

HIỆU QUẢ CỦA SINH THIẾT CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ U TUYẾN VÚ

Efficacy of ultrasound-guided vacuum-assisted biopsy in the diagnosis of several breast tumors

*Lê Nguyệt Minh**, *Nguyễn Thị Xoan**, *Quản Thị Bình Thìn**,
*Nguyễn Xuân Hiền**, *Trần Hải Bình***, *Vũ Hữu Khiêm***

SUMMARY

Background: Vacuum-assisted breast biopsy (VABB) has now been used more and more widely to obtain an early diagnosis of breast cancer and exact results for other lesions in the breast.

Objective: This study aims to evaluate the efficacy of ultrasound-guided vacuum-assisted biopsy in the diagnosis of several breast diseases.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 108 women (mean age 41,6) with 188 breast lesions classified as BIRADS 3 or higher and were taken by VABB at Tam Anh Hanoi General Hospital from February 2022 to March 2023.

Results: The mean largest size was 12,6mm. The lesions classified as BIRADS 3 account for 52,6%, while the remainder are classified as BIRADS 4 or higher. 20,7% of lesions were applied markers after being removed. Histopathological results after VABB showed 3 carcinomas which were 100% compatible with the subsequent surgical results, while the rest were benign fibroadenomas and benign fibrocystic changes. The average cutting time for each tumor was 9,7 minutes, and the average anesthetic dose per lesion was 1,8 ml. Following the biopsy of the entire lesion, the hematoma was found to be 14,1mm and 4,6mm in width and thickness respectively. The mean post-procedural pain score was 1,2, which was well controlled by conventional NSAIDs without any further intervention.

Conclusion: VABB is a safe, simple and effective method to figure out breast histopathologic results with 100% accuracy.

Keywords: vacuum-assisted breast biopsy, breast tumors, ultrasound.

* Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và
điện quang can thiệp – Bệnh viện đa
khoa Tâm Anh Hà Nội

** Khoa ung bướu - Bệnh viện đa
khoa Tâm Anh Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan, ung thư vú là ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ, chiếm 25,8%, số mắc mới trong năm 2020 là 21.555 [1], đã tăng lên 70% so với thời kỳ 1996-2000 [2]. Ở Việt Nam, ung thư vú thường được phát hiện đã xâm nhập ở thời điểm chẩn đoán (99,7%), chỉ có 0,3% là ung thư tại chỗ [3]. Trong khi đó, số ca ung thư biểu mô ống tuyến tại chỗ (DCIS) ở Mỹ năm 2019 chiếm tỷ lệ 17,9% [3] including data on incidence, mortality, survival, and screening. Over the most recent 5-year period (2012-2016 và ở Hàn Quốc chiếm tỷ lệ 15,6% năm 2017 [4]. Với những tổn thương ung thư vú tại chỗ, tỷ lệ sống sau 5 năm là 99%, đồng thời việc điều trị hoàn toàn có thể bảo tồn vú, nên sau điều trị, người bệnh có thể trở về cuộc sống bình thường; ngược lại khi có di căn xa, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú kèm theo nạo vét hạch rộng, để lại di chứng phù bạch huyết nặng nề, xạ trị và điều trị hoá chất kèm theo, mà tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ còn 27% [5].

Khi có bất thường ở vú, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm vú, Xquang vú hay cộng hưởng từ... cho phép định hướng tổn thương lành tính (BIRADS 2), nhiều khả năng lành tính (BIRADS 3), hay nghi ngờ ác tính (từ BIRADS 4, 5). Nếu tổn thương được xếp loại từ 4 trở lên sẽ cần được chẩn đoán tiếp bằng chọc hút tế bào kim nhỏ, hoặc sinh thiết kim lõi. Khi ý thức tự khám vú, đi khám vú định kỳ ngày càng cao, cùng với sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm độ phân giải cao, siêu âm vú 3D, siêu âm đàn hồi mô, Xquang vú kỹ thuật số, Xquang vú cắt lớp, cộng hưởng từ vú ..., việc phát hiện thấy các khối u ở vú có xu hướng ngày càng nhỏ, chọc hút tế bào và sinh thiết kim lõi ngày càng khó khăn và nguy cơ âm tính giả cao dẫn đến bỏ sót các ung thư vú tại chỗ, ung thư vú giai đoạn sớm.

Sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không (VABB) là phương pháp được phát minh từ năm 1995 sử dụng kim có đường kính lớn từ 10G đến 7G kèm theo hệ thống hút chân không, giúp giữ chặt mô vú lỏng lẻo trong quá trình sinh thiết, nhờ đó VABB lấy được tổn thương nhỏ dù chỉ vài milimet và nâng cao tỷ lệ chẩn đoán chính xác mô bệnh học cho hầu hết các tổn thương vú, đặc biệt là các

tổn thương nội ống tuyến. Vì vậy, VABB ngày càng được thực hiện rộng rãi, giúp lấy được các tổn thương vú rất nhỏ, có thể thay thế được phẫu thuật mổ mở trong hầu hết các trường hợp [6]. VABB đã được chứng minh giúp chẩn đoán đồng thời loại bỏ chính xác các tổn thương ung thư vú tại chỗ [7]. VABB cũng được thực hiện tại nhiều nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam bắt đầu từ năm 2018 và ngày càng được ứng dụng rộng rãi tại các trung tâm lớn trên khắp cả nước nhưng số báo cáo chính thức còn ít [8], [9], [10], [11]. Do đó nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả của VABB dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán một số u tuyến vú cho phụ nữ tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu có tổn thương vú BIRADS 3 trở lên, được chỉ định VABB (BIRADS 3 không có điều kiện theo dõi, BIRADS 4 trở lên mà sinh thiết kim lõi khó khăn hoặc thất bại, BIRADS 5 cần sinh thiết trước điều trị hoá chất tân bổ trợ) và được tiến hành VABB tại trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội, có kết quả giải phẫu bệnh sau VABB và hồ sơ bệnh án đầy đủ từ tháng 2 năm 2022 đến tháng 3 năm 2023.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Kỹ thuật VABB: Kỹ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn máy siêu âm GE Logiq S8 (đầu dò phẳng 15MHz) và kim hút chân không có đường kính từ 12 Gauge đến 8 Gauge, của hãng Hologic (Mỹ) và Bexcore (Hàn Quốc), lấy ra toàn bộ tổn thương để gửi giải phẫu bệnh.

Quy trình và phương pháp thu thập số liệu: thu thập các thông tin về đặc điểm của mẫu nghiên cứu bao gồm các thông tin về tuổi, giới, số lượng tổn thương.

Mỗi tổn thương vú được đo kích thước 3 chiều và phân loại BIRADS dựa vào đặc điểm hình ảnh trên siêu âm 2D và siêu âm đàn hồi mô. Quá trình VABB thu thập

số liệu về lượng thuốc tê cần dùng, thời gian cắt u, số lượng và kích thước máu tụ sau cắt 10 phút của từng u; sau cắt u ngày thứ 3 thu thập số liệu về bầm tím, mức độ đau và số viên thuốc giảm đau. Kết quả mô bệnh học của từng u được dùng để đối chiếu.

3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 (Chicago, IL, USA). Các biến số định lượng được mô tả dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu có phân bố bình thường, trung vị nếu có phân bố không chuẩn. Đối với các biến định tính được mô tả bằng phần trăm.

4. Đạo đức nghiên cứu

Bài báo là kết quả thuộc đề tài “Hiệu quả của sinh thiết có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán một số u tuyến vú cho phụ nữ tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2022”, đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện đa khoa Tâm Anh thông qua ngày 02 tháng 4 năm 2022 theo quyết định số 107/QĐ-BVTA. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định VABB nhằm phục vụ điều trị và lợi ích của người bệnh. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về quy trình nghiên cứu và đồng ý tham gia. Các thông tin hồ sơ bệnh án và hình ảnh đều được chúng tôi bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu, nhóm nghiên cứu thu thập được 108 phụ nữ đạt tiêu chuẩn lựa chọn, đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất – lớn nhất
Tuổi	41,6 ± 10,5	15 - 65
Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Sờ thấy khối	45	41,7
Đau	12	11,1

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 41,6 ± 10,5, trẻ nhất là 15 tuổi, lớn nhất là 65 tuổi. Trong số 108 bệnh nhân, có 45 trường hợp sờ thấy khối u (chiếm tỷ lệ 41,7%), còn lại 63 trường hợp không sờ thấy, chỉ có 12 trường hợp thấy đau ở tại vị trí u được sinh thiết (11,1%), còn lại không đau.

Trong số trường hợp được tiến hành làm VABB, có 63 phụ nữ chỉ sinh thiết 1 tổn thương (chiếm 58,3% trường hợp), 45 trường hợp còn lại sinh thiết từ 2 tổn thương trở lên, trong đó có 8 trường hợp có 4 tổn thương, 1 trường hợp sinh thiết 5 tổn thương và 1 trường hợp có 7 tổn thương, tổng số tổn thương đã được sinh thiết là 188 (xem *Bảng 2*). Như vậy trung bình mỗi phụ nữ trong nghiên cứu được sinh thiết 1,7 tổn thương.

Bảng 2. Phân bố số lượng tổn thương được sinh thiết cho mỗi bệnh nhân

Số tổn thương trên mỗi bệnh nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Trung bình ± ĐLC
1 tổn thương	63	58,3	1,7 ± 1,1
2 tổn thương	24	22,2	
3 tổn thương	11	10,2	
4 tổn thương	8	7,4	
5 tổn thương	1	0,9	
7 tổn thương	1	0,9	
Tổng số tổn thương	188	100%	

Phân bố các tổn thương theo phân loại BIRADS được thể hiện ở *Bảng 3*, trong đó chiếm tỷ lệ nhiều nhất là BIRADS 3 (52,6%) và BIRADS 4a (chiếm tỷ lệ 31,9%). Số trường hợp đặt marker là 39, chiếm tỷ lệ 20,7%, chủ yếu là các tổn thương phân loại BIRADS 4a và 4b, sự khác biệt giữa các nhóm phân loại BIRADS về tỷ lệ đặt marker có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3. Phân loại tổn thương theo BIRADS, kích thước lớn nhất và đặt marker

	Phân loại BIRADS				Giá trị p
	BIRADS 3	BIRADS 4a	BIRADS 4b	BIRADS 4c	
Số tổn thương (%)	99 (52,6%)	60 (31,9%)	27 (14,4%)	2 (1,1%)	
Có marker	4	20	15	0	< 0,001
Không marker	95	40	12	2	
Kích thước lớn nhất	13,8 ± 8,6	10,2 ± 5,9	12,8 ± 8,8	15,5 ± 0,6	0,08

Kích thước lớn nhất của tổn thương theo phân loại BIRADS được thể hiện trong bảng 3 cho thấy kích thước trung bình nhóm tổn thương BIRADS 3 là 13,8mm,

trong khi nhóm BIRADS 4a và 4b chỉ khoảng 10,2mm và 12,8mm, tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương và các thông số trong quá trình sinh thiết

Chỉ số	Trung bình ± ĐLC	Min – Max	Tương quan
Kích thước tổn thương (mm)	12,6 ± 7,9	2,8 – 44,5	p = 0,001
Thời gian cắt mỗi u (phút)	9,7 ± 8,9	2 – 45	
Lượng thuốc tê cho mỗi u (ml)	1,7 ± 0,6	0,9 – 3,6	61 tổn thương (32,4%)
Chiều dày máu tụ sau ép (mm)	4,6 ± 5,4	1 - 35	
Chiều rộng máu tụ sau ép (mm)	14,0 ± 7,3	1,2 - 40	

Kích thước tổn thương, thời gian cắt mỗi u, chiều dày và chiều rộng máu tụ sau ép 10 phút được thể hiện trong *Bảng 4*. Theo đó, 188 tổn thương được sinh thiết có kích thước lớn nhất trung bình là 12,6mm, tổn thương nhỏ nhất là 2,8mm và lớn nhất là 44,5mm. Thời gian cắt u có tương quan tuyến tính chặt chẽ với kích thước của tổn thương ($p < 0,001$). Lượng thuốc tê trung bình dùng cho mỗi u là 1,7ml và thời gian cắt mỗi u (bao gồm cả thời gian gây tê) trung bình là 9,7 phút. Sau khi sinh thiết cắt toàn bộ u và ép 10 phút, máu tụ xuất hiện ở 61 tổn thương (trung bình là dày 4,6mm và rộng 14,1mm), trong đó có 127 khối u không có máu tụ sau khi sinh thiết (chiếm tỷ lệ 67,6%).

Kết quả mô bệnh học sau khi sinh thiết được thống kê trong *Bảng 5* gồm có u xơ tuyến vú (chiếm tỷ lệ 67,6%), biến đổi xơ nang lành tính là 30 trường hợp, chiếm tỷ lệ 16%. Chỉ có 8 trường hợp là ung thư biểu mô (4,3%): 5 trường hợp là ung thư biểu mô nội ống và 3 trường hợp là ung thư xâm nhập, kết quả mô bệnh học trên bệnh phẩm sinh thiết phù hợp hoàn toàn (100%) với kết quả phẫu thuật toàn bộ mô vú sau đó.

Bảng 5. Kết quả mô bệnh học của từng tổn thương

Kết quả mô bệnh học	Số tổn thương	Tỷ lệ %
U xơ tuyến vú lành tính	127	67,6
Biến đổi xơ nang lành tính	30	16
Bệnh tuyến xơ cứng	7	3,7
Mô tuyến vú xơ hoá	6	3,2
Ung thư biểu mô nội ống	5	2,7
Ung thư biểu mô xâm nhập	3	1,6
Nang tuyến vú lành tính	3	1,6
U tuyến cơ lành tính	5	2,7
Viêm tuyến vú áp xe hoá	1	0,5

Sự tương thích giải phẫu bệnh với BIRADS được thể hiện trong *Bảng 6*, trong số 8 trường hợp ung thư, có 2 trường hợp BIRADS 4a, 4 trường hợp phân loại BIRADS 4b và 1 trường hợp phân loại 4c. Tỷ lệ kết quả mô bệnh học ác tính cao nhất ở nhóm BIRADS 4b (4

trong số 27 tổn thương, chiếm tỷ lệ 14,8%). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Phù hợp giữa giải phẫu bệnh – BIRADS trong nghiên cứu

	GPB lành tính	GPB ác tính	Giá trị p
BIRADS 3 trở xuống	98	1	0,28
BIRADS 4 trở lên	82	7	
BIRADS 4a	58	2	
BIRADS 4b	23	4	
BIRADS 4c	1	1	
Tổng số	180	8	188

Trong số 108 bệnh nhân nghiên cứu, có 43,5% trường hợp không nhập viện, 32 trường hợp nằm chăm sóc dưới 4 tiếng (chiếm tỷ lệ 29,6%), chỉ có 29 trường hợp nhập viện nội trú theo yêu cầu người bệnh, không có trường hợp nào có biến chứng nặng cần xử lý can thiệp thêm. Có 101 bệnh nhân theo dõi được sau 3 ngày (đạt tỷ lệ 93,5%), tỷ lệ bầm tím và mức độ đau ở ngày thứ ba, số viên thuốc giảm đau đã dùng sau sinh thiết được thể hiện trong *Bảng 7*. Chỉ có 54 bệnh nhân có bầm tím sau sinh thiết (chiếm tỷ lệ 50%). Sau sinh thiết 3 ngày, điểm đau trung bình chỉ còn 1,1 (theo thang điểm VAS), trung bình mỗi bệnh nhân sau sinh thiết chỉ uống 0,9 viên thuốc giảm đau dạng NSAIDs, nhiều nhất là 4 viên, trong đó có đến 43,5% số bệnh nhân không dùng thuốc giảm đau.

Bảng 7. Theo dõi sau sinh thiết 3 ngày

Chỉ số theo dõi	Số bệnh nhân (%)	Trung bình ± ĐLC	Min – max
Bầm tím	54 (53,5%)		
Điểm đau		1,2 ± 1,2	0 - 5
Số viên thuốc giảm đau		0,9 ± 1,1	0 - 4
0 viên	47 (43,5%)		
1 viên	28 (25,9%)		
2 viên	18 (16,7%)		
3 viên	3 (2,8%)		
4 viên	5 (4,6%)		

Kết quả theo dõi sau sinh thiết (101 bệnh nhân) thấy tỷ lệ có bầm tím là 48,5%, tương đối phù hợp với lượng máu tụ ít quan sát được trên siêu âm ngay sau ép 10 phút, máu tụ sờ thấy được trên lâm sàng sau sinh thiết 3 ngày ghi nhận được trên 9 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 13,8%, các biến chứng khác ghi nhận được sau sinh thiết liên quan đến việc băng ép như mụn rộp, dị ứng với băng quấn quanh ngực. Điểm đau trên lâm sàng ghi nhận được trung bình là 1,2 (gần như không đau). Số viên thuốc giảm đau đã dùng trung bình là 0,9, trong đó chỉ có 54 trường hợp (chiếm tỷ lệ 56,9%) có dùng thuốc giảm đau, còn lại 47 trường hợp hoàn toàn không dùng thuốc giảm đau.

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp sinh thiết kim lớn có hỗ trợ hút chân không (VABB) đã sử dụng rộng rãi trên khắp thế giới từ hơn 20 năm nay, với nhiều chỉ định từ sinh thiết các đám vi vôi hoá dưới định vị Xquang 3D, sinh thiết các tổn thương nhỏ không điển hình (BIRADS 4 trở lên) dưới hướng dẫn siêu âm hoặc cộng hưởng từ, đến cắt bỏ những khối u vú lành tính mà vẫn đảm bảo tính thẩm mỹ và an toàn [12], [13], [14].

Nhóm nghiên cứu thực hiện VABB cho các phụ nữ có tổn thương vú đến khám tại bệnh viện Tâm Anh, trong đó có khoảng một nửa là các tổn thương phân loại BIRADS 3, vì người bệnh có triệu chứng đau, sờ

thấy, chuẩn bị có thai hoặc lo lắng quá mức, có nhu cầu muốn lấy bỏ khối u. Số tổn thương còn lại có BIRADS 4 trở lên có chỉ định sinh thiết lấy tổn thương làm mô bệnh học. Nhiều trường hợp lấy nhiều tổn thương cùng lúc sẽ được ưu tiên lấy các tổn thương lành tính trước, các tổn thương nghi ngờ ác tính nhất sẽ được thực hiện sau cùng, kèm theo đặt marker tùy trường hợp. Với tỷ lệ phân loại BIRADS trên mỗi tổn thương đã được thống kê, nhóm BIRADS 4b được đặt marker nhiều nhất, một số trường hợp không thực hiện đặt marker với các tổn thương nghi ngờ ác tính vì tổn thương nằm gần núm vú, không có chỉ định phẫu thuật bảo tồn tuyến vú.

Về kích thước tổn thương, kích thước lớn nhất của tổn thương trung bình là 12,6mm nhỏ hơn nghiên cứu của Vũ Đình Giáp và cộng sự năm 2021 (16,4mm) [15]. Kích thước trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quang Khánh khi sinh thiết hút chân không các tổn thương được định vị kim dây trên Xquang [11]. Dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước lớn nhất của tổn thương giữa các nhóm phân loại BIRADS, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng các tổn thương BIRADS 3 có xu hướng lớn hơn nhóm 4a và 4b, nguyên nhân có thể là do các tổn thương nhiều khả năng lành tính được lấy bỏ trong nhóm nghiên cứu có kích thước lớn hơn so với các tổn thương nghi ngờ ác tính, mặt khác các tổn thương nghi ngờ ác tính trong nghiên cứu có xu hướng phát hiện ngày càng nhỏ. Và đây cũng là một trong những mục tiêu của chẩn đoán hình ảnh vú là phát hiện ung thư vú ở giai đoạn sớm.

Kết quả mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp ung thư, chiếm tỷ lệ 4,2%, trong đó có 3 trường hợp ung thư biểu mô xâm nhập độ 2 trên khối u < 2cm đã được chọc tế bào trước đó cho kết quả âm tính; 5 trường hợp còn lại ung thư biểu mô nội ống (DCIS) đều có hình thái khá đặc biệt trên siêu âm: 1 trường hợp là tổn thương tương ứng với sẹo mổ cũ là đám giảm âm nhẹ kết hợp với vi vôi hoá đa hình thái rõ nét lan rộng (phân loại BIRADS 4b), kết quả mô bệnh học bằng phương pháp sinh thiết có hỗ trợ hút chân không là DCIS phù hợp với kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú sau

đó, không thấy thành phần xâm nhập. Trường hợp còn lại là đám ống tuyến vú giãn nhẹ (~ 4mm), không thấy thành phần tạo thành khối, ngấm thuốc mạnh trên cộng hưởng từ sau tiêm Gadolinium (phân loại BIRADS 4b). Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BIRADS 5, vì nếu tổn thương nốt khối rõ thường được chỉ định sinh thiết kim lõi thay cho sinh thiết hỗ trợ hút chân không. Tỷ lệ phát hiện ung thư trong nghiên cứu cao hơn nghiên cứu của tác giả Vũ Đình Giáp (0,9%) là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình khá cao, lý do đến khám chủ yếu là sàng lọc ung thư vú, khác với nghiên cứu của Vũ Đình Giáp là nhóm phụ nữ tuổi trẻ (tuổi trung bình 27) [15], nhưng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quang Khánh [11], Nguyễn Trần Bảo Chi [16] và nghiên cứu lớn của Seung Hyun Lee [14]. Tuy nhiên trong số các trường hợp mô bệnh học lành tính, nhóm u xơ tuyến vú vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất tương đương với các nghiên cứu khác [11], [15], [14].

Trong quá trình làm thủ thuật, thời gian cắt u trung bình tính từ lúc bắt đầu gây tê cho đến khi hút được toàn bộ khối u trung bình là 9,7 phút (*Bảng 4*), kết quả này phù hợp với báo cáo của bác sĩ Huỳnh Quang Khánh tại hội nghị siêu âm Việt Nam năm 2019, dựa trên 45 trường hợp BIRADS 3 trở lên, được thực hiện sinh thiết hút chân không tại bệnh viện Chợ Rẫy, thời gian thủ thuật trung bình là 12 phút [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa kích thước trục lớn nhất của tổn thương với thời gian thủ thuật bao gồm thời gian gây tê và thời gian hút u ra ngoài với giá trị $p < 0,001$. Điều này khác với sinh thiết kim lõi hay chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, tổn thương càng nhỏ, thời gian thủ thuật càng kéo dài do định vị tổn thương khó khăn, khả năng trượt tổn thương đích cao, như vậy sinh thiết kim lớn có hỗ trợ hút chân không giúp cải thiện khả năng định vị và lấy đúng tổn thương đích, đảm bảo chất lượng của mẫu bệnh phẩm làm mô bệnh học.

Kết quả sau hút u cho thấy ít máu tụ với kích thước nhỏ cho phép tự tiêu sau khi băng ép và theo dõi thời gian ngắn. Biến chứng hình thành máu tụ sau hút u vú là một trong những biến chứng hay gặp nhất, không cần can thiệp và xử trí gì thêm, kết quả này tương đương với

nghiên cứu của Vũ Đình Giáp [15]. Lượng máu tụ ít cũng giúp cải thiện mức độ đau sau sinh thiết, kể cả lấy toàn bộ tổn thương nhưng điểm đau sau thủ thuật thấp, tỷ lệ bầm tím sau sinh thiết thấp, số viên thuốc giảm đau cần dùng sau sinh thiết thấp, có đến 43,5% số bệnh nhân không cần dùng thuốc giảm đau. Không ghi nhận biến chứng nặng cần can thiệp thêm.

Sau sinh thiết, kết quả theo dõi có khoảng hơn một nửa trường hợp (53,5%) có dấu hiệu bầm tím, tuy nhiên điểm đau trung bình thấp (~ 1,2), gần như không đau, kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Trần Bảo Chi năm 2020 [16]. Chỉ có 5 trường hợp dùng đến

4 viên thuốc giảm đau sau khi sinh thiết, trong đó có 2 trường hợp cắt 2-3 u, 3 trường hợp còn lại có tổn thương kích thước lớn, không có trường hợp nào cần dùng thuốc giảm đau đến ngày thứ hai, kết quả này tương đương nghiên cứu của Vũ Đình Giáp [15].

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết có hỗ trợ hút chân không (VABB) là phương pháp an toàn, thời gian thủ thuật ngắn, kết quả mô bệnh học chính xác, độ tin cậy 100%, phát hiện được các tổn thương ác tính giai đoạn sớm (DCIS), sau thủ thuật không ghi nhận biến chứng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 704-viet-nam-fact-sheets.pdf.<<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>>, accessed: 23/09/2021.
2. Pham D.X., Ho T.-Q.H., Bui T.D. và cộng sự. (2021). Trends in breast cancer incidence in Ho Chi Minh City 1996–2015: A registry-based study. *PLoS One*, 16(2), e0246800.
3. DeSantis C.E., Ma J., Gaudet M.M. và cộng sự. (2019). Breast cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 438–451.
4. Kang S.Y., Kim Y.S., Kim Z. và cộng sự. (2020). Breast Cancer Statistics in Korea in 2017: Data from a Breast Cancer Registry. *J Breast Cancer*, 23(2), 115–128.
5. Stanbury J.F., Baade P.D., Yu Y. và cộng sự. (2016). Cancer survival in New South Wales, Australia: socioeconomic disparities remain despite overall improvements. *BMC Cancer*, 16, 48.
6. Nicosia L., Bozzini A., Addante F. và cộng sự. (2021). Wireless ultrasound-guided vacuum-assisted breast biopsy: Experience in clinical practice at European Institute of Oncology. *Breast J*, 27(6), 514–520.
7. Nicosia L., di Giulio G., Bozzini A.C. và cộng sự. (2021). Complete Removal of the Lesion as a Guidance in the Management of Patients with Breast Ductal Carcinoma In Situ. *Cancers (Basel)*, 13(4), 868.
8. Nguyễn Phương Anh, Lê Nguyệt Minh, Nguyễn Xuân Hiền và cộng sự. (2019). Đánh giá hiệu quả bước đầu trong loại bỏ các tổn thương vú lành tính bằng sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không tại Trung tâm điện quang Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Điện quang Việt Nam*, 32, 17–23.
9. Nguyễn Thị Ngọc Minh (2020). Bước đầu đánh giá giá trị của kỹ thuật sinh thiết hút chân không trong chẩn đoán các tổn thương vi mô ở vú. *Hội Điện Quang và Y Học Hạt Nhân*, 29.
10. Nguyễn Tiến Phú, Ngô Văn Đoàn, và Hoàng Minh Lợi (2020). Bước đầu áp dụng kỹ thuật sinh thiết tuyến vú bằng kim có hút chân không hỗ trợ dưới định vị stereotactic. .
11. Huỳnh Quang Khánh (2021). Kết quả ban đầu sinh thiết vú hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm có kết hợp định vị kim cho tổn thương vi mô ở vú. *Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*, 44, 83.

- Domeyer P.J., Sergentanis T.N., Zagouri F. và cộng sự. (2010). Health-related Quality of Life in Vacuum-Assisted Breast Biopsy: short-term effects, long-term effects and predictors. *Health Qual Life Outcomes*, 8(1), 11.
- Fang M., Liu G., Luo G. và cộng sự. (2019). Feasibility and safety of image-guided vacuum-assisted breast biopsy: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis of 20 000 population from 36 longitudinal studies. *Int Wound J*, 16(6), 1506–1512.
- Lee S.H., Kim E.-K., Kim M.J. và cộng sự. (2014). Vacuum-assisted breast biopsy under ultrasonographic guidance: analysis of a 10-year experience. *Ultrasonography*, 33(4), 259–266.
- Giáp V.Đ., Tiến N.K., Hoài T.T. và cộng sự. (2021). Đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán và điều trị tổn thương vú. *VMJ*, 498(1).
- Chi N.T.B., Hạnh T.T.N., Linh N.V.M. và cộng sự. (2020). Hiệu quả của phương pháp sinh thiết vú dưới hướng dẫn siêu âm với hỗ trợ hút chân không trong xử trí tổn thương vú tại Bệnh viện Hùng Vương. 1, 18(3), 49–53.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không ngày càng được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán sớm ung thư vú và chẩn đoán chính xác các tổn thương khác của vú.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp sinh thiết hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán một số bệnh tuyến vú.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 108 phụ nữ (tuổi trung bình 41,6) được sinh thiết có hỗ trợ hút chân không 188 tổn thương vú phân loại BIRADS 3 trở lên tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ tháng 2 năm 2022 đến tháng 3 năm 2023.

Kết quả: 188 tổn thương, kích thước lớn nhất trung bình là 12,6mm, có 52,6% tổn thương được phân loại BIRADS 3, còn lại là phân loại từ BIRADS 4 trở lên, có 20,7% tổn thương được đặt marker sau khi lấy hết tổn thương. Kết quả mô bệnh học cho thấy có 8 tổn thương là ung thư biểu mô phù hợp 100% với kết quả phẫu thuật sau đó, còn lại là u xơ tuyến vú lành tính và biến đổi xơ nang lành tính. Thời gian cắt mỗi u trung bình là 9,7 phút, lượng thuốc gây tê trung bình là 1,8ml cho mỗi tổn thương. Sau sinh thiết hút toàn bộ tổn thương, chiều rộng máu tụ trung bình là 14,1mm và chiều dày trung bình là 4,6mm. Điểm đau sau thủ thuật trung bình là 1,2, không chế tốt bằng thuốc giảm đau NSAIDs thông thường, không có trường hợp nào cần can thiệp thêm.

Kết luận: Sinh thiết hút chân không u tuyến vú là phương pháp an toàn, đơn giản và hiệu quả chẩn đoán mô bệnh học chính xác 100% các tổn thương ở vú.

Từ khóa: sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không, u vú, siêu âm.

Người liên hệ: Lê Nguyệt Minh, Email: lnminh85@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2024. Ngày nhận phản biện: 15/01/2024. Ngày chấp nhận đăng: 22/03/2024