

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN I - IIIA

Phạm Hùng Cường^{1*}, Nguyễn Lê Đoàn², Phạm Đức Nhật Minh², Hoàng Thành Trung²

TÓM TẮT:

Mục đích: Đánh giá mức độ chính xác khi chẩn đoán giai đoạn lâm sàng ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn I - IIIA tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM.

Bệnh nhân và phương pháp: Hồi cứu các trường hợp UTPKTBN điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại ngực, bụng, Bệnh viện Ung bướu TP. HCM trong ba năm 2018-2020.

Kết quả:

- Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng UTPKTBN chủ yếu chỉ dựa vào chụp cắt lớp vi tính ngực có cản quang, mà không dựa vào chụp PET-CT.

- Giai đoạn lâm sàng (cTNM) và giai đoạn sau mổ (pTNM) tương hợp kém với $Kappa = 0,136$. Chỉ có 41% bệnh nhân được chẩn đoán đúng giai đoạn, với 48% chẩn đoán thấp giai đoạn, trong đó đã bỏ sót không chẩn đoán đúng 16 trường hợp giai đoạn IIIA (33%). Chụp cắt lớp vi tính ngực chẩn đoán giai đoạn IIIA có độ nhạy thấp, chỉ 19%.

- Xếp giai đoạn bệnh chính xác trước mổ là yếu tố tiên lượng độc lập thời gian sống còn toàn bộ. Khi chẩn đoán quá hoặc thấp giai đoạn bệnh trước mổ thì nguy cơ tử vong cao hơn 6,5 lần so với chẩn đoán đúng giai đoạn.

Kết luận: Chụp cắt lớp vi tính ngực không thể chẩn đoán chính xác giai đoạn lâm sàng các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I - IIIA. Xếp giai đoạn bệnh chính xác trước mổ là yếu tố tiên lượng độc lập thời gian sống còn toàn bộ. Để tránh các hậu quả xấu do chẩn đoán giai đoạn bệnh không chính xác, cần tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán giai đoạn UTPKTBN hiện hành.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, xếp giai đoạn lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính ngực.

THE ACCURACY OF CLINICAL STAGING OF STAGE I - IIIA NON-SMALL CELL LUNG CANCER

¹Đại học Y Dược TP. HCM

²Bệnh viện Ung bướu TP. HCM

*Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hùng Cường

Email: phcuongvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 05/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 30/8/2024

Ngày duyệt bài: 11/11/2024

ABSTRACT:

Purpose: To assess the accuracy of clinical staging of stage I - IIIA non-small cell lung cancer (NSCLC) at HCMC Oncology Hospital.

Patients and methods: Medical records of patients with NSCLC operated in three years 2018 - 2020 at Thoracic, Abdominal Surgery Department, HCMC Oncology Hospital were studied retrospectively.

Results:

- Clinical staging of NSCLC was mainly based on contrast-enhanced chest computed tomography (CT) and not on PET-CT scanning.

- The concordance was poor between clinical and pathologic stage (Kappa coefficient = 0.136). Only 41% of patients was diagnosed accurately, 48% was understaged and 11% was overstaged. Chest CT had a low sensitivity with only 19% in detecting stage IIIA disease and 16 stage IIIA patients (33%) were missed diagnosis.

- Accurate staging before surgery was an independent prognostic factor for overall survival. When over- or under - staging before surgery, the risk of death was 6.5 times higher than when accurate staging.

Conclusion: Chest CT is not an ideal means for clinical staging of stage I - IIIA non-small cell lung cancer. Accurate staging before surgery is an independent prognostic factor for overall survival. To prevent the worsened outcomes associated with inaccurate staging, physicians should rely on established staging guidelines.

Keywords: Non-small cell lung cancer, clinical staging, chest computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan năm 2022, ung thư (UT) phổi là UT thường gặp hàng thứ ba tại Việt Nam với 24.426 ca mới [1]. Theo kết quả ghi nhận UT quần thể tại TP. HCM năm 2016, UT phổi là UT thường gặp đứng hàng đầu ở nam và thứ năm ở nữ với xuất độ chuẩn theo tuổi lần lượt là 35,1 và 11,6/100.000 dân [2].

Chẩn đoán chính xác giai đoạn UT phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) trước khi điều trị rất quan trọng, vì giúp tiên lượng và đặc biệt là giúp hướng dẫn chọn phương pháp điều trị thích hợp [3]. Sau khi các di căn xa (M) đã được loại trừ, xếp hạng bướu nguyên phát (T) và hạch vùng (N) là các yếu tố quyết định điều trị. Các bệnh nhân chưa có di căn hạch (N0) hoặc chỉ di căn đến các hạch ở phổi (N1) thích hợp để chọn phẫu thuật là

vũ khí điều trị đầu tiên. Các bệnh nhân có di căn hạch trung thất cùng bên (N2) cần hóa - xạ trị đồng thời hoặc hóa trị trước mổ. Các bệnh nhân có di căn hạch trung thất đối bên hoặc di căn hạch trên đòn (N3) cần hóa - xạ trị đồng thời hoặc điều trị toàn thân. Do vậy, nếu chẩn đoán giai đoạn không chính xác, không xác định đúng các bệnh nhân có N2 hoặc N3, có thể sẽ chỉ định mổ quá tay. Ngược lại, nếu chẩn đoán hạch trung thất quá giai đoạn (chẩn đoán hạch trung thất đã di căn nhưng thực ra lại chưa di căn), có thể sẽ chỉ định hóa hoặc hóa - xạ trị những bệnh nhân lẽ ra cần phải mổ đầu tiên [3].

Chụp cắt lớp vi tính ngực là phương tiện chẩn đoán thường quy trước khi điều trị UTPKTBN, phương tiện chẩn đoán hình ảnh này hiện có sẵn tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, trong khi chụp cắt lớp phóng xạ positron (PET) chỉ có

tại một số bệnh viện tại các thành phố lớn như Hà Nội, TP. HCM. Chẩn đoán lâm sàng UTPKTBN tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM hiện chủ yếu dựa vào chụp cắt lớp vi tính ngực. Câu hỏi đặt ra là: “Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng UTPKTBN tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM có độ chính xác ra sao?”.

Chúng tôi thực hiện công trình này nhằm mục tiêu: Đánh giá mức độ chính xác khi chẩn đoán giai đoạn lâm sàng ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I - IIIA tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I - IIIA điều trị phẫu thuật nội soi tại Khoa Ngoại ngực, bụng, Bệnh viện Ung bướu TP. HCM trong ba năm 2018 - 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang.

- Theo dõi bệnh nhân dựa vào hồ sơ bệnh án, kết hợp gửi thư hoặc gọi điện thoại đến bệnh nhân và gia đình tìm hiểu tình trạng bệnh của bệnh nhân.

- Biến số chính:

+ Giai đoạn bệnh: Là biến định tính.

Giai đoạn bệnh được xác định theo hệ thống xếp giai đoạn TNM của AJCC phiên bản 8, năm 2017 [4].

+ Thời gian sống còn toàn bộ: Là biến định lượng không liên tục, đơn vị tính là tháng.

Thời gian sống còn toàn bộ được tính từ ngày mổ phổi đến khi bệnh nhân chết vì bất cứ nguyên nhân nào hoặc ngày có thông tin cuối cùng về bệnh nhân.

- Số liệu được ghi nhận vào bảng thu thập số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0 for Windows và Minitab 16.

- Giá trị $p < 0,05$ được chọn là có ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy 95%.

+ Chẩn đoán lâm sàng UTPKTBN giai đoạn I - IIIA chính xác cao khi có sự tương hợp tốt giữa chẩn đoán trước mổ bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và chẩn đoán sau mổ bằng giải phẫu bệnh.

+ Mức độ tương hợp giữa chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán sau mổ bằng giải phẫu bệnh được đánh giá bằng chỉ số Kappa. Chỉ số Kappa nói lên mức độ tương hợp (concordance) giữa hai biến số kém hay tốt.

Chỉ số Kappa	Mức độ tương hợp
< 0,4	Kém
0,4 - 0,6	Trung bình
0,61 - 0,80	Tốt
0,81 - 1,00	Rất tốt

+ Thời gian sống còn toàn bộ được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier. Phép kiểm Log-rank được dùng để so sánh thời gian sống còn theo các biến số. Các biến số có ý nghĩa lâm sàng được đưa vào phân tích đa biến với phương pháp hồi quy Cox để tìm ra các biến số có giá trị tiên lượng độc lập.

- Bàn luận và so sánh với y văn.

3. KẾT QUẢ

Trong ba năm 2018 - 2020 đã có 48 bệnh nhân UTPKTBN được điều trị phẫu thuật nội soi tại Khoa Ngoại ngực, bụng, Bệnh viện Ung bướu TP. HCM.

Đặc điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu này được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 50	5	10
	50 - 59	19	40
	60 - 69	15	31
	≥ 70	9	19
Giới	Nam	26	54
	Nữ	22	46
Hình ảnh chẩn đoán	CT ngực	48	100
	PET-CT	2	4
	MRI não	4	8
	Xạ hình xương	6	12
Vị trí bướu	Phổi phải		
	Thùy trên	18	37
	Thùy giữa	3	6
	Thùy dưới	12	25
	Phổi trái		
	Thùy trên	8	17
Kích thước bướu	≤ 3 cm	30	63
	>3 - ≤ 5 cm	14	29
	>5 - ≤ 7 cm	4	8
Giai đoạn lâm sàng (cTNM)	I	34	71
	II	6	12
	IIIA	8	17
Phẫu thuật	Cắt thùy phổi	43	90
	Cắt 2 thùy phổi	4	8
	Cắt phổi hình chêm	1	2

Đặc điểm		n	%
Giải phẫu bệnh	Carcinôm tuyến	44	92
	Carcinôm tế bào gai	3	6
	Carcinôm gai-tuyến	1	2
Giai đoạn sau mổ (pTNM)	I	15	31
	II	13	27
	III	20	42

- Đại đa số các bệnh nhân >50 tuổi (90%), tỷ số nam/nữ là 1,2.

- Tất cả (100%) bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn trước mổ bằng chụp CT ngực có cản quang. Khoảng 10% có làm thêm PET-CT, MRI não hoặc xạ hình xương.

- Bướu nguyên phát thường ở thùy trên hơn (54%). Đa số bướu có kích thước ≤ 3 cm (63%). Đại đa số các bệnh nhân có giai đoạn lâm sàng là giai đoạn I và II (83%).

- Cắt thùy phổi là phẫu thuật thường được thực hiện (90%).

- Loại giải phẫu bệnh carcinôm tuyến chiếm đại đa số (92%). Giai đoạn sau mổ (pTNM) đa số là giai đoạn III (42%).

Sự tương hợp giữa chẩn đoán giai đoạn trước mổ và sau mổ được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2: Xếp giai đoạn trước mổ (cTNM) và sau mổ (pTNM)

		Giai đoạn sau mổ (pTNM)			Tổng
		I	II	IIIA	
Giai đoạn trước mổ (cTNM)	I	14 (29%)	7 (15%) ^b	13 (27%) ^b	34 (71%)
	II	1 (2%) ^a	2 (4%)	3 (6%) ^b	6 (12%)
	IIIA	0 (0%) ^a	4 (8%) ^a	4 (8%)	8 (17%)
	Tổng	15 (31%)	13 (27%)	20 (42%)	48 (100%)

a: Trước mổ đánh giá quá giai đoạn 10%;

b: Trước mổ đánh giá thấp giai đoạn 48%.

Có 41% bệnh nhân trong nghiên cứu có chẩn đoán giai đoạn lâm sàng trước mổ chính xác. Tương hợp giữa xếp giai đoạn trước mổ (cTNM) và sau mổ (pTNM) kém, với chỉ số Kappa = 0,136 (KTC 95%: 0,059 - 0,213) ($p = 0,139$).

Nếu phân các bệnh nhân theo nhóm giai đoạn I - II (có chỉ định mổ đầu tiên) và giai đoạn IIIA (có chỉ định hóa hoặc hóa - xạ trị đầu tiên), sự tương hợp giữa chẩn đoán trước mổ và sau mổ được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3: Xếp giai đoạn trước mổ (cTNM) và sau mổ (pTNM) theo nhóm giai đoạn I - II và IIIA

		Giai đoạn sau mổ (pTNM)		Tổng
		I - II	IIIA	
Giai đoạn trước mổ (cTNM)	I - II	24 (50%)	16 (33%) ^b	40 (83%)
	IIIA	4 (8%) ^a	4 (8%)	8 (17%)
	Tổng	28 (58%)	20 (42%)	48 (100%)

a: Trước mổ đánh giá quá giai đoạn 8%;

b: Trước mổ đánh giá thấp giai đoạn 33%.

Lúc này, tương hợp giữa xếp giai đoạn lâm sàng (cTNM) và giai đoạn giải phẫu bệnh (pTNM) vẫn kém, với chỉ số Kappa = 0,063 (KTC 95%: -0,059 - 0,185), ($p = 0,703$).

Khả năng chụp cắt lớp vi tính ngực chẩn đoán đúng giai đoạn IIIA trước mổ có độ nhạy (Sen = 4/20) là 20%, độ đặc hiệu (Spe = 24/28) là 86%, tỷ số khả dĩ dương (LR (+) = Sen/1-Spe) là 1,4.

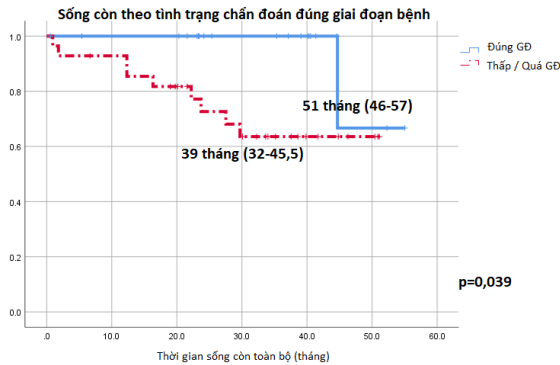
Trong thời gian theo dõi trung vị 31 tháng (1÷55 tháng) có 10 bệnh nhân tử vong, trong đó có 2 bệnh nhân tử vong không phải do diễn tiến bệnh UT (1 do đột quỵ sau mổ và 1 trong thời gian hóa trị hỗ trợ).

Kết quả phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn toàn bộ bằng phương pháp Kaplan-Meier được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4: Phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn toàn bộ

Yếu tố	Số bệnh nhân	Tử vong	Tỷ lệ sống còn toàn bộ 3 năm	p
Chẩn đoán đúng giai đoạn bệnh				
Đúng giai đoạn	20	1 (5%)	100%	0,039
Quá hoặc thấp giai đoạn	28	9 (32%)	63,6±19,8%	
Giai đoạn bệnh (pTNM)				
Giai đoạn I	15	1 (7%)	100%	0,084
Giai đoạn II và III	33	9 (27%)	67±18,6%	
Tái phát hoặc di căn xa				
Có	23	8 (35%)	65,7±21,4%	0,044
Không	25	2 (8%)	91,7±11,2%	
Tổng	48	10 (21%)	77,4±13,6%	

Sống còn toàn bộ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu khi chẩn đoán đúng giai đoạn bệnh so với chẩn đoán quá hoặc thấp giai đoạn được trình bày trong Biểu đồ 1.



Biểu đồ 1: Sống còn toàn bộ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo tình trạng chẩn đoán đúng giai đoạn bệnh

Đưa các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn toàn bộ khi phân tích đơn biến vào phân tích đa biến với phương pháp hồi quy Cox từng bước (kỹ thuật Backward Wald) thì chỉ còn các yếu tố: Chẩn đoán đúng giai đoạn bệnh và không tái phát hoặc di căn xa sau mổ là các yếu tố tiên lượng độc lập. Yếu tố giai đoạn bệnh (pTNM) không có giá trị tiên lượng Bảng 5.

Bảng 5: Các yếu tố giúp tiên lượng qua phân tích đa biến

Yếu tố	B	p	Tỷ số nguy cơ (HR)	KTC 95% của HR
Chẩn đoán không đúng giai đoạn bệnh	1,875	0,075	6,523	0,826 - 51,519
Tái phát hoặc di căn xa	1,494	0,065	4,454	0,911 - 21,777

Chẩn đoán không đúng giai đoạn bệnh trước mổ hoặc có tái phát - di căn sau mổ thì nguy cơ tử vong cao. Khi chẩn đoán giai đoạn bệnh trước

mổ không chính xác (quá hoặc thấp giai đoạn) thì nguy cơ tử vong tăng khoảng 6,5 lần so với chẩn đoán đúng giai đoạn, có tái phát - di căn sau mổ thì nguy cơ tử vong tăng khoảng 4,5 lần so với không tái phát-di căn sau mổ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Khả năng chẩn đoán giai đoạn bệnh chính xác trước mổ đối với các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I - IIIA

Tất cả (100%) bệnh nhân trong nghiên cứu này được chẩn đoán giai đoạn trước mổ bằng chụp CT ngực có cản quang; chỉ có 4% bệnh nhân được chụp PET-CT, 8% chụp MRI não và 12% làm xạ hình xương. Kết quả chỉ có 41% bệnh nhân được chẩn đoán đúng giai đoạn trước mổ, với 48% chẩn đoán thấp giai đoạn, trong đó đã bỏ sót không chẩn đoán đúng 16 trường hợp giai đoạn III (33%) (tương hợp kém với Kappa = 0,063). Chẩn đoán lâm sàng giai đoạn IIIA có độ nhạy thấp, chỉ 20%.

Kết quả của nghiên cứu này không khác với nghiên cứu của Navani công bố năm 2019 [3]. Khi khảo sát 696 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I - IIIA, Navani cũng ghi nhận chỉ 52% bệnh nhân có chẩn đoán giai đoạn lâm sàng chính xác, thường chẩn đoán thấp giai đoạn (34%) hơn là quá giai đoạn (14%). Các bệnh nhân có chẩn đoán giai đoạn lâm sàng không chính xác chủ yếu do xếp hạng hạch vùng không đúng (38%). Các bệnh nhân trong nghiên cứu của Navani (thực hiện từ 1987 đến 2005) được chẩn đoán lâm sàng chủ yếu dựa vào chụp cắt lớp vi tính ngực, ít dùng PET-CT (chỉ 67 bệnh nhân) và hoàn toàn không dùng siêu âm qua nội soi.

Theo Silvestri [5], khoảng 5% các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I (dựa vào CT ngực có cản quang) khi chụp PET-CT sẽ chuyển thành giai đoạn IV vì phát hiện các di căn xa; tỷ lệ này là hơn 25% với các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III.

Có lẽ do chụp cắt lớp vi tính ngực không có khả năng chẩn đoán chính xác giai đoạn các bệnh nhân UTPKTBN, nên theo ESMO (năm 2017) [6], để chẩn đoán chính xác giai đoạn của UTPKTBN bắt buộc phải làm cả chụp cắt lớp vi tính ngực và PET-CT. Chỉ những bệnh nhân không nghi ngờ di căn hạch và có bướu nguyên phát ≤ 3 cm ở ngoại vi mới có chỉ định mổ ngực, những bệnh nhân khác phải làm thêm thủ thuật (sinh thiết qua siêu âm nội soi phế quản hoặc siêu âm nội soi thực quản, soi trung thất,...) để có mẫu mô xác định chẩn đoán tình trạng hạch trung thất có di căn hay không. Như thế mới có thể chẩn đoán chính xác bệnh nhân ở giai đoạn I - II hay IIIA (N2). Mọi bệnh nhân có chỉ định điều trị tận gốc đều cần làm MRI não để loại trừ khả năng có di căn não.

Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng UTPKTBN chủ yếu dựa vào chụp cắt lớp vi tính ngực hiện là thực trạng chung tại Việt Nam, chứ không phải của riêng Bệnh viện Ung bướu TP. HCM. Vì chụp PET-CT chỉ có thể thực hiện tại một số bệnh viện ở các thành phố lớn như: Hà Nội, TP. HCM và cũng vì chi phí còn cao (dù đã được cơ quan bảo hiểm y tế chi trả).

4.2. Hậu quả khi chẩn đoán sai giai đoạn các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I - IIIA

Theo Navani [3], các bệnh nhân UTPKTBN có chẩn đoán lâm sàng (cTNM) thấp giai đoạn đều có tỷ lệ sống còn thấp hơn các bệnh nhân chẩn đoán đúng giai đoạn hoặc quá giai đoạn. Tác giả lý giải chủ yếu là do tỷ lệ sống còn phụ thuộc vào giai đoạn sau mổ (pTNM).

Bảng 6: Tỷ lệ sống còn 5 năm theo giai đoạn lâm sàng (cTNM) và sau mổ (pTNM) [4]

Giai đoạn	cTNM	pTNM
I	68 - 92%	73 - 90%
II	53 - 60%	56 - 65%
IIIA	36%	41%

Các bệnh nhân UTPKTBN có chẩn đoán lâm sàng giai đoạn I - IIIA không chính xác có thể có tỷ lệ sống còn thấp còn do chỉ định điều trị không phù hợp, đặc biệt đối với các bệnh nhân giai đoạn IIIA.

Các bệnh nhân giai đoạn I - II, theo ESMO [6], mổ ngực (cắt thùy phổi và nạo hạch trung thất) là chọn lựa đầu tiên.

Các bệnh nhân giai đoạn IIIA (N2), chỉ có hạch trung thất nhỏ và ở một vị trí hạch (thường không chẩn đoán hạch trung thất di căn trên chụp cắt lớp vi tính ngực, phù hợp với các bệnh nhân của nghiên cứu này).

- Theo ESMO [6], có thể chọn lựa: Mổ ngay và hóa trị sau, hóa trị hoặc hóa - xạ trị trước và mổ sau. Tuy nhiên mức độ chứng cứ và khuyến cáo không mạnh (IV, C).

- Theo NCCN 2024 [7], không mổ ngay, chọn lựa giữa hóa - xạ trị đồng thời triệt để hoặc hóa trị trước và mổ sau. Hóa - xạ trị đồng thời triệt để là chọn lựa có mức độ chứng cứ cao và đồng thuận thống nhất.

- Theo Majem [8], không khuyến cáo mổ ngực ngay (mức độ chứng cứ và khuyến cáo mạnh (I, A)), nên hóa trị (I, A) hoặc hóa - xạ trị (I, C) trước.

Do vậy, nếu các bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng giai đoạn I - II (nhưng chính xác là giai đoạn IIIA, N2) được mổ ngay sẽ không có dự hậu tốt bằng hóa hoặc hóa - xạ trị trước và mổ sau.

Trong nghiên cứu này: Chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng (cTNM) thấp hoặc quá giai đoạn đều có tỷ lệ sống còn thấp hơn các bệnh nhân chẩn đoán đúng giai đoạn. Xếp giai đoạn bệnh chính xác trước mổ là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống còn toàn bộ. Nếu chẩn đoán quá hoặc thấp giai đoạn bệnh trước mổ thì nguy cơ tử vong cao hơn 6,5 lần so với chẩn đoán đúng giai đoạn.

Nghiên cứu này có các hạn chế:

- Phim chụp cắt lớp vi tính ngực được thực hiện không đạt chuẩn tại nhiều bệnh viện khác (không phải Bệnh viện Ung bướu TP. HCM) (56%) với bề rộng các lát cắt khi in phim lớn từ 1÷2 cm, nên không thể xếp hạng chính xác bước nguyên phát và hạch trung thất.

- Cỡ mẫu nhỏ, nên các kết quả thu nhận được không đủ ý nghĩa thống kê khi phân tích.

5. KẾT LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính ngực không thể chẩn đoán chính xác giai đoạn lâm sàng các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I - IIIA. Xếp giai đoạn bệnh chính xác trước mổ là yếu tố tiên lượng độc lập thời gian sống còn toàn bộ. Để tránh các hậu quả xấu do chẩn đoán giai đoạn bệnh không chính xác, cần tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán giai đoạn UTPKTBN hiện hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Globocan 2022. Available from: URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>.
- [2]. Phạm Xuân Dũng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Bùi Đức Tùng, Quách Thanh Khánh và CTV. Kết quả ghi nhận ung thư quần thể thành phố Hồ Chí Minh 2016. Tạp chí Ung thư học Việt Nam 2019; số 5: 23- 29.
- [3]. Navani N., Fisher D.J., Tiernay J.F., Stephens R.J. et al. The Accuracy of Clinical Staging of Stage I-IIIA Non-Small Cell Lung Cancer: An Analysis Based on Individual Participant Data. Chest 2019; 155(3): 502-509.
- [4]. Rami-Porta R. et al. Lung. In: Amin M.B. (Editor-in-Chief) AJCC Cancer Staging Manual. 8th edition. Springer; 2017: 431-456.
- [5]. Silvestri GA, Gonzalez AV, Jantz MA, Margolis ML et al. Methods for staging non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e211S-e250S.
- [6]. Postmus P.E., Kerr K.M., Oudkerk M., Senan S. et al. ESMO Guidelines Committee. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2017; 28(suppl_4): iv1-iv21.
- [7]. Ettinger D.S. et al. Non-Small Cell Lung Cancer, version 1.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Available from: URL: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf.
- [8]. Majem M., Hernández-Hernández J., Hernando-Trancho F., Rodríguez de Dios N. et al. Multidisciplinary consensus statement on the clinical management of patients with stage III non-small cell lung cancer. Clin Transl Oncol 2020; 22(1): 21-36.