



SINH THIẾT, CHỌC TẾ BÀO KHỐI TỤY VÀ QUANH TỤY

Ultrasound-guided fine needle aspiration and core needle biopsy for pancreatic neoplasms and surrounding-pancreatic neoplasms

*Nguyễn Thị Khoi**, *Nguyễn Thị Thu Thảo**, *Ngô Lê Lâm***,
*Vũ Đăng Lưu****, *Phạm Minh Thông****

SUMMARY

Solid pancreatic or peripancreatic lesions are common diseases. All most of them need to pathology diagnosis. provides an alternative pathway for adequate specimen acquisition. Because of the deep retroperitoneal location, we usually use endoscopic ultrasound (EUS)-guided fine needle aspiration (FNA) or indirect percutaneous core needle biopsy (CNB). Both of them have disadvantages on their own. the sensitivity and specificity of EUS-guided FNA (EUS-FNA) for pancreatic neoplasms has were 85% and 98%, respectively and The complication rate of EUS-FNA is approximately 1%–2% [1]. However, one limitation related to this technique is that it often only provides a cytologic specimen with scant cellularity and lack of histologic architecture, which restrains us from making a complete tissue analysis for diagnosis and grade differentiation. the sensitivity and specificity of indirect percutaneous CNB for pancreatic neoplasms has were 90,4% and 92% respectively [2], overcome the disadvantages of EUS-FNA [3]. But it is relatively risky and difficult especially for those who do not have much experience. Reaching through the liver, spleen and kidneys increases the risk of bleeding. Approaching through the stomach and intestine, the incidence of complications can reach 15.3% [4], [5] including: infection, peritonitis and gastrointestinal perforation. Access through the gallbladder has a high risk of cholestatic and cholecystitis [4].

Direct percutaneous CNB/ FNA is a new technique which can make good the risks of two technique before. In this review, we will present some cases of FNA and biopsy of solid pancreatic or peripancreatic lesions by direct access approach, thereby showing about techniques, diagnostic effectiveness as well as complications of percutaneous CNB/ FNA.

Key word: *Fine needle aspiration (FNA), Core needle biopsy (CNB), Pancreas.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối ở tụy và quanh tụy là tổn thương thường được phát hiện qua nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhau và hầu hết trong số đó đều cần lấy tế bào học hoặc sinh thiết làm mô bệnh học. Hai phương pháp thường dùng là FNA qua siêu âm nội soi và sinh thiết qua da bằng cách tiếp cận tổn thương qua các tạng lân cận. Với giải phẫu phức tạp, nằm sâu sau phúc mạc, gần các mạch máu lớn: ĐM chủ bụng, ĐM thân tạng, ĐM lách... và được bao quanh bởi các tạng khác: dạ dày, gan, lách, thận... trong khi u tụy và khối quanh tụy thường nhỏ thì FNA qua siêu âm nội soi vẫn thường được ưu tiên lựa chọn hơn sinh thiết qua da.

FNA qua siêu âm nội soi là phương pháp có hiệu quả cao với độ nhạy 84% và độ đặc hiệu 98%, tỷ lệ biến chứng khoảng 1-2% [1], tuy nhiên bệnh phẩm lấy được ít chỉ đủ để làm tế bào học mà không đủ làm mô bệnh học. Sinh thiết qua da có giá trị chẩn đoán cao với độ nhạy 90,4% và độ chính xác 92% [2] khắc phục được nhược điểm trên của siêu âm nội soi [3], nhưng do tụy nằm sâu sau phúc mạc nên khi sinh thiết qua da hầu hết các bác sĩ can thiệp chọn con đường tiếp cận tổn thương gián tiếp qua các tạng khác điều này tương đối rủi ro và khó khăn đặc biệt với những người chưa có nhiều kinh nghiệm. Tiếp cận qua gan, lách, thận làm tăng nguy cơ chảy máu. Tiếp cận qua dạ dày và ruột tỷ lệ tai biến có thể lên tới 15.3% [4], [5] bao gồm:

* *Bác sĩ nội trú Chẩn đoán hình ảnh*

** *Bác sĩ Bệnh viện K*

*** *Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh-Trung tâm Điện Quang, Bệnh Viện Bạch Mai*

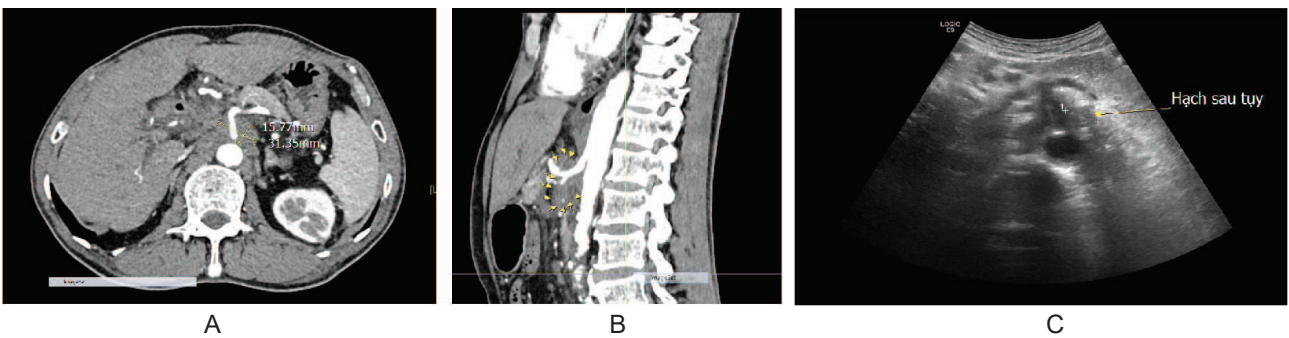
nhiễm trùng, viêm phúc mạc và thủng đường tiêu hoá. Tiếp cận qua túi mật có nguy cơ cao rò mật và viêm túi mật [4]

Trong thời gian qua chúng tôi đã làm nhiều ca sinh thiết/ FNA khối u tụy và quanh tụy bằng đường vào trực tiếp cho thấy đây là phương pháp hiệu quả, an toàn, tỷ lệ tai biến thấp.

II. CASE LÂM SÀNG

Case 1

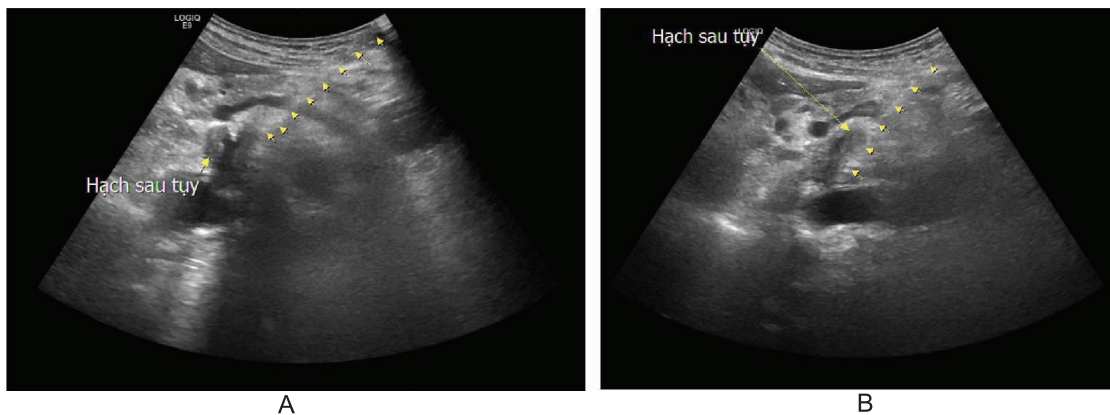
BN nam, 65 tuổi, không có tiền sử gì đặc biệt, đi khám định kì phát hiện khối hạch sau tụy. Hình ảnh CT và siêu âm (Hình 1) thấy khối hạch kích thước 15x31mm, nằm ngay trước ĐM chủ bụng, ngay sau ĐM lách và ôm quanh ĐM thân tạng. Tụy, dạ dày, gan trái nằm phía trước. Cột sống nằm phía sau. Lách, đuôi tụy nằm bên trái. Vùng tá tụy và gan phải nằm bên phải.



Hình 1. Hình ảnh CT trên mặt phẳng axial (a), Sagital (b), tương ứng trên siêu âm với mặt cắt axial (c)

Có vẻ như không có đường vào và nguy cơ cao chảy máu nếu cố tiếp cận. Tuy nhiên chúng tôi đã quyết định lấy bệnh phẩm làm tế bào học sử dụng kĩ thuật Coaxial dưới hướng dẫn của siêu âm vì đây là cách duy nhất để có thể chẩn đoán. Làm dưới siêu âm sẽ giúp điều chỉnh kim một cách linh hoạt hơn. Thông thường chọc tế bào ta không dùng Coaxial vì phải dùng kim to hơn, nguy cơ tổn thương cấu trúc lân cận cao hơn, nhưng trường hợp này để tiếp cận được tổn thương ta phải chỉnh các hướng khác nhau

để tránh chọc vào ống tiêu hóa và mạch máu lớn. Nếu chỉ dùng kim nhỏ thông thường (thường là kim chiba 22G) sẽ tăng nguy cơ tổn thương tạng lân cận do đầu kim nhọn và không thể lái kim theo ý muốn do kim quá yếu. Dùng coaxial 18G giúp cho việc thay đổi hướng chọc của kim dễ dàng, sau khi đi qua lớp cơ thành bụng, ta sẽ rút lòng nhọn, dùng đầu tù lách giữa các tạng như vậy có thể tránh chọc vào các cấu trúc nguy hiểm. Coaxial còn giúp lấy bệnh phẩm nhiều lần mà không phải chọc lại.



Hình 2. Coaxial 18G tiếp cận tổn thương (a) các mũi tên ngắn là đường kim đi, và tiến hành lấy bệnh phẩm bằng kim chiba 22G (b)

Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến di căn hạch.

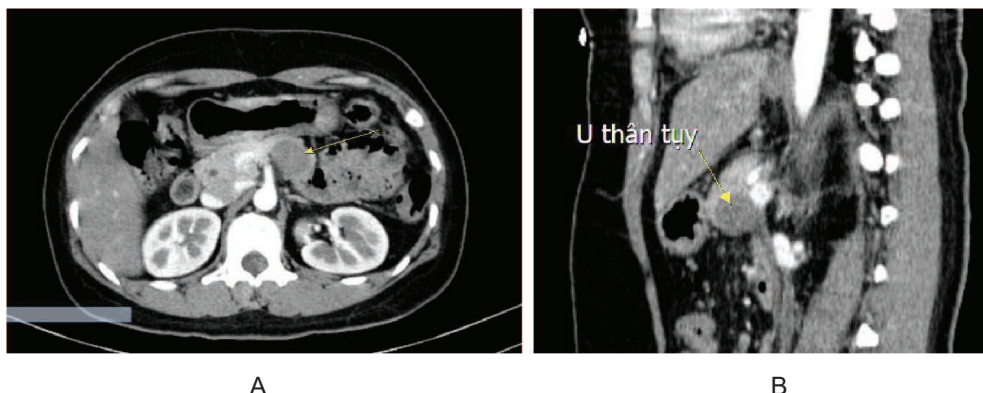
Case 2

BN nữ, 28 tuổi, không có triệu chứng, đi khám tình cờ phát hiện khối u thân tụy

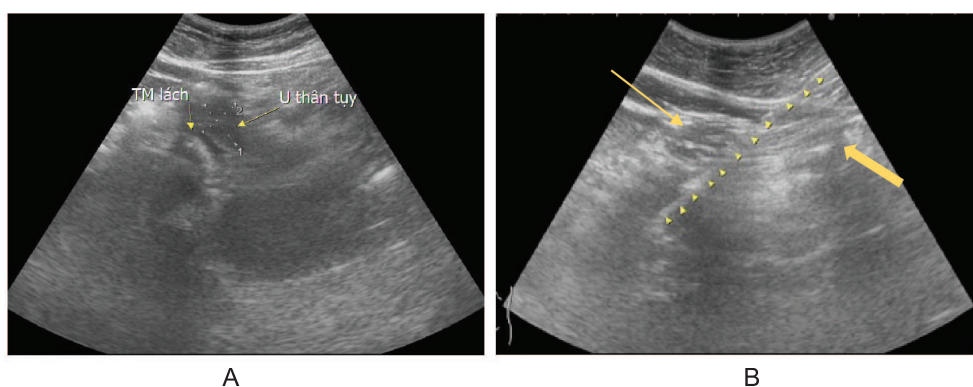
Trên hình ảnh CT (Hình 3) u thân tụy kích thước 21x24mm, ngấm thuốc kém sau tiêm. Mặt trước khối u là dạ dày, gan trái và đại tràng ngang, mặt sau là TM lách, ĐM chủ bụng, thận trái; bên trái là các quai ruột non và đại tràng. Thực sự khó tiếp cận và các bác sĩ khác ở trung tâm của chúng tôi đã từ chối sinh thiết qua da do không có đường vào và nguy cơ chảy máu. Nhưng một lần nữa chúng tôi áp dụng kĩ thuật lách kim

giữa các tạng để tiếp cận trực tiếp khối u dưới hướng dẫn siêu âm. Điều cần chú ý là chiều trước sau của khối u chỉ 21mm nên nếu hướng kim đi theo chiều trước sau thì khi bấm sinh thiết rất dễ gây tổn thương bó mạch lách chạy ngay sau khối u. Cũng như FNA chúng tôi đã sử dụng kinh sinh thiết lõi 18G để dẫn đường, đặt đầu dò theo hướng sagittal, kim sinh thiết lách giữa dạ dày và đại tràng ngang (hình 4), như vậy kim sẽ đi theo hướng từ trước ra sau, từ dưới lên trên, ít có nguy cơ chọc thủng bó mạch lách.

Kết quả giải phẫu bệnh là u đặc giả nhú tụy.



Hình 3. U thân tụy trên mặt phẳng axial (mũi tên hình a) và trên sagittal (hình b)



Hình 4. U thân tụy trên mặt cắt axial (hình a) và (hình b) kim sinh thiết (mũi tên ngắn) vào khối u đi giữa dạ dày (mũi tên dài) và đại tràng ngang (mũi tên lớn)

Case 3

Bệnh nhân nữ 29t, có tổn thương ở phổi hai bên tính chất giống lao. Đồng thời bệnh nhân được chụp CLVT ổ bụng phát hiện hạch vùng rốn gankích thước 13x22mm. Trên CLVT (hình 5a) hạch được bao quanh bởi gan trái, dạ

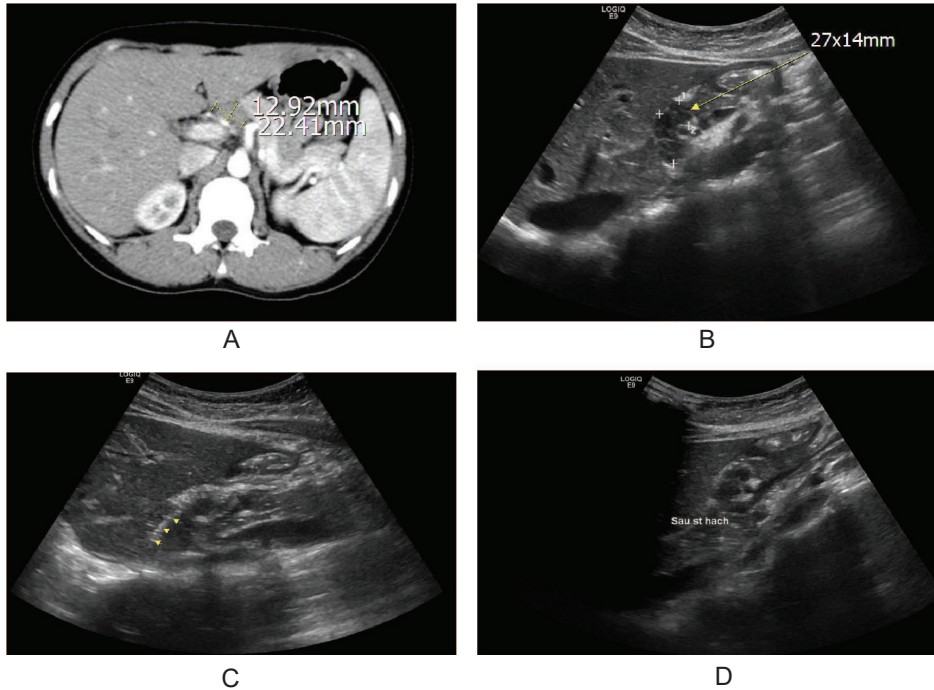
dày, đầu tụy, TM cửa, TM lách, phía sau là TM và ĐM chủ bụng. Mặt cắt sagittal khối hạch này nằm sau dạ dày và hoàn toàn k có khe hở nào để kim sinh thiết có thể tiếp cận.

Những trường hợp như thế này thì kĩ thuật tiếp cận tổn thương trực tiếp bằng cách lách kim giữa các

tạng lại có vai trò vô vùng to lớn. Hình 5c là hình ảnh kim sinh thiết được bấm vào tổn thương, hình 5d là tổn

thương sau rút kim, hoàn toàn không có chảy máu.

Kết quả giải phẫu bệnh là hạch lao.



Hình 5. (a) khối hạch rón gan trên CLVT mặt phẳngr axial. (b) khối hạch trên siêu âm với mặt cắt axial. (c) kim sinh thiết lách giữa dạ dày và gan trán vào khối hạch và bấm sinh thiết. (d) sau sinh thiết hoàn toàn không có chảy máu.

III. BÀN LUẬN

Trong can thiệp chẩn đoán tổn thương tụy và quanh tụy, phụ thuộc vào mục đích, vị trí, kích thước, mối liên quan với các tạng lân cận mà ta chọn đường vào và kĩ thuật sinh thiết hay FNA nhưng có một số điểm chung sau:

1. Về kĩ thuật

- Chỉ định:
 - Kết quả sinh thiết ảnh hưởng đến quá trình điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân
 - Những u tụy không thêr phẫu thuật
 - Khi nghi ngờ tổn thương lymphoma, di căn, u thần kinh nội tiết, các u dạng nang khác của tụy
- Chống chỉ định

- Bệnh nhân/ người nhà bệnh nhân không đồng ý sinh thiết
- Không đảm bảo đông máu (đảm bảo INR<1,5, tiểu cầu >50 000) [4]
 - Lựa chọn phương tiện hình ảnh
 - Nên làm dưới hướng dẫn siêu âm vì như chúng tôi đã nói ở trên, đây là thủ thuật rất cần sự linh hoạt của kim dẫn đường, điều này chỉ có làm dưới siêu âm mới đảm bảo được.
 - Tiến hành sinh thiết/ FNA
 - Chuẩn bị bệnh nhân: bệnh nhân nên được nhịn ăn ít nhất 8h để dạ dày không quá căng và không chứa nhiều hơi.
 - Chúng tôi ưa chuộng kim 18G để dẫn đường vì

như đã nói ở trên kim 18G không quá to và đủ cứng để có thể giúp bác sĩ can thiệp chỉnh hướng kim dễ dàng ngay cả khi thực hiện thủ thuật với tổn thương ở rất sâu so với mặt da

- Khó khăn nhất là việc chọn đường vào. Với mỗi tổn thương khác nhau ta sẽ có đường vào khác nhau nhưng nguyên tắc chung của kĩ thuật này là lách kim giữa 02 tạng và dùng mũi kim để đẩy các tạng sang bên: gan- dạ dày, dạ dày- lách, dạ dày- đại tràng. Với những tổn thương vùng đầu tụy rốn gan thông thường ta chọn lách kim giữa gan trái và dạ dày, với tổn thương vùng thân và đuôi tụy có thể lách kim giữa dạ dày- đại tràng ngang hay dạ dày- lách, với những tổn thương mặt sau tụy ta phải đẩy cả nhu mô tụy sang một bên để tiếp cận tổn thương (như trường hợp case lâm sàng 1). Điều cần nhớ là phải luôn luôn chú ý đến các mạch máu lớn quanh khối u.

- Sau khi đã chọn được đường vào, chúng tôi dùng troca chứa lòng nhọn đi qua lớp cơ thành bụng và phúc mạc thành, vấn đề máu chót ở đây là phải rút lõi kim nhọn ra ngay sau đó, bây giờ bác sĩ có thể chỉnh kim và đưa kim vào sâu một cách nhẹ nhàng mà không sợ chọc thủng các cơ quan lân cận vì chỉ còn đầu tù trong khi bao gan, bao lách, thành dạ dày, thành đại

tràng lại rất dai và dày. Trong một số trường hợp có thể bơm nước muối sinh lý vào giữa hai tạng để có thể dễ dàng lách kim hơn. Sau đó tiến hành bấm sinh thiết/ chọc tế bào để lấy bệnh phẩm.

- Sau thủ thuật không quên siêu âm lại kiểm tra xem có chảy máu không để có thái độ xử trí kịp thời khi có tai biến

2. Về hiệu quả

Trong vòng 6 tháng, chúng tôi đã làm 34 case, có 02 case cho kết quả âm tính giả, và không có case nào có biến chứng sau sinh thiết.

IV. KẾT LUẬN

U tụy và quanh tụy là tổn thương thường gặp cần được chẩn đoán bằng tế bào học hoặc mô bệnh học để tiên lượng và điều trị. Với giải phẫu phức tạp thì FNA qua siêu âm nội soi và sinh thiết qua da bằng đường vào gián tiếp là những phương pháp thường dùng. Tuy nhiên chúng tôi đã thực hiện sinh thiết qua da bằng cách tiếp cận trực tiếp tổn thương tụy, quanh tụy và cho thấy đây là phương pháp có giá trị chẩn đoán cao, tỷ lệ tai biến thấp, hơn thế còn khắc phục được những nhược điểm của hai phương pháp kể trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang Y., Li L., Qu C. và cộng sự. (2016). Endoscopic ultrasound-guided fine needle core biopsy for the diagnosis of pancreatic malignant lesions: a systematic review and Meta-Analysis. *Scientific Reports*, **6**(1).
2. Elvin A., Andersson T., Scheibenpflug L. và cộng sự. (1990). Biopsy of the pancreas with a biopsy gun. *Radiology*, **176**(3), 677–679.
3. Paulsen S.D., Nghiem H.V., Negussie E. và cộng sự. (2006). Evaluation of Imaging-Guided Core Biopsy of Pancreatic Masses. *American Journal of Roentgenology*, **187**(3), 769–772.
4. Chen P.-T., Liu K.-L., Cheng T.-Y. và cộng sự. (2019). Indirect percutaneous core needle biopsy of solid pancreatic or peripancreatic lesions. *Abdom Radiol*, **44**(1), 292–303.
5. Xu K., Zhou L., Liang B. và cộng sự. (2012). Safety and accuracy of percutaneous core needle biopsy in examining pancreatic neoplasms. *Pancreas*, **41**(4), 649–651.

TÓM TẮT

Khối ở tụy và quanh tụy là tổn thương thường được phát hiện qua nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhau và hầu hết trong số đó đều cần lấy tế bào học hoặc sinh thiết làm mô bệnh học. Hai phương pháp thường dùng là FNA qua siêu

âm nội soi và sinh thiết qua da bằng cách tiếp cận tổn thương qua các tạng lân cận. Với giải phẫu phức tạp, nằm sâu sau phúc mạc, gần các mạch máu lớn : ĐM chủ bụng, ĐM thân tạng, ĐM lách... và được bao quanh bởi các tạng khác: dạ dày, gan, lách, thận...trong khi u tụy và khối quanh tụy thường nhỏ thì FNA qua siêu âm nội soi vẫn thường được ưu tiên lựa chọn hơn sinh thiết qua da.

FNA qua siêu âm nội soi là phương pháp có hiệu quả cao với độ nhạy 84% và độ đặc hiệu 98%, tỷ lệ biến chứng khoảng 1-2% [1], tuy nhiên bệnh phẩm lấy được ít chi đủ để làm tế bào học mà không đủ làm mô bệnh học. Sinh thiết qua da có giá trị chẩn đoán cao với độ nhạy 90,4% và độ chính xác 92% [2] khắc phục được nhược điểm trên của siêu âm nội soi [3], nhưng do tụy nằm sâu sau phúc mạc nên khi sinh thiết qua da hầu hết các bác sỹ can thiệp chọn con đường tiếp cận tổn thương gián tiếp qua các tạng khác điều này tương đối rủi ro và khó khăn đặc biệt với những người chưa có nhiều kinh nghiệm. Tiếp cận qua gan, lách, thận làm tăng nguy cơ chảy máu. Tiếp cận qua dạ dày và ruột tỷ lệ tai biến có thể lên tới 15.3% [4], [5] bao gồm: nhiễm trùng, viêm phúc mạc và thủng đường tiêu hoá. Tiếp cận qua túi mật có nguy cơ cao rò mật và viêm túi mật [4]

Sinh thiết u tụy và quanh tụy bằng đường trực tiếp là kỹ thuật mới có thể khắc phục được nhược điểm của cả 2 phương pháp vẫn thường dùng. Trong bài báo này, chúng tôi sẽ đưa ra một số ca lâm sàng sinh thiết u tụy bằng đường trực tiếp qua đó trình bày về kỹ thuật, hiệu quả chẩn đoán cũng như những tai biến của phương pháp này.

Từ khóa: *Chọc hút, sinh thiết, tụy*

Ngày nhận bài: 30.5.2019. Ngày chấp nhận đăng: 20.6.2019

Người liên hệ: Nguyễn Thị Khôi, Trung tâm CDHA bệnh viện Bạch Mai. Email: nguyenthikhoi2903@gmail.com