

# ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG CHẨN ĐOÁN CỦA PHƯƠNG PHÁP SINH THIẾT PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

TRẦN ĐĂNG KHOA, ĐOÀN TRUNG HIỆP,  
NGUYỄN THỊ MINH HƯƠNG, PHAN ANH, NGUYỄN VĂN TUẤN  
*Bệnh viện Ung bướu HN*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U phổi có thể là u lành (u lao, áp-xe, u tuyến phế quản...) hoặc u ác (chiếm đa số). Trước một tổn thương dạng u tại phổi, một vấn đề rất phức tạp đặt ra đó là phải chẩn đoán xác định tính chất u đó lành hay ác tính. Không những chẩn đoán xác định tính chất u mà còn phải xác định tip mô học u khi u ác tính vì nó có vai trò quan trọng giúp xác định chiến lược điều trị và tiên lượng thời gian sống thêm cho bệnh nhân.

Ung thư phổi hầu hết là ung thư biểu mô, các tế bào ung thư phát sinh từ các tế bào biểu mô của khí phế quản hoặc phổi. Có một số tip mô học hay gặp là UTBM vảy, UTBM tuyến, UTBM tế bào nhỏ [1]. Ung thư phổi là loại ung thư hay gặp nhất trên thế giới, với khoảng 900 000 ca mới mỗi năm đối với nam giới và 330 000 ca mới mỗi năm ở nữ giới. UTP là nguyên nhân gây chết hàng đầu do ung thư [3]. Tính theo tỷ lệ mới mắc, UTP chiếm 12,3% tổng số ung thư mới mắc mỗi năm [1].

Có một số biện pháp giúp lấy bệnh phẩm chẩn đoán như soi phế quản và sinh thiết các tổn thương nghi ngờ sùi vào lòng phế quản, sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới sự dẫn đường của siêu âm, hay CT scanner ngực. Trong đó thủ thuật STXTN/CT ngực là thủ thuật được chỉ định rộng rãi và có hiệu quả hơn hẳn do có thể tiến hành với nhiều vị trí u (nhất là các u vùng phế trường ngoại vi do soi phế quản không tiếp cận được), kể cả u trung thất, mảnh bệnh phẩm lấy ra lớn hơn so với STXPQ... Tuy nhiên thủ thuật này cũng có một số tai biến hay gặp đó là: TKMP, TDMP, ho máu, đau ngực...

Năm 1971 máy chụp CLVT ra đời đánh dấu bước tiến vượt bậc trong chẩn đoán y học nhất là trong lâm sàng các bệnh lý lồng ngực. Phim chụp CLVT ngực cho phép chẩn đoán u phổi, xâm lấn u vào các cơ quan phụ cận, hạch to rốn phổi hay hạch trung thất...

Năm 1982 Fink I, Gamsu và cs tiến hành sinh thiết phổi hút dưới hướng dẫn CLVT ngực. Từ đó đến nay cùng với sự phát triển khoa học đã có rất nhiều loại kim sinh thiết được dùng trong thủ thuật này. Tại Việt Nam, đã có một số công trình của một số tác giả đề cập đến chủ đề này như Đoàn Phương Lan năm 2002, Ngô Quý Châu năm 2005. Tại Bệnh Viện U Bướu Hà Nội đã có một báo cáo đề cập đến kỹ thuật chọc sinh thiết hút khối u phổi bằng kim nhỏ với xác định vị trí chọc ST nhờ vào đĩa CD-ROM của máy chụp cắt lớp vi tính, các kết quả thu được là rất đáng khích lệ. Tuy nhiên, việc xác định vị trí và tọa độ chọc ST dựa trên đĩa CD-ROM có một số hạn chế như: sẽ rất thiếu chính xác nếu bệnh nhân có lồng ngực biến

dạng, có chấn thương ngực cũ, tổn thương cũ ở phổi như lao, di động của phổi theo nhịp thở và đây là thủ thuật sinh thiết bằng kim hút nên lấy bệnh phẩm chỉ dần được tiêu bản làm chẩn đoán tế bào là chính.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

Đánh giá khả năng chẩn đoán các u phổi của sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT.

Đánh giá lợi ích và tai biến của thủ thuật.

Xây dựng qui trình tiến hành thủ thuật STXTN/CLVT.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Được xác định có tổn thương dạng khối tại phổi (trên CT, x-quang) mà chưa từng được chẩn đoán.

Không có chống chỉ định

#### Tiêu chuẩn loại trừ

Không phải là tổn thương dạng khối

Có chống chỉ định làm thủ thuật.

Là tổn thương đã được xác định tính chất.

**Kim sinh thiết: Precisa cỡ 18G**

#### Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Thủ thuật được tiến hành với kỹ thuật như đã nêu.

Bệnh phẩm được chẩn đoán tế bào bằng phương pháp nhuộm giemsa, mô bệnh học bằng phương pháp nhuộm HE như thông lệ, đọc kết quả do các thầy thuốc giải phẫu bệnh tiến hành.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh Viện U Bướu Hà Nội.

Thời gian: 01/2008 – 12/2008.

Xử lý số liệu: số liệu được thống kê, so sánh tỷ lệ sử dụng test  $\chi^2$ , so sánh các thông số định lượng dùng t-test. Mức  $\alpha = 0,05$ .

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm về tuổi, kích thước u.

a. Tuổi, giới của mẫu nghiên cứu.

Đặc điểm tuổi của nhóm nghiên cứu

	<50	50-70	>70	Tổng
n	6	26	18	50
%	12	54	36	100

Nhận xét: nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất 50-70 chiếm 54%, Độ tuổi 37-76, tuổi trung bình:  $63,7 \pm 11,4$ . 50 BN trong đó có 15BN nữ (30%), 35 BN nam (70%) các kết quả này phù hợp với các kết quả của Trần Đăng Khoa và cs đánh giá 26 BN tổn thương dạng

khối tại phổi thấy độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 64,5 và tỷ lệ nam/nữ=21/5 và của Omar A. Minai và cs với tuổi trung bình 66,8.

b. Kích thước tổn thương.

Kích thước tổn thương

	<3cm	3-6cm	>6cm	Tổng
n	3	24	23	50
%	6	48	46	100

Kích thước u: kích thước 3-11(cm), kích thước trung bình  $5,7 \pm 0,7$  ( $p=0,05$ ). Có 94% số tổn thương > 3cm. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Đăng Khoa và cs với 90% u ác tính kích thước >3cm và của Ngô Thế Quân và cs [19], Minai và cs có kết quả kích thước u nhỏ hơn với đường kính trung bình 2,15cm do các phương pháp chẩn đoán hiện đại, người dân đi khám bệnh định kỳ nên tổn thương được phát hiện sớm.

**Vị trí u trên hình ảnh điện quang**

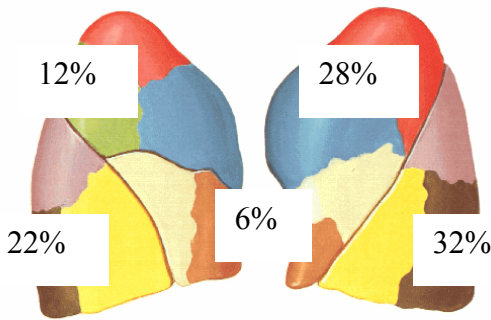
**Vị trí u tính theo thùy phổi**

Vị trí u theo thùy phổi

Phổi	Vị trí			Tổng
	Thùy trên	Thùy giữa	Thùy dưới	
Phải	n	6	11	20
	%	12	22	40
Trái	n	14	16	30
	%	28	32	60

Nhận xét: vị trí u hay gặp nhất tại thùy dưới trái (32%), ít gặp nhất tại thùy giữa phải (6%), phổi phải gặp 40%, phổi trái gặp 60% kết quả này trái ngược với kết quả của Ngô Thế Quân và cs với phổi phải 61%, phổi trái 39%.

Sơ đồ biểu diễn tỷ lệ % u theo từng thùy phổi



**Số lần sinh thiết**

**Số lần sinh thiết và vị trí u**

Số lần sinh thiết và vị trí u

Số lần st	VT U	Thùy trên	Thùy giữa	Thùy dưới	Tổng
		n	19	3	
1	%	38	6	52	96
	n	1		1	2
2	%	2		2	4

Nhận xét: 48 BN (96%) sinh thiết 01 lần, 2BN (4%) sinh thiết 2 lần.

**Số lần sinh thiết và kích thước u**

Số lần sinh thiết và kích thước u

Số lần st	KT U	<3cm	3-6cm	>6cm	Tổng
		n	1	24	
1	%	2	48	46	96
	n	2			2
2	%	4	0	0	4

Nhận xét: Cả 2BN phải sinh thiết 2 lần đều có KT u < 3cm. Vì di động của khối u theo nhịp thở, các khối u có kích thước nhỏ thì khó tiếp cận hơn.

**Khả năng xác định tính chất tổn thương và địnhтип mô học u**

Khả năng xác định tính chất tổn thương: 100% Bn xác định được tính chất tổn thương. Trong nhóm ác tính có 42/44= 95,45% xác định đượcтип mô học, cao hơn nhiều so với kết quả của chọc hút bằng kim nhỏ của Hakan Solak và cs với tỷ lệ địnhтип chỉ đạt 66,67%.

Tổn thương lành tính:

Tổn thương lành tính

	Viêm phổi	Áp xe	U lao	Tổng
n	2	2	2	6
%	4	4	4	12

Nhận xét: tổn thương lành tính chúng tôi gặp trong NC gồm 3 loại: viêm phổi, áp xe, lao. Hakan Solak và cs gặp chủ yếu 3 loại tổn thương này khi nghiên cứu giá trị chọc hút kim nhỏ chẩn đoán các u phổi.

Tổn thương ác tính

Tổn thương ác tính

	UTBMV	UTBMT	UTBMTBL	UTBM	tổng
n	24	12	6	2	44
%	48	24	12	4	88

Nhận xét: UTBMV làтип hay gặp nhất (48%), sau đó là UTBMT (24%) không gặp UTBM tế bào nhỏ. Ngô Thế Quân và cs đưa ra kết quả UTBMV (33,58%) và UTBMT (32,66%) là 2тип hay gặp nhất. Hakan Solak và cs đưa ra kết quả UTBMV và UTBMT là 2тип hay gặp nhất (30,0% và 18%).

Kích thước u và tính chất mô học

Kích thước u và tính chất mô học

		<3cm	3-6cm	>6cm	Tổng
		Lành tính	n	2	
	%	4	6	2	12
	ác tính	n	1	21	22
	%	2	42	44	88

**Nhận xét:** Đa số là tổn thương ác tính (88%), chủ yếu tổn thương lành tính <6cm, đa số tổn thương ác tính > 3cm (86%/ 88%). Tỷ lệ ác tính trong nghiên cứu này cao hơn hẳn so với Hakan Solak và cs (70% ác tính) do kích thước tổn thương trong nghiên cứu của tác giả nhỏ, tuổi trung bình thấp (50,4). Ngô Thế Quân và cs tổng kết thấy > 90% ung thư kích thước > 3cm.

Tuổi và tính chất tổn thương

KT u	Tuổi	<50	50-70	>70	Tổng
		Lành tính	n	4	
	%	8	4		12
	Ác tính	n	2	24	18
	%	4	48	36	88
	Tổng	n	6	26	18
	%	12	52	36	100

Nhận xét: tổn thương lành tính gặp chủ yếu < 50 tuổi, đa số tổn thương ác tính gặp ở BN > 50 tuổi (84%). Ngô Thế Quân và cs nghiên cứu phân loại ung thư phế quản cho kết quả tương tự với nhóm tuổi > 50 chiếm 75,1%.

#### **Biến chứng của thủ thuật**

##### *Các biến chứng của thủ thuật*

Có 3BN có biến chứng TKMP chiếm 6%, mức độ nhẹ và không cần can thiệp dẫn lưu. BN được nằm bất động tại giường, giảm đau, an thần nhẹ.

##### *Vị trí u và biến chứng của thủ thuật*

Trong 03BN có TKMP, có 2BN u nằm ở thùy dưới, 1BN u nằm ở thùy trên. Thùy dưới u di chuyển nhiều. Trong số 02BN u thùy dưới có một BN mắc giãn phế nang cũ.

##### *Số lần sinh thiết và biến chứng*

Trong số 03BN TKMP có 01BN sinh thiết 02 lần.

##### *Tuổi bệnh nhân và biến chứng*

Cả 03 BN có TKMP đều > 70 tuổi. Khi làm thủ thuật BN thường có tâm lý lo sợ và thở gấp khi đưa kim vào và trong quá trình sinh thiết. Vì vậy làm nặng hơn sang chấn màng phổi và nhu mô phổi.

#### **KẾT LUẬN**

**Qua nghiên cứu chúng tôi đưa ra các kết luận như sau:**

1. U phổi gặp chủ yếu ở nhóm tuổi > 50 (88%), đa số ác tính (88%), 42/44 ca ác tính > 50 tuổi, > 90% u có kích thước >3cm và 43/44 ca ác tính kích thước u >3cm. Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT ngực chẩn đoán các tổn thương dạng khối phổi là phương pháp chẩn đoán có giá trị cao: 100% số ca xác định tính chất tổn thương, định

tip mô học được 95,45% số ca ác tính. UTBMV và UTBMT là 2 tip mô học hay gặp nhất. Các tổn thương lành tính gồm: viêm phổi, áp-xe, u lao.

2. Có 02BN phải sinh thiết 02 lần chiếm 4%, 96% số ca đạt yêu cầu chẩn đoán ngay từ lần sinh thiết đầu tiên. 03 BN có biến chứng tràn khí màng phổi mức độ nhẹ và không phải can thiệp dẫn lưu.

3. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy với thủ thuật sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của chụp CLVT với trình tự các thao tác đã nêu trên có giá trị trong chẩn đoán xác định các tổn thương dạng khối tại phổi.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Ferlay J, Bray F, Parkin DM, Pisani P (2001): Globocan 2000: Cancer Incidence and Mortality Worldwide (IARC Cancer Bases No. 5), Lyon, IARCPress.

2. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J (1997): Cancer incidence in Five Continents, Vol. VII. IARC Scientific Publication No. 143 and IARC Cancerbase No. 2, Lyon, IARCPress.

3. Bernard W. StewartPaul Kleihues (2003): WORLD CANCER REPORT Edited IARC PressLyon 2003 p: 182.

4. William D. TravisElisabeth Brambilla, H. Konrad Müller-HermelinkCurtis C. Harris (2004): Pathology and Genetics of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart Edited IARC PressLyon, 2004 p: 11,16,18.

5. Boffetta P, Trichopoulos D (2002). Cancer of the lung, larynx, and pleura. In: Textbook of Cancer Epidemiology, Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D, eds., Oxford University Press: Oxford, pp. 248-280.

8. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer Statistics, 2006. CA Cancer. J Clin 2006;56:106-130.