

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN KHỐI MỜ Ở PHỔI

Phan Anh¹, Nguyễn Thị Ngọc Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán khối mờ ở phổi tại Khoa Tia xạ- BV Ung Bướu Hà Nội năm 2012.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả 63 bệnh nhân tại khoa Tia Xạ Bệnh viện Ung bướu Hà nội có khối mờ ở phổi trên phim CT-Scan nhưng chưa chẩn đoán được mô bệnh học khi soi phế quản. Bệnh nhân được sinh thiết xuyên thành ngực bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính.

Kết quả: Chẩn đoán GPB: ung thư chiếm 85% , lao chiếm 5%, viêm 10%; tổn thương ung thư: UTBMPQ típ biểu mô tuyến 45%, UTBMPQ típ biểu mô vảy 33%, UTBMPQ típ biểu mô tế bào nhỏ 15%, UTBMPQ típ biểu mô tế bào lớn 7%. Tỷ lệ tai biến là 16% trong đó tràn khí màng phổi 10%, ho ra máu 6%.

Từ khóa: Sinh thiết xuyên thành ngực, khối mờ ở phổi

ABSTRACT

TRANSTHORACIC TRU-CUT BIOPSY OF PULMONARY OPACITIES UNDER CT-SCAN GUIDANCE

Phan Anh¹, Nguyen Thi Ngoc Ha¹

Objective: To evaluate the diagnostic value of transthoracic Tru-cut biopsy of opacities in the lung under CT –Scan guidance and the complications of this technique.

Material and Method: Prospective and cross-sectional description on 63 patients (40 males and 23 females) in Radiotherapy department of Ha Noi oncology hospital who had opacity in the CT –Scan from 01/01/2012 to 31/12/2012. After bronchoscopy, if the diagnosis was not established, these patients were selected to have transthoracic Tru-cut biopsy.

Results: The diagnosis was positive in 57/63 patients (90%) with lung cancer in 85%, tuberculosis: 5%. The histological result was respectively adenocarcinoma (45%), squamous-cell carcinoma (33%) small-cell carcinoma (15%), large –cell carcinoma (7%). The rate of complications was 16%, with pneumothorax in 10% and hemoptysis in 6% of cases.

Key words: Transthoracic biopsy, opacities in the lung

1. BV Ung Bướu Hà Nội

- Ngày nhận bài (received): 15/7/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013
- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
- Người phản biện: TS Nguyễn Lương Tấn; TS Nguyễn Phước Bảo Quân
- Người phản hồi (corresponding author): Ths. Bs. Phan Anh
- Email: Doctorphananh@gmail.com ĐT: 0989.337.276

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến nhất, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định ung thư phổi là tìm thấy tế bào ung thư. Tiên lượng của bệnh phụ thuộc vào chẩn đoán sớm và loại tế bào ung thư. Vì vậy lấy bệnh phẩm để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh (GPB) là rất quan trọng.

Để tìm được tế bào ung thư, ta sử dụng nhiều biện pháp lấy bệnh phẩm như: soi tìm tế bào ác tính trong đờm trong dịch màng phổi, chọc hút hoặc sinh thiết khối u qua soi phế quản (SPQ), hay chọc hút hoặc sinh thiết xuyên thành ngực (STXTN).

Kỹ thuật STXTN bằng kim đã được thực hiện từ cuối thế kỷ XIX dựa trên phim XQ phổi. Ngày nay, chụp CLVT đánh giá chính xác vị trí, kích thước, cấu trúc và tỷ trọng các tổn thương trong lồng ngực cũng như các tổn thương phổi hợp. Kỹ thuật STXTN bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn của chụp CLVT đã được thực hiện tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ năm 2009. Kỹ thuật giúp bác sỹ thực hiện chuẩn đoán cho những trường hợp khối u ở ngoại biên khi soi phế quản khó tiếp cận; ngoài ra còn thực hiện những tổn thương ở sâu, kích thước nhỏ, vị trí nguy hiểm (trung tâm, sát tim và các mạch lớn) với độ an toàn, chính xác cao.

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

Đánh giá kết quả sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chuẩn đoán khối mờ ở phổi; nhận xét một số tai biến của kỹ thuật- tại khoa Tia Xạ, BV Ung Bướu Hà Nội năm 2012.

II. ĐỐI TƯỢNG- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Gồm 63 bệnh nhân (BN) đến khám và điều trị năm 2012 tại khoa Tia xạ- Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội có tổn thương là khối mờ ở phổi.

Phương pháp: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Những bệnh nhân vào khoa Tia Xạ bệnh viện Ung Bướu Hà Nội có tổn thương hình khối mờ ở phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính.

- Bệnh nhân được nội soi phế quản không thấy khối u trong lòng phế quản hoặc xét nghiệm GPB của bệnh phẩm lấy được qua soi phế quản trả lời không có tế bào ác tính nhưng trên lâm sàng và hình ảnh gợi ý ác tính.

- Các BN không có chống chỉ định với kỹ thuật sinh thiết.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2012- 12/2012 có 63 BN. Nam chiếm 63%, nữ 37%. Tuổi trung bình $58,8 \pm 14,9$ (thấp nhất 20 tuổi, cao nhất 81 tuổi) độ tuổi gặp tổn thương nhiều nhất là trên 60 tuổi (48%).

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

STT	Triệu chứng	n	%
1	Đau ngực	48	76
2	Ho- khạc đờm	40	63
3	Khó thở	13	21
4	Sốt	11	17
5	Ho ra máu	24	39
6	Gầy sút cân	13	21
7	Khàn tiếng	4	6
8	Nổi hạch	4	6
9	HC 3 giảm	8	13
10	HC Pancoast- Tobias	1	2
11	HC chèn ép tĩnh mạch chủ trên	2	3

Đau ngực (76%), ho- khạc đờm (63%), ho ra máu (39%) là 3 triệu chứng hay gặp nhất trên lâm sàng.

3.2. Đặc điểm tổn thương

Bảng 2: Số lượng tổn thương

Số lượng tổn thương	n	%
1	47	75
2-3	11	17
>3	5	8
Tổng số	63	100

Hầu hết BN có số lượng tổn thương là 1 đám mờ trên phim (75%).

Bảng 3: Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	n	%
Thùy trên phổi phải	16	25
Thùy giữa phổi phải	15	24
Thùy dưới phổi phải	12	19
Thùy trên phổi trái	13	21
Thùy dưới phổi trái	7	11
Tổng số	63	100

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là thùy trên phổi phải, chiếm 25%.

Bảng 4: Kích thước tổn thương

Kích thước tổn thương (cm)	n	%
< 3	8	13
3-5	32	51
>5	23	36
Tổng số	63	100

Kích thước tổn thương hay gặp nhất là từ 3cm đến 5cm, chiếm 51%.

Bảng 5: Độ sâu của tổn thương

Độ sâu tổn thương (cm)	n	%
<3	12	19
3-5	40	63
>5	11	18
Tổng số	63	100

Độ sâu tổn thương hay gặp nhất trong khoảng từ 3cm đến 5cm (63%).

Bảng 6: Tích chất bờ tổn thương

Tích chất bờ tổn thương	Ác tính	Lành tính
Rõ nét	3	2
Tua gai	51	7
Tổng số	54	9

Trong nghiên cứu phần lớn tổn thương ác tính có bờ dạng tua gai 51/54 (94%).

Bảng 7: Tích chất đồng nhất tổn thương

Tích chất đồng nhất tổn thương	Ác tính	Lành tính
Đồng nhất	47	2
Không đồng nhất	6	6
Kén khí	1	1
Tổng số	54	9

Phần lớn tổn thương ác tính có nhu mô đồng nhất (87%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 8: Mức độ bắt xạ SPECT

Mức độ bắt xạ SPECT	Ác tính	Lành tính
Mạnh	31	1
Vừa	18	3
Nhẹ	5	5
Tổng số	54	9

Trong nghiên cứu này, phần lớn tổn thương ác tính có mức độ bắt xạ trong Spect phổi là mạnh và vừa (91%).

Bảng 9: Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả GPB	n	%
Ung thư	54	85
Lao	3	5
Viêm	6	10
Tổng số	63	100

Kết quả GPB: ung thư chiếm 85%, lao 5%, viêm 10%

Bảng 10: Phân loại tít mô bệnh học ung thư phổi

Tổn thương	n	%
UTBMPQ tít tế bào nhỏ	8	15
UTBMPQ tít tế bào lớn	4	7
UTBMPQ tít tế bào vảy	18	33
UTBMPQ tít biểu mô tuyến	24	45
Tổng số	54	100

Ung thư biểu mô tuyến gặp tỷ lệ nhiều nhất trong các tít ung thư (45%).

3.4. Tai biến

Bảng 11: Liên quan số lần sinh thiết và tai biến

Số lần sinh thiết	Có tai biến	Không tai biến	Tổng số
1	5	47	52
2	2	5	7
3	3	1	4
Tổng số	10	53	63

Tai biến của kỹ thuật (tràn khí màng phổi 6 TH- ho ra máu 4 TH) là 10/63(16%). Tỷ lệ tai biến ở BN phải sinh thiết lại tăng lên 45% (5/11 TH)

Bảng 12 : Liên quan kích thước tổn thương và tai biến

Kích thước (cm)	Có tai biến	Không tai biến	Tổng số
<3	3	5	8
3-5	6	26	32
>5	1	22	23
Tổng số	10	53	63

Nhận xét: Với tổn thương nhỏ dưới 3cm, tỷ lệ gặp tai biến là 37,5%.

Bảng 13 : Liên quan độ sâu tổn thương và tai biến

Độ sâu (cm)	Có tai biến	Không tai biến	Tổng số
<3	1	11	12
3-5	4	36	40
>5	5	6	11
Tổng số	10	53	63

Nhận xét: Các tổn thương ở sâu tỷ lệ gặp tai biến càng cao.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố BN theo tuổi, giới

Nghiên cứu này, chúng tôi gặp BN nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi, trung bình là 58,8±14,9

tuổi. Theo nghiên cứu của Hisashi Saji (2002) thì tuổi của BN trong khoảng 25-93 tuổi, trung bình là 60,4 ± 11,4 tuổi [6]. Theo Costa F (2003) thì tuổi của BN dao động trong khoảng 24-93 tuổi, trung bình là 66,7 tuổi [3].

Đa số BN trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trên 60 tuổi chiếm 48%.

Trong 63 BN nam chiếm 63%, nữ là 37%. Theo Erich K.Lang (2000) nghiên cứu trên 100 BN thì nam chiếm 63%, nữ là 37% [4]. Theo Hisashi Saji (2002) nghiên cứu 169 BN thì nam chiếm 58,5% còn nữ là 41,5% [6]. Ở Việt Nam, Đoàn Thị Phương Lan (2002) nghiên cứu qua 42 trường hợp STXTN dưới hướng dẫn của CLVT thấy nam tỷ lệ 78,6% và nữ giới là 21,4% [1].

Kết quả này cũng tương tự vì chúng tôi tiến hành trên những BN có tổn thương dạng đám mờ ở phổi nghi ngờ ác tính thường gặp ở độ tuổi trung niên trở lên hơn so với những độ tuổi khác và tỷ lệ gặp ở nam giới cao hơn so với nữ giới.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

Đau ngực và ho khạc đờm là 2 triệu chứng hay gặp nhất trên lâm sàng, chiếm 76% và 63%. Tiếp đến là các triệu chứng ho ra máu, khó thở, sốt, gầy sút cân. Một số hội chứng như HC Pancoast-Tobias, HC chèn ép tĩnh mạch chủ trên chỉ thấy gặp ở một vài trường hợp.

Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Lan (2002) thì đau ngực cũng là triệu chứng hay gặp nhất trên lâm sàng, chiếm 59,9% [1].

4.3. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp CLVT

Về đặc điểm tổn thương trên phim chụp CLVT, hầu hết BN trong nhóm nghiên cứu có số lượng tổn thương trên phim chụp CLVT là 1 đám mờ, chiếm tới 75%. Chỉ có 17% có tổn thương 2 đám mờ và 8% BN có tổn thương từ 3 đám mờ trở lên.

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là thùy trên phổi phải, chiếm 25%. Tiếp đến là thùy giữa phổi phải: 24% và thùy trên phổi trái: 21%. Thấp nhất là thùy dưới phổi trái: 11%.

Khoảng cách từ da tới tổn thương trong khoảng từ 3-5cm chiếm tỷ lệ cao nhất (63%).

Tổn thương càng sâu trong lồng ngực thì khả năng đưa kim vào đúng đến vị trí tổn thương càng khó, tỷ lệ tai biến càng cao. Chúng tôi thấy 5/11 trường hợp (TH) có khoảng cách từ da tới tổn thương > 5cm bị tai biến sau sinh thiết.

4.4. Số lần sinh thiết

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy phần lớn BN được sinh thiết một lần, chiếm 83%. Chỉ có 7 trường hợp (11%) phải sinh thiết lại lần hai, 4 trường hợp phải sinh thiết lần ba. Các trường hợp cần sinh thiết lại là do kết quả chẩn đoán GPB không phù hợp chẩn đoán lâm sàng.

4.5. Hiệu quả chẩn đoán của kỹ thuật STXTN

Nghiên cứu trên 63 BN chúng tôi thấy kết quả GPB: ung thư chiếm 85%, lao chiếm 5%, viêm 10%.

Kết quả này cao với kết quả nghiên cứu của Mostafa M.G. (2000), trong đó ung thư chiếm 60%, lao chiếm 5,7%, còn lại là một số tổn thương khác [8].

Kết quả nghiên cứu này cao hơn vì BN được chuyển đến Bệnh viện ung bướu Hà Nội thường là có tổn thương ở phổi đã nghi ngờ ung thư.

4.6. Phân loại tấp ung thư

Xác định chính xác tấp ung thư rất quan trọng, đó là một trong các yếu tố để quyết định chỉ định điều trị cũng như tiên lượng cho BN ung thư phổi.

Qua nghiên cứu trên 63 BN STXTN, chúng tôi thấy: trong các trường hợp chẩn đoán là ung thư phế quản thì UTMPQ tấp biểu mô tuyến gặp nhiều nhất 45% tiếp đến UTBMPQ tế bào vảy 33%, đứng thứ 3 là UTBMPQ tấp tế bào nhỏ 15%, UBTMPQ tế bào lớn chiếm 7%.

Kết quả này khác biệt với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Theo nghiên cứu của Mostafa M.G (2000) thì UTBMPQ tấp biểu mô tuyến chiếm 34,6%, UTBMPQ tế bào vảy là 11,5%, UTBMPQ tế bào lớn là 11,5%, và UTBMPQ tế bào nhỏ là 7,6% [8]. Theo kết quả nghiên cứu của Stanley J.H (1987) thì 312/458 BN cho kết quả ác tính, trong đó UTBMPQ tấp biểu mô tuyến nhiều nhất chiếm 37,5% [7].

Sự khác biệt này, có thể mẫu thống kê của chúng

tôi chưa đủ lớn.

4.7. Tai biến của kỹ thuật

Qua các y văn trong nước và thế giới cho thấy tai biến sớm hay gặp nhất trong STXTN là TKMP và ho máu, ngoài ra tai biến ít gặp hơn là tắc mạch do khí. Đã có báo cáo cho biết kỹ thuật này còn có biến chứng muộn nhưng hiếm gặp đó là di căn ung thư qua vết chọc ra thành ngực.

STXTN dưới hướng dẫn của CLVT trên 63 trường hợp, chúng tôi thấy tai biến của kỹ thuật là 10 trường hợp, trong đó TKMP là 6 trường hợp và ho ra máu là 4 trường hợp. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào tắc mạch do khí hay những tai biến khác.

Tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu này là thấp hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Francisco Garcia Rio (1996) thì tỷ lệ gặp TKMP sau sinh thiết là 19% [5]. Theo Niden A.H (1997) thì tai biến sau kỹ thuật là 28% trong đó TKMP chiếm 25% và ho máu là 3% [2]. Erich K.lang (2000) nghiên cứu trên 100 BN thì tỷ lệ TKMP sau sinh thiết là 17% [4].

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng những BN gặp tai biến sau sinh thiết hầu hết là những BN phải sinh thiết lại lần 2 hoặc nhiều hơn. Tỷ lệ gặp tai biến trong các trường hợp phải sinh thiết nhiều lần chiếm 45% (5/11 TH).

Với những tổn thương nhỏ dưới 3cm, tỷ lệ gặp tai biến là 38% (3/8 trường hợp). Theo nghiên cứu của Hisashi Saji (2002) kích thước tổn thương là một yếu tố quan trọng liên quan đến nguy cơ TKMP sau STXTN [6]. Theo kết quả nghiên cứu của Takuji Yamagami, Toshiyuki Nakamura (2002) theo dõi ở 1354 trường hợp STXTN, thấy rằng kích thước của tổn thương có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tai biến TKMP ($p=0,0174$) [9].

Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng thấy rằng các tổn thương càng ở sâu thì tỷ lệ gặp tai biến càng cao. Tỷ lệ gặp tai biến ở những BN có tổn thương ở sâu >5cm chiếm 45% (5/11 trường hợp). Theo kết quả nghiên cứu của Takuji Yamagami, Toshiyuki Nakamura (2002) thì thấy rằng độ sâu của tổn thương có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ TKMP ($p=0,00007$) [9].

V. KẾT LUẬN

STXTN bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn của CLVT ở 63 BN có đám mờ ở phổi, chúng tôi rút ra một số kết luận:

5.1. Giá trị của STXTN:

- Xác định chẩn đoán GPB: ung thư chiếm 85%, lao chiếm 5%, viêm 10%.
- Cho phép thực hiện ở tổn thương nhỏ 1cm, ở sâu 7 cm, ở vị trí nguy hiểm, soi phế quản không tiếp cận được.

- Xác định chính xác tổn thương ung thư: UTBMPQ tít biểu mô tuyến 45%, UTBMPQ tít biểu mô vảy 33%, UTBMPQ tít biểu mô tế bào nhỏ 15%, UTBMPQ tít biểu mô tế bào lớn 7%.

5.2. Tai biến của kỹ thuật:

- Kỹ thuật khá an toàn với tỷ lệ tai biến thấp là 16%.
- 2 tai biến hay gặp là TKMP 10% ho ra máu 6%.
- Sinh thiết nhiều lần, tổn thương ở sâu, kích thước nhỏ làm tăng nguy cơ tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Thị Phương Lan (2002), Bước đầu nghiên cứu áp dụng sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán đám mờ ở phổi, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
2. Albert H. Niden, Frank Salem (1997), "A safe hing- yield techniqey for cutting needle biopsy of the lung in patients with diffse lung disease", Chest, 111, pp. 1615-1621.
3. Costa F, et ai. (2003), "CT- guided transthoracic biopsy: a study of 102 biopsies", Rev Port Pneumol, 5 (Suppl 1), pp. 39-40.
4. Erich K. Lang, Richard Ghavami, et ai. (2000), "Autologous blood clot seal to prevent pneumothoax at CT-guided lung biopsy", Radiology, 216, pp. 93-96.
5. Francisco García-Rýo, Jose M. Pino, et ai. (1996), "Use of spirometry to predict risk of pneumothorax in CT- guided needle biopsy of the lung", J. Comput. Assist. Tomography, 20(1), pp. 20-23.
6. Hisashi Saji, Haruhiko Nakamura, et ai. (2002), "The Incidence and the Risk of Pneumothorax and Chest Tube Placement After Percutaneous CT-Guided Lung Biopsy", Chest, 121, pp. 1521-1526.
7. John H. Stanley, George D. Fish, Joseph G. Aldriole (1987), "Lung lesions: Cytologic diagnosis by Fine-needle biopsy", Radiology, 190, pp. 389- 391.
8. Mohammad G. Mostafa (2000), "Computed Tomography Guided Fine Needle Aspiration Cytology in the Diagnosis of Thoracic Lesions", JIMA-Issue, 8(3), pp. 224.
9. Takuji Yamagami, Toshiyuki Nakamura, et ai. (2002), "Management of pneumothorax after percutaneous CT-guided lung biopsy", Chest, 121(4), pp. 1152-1155.