn mỡ quanh thận đối chiếu XQCLĐT với GPB**

**Bảng 3. Xâm lấn mỡ quanh thận đối chiếu XQCLĐT với GPB**

XQCLĐT	Giải phẫu bệnh		
	Xâm lấn mỡ quanh thận	Không xâm lấn	Tổng
Xâm lấn mỡ quanh thận	54 (88,5)	14 (31,8)	68 (64,8)
Không xâm lấn	7 (11,5)	30 (68,2)	37 (35,2)
Tổng	61	44	105

Sn: 88,52%, Sp: 68,18%, Acc: 80,0%, PPV: 80,0%, NPV: 79,41% ( $p < 0,001$ )

## V. BÀN LUẬN

**5.1. Tuổi và giới:** > 40 tuổi chiếm tỷ lệ 69,6% và tỷ lệ nam / nữ là 1,63/1 Phù hợp với kết quả của các tác giả khác và y văn [1], [3], [4], [16].

### 5.2. Đặc điểm hình ảnh XQCLĐT của UTTBT

- **Vị trí tổn thương:** Kết quả phù hợp với y văn và các công trình nghiên cứu khác trong và ngoài nước (Phạm Phú Phát, Nguyễn Trường Giang). XQCLĐT là phương thức hình ảnh chọn lựa trong việc phát hiện UTTBT.

- **Kích thước u:** Theo Liu, kích thước u theo thứ tự trên là 124 BN (34,29%), 75 BN (23,89%), 24 BN (7,64%), 3BN (0,96%). Kích thước u trung bình là  $5,13 \pm 2,52$ cm [9]. Kết quả của chúng tôi gần giống của Liu nhất. XQCLĐT có thể tiên đoán chính xác kích thước u với chỉ khác nhau 0,5cm khi so với kích thước bệnh học [11]. Có sự tương quan mạnh giữa kích thước u và phân giai đoạn u bệnh lý, nhưng Guinan thấy rằng kích thước u là một yếu tố tiên lượng độc lập; kích thước u cung cấp thông tin tiên lượng những BN GĐ Robson II, III, IV [19]. Những u giới hạn tại thận có khuynh hướng tiên lượng tốt bất kể kích thước u, nhưng Frank thấy

rằng những u lớn hơn có lẽ biểu hiện mô học tế bào sáng và grade nhân cao. Cả hai yếu tố này tương quan với tiên lượng kém [19]. Khối u càng ở giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV) thì kích thước u càng lớn.

- **Phát hiện u ở GD XQCLĐT:** Phù hợp với kết quả các nghiên cứu khác và y văn [3], [18]. GD thận đồ nhạy cảm hơn GD võ tủy trong việc phát hiện những u thận nhỏ (< 3cm). Szolar nghiên cứu 298 u thận nhỏ hơn 3cm, GD thận đồ phát hiện nhiều hơn GD võ tủy là 84 trường hợp [3]. Theo Allam, GD võ tủy phát hiện 42/48 BN (87,5%), trong GD thận đồ và bài tiết phát hiện u tất cả 48/48 (100%) [1]. U giàu mạch máu biểu hiện tăng quang tối đa trong thì võ tủy. Trong GD thận đồ và bài tiết, hầu như tất cả khối thận có đậm độ thấp hơn mô thận tăng quang bình thường bao quanh. Sự khác nhau cho những u thận nhỏ nhất (< 1,1cm) và những u thận nằm ở vùng tháp thận rõ ràng. GD võ tủy có số lượng âm tính giả cũng như dương tính giả cao hơn. Trên thì võ tủy, nhằm lẫn u thận đặc tăng mạch máu có thể tăng quang mức độ tương tự như võ thận và có thể nhầm nhu mô thận bình thường. Nhằm lẫn u thận nhỏ định vị ở trung tâm với tháp thận giảm đậm độ bình thường [3], [4]. Nhằm lẫn một tháp thận tăng quang không đồng dạng với u thận là nguyên nhân có thể của chẩn đoán dương tính giả [3].

- **Mức độ ngấm thuốc:** Mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất phù hợp với UTTBT loại tế bào sáng.

- **Các đặc điểm hình ảnh khác trên XQCLĐT của UTTBT:** Theo Holakare và Quaia, những u nhỏ (< 3cm) thường có hình dạng đồng dạng, trong lúc những u lớn hơn có hình dạng không đồng dạng hơn do hoại tử và xuất huyết [3]. Theo Bayer, u đồng dạng, giao diện thận - u phân biệt rõ, độ sắc nét của bờ u phụ thuộc chủ yếu vào kích thước u. Những UTTBT có đường kính nhỏ hơn 5 cm thường là khối đồng dạng với giao diện u thận rõ ràng, bờ nhẵn đều. Những đặc trưng trên thường hiếm thấy ở những UTTBT lớn, biểu hiện những dấu hiệu ác tính bao gồm hoại tử trung tâm do tiếp liệu mạch máu không đầy đủ, bờ tạo múi phản ánh mức độ phát triển khác nhau trong u, thâm nhiễm mô xung quanh kể cả hệ thống góp và tạo ra giao diện mờ u không rõ ràng. Vôi hóa phổ biến trong UTTBT loại nhú (32%) và UTTBT loại kỵ màu (38%) hơn là trong UTTBT tế bào sáng (31%) [3]. Theo Kadhim, vôi hóa

trong u thường có tiên lượng tốt hơn và cũng thường thấy trong UTTBT loại nhú và kỵ màu [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức thì đưa thêm nhận xét hoại tử trong u thường gặp ở UTTBT tế bào sáng và loại tế bào ống góp [13].

### 5.3. Phân giai đoạn UTTBT trên XQCLĐT

- **Giới hạn trong bao thận và xâm lấn mỡ quanh thận:** Liu đưa ra nhận xét sự hiện diện dấu hiệu giả bao thận rõ là dấu hiệu quan trọng tiên đoán u giới hạn tại thận, được xem là một đặc trưng mô học của bệnh lý giai đoạn sớm [9]. Theo Turkvastian, dấu hiệu những dải mỡ quanh thận không đáng tin cậy trong việc chỉ ra sự lan tràn u, nó tìm thấy trong khoảng 50% u T1, T2 khu trú [18]. Sự hiện diện của những nốt tăng quang trong mỡ quanh thận là dấu hiệu đáng tin cậy nhất trong xâm lấn quanh thận. Kết quả của chúng tôi phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác trong và ngoài nước [1], [2], [3], [4], [18], [19]. XQCLĐT rất có giá trị trong chẩn đoán UTTBT xâm lấn mỡ quanh thận. Theo Nguyễn Việt Dũng, Sn, Sp và Acc lần lượt là 70%, 89,3%, 81,2% [12]. Theo Masuda là 82%, 82%, 82% [60]. Kadhim nhận thấy có khó khăn trong việc phân biệt những trường hợp T3a với những trường hợp T1 và T2. Dấu hiệu giả bao và thâm nhiễm lượng mô u quanh thận có ý nghĩa là dấu hiệu đặc hiệu, nhưng không luôn dễ nhận biết. Nguyên nhân có thể của việc giải thích nhầm lẫn là sự hiện diện của phù quanh thận, liên quan đến quá trình viêm trước đó, xung huyết mạch máu hoặc xơ. Đã có những báo cáo nguyên nhân phổ biến nhất của việc phân dưới giai đoạn và phân quá giai đoạn UTTBT trên XQCLĐT liên quan đến việc nhận diện sự lan tràn u quanh thận. UTTBT cũng đòi hỏi sự tiếp liệu mạch máu bàng hệ, thường nhìn thấy trong khoảng quanh thận, có thể nhầm lẫn là sự trải rộng u qua bao. Angthong giải thích dấu hiệu âm tính giả xâm lấn mỡ quanh thận xảy ra do xâm lấn vi thể trên mô bệnh học nên khó phát hiện trên XQCLĐT. Đánh giá XQCLĐT với những hình ảnh trục đa mặt phẳng kết hợp những dấu hiệu đặc hiệu có thể làm giảm những giải thích sai lệch này [2]. Allam so sánh phân giai đoạn T trên XQCLĐT với phân giai đoạn T mô học cho thấy sự hài hòa chẩn đoán trong tất cả trường hợp, chỉ trừ 2 trường hợp T1b bị phân quá giai đoạn T3a; phù hợp với nghiên cứu của Catalano, báo cáo của XQCLĐT ba

pha là 95% trong việc đánh giá thâm nhiễm mỡ quanh thận [1].

- **Xâm lấn ra ngoài mạc Gerota:** XQCLĐT ba chiều trình diễn u và sự tương quan u đối với những cơ quan kế cận trong nhiều hướng và mặt phẳng, có giá trị trong những trường hợp khó khăn, làm tăng tính quả quyết chẩn đoán, giúp hoạch định cắt bỏ ngoại khoa [3]. Theo Nguyễn Việt Dũng, Sn, Sp và Acc phát hiện xâm lấn cơ quan lân cận của XQCLĐT là 78,6%, 94,6% và 90% [12]. Theo Masuda là 90%, 100%, 99%. Theo Kadhim, tỷ lệ xâm lấn ra ngoài mạc Gerota là 5 / 40 BN (12,5%) phát hiện trên XQCLĐT [5]. Kim cho nhận xét sự mất mặt phẳng mỡ giữa u và cấu trúc xung quanh có thể làm tăng khả năng xâm lấn trực tiếp của UTTBT [7].

- **Xâm lấn tuyến thượng thận cùng bên:** Kadhim phát hiện 3/40 BN (7,5%). Tỷ lệ đồng bộ di căn thượng thận là 1,2% - 8,5%. XQCLĐT cho thấy tuyến thượng thận bình thường, có NPV cao; trong lúc XQCLĐT có PPV thấp hơn vì u tuyến thượng thận gặp phổ biến hơn ngay cả trong những trường hợp có ác tính nguyên phát ngoài thượng thận đi trước [5]. Kim có cùng nhận xét về NPV di căn tuyến thượng thận cùng bên của XQCLĐT là 100%, trong lúc PPV thấp hơn nhiều [7]. Kết quả của Liu có Sn và Sp là 60% và 95,79%. Liu nhận xét sự trải rộng trực tiếp của những UTTBT lớn vào cơ quan thượng thận nhỏ mỏng và gây nên viêm khu trú. Khó khăn phân biệt đây là viêm hay u. Nazim cho kết quả Sn, Sp, NPV, PPV lần lượt là 100%, 98,33%, 83,33% và 100%. Có thể nhìn tốt hơn liên hệ giữa tuyến thượng thận với u thận trên XQCLĐT bằng cách dùng hình ảnh tái tạo vành [11]. Turkvatan nhận xét nguy cơ cao của xâm lấn tuyến thượng thận ở những BN có UTTBT lớn hoặc giai đoạn tiến triển và u định vị ở cực trên của thận [77]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với y văn.

- **Phân giai đoạn N:** Theo y văn, Sn, Sp, Acc của XQCLĐT trong phát hiện hạch trong UTTBT lần lượt là 93%, 88%, 83-89% [3], [4]. Theo Nazim, Sn, Sp, PPV, NPV lần lượt là 77%, 82%, 67%, 88,2% [11]. Kadhim nhận xét những hạch bạch huyết lớn hơn 2 cm hầu như là di căn. Khả năng giới hạn đánh giá liên hệ bạch huyết vùng, tiêu chuẩn đánh giá chỉ dựa trên tiêu chuẩn về kích thước [5]. Chapin cũng có kết luận phân giai đoạn hạch không chính xác. PPV của dấu hiệu hạch lớn hơn

1cm trên hình ảnh trước phẫu thuật chỉ 42%. Phình lớn hạch bạch huyết có thể gây nên bởi tăng sản phản ứng. Phân quá GD gây nên bởi sự hiện diện phình lớn hạch phản ứng. Phân dưới GD gây nên bởi hạch di căn vi thể nhỏ hơn 1cm hoặc những hạch không thể đánh giá riêng biệt với u thận. Turkvatan nhận xét tiên đoán liên hệ hạch bạch huyết trong UTTBT trên XQCLĐT vẫn còn khó khăn vì tiêu chuẩn kích thước hạch lớn hơn 1cm không nhạy cảm cũng không đặc hiệu [18]. Quyết định chính xác phân giai đoạn hạch đòi hỏi mô bệnh học.

- **Phân giai đoạn M:** Tần suất xuất hiện di căn xa trong nghiên cứu này gần phù hợp với y văn [3], [4], [19]. Theo Kadhim, tổn thương di căn đến gan là tăng mạch máu giống u nguyên phát [5]. Lim so sánh giữa X quang ngực quy ước và XQCLĐT ngực trong phân giai đoạn có di căn phổi ngực; những UTTBT có kích thước tương đối nhỏ (giai đoạn T1a), Xquang ngực bình thường đủ để phân giai đoạn phổi. Chỉ định XQCLĐT ngực thêm trong những trường hợp nốt phổi đơn độc trước khi cắt bỏ di căn, triệu chứng ngực gợi ý di căn nội phế quản hoặc tổn thương quanh thận nhiều [8]. Theo Liu, Sn và Sp trong phát hiện di căn xa lần lượt là 100% và 99,67%. Di căn gan có thể chỉ nhận thấy trong những lát cắt ở giai đoạn động mạch gan và có thể trở nên đồng đậm độ với nhu mô gan khó phát hiện trên giai đoạn tĩnh mạch cửa [18].

#### - Phân giai đoạn XQCLĐT của UTTBT

**Phân GD theo Robson:** Trong NC này, GD II và III tỷ lệ chênh lệch nhau rất nhiều.

**Phân GD theo TNM 2009:** Tiên lượng của UTTBT phụ thuộc chủ yếu vào grade mô học u và phân GD bệnh lý. Phân GD X quang có ảnh hưởng quan trọng trong việc xử trí. Theo Nguyễn Việt Dũng, tỷ lệ phân giai đoạn I, II, III, IV trên XQCLĐT lần lượt là 19,3%, 11,5%, 40,4%, 28,8% [12]. Theo Kadhim, tỷ lệ phân GD I, II, III, IV lần lượt là 15%, 25%, 47,5%, 12,5% trên XQCLĐT. Sự chính xác chẩn đoán đồng bộ của XQCLĐT trong phân GD UTTBT là 90% (36/40 BN) [5]. Theo DeKernion (2005), tỷ lệ sống sót 5 năm của UTTBT GD 1 là 64%, GD II là 55%, GD III là 42% và GD IV là 26% [19]. Biểu hiện tiên lượng càng xấu khi giai đoạn tăng lên. Theo y văn, XQCLĐT là phương thức hình ảnh đơn độc hiệu quả nhất trong phân giai đoạn tại chỗ UTTBT, với độ chính xác đồng bộ khoảng

90-91%. CHT có độ chính xác gần tương đương. Hiện nay XQCLĐT và CHT là cơ sở chính để phân giai đoạn UTTBT [4]. Đánh giá khả năng di căn trong ngực vẫn còn đang bàn cãi. Chẩn đoán chi tiết tùy thuộc vào GD: Những u nguyên phát nhỏ, trong đó nguy cơ di căn thấp, X quang ngực quy ước đơn giản có lẽ thích hợp. Những u ở GD T2 hoặc cao hơn, XQCLĐT ngực nên được thực hiện. Tầm soát di căn xương hoặc não chỉ khi có những triệu chứng nghi ngờ [9]. Theo y văn, phân GD bệnh học chứng tỏ là yếu tố tiên lượng đơn lẻ quan trọng nhất cho UTTBT.

#### 5.4. Phân loại UTTBT theo giải phẫu bệnh vi thể

Kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Trường Giang, tỷ lệ theo thứ tự UTTBT tế bào sáng, loại nhú, loại kỵ màu và loại khác lần lượt là 82,2%,

9,2%, 4,6%, 1,5% [14]. Theo Sureka, UTTBT tế bào sáng tăng quang mạnh giàu mạch máu trên giai đoạn ĐM và TM, và hầu hết UTTBT loại nhú giảm mạch máu, nghĩa là giảm tăng quang trên XQCLĐT. Tăng quang đồng dạng ở các UTTBT không phải loại tế bào sáng. Nguyễn Minh Đức có nhận xét tương tự là có thể phân biệt UTTBT loại tế bào sáng và loại nhú dựa trên XQCLĐT. Theo Raman, UTTBT kỵ màu có sự thay đổi những đặc trưng trên XQCLĐT phong phú hơn trong những báo cáo trước đây, mặc dù chúng có khuynh hướng đồng dạng và hiện diện sẹo và hoại tử trung tâm [16].

#### VI. KẾT LUẬN

XQCLĐT có giá trị cao trong mô tả đặc điểm hình ảnh góp phần chẩn đoán, là cơ sở chính của phân giai đoạn UTTBT.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allam M. N et al (2010). "Preoperative staging of renal cell carcinoma using triphasic helical computed tomography". *Egyptian journal of radiology and Nuclear medicine. Elsevier*, 41, pp 421-428.

2. Anghong W. et al (2010). Accuracy of multidetector CT scan in preoperative staging of renal cell carcinoma: Comparison of radiological and histopathological findings. *Siriraj Med J*, 62 (1), pp. 18-22.

3. Baert AL., Sartor K. (2006). *Imaging of renal cancer. Springer. German*. pp. 103-125.

4. Haaga JR. et al (2008), *CT and MRI of the whole body, Mosby*, pp.1863-1943.

5. Kadhim M. et al (2009). Preoperative staging of renal cell carcinoma: Spiral CT versus pathological considerations. *Iraq J Med Sci*, 8 (4), pp. 19-27.

6. Kim Ch. et al (2014). Diagnostic value of multidetector computed tomography for renal sinus invasion in renal cell carcinoma patients. *European journal of radiology*, 83 (6), pp. 914 -918.

7. Kim KK. et al (2009). Diagnostic performance of multidetector row CT for predicting the preoperative staging of renal cell carcinoma. *J Korean Soc Radiol*, 60, pp. 109-116.

8. Lim D. J. et al (1993). Computed tomography in the preoperative staging for pulmonary metastases in patients with renal cell carcinoma. *J urol*, 150 (4), pp. 1112-4.

9. Liu Y et al (2012). "The accuracy of multidetector computed tomography for preoperative staging of renal cell carcinoma". *Int Braz J urol*, 38 (5), pp 627-36.

10. Masuda F. et al (1989). Accuracy of computed tomography in the staging of renal cell carcinoma. *Japanese Jour of Urology*, 80 (2), pp. 192-196.

11. Nazim S. M. et al (2011). Accuracy of multidetector CT scans in staging of renal carcinoma. *International journal of Surgery. Elsevier*, 9, pp. 86-90.

12. Nguyễn Việt Dũng, Nguyễn Văn Hiếu (2008). "Vai trò của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán mức xâm lấn ung thư tế bào thận". *Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 12 (4)*, tr. 110-115.

13. Nguyễn Minh Đức (2012). "Khảo sát đặc điểm hình ảnh CLĐT carcinoma tế bào thận". *Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 16 (1)*, tr. 25-26.

14. Nguyễn Trường Giang (2008). *Luận văn thạc sỹ: Nghiên cứu đặc điểm hình thái học ung thư biểu mô tế bào thận ở người lớn. Đại học Y Hà Nội.*

15. Trần Anh Tú và Cs (2004). "29 đặc điểm ung thư tế bào thận trên CT Scan ở Bệnh Viện Bình Dân". *Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 8, phụ bản số 1, tr. 197-205.*
16. Raman SP. et al (2013). *Chromophobe renal cell carcinoma: Multiphase MDCT enhancement patterns and morphologic features. AJR, 201, pp. 1268-1276.*
17. Sureka B. et al (2014). *Dynamic computed tomography and doppler findings in different subtypes of renal cell carcinoma with their histological correlation. Journal of cancer research and therapeutics, 10 (3), pp. 552-557.*
18. Turkvatan A. et al (2009). *Preoperative staging of renal cell carcinoma with multidetector CT. Diagn Interv Radiol, 15, pp. 22-30.*
19. Wein NJ et al (2007). *Campbell-Walsh urology. Elsevier. Philadelphia, pp 520-553.*

---

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Xác định chẩn đoán sớm, phân giai đoạn chính xác ung thư tế bào thận trước phẫu thuật cần thiết để chọn lựa trị liệu thích hợp.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh Xquang cắt lớp điện toán và xác định giá trị của cắt lớp điện toán trong phân giai đoạn ung thư tế bào thận trước phẫu thuật.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu mô tả cắt ngang, từ 12/2012 đến 04/2015 với 105 bệnh nhân ung thư tế bào thận điều trị tại Bệnh viện Bình Dân, với kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tế bào thận và chụp X quang cắt lớp điện toán trước phẫu thuật. Thu thập kết quả hình ảnh và so sánh với kết quả phẫu thuật và mô bệnh học sau phẫu thuật.

**Kết quả:** Vị trí thường gặp nhất ở 1/3 trên thận (32,4%). Kích thước u 41-70mm (52,4%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Khối u có bắt thuốc cản quang (100%), đường bờ không đều (55,2%), hoại tử trong u (91,9%), vôi hóa (16,2%). Phát hiện u trên giai đoạn thận đồ là 100%. Xâm lấn mỡ xoang thận 34,3%, ra ngoài mạc Gerota 17,1%, xâm lấn TM thận cùng bên (6,7%), xâm lấn TMCD dưới hoành (5,7%), xâm lấn TMCD trên hoành (4,8%). Xâm lấn tuyến thượng thận cùng bên 1%, hạch vùng 13,3%, di căn xa 5,7%. BN có giai đoạn phẫu thuật I, II, III, IV, kích thước u trung bình tăng dần lần lượt 40,50mm, 63,60mm, 67,58mm, 97,01mm. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của XQCLĐT phát hiện xâm lấn mỡ quanh thận lần lượt là 88,52%, 68,18%, 80,0%, 80,0%, 79,41%. Tỷ lệ phân giai đoạn XQCLĐT phù hợp chung so với phẫu thuật là 90%, trong đó 100% (giai đoạn I), 91% (giai đoạn IV).

**Kết luận:** X quang cắt lớp điện toán vẫn là cơ sở chính của phân giai đoạn ung thư tế bào thận trước phẫu thuật.

**Từ khóa:** X quang cắt lớp điện toán, ung thư tế bào thận.

---

Người liên hệ: Đặng Đình Hoan, E mail: dinhhoandang59@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2016 Ngày chấp nhận đăng: 20.11.2016