

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH, TUỔI VÀ GIỚI TRONG PHÂN BIỆT CÁC U SAU PHỨC MẠC CÓ NGUỒN GỐC THẦN KINH Ở TRẺ EM

Hoàng Tùng Lâm¹; Trần Phan Ninh¹; Bùi Ngọc Lan²

1. Khoa Chẩn đoán hình ảnh. Bệnh viện Nhi Trung ương

2. Trung tâm Ung thư - Huyết học. Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu sự khác biệt về đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính 128 dãy đầu thu, tuổi và giới ở các khối u có nguồn gốc thần kinh sau phúc mạc ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 166 bệnh nhân từ tháng 1.2018 đến 12.2020 được chia thành 3 nhóm: u nguyên bào thần kinh (n=126), u hạch nguyên bào thần kinh (n=18), u hạch thần kinh (n=22). Chúng tôi so sánh các đặc điểm về tuổi, giới, đặc điểm hình ảnh của các nhóm u này bằng các test thống kê (Mann Withney và Khi bình phương) trên phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi chủ yếu của nhóm u nguyên bào thần kinh (UNBTK) là 1,3 tuổi, u hạch nguyên bào thần kinh (UHNBTk) 3,5 tuổi, u hạch thần kinh (UHTK) 6,0 tuổi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới. Đặc điểm bao mạch của UNBTK 62,7%, UHNBTk 55,6%, UHTK 31,8% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,025$. Đặc điểm chảy máu, vôi hóa, hoại tử, di căn, hạch, dạng nang chỉ thấy ở nhóm UNBTK và UHNBTk. Nhóm UHTK đa số ngấm thuốc thấp hơn cơ chiếm 63,6%.

Kết luận: Chẩn đoán phân biệt các khối u sau phúc mạc có nguồn gốc thần kinh ở trẻ em có thể dựa vào tuổi và một số đặc điểm hình ảnh có giá trị.

ABSTRACT

FEATURES OF COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES, AGE AND SEX IN DIFFERENTIATING RETROPERITONEAL NEOPLASMS OF NEUROGENIC ORIGIN IN CHILDREN

Purpose: To study the differences in imaging features of 128 MSCT, age, gender in tumors of retroperitoneal nerve origin in children. **Material and methods:** In our study, 166 patients from January 2018 to December 2020 were divided into 3 groups: neuroblastoma (n=126), neuroganglioblastoma (n=18), ganglioneuroma (n=22). We compared the age, sex, and imaging characteristics of these tumor groups by statistical tests (Mann Withney, Chi_square) on SPSS 20.0 software. **Results:** The median age of the Neuroblastoma group was 1.3 years old, the Neuroganglioblastoma group was 3.5 years old, the Ganglioneuroma group was 6.0 years old. There is a statistically significant difference between groups with $p < 0.05$. There was no statistically significant difference of gender between groups. Encasement of vessel characteristics of the Neuroblastoma group was 62.7%, the Ganglioneuroblastoma group was 55.6%, the Ganglioneuroma group was 31.8%, had statistically significant differences between groups

Nhận bài: 20-3-2022; Chấp nhận: 20-4-2022

Người chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tùng Lâm

Địa chỉ: Email: hoanglam.rad@gmail.com; ĐT: 0967700838

with $p = 0.025$. Characteristics of bleeding, calcification, necrosis, metastasis, lymphadenopathy, cystic form were found only in the group of Neuroblastoma and Ganglioneuroblastoma. Most of patient in the Ganglioneuroma group had lower contrast enhancement than muscle, accounting for 63.6%. **Conclusions:** Differential diagnosis of retroperitoneal tumors of neurogenic origin in children can be based on age and some valuable imaging features.

Keywords: Neuroblastoma, Ganglioneuroblastoma, Ganglioneuroma, multiple slices computer tomography (MSCT).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u sau phúc mạc có nguồn gốc thần kinh là khối u hay gặp nhất trong u sau phúc mạc ngoài thận trẻ em, theo thống kê trong một nghiên cứu của chúng tôi công bố năm 2019 thì tỷ lệ các khối u này chiếm 67,1% các u sau phúc mạc ngoài thận[1].

Triệu chứng lâm sàng của các khối u nguồn gốc thần kinh không đặc hiệu, có thể sờ thấy khối, bụng chướng, sốt, thiếu máu, lồi mắt, có thể hiện ngẫu nhiên khi siêu âm bụng [2]. Các khối u sau phúc mạc có nguồn gốc thần kinh bao gồm: u nguyên bào thần kinh (UNBTK) ác tính, u hạch thần kinh trưởng thành (UHTK) lành tính, u hạch nguyên bào thần kinh (UHNBTk) ác tính thể trung gian [3], việc chẩn đoán phân biệt là cần thiết. Chẩn đoán dựa vào sinh thiết làm giải phẫu bệnh, sinh thiết không phải lúc nào cũng thể có được mô điển hình đại diện cho khối u. Do vậy chẩn đoán không xâm lấn bằng cắt lớp rất quan trọng để có kế hoạch làm các bước tiếp theo phục vụ cho chẩn đoán xác định và điều trị.

Chụp cắt lớp vi tính là một kỹ thuật không xâm nhập cho nhiều thông tin chi tiết chẩn đoán các khối u dựa vào các đặc điểm hình ảnh. Cắt lớp vi tính đã được sử dụng chẩn đoán u này ở trẻ em từ những năm 1981[4]. Cắt lớp vi tính 128 dãy đầu thu với độ chính xác cao, chụp nhanh, phần mềm xử lý ảnh tiên tiến càng có nhiều giá trị hơn trong chẩn đoán các khối u sau phúc mạc có nguồn gốc thần kinh.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *so sánh các đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính, tuổi và giới của các khối u sau phúc mạc có nguồn gốc thần kinh, từ đó tìm các đặc điểm có giá trị để phân biệt các khối u này.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là các bệnh nhi từ được chẩn đoán là UNBTK, UHNBTk, UHTK, có kết quả giải phẫu bệnh, đã được chụp cắt lớp vi tính 128 dãy đầu thu. Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: là phương pháp mô tả hồi cứu, có so sánh.

Các biến được xác định như sau: Kích thước khối được đo 3 chiều, lấy chiều lớn nhất của khối. Bao mạch máu chia thành: không bao mạch khi khối tách rời mạch máu hoặc tiếp xúc khi khối tiếp giáp dưới 50% khẩu kính mạch máu, bao mạch khi trên 50% khẩu kính mạch máu, xác định trên trục cắt ngang vuông góc với mạch máu. Vô hóa và mỡ được xác định trên hình ảnh trước tiêm thuốc cản quang. Hạch là những nốt sau phúc mạc cạnh mạch máu lớn. Đánh giá di căn xa dựa vào SPECT và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh và GPB. Mức độ ngấm thuốc của khối được xác định trên thì tính mạch. So sánh mức độ ngấm thuốc với các tạng: cơ, gan, lách ở thì tĩnh mạch. Khối u đo tỷ trọng ở vị trí ngấm thuốc nhiều nhất của mô u điển hình, không đo vùng hoại tử, vô hóa và mạch máu, trước tiêm cản quang đo cùng vị trí. Đo tỷ trọng ngấm thuốc của cơ: khối cơ lưng ngang mức, xa xương cột sống tránh nhiễu. Trước tiêm cản quang đo vị trí tương ứng.

Phim được lưu trữ trên hệ thống PACS (Picture Archiving and Communication System), đọc và phân tích phim trên phần mềm Infinte. Số liệu được lưu trữ và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tuổi và giới

Bảng 1. Tuổi của nhóm nghiên cứu

	N	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất	P
UNBTK	126	1,3	3 ngày	9 tuổi	P < 0,05
UHNBTK	18	3,5	4 tháng	11 tuổi	
UHTK	22	6,0	3 tuổi	15 tuổi	
Tổng	166				

Nhận xét: Tuổi chủ yếu của nhóm UNBTK là 1,3 tuổi, nhóm UHNBTK là 3,5 tuổi, nhóm UHTK là 6,0 tuổi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung vị của các nhóm với $p < 0,05$.

Bảng 2. Giới của nhóm nghiên cứu

	Giới		Tổng	P
	Nam	Nữ		
UNBTK	70	56	126	0.367
UHNBTK	11	7	18	
UHTK	9	13	22	
Tổng	90 (54,2%)	76 (45,8%)	166	

Nhận xét: Tỷ lệ nam tăng hơn so với nữ của nhóm u nguồn gốc hạch thần kinh là 54,2 %, nữ là 45,8 % nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới với $p = 0,367$.

3.2. Đặc điểm hình ảnh

Bảng 3. Kích thước của các khối

	N	Trung bình (mm)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	P
UNBTK	126	77,0	13	170	0,313
UHNBTK	18	65,6	32	160	
UHTK	22	69,3	22	130	
Tổng	166				

Nhận xét: Kích thước trung bình của nhóm UNBTK là 77,0 mm, UHNBTK là 65,6 mm, UHTK là 69,3 mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước hạch với $p = 0,313$.

Bảng 4. Dạng khối u

	Đặc	Nang	Tổng
UNBTK	118 (93,7%)	8 (6,3%)	126
UHNBTK	18 (100%)	0	18
UHTK	22 (100%)	0	22
Tổng	158 (95,2%)	8 (4,8%)	166

Nhận xét: Dạng đặc của UNBTK có 118 bệnh nhân chiếm 93,7%, dạng nang có 8 bệnh nhân chiếm 6,3%. Các UHNBTK và UHTK đều có 100% là u dạng đặc.

Bảng 5. Bao mạch máu

	Bao mạch	Không	Tổng
UNBTK	79 (62,7%)	47 (37,3%)	126
UHNBTK	10 (55,6 %)	8 (44,4%)	18
UHTK	7 (31,8 %)	15 (68,2 %)	22
Tổng	96 (57,8%)	70 (42,2%)	166

Nhận xét: Dấu hiệu bao mạch máu của nhóm UNBTK cao nhất là 62,7%, UHNBTK là 55,6%, UHTK là 31,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu bao mạch với $p = 0,025$.

Bảng 6. Dấu hiệu vôi hóa

	Vôi hóa	Không	Tổng
UNBTK	87 (69,0%)	39 (31,0 %)	126
UHNBTK	13 (72,4 %)	5 (27,8%)	18
UHTK	11 (50 %)	11 (50 %)	22
Tổng	111 (66,9%)	55 (33,1%)	166

Nhận xét: Dấu hiệu vôi hóa gặp ở nhóm UNBTK với tỷ lệ là 69,0%, UHNBTK 72,4%, UHTK là 50%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu vôi hóa ở các khối với $p = 0,189$.

Bảng 7. Chảy máu trong u

	Chảy máu	Không	Tổng
UNBTK	17 (13,5 %)	109 (86,5%)	126
UHNBTK	0	18 (100 %)	18
UHTK	0	22 (100%)	22
Tổng	17 (10,2%)	149 (89,8)	166

Nhận xét: Dấu hiệu chảy máu trong u chỉ gặp ở UNBTK với 17 bệnh nhân chiếm tỷ lệ là 13,5%, không thấy chảy máu ở các khối UHNBTK và UHTK.

Bảng 8. Xâm lấn ống sống

	Có	Không	Tổng
UNBTK	3 (2,4 %)	123 (97,6%)	126
UHNBTK	1 (5,6 %)	17 (94,4%)	18
UHTK	0	22 (100%)	22
Tổng	4 (2,4%)	162 (97,6%)	166

Nhận xét: Xâm lấn ống sống ít gặp ở u nguồn gốc thần kinh sau phúc mạc với tỷ lệ 2,4%, trong đó UNBTK có 3 bệnh nhân, UHNBTK có 1 bệnh nhân, UHTK không xâm lấn ống sống.

Bảng 9. So sánh mức độ ngấm thuốc với các tạng

	So sánh			Tổng
	< cơ	Xấp xỉ cơ	Cơ-Lách	
UNBTK	1 (0,8%)	86 (68,3%)	39 (31,1%)	121
UHNBTK	0	9 (50%)	9 (50%)	18
UHTK	14 (63,6 %)	4 (8,2%)	4 (18,2%)	22
Tổng	15 (9,0 %)	99 (59,6%)	52 (31,3%)	166

Nhận xét: Với UNBTK mức độ ngấm thuốc xấp xỉ so với cơ chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 68,3%, UHNBTK chỉ có 2 mức ngấm thuốc xấp xỉ cơ, giữa cơ và lách, UHTK mức độ ngấm thuốc thấp hơn cơ chiếm tỷ lệ cao nhất 63,6%. Như vậy u nguồn gốc thần kinh càng trưởng thành thì mức độ ngấm thuốc của khối càng giảm.

Bảng 10. Mức độ hoại tử u

	Hoại tử				Tổng
	Không	< 30 %	30-50%	>50%	
UNBTK	73(57,9%)	40 (31,7%)	11(8,7%)	2(1,6%)	126
UHNBTK	14 (77,8%)	4(22,2%)	0	0	18
UHTK	21 (95,4%)	1 (4,6%)	0	0	22
Tổng	108 (65,0%)	45(27,1%)	11(6,6%)	2(1,2%)	166

Nhận xét: Các khối u nguồn gốc thần kinh ít hoại tử, không hoại tử chiếm chủ yếu 65,0%, hoại tử ít 27,1%, mức hoại tử trung bình và nhiều chỉ thấy ở UNBTK.

Bảng 11. Hạch sau phúc mạc

	Có	Không	Tổng
UNBTK	73 (57,9%)	53 (42,1)	126
UHNBTk	6 (33,3 %)	12 (66,7)	18
UHTK	0	20 (100%)	22
Tổng	79	87	166

Nhận xét: Nhóm UNBTK có hạch to 57,9% tại thời điểm chẩn đoán, UHNBTk có tỷ lệ là 33,3%, UHTK lành tính nên không thấy hạch to. Các vị trí hạch thường thấy là quanh động mạch chủ và thận, trung thất (trụ hoành, dưới canrina, cạnh khí quản và nền cổ thượng đòn trái).

Bảng 12. Di căn xa

	Có	Không	Tổng
UNBTK	57 (45,2%)	69 (54,8%)	126
UHNBTk	3 (16,7%)	15 (83,3%)	18
UHTK	0	22 (100%)	22
Tổng	60	106	166

Nhận xét: Chỉ có UNBTK và UHNBTk có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán, tương ứng là 45,2 %, và 16,7%, UHTK lành tính nên không di căn.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới

Tuổi chủ yếu của nhóm UNBTK là 1,3 tuổi, nhóm UHNBTk là 3,5 tuổi, nhóm UHTK là 6,0 tuổi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung vị của các nhóm với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tuổi chủ yếu hay gặp của UNBTK là 1,3 tuổi sớm hơn của các tác giả Ra S.E, Xu Y và Papaioanou G, Lê Thị Kim Ngọc [2],[3], [6], [9], với các tác giả này thì nhóm tuổi hay gặp của UNBTK là 2-3 tuổi, sự khác biệt có thể do nghiên cứu của chúng tôi tính tuổi trung vị, các tác giả trên tính tuổi trung bình, nghiên cứu của chúng tôi cách xa thời điểm nghiên cứu của các tác giả trên ít nhất 10 năm. Đối với UHTK thì tác giả trên chủ yếu tổng kết từ các nghiên cứu trên người trưởng thành nên tuổi hay gặp là 20-40 tuổi, ở nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng là trẻ em nên tuổi chủ yếu là 6,0 tuổi, như vậy UHTK chủ yếu gặp ở người trưởng thành, ít gặp ở trẻ em. Sự khác biệt về tuổi trung bình của các nhóm u có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$. Như vậy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi của các nhóm u có giá trị trong chẩn đoán phân biệt các nhóm UNBTK, UHNBTk và UHTK.

Tỷ lệ gặp ở nam tăng hơn so với nữ của nhóm u nguồn gốc hạch thần kinh là 54,2%, nữ là 45,8% nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới với $p=0,367$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các kết luận của các tác giả Ra SE, Xu Y và cộng sự [3], [6].

4.2. Đặc điểm hình ảnh

Kích thước trung bình của nhóm UNBTK là 77,0mm, UHNBTk là 65,6mm, UHTK là 69,3mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước hạch với $p=0,313$. Kích thước trung bình của các nhóm khối u đều lớn từ 69mm đến 77mm, đối với UNBTK thì có kích thước lớn nhất, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu trước đó về UNBTK của tác giả Lê Thị Kim Ngọc năm 2013 thì kích thước trung bình là 99,6mm, như vậy kích thước trung bình của UNBTK trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn có lẽ do chẩn đoán hiện tại tốt hơn so với gần 10 năm về trước [9].

Dạng đặc của UNBTK chiếm 93,7%, dạng nang chiếm 6,3%, UHNBTk và UHTK đều là u dạng đặc (100%). Các khối u nguồn gốc hạch thần kinh đa

số là dạng đặc, dạng nang chỉ có ở UNBTK chiếm 6,3%, dấu hiệu này có thể phân biệt UNBTK với các nhóm còn lại nhưng có độ nhạy thấp. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Ngọc và Xinxian zhang không thấy đề cập đến khối u dạng nang của UNBTK [9], [10].

Dấu hiệu bao mạch máu của UNBTK cao nhất là 62,7%, UHNBTK là 55,6%, UHTK là 31,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,025$ về dấu hiệu bao mạch. Tỷ lệ bao mạch máu của UNBTK cao nhất 62,7%, tiếp đến là UHNBTK 55,6%, thấp nhất là UKTK 31,8%. Tuy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng các tỷ lệ này cũng không chênh nhau nhiều giữa UNBTK và UHNBTK, đối với UNBTK và UHTK có chênh nhau rõ, do vậy dấu hiệu này có thể để phân biệt các khối UNBTK và UHTK. Đặc điểm bao mạch máu có tỷ lệ cao ở các khối u cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Ngọc, và đây là yếu tố nguy cơ cho phẫu thuật [9].

Dấu hiệu vôi hóa gặp ở UNBTK là 69,0%, UHNBTK là 72,4%, UHTK là 50%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu vôi hóa ở các nhóm với $p=0,189$. Dấu hiệu vôi hóa gặp nhiều nhất ở UHNBTK, tiếp đến là UNBTK và thấp nhất là UHTK sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, không thể dùng dấu hiệu này phân biệt các nhóm u. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Ngọc ($n=50$) và Xinxian zhang ($n=374$) của UNBTK cho thấy tỷ lệ vôi hóa lần lượt là 80% và 93,8%, sự khác biệt này có thể do khác biệt về cỡ mẫu [9], [10].

Dấu hiệu chảy máu trong u chỉ gặp ở UNBTK với 17 bệnh nhân chiếm tỷ lệ là 13,5%, không thấy chảy máu ở các khối UHNBTK và UHTK. Dấu hiệu này có giá trị trong chẩn đoán phân biệt UNBTK với hai nhóm u còn lại nhưng có độ nhạy thấp 13,5%. Điều này cũng phù hợp với thực tế nhóm UHNBTK và UHTK có tính chất lành tính hơn UNBTK. Tỷ lệ chảy máu trong UNBTK trong

nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Lê Thị Kim Ngọc (2%) sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu, máy chụp CLVT của chúng tôi tốt hơn (128 dãy và 2 dãy) nên có độ nhạy cao hơn [9].

Xâm lấn ống sống ít gặp ở u nguồn gốc thần kinh sau phúc mạc với tỷ lệ 2,4%, trong đó UNBTK có 3 bệnh nhân, UHNBTK có 1 bệnh nhân, UHTK không xâm lấn ống sống. Xâm lấn ống sống là một đặc điểm giá trị trong phân biệt UKTK và nhóm còn lại, nhưng đặc điểm này có độ nhạy thấp 2,4%, tỷ lệ xâm lấn ống sống của UNBTK cũng thấp đối với tác giả Lê Thị Kim Ngọc (6% u sau phúc mạc), Xinxian zhang (10,6% với tất cả các vị trí) [9], [10].

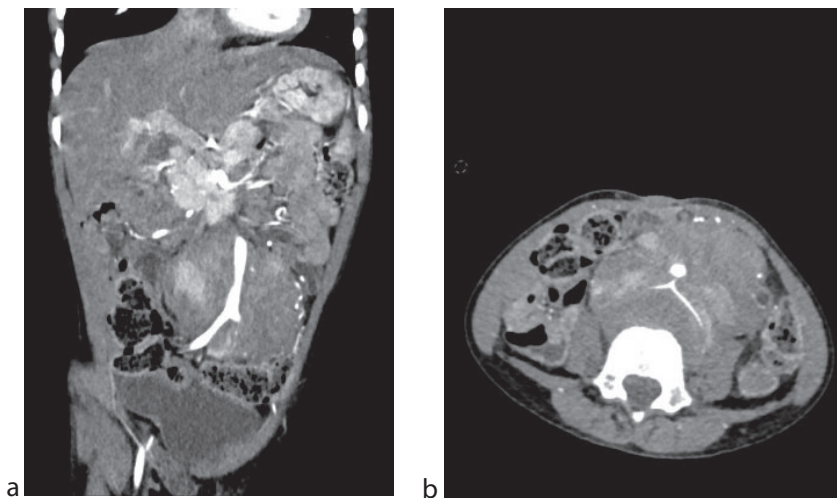
UNBTK có mức độ ngấm thuốc xấp xỉ so với cơ chiếm tỷ lệ nhiều nhất 68,3%, UHTK chỉ có 2 mức ngấm thuốc xấp xỉ cơ và giữa cơ và lách với tỷ lệ như nhau. Với UHTK mức độ ngấm thuốc thấp hơn cơ chiếm tỷ lệ cao nhất 63,6%. Như vậy u nguồn gốc thần kinh càng trưởng thành thì mức độ ngấm thuốc của khối càng giảm. Mức ngấm thuốc so sánh với ngấm thuốc của cơ có giá trị trong chẩn đoán phân biệt khối UHTK với các nhóm khác có độ nhạy là 63,6%.

Các khối u nguồn gốc thần kinh ít hoại tử, không hoại tử chiếm chủ yếu 65,0%, hoại tử ít 27,1%, mức hoại tử trung bình và nhiều chỉ thấy ở u nguyên bào thần kinh với mức 30-50% là 8,7% và mức > 50% là 1,6%. Mức hoại tử nhiều có giá trị trong phân biệt u NBTK, UHNBTK với UHTK nhưng có độ nhạy thấp.

UNBTK có hạch to 57,9% tại thời điểm chẩn đoán, UHNBTK là 33,3%, UHTK lành tính nên không thấy hạch to. Các vị trí hạch thường thấy là quanh động mạch chủ và thận, trung thất (trụ hoành, dưới canrina, cạnh khí quản và nền cổ thượng đòn trái). Dấu hiệu có hạch to có giá trị phân biệt nhóm UHTK với hai nhóm còn lại với độ nhạy là 57,9% đối với UNBTK và 33,3% đối với

UHNBTk. Nghiên cứu của tác giả Xinxian zhang thấy tỷ lệ căn hạch của UNBTk là 56,4% tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, vị trí các hạch bao gồm ở góc hoành, cạnh động mạch chủ và rốn thận, chưa thấy mô tả hạch nền cổ trái và trung thất. Trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh nhân có hạch to vùng nền cổ trái có bằng chứng trên giải phẫu bệnh là do di căn của UNBTk [10].

Chỉ có UNBTk và UHNBTk có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán với tỷ lệ lần lượt là 45,2% và 16,7%, UHTk lành tính nên không di căn. Di căn xa đối với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Ngọc là 22%, tác giả Xinxina zhang là 65,5%, có sự khác biệt về tỷ lệ di căn xa có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu và thời điểm chẩn đoán[7],[8]. Dấu hiệu có di căn xa giúp cho phân biệt giữa UKTK lành tính với các nhóm u còn lại, nhưng độ nhạy ở mức 45,2%.



Hình 1 (a,b). Ảnh cắt lớp vi tính tái tạo đứng ngang và cắt ngang của u hạch thần kinh vị trí động mạch chậu gốc, có bao mạch máu ở trẻ nam 3 tuổi.

5. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi của các nhóm u: Tuổi chủ yếu của nhóm UNBTk là 1,3 tuổi, UHNBTk là 3,5 tuổi, UHTk là 6,0 tuổi.

Các đặc điểm trên cắt lớp vi tính 128 dãy đầu thu khó phân biệt các khối u này. Một số đặc điểm gợi ý UNBTk, UHNBTk có hạch to, dạng nang, di căn, xâm lấn ống sống, chảy máu, hoại tử. Gợi ý UHTk khi có mức ngấm thuốc thấp so với cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm, H.T., (2019). Một số đặc điểm hình ảnh khác biệt u sau phúc mạc ngoài thận ở trẻ em trên phim chụp CLVT 128 dãy đầu thu. Tạp chí Điện quang Việt Nam. Số 35: p. 39-47.

2. Papaioannou, G. and K. McHugh, (2005). Neuroblastoma in childhood: review and radiological findings. Cancer Imaging. 5: p. 116-127.

3. Rha, S.E., et al., (2003). Neurogenic tumors in the abdomen: tumor types and imaging characteristics. Radiographics. 23(1): p. 29-43.

4. Couanet, D., et al., (1981), [The use of the CT-scan in the staging of neuroblastoma in childhood]. Arch Fr Pediatr. 38(5): p. 315-318.

5. Neville, A. and B.R. Herts, (2004). CT characteristics of primary retroperitoneal neoplasms. Crit Rev Comput Tomogr. 45(4): p. 247-270.

6. Xu, Y., et al., (2010). CT characteristics of primary retroperitoneal neoplasms in children. Eur J Radiol. 75(3): p. 321-328.

7. Brisse, H.J., et al., (2011). Guidelines for imaging and staging of neuroblastic tumors: consensus report from the International Neuroblastoma Risk Group Project. Radiology. 261(1): p. 243-257.

8. Cai, J., et al., (2010). Retroperitoneal ganglioneuroma in children: CT and MRI features

with histologic correlation. Eur J Radiol. 75(3): p. 315-320.

9. Ngọc, L.T.K., (2013). Đặc điểm hình ảnh và giá trị cắt lớp vi tính u nguyên bào thần kinh sau phúc mạc. Tạp chí Nhi Khoa. 6(2): p. 62-66.

10. Zhang, X., et al., (2018). Correlation of CT signs with lymphatic metastasis and pathology of neuroblastoma in children. Oncol Lett. 16(2): p. 2439-2443.