

ĐỊNH VỊ NỐT PHỔI TRƯỚC PHẪU THUẬT BẰNG HOOKWIRE, PHƯƠNG CÁCH TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI SỚM - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH

**Preoperative Lung nodule localization using
Hookwire, an approach to early diagnosis
and treatment of Lung cancer - Literature review
and case series report**

Cung Văn Công, Đinh Văn Lượng**, Lê Trung Thọ***

SUMMARY

In clinical practice of respiratory diseases, we often encounter solitary pulmonary nodules (SPN). SPNs have 3 main forms: (1) Solid nodules (SN); (2) Part-solid nodules (PS); (3) Ground glass opacity (GGO); (4) Cyst nodules (CN). There have been many guidelines from different societies/society around the world on the management of SPN (NCCN; Fleischner; ATS; ERS...). However, these instructions are general and do not address the issue of individualization.

To be able to treat/cure lung cancer well, early detection and choosing appropriate treatment methods play a decisive role. Association guidelines are based on size, structure, and risk factors to devise a management strategy for solitary nodules, which factors in nodule size at first detection as well as subsequent screenings, play a key role. According to NCCN: (1) SN, $\geq 8\text{mm}$ to $> 15\text{ mm}$ in subjects at high risk of lung cancer should be monitored by LDCT every 3 months or PET scan; Nodules $\geq 15\text{ mm}$ should have a contrast CT scan/PET scan/tissue sampling. If the results indicate high suspicion of LC, the biopsy/nodular excision is indicated; (2) PS nodules when the solid part is $\geq 8\text{mm}$, at high risk subjects can be applied above techniques; (3) GGO $< 20\text{ mm}$, monitoring by LDCT once a year; $> 20\text{ mm}$ every 6 months, no recommendation for biopsy or resection. Thus, if this recommendation is applied correctly, there will be many cancerous nodules under the above sizes that will be "nourished" until they meet treatment standards, which will inevitably reduce the chance of being diagnosed and receiving early treatment, losing the opportunity to "cure" the patient. Another common situation: A single nodule/mass on one side of the lung is still amenable to surgery, but another single nodule appears in the same lung on the same side but in a different lobe or on the opposite lung. So, very important to confirm the nodule is secondary/non-secondary before lobectomy containing the primary lesion. In this situation, according to our knowledge, there is no guideline for recommendation.

We report 22 cases in which lung nodules were located before thoracoscopic surgery (VAST) using Hookwire, many of which were assigned an "individualized" approach (not a recommendation) and gave surprising results. The discussion is based on an analysis of image characteristics and pathological results and recommends the idea of "individualizing" each case for colleagues to refer to.

Keyword: Solitary pulmonary nodule; Lung cancer; Hookwire; Video-assisted thoracic surgery

* Bệnh viện Phổi Trung ương - Trường ĐHYD, ĐHQGHN

** Bệnh viện Phổi Trung ương - Trường ĐHYHN

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nốt phổi đơn độc ở ngoại vi/ dưới màng phổi tạng có thể nhìn thấy và cắt bỏ dễ dàng khi phẫu thuật nội soi lồng ngực. Các nốt phổi nhỏ, ở sâu, xa màng phổi thường rất khó khăn xác định vị trí khi phẫu thuật. Năm 1995, Kanazawa và cộng sự đã phát triển hệ thống dây móc (hookwire) để đánh dấu các nốt này trước khi phẫu thuật. Kể từ đó, hệ thống này đã được sử dụng thường xuyên cho các nốt phổi được lựa chọn trước phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Video (VATS) ở Nhật Bản. Tỷ lệ đặt thành công của kỹ thuật rất cao (97,6%-99,6%), và việc tuột dây móc này hiếm khi xảy ra (0,4% - 2,5%). Biến chứng thường gặp nhất khi đặt dây móc là tràn khí màng phổi (32,1% - 68,1%), tiếp theo là xuất huyết phổi (8,9% - 41,6%). Các biến chứng hay xảy ra song hầu hết đều nhẹ và không có triệu chứng. Kết quả này cũng thấy tương tự ở một vài nghiên cứu (NC) khác [1-4].

Đối với các nốt phổi đơn độc, theo các khuyến cáo của các Hội/Hiệp hội đều có chỉ định cắt bỏ nốt khi mức độ nghi ngờ ác tính cao. Sinh thiết xuyên thành ngực đối với các nốt nhỏ thường khó trúng đích, tỷ lệ dương tính thấp. Phẫu thuật nội soi cắt phổi hình chêm (phần phổi có chứa nốt) thường được lựa chọn và kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh nhanh trong mổ (cắt lạnh) sẽ quyết định các bước phẫu thuật tiếp theo: (1) Cắt cả thùy phổi và nạo vét hạch trung thất cùng bên nếu nốt là ác tính; (2) Kết thúc phẫu thuật nếu kết quả không phải ác tính. Như vậy phẫu thuật bước đầu cần đạt 2 tiêu chí: (1) diện tích/ khối lượng phần phổi bị cắt là tối thiểu; (2) lấy được trọn vẹn nốt. Muốn đạt được các tiêu chí này rất cần đến sự hỗ trợ của kỹ thuật định vị nốt phổi sử dụng Hookwire dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính trước khi tiến hành VATS [5-11].

3. Đặc điểm hình ảnh – kích thước của các nốt phổi

Bảng 2. Kích thước các nốt (n=22)

Cấu trúc	Số lượng	ĐK ngang lớn nhất (TB/mm)	ĐK ngang nhỏ nhất (TB/mm)	ĐK ngang trung bình (mm)
Đặc	8	19,5	7,5	12,9
Bán đặc (đo phần đặc)	9	14,5	5,0	9,5
Kính mờ	5	12,5	5,0	8,3

Nhận xét: ĐK trung bình của các nốt đặc: 12,9 mm; Bán đặc: 9,5 mm; Kính mờ: 8,3 mm (các nốt bán đặc chỉ đo phần đặc)

Chúng tôi tiến hành báo cáo kết quả 22 trường hợp đã được tiến hành VAST nốt phổi đơn độc, có định vị bằng Hookwire trước mổ tại bệnh viện Phổi Trung ương, thời gian từ tháng 8/2023 đến 4/2024 với các mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ phần trăm ác tính của các nốt phổi trong NC này; (2) Mô tả đặc điểm hình ảnh cơ bản của các nốt; (3) Xác định giá trị của sinh thiết tức thì (cắt lạnh) nhanh nốt phổi trong mổ (so sánh kết quả GPB trong - sau mổ); (4) Đưa ra một số khuyến cáo dựa trên phân tích các kết quả nói trên.

II. BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH

1. Đặc điểm chung

Trong khoảng thời gian 8 tháng (8/2023 - 4/2024) 22 BN đã được chúng tôi tiến hành kỹ thuật Hookwire – VAST; trong đó nữ: 16/22 (73%), nam: 6/22 (27%). Độ tuổi trung bình $52,7 \pm 11,1$; Cao nhất 74 tuổi, nhỏ nhất 31 tuổi.

2. Đặc điểm số lượng theo cấu trúc của các nốt phổi

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh của các nốt (n=22)

Cấu trúc	Số lượng	%
Đặc	8	36,4
Bán đặc	9	40,9
Kính mờ	5	22,7
Tổng	22	100

Nhận xét: Nốt đặc chiếm 36,4%; Bán đặc chiếm 40,9%; Kính mờ chiếm 22,7%; Bán đặc + kính mờ chiếm 63,6%.

4. Đặc điểm cấu trúc, kích thước (đơn độc/thứ phát), kết quả GPB nhanh (cắt lạnh) trong mô và GPB bệnh phẩm sau mô các nốt phổi

Bảng 3. So sánh kết quả GPB trong mô - sau mô và sự phù hợp (n=22)

STT	Cấu trúc	Đường kính trung bình (# mm)		GPB nhanh trong mô (cắt lạnh)	GPB sau mô	Phù hợp trước và sau mô (+/-)
		Đơn độc	Thứ phát			
1	Đặc	10,5		Viêm mạn tính, xơ hoá	Viêm mạn tính, xơ hoá	(+)
2	Đặc	19,5		UTBMT	UTBMT không nhảy, độ II	(+)
3	Bán đặc		5,5	Mô viêm	Mô viêm	(+)
4	Kính mờ	12,5		UTBMT	UTBMT nổi trội Lepidic độ I	(+)
5	Bán đặc	5,0		Viêm mạn tính	Viêm mạn tính	(+)
6	Bán đặc	10,5		UTBMT	UTBMT nhảy tại chỗ	(+)
7	Đặc	9,5		Quá sản u tuyến không điển hình	Quá sản u tuyến không điển hình	(+)
8	Bán đặc	10,5		UTBMT	UTBMT không nhảy độ I, ưu thế Lepidic	(+)
9	Đặc	7,5		UTBMT	UTBMT hỗn hợp chế nhảy và không chế nhảy	(+)
10	Đặc	14,0		UTBMT	UTBMT không nhảy xâm nhập độ II	(+)
11	Kính mờ		5,0	Nốt xơ viêm mạn tính	Nốt xơ viêm mạn tính	(+)
12	Đặc	15,5		U phế bào xơ hóa	U Carcinoid điển hình, độ I	(+)
13	Kính mờ	11,5		Quá sản dạng u tuyến không điển hình	UTBMT nổi trội Lepidic	(+)
14	Bán đặc	5,0		UTBMT	UTBMT không nhảy, xâm nhập độ II	(+)
15	Đặc	16,5		UTBMT	UTBMT không nhảy, xâm nhập độ II.	(+)
16	Kính mờ	5,5		UTBMT	TB u có hình thái Lepidic hướng quá sản u tuyến không điển hình (ADH)	(+)

17	Kính mờ	7,0		UTBMT	UTBMT không nhầy, xâm nhập độ II, nổi trội Lepidic	(+)
18	Bán đặc	8,0		UTBMT	UTBMT không nhầy, xâm nhập độ II.	(+)
19	Bán đặc	9,5		UTBMT hướng lepidic	UTBMT không nhầy, xâm nhập độ II	(+)
20	Bán đặc	14,5		UTBMT	UTBMT không nhầy, xâm nhập độ II	(+)
21	Đặc		10,5	Mô phổi viêm	Nốt xơ viêm mạn tính	(+)
22	Bán đặc	15,5		UTBMT	UTBMT không nhầy, xâm nhập độ II	(+)

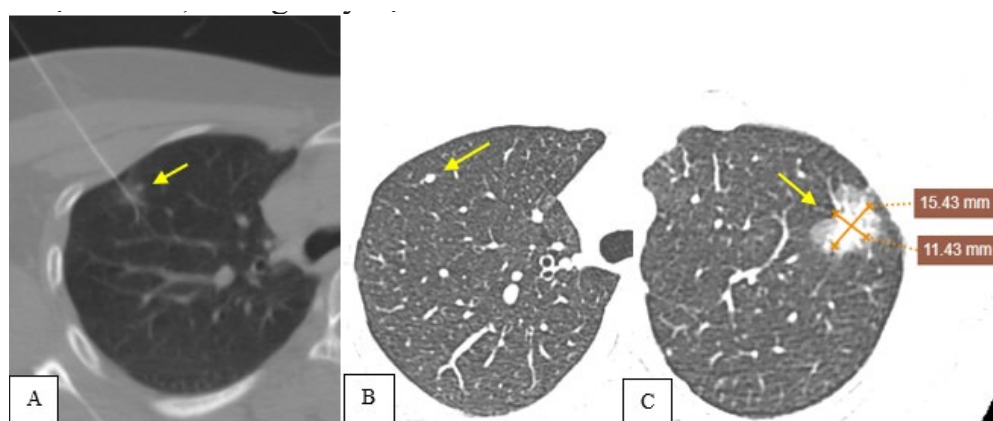
Nhận xét: Trong số 22 BN này có 3 trường hợp (STT: 3;11; 21) là nốt thứ phát (BN đã được xác định nốt/ khối ung thư nguyên phát trước đó); trong đó có 1 trường hợp là nốt phổi đối bên, 2 trường hợp là nốt cùng bên song khác thùy với u nguyên phát. Kết quả GPB nhanh trong mổ đều là nốt viêm, phù hợp hoàn toàn với kết quả GPB sau mổ.

19 trường hợp còn lại ban đầu đều nghi ngờ là nốt UTP nguyên phát. Tất cả BN đều được phẫu thuật VAST cắt phần nhu mô tối thiểu có chứa nốt; GPB nhanh trong mổ có 14/19 (73,7%) trường hợp là tổn thương ác tính và GPB bệnh phẩm sau mổ hoàn toàn phù hợp với cắt lạnh

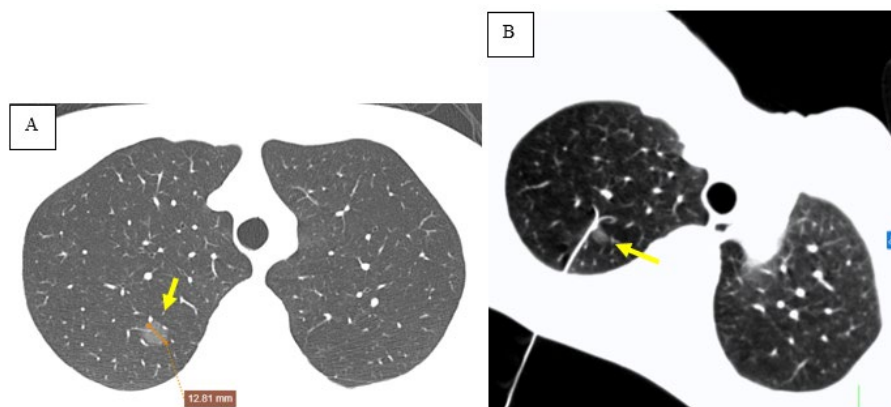
trong mổ. Năm (05) nốt còn lại mặc dù không phải ác tính song mức độ GPB trong và sau mổ đều có thể chấp nhận được (VD: U phế bào xơ hóa và U Carcinoid điển hình, độ I = lành tính)

Tổng hợp cả 2 nhóm, sự phù hợp của GPB nhanh trong mổ và GPB sau mổ đạt độ chính xác 100%.

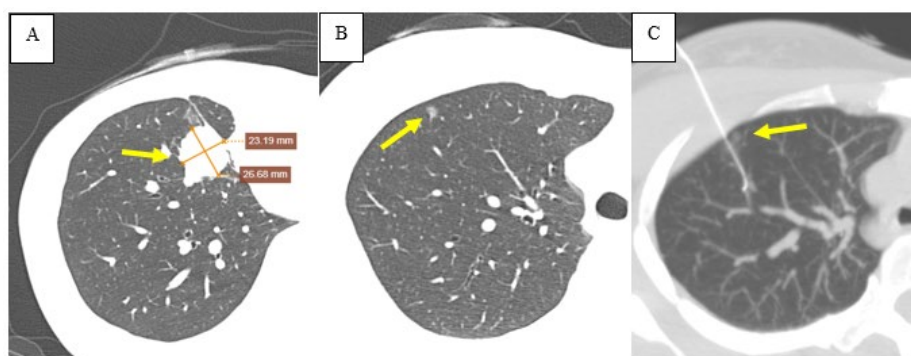
Có 6/22 (27,3%) trường hợp có hạch lớn trung thất cùng bên (~ N1); 7/22 (31,8%) trường hợp bao gồm cả hạch trung thất cùng bên và hạch nhóm 7 (~ N2). Tất cả các trường hợp đều cho kết quả GPB là hạch viêm, không thấy hạch ác tính.



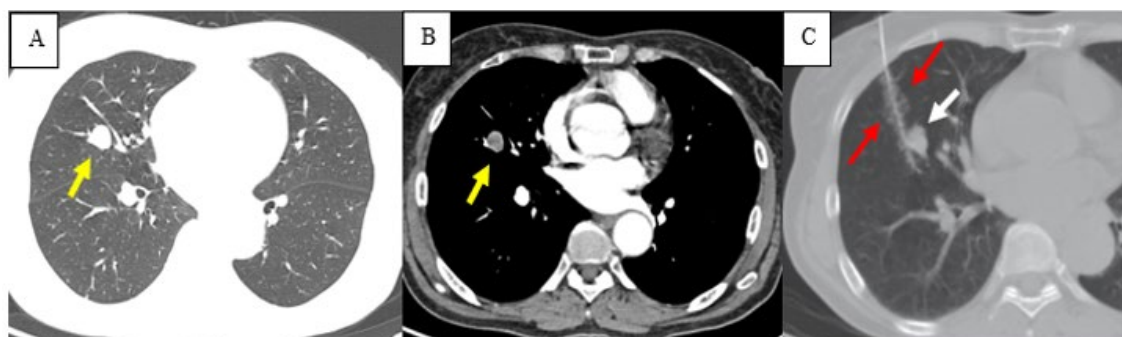
Hình 1. Nốt thứ phát phổi phải? BN nữ 53 tuổi; C: Nốt bán đặc UTBMT thùy trên trái (15 x 14 mm); B: Nốt # 5 mm thùy trên phổi phải và được đặt hookwire (A). Kết quả VAST cắt hình chêm nốt phổi phải cho kết quả GPB nhanh trong mổ là nốt viêm. BN đã được cắt thùy trên phổi bên trái. GPB sau mổ nốt kính mờ phổi phải phù hợp kết quả GPB nhanh trong mổ.



Hình 2 . Nốt kính mờ UTP nguyên phát thùy trên phổi phải. BN nam, 41 tuổi; A: Nốt kính mờ thùy trên phổi phải, # 12 mm; B: đặt hookwire định vị nốt trước mổ. Kết quả VAST cắt hình chêm phần phổi chứa nốt cho kết quả GPB nhanh trong mổ là UTBMT. BN đã được cắt thùy trên phổi phải. Kết quả GPB sau mổ là UTBMT, nổi trội Lepidic (phù hợp kết quả GPB trong mổ)



Hình 3. U thùy dưới phổi phải có nốt kính mờ thùy trên phổi cùng bên. BN nữ, 51 tuổi; A: UTBMT thùy dưới phổi phải, # 26 mm; B: Nốt kính mờ, # 5 mm thùy trên phổi cùng bên được đặt hookwire (C) định vị nốt trước mổ và VAST cắt hình chêm cho kết quả GPB nhanh trong mổ là nốt viêm mạn tính. BN đã được cắt thùy dưới phổi phải. GPB sau mổ nốt ở B phù hợp kết quả trong mổ.



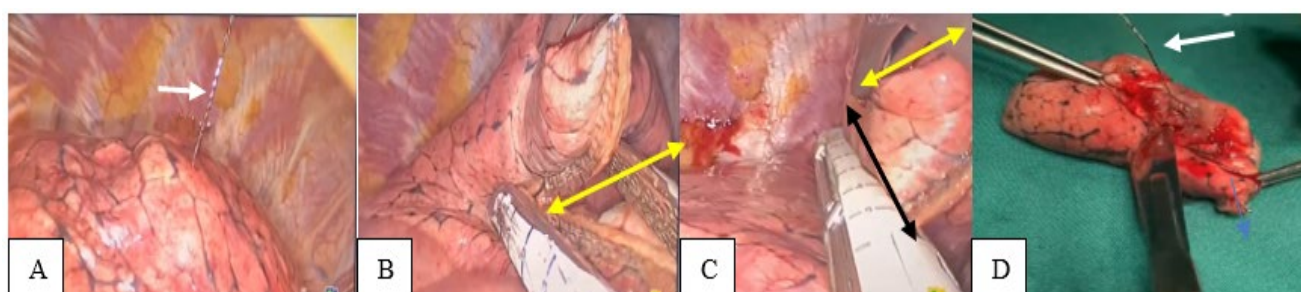
Hình 4. U Carcinoid thùy giữa phổi phải. BN nam, 74 tuổi; A,B: Nốt đặc, # 17 mm, ngấm cản quang kém ở thùy giữa phổi phải. B: đặt hookwire định vị nốt trước mổ có biến chứng xuất huyết nhu mô dọc đường đi của dây (các mũi tên đỏ). Kết quả VSAT cắt hình chêm phần phổi chứa nốt cho kết quả GPB nhanh trong mổ là u phế bào xơ hóa (SFT). BN đã được cắt thùy giữa phổi phải. Kết quả GPB sau mổ là U thần kinh nội tiết điển hình, độ 1.

5. Đặc điểm các biến chứng của kỹ thuật Hookwire

Bảng 4. Biến chứng sau đặt hookwire (n=22)

STT	Loại Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	Tràn khí màng phổi	0	0
2	Xuất huyết trong nhu mô phổi	1	4,5
2	Tuột Hookwire	0	0
4	Chảy máu khoang màng phổi	0	0

Nhận xét: Có 1 BN sau đặt Hookwire có biểu hiện của xuất hiện trong nhu mô trên dọc đường đi của dây kim đi qua.



Hình 2.5. VAST- Hookwire cắt phổi hình chêm. A,D: Hình dây Hookwire trước phẫu thuật và bệnh phẩm sau mổ (mũi tên trắng); B: Hình cắt phổi bằng Stapler thứ nhất (mũi tên vàng); C: Hình cắt phổi bằng Stapler thứ 2 (mũi tên đen) tạo hình chữ V với đường cắt thứ nhất.

III. BÀN LUẬN

Theo NCCN 2024, nốt đơn độc phổi đặc, kích thước ≥ 8 đến <15 mm và ≥ 15 mm, nếu thuộc nhóm nguy cơ UTP cao được khuyến cáo chụp CT ngực có tiêm cản quang/ chụp PET với 18-FDG. Nếu kết quả có nghi ngờ ung thư cao sẽ có chỉ định phẫu thuật cắt u (VAST, cắt phổi hình chêm) lấy bệnh phẩm làm GPB nhanh trong mổ. Nếu kết quả GPB nhanh trong mổ (+), BN sẽ được phẫu thuật cắt thùy phổi và vét hạch trung thất cùng bên. Nếu kết quả (-) sẽ dừng cuộc mổ [6]. Trong NC của chúng tôi 8 BN có nốt đặc (lớn nhất 19,5mm, nốt nhỏ nhất 7,5 mm, TB 12,9 mm) và đã có 5/8 nốt đặc là UTP. Có 9 nốt bán đặc (lớn nhất 14,5 mm, nhỏ nhất 5,0 mm, TB 9,5mm) và 7/9 nốt là UTP. Có 5 nốt kính mờ (lớn nhất 12,5 mm; nhỏ nhất 5,0 mm; TB 8,3mm) và 4/5 là nốt ác tính. Chen S và CS đã đã NC hiệu quả của việc cắt bỏ các nốt phổi đơn độc qua nội soi lồng ngực có hỗ trợ bằng video (VAST) sau khi định vị bằng dây móc (hookwire) dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính; thời gian từ 4/2008 đến 6/2009. Kết quả: 43 BN có nốt phổi đơn độc đã được định vị bằng dây

móc dưới hướng dẫn của CT và phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ bằng video (VATS); 02 trường hợp được coi là không thành công; 10 BN bị tràn khí màng phổi ít (26,3%) song không cần bất kỳ sự can thiệp nào. Đường kính của các nốt dao động từ 5 đến 30 mm khi đo bằng CT (trung bình $17,2 \pm 7,5$ mm). Trong số này 41 BN có chỉ định phẫu thuật (38 BN được phẫu thuật cắt bỏ chêm qua nội soi lồng ngực, 3 BN phẫu thuật lồng ngực mở). 22/41 (53,6%) BN phát hiện UTP nguyên phát sau khi kiểm tra bằng phương pháp cắt lạnh đã được phẫu thuật cắt thùy và vét hạch VATS. 01 BN bị tràn máu màng phổi nặng sau phẫu thuật. Không có trường hợp tử vong hoặc bệnh tật trong hoặc sau phẫu thuật được ghi nhận [2]. Như vậy kích thước trung bình của nốt trong NC của chúng tôi nhỏ hơn đáng kể so với NC này (13,9 mm so với 17,2 mm); tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn nhiều (TKMP: 4,5% so với 26.3%). Đặc biệt tỷ lệ phát hiện ung thư của chúng tôi là 84,2%, cao hơn đáng kể so với nhóm NC này (53,6%). Kết quả NC của chúng tôi cũng khả quan hơn cả so với một số NC khác tương tự [3], [4], [7], [8], [10], [11].

Điểm cần bàn luận thêm ở đây trong số BN nghiên cứu của chúng tôi có 5 nốt kính mờ hoàn toàn (GGO) với đường kính trung bình 8,3 mm (nốt nhỏ nhất 5mm, lớn nhất 12,5mm) trong đó có 1 nốt kính mờ ban đầu được nghi là nốt thứ phát, sau phẫu thuật VAST đã xác nhận GPB là nốt xơ viêm mạn tính. Năm (04) nốt còn lại sau VAST kết quả GPB đều cho thấy các UTBMT hình thái Lepidic. BN được phẫu thuật cắt thùy phổi, vét bỏ hạch trung thất cùng bên. Theo các y văn, đầu mục các chẩn đoán phân biệt các nốt GGO là khá lớn và cũng khá phức tạp trong việc phân biệt giữa căn nguyên lành và ác tính. Theo NCCN thì các nốt kính mờ hầu như không có chỉ định sinh thiết hoặc cắt bỏ, trừ khi trong quá trình theo dõi có xuất hiện/tăng trưởng phần đặc. Theo phân loại UTP 2015, cập nhật 2021 thì UTBMT thể BAC (ung thư biểu mô tiểu phế quản, phế nang), thường được thể hiện trên CT là hình kính mờ đã được thay bằng thuật ngữ “ung thư biểu mô xâm lấn tối thiểu, nổi trội Lepidic (Minimally invasive adenocarcinoma predominantly Lepidic) [5]. BAC và bây giờ là MIA từ trước đến nay vẫn được coi là thể ung thư có độ ác tính thấp, phát triển chậm và di căn hạn chế nên nếu BN được phát hiện sớm, điều trị bằng phẫu thuật tiết căn kết hợp với hóa/dịch/miễn dịch trị sau phẫu thuật (phụ thuộc vào kết quả XN) sẽ có cơ hội được khỏi bệnh hoàn toàn. Qua quan sát của chúng tôi thì có rất ít các y văn, NC trên thế giới đề cập đến vấn đề xử lý các nốt đơn độc kính mờ giai đoạn sớm. Cỡ mẫu NC của chúng tôi còn rất nhỏ nên cũng chưa thể bình luận được gì. Tuy nhiên chúng tôi muốn đưa ra báo cáo nhỏ này để các đồng nghiệp có thể có cái nhìn tổng quan hơn ngoài khuyến cáo của NCCN khi gặp các ca bệnh tương tự. Các tiêu chí mà chúng tôi đưa ra khi quyết định làm VAST có định vị bằng Hookwire cho số BN này đó là các yếu tố nguy cơ UTP cao đã xuất hiện khá đầy đủ. Yếu tố tâm lý của các BN khá nặng nề; mặt khác phẫu thuật nội soi lồng ngực với việc sử dụng cắt phổi bằng Stapler hiện đại ngày nay đã giảm thiểu được tối đa các tai biến phẫu thuật. Do định vị bằng Hookwire chính xác nên phần nhu mô bị cắt là khá nhỏ, gần như không ảnh hưởng gì đến chức năng hô hấp của BN sau này. Chúng tôi đã tư vấn kỹ và nhận được sự đồng thuận cao của người bệnh khi tiến hành các thủ thuật này [6], [10], [11].

Trong NC tổng kết của chúng tôi có 7/9 nốt đơn độc dạng bán đặc là nốt ác tính. Theo các y văn thì các nốt kính mờ có xuất hiện phần đặc hoặc nốt bán đặc/các nốt có phần đặc tăng trưởng thường có nguy cơ ác tính khá cao. Đặc điểm hình ảnh của các nốt này là có phần lõi đặc với kính mờ lan tỏa xung quanh. Phần gianh giới giữa kính mờ và nhu mô lành xung quanh thường không rõ ràng nên các khuyến cáo thường lưu ý các phần đặc. Theo NCCN 2024, các lõi đặc có đường kính ≥ 6 mm tới < 8 mm và ≥ 8 mm ở nhóm nguy cơ UTP cao nên chỉ định chụp CT ngực có tiêm cản quang hoặc chụp PET với 18 - FDG. Nếu kết quả nghi ngờ cao nên chỉ định STXTN hoặc cắt bỏ nốt bằng VAST hình chêm. Nếu kết quả STXTN/ sinh thiết lạnh trong mổ là UTP, BN sẽ được phẫu thuật cắt thùy phổi và tiến hành các phác đồ điều trị theo hướng dẫn tiếp theo. Đường kính trung bình phần đặc của các nốt bán đặc trong báo cáo của chúng tôi là 9,3 mm, cũng phù hợp với khuyến cáo của NCCN và một số nghiên cứu khác [1-4], [7-11].

Sinh thiết lạnh là hình thức sinh thiết ngay trong ca mổ, hay còn gọi là “cắt lạnh”. Kỹ thuật sinh thiết lạnh/ sinh thiết tức thì /sinh thiết cắt lạnh là kỹ thuật xét nghiệm MBH nhanh, khi bác sĩ chưa biết khối u đó là lành tính hay ác tính. Trong quá trình làm phẫu thuật, mẫu mô tươi lấy từ phòng phẫu thuật sẽ được đặt trong khuôn đúc, sau đó được làm đông lạnh nhanh chóng đến khoảng -20 đến -30 độ C. Để làm đông, mô sẽ được nhúng trong một loại gel đặc biệt thường gọi là OCT Compound - hợp chất bao gồm poly ethylene glycol và polyvinyl alcohol. Ở nhiệt độ âm sâu, hầu hết các mô sẽ trở nên đông cứng, giúp việc cắt lát mỏng trở nên dễ dàng. Máy cắt tiêu bản là một công cụ rất chính xác, có khả năng cắt mô thành các lát mỏng chỉ 1 micromet. Máy được đặt ở bên trong buồng kín, lạnh ở nhiệt độ thấp. Các lát cắt tiêu bản sau đó sẽ được nhuộm màu (nhuộm HE). Dựa vào tiêu bản này, các bác sĩ GPB có thể xác định nhanh được u lành hay u ác, loại mô học. Thời gian thực hiện trong vòng 10 - 15 phút. Trong NC của chúng tôi 22/22 (100%) trường hợp có kết quả GPB cắt lạnh trong mổ phù hợp với kết quả GPB bệnh phẩm sau mổ. Kết quả này cho thấy MBH bằng kỹ thuật “cắt lạnh” có chính xác, độ tin cậy rất cao. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với một số

tác giả trên thế giới cho thấy độ chính xác và độ tin cậy của kỹ thuật này là khá cao. Tuy nhiên kỹ thuật đòi hỏi đầu tư khá tốn kém, giá thành cao nên rất khó thực hiện ở các tuyến YTCS.

IV. KẾT LUẬN - KHUYẾN NGHỊ

Qua kết quả NC ban đầu bao gồm 22 ca bệnh thực hiện Hookwire - VAST tại Bệnh viện Phổi Trung ương chúng tôi thấy: (1) Tỷ lệ các nốt đơn độc ác tính là khá cao (16/19 ~ 84,2%); (2) Về đặc điểm hình ảnh: Nốt đặc chiếm 36,4%; Bán đặc chiếm 40,9%; Kính mờ chiếm 22,7%; Nốt bán đặc có tỷ lệ ác tính cao (77,8%); (3) Kỹ thuật Hookwire - VAST giúp chuẩn xác kỹ thuật xét nghiệm cắt lạnh nhanh trong mổ đạt kết quả khá cao ở tất cả các hình thái nốt phổi (22/22 BN ~ 100% phù hợp KQ GPB trong và sau mổ). Qua đây chúng tôi khuyến

ngợi trong quá trình thực hành lâm sàng UTP, các bác sỹ nên lưu ý “cá thể hóa” từng ca bệnh để có thể áp dụng triệt để kỹ thuật Hookwire - VAST cho NB. Nếu là UTP, kỹ thuật sẽ đem lại lợi ích vô cùng to lớn cho NB vì được phát hiện và điều trị UTP ở giai đoạn rất sớm, có thể khỏi bệnh hoàn toàn; Nếu không phải là UTP thì sự mất mát phần nhu mô phổi của NB cũng là không đáng kể song đổi lại họ sẽ có được tâm lý vô cùng thoải mái, tránh được những lo âu/chi phí không đáng có. Đặc biệt, trong các trường hợp đã xác định được nốt/khối UTP nguyên phát mà xuất hiện nốt khác (cùng bên, khác thùy; đối bên) nghi ngờ là thứ phát thì kỹ thuật Hookwire – VAST đối với nốt này rất cần/nên được áp dụng để có thể tạo ra một cuộc phẫu thuật UTP thực sự khoa học, đúng chỉ định, đem lại lợi ích tối to lớn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iguchi T, Hiraki T, Matsui Y, et al. Short hookwire placement under imaging guidance before thoracic surgery: A review. *Diagn Interv Imaging*. 2018 Oct;99(10):591-597. doi: 10.1016/j.diii.2018.04.001. Epub 2018 May 7.PMID: 29747897
2. Chen S, Zhou J, Zhang J, et al. Video-assisted thoracoscopic solitary pulmonary nodule resection after CT-guided hookwire localization: 43 cases report and literature review. *Surg Endosc*. 2011 Jun;25(6):1723-9. doi: 10.1007/s00464-010-1502-3. Epub 2010 Dec 22.PMID: 21181200
3. Ye W, Dong C, Lin C, et al. Medical adhesive vs hookwire for computed tomography-guided preoperative localization and risk factors of major complications. *Br J Radiol*. 2021 Sep 1;94(1125):20201208. doi: 10.1259/bjr.20201208. Epub 2021 Jul 28.PMID: 34319810
4. Chai J, Chu S, Wei N, et al. Computed tomography-guided hookwire localization and medical glue combined with methylene blue localization for pulmonary nodules before video-assisted thoracoscopic surgery: a single-center, retrospective study. *Quant Imaging Med Surg*. 2023 Sep 1;13(9):6228-6240. doi: 10.21037/qims-22-1240. Epub 2023 Aug 9.PMID: 37711779
5. WHO (2021). *Classification of Tumours*; 5th Edition.
6. NCCN (1.2024). *Guidelines for Lung Cancer Screening*.
7. Jin X, Wang T, Chen L, et al. Single-Stage Pulmonary Resection via a Combination of Single Hookwire Localization and Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for Synchronous Multiple Pulmonary Nodules. *Technol Cancer Res Treat*. 2021 Jan-Dec;20:15330338211042511. doi: 10.1177/15330338211042511.PMID: 34516307
8. Fan L, Ma W, Ma J, et al. The improved success rate and reduced complications of a novel localization device vs hookwire for thoracoscopic resection of small pulmonary nodules: a single-center, open-label, randomized clinical trial. *Transl Lung Cancer Res*. 2022 Aug;11(8):1702-1712. doi: 10.21037/tlcr-22-555.PMID: 36090631

9. Iguchi T, Hiraki T, Matsui Y, et al. Preoperative short hookwire placement for small pulmonary lesions: evaluation of technical success and risk factors for initial placement failure. *Eur Radiol.* 2018 May;28(5):2194-2202. doi: 10.1007/s00330-017-5176-2. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29247354
10. Wang X, Dai X, Ding Q, et al. Impact of CT-guided hookwire localization on tumor spread through air spaces in stage IA lung adenocarcinoma. *Heliyon.* 2023 Dec 17;10(1):e23705. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e23705. eCollection 2024 Jan 15. PMID: 38192833
11. Yan G, Cheng X, Wu S, et al. Clinical value and application of preoperative CT-guided hookwire localization of solitary pulmonary nodules for video-assisted thoracic surgery. *Technol Health Care.* 2022;30(S1):459-467. doi: 10.3233/THC-THC228042. PMID: 35124620

TÓM TẮT

Trong thực hành lâm sàng các bệnh lý đường hô hấp, chúng ta thường gặp nốt đơn độc phổi (SPN). Các nốt đơn độc phổi có 4 hình thái chủ yếu: (1) Nốt đặc; (2) Nốt bán đặc; (3) Nốt kính mờ; (4) Nốt dạng kén. Đã có rất nhiều các hướng dẫn của các Hội/Hiệp hội khác nhau trên toàn thế giới về quản lý nốt đơn độc phổi (NCCN; Fleischner; ATS; ERS ...). Tuy nhiên các hướng dẫn này đều có tính đại chúng, không đề cập đến vấn đề “cá thể hóa”.

Để có thể điều trị tốt/khỏi ung thư phổi thì vấn đề phát hiện sớm và lựa chọn phương cách điều trị phù hợp gần như đóng vai trò quyết định. Hướng dẫn của các hiệp hội đều căn cứ và kích thước, cấu trúc và yếu tố nguy cơ để đưa ra chiến lược quản lý các nốt đơn độc, trong đó yếu tố kích cỡ nốt ở lần phát hiện đầu tiên cũng như những lần sàng lọc định kỳ theo chiến lược đóng vai trò chủ đạo. Theo NCCN: (1) Nốt đặc, $\geq 8\text{mm}$ đến $> 15\text{mm}$ ở đối tượng có nguy cơ ung thư phổi cao nên theo dõi bằng CT liều thấp 3 tháng/1 lần hoặc chụp PET; nốt $\geq 15\text{mm}$ nên chụp CT có cản quang/chụp PET/sinh thiết nhỏ. Nếu các kết quả trên có nghi ngờ UTP cao khi đó có chỉ định sinh thiết/cắt bỏ nốt; (2) Nốt bán đặc khi có phần lõi đặc $\geq 8\text{mm}$, cũng ở đối tượng có nguy cơ cao mới được áp dụng các kỹ thuật nói trên; (3) Các nốt kính mờ $< 20\text{mm}$, theo dõi bằng CT liều thấp 1 năm/1 lần; $> 20\text{mm}$ 6 tháng /1 lần, không có khuyến cáo sinh thiết hoặc cắt bỏ. Như vậy, nếu áp dụng đúng theo khuyến cáo này sẽ có rất nhiều nốt ung thư dưới các kích cỡ trên sẽ được “nuôi dưỡng” đến khi đủ tiêu chuẩn xử lý, điều đó vô hình dung sẽ làm giảm cơ hội được chẩn đoán và điều trị sớm, mất đi cơ hội “điều trị khỏi” cho người bệnh. Một tình huống khác cũng hay gặp: Nốt/khối đơn độc ở 1 bên phổi còn khả năng phẫu thuật song lại xuất hiện một nốt đơn độc khác ở phổi cùng bên song khác thùy hoặc bên phổi đối diện rất cần khẳng định đó là nốt thứ phát/ không phải thứ phát trước khi phẫu thuật cắt thùy phổi chứa tổn thương nguyên phát. Tình huống này, theo hiểu biết của chúng tôi hiện chưa có Guideline nào khuyến cáo.

Chúng tôi báo cáo 22 ca bệnh đã được định vị nốt phổi trước phẫu thuật nội soi lồng ngực (VAST) bằng Hookwire (dây móc), trong đó có nhiều ca được chỉ định theo hướng “cá thể hóa” (không theo khuyến cáo) và đã cho kết quả thật bất ngờ. Bàn luận dựa trên phân tích đặc điểm hình ảnh cùng kết quả giải phẫu bệnh lý và khuyến cáo ý tưởng nên “cá thể hóa” từng ca bệnh để đồng nghiệp cùng tham khảo.

Từ khóa: Nốt đơn độc phổi; ung thư phổi; Hookwire; phẫu thuật nội lồng ngực

Người liên hệ: Cung Văn Công. Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/06/2024. Ngày nhận phản biện: 16/06/2024. Ngày chấp nhận đăng: 07/04/2025