

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN HẠCH CỔ ÁC TÍNH

Diagnostic value of some microcalcifications with suspected malignancy on mammograms

*Nguyễn Thanh Thủy, Nguyễn Thị Ngọc Ánh, Nguyễn Thị Tố Ngân
Phạm Minh Thông*

SUMMARY

Background: The purpose of the study was to evaluate the characters and efficacy of B Mode and color Doppler ultrasound (CDUS) in diagnosis malignant cervical lymph nodes.

Materials and Methods: In this cross-sectional prospective study, during a period of 12 months, performed on 85 patients including two groups: group I includes 63 patients with cervical lymphadenopathy with suspected lymph nodes on US and group II includes 22 patients with clinically suspected lymph nodes (not have any suspicious characteristics in US) were prospectively evaluated with B-mode and CDUS. Statistical analysis was carried out with histopathological or cytological diagnosis as gold standard.

Results: We conducted ultrasound in 85 patients,. To compare with the pathology results of the disease, there are 56 metastatic lymph nodes, 04 lymphoma nodes, 01 plasmocytoma lymph node, 18 nonspecific inflammatory lymph nodes, 01 purulent lymph node and 05 granulomatous lymph nodes due to tuberculosis. The sensitivity, specificity, the accuracy of 2D ultrasound method combined with Doppler ultrasound are 95.08%, 79,2 %, 92%, 86% và 90,6%.

Conclusions: Within the limitations of this study, B-mode and CDUS evaluations were found to be highly significant with a high sensitivity and specificity. B-mode and CDUS examinations provide a prospect to reduce the need for biopsy/fine needle aspiration cytology in reactive nodes.

Keywords: B-mode ultrasound, Doppler color ultrasonography, histopathology, lymph node.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn hạch cổ khá phổ biến ở bệnh nhân ung thư đầu mặt cổ và ung thư không thuộc vùng này. Trước đây, phương pháp chủ yếu để đánh giá hạch cổ đều dựa vào lâm sàng, chính vì thế những hạch nhỏ, hạch nằm sâu rất dễ bỏ lỡ. Siêu âm với việc sử dụng đầu dò tần số cao là phương pháp thăm khám linh hoạt, không xâm phạm. Trên thế giới có nhiều tác giả nghiên cứu về siêu âm trong đánh giá hạch cổ.[1] [2] [3]. Tuy nhiên ở Việt Nam nghiên cứu đánh giá đặc điểm của hạch ác tính trên siêu âm còn ít. Chính vì thế chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh hạch ác tính trên siêu âm và giá trị của siêu âm trong chẩn đoán hạch ác tính tại bệnh viện Bạch Mai 2019-2020".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: 85 bệnh nhân gồm hai nhóm: nhóm I gồm 63 bệnh nhân có hạch cổ nghi ngờ hạch ác tính trên siêu âm và nhóm II gồm 22 bệnh nhân có lâm sàng nghi ngờ hạch ác tính (siêu âm không nghi ngờ) được thực hiện siêu âm 2D, Doppler; có kết quả giải phẫu bệnh (FNA hoặc sinh thiết) khẳng định hạch ác tính hay lành tính.

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

Địa điểm thực hiện: Khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai từ 9/2019 tới 8/2020

3. Thiết bị sử dụng: Máy siêu âm Hitachi Arieta 7, và máy Ge E9. Sử dụng đầu dò Linear tần số 7-11Hz.

4. Phương pháp thực hiện

Sử dụng máy siêu âm Hitachi Arieta 7 và máy Ge E9, với đầu dò Linear tần số 7-11Hz. Bệnh nhân nằm ngửa, vùng cổ được bộc lộ hoàn toàn. Các cài đặt đã được chuẩn hóa và các bộ lọc tương, tần số lặp lại xung, độ tăng màu và độ sâu lấy nét được đặt ở chế độ tự động. Kỹ thuật được sử dụng là quét ngang liên tục và quét dọc bao phủ toàn bộ cổ ở cả hai bên nhằm đánh giá toàn bộ các nhóm hạch cổ I-VI. Việc thăm khám được bắt đầu bằng cắt ngang vùng dưới lưỡi, theo trình tự từ vùng dưới hàm đến vùng mang tai đến vùng trên, giữa và dưới cổ tử cung đến hố thượng đòn đến tam giác cổ sau. Ban đầu, thu thập các thông số về hạch trên siêu âm B-mode: đường kính trục ngắn, đường kính trục dài, vôi hóa, hoại tử, sự có hay không có mặt của

rốn hạch, đường bờ và độ hồi âm. Sau đó, thực hiện siêu âm Doppler màu nhằm đánh giá đặc điểm tăng sinh mạch, và đo chỉ số RI. Mọi hình ảnh và thông số được thu thập khi dòng chảy mạch máu đã ổn định.

Tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện đầy đủ các bước trên, sau đó được chọc tế bào (FNA) hoặc sinh thiết làm giải phẫu bệnh để đánh giá, tùy từng trường hợp kích thước hạch và vị trí hạch mà một số bệnh nhân được quyết định sinh thiết trong lần đầu tiên tiếp cận. Trong trường hợp kết quả giải phẫu bệnh không tương xứng với đặc điểm trên siêu âm hoặc bệnh phẩm ít tế bào, bệnh nhân sẽ được chọc tế bào hoặc sinh thiết lần hai. Trường hợp bệnh nhân không có hình ảnh hạch nghi ngờ trên siêu âm, kết quả giải phẫu bệnh lành tính, sẽ được theo dõi bằng lâm sàng và hẹn kiểm tra lại bằng siêu âm sau 3-6 tháng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 68 bệnh nhân được chọc tế bào (80%), trong đó chỉ có 1 bệnh nhân cần chọc lại tế bào lần hai; 17 bệnh nhân được sinh thiết (20%): trong số đó 13 bệnh nhân được sinh thiết ngay lần đầu tiên tiếp cận, 4 bệnh nhân được sinh thiết sau khi kết quả FNA không thích hợp với đặc điểm trên siêu âm và có tới 2 trong 4 bệnh nhân đó cần thực hiện sinh thiết lần hai để khẳng định.

Tất cả quy trình đều được thực hiện bằng hai bác sĩ siêu âm có kinh nghiệm thực hành trên 4 năm.

5. Phân tích số liệu: Phân tích các đặc điểm của từng hạch trên siêu âm 2D, siêu âm Doppler. Kết quả giải phẫu bệnh được coi là tiêu chuẩn vàng để nhằm xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính của siêu âm trong chẩn đoán hạch cổ ác tính.

6. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20. Dữ liệu được thu thập và kết quả được phân tích thống kê bằng cách sử dụng Chi-square Tests và Fisher's Exact Test.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng

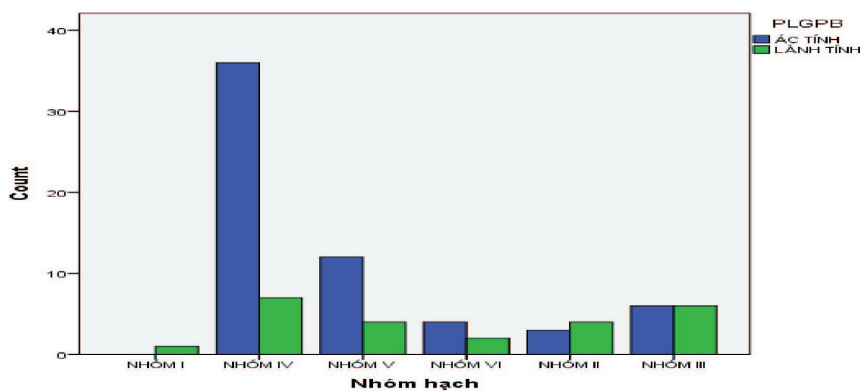
Trong nghiên cứu, có 85 bệnh nhân với 47 nam, 38 nữ. Về lứa tuổi, độ tuổi trung bình là 56 tuổi, tuổi cao nhất 86 tuổi, tuổi thấp nhất là 20 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất trên 60 tuổi.

Trong số 21 hạch nghi ngờ ác tính trên lâm sàng (siêu âm không nghi ngờ) được xác nhận giải phẫu bệnh 18 hạch lành tính, 3 hạch ác tính. Với 64 hạch nghi ngờ trên siêu âm có 58 hạch ác tính, 6 hạch lành tính.

Kết quả giải phẫu bệnh có 56 hạch di căn, 4 hạch u lympho, 1 hạch u tương bào, 18 hạch viêm không đặc hiệu, 1 hạch viêm mũi và 5 hạch viêm u hạt do lao. Trong nhóm 61 hạch cổ ác tính chủ yếu hạch di căn từ ung thư phổi 41% (n=25), ung thư tuyến giáp 23% (n=14), ung thư hạch 6.5% (n=4), ung thư dạ dày

3%(n=2). Trong nhóm 24 hạch cổ lành tính: hạch lao 21 %(n=5), viêm mũi cấp tính 4.2% (n=1), hạch viêm không đặc hiệu 75 % (n=18).

Phân bố nhóm hạch, trong nhóm hạch ác tính gặp nhiều nhất nhóm IV chiếm 59% (n=36), nhóm V chiếm 19% (n=12), nhóm III 10% (n=6), nhóm II 5% (n=3). Trong nhóm hạch lành tính phân bố khá đều các nhóm, nhóm IV 33%, nhóm III 25%, nhóm V 16%, nhóm II 12.5%, nhóm VI 12.5%, nhóm I 4%.



Biểu đồ 1. Phân bố vị trí nhóm hạch cổ theo AJCC

2. Đặc điểm hình ảnh

2.1. Kích thước

Hạch bạch huyết nhỏ nhất được phát hiện trên siêu âm có đường kính ngang 3mm, hạch lớn nhất có đường kính ngang 31mm, đều có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính. Đường kính ngang trung bình của hạch ác tính 11.5mm trong đó đường kính trục ngắn trung bình hạch lành tính 8.2 mm.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân chia kích thước thành hai nhóm, nhóm I đường kính trục ngắn dưới 8mm, nhóm II trên 8mm. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm có đường kính trục ngắn dưới 8mm và trên 8mm (Bảng 2)

Bảng 2. Bảng so sánh các đặc điểm kích thước, hình dạng, đường bờ, độ hồi âm, vôi hóa, hoại tử, rốn hạch, đặc điểm tăng sinh mạch và RI (85 hạch)

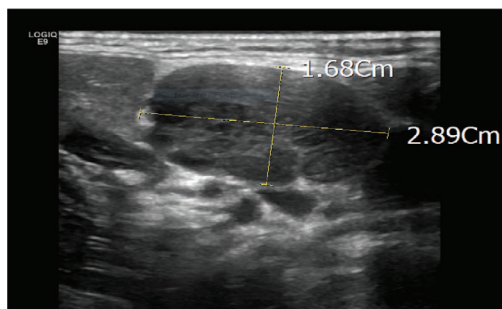
ĐẶC ĐIỂM		GPB	LÀNH TÍNH (n)	ÁC TÍNH (n)	Total (n)	p
Kích thước	<8mm		13	21	34	0.078
	>/=8mm		11	40	51	
Hình dạng	Tròn (S/L>0.5)		19	54	73	0.217
	Bầu dục (S/L<0.5)		5	7	12	

Đường bờ	Bờ rõ	18	20	38	0.001
	Bờ mờ	6	41	47	
Vôi hóa	Có	0	3	3	0.364
	Không	24	58	82	
Độ hồi âm	Đồng âm	17	16	34	<0.001
	Giảm âm	5	17	24	
	Tăng âm	0	6	6	
	Hỗn hợp âm	2	22	24	
Rốn hạch	Có	12	1	13	<0.001
	Không	12	60	72	
Hoại tử	Có	4	3	7	0.095
	Không	20	58	78	
Tăng sinh mạch	Không tăng sinh mạch	8	9	17	<0.001
	Trung tâm/rốn hạch	9	3	12	
	Vỏ hạch và ngoại vi	6	27	33	
	Hỗn hợp	1	22	23	
RI	Thấp (<0.7)	14	17	34	<0.001
	Cao (>=0.7)	1	32	34	

(Ghi chú: $p < 0.05$ Significant. Kiểm định χ^2 và test Fisher)

2.2. Hình dạng

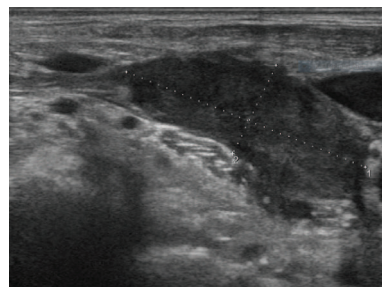
Trong 85 hạch có 73 có hình dạng tròn ($S/L > 0.5$), 12 hạch có hình dạng bầu dục ($S/L < 0.5$). Nhóm 73 hạch hình dạng tròn có 54 hạch ác tính (74%) (Hình 1), 19 hạch lành tính (26%). Trong số 12 hạch hình dạng bầu dục có 5 hạch lành tính và 7 hạch ác tính. Theo kết quả này 89 % hạch ác tính có hình dạng tròn trong khi tỉ lệ này ở hạch lành tính gặp 79%. (Bảng 2)



Hình 1. Hạch cổ ác tính trong U lympho với hình dạng tròn ($S/L > 0.5$), cấu trúc âm không đồng nhất.

2.3. Đặc điểm đường bờ

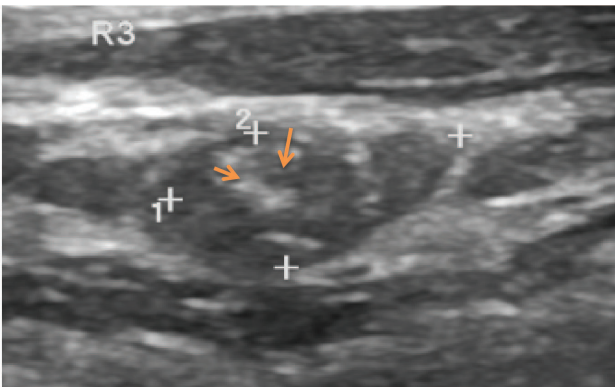
Trong 85 hạch có 47 hạch đường bờ mờ, 38 hạch có đường bờ rõ; 65% hạch ác tính có đường bờ mờ, 35 % hạch ác tính có đường bờ rõ trong khi ở hạch lành tính 25% đường bờ mờ, 75 % đường bờ rõ (Hình 2). Sự khác biệt đường bờ giữa hai nhóm hạch lành tính và ác tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, với độ tin cậy 95% (Bảng 2).



Hình 2. Hạch cổ ác tính với đường bờ mờ, mất liên tục cho thấy sự xâm lấn tế bào u gây phá vỡ vỏ hạch, không quan sát thấy rốn hạch.

2.4. Đặc điểm vôi hóa

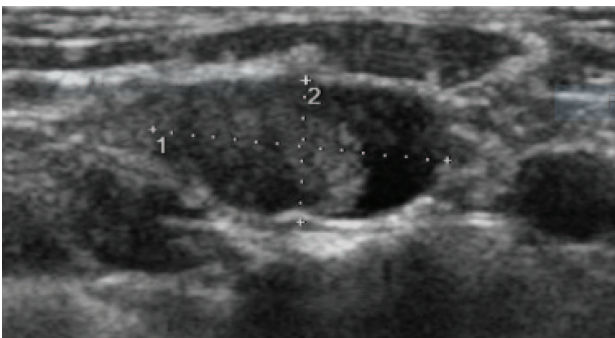
Đặc điểm vôi hóa chỉ gặp ở 3 bệnh nhân (3,9%) trong tổng số bệnh nhân, 100% bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú di căn. Vôi hóa trong trường hợp này là 100% dạng vi vôi hóa lấm chấm (hình 3). (Bảng 2)



Hình 3. Hình ảnh hạch di căn từ ung thư tuyến giáp thể nhú với vôi hóa dạng lấm chấm.

2.5. Đặc điểm hồi âm

Đặc điểm hồi âm được so sánh với cơ xung quanh chia làm 4 nhóm: hạch giảm âm, hạch đồng âm, tăng âm và hỗn hợp âm. Theo nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm hạch ác tính độ sinh âm dạng hỗn hợp hay gặp nhất 36,1%, sau đó là hạch giảm âm chiếm 27,9%. Hạch lành tính chủ yếu đồng âm chiếm 70,8%, giảm âm chiếm 22,7%. Hạch có thành phần tăng âm 100% ác tính (n=6), không có trường hợp nào hạch tăng âm là lành tính, cả 6 trường hợp này đều bệnh nhân ung thư tuyến giáp (Hình 4). Có sự khác biệt độ sinh âm của hạch giữa nhóm hạch lành tính và ác tính với độ tin cậy 95%. (Bảng 2).



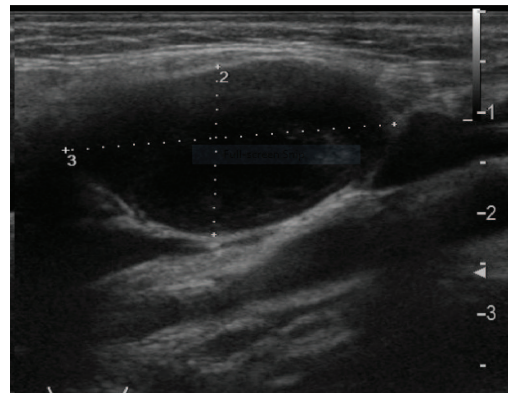
Hình 4. Hình ảnh hạch di căn chứa thành phần tăng âm trong ung thư tuyến giáp.

2.6. Rốn hạch

Tổng số 85 hạch, rốn hạch không có mặt ở 72 hạch, 13 hạch có hiện diện rốn hạch. Trong số 72 hạch không có cấu trúc rốn hạch, 60 hạch được chứng minh về mặt mô bệnh học là các hạch ác tính, 12 hạch lành tính (Hình 6.2). Sự hiện diện của rốn hạch trong một hạch bạch huyết có thể được coi là một dấu hiệu về bản chất lành tính. Trong số 13 hạch có rốn hạch, 12 hạch được chứng minh về mặt mô bệnh học là lành tính trong khi chỉ có 1 hạch là lành tính. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%, Tiêu chí có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$ (Bảng 2)

2.7. Hoại tử hạch

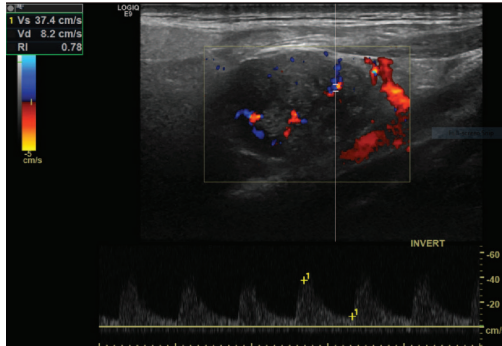
Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm hạch ác tính có 3 hạch hoại tử chiếm 4,9%; nhóm hạch lành tính có 4 hạch hoại tử trong đó 3 hạch hoại tử có kết quả hạch lao (75%), 1 hạch viêm mủ cấp tính (25%) (Hình 5). (Bảng 2).



Hình 5. Hình ảnh hạch mất cấu trúc rốn hạch, trong có thành phần hoại tử, tuy nhiên bờ còn rõ. Kết quả giải phẫu bệnh: hạch lao.

2.8. Đặc điểm mạch máu hạch

Nghiên cứu chúng tôi phân chia đặc điểm mạch máu hạch thành 4 nhóm trên siêu âm Doppler: Không tăng sinh mạch, tăng sinh mạch trung tâm hoặc rốn hạch, tăng sinh mạch ngoại vi và cả hai. Trong 61 hạch ác tính có tới 44,3% tăng sinh mạch ngoại vi, 36% tăng sinh mạch cả trung tâm và ngoại vi, 4,9% chỉ có tăng sinh mạch trung tâm/rốn hạch (Hình 6.6). Như vậy có sự khác biệt về đặc điểm mạch máu trên siêu âm Doppler giữa hai nhóm lành tính và ác tính với độ tin cậy 99%. (Bảng 2).



Hình 6. Hạch di căn trên siêu âm Doppler có tăng sinh mạch máu hỗn hợp trong và ngoại vi của hạch, không thấy cấu trúc rốn hạch, tăng kháng trở mạch máu RI=0.78.

2.9. Đặc điểm RI

Giá trị RI được phân chia 3 nhóm: giá trị dưới 0.7 nhóm I, từ 0.7 nhóm II, nhóm III hạch không đo được do hạch quá nhỏ, đường kính <5mm hoặc hạch không tăng sinh mạch. Hạch ác tính chủ yếu thuộc nhóm II chiếm 52,5%, trong khi đó nhóm lành tính nhóm II chỉ chiếm có 4.2 % (Hình 6). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ số RI giữa hai nhóm hạch lành tính và ác tính với độ tin cậy 99%.(Bảng 2)

Bảng 3. Giá trị siêu âm trong chẩn đoán hạch cổ ác tính

Chẩn đoán hạch ác tính		Giải phẫu bệnh		Tổng số n
		Không n	Có n	
Siêu âm	Có	58	5	63
	Không	3	19	22
Tổng số		61	24	85

Đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh, độ nhạy (Sn), độ đặc hiệu (Sp), giá trị chẩn đoán dương tính (PPV), giá trị chẩn đoán âm tính (NPV), độ chính xác (Acc) của phương pháp siêu âm 2D kết hợp siêu âm Doppler lần lượt là 95,08%, 79,2 %, 92%, 86% và 90,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số 85 hạch bạch huyết được đánh giá, có 61 hạch ác tính và 24 hạch lành tính được khẳng định bằng kết quả mô bệnh

học (FNA hoặc sinh thiết). Trong đó có 22 hạch không nghi ngờ trên siêu âm tuy nhiên trên lâm sàng có nghi ngờ, bệnh nhân vẫn được làm FNA, kết quả giải phẫu bệnh học cho thấy 3 hạch lành tính và 19 hạch ác tính. Trong 63 hạch nghi ngờ trên siêu âm có 58 hạch ác tính, 5 hạch lành tính.

Độ tuổi hay gặp nhất nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm 44.7 %. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm hạch ác tính là 57, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân hạch lành tính 53 tuổi. Hạch ác tính chủ yếu di căn ung thư phổi (41 %), ung thư tuyến giáp thể nhú (23%). Nhóm hạch ác tính chủ yếu thuộc nhóm IV. Theo nghiên cứu Ellison, hạch nhóm IV có vai trò dẫn lưu hệ thống bạch huyết vùng ngực, phổi và thực quản; và hầu hết hạch phát hiện nhóm này là hạch ác tính, bắt nguồn từ: phổi, đầu mặt cổ, thực quản... [4]. Không có tiêu chuẩn cụ thể nào trên siêu âm để phân biệt hạch ác tính với hạch lành tính với độ chính xác 100% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đường kính trung bình hạch ác tính 11.5 mm, hạch lành tính 8.2 mm, kích thước hạch ác tính nhỏ hơn hạch lành tính. Hạch nhỏ nhất được thực hiện có đường kính ngang 3 mm, hạch lớn nhất có đường kính ngang 31mm, kết quả giải bệnh đều là hạch ác tính. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giá trị trung bình của đường kính trục ngắn và đường kính trục dài của các hạch ác tính và hạch lành tính. Do các hạch viêm cấp tính hay hạch lao đều tăng kích thước, và đặc điểm kích thước có vai trò chủ yếu trong quá trình theo dõi hơn là đánh giá tính chất lành hay ác tính [6].

Về hình dạng theo nghiên cứu của chúng tôi 88.5 % hạch ác tính có hình dạng tròn (S/L>0.5) trong khi tỉ lệ này ở hạch lành tính gặp 79.2%. Hạch ác tính có xu hướng tròn hơn hạch lành tính, tuy nhiên nó không được coi tiêu chí để đánh giá giữa lành và ác tính do hạch dưới cằm, dưới hàm bình thường có xu hướng tròn [7], đồng thời trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 hạch lao chiếm 21% nhóm hạch lành tính, hạch lao phần lớn có hình dạng tròn [8].

Trong nghiên cứu này, có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm về có hay không có mặt rốn hạch trên siêu âm. Trong số 61 hạch ác tính có 60 hạch đều không quan sát thấy rốn hạch (98%) trong khi chỉ có 1 hạch có quan sát thấy rốn hạch (2%). Sự không có mặt của rốn

hạch có sự khác biệt rất lớn giữa hai nhóm với độ tin cậy 99%, tương tự với tác giả khác [6], [9].

Về tính chất âm độ hồi âm của hạch, được đánh giá so sánh với cấu trúc âm của cơ xung quanh chia làm 4 dạng: đồng âm, giảm âm, tăng âm và hỗn hợp âm. Hạch bình thường có xu hướng đồng âm hoặc giảm âm nhẹ so với cơ xung quanh. Theo kết quả hạch ác tính hỗn hợp âm chiếm 36,1% (22/61), giảm âm 27,9% (17/61), đồng âm 26,2% (16/61), tăng âm 9,8%(6/61); nhóm hạch lành tính chủ yếu đồng âm 70,8% (17/24), giảm âm 20,8% (7/24). Có sự khác biệt đáng kể về tính chất âm của hai nhóm [9]. 6 hạch có thành phần tăng âm đều ở bệnh nhân di căn tuyến giáp thể nhũ, điều này giải thích do thành phần hạch di căn có chứa thyroglobulin [10].

Về hoại tử hạch, vôi hóa hạch dạng lấm chấm. 85 hạch chỉ 3 hạch có vôi hóa và đều là vôi hóa nhỏ dạng lấm chấm, cả 3 bệnh nhân này đều gặp trong hạch di căn ung thư tuyến giáp thể nhũ [10]. Hoại tử hạch có mặt 7/85 hạch trong đó có 3 hạch ác tính và 4 hạch lành tính, trong nhóm 4 hạch lành tính có tới 3 hạch lao, 1 hạch viêm mũ cấp tính. Hạch lao thường có thành phần hoại tử, tăng âm thành sau, hình dạng tròn [8].

Đánh giá mạch máu hạch trên siêu âm Doppler chia 4 nhóm: không tăng sinh mạch, tăng sinh mạch ngoại vi, tăng sinh mạch trung tâm và hỗn hợp [11]. CDUS phát hiện tín hiệu mạch máu trong 68 hạch bạch huyết trong khi 17 hạch không hiển thị bất kỳ tín hiệu nào. Tổng số 12 hạch bạch huyết tăng sinh mạch trung tâm/rốn hạch có 9 hạch lành tính (75%), 3 hạch ác tính (25%). 33 hạch bạch huyết hiển thị mạch máu ngoại vi, trong đó 27 (81.8%) hạch ác tính và 6 (18.2%) hạch lành tính. Sự tăng sinh mạch ngoại vi và trung tâm hạch giải thích một phần do dự sự phá hủy hệ mạch máu của các tế bào u trong các hạch ác tính có thể là do chất cảm ứng tăng sinh mạch do tế bào u kích thích tạo ra [12]. 23 hạch bạch huyết có biểu hiện mạch máu hỗn hợp, 22 (95,6%) hạch được xác nhận về mặt mô bệnh học là hạch ác tính. Có 17 hạch bạch huyết không cho thấy tăng sinh mạch, 9 hạch được chứng minh về

mặt mô bệnh học là ác tính và 8 là lành tính. Như vậy có sự khác biệt đặc điểm tăng sinh mạch giữa hai nhóm với $P < 0,001$. Độ nhạy của siêu âm Doppler trong nghiên cứu của chúng tôi là 80,3% có thấp hơn độ nhạy siêu âm Doppler trong nghiên cứu của SB Dangore và cộng sự là 87,6% [11].

Chỉ số RI, chúng tôi chia làm 2 nhóm với điểm cut off 0,7 [6] và nhóm thứ 3 không đo được RI. Hạch thuộc nhóm 3 là những hạch không tăng sinh mạch hoặc có kích thước quá nhỏ $< 5\text{mm}$ không đo được chỉ số RI. Theo nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm lành tính và ác tính với độ tin cậy cao $p < 0.001$. Nhóm hạch lành tính có chỉ số RI trung bình 0.61, nhóm hạch ác tính có chỉ số RI trung bình 0.74, giá trị này tương tự nghiên cứu của SB Dangore và cộng sự [13]. Tuy nhiên việc thu thập thông số RI thay đổi qua các lần siêu âm, khó khăn trong kĩ thuật thực hiện và chưa nhất quán giữa các bài báo nên việc sử dụng RI chưa được ứng dụng rộng rãi trên thực hành lâm sàng [6].

Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả so sánh giữa kết quả siêu âm 2D & siêu âm Doppler, đánh giá lâm sàng, và mô bệnh học cho thấy độ tin cậy tổng thể của siêu âm đối với bệnh lý hạch của 85 hạch cổ là rất có ý nghĩa độ nhạy (Sn), độ đặc hiệu (Sp), giá trị chẩn đoán dương tính (PPV), giá trị chẩn đoán âm tính (NPV), độ chính xác (Acc) của phương pháp siêu âm 2D kết hợp siêu âm Doppler lần lượt là 95,08%, 79,2%, 92%, 86% và 90,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Dangore và cs (2008) [11] và RJ Baatenburg de Jong [14].

V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá đặc điểm hình ảnh của hạch trên siêu âm 2D và Doppler được nhận thấy là có ý nghĩa cao với độ nhạy và độ đặc hiệu cao đánh giá hạch lành tính hay ác tính. Siêu âm góp phần giảm nhu cầu sinh thiết / chọc hút tế bào bằng kim nhỏ ở bệnh nhân có hạch viêm phản ứng không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahuja, A., et al., *Ultrasound of malignant cervical lymph nodes*. Cancer Imaging, 2008. **8**(1): p. 48.
2. Khanna, R., et al., *Usefulness of ultrasonography for the evaluation of cervical lymphadenopathy*. World journal of surgical oncology, 2011. **9**(1): p. 29.

3. Ahuja, A., et al., *A practical approach to ultrasound of cervical lymph nodes*. The Journal of Laryngology & Otology, 1997. **111**(3): p. 245-256.
4. Ellison, E., P. LaPuerta, and S.E. Martin, *Supraclavicular masses: results of a series of 309 cases biopsied by fine needle aspiration*. Head Neck, 1999. **21**(3): p. 239-46.
5. Ahuja, A.T., et al., *Ultrasound of malignant cervical lymph nodes*. Cancer Imaging, 2008. **8**(1): p. 48-56.
6. Ying, M., et al., *Review of ultrasonography of malignant neck nodes: greyscale, Doppler, contrast enhancement and elastography*. Cancer Imaging, 2014. **13**(4): p. 658-69.
7. Ying, M., et al., *Sonographic appearance and distribution of normal cervical lymph nodes in a Chinese population*. J Ultrasound Med, 1996. **15**(6): p. 431-6.
8. Chen-HanChou, Tsung-LinYang, and Cheng-PingWang, *Ultrasonographic Features of Tuberculous Cervical Lymphadenitis*. Journal of Medical Ultrasound, 2014. **22**(3): p. 158-163.
9. MD, L.A., et al., *Value of Ultrasound Elastography in the Differential Diagnosis of Cervical Lymph Nodes*. Journal of Ultrasound in Medicine, 01 November 2016. **35**(11): p. 2491-2499.
10. Ahuja, A.T., et al., *Metastatic cervical nodes in papillary carcinoma of the thyroid: ultrasound and histological correlation*. Clin Radiol, 1995. **50**(4): p. 229-31.
11. SB Dangore*, S.D.a.R.B., *Evaluation of the efficacy of colour Doppler ultrasound in diagnosis of cervical lymphadenopathy*. Dentomaxillofacial Radiology, 2008. **37**: p. 205-212.
12. Ying, M., et al., *Power Doppler sonography of normal cervical lymph nodes*. J Ultrasound Med, 2000. **19**(8): p. 511-7.
13. Misra, D., et al., *Diagnostic efficacy of color Doppler ultrasound in evaluation of cervical lymphadenopathy*. Dental Research Journal, 2016 **13**(3): p. 217-214.
14. Baatenburg de Jong, R.J., et al., *Metastatic neck disease. Palpation vs ultrasound examination*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1989. **115**(6): p. 689-90.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của hạch cổ ác tính trên siêu âm và giá trị siêu âm trong chẩn đoán hạch cổ ác tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu, được thực hiện trên 85 bệnh nhân gồm hai nhóm: nhóm I gồm 63 bệnh nhân có hạch cổ nghi ngờ hạch ác tính trên siêu âm và nhóm II gồm 22 bệnh nhân có lâm sàng nghi ngờ hạch ác tính (siêu âm không nghi ngờ) được thực hiện siêu âm 2D, Doppler; sau đó được thực hiện chọc tế bào FNA và/ hoặc sinh thiết tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả: Trong số 85 bệnh nhân với 85 hạch được thực hiện, đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh có 56 hạch di căn, 4 hạch u lympho, 1 hạch u tương bào, 18 hạch viêm không đặc hiệu, 1 hạch viêm mũ và 5 hạch viêm u hạt do lao. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác phương pháp siêu âm 2D kết hợp siêu âm Doppler lần lượt là 95,08%, 79,2 %, 92%, 86% và 90,6%.

Kết luận: Trong nghiên cứu này, siêu âm 2D kết hợp siêu âm Doppler màu có giá trị rất cao trong chẩn đoán hạch cổ ác tính. Việc thực hiện siêu âm đánh giá hạch cổ góp vai trò giảm thiểu nhu cầu chọc tế bào/ sinh thiết hạch cổ lành tính.

Người liên hệ: Nguyễn Thanh Thủy

Ngày nhận bài: 20/8/2020. Ngày chấp nhận đăng: 9/10/2020