

dài đã xác nhận rằng việc hàn các đốt sống cổ bị tổn thương sẽ phá vỡ sự cân bằng cơ sinh học và dẫn đến thoái hóa tầng liên kê có triệu chứng.

Trong nghiên cứu theo dõi 2 năm của Ishihara và cộng sự, 19 bệnh nhân trong số 112 người đã trải qua phẫu thuật ACDF bị thoái hóa tầng liên kê có triệu chứng. 7 trong số 19 bệnh nhân đó phải thực hiện phẫu thuật lần hai để giảm nhẹ các triệu chứng của thoái hóa tầng liên kê [16]. Các hệ thống cố định cột sống khác nhau đã được nghiên cứu và áp dụng để tăng khả năng vận động tại vị trí phẫu thuật và các tầng liên kê, nhưng kết quả phần lớn không đạt yêu cầu. Phẫu thuật thay đĩa đệm cột sống cổ (TDR) đã cung cấp cho các bác sĩ một phương pháp mới để giải quyết vấn đề này. Với sự phát triển của các loại đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ thương mại, TDR đã trở thành một lựa chọn khác để điều trị thoái hóa cột sống cổ. Vì chỉ định của ACDF và TDR chủ yếu giống nhau, một số thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT) đã được thực hiện để so sánh hiệu quả của phẫu thuật ACDF và TDR. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu này có thời gian theo dõi tương đối ngắn. Kết quả của nghiên cứu theo dõi 2 năm này cho thấy TDR vượt trội hơn ACDF về điểm số đau VAS, điểm số ODI, giảm tỉ lệ tổn thương tầng liên kê.

Tính chất hồi cứu của nghiên cứu của chúng tôi khiến nó dễ bị thiên lệch trong việc chọn lựa bệnh nhân. Trong loạt bệnh nhân của chúng tôi, TDR có chi phí cao hơn so với ACDF, và những bệnh nhân chọn TDR thường có điều kiện kinh tế tốt hơn so với những người chọn ACDF. Có khả năng rằng những bệnh nhân chọn TDR có nhiều

nguồn lực hơn để cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần, điều này có thể dẫn đến kết quả điều trị tích cực hơn cho nhóm TDR. Tuy nhiên, các đặc điểm cơ bản của bệnh nhân giữa hai nhóm là tương đồng, và có thể nghiên cứu hiện tại không bị ảnh hưởng nghiêm trọng bởi sự thiên lệch trong việc chọn lựa bệnh nhân. Cần có thêm các nghiên cứu theo dõi lâu dài, các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng và phân tích tổng hợp để đánh giá thêm về tính an toàn và hiệu quả của hai phương pháp này.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (TDR) cải thiện tốt hơn phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) về NDI, VAS. Phẫu thuật TDR có thể coi là phương pháp tiếp cận chính đối với các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đơn tầng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Đức Hà** (2018). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận án thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018
2. **Hoàng Văn Chiên**. Nghiên cứu chẩn đoán phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp thay đĩa đệm nhân tạo. Luận án Tiến sỹ y học. Học viện Quân y. 2016
3. **Lê Trọng Sanh và cs. Lê Trọng Sanh**. Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng đường cổ trước tại bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010
4. **Nordin M et al.** "Assesment of Neck Pain and Its Associated Disorders: Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders". Eur Spine 17 (Suppl 1), 2008: S101 – S122.

## ĐÁNH GIÁ ĐỘ SÂU XÂM LẤN KHỐI U TRÊN HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ LƯỠI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH TỪ 2022 ĐẾN 2023

Lý Xuân Quang<sup>1</sup>, Trần Ngọc Tường Linh<sup>2</sup>, Nguyễn Trần Bảo Nghi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá độ sâu xâm lấn khối u trên hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân ung thư lưỡi và mối tương quan với độ sâu xâm lấn trên giải phẫu

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Bảo Nghi

Email: nbnghi.nttmh20@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024

bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi và được chụp MRI, được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2022 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Độ sâu xâm lấn trên MRI (rDOI) thường lớn hơn độ sâu xâm lấn trên giải phẫu bệnh (pDOI) ( $p < 0,001$ ). DOI trên MRI có tiềm can từ có mối tương quan mạnh với pDOI ( $r = 0,825$ ,  $p < 0,001$ ). Đối với các khối u ở lưỡi di động, đánh giá DOI trên mặt phẳng axial đạt độ chính xác tốt nhất. Đánh giá giai đoạn T trên MRI và trên GPB đạt mức độ đồng thuận đáng kể ( $K = 0,61$ ). **Kết luận:** MRI có can từ có thể đánh giá DOI trước phẫu thuật một cách

chính xác và có giá trị trong đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật. **Từ khóa:** ung thư lưỡi, cộng hưởng từ, độ sâu xâm lấn.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF DEPTH OF INVASION (DOI) OF ORAL TONGUE CANCER WITH MRI AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER – HO CHI MINH CITY FROM 2022 TO 2023

**Objectives:** To evaluate the relationships between depth of invasion (DOI) of tongue cancer as measured with preoperative magnetic resonance imaging (MRI) and postoperative histopathologic (Path) specimens. **Methods:** This cross-sectional study was undertaken on 30 patients with clinical diagnosis of tongue cancer, referred for MRI at University Medical Center – Ho Chi Minh City from December 2022 to August 2023. **Results:** DOIs on T1WGD MRI were significantly larger than the pathological DOI ( $p < 0.001$ ). DOIs on CE-MRI correlated well with pathological DOI ( $r = 0.825$ ,  $p < 0.001$ ). For oral tongue cancer, the best accuracy is obtained by measuring depth of invasion on axial images. Substantial agreement ( $k = 0.618$ ) was noted for T staging between clinical and MRI staging assessments. **Conclusions:** MRI can determine the DOI value accurately and may be valuable for the preoperative staging. **Keywords:** oral tongue cancer, magnetic resonance imaging, depth of invasion.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Độ sâu xâm lấn (depth of invasion – DOI) của khối u đã được chỉ ra là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư lưỡi. Khác với bề dày khối u (Tumor Thickness – TT), DOI được định nghĩa là khoảng cách tính từ ngang mức màng đáy của biểu mô bình thường kế cận tổn thương đến phần xâm lấn sâu nhất trên mô bệnh học, bất kể khối u thuộc dạng sùi hay loét. Trong bản cập nhật mới nhất "Hướng dẫn phân giai đoạn Ung thư" theo UICC/AJCC (phiên bản thứ 8), được ban hành vào năm 2017, tiêu chí về độ sâu xâm lấn (DOI) được bổ sung kết hợp với kích thước khối u để đánh giá giai đoạn T cho ung thư khoang miệng [3].

Mặc dù là một yếu tố tiên lượng quan trọng, nhưng DOI chỉ được đánh giá trên giải phẫu bệnh (GPB) sau phẫu thuật. Việc đánh giá và ước tính DOI trước khi tiến hành điều trị là cần thiết không chỉ vì mục đích phân giai đoạn lâm sàng mà còn hướng dẫn kế hoạch điều trị thích hợp. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện nhằm tìm phương pháp thích hợp nhất để ước tính DOI trước phẫu thuật và mối tương quan của nó với DOI thực sự, trong đó chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging – MRI) được xem là phương tiện có giá trị trong việc đánh giá DOI, đồng thời là phương tiện chẩn đoán hình ảnh cung cấp nhiều thông tin giúp ích cho việc chẩn đoán, điều

trị và theo dõi bệnh nhân ung thư lưỡi [2].

Hiện nay tại Việt Nam còn ít nghiên cứu về độ sâu xâm lấn trên hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư khoang miệng nói chung và ung thư lưỡi di động nói riêng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá độ sâu xâm lấn trên hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân ung thư lưỡi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 2022 đến 2023".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu cắt ngang mô tả gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi và được chụp MRI, được điều trị tại bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2022 đến tháng 08/2023.

**Tiêu chuẩn nhận vào.** Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định ung thư nguyên phát ở 2/3 trước lưỡi, có chỉ định chụp cộng hưởng từ và có chỉ định điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Ung thư từ nơi khác lan đến 2/3 trước lưỡi, ung thư lưỡi tái phát hoặc bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật hay xạ trị trước đó.

**Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

**Các bước tiến hành:**

**Bước 1:** Lấy tất cả các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu, lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

**Bước 2:** Sau khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn trực tiếp, thu thập số liệu trong bệnh án (họ tên, tuổi, giới, mã hồ sơ)

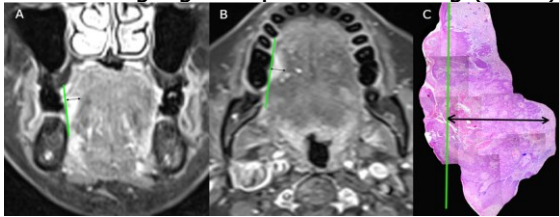
**Bước 3:** Thu thập kết quả MRI trước phẫu thuật (Được đo bởi bác sĩ CĐHA có kinh nghiệm):

– Đường kính lớn nhất của u, đặc điểm u.

– Độ sâu xâm lấn (rDOI): Được đánh giá lần lượt trên phim T1W sau tiêm gadolinium trên các mặt phẳng axial, coronal bằng cách vẽ đường ngang nối các điểm liên tục giữa khối u và niêm mạc bình thường ở cả 2 bên khối u. Vẽ đường vuông góc từ đường ngang đến điểm xâm lấn sâu nhất. Đo khoảng cách này tính theo đơn vị mm [4, 6]. Ghi nhận kết quả rDOI cuối cùng là giá trị lớn hơn khi so sánh rDOI/axial và rDOI/coronal.

– Hạch cổ nghi ngờ di căn (nếu có): vị trí, kích thước, đặc điểm. Hạch nghi ngờ di căn khi có 1 trong các đặc điểm sau: hình thái hạch tròn, kích thước lớn (đường kính trục ngắn > 1cm), có hoại tử bên trong, đường bờ hạch không đều hoặc  $\geq 3$  hạch ở một vùng phân bố hạch.

– Đánh giá giai đoạn TNM lâm sàng (cTNM)



**Hình 1:** Một trường hợp carcinoma tế bào gai ở bờ lưỡi phải (A) Hình ảnh T1W sau tiêm tương phản từ mặt phẳng coronal, rDOI/coronal là 5mm; (B) Hình ảnh T1W sau tiêm tương phản từ mặt phẳng axial, rDOI/axial là 5 mm; (C) Hình ảnh khối u trên GPB ở vị trí xâm lấn sâu nhất, pDOI là 4 mm

**Bước 4:** Thu thập kết quả GPB sau mổ (Kết quả GPB đọc bởi bác sĩ GPB có kinh nghiệm):

– Đặc điểm u: kích thước, độ sâu xâm lấn (pDOI).

– Đặc điểm di căn hạch: có di căn không, số lượng, vị trí, kích thước, có xâm lấn ngoài hạch không.

– Xếp hạng pTNM.

**Phương tiện nghiên cứu.** MRI trước phẫu thuật được chụp bởi máy MRI Siemens Verio 3,0 Tesla tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tiêm chất cản từ gadolinium với kỹ thuật xoá mỡ DIXON được sử dụng để thu được hình ảnh T1W sau tiêm cản từ (axial, coronal, sagittal).

**Phân tích số liệu.** Sử dụng phần mềm thống kê Stata để thực hiện thống kê và xử lý số liệu. Thống kê mô tả các biến số nghiên cứu bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

**Y đức.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Hội đồng Y đức bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

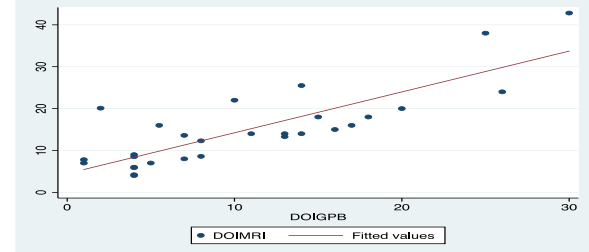
Qua nghiên cứu đánh giá độ sâu xâm lấn trên hình ảnh cộng hưởng từ trên 30 trường hợp ung thư lưỡi khoang miệng tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2022 đến 08/2023, kết quả thu được như sau:

Tuổi trung bình là 55,6 ± 11,7 tuổi, thường gặp nhất là từ 50-69 tuổi. Tỷ lệ nam:nữ là 4:1.

**Bảng 1: Giá trị rDOI đo trên mặt phẳng axial, coronal và rDOI cuối cùng (mm)**

	Coronal (n=29)	Axial (n=29)	rDOI (n=29)
Trung bình	14,6±9,1	14±9,0	14,7±9,4
Nhỏ nhất	4,1	3,7	4
Lớn nhất	40,4	42,8	42,8
Trung bình khác biệt so với pDOI	4,1	3,1	3,3

Đối với khối u ở lưỡi di động đánh giá DOI trên mặt phẳng coronal hay axial đều có mối tương quan mạnh với pDOI. Chỉ số DOI trên MRI thường lớn hơn DOI trên giải phẫu bệnh với khác biệt trung bình là 3,3mm. rDOI có mối tương quan mạnh với pDOI (r = 0,825).



**Hình 2. Mối tương quan giữa DOI trên phim MRI và DOI trên giải phẫu bệnh**

**Bảng 2: Mức độ đồng thuận giữa MRI và GPB trong chẩn đoán giai đoạn T theo AJCC 8<sup>th</sup>**

Giai đoạn T trên MRI	Giai đoạn T trên GPB						Hệ số Cohen's Kappa
	pTis	pT1	pT2	pT3	pT4a	Tổng	
cTis	0	0	1	0	0	1	0,618
cT1	0	5	0	0	0	5	
cT2	0	3	5	0	0	7	
cT3	0	0	2	6	2	11	
cT4a	0	0	1	1	4	6	
Tổng	0	8	9	7	6	30	

So với giải phẫu bệnh, MRI chẩn đoán chính xác giai đoạn T trong 66,7% các trường hợp. Kết quả đánh giá giai đoạn T trên MRI và trên GPB đạt mức độ đồng thuận đáng kể (k = 0,618)

**Bảng 3: Tỷ lệ thay đổi giai đoạn T giữa MRI và GPB theo phân nhóm DOI trên GPB**

Phân nhóm pDOI	Phù hợp (%)	Tăng (%)	Giảm %
≤ 5mm	27,3	63,6	9,1
> 5 – 10mm	66,7	33,3	0
> 10mm	76,9	7,7	15,4

Các khối u có pDOI ≤ 5mm đạt tỷ lệ phù hợp giữa đánh giá phân loại T trên lâm sàng và GPB 27,3% và MRI có xu hướng làm tăng phân loại T trong 63,6% trường hợp. Đối với các khối u pDOI trong phân nhóm từ > 5 – 10 mm và > 10 mm, đánh giá giai đoạn T trên MRI đạt tỷ lệ phù hợp cao hơn lần lượt là 66,7% và 76,9%.

**Bảng 4: Mức độ đồng thuận giữa MRI và GPB trong chẩn đoán giai đoạn N theo AJCC 8<sup>th</sup>**

Giai đoạn N trên MRI	Giai đoạn N trên GPB						Hệ số Cohen's Kappa
	pN0	pN1	pN2b	pN2b	pN3	Tổng	
cN0	15	0	0	0	0	15	0,482

cN1	3	2	0	0	0	5
cN2b	0	1	2	1	1	5
cN2c	0	0	0	1	0	1
cN3	0	0	4	0	0	4
Tổng	18	3	6	2	1	30

MRI cho kết quả đánh giá giai đoạn di căn hạch đạt mức độ đồng thuận trung bình so với giải phẫu bệnh ( $k = 0,482$ )

**Bảng 5: Giá trị của MRI trong phát hiện hạch di căn**

	pN(+)	pN(-)	Tổng	Giá trị p*
cN(+)	12(100,0)	3(16,7)	15	< 0,001
cN(-)	0(0)	15(83,3)	15	
Tổng	12	18	30	

MRI là có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán di căn hạch lần lượt là 100% và 83,3% với giá trị tiên đoán dương là 80% và giá trị tiên đoán âm là 100%.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đánh giá độ sâu xâm lấn khối u trên hình ảnh cộng hưởng từ.** MRI là một phương tiện hữu ích trong đánh giá ung thư lưỡi trước phẫu thuật vì khả năng mô tả, phân biệt mô bình thường với mô u cũng như mức độ xâm lấn mô mềm so với CT scan.

Phân loại ung thư theo AJCC 8th đã đưa tiêu chí về độ sâu xâm lấn (DOI) được bổ sung kết hợp với kích thước khối u để đánh giá giai đoạn T cho ung thư khoang miệng [3]. [2, 8] Độ sâu xâm lấn trước phẫu thuật hiện vẫn còn là vấn đề đang được nghiên cứu trong nhiều năm gần đây nhằm mục đích tìm ra cách đánh giá DOI trước phẫu thuật chính xác nhất trên các phương tiện hình ảnh học.

Đối với các khối u ở phần lưỡi di động, đặc biệt là bờ lưỡi, đánh giá rDOI trên mặt phẳng coronal hay axial cho khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) tuy nhiên rDOI trên mặt phẳng axial có khác biệt trung bình so với pDOI nhỏ hơn so với rDOI trên coronal do đó đánh giá rDOI trên axial có thể ưu thế hơn so với coronal. Điều này cũng được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Locatello [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận DOI trên MRI (rDOI) thường lớn hơn DOI trên giải phẫu bệnh (pDOI) ( $p < 0,05$ ) với trung bình khác biệt là 3,3 mm. Sự khác biệt này đã được Baba A và các tác giả khác lý giải do hình ảnh cộng hưởng từ khó phân biệt mô u với vùng mô phù nề/viêm phản ứng quanh u cũng như do hiện tượng co rút khi cố định mô bệnh phẩm trong fomalin. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy MRI có thể đánh giá rất tốt độ sâu xâm lấn của khối u với hệ số tương quan giữa rDOI và pDOI

là 0,825 ( $p < 0,001$ ) tương tự với các nghiên cứu trước đó [1,4,5].

**Đánh giá giai đoạn T trên hình ảnh cộng hưởng từ.** Đối với đánh giá giai đoạn T, mức độ đồng thuận giữa giai đoạn T đánh giá trên MRI và giải phẫu bệnh đạt độ đồng thuận đáng kể với chỉ số Kappa là 0,618. Tác giả Ravikanth khi thực hiện nghiên cứu trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán UTBM lưỡi khoang miệng đã chỉ ra mức độ đồng thuận tốt với hệ số  $k = 0,612$  khi phân loại giai đoạn T giữa MRI và GPB [7]. Tác giả Lê Văn Quảng cũng đưa ra kết quả tương tự với  $k = 0,645$  [1].

MRI thường có xu hướng đánh giá "quá tay" giai đoạn T trên lâm sàng so với giai đoạn T trên giải phẫu bệnh được cho là do DOI trên MRI thường lớn hơn DOI trên giải phẫu bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ làm tăng giai đoạn T so với giải phẫu bệnh chung là 33,3%. Đặc biệt với các khối u có pDOI  $\leq 5$ mm, MRI có xu hướng làm tăng phân loại T trong 63,6% trường hợp. Đối với các khối u pDOI trong phân nhóm từ  $> 5 - 10$  mm và  $> 10$  mm, tỉ lệ làm tăng giai đoạn T giảm xuống lần lượt là 33,3% và 10% và tỉ lệ đạt phù hợp với pT cao hơn. Một nghiên cứu của Waech và cộng sự thực hiện năm 2020 trên 121 bệnh nhân ung thư lưỡi cũng kết luận tất cả các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có xu hướng tăng giai đoạn T ở các khối u có pDOI  $< 5$  mm trong hơn 50% các trường hợp và tỉ lệ này sẽ giảm dần ở các phân nhóm pDOI cao hơn [8].

**Đánh giá di căn hạch cổ trên hình ảnh cộng hưởng từ.** Trong đánh giá di căn hạch vùng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận MRI có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán di căn hạch lần lượt là 100% và 83,3% với giá trị tiên đoán dương là 80% và giá trị tiên đoán âm là 100%. Mức độ đồng thuận trong đánh giá giai đoạn di căn hạch giữa MRI và giải phẫu bệnh đạt mức độ vừa phải ( $k = 0,48$ ). Tác giả Piia ghi nhận kết quả gần tương tự MRI có độ nhạy 60% và độ đặc hiệu 83%, giá trị tiên đoán dương là 75% và giá trị tiên đoán âm là 70%, mức độ đồng thuận vừa phải ( $k = 0,44$ ) [5]. Tác giả Lê Văn Quảng nghiên cứu trên 28 trường hợp UTL được nạo hạch cổ cũng ghi nhận độ đặc hiệu cao 96% và giá trị tiên đoán âm 92,3% trong chẩn đoán di căn hạch cổ của MRI [1].

#### V. KẾT LUẬN

MRI là phương tiện tin cậy trong đánh giá giai đoạn nói chung và độ sâu xâm lấn trước phẫu thuật nói riêng đối với ung thư lưỡi khoang miệng. Đối với khối u ở bờ lưỡi đánh giá DOI trên

mặt phẳng axial có thể ưu thế hơn. Hệ số tương quan giữa rDOI và pDOI ( $r = 0,825$ ) cho thấy mối tương quan mạnh giữa DOI trên MRI và trên giải phẫu bệnh. Kết quả đánh giá giai đoạn T trên MRI và trên GPB đạt mức độ đồng thuận đáng kể ( $k = 0,618$ ). Về đánh giá di căn hạch trước phẫu thuật, MRI là phương tiện có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán di căn hạch lần lượt là 100% và 83,3% với giá trị tiên đoán dương là 80% và giá trị tiên đoán âm là 100%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Quảng, Lê Thị Hồng Phượng, Ngô Quốc Duy, Bùi Văn Giang (2021) "Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư lưỡi phần di động và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán giai đoạn". Tạp chí Y học Việt Nam, 498 (2), 194-196.
2. H. A. Alsaffar, D. P. Goldstein, E. V. King, J. R. de Almeida, D. H. Brown, R. W. Gilbert, et al. (2016) "Correlation between clinical and MRI assessment of depth of invasion in oral tongue squamous cell carcinoma". Journal of otolaryngology - head & neck surgery = Le Journal d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, 45 (1), 61-61.
3. M.B. Amin, S.B. Edge, F.L. Greene, D.R. Byrd, R.K. Brookland, M.K. Washington, et al. (2018) AJCC Cancer Staging Manual, Springer International Publishing,
4. A. Baba, K. Hashimoto, R. Kayama, H. Yamauchi, K. Ikeda, H. Ojiri (2020) "Radiological approach for the newly incorporated T staging factor, depth of invasion (DOI), of the oral tongue cancer in the 8th edition of American Joint Committee on Cancer (AJCC) staging manual: assessment of the necessity for elective neck dissection". Jpn J Radiol, 38 (9), 821-832.
5. Piia Huopainen, Lauri Jouhi, Jaana Hagstrom, Satu Apajalahti (2021) "MRI correlates to histopathological data in oral tongue squamous cell carcinoma diagnostics". Acta Odontologica Scandinavica, 79 (3), 161-166.
6. Luca Giovanni Locatello, Chiara Bruno, Michele Pietragalla, Cecilia Taverna, Luca Novelli, Cosimo Nardi, et al. (2020) "A critical evaluation of computed tomography-derived depth of invasion in the preoperative assessment of oral cancer staging". Oral Oncology, 107, 104749.
7. Reddy Ravikanth (2020) "MR evaluation of tongue carcinoma in the assessment of depth of invasion with histopathological correlation: A single center experience". The Indian Journal of Radiology & Imaging, 30, 126 - 138.
8. T. Waech, S. Pazahr, V. Guarda, N. J. Rupp, M. A. Broglie, G. B. Morand (2021) "Measurement variations of MRI and CT in the assessment of tumor depth of invasion in oral cancer: A retrospective study". Eur J Radiol, 135, 109480.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM CỔ CHÂN, BÀN CHÂN BẰNG VẶT TRÊN MẮT CÁ NGOÀI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phạm Thanh Thiên<sup>1</sup>, Lô Quang Nhật<sup>1</sup>, Vũ Hồng Ái<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Trường<sup>2</sup>, Hoàng Văn Dung<sup>3</sup>, Tạ Văn công<sup>3</sup>, Nguyễn Việt Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khuyết hồng phần mềm (KHPM) cổ chân, bàn chân bằng vạt trên mắt cá ngoài. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 39 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật điều trị bằng vạt trên mắt cá ngoài trong thời gian từ 01/2018 đến 06/2024 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Kết quả gần: Tốt (35/39 = 89,7%), Vừa (03/39 = 7,7%), xấu (01/39 = 2,6 %). Kết quả xa: Tất cả BN đã liền sẹo tốt, vạt mềm mại, di động tốt, 01 BN đã phải ghép da bổ sung sau khi vạt bị chết > 50% nhưng không gây ảnh hưởng quá nhiều tới kết quả xa. Da ở vùng cẳng chân và cổ bàn chân

có sự tương đồng về màu sắc, độ dày của vạt với nơi nhận. **Kết luận:** Vạt trên mắt cá ngoài là một chất liệu tạo hình tốt để che phủ các khuyết hồng vùng cổ chân, bàn chân, đảm bảo cả về chức năng và thẩm mỹ. **Từ khóa:** khuyết hồng phần mềm cổ bàn chân, vạt trên mắt cá ngoài.

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT FOR ANKLE AND FOOT DEFECTS USING THE LATERAL SUPRAMALLEOLAR FLAP AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcomes of surgical treatment for soft tissue defects of the ankle and foot using the lateral supramalleolar flap. **Subjects and Methods:** A total of 39 patients underwent surgical treatment using the lateral supramalleolar flap from January 2018 to June 2024 at the Thai Nguyen Central Hospital. **Results:** Short-term outcomes: Excellence: 35/39 patients (89.7%), Good: 03/39 patients (7.7%), Bad: 01/39 patient (2.6%). Long-term outcomes: All patients had well-healed scars, and the flap remained

<sup>1</sup>Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>3</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024