

# VAI TRÒ CỦA CHỌC HÚT NIÊM MẠC KHÍ - PHẾ QUẢN BẰNG KIM NHỎ QUA NỘI SOI ĐỐI VỚI CÁC TỔN THƯƠNG NGHI UNG THƯ PHẾ QUẢN

HOÀNG HỒNG THÁI - Đại học Y Hà Nội

## TÓM TẮT

Tổn thương niêm mạc và dưới niêm mạc trong ung thư phế quản thường gặp dưới dạng thâm nhiễm niêm mạc, phù nề chít hẹp khẩu kính khí-phế quản. Sinh thiết những tổn thương như vậy rất khó vì trơn trượt, tỷ lệ âm tính giả khá cao qua y văn thế giới cũng như trong nước. Mục đích: tìm hiểu hiệu quả của kỹ thuật chẩn đoán bằng chọc hút tổ chức dưới niêm mạc để lấy bệnh phẩm cho xét nghiệm mô bệnh- tế bào học. Đối tượng và phương pháp: Bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch mai. Thời gian 1991 từ đến 1996. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả. Nội soi phế quản ống cứng Fridel và các phụ kiện kèm theo của CHDC Đức. Nếu thấy tổn thương ở niêm mạc: sinh thiết niêm mạc, chọc hút tổ chức dưới niêm mạc làm xét nghiệm mô bệnh-tế bào. Kết quả: 98 bệnh nhân (89 nam, 9 nữ), tuổi từ 20 đến 76 tuổi. Ho máu, đau ngực, khó thở, gày sút chiếm trên 60%. Tổn thương nội soi: Sùi, loét, chảy máu niêm mạc 43 trường hợp (43,87%). Thâm nhiễm niêm mạc 17 trường hợp (17,34%). Phù nề niêm mạc 38 trường hợp (38,77%). Sinh thiết niêm mạc phế quản chẩn đoán: 48 trường hợp (48,97%), chọc hút tổn thương niêm mạc: 88 trường hợp (89,79%). Ung thư biểu mô vảy 58 trường hợp (59,18%). Ung thư biểu mô dạng tuyến 30 trường hợp (30,61%). Ung thư biểu mô tế bào nhỏ: 9 trường hợp (9,18%). Kết luận: Kỹ thuật chọc hút niêm mạc bằng kim cho chẩn đoán cao hơn sinh thiết phế quản khi có tổn thương thâm nhiễm ung thư vào niêm mạc khí-phế quản. Kỹ thuật dễ thực hiện không có tai biến.

Từ khoá: Chọc hút xuyên niêm mạc, ung thư phế quản, nội soi phế quản

## SUMMARY

Although exophytic endobronchial lesions can readily be diagnosed by forceps biopsy through the rigid bronchoscope. The lesion of submucosal or peribronchial tumor can be difficult to diagnose by biopsy. Objectives Study the role of transbronchial fine needle aspiration in the diagnosis of submucosal bronchogenic carcinoma. Subject and method: The utility of transbronchial fine needle aspiration through rigid bronchoscope (Fridel; Alemand). Cross-sectional prospectif study. Results: the tecnic transsubmucosal with fine needle aspiration was made in 98 patients presenting with endoscopic abnormalities suggestive of submucosal bronchogenic carcinoma of Respiratory department of Bach Mai Hospital from 3/1991 to 7/1996. Forceps biopsy was positive in 48 patients (48.77%). Transbronchial needle aspiration was positive in 88 patients (88.79%) and detected 6 cases additional carcinomas (who were treated by anti-tuberculosis of the lung). Conclusion: The TBNA

significantly increases the yield, more effective than the forceps biopsy alone in the detection of the infiltration of submucosal bronchogenic carcinoma.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phế quản là một bệnh ác tính ở phế quản, bệnh thường gặp ở nam giới nhiều hơn ở nữ giới. Chẩn đoán ung thư phế quản bằng nội soi phế quản là một thủ thuật không thể thiếu trong xác định và phân loại các tip tế bào ung thư. Tổn thương ung thư phế quản thấy được qua nội soi thường được biểu hiện dưới các hình thái: Có u rõ trong lòng phế quản, thâm nhiễm niêm mạc sần sùi, loét sùi niêm mạc, cứng, mất màu, phù nề, chít hẹp lòng khí phế quản.

Hẹp, tắc phế quản do u chèn ép từ bên ngoài vào. Những trường hợp có u rõ trong lòng khí phế quản, sinh thiết dễ dàng cho chẩn đoán xác định. Trong nội soi, nhiều khi sinh thiết không hiệu quả, mẫu sinh thiết nhỏ. Tổn thương dưới niêm mạc sinh thiết không tới tổn thương nên nhiều trường hợp đã bị bỏ qua.

Chọc hút niêm mạc bằng kim nhỏ lấy bệnh phẩm cho xét nghiệm tế bào qua ống soi phế quản là kỹ thuật bổ sung cho những hạn chế của sinh thiết.

Tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai, kỹ thuật chọc hút niêm mạc khí phế quản đã được áp dụng trong chẩn đoán có hiệu quả, chúng tôi đặt vấn đề tìm hiểu" tìm hiểu hiệu quả của kỹ thuật chẩn đoán bằng chọc hút tổ chức dưới niêm mạc để lấy bệnh phẩm cho xét nghiệm mô bệnh- tế bào học

Mục tiêu: Vai trò của chọc hút xuyên niêm mạc bằng kim nhỏ qua nội soi phế quản đối với các tổn thương nghi ngờ ác tính"

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Những bệnh nhân trong nghiên cứu này của chúng tôi bao gồm:

- Các bệnh nhân nội trú của khoa Hô hấp.
  - Có lâm sàng X quang nghi ung thư.
  - Có ho máu không rõ nguyên nhân.
  - Không ở trong tình trạng cấp cứu về hô hấp, tim mạch.
  - Có máu chảy máu đông bình thường.
  - Chức năng hô hấp cho phép thực hiện thủ thuật.
  - Hợp tác với thủ thuật viên trong khi soi.
  - Các bệnh nhân đã được soi phế quản chẩn đoán thấy có tổn thương thâm nhiễm niêm mạc các dạng khác nhau.
- Không lấy vào thống kê này những trường hợp:
- Có u rõ trong lòng khí phế quản.
  - Có tổn thương do phế quản bị đè ép từ ngoài vào.

### Phương tiện

Máy soi Fidel (của Cộng hòa dân chủ Đức cũ). ống soi bằng kim loại cỡ ống 9mm, 10mm, dài 45cm

- Kim sinh thiết cứng. Kim chọc hút tự tạo có cánh bướm gắn ở đốc kim để xoay kim dễ dàng khi chọc hút. Kim dài 50cm, phần chọc hút dài 3cm, cỡ kim 22G

- Bơm tiêm 20ml để hút bệnh phẩm

- Dung dịch cố định: cồn 95° và ête với lượng tương đương

- Lam kính để dàn bệnh phẩm. Lọ đựng mẫu sinh thiết.

### Thuốc men

- Xylocain 2%, 5% để gây tê- Depersolon 30mg để phòng choáng.

- Adrenalin 1mg 5 ống.

Phương tiện cấp cứu: Bóngambu, mặt nạ thở oxy, bộ mở khí quản

### Phương pháp tiến hành

Cho bệnh nhân an thần tối hôm trước. Ăn nhẹ trước soi 2-3 giờ. Gỡ bỏ hàm giả (nếu có). Gây tê thanh quản, hầu họng theo như phương pháp kinh điển. Bệnh nhân nằm trên giường soi. Tiến hành soi như với mọi trường hợp.

Tại vùng niêm mạc tổn thương:

- Xác định vị trí giải phẫu, mức độ, giới hạn, hình thái tổn thương

Trình tự thực hiện các thao tác lấy bệnh phẩm:

- Sinh thiết: lấy ba mẫu tại nơi nghi tổn thương nặng nhất.

- Dùng tăm bông phết bề mặt của tổn thương để phết lên lam kính.

- Dùng kim chọc hút vào vùng niêm mạc có mức độ tổn thương nặng nhất

Kim được chọc chếch khoảng 15-20° so với bề mặt niêm mạc sâu 5-7mm.

- Hút áp lực âm 3 lần bằng bơm 50ml.

Xử lý bệnh phẩm, cố định, để khô rồi chuyển đến khoa giải phẫu bệnh, hoặc bộ môn giải phẫu bệnh để đọc kết quả và phân tích tế bào.

### KẾT QUẢ

Nội soi phế quản cho 98 bệnh nhân, mỗi bệnh nhân đều được áp dụng đồng thời các thủ thuật lấy bệnh phẩm như: chọc hút xuyên niêm mạc khí phế quản, sinh thiết vùng niêm mạc nghi ngờ, chọc hút xuyên cửa khí phế quản, chải phế quản.. Kết quả như sau:

Bảng 1. Số lượng bệnh nhân

Tuổi	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
16 - 20	1	1,02		
21 - 30	1	1,02		
31 - 40	8	8,16	1	1,02
41 - 50	17	17,35	3	3,06
51 - 60	26	26,53	1	1,02
61 - 70	30	30,61	2	2,04
> 70	6	6,12	2	2,04
Tổng số	89		9	

Nhận xét; Số lượng nam nhiều hơn nữ tỷ lệ 8/1. Phần lớn bệnh nhân có độ tuổi tập trung chủ yếu trên 50 tuổi (67%)

Bảng 2. Các biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Ho máu	75	76,53
Đau ngực	71	72,45
Khó thở	69	70,40
Gây sút cân nhiều	67	68,37
Khàn tiếng	62	63,26
Sốt	57	58,16
Hội chứng Pierre Marie	45	45,92
Nuốt nghẹn	45	45,92
HC Claude Bernard Horner	27	27,55

Nhận xét: 3 triệu chứng ho máu, đau ngực, gây sút cân khàn tiếng chiếm trên 60% số trường hợp nghiên cứu

Bảng 3. Các dấu hiệu Xquang

Triệu chứng	Phổi phải		Phổi trái	
	n	%	n	%
Có u rõ:				
Đỉnh	25	25,51	22	22,45
Giữa	1	1,02		
Đáy	8	8,16	9	9,18
Xẹp:				
Một thùy	2	2,04	1	1,02
Toàn bộ	5	5,10	3	3,06
Trung thất rộng	16 = 16,33%			
Tràn dịch	4	4,08	1	1,02
Nghi áp xe	2	2,04	1	1,02
Nghi lao phổi	4	4,08	2	2,04

Nhận xét: hình ảnh Xquang cho thấy tổn thương u chiếm gần 50% số trường hợp, chủ yếu vùng thùy trên phổi hai bên

Tổn thương nội soi

Sùi, loét, chảy máu niêm mạc 43(43,87%). Thâm nhiễm cứng niêm mạc 17(17,34%)

Phù nề niêm mạc 38(38,77%)

98 bệnh nhân của nghiên cứu, mỗi bệnh nhân đều tiến hành: sinh thiết (st), chọc hút niêm mạc (chn/m), chải phế quản (cpq) và chọc hút xuyên cửa khí phế quản (cr). Kết quả thu được ở bảng 4

Bảng 4. Kết quả lấy bệnh phẩm của các kỹ thuật được áp dụng

Thủ thuật	n	%
st (+), chn/m (-), cr (-), cpq (-)	10	10,20
chn/m (+), st (-), cpq (-), cr (-)	24	24,49
chn/m (+), st (+)	11	11,22
chn/m (+), cpq (+), áp lam (+)	7	7,14
chn/m (+), st (+), cr (+)	27	27,55
chn/m (+), cr (+)	19	19,39

Nhận xét: sinh thiết niêm mạc phế quản chẩn đoán xác định cho 48,97% số bệnh nhân chọc hút niêm mạc chẩn đoán xác định cho 88 bệnh nhân: 89,79%.

Như vậy: sinh thiết chẩn đoán ung thư ở 48 trường hợp /98 trường hợp (48,97%).

Chọc hút niêm mạc có ung thư 88 /98 trường hợp (89,79%).

Chẩn đoán mô bệnh học

Ung thư biểu mô dạng biểu mô vảy 58 trường hợp (59,18%)

Ung thư biểu mô dạng tuyến 30 trường hợp (30,61%)

Ung thư biểu mô tế bào nhỏ 9 trường hợp (9,18%)

Ung thư biểu mô tế bào lớn 1 trường hợp (1,02%)

### **BÀN LUẬN**

Tổn thương thâm nhiễm niêm mạc dưới nhiều dạng khác nhau như sùi loét, chảy máu, cứng niêm mạc, mất màu hồng của niêm mạc hay phù nề, gây hẹp giải phẫu phế quản đã được nhiều tác giả trên thế giới đề cập đến (1, 2, 3, 4, 6, 7, 10). Đường kính kim cũng như độ dài của kim chọc hút, thường hay sử dụng loại kim dài từ 1-1,5cm để chọc hút và cỡ là 22-23G (1, 3, 4, 7).

Còn về góc chọc của kim đối với vùng định chọc chưa có tài liệu nào đề cập đến, theo chúng tôi đối với chọc xuyên cửa khí phế quản đòi hỏi kim phải vuông góc với vị trí chọc (3, 4, 5). ở đây, chỉ cần chọc vào vùng niêm mạc tổn thương nên có thể chọc sao cho kim lấy được tổn thương và chỉ giới hạn ở trong lòng khí phế quản. Chúng tôi nhận thấy kim cứng có thuận lợi hơn là có thể đẩy đi đẩy lại, lượng bệnh phẩm thỏa mãn cho xét nghiệm tế bào.

#### **Về kết quả đạt được:**

Tất cả 98 bệnh nhân, mỗi bệnh nhân đều được lấy bệnh phẩm bằng sinh thiết, chọc hút niêm mạc, chải phế quản, chọc hút xuyên cửa khí phế quản đồng thời. Như vậy, 48 bệnh nhân trong 98 bệnh nhân nghiên cứu (48,97%) đã được xác định ung thư. Qua các công trình nghiên cứu của GS. Bùi Xuân Tám, Viện Quân y 103 và một số tác giả khác, sinh thiết chỉ đạt dương tính xung quanh 50% (3, 4, 6, 7, 8).

Ở những bệnh nhân có thâm nhiễm niêm mạc (phù nề, chít hẹp, loét niêm mạc) tỷ lệ âm tính khá cao do trơn trượt khi sinh thiết hoặc sinh thiết nông không nhận được tổn thương. Trong nghiên cứu của E.Shure (3, 4), Wang (8), Happonick (9), Harrow (5), Prakash, York (Hoa Kỳ), Ikeda (Nhật Bản) cùng một số tác giả khác cho rằng kim nhỏ chọc hút dễ dàng vào nơi tổn thương nên kết quả chẩn đoán xác định cao hơn. Trong một công trình của D.Shure chọc hút niêm mạc chẩn đoán đạt tới 71%.

Chúng tôi thấy rằng sinh thiết có tỷ lệ chẩn đoán thấp hơn so với chọc hút niêm mạc sinh thiết không trúng. Một số trường hợp khác sinh thiết chỗ niêm mạc phù nề chỉ thâm nhập vào niêm mạc sâu 2-3mm, nhưng kim chọc có thể thâm nhập từ 5-7 hoặc 10mm nên tỷ lệ chẩn đoán xác định cao hơn do sinh thiết

#### **Về phần tế bào học:**

Thâm nhiễm niêm mạc cho phần lớn là ung thư biểu mô vảy 58 bệnh nhân (59,18%), ung thư dạng tuyến 30 bệnh nhân (30,61%), 10% bệnh nhân là ung thư tế bào nhỏ. Kết quả không khác so với nghiên cứu của các tác giả khác (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Trong 98 bệnh nhân của chúng tôi có 3 trường hợp nghi áp xe phổi điều trị bằng kháng sinh không cải thiện. Soi phế quản, chọc hút niêm mạc phế quản đã phát hiện có ung thư. Qua chọc hút xuyên thành ngực ở 3 bệnh nhân này cũng xác định có tế bào ung thư. 1 trường hợp được mổ tại bệnh viện Quốc tế Hà Nội. Sau mổ xác định: ung thư biểu mô tuyến.

#### **Về tai biến**

Hiện tượng chảy máu do chọc hút cũng dễ dàng cầm máu bằng que bông tẩm adrenalin, qua soi ống cứng thuận lợi hơn ống soi mềm. Schiessler, Lemoine và các đồng nghiệp Pháp đã có nhận xét từ cách đây gần 50 năm về tai biến này. Chúng tôi không có trường hợp nào chảy máu phải can thiệp

#### **KẾT LUẬN**

98 bệnh nhân chọc hút niêm mạc khí phế quản chẩn đoán, chúng tôi có kết luận

1- Chọc hút niêm mạc khí phế quản trong chẩn đoán ung thư phế quản cho kết quả xác định cao hơn sinh thiết.

2- Phương pháp chọc hút dưới niêm mạc loại bỏ một số trường hợp bị chẩn đoán nhầm là lao phổi hay áp xe phổi. Đây là một kỹ thuật không có tai biến nặng nề nên được sử dụng thường quy trong nội soi phế quản.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Buirski, Calverley, Douglas (1981): Transbronchial needle aspiration in the diagnosis of bronchial carcinoma. Thorax 36; pp 508-511.

2. David F., Jones, Robert Chin J.R. (1994): Endobronchial needle Aspiration fo Small cell carcinoma. Chest/105/4/Aprin, pp 1151-1153.

3. Deborah Shure (1992): Transbronchial biopsy and transbronchial - transtracheal needle aspiration. Diagnostic procedure for thoracic disease. Chest surgery clinics of North America, Vol 2, N° 3 August; pp 617-629.

4. Deborah Shure, Peter F. Fedullo: Transbronchial needle Aspiration in the diagnosis of submucosal and peribronchial bronchogenic carcinoma. Chest/88/1/July/1985; pp 49-51.

5. Edward M. Harrow, Frederick A.Oldenburg J.R: Transbronchial needle aspiration in clinical practice. Chest/1989/96: pp 1268-1272.69.

6. Gasparrini S. (1997): Bronchoscopic biopsy technic in the diagnosis and staging of lung cancer. Monaldi

- Arch - Chest - Dis, Aug 52 (4): pp392-398.

7. Happonik E.F, Cappellari J.O, Chin R.(1995): Education and experience improve transbronchial needle aspiration performance. Am. respir - crit - care - med; 151 (6): pp 1998-2002.

8. Wang K.P, Edward Happonick (1985): Rigid Transbronchial needle Aspiration biopsy for histological specimens. Ann Otol Rhinol Laryngol 94: pp 382-385.