

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Nguyễn Thị Ngọc Anh¹, Nguyễn Thị Cẩm Vân¹,
Trần Như Nguyễn Phương¹, Lê Phước Anh¹, Hoàng Ngọc Nha¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của ung thư trực tràng trên siêu âm nội soi và giá trị siêu âm nội soi trong chẩn đoán giai đoạn ung thư trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 34 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng có chỉ định phẫu thuật, được tiến hành làm siêu âm nội soi từ tháng 4/2017 - 6/2018.

Kết quả: U trực tràng cao và giữa chiếm tỷ lệ 35,3%, thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 61,8%. Bề dày trung bình của khối u là $12,21 \pm 4,93$ mm (27mm- 5mm). Có 20,6% trường hợp u có xâm lấn cơ thắt hậu môn và 29,4 % trường hợp phát hiện có hạch vùng, u ở giai đoạn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 58,9%, hạch kích thước ≥ 5 mm xuất hiện trên 29,4% trường hợp và được chẩn đoán giai đoạn N1. Khả năng chẩn đoán đúng cho các giai đoạn T của siêu âm nội soi so với kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: 82,4 %. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho giai đoạn T1: 75%, 100%, 97,1%, giai đoạn T2: 63,6%, 95,6%, 85,3%. Giai đoạn T3 lần lượt là 94,4%, 81,3%, 88,2%. Khả năng chẩn đoán đúng cho các giai đoạn N của siêu âm nội soi so với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: 85,3%. Kích thước hạch lớn hơn 5 mm thì độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong chẩn đoán hạch di căn là 85,7%, 85,2%, 85,3%.

Kết luận: Siêu âm nội soi có độ chính xác cao trong đánh giá trước mổ mức độ xâm lấn và tình trạng di căn hạch vùng trong ung thư trực tràng.

Từ khóa: Siêu âm nội soi, ung thư trực tràng

ABSTRACT

CHARACTERIZATION IMAGING OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN RECTAL CANCER

Nguyen Thi Ngoc Anh, Nguyen Thi Cam Van,
Tran Nhu Nguyen Phuong, Le Phuoc Anh, Hoang Ngoc Nha

Objective: Evaluate the characterization imaging of endoscopic ultrasound in rectal cancer and role of endoscopic ultrasound in diagnostic staging of rectal cancer

Materials and method: 34 patients were diagnosed with colorectal cancer who indicated for operation and underwent endoscopic ultrasonography from April 2017 to June 2018.

Result: Upper and middle rectal tumors accounted for 35.3%, the highest rate was 61.8%. The mean tumor thickness was 12.21 ± 4.93 mm (27mm – 5mm). There are 20.6% of cases of invasive anal sphincter and 29.4% of cases with regional nodal tumors, tumors in the T3 stage is highest rate of 58.9%, lymph

1. Bệnh viện Trung ương Huế - Ngày nhận bài (Received): 17/9/2019; Ngày phản biện (Revised): 25/9/2019
- Ngày đăng bài (Accepted): 10/10/2019
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thị Cẩm Vân
- Email: bsvanhue@gmail.com; ĐT: 0984 96 39 39

nodes of $\geq 5\text{mm}$ appear over 29.4% of cases and was diagnosed with N1 stage. The correct diagnostic capacity for T-stages of endoscopic ultrasound versus post operative anapathology results: 82.4%. Sensitivity, specificity, accuracy for T1: 75%, 100%, 97.1%, T2: 63.6%, 95.6%, 85.3%. Stage T3 were 94.4%, 81.3%, 88.2%. Possible diagnostic accuracy for N-stages of endoscopic ultrasound versus postoperative anapathology 85.3%. Nodal sizes greater than 5 mm were 85.7%, 85.2%, 85.3% for sensitivity, specificity and accuracy in diagnostic nodal metastases.

Conclusion: Endoscopic ultrasound has high accuracy in preoperative assessment of invasive and regional nodal metastasis in rectal cancer.

Keywords: Endoscopic ultrasound; rectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những ung thư phổ biến của đường tiêu hóa, nguyên nhân gây tử vong thứ hai ở nam giới và thứ ba ở nữ giới. Tại Hoa Kỳ hằng năm có khoảng 135000 trường hợp ung thư đại trực tràng mới được phát hiện [2]. Việc đánh giá chính xác giai đoạn trước mổ có vai trò quan trọng trong quyết định phương thức điều trị. Cùng với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác, thì siêu âm nội soi trong ung thư trực tràng giúp đánh giá giai đoạn ung thư trước mổ với mức độ chính xác cao [1], [7]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu nghiên cứu giá trị của siêu âm nội soi trong chẩn đoán mức độ xâm lấn, tình trạng di căn hạch vùng trong ung thư trực tràng từ đó lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

34 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng có chỉ định phẫu thuật tại khoa Ngoại Nhi-Cấp Cứu Bụng Bệnh viện Trung ương Huế, được tiến hành làm siêu âm nội soi từ tháng 4/2017 - 6/2018.

Kỹ thuật siêu âm nội soi trực tràng: Bệnh nhân nhịn ăn ít nhất 4-6 giờ và được thụt tháo sạch đại tràng trước khi tiến hành nội soi siêu âm. Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái, chân trên gấp nhẹ vào bụng. Bác sĩ siêu âm nội soi đứng bên phải bệnh nhân, thăm trực tràng kết hợp bôi trơn ống hậu môn, đưa ống nội soi qua ống hậu môn, kiểm tra niêm mạc trực tràng qua nội soi, phát hiện tổn thương, đánh giá đại thể. Chuyển chế độ siêu âm nội soi đồng thời kết hợp với các kỹ thuật của nội soi để bộc

lộ tổn thương bằng các mặt cắt của siêu âm. Đầu dò siêu âm lòng trực tràng được đặt trong bóng cao su có bơm nước để dẫn truyền được tốt hơn. Qua đó dựa vào hình ảnh siêu âm thu được để đánh giá vị trí, số lượng, bề dày, tín hiệu mạch máu, mức độ xâm lấn ... của thương tổn

Trong chẩn đoán giai đoạn ung thư trực tràng bằng siêu âm nội soi, chúng tôi thường dùng đầu dò quét ngang (Radial). Để khảo sát được khối u trực tràng qua siêu âm nội soi, cần có môi trường nước giữa đầu dò với tổn thương, bằng cách phối hợp bơm nước sạch vào lòng trực tràng và sử dụng bóng cao su chứa nước ở đầu dò máy siêu âm nội soi. Nhiều lúc, u ở vị trí cao hay khối u ở vị trí khó, cần thay đổi tư thế bệnh nhân, tư thế giường để nước bao quanh khối u dễ hơn. Khi thực hiện siêu âm nội soi trong ung thư trực tràng, để hạn chế đọc sai kết quả, cần lưu ý các nguyên tắc sau:

- Đặt đầu dò để quét vuông góc thương tổn ở vị trí rõ nhất, khi quét lệch, hình ảnh sẽ chệch so với thực tế dẫn đến chẩn đoán sai giai đoạn của khối u.

- Giữ khoảng cách giữa đầu dò và tổn thương, tránh tiếp xúc trực tiếp hoặc đè vào thương tổn, vừa dễ gây thêm thương tổn, gây chảy máu và hình ảnh thu được cũng sai lệch nhưng cũng không để quá xa sẽ giảm sự rõ nét của hình ảnh siêu âm tổn thương, tốt nhất trong khoảng 0,5-1cm.

- Dùng đầu dò cao tần hơn cho những tổn thương nhỏ, ở giai đoạn sớm (nếu có).

- Việc quan sát các mạch máu và tạng xung quanh quan trọng trong đánh giá giai đoạn khối u cũng như tiên lượng phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung: Nhóm tuổi có tỷ lệ ung thư trực tràng cao nhất 60-69, chiếm 26,5%. Độ tuổi trung bình $64,5 \pm 15,7$ (nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 91 tuổi), nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam là

1,3. Đi cầu phân máu là lý do chủ yếu khiến bệnh nhân vào viện (82,4%). Đa số bệnh nhân có thời gian khởi bệnh dưới 3 tháng. Thời gian trung bình là $2,3 \text{ tháng} \pm 1,6 \text{ tháng}$ (ngắn nhất 0,5 tháng, lâu nhất 8 tháng)

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng

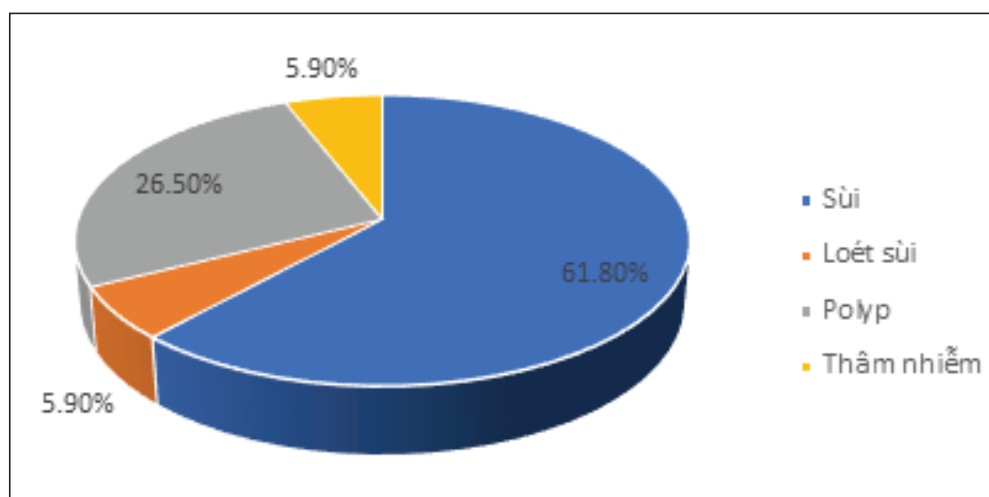
Triệu chứng	n	%
Đau âm ỉ hạ vị	21	61,8
Đi cầu phân máu, nhầy máu	29	85,3
Đau rát hậu môn kèm mót rặn	14	41,2
Rối loạn tiêu hóa (Táo bón + Tiêu chảy)	22	64,7
Khuôn phân dẹt, biến dạng	13	38,2
Sụt cân	14	41,2
Thiếu máu	12	35,3
Bán tắc ruột/Tắc ruột	0	0,0
Thăm trực tràng thấy u	23	67,6

Triệu chứng đi cầu phân máu chiếm tỷ lệ cao nhất 85,3%.

Triệu chứng rối loạn tiêu hóa và đau bụng vùng hạ vị lần lượt có tỷ lệ 82,4% và 79,4%.

Thăm trực tràng thấy u trong 67,6% trường hợp.

Vị trí u ở trực tràng ở ba đoạn cao, đoạn giữa và đoạn dưới trên nội soi chiếm tỷ lệ gần tương đương nhau trong đó đoạn cao 35,5%, đoạn giữa 35,5% và đoạn dưới 29,4%.



Biểu đồ 1: Hình ảnh đại thể của ung thư trực tràng trên nội soi

Có 4 loại hình ảnh đại thể của ung thư trực tràng trên nội soi: thể sùi, loét sùi, thâm nhiễm và polyp biến đổi ác tính, trong đó thể sùi chiếm tỷ lệ lớn nhất là 61,8%.

Bảng 2: Độ dày trung bình của khối theo từng giai đoạn T

SANS Bề dày (mm)	T1	T2	T3+T4	T chung
Trung bình	9,66 ± 5,03	11,5 ± 6,09	12,79 ± 4,57	12,21 ± 4,93
Nhỏ nhất	5	7	8	5
Lớn nhất	15	26	27	27

Khối u giai đoạn T3- T4 có độ dày trung bình đo ở vị trí dày nhất lớn nhất là 12,79 ± 4,57 mm.

Bảng 3: Đặc điểm u trực tràng trên siêu âm nội soi

Đặc điểm	n	%
Độ hồi âm (giảm âm)	34	100
Bờ kém đều	34	100
Dày thành, mất cấu trúc lớp	34	100
Hạch vùng	10	29,4
Xâm lấn cơ thắt hậu môn	7	20,6
Xâm lấn phúc mạc tạng	3	8,8
Xâm lấn tạng kế cận	0	0

Hầu hết các khối u trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi đều có đặc điểm giảm hồi âm, bờ kém đều, dày thành mất cấu trúc lớp.

Có 7 trường hợp u có xâm lấn cơ thắt hậu môn và 10 trường hợp phát hiện có hạch vùng, 1 trường hợp có xâm lấn phúc mạc tạng. Không có trường hợp nào có xâm lấn các cơ quan kế cận.

Bảng 4: Các giai đoạn T trên siêu âm nội soi

Giai đoạn	n	%
Xâm lấn đến cơ niêm và dưới niêm (T1)	3	8,8
Xâm lấn lớp cơ (T2)	8	23,5
Xâm lấn đến thanh mạc hay mạc quanh trực tràng (T3)	20	58,8
Phá vỡ lớp phúc mạc tạng (T4)	3	8,8
Tổng	34	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%).

Giai đoạn T1 và T4 chiếm tỷ lệ bằng nhau 8,8%

Đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi trong ung thư trực tràng

Bảng 5: Số lượng hạch trên siêu âm nội soi

Số lượng hạch	n	%
Không hạch (N0)	24	70,6
1-3 hạch (N1)	10	29,4
Tổng	34	100,0

Các hạch được xem là di căn đa số ở giai đoạn N1 với 29,4%, Không có bệnh nhân nào ở giai đoạn N2. Các hạch ghi nhận được trên SANS đều có kích thước $\geq 5\text{mm}$

Bảng 6: Đối chiếu các giai đoạn của khối u trên SANS so với GPB

SANS \ GPB	T1	T2	T3	T4	Tổng
T1	3	0	0	0	3
T2	1	7	0	0	8
T3	0	3	17	0	20
T4	0	1	1	1	3
Tổng	4	11	18	1	34
p<0,001			Kappa = 0,706		

Có sự phù hợp trong chẩn đoán giai đoạn của ung thư trực tràng trên siêu âm nội soi và giải phẫu bệnh sau mổ với hệ số Kappa = 0,706.

Khả năng chẩn đoán đúng cho các giai đoạn: 82,4 % (28/34); chẩn đoán quá giai đoạn 17,6% (6/34); chẩn đoán dưới giai đoạn 0%

Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong chẩn đoán giai đoạn T1 trên SANS lần lượt là 75%, 100%, 97,1%; giá trị dự báo dương tính 100%, giá trị dự báo âm tính 96,8%.

Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong chẩn đoán giai đoạn T2 trên SANS lần lượt là 63,6%, 95,6%, 85,3%; giá trị dự báo dương tính 87,5%, giá trị dự báo âm tính 84,6%.

Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong chẩn đoán giai đoạn T3 trên SANS lần lượt là 94,4%, 81,3%, 88,2%. Giá trị dự báo dương tính 85%, giá trị dự báo âm tính 92,8%.

Bảng 7: Mối liên quan giữa giai đoạn N trên SANS và trên giải phẫu bệnh

SANS \ GPB	N0	N1	Tổng
N0	23	1	24
N1	4	6	10
Tổng	27	7	34
p < 0,05			

Có khác biệt có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán giai đoạn của ung thư trực tràng trên siêu âm nội soi và giải phẫu bệnh sau mổ

Khả năng chẩn đoán đúng cho các giai đoạn: 85,3% (29/34); khả năng chẩn đoán đúng giai đoạn N0: 85,2% (23/27); khả năng chẩn đoán đúng giai đoạn N1: 85,7% (6/7).

Bảng 8: Mối liên quan giữa kích thước hạch trên SANS và hạch di căn trên giải phẫu bệnh

SANS \ GPB	Dương tính	Âm tính	Tổng
Hạch $\geq 5\text{mm}$	6	4	10
Hạch $< 5\text{mm}$	1	23	24
Tổng	7	27	34
p < 0,05			

Có mối liên quan giữa kích thước hạch và hạch di căn khi làm GPB với $p < 0,05$. Với kích thước hạch lớn hơn 5 mm thì độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong chẩn đoán hạch di căn của SANS so với giải phẫu bệnh lần lượt là 85,7%, 85,2%, 85,3%. Giá trị dự báo dương tính là 60%, giá trị dự báo âm tính 95,3%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về đặc điểm chung trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả khác với độ tuổi trung bình mắc bệnh là $64,5 \pm 15,7$ tuổi [1], [3]. Lý do vào viện trong nghiên cứu của chúng tôi là đi cầu phân máu chiếm chủ yếu với tỷ lệ 82,4% và đau bụng vùng hạ vị là 11,8%. Điều này cũng phù hợp với bệnh học của ung thư trực tràng và cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Hoàng Bắc, Mai Đình Điều [2], [3]. Bệnh nhân vào viện có nhiều triệu chứng lâm sàng trong đó đi cầu phân máu chiếm tỷ lệ cao nhất 85,3%, đau bụng âm ỉ hạ vị cũng thường gặp với tỷ lệ 61,8%. Nghiên cứu của Trần Minh Đức triệu chứng đại tiện phân máu chiếm tỷ lệ cao nhất 90,1% [3]. Nghiên cứu của Aljebreen và CS [5] triệu chứng hay gặp nhất của ung thư trực tràng là đi cầu phân máu chiếm tỷ lệ 79,2%, đau bụng vùng hạ vị chiếm tỷ lệ 35,8%, táo bón 28,3%, tiêu chảy 22,6% [34]. Việc xác định vị trí của khối u trực tràng có vai trò quan trọng trong tiên lượng và lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Chúng tôi xác định vị trí của khối u trực tràng dựa vào khoảng cách từ rìa hậu môn đến bờ dưới khối u, chúng tôi chia thành 3 vị trí u trực tràng đoạn cao, đoạn giữa và đoạn thấp với tỷ lệ lần lượt là 35,3%, 35,3% và 29,4%. Tất cả các khối u trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi đều biểu hiện dày thành và mất cấu trúc lớp thành ống

tiêu hóa, bờ kém đều và cấu trúc giảm âm khá đồng nhất do khối u có kích thước nhỏ và ở giai đoạn sớm. Chúng tôi có nghiên cứu bề dày (kích thước theo chiều ngang của thành ruột) lớn nhất khối u với kết quả trung bình cho tất cả các tổn thương là $12,21 \pm 4,93$ mm, khối u có độ dày nhất là 27 mm, độ dày thấp nhất là 5 mm, chúng tôi chưa tìm thấy được mối liên quan nào giữa bề dày và giai đoạn xâm lấn của tổn thương. Có 7 trường hợp có xâm lấn cơ thất hậu môn trong nghiên cứu, trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn T3 với tỷ lệ 58,8%, giai đoạn T2 chiếm tỷ lệ 23,5%, giai đoạn T1 và giai đoạn T4 là 8,8%. Trong nghiên cứu Vũ Hồng Anh [1] thì giai đoạn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,8%, giai đoạn T1 là 8,8%, giai đoạn T2 và T4 đều là 14,7%. Theo Kongkam [7] giai đoạn T3 là 62%, giai đoạn T2 là 24%, giai đoạn T1 là 9%, giai đoạn T4 là 5%. Tiêu chuẩn thường dùng cho chẩn đoán di căn hạch dựa vào kích thước hạch. Theo nhiều nghiên cứu tương tự, chúng tôi chọn hạch có kích thước trực ngắn ≥ 5 mm để đánh giá hạch di căn. Số lượng hạch được phân theo hệ thống TNM của AJCC. Trong 34 trường hợp nghiên cứu không có ghi nhận trường hợp nào ở giai đoạn N2, trong đó giai đoạn N0 chiếm 70,6%, giai đoạn N1 chiếm 29,4%, kết quả này phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi.

Một số nghiên cứu lấy đường kính ngắn nhất của hạch từ 3 mm trở lên để chẩn đoán di căn, nhưng

lại có nghiên cứu lấy đường kính trực lớn nhất của hạch là 10 mm trở lên. Theo ACR, đường kính hạch 4,5 mm có giá trị chẩn đoán hạch ung thư, tuy nhiên kích thước hạch không phải là yếu tố dự báo về giai đoạn hạch lúc phẫu thuật.

Về chẩn đoán vị trí của khối u trên SANS so với phẫu thuật có độ phù hợp hầu như hoàn toàn với hệ số Kappa = 0,956. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật ngoài phụ thuộc vào độ xâm lấn còn phụ thuộc

vào vị trí u, khoảng cách của u tới rìa hậu môn. Độ chính xác chung cho giai đoạn T trong nghiên cứu của chúng tôi là 82,4% trong khi đó độ chính xác trong chẩn đoán giai đoạn T của một số tác giả Fernandez-Esquarrach và CS [8] khi nghiên cứu 90 bệnh nhân là 95%, Zhu và CS khi nghiên cứu 110 bệnh nhân là 91%, Lin và CS khi nghiên cứu 192 bệnh nhân là 86%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có độ chính xác thấp hơn các nghiên cứu khác.

Bảng 9: So sánh độ chính xác của các giai đoạn T trên SANS so với các tác giả khác

	Số lượng (N)	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	T4 (%)
Fernandez-Esquarrach và CS	90	95	76	76	95
Lin và CS	192	86	94	86	65
Zhu và CS	110	93	88	88	96
Chúng tôi	34	97,1	85,3	88,2	94,1

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn T1 trên SANS, hoàn toàn phù hợp với kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật; 8 bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn T2 trên SANS: trong đó có 7/8 (87,5%) bệnh nhân phù hợp với kết quả giải phẫu bệnh, 1/8 (12,5%) bệnh nhân bị chẩn đoán quá giai đoạn so với giải phẫu bệnh; 20 bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn T3 trên SANS: trong đó 17/20 (85%) bệnh nhân được chẩn đoán đúng giai đoạn, 3/20 (15%) bệnh nhân chẩn đoán quá giai đoạn; ở giai đoạn T4 có 3 bệnh nhân nhưng chẩn đoán đúng giai đoạn 1/3 (33,3%) bệnh nhân và 2/3 (66,7%) bệnh nhân chẩn đoán quá giai đoạn.

Di căn hạch là yếu tố quan trọng trong tiên lượng bệnh cũng như lên kế hoạch điều trị. Những nghiên cứu gần đây cho thấy độ chính xác trong chẩn đoán di căn hạch của SANS từ 63-85%. Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán di căn hạch khi đường kính hạch ≥ 5 mm, trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 trường hợp chẩn đoán di căn hạch trên SANS, đối chiếu với kết quả GPB có 6 trường hợp di căn hạch trên GPB, cho thấy độ chính xác trong chẩn đoán hạch di căn

ở nhóm hạch ≥ 5 mm là 60%. Theo Pietro Marone [8] tỷ lệ dương tính đối với nhóm hạch ≥ 5 mm là 50-70% , theo Elena Tatiana tỷ lệ này là 47%. Tỷ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn N của siêu âm nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi 85% (29/34 trường hợp), chẩn đoán dưới giai đoạn 3% (1/34 trường hợp) và 12% (4/34 trường hợp) chẩn đoán quá giai đoạn. Dễ dàng nhận ra rằng SANS không khó khăn trong việc phát hiện hạch nhưng lại không dễ trong phân biệt hạch viêm phản ứng và hạch ác tính. Theo Pietro Marone [8] ghi nhận rằng tỷ lệ hạch di căn có mối liên quan với kích thước hạch, kích thước hạch < 2 mm thì tỷ lệ dương tính của hạch di căn là 9,5%, đối với hạch 3-5mm thì tỷ lệ này là 47%, đối với hạch > 6 mm thì tỷ lệ này là 87%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác trong chẩn đoán hạch di căn của SANS trong nghiên cứu của chúng tôi so với giải phẫu bệnh lần lượt là 85,7%, 85,2%, 85,3%. Theo tác giả Manuel Valero [9] khi tổng hợp 35 nghiên cứu về siêu âm nội soi trực tràng đã ghi nhận độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 76%, độ chính xác 74% trong chẩn đoán giai đoạn N. Nghiên cứu của Cartana độ chính xác trong giai đoạn N là 70 %-75% [6].

V. KẾT LUẬN

Siêu âm nội soi có giá trị rất lớn trong việc đánh giá sự xâm lấn của khối u và di căn hạch vùng, đặc biệt là giai đoạn sớm trong

ung thư trực tràng, từ đó đưa ra lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu nhất để đạt được kết quả tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Hồng Anh, Đỗ Nguyệt Ánh, Nguyễn Thúy Vinh (2012), “Nhận xét bước đầu về giá trị của SANS trong chẩn đoán các khối u ống tiêu hóa tại Bệnh viện E Hà Nội”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 832-833.
2. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái (2010), “Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 14 phụ bản 1, tr. 119-123.
3. Mai Đình Điều (2014), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng*, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Nguyễn Đào Cẩm Tú (2016), *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu trong ung thư trực tràng*, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y dược Huế.
5. Aljebreen A.M., et al. (2013), “The Accuracy of Multi-detector Row Computerized Tomography in Staging Rectal Cancer Compared to Endoscopic Ultrasound”, *Saudi Journal of Gastroenterology : Official Journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 19(3), pp. 108-112.
6. Cartana E.T., D.I. Gheonea, and A. Saftoiu (2016), “Advances in endoscopic ultrasound imaging of colorectal diseases”, *World J Gastroenterol*, 22(5), pp. 1756-66.
7. DiMagno E.P. and M.J. DiMagno (2016), “Endoscopic Ultrasonography: From the Origins to Routine EUS”, *Digestive Diseases and Sciences*, 61(2), pp. 342-353.
8. Marone P., et al. (2015), “Role of endoscopic ultrasonography in the loco-regional staging of patients with rectal cancer”, *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 7(7), pp. 688-701
9. Filippone A., et al. (2004), “Preoperative T and N staging of colorectal cancer: accuracy of contrast-enhanced multi-detector row CT colonography--initial experience”, *Radiology*, 231(1), pp. 83-90.
10. Gersak M.M., et al. (2015), “Endoscopic ultrasound for the characterization and staging of rectal cancer. Current state of the method. Technological advances and perspectives”, *Med Ultrason*, 17(2), pp. 227-34.