Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 3, 360-364

DIAGNOSTIC VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN PEDIATRIC WILMS TUMOR

Doan Xuan Sinh[1], Tran Thi Linh Chi[1], Vu Thi Hanh[1], Nguyen Duc Hanh[2], Tran Van Quy[1]

[1]*Vinmec Hai Phong International General Hospital - Bui Vien Street, An Bien Ward, Hai Phong City, Vietnam*
[2]*Ministry Office, Ministry of Health - 138A Giang Vo Street, Ba Dinh Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 04/02/2026
Reviced: 10/03/2026; Accepted: 28/03/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the diagnostic value of Computed Tomography (CT) in children with nephroblastoma (Wilms tumor).

Materials and Methods: A descriptive study was conducted on 43 children under 15 years of age, including 32 patients with nephroblastoma and 11 with other malignant renal tumors, treated at the National Children's Hospital from August 2023 to July 2024. Post-surgical histopathological results were obtained for all cases to serve as the gold standard.

Results: The majority of patients were under 60 months old (range: 9 months to 10 years), with an equal gender distribution. Common clinical presentations included a palpable abdominal mass (75%) and hematuria (34.4%). The mean tumor size was 8.4 cm, with 84.4% of cases measuring >5 cm. CT findings showed that most tumors had well-defined margins (75%), heterogeneous density (65.6%), marked enhancement (75%), and necrosis (68.75%). Intratumoral calcification was absent in 87.5%, and hemorrhage was present in only 18.7%. Among CT signs, intratumoral calcification and the presence of a pseudocapsule yielded the highest diagnostic value (83.7%), while alteration of the renal contour had the lowest (65.1%). The three features with the highest sensitivity were the pseudocapsule sign, necrosis/hemorrhage, and intratumoral calcification. The three features with the highest specificity were the pseudocapsule sign, intratumoral calcification, and tumor margins.

Conclusion: CT imaging is highly effective in diagnosing nephroblastoma and differentiating it from other pediatric tumors.

Keywords: Computed Tomography (CT), nephroblastoma, Wilms tumor, pediatric.

*Corresponding author
Email: v.sinhdx2@vinmec.com **Phone**: (+84) 912498943 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4771

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN U NGUYÊN BÀO THẬN Ở TRẺ EM

Đoàn Xuân Sinh[1], Trần Thị Linh Chi[1], Vũ Thị Hạnh[1], Nguyễn Đức Hạnh[2], Trần Văn Quý[1]

[1]*Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Hải phòng - Đường Bùi Viện, phường An Biên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam*
[2]*Văn phòng Bộ, Bộ Y tế - 138A Giảng Võ, phường Ba Đình, thành phố Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 04/02/2026
Ngày chỉnh sửa: 10/03/2026; Ngày duyệt đăng: 28/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u nguyên bào thận trẻ em.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả 43 trẻ dưới 15 tuổi bao gồm 32 trẻ mắc u nguyên bào thận (UNBT) và 11 trẻ mắc u ác tính khác điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương trong thời gian từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2024. Tất cả trẻ đều đã có kết quả giải phẫu bệnh từ bệnh phẩm sau phẫu thuật.

Kết quả: Đa số trẻ dưới 60 tháng, thấp nhất 9 tháng tuổi, cao nhất 10 tuổi, nam nữ tương đồng. Biểu hiện thường gặp là sờ thấy u (75%) và đái máu (34,4%). Khối u kích thước trung bình 8,4cm, 84,4% trường hợp kích thước >5cm. Phần lớn u có giới hạn rõ 75%, tỷ trọng không đồng nhất 65,6%, ngấm thuốc mạnh 75%, không có vôi hóa 87,5%, hoại tử 68,75%, và chỉ 18,7% có chảy máu trong u. Trong các dấu hiệu trên chụp CLVT, giá trị chẩn đoán cao nhất là vôi hóa trong u 83,7% và vỏ u 83,7%; thấp nhất là biến đổi bờ thận 65,1%. Ba dấu hiệu có độ nhạy cao nhất là dấu hiệu vỏ u, chảy máu hoại tử và vôi hóa trong u. Ba dấu hiệu có độ đặc hiệu cao nhất là dấu hiệu vỏ u, vôi hóa trong u và giới hạn u.

Kết luận: Chụp CLVT có giá trị tốt trong chẩn đoán UNBT cũng như phân biệt với các u khác.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, u nguyên bào thận, trẻ em.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư ở trẻ em là một trong những bệnh ngày càng gia tăng và có tỷ lệ tử vong cao. Trong đó, u nguyên bào thận (UNBT, Wilms) là loại u thường gặp ở trẻ em sau u não, u lympho và u nguyên bào thần kinh. Trên thế giới các u ác tính ở thận nói chung chiếm khoảng 5,2-6% tổng số các ca ung thư trẻ em, trên 90% là u nguyên bào thận.[1,2] Tại Việt Nam, thống kê của Phó Hồng Điệp (2024) tại Bệnh viện Nhi Trung Ương giai đoạn 2017-2022 cho thấy, có tới 69,1% là u nguyên bào thận.[2] Tại Bệnh viện Nhi đồng 2 giai đoạn 2013-2017, Mai Tấn Liên Bang (2018) cũng ghi nhận 76% trường hợp u nguyên bào thận trong các trường hợp u thận.[3] Về bản chất mô bệnh học, UNBT do các nguyên bào thận tạo thành, bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là thấy khối u bụng, đau bụng và đái máu, diễn biến âm thầm, đa số được phát hiện khi đã ở giai đoạn muộn. Những năm gần đây, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngày càng đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán, đánh giá giai đoạn và lập kế hoạch điều trị u nguyên bào thận (u Wilms). Nghiên cứu của Mai Tấn Liên Bang cho thấy, chụp CLVT chẩn đoán UNBT có độ nhạy 86,7%, độ đặc hiệu 52,9% và độ chính xác chung 77,4%.[3] Chụp CLVT giúp phân biệt giữa UNBT và u nguyên bào thần kinh thông qua các đặc điểm như bờ xâm lấn, hoại tử/xuất huyết và xâm lấn mạch máu, trong khi u nguyên bào thần kinh thường có vôi hóa thô và bao bọc mạch máu với độ chính xác cao, diện tích dưới đường cong AUC=0,77-0,96.[4,5] Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vai trò của chụp CLVT trong chẩn đoán UNBT ở trẻ em. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu đánh giá giá trị của CLVT trong chẩn đoán u nguyên bào thận trẻ em.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 32 trẻ mắc u nguyên bào thận và 11 trẻ mắc u ác tính khác điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương trong thời gian từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ dưới 15 tuổi
- Có kết quả chụp cắt lớp vi tính là u thận hoặc u vùng thận.
- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

*Tác giả liên hệ
Email: v.sinhdx2@vinmec.com **Điện thoại:** (+84) 912498943 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4771**

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhi không có kết quả phẫu thuật và/hoặc không có kết quả chụp CLVT, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu: Bao gồm 43 người bệnh: 32 trẻ mắc UNBT và 11 trẻ không mắc UNBT.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Thu thập tất cả các hồ sơ u thận.

- Đọc kết quả CLVT trên phần mềm PACS.

- Đối chiếu với kết quả phẫu thuật và GPB.

- Thu thập thông tin liên quan theo bệnh án mẫu.

- Phân tích và xử lý số liệu.

2.2.4. Quy trình chụp cắt lớp vi tính

Phương tiện nghiên cứu

Máy chụp cắt lớp vi tính 128 dãy của hãng Siemens, Hoa Kỳ.

Quy trình chụp cắt lớp vi tính

- Chuẩn bị bệnh nhân: bệnh nhi nhịn ăn uống, được an thần gây ngủ nếu bệnh nhi không hợp tác.

- Thông số kỹ thuật: kVp: 120; mAs : 140-170.

- Nhịp thở: nếu bệnh nhi hợp tác: một lần nhịn thở hoặc bệnh nhi được an thần: thở nhẹ nhàng.

- Độ dầy lớp cắt 5mm, pitch: 1.0, interval: 5mm.

- Cắt xoắn ốc.

- Giới hạn trên: hết vòm hoành. Giới hạn dưới: bờ trên khớp mu.

- Thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch bolus, tốc độ 1,2-1,5ml/s, kim 22-gauge. Liều dùng 2ml/kg.

- Chụp các thì: thì không tiêm thuốc, sau tiêm thì sớm (15-25 giây), thì muộn (60 giây), thì bài xuất (3-5 phút).

- Kết quả được đọc bởi 2 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh độc lập. Trong trường hợp kết quả không tương đồng giữa 2 bác sĩ, sẽ được tham vấn 1 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh khác để đưa ra kết luận cuối cùng.

2.2.5. Các biến số chỉ số nghiên cứu và tiêu chí đánh giá

- Tuổi: tính theo tháng

- Giới: Nam/Nữ

- Các dấu hiệu lâm sàng: sờ thấy khối u bụng, đau bụng, đái máu, tăng huyết áp, sốt, thiếu máu, sụt cân.

- Vị trí u: bên phải, bên trái hay cả hai bên.

- Kích thước khối u: kích thước được tính trung bình từ kích thước theo 3 chiều không gian (đơn vị: cm)

- Tỷ trọng khối u: Tất cả các khối u được đo tỷ trọng tại 3 vị trí ngẫu nhiên tại thời điểm trước và sau tiêm thuốc cản quang, tránh các vị trí có mật độ không đều, sau đó tính tỷ trọng trung bình của khối u trước và sau tiêm thuốc cản quang (HU), mức tăng tỷ trọng sau tiêm thuốc : không ngấm (<5HU), ngấm ít (5-10HU), ngấm trung bình (10-20HU), ngấm mạnh (>20HU).

- Vôi hóa trong u: có/không.

- Hoại tử: vùng tỷ trọng dịch không ngấm thuốc cản quang sau tiêm.

- Chảy máu: vùng tăng tỷ trọng tự nhiên của máu: 50-80HU.

- Dấu hiệu trên chụp cắt lớp vi tính của UNBT được sử dụng theo tác giả Richard và Reiman[6,7] bao gồm: Giới hạn u: rõ; biến đổi đường bờ: biến đổi bờ thận; vỏ: có vỏ; chảy máu và hoại tử trong u; vôi hóa trong u: ít; mức độ ngấm thuốc: mạnh[3].

2.3. Xử lý và phân tích dữ liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 26.0. Đối chiếu kết quả trên CLVT với kết quả phẫu thuật, giải phẫu bệnh từ đó tính toán các giá trị: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo âm tính, giá trị dự báo dương tính, tỷ lệ âm tính giả, tỷ lệ dương tính giả, độ chính xác.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng của Trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên người bệnh, mọi thông tin đều được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=32)

Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	<12 tháng	4	12,5
	12-59 tháng	21	65,6
	> 60 tháng	7	21,9
Giới	Nam	18	56,2
	Nữ	14	43,8
Triệu chứng lâm sàng	Sốt	8	25,0%
	Sụt cân	1	3,1%
	Đái máu	11	34,4%
	Sờ thấy u bụng	24	75,0%
	Đau bụng	9	28,1%
	Tăng huyết áp	5	15,6%
	Thiếu máu	6	18,8%
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	4	12,5%
	Giai đoạn II	15	46,9%
	Giai đoạn III	13	40,6%

Nhận xét: Đa số trẻ mắc bệnh ở độ tuổi dưới 60 tháng, chiếm tỉ lệ 78,1%, thấp nhất 9 tháng tuổi, cao nhất 10 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là sờ thấy u (75%) và đái máu (34,4%). Không có trường hợp nào ở giai đoạn bệnh IV, V, chủ yếu ở giai đoạn II và III với tỉ lệ lần lượt là 46,9% và 40,6%.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của u nguyên bào thận (n=32)

Đặc điểm		n	%
Vị trí khối u ở Thận phải (n=17)	Cực trên thận	10	58,8
	Cực dưới thận	2	11,8
	Toàn bộ thận	5	29,4
Vị trí khối u ở Thận trái (n=15)	Cực trên thận	4	26,7
	Cực dưới thận	4	26,7
	Toàn bộ thận	7	46,6
Kích thước u	<5 cm	5	15,6
	5-10 cm	16	50,0
	>10 cm	11	34,4
Đường bờ và giới hạn khối u	Rõ	24	75,0
	Không rõ	8	25,0
Tỷ trọng khối u trước tiêm thuốc cản quang	Không đồng nhất	21	65,6%
	Giảm	10	31,2%
	Tăng	1	3,1%
Mức độ ngấm thuốc cản quang	Ngấm nhiều (>20 HU)	24	75%
	Ngấm ít, TB (5-20HU)	8	25%
Có vôi hóa trong khối u		4	12,5
Có chảy máu và hoại tử trong khối u		28	68,8+18,7

Nhận xét: Phân bố UNBT không có sự khác biệt đáng kể theo vị trí bên phải hay bên trái. Không gặp trường hợp nào u cả hai thận. Khối u kích thước lớn nhất 14,5cm, nhỏ nhất 2,3cm, trung bình 8,4cm, phần lớn u khi đã được phát hiện đã có kích thước lớn >5cm (84,4%). Phần lớn khối UNBT có giới hạn rõ chiếm 75%, tỷ trọng không đồng nhất chiếm 65,6%, ngấm thuốc mạnh cao chiếm 75%, không có vôi hóa trong u chiếm 87,5%. Tỷ lệ khối u chảy máu và hoại tử cao 28/32 chiếm 77,5%.

Để tính giá trị chẩn đoán của cắt lớp vi tính, chúng tôi so sánh giữa 32 trường hợp UNBT và 11 trường hợp u thận ác tính khác. Kết quả cụ thể như sau:

Bảng 3. Giá trị của các dấu hiệu trên chụp CLVT trong chẩn đoán UNBT (n=43)

Đặc điểm		UNBT		Se	Sp	PPV	NPV	Accuracy
		Có	Không					
Giới hạn u	Rõ	24	3	75 %	72,7 %	88,9 %	50 %	74,4 %
	Không rõ	8	8					
Biến đổi bờ thận	Có	24	7	75 %	36,4 %	77,4 %	33,3 %	65,1 %
	Không	8	4					
Dấu hiệu vỏ u	Có	28	3	87,5 %	72,7 %	90,3 %	80,0 %	83,7 %
	Không	4	8					
Chảy máu và hoại tử	Có	28	5	87,5 %	54,5 %	84,8 %	60 %	79 %
	Không	4	6					
Vôi hóa trong u	Có	28	3	87,5 %	72,7 %	90,3 %	66,7 %	83,7 %
	Không	4	8					
Mức độ ngấm thuốc	Mạnh	24	7	75 %	36,4 %	77,4 %	33,3 %	65,1 %
	Trung bình-Ít	8	4					

(Chú thích: Se: Độ nhạy; Sp: Độ đặc hiệu; PPV: Giá trị tiên đoán dương tính; NPV: Giá trị tiên đoán âm tính; Accuracy: Độ chính xác)

Nhận xét: Trong các dấu hiệu trên chụp CLVT, dấu hiệu vôi hóa trong u và dấu hiệu vỏ u có giá trị chẩn đoán cao nhất với độ chính xác 83,7%, dấu hiệu biến đổi bờ thận có độ chính xác thấp nhất với 65,1%. Ba dấu hiệu có độ nhạy cao nhất là dấu hiệu vỏ u, chảy máu hoại tử và vôi hóa trong u. Ba dấu hiệu có độ đặc hiệu cao nhất là dấu hiệu vỏ u, vôi hóa trong u và giới hạn u.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh

Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp tuổi trung bình của 32 bệnh nhi UNBT là 38 tháng (3,2 tuổi) (Bảng 3.1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đa số tác giả. Nghiên cứu của Phó Hồng Điệp (2024) cũng nhận thấy, 92% trường hợp UNBT dưới 5 tuổi. Một nghiên cứu khác của Bùi Ngọc Lan (2025), phát hiện có tới 94% trẻ mắc bệnh trong độ tuổi dưới 60 tháng. Đối với tỉ lệ nam nữ, nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt, cũng tương đồng với các báo cáo trước đó của Phó Hồng Điệp (2024), Bùi Ngọc Lan (2025), Benedetti (2025), Koska (2024).[2,5,8,9]

Triệu chứng lâm sàng của UNBT rất đa dạng và không đặc hiệu biểu hiện hay gặp nhất là thấy khối u ở bụng, đái máu, đau bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 75% bệnh nhi có biểu hiện sờ thấy u ở bụng trên lâm sàng, chứng tỏ u đã lớn và ở giai đoạn muộn. Triệu chứng thường gặp thứ hai trong nghiên cứu của chúng tôi là đái máu chiếm 34,4% sau đó đến đau bụng chiếm 28,1%. Theo Benedetti (2025), khối u bụng là dấu hiệu phát hiện bệnh điển hình nhất ở trẻ, trong khi đso các dấu hiệu khác như đái máu và tăng huyết áp chỉ gặp ở 25-30% trường hợp.[9] Koska và cộng sự (2024) ghi nhận, có tới 62-72% trường hợp sờ thấy khối u bụng. Lý giải cho điều này, nhóm nghiên cứu thấy rằng, biểu hiện đái máu hay tăng huyết áp thường gặp ở giai đoạn muộn khi khối u đã xâm lấn vào hệ thống đài bể thận, hoặc tổn thương nhu mô.[5] Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào giai đoạn IV, V. Như vậy, kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả.

4.2. Đặc điểm hình ảnh UNBT trên chụp CLVT

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, khối u kích thước lớn nhất 14,5cm, nhỏ nhất 2,3cm, trung bình 8,4cm, phần lớn u khi đã được phát hiện đã có kích thước lớn >5cm (84,4%). Kết quả phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Theo Bùi Ngọc Lan (2025), tại bệnh viện Nhi Trung ương, thể tích trung bình của khối u trước điều trị rất lớn (khoảng 384 cm^3) và thường được phát hiện khi đã sờ thấy u bụng.[8] Chandola (2026) cũng nhận thấy rằng, UNBT thường là các khối

choán chỗ lớn trong ổ bụng. Đối với cấu trúc u, Tỷ lệ u có tỷ trọng không đồng nhất và hoại tử cao (68,75%) tương đồng với mô tả của Chandola (2026), UNBT thường là u lớn, không đồng nhất với các vùng xuất huyết hoặc hoại tử bên trong. Đây cũng chính là dấu hiệu đặc trưng để phân biệt với các u khác.[4] Một đặc điểm khác, giới hạn của UNBT trong nghiên cứu của chúng tôi thường rõ, chiếm tới 75%, rất phù hợp với đặc điểm có vỏ bao giả của UNBT, tạo ra "dấu hiệu vuốt" với nhu mô thận lành và ít xâm lấn lan tỏa xung quanh.

4.3. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán UNBT

Dựa theo nghiên cứu của các tác giả Richard và Reiman[6,7] chúng tôi đưa ra 6 dấu hiệu thường gặp của UNBT để chẩn đoán xác định: (1) Giới hạn u: rõ; (2) Biến đổi đường bờ: biến đổi bờ thận; (3) Vỏ: có vỏ; (4) Chảy máu và hoại tủ trong u; (5) Vôi hóa trong u: ít; (6) Mức độ ngấm thuốc: mạnh. Vì các dấu hiệu này đều không phải là tiêu chuẩn vàng, khi có thì rất gợi ý chẩn đoán UNBT nhưng nếu không có thì cũng không loại trừ UNBT nên chúng tôi phân tích giá trị của từng dấu hiệu sau đó đánh giá giá trị của nhiều giá trị kết hợp.

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy, trong các dấu hiệu trên chụp CLVT, dấu hiệu vôi hóa trong u và dấu hiệu vỏ u có giá trị chẩn đoán cao nhất với độ chính xác 83,7%, dấu hiệu biến đổi bờ thận có độ chính xác thấp nhất với 65,1%. Ba dấu hiệu có độ nhạy cao nhất là dấu hiệu vỏ u, chảy máu hoại tử và vôi hóa trong u. Ba dấu hiệu có độ đặc hiệu cao nhất là dấu hiệu vỏ u, vôi hóa trong u và giới hạn u. Dấu hiệu vỏ u khá điển hình trong các nghiên cứu, tương tự như Chandola (2026) cũng ghi nhận "dấu hiệu vuốt" (tương ứng vỏ u) xuất hiện ở 86,7% trường hợp UNBT. U nguyên bào thận bản chất là khối u phát triển từ nhu mô thận và thường có một lớp vỏ bao giả (pseudocapsule) bao bọc. Đặc điểm này giúp phân biệt rõ rệt với u nguyên bào thần kinh (thường bao bọc mạch máu và không có vỏ rõ ràng). Tiếp đó là dấu hiệu vôi hóa, có giá trị đặc biệt cao trong nghiên cứu, rất có ý nghĩa phân biệt UNBT và u nguyên bào thần kinh. Chandola (2026) nhận thấy, u nguyên bào thần kinh có tần suất gặp vôi hóa nhiều hơn, UNBT hiếm gặp vôi hóa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.[4] Một dấu hiệu điển hình khác là hoại tử và vôi hóa trong u phù hợp với mô tả của Artunduaga (2023) và Chandola (2026) về khối UNBT khác với u nguyên bào thần kinh ở đặc điểm, ở UNBT thường có hoại tử, nang hóa hoặc xuất huyết bên trong còn u nguyên bào thần kinh thì thường đồng nhất.[1,4] Theo Mai Tấn Liên Bang (2018), các dấu hiệu có độ chính xác cao là vỡ u 97,8%, xâm lấn mạch máu 95,7%, di căn hạch 93,6% và xâm lấn quanh thận 74,5%.[3] Các dấu hiệu này thường gặp ở bệnh nhân giai đoạn muộn, ít gặp ở nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù vậy, nhóm nghiên cứu cho rằng, chụp CLVT có giá trị tốt trong chẩn đoán UNBT cũng như phân biệt với các u khác đặc biệt u nguyên bào thần kinh.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị của một xét nghiệm nhưng cỡ mẫu nhỏ, chỉ có 43 trẻ, trong đó 11 bệnh nhân u ác tính làm nhóm chứng, cho nên, độ đặc hiệu rất dễ dao động mạnh, giá trị tiên đoán dương tính, tiên đoán âm tính thiếu ổn định. Nhóm chứng 11 bệnh nhân mắc u ác tính khác chưa được phân loại cụ thể từng thể lâm sàng như u nguyên bào thần kinh, sarcoma..., do đó, đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh thiếu đồng nhất.

5. KẾT LUẬN

UNBT thường ở một bên thận, kích thước lớn khi được phát hiện, u có đặc điểm bờ đều, giới hạn với xung quanh rõ (75%), cấu trúc trong u thường không đồng nhất có các ổ tăng giảm tỷ trọng do hoại tử (68,7%) và chảy máu (18,7%), ít khi có vôi hóa nếu có nốt vôi hóa thường nhỏ và mảnh (12,5%). Sau tiêm u ngấm thuốc mạnh không đồng nhất (75%). Chụp CLVT có giá trị tốt trong chẩn đoán UNBT cũng như phân biệt với các u khác.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Artunduaga M, Eklund M, van der Beek JN, et al. (2023). Imaging of pediatric renal tumors: A COG Diagnostic Imaging Committee/SPR Oncology Committee White Paper focused on Wilms tumor and nephrogenic rests. Pediatr Blood Cancer, 70 Suppl 4(Suppl 4), e30004.

[2] Phó Hồng Điệp, Hoàng Ngọc Thạch, Bùi Ngọc Lan (2024). Đặc điểm u thận trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương (2017-2022). Tạp chí Nhi khoa, 17(5), 41-46.

[3] Mai Tấn Liên Bang, Trần Công Đoàn, Huỳnh Quang Huy (2018). Nghiên cứu giá trị Xquang cắt lớp vi tính trong đánh giá xâm lấn của u Wilms ở trẻ em. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 22(3), 95-100.

[4] Chandola S, Naranje P, Gupta AK, et al. (2026). CT-Based Texture Analysis in Indeterminate Pediatric Renal and Pararenal Masses. Indian J Radiol Imaging, 36(1), 76-83.

[5] Koska IO, Ozcan HN, Tan AA, et al. (2024). Radiomics in differential diagnosis of Wilms tumor and neuroblastoma with adrenal location in children. Eur Radiol, 34(8), 5016-5027.

[6] Reiman TA, Siegel MJ, Shackelford GD (1986). Wilms tumor in children: abdominal CT and US evaluation. Radiology, 160(2), 501-505.

[7] Lowe RE, Cohen MD (1984). Computed tomographic evaluation of Wilms tumor and neuroblastoma. Radiographics, 4(6), 915-928.

[8] Bùi Ngọc Lan, Nghiêm Ngọc Linh (2025). Kết quả điều trị u nguyên bào thận theo phác đồ SIOP tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 191(6), 589-595.

[9] Benedetti DJ, Cost NG, Ehrlich PF, et al. (2025). Updated favourable-histology Wilms tumour risk stratification: rationale for future Children's Oncology Group clinical trials. Nature Reviews Urology, 22(11), 775-788.