

VAI TRÒ CỦA SINH THIẾT BẰNG KIM LỖI DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG ĐÁNH GIÁ HẠCH CỔ BẤT THƯỜNG

Role of the ultrasound- guided core needle biopsy in the assessment of cervical lymphadenopathy

Vũ Thị Hoa, Vũ Thị Thu Lan, Lê Huy Thái, Nguyễn Thị Hằng, Nguyễn Việt Hà

SUMMARY

Objective: To evaluate the effectiveness and associated factors of ultrasound-guided core needle biopsy (US-CNB).

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 201 patients with suspected cervical lymphadenopathy, having a transverse diameter ≥ 5 mm, who underwent US-CNB at the Diagnostic Ultrasound Department of 108 Military Central Hospital from January 2022 to September 2023.

Results: Among 201 biopsied nodes, metastatic lymph nodes were the majority (52.2%), followed by lymphoma (15.9%) and benign lymph nodes (31.9%). Adequate diagnostic and histopathological subtyping specimens constituted the majority with 126 cases (62.6%), specimens requiring additional tests for diagnosis were 51 cases (25.4%), specimens deemed inadequate were 7 cases (3.5%), and equivocal specimens requiring surgical excision were 17 cases (8.5%). The sensitivity, specificity, and accuracy of cervical lymphadenopathy US-CNB were 93.4%, 100%, and 95.5%, respectively. Among 32 cases of lymphomas, 21 were diagnosed through US-CNB, and the remaining 11 cases required surgery, resulting in an overall accuracy of 65.6% for diagnosing lymphoma. Inadequate lymphadenopathy specimens were more common in the lymphoma group compared to metastatic and benign lymph nodes, and this difference was statistically significant with $p < 0.05$. Differences in transverse diameter, necrotic features, and needle size between the two groups were not statistically significant. No complications were encountered post-US-CNB.

Conclusion: US-CNB is a safe and effective method for diagnosing cervical lymphadenopathy with high accuracy and minimal invasiveness.

Keywords: *Biopsy, Ultrasound, cervical lymphadenopathy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những bệnh nhân có hạch to bất thường vùng cổ và mặt được chia làm hai nhóm: hạch di căn và hạch to chưa rõ nguyên nhân. Đặc biệt các trẻ nhỏ và vị thành niên hay gặp hạch viêm với một loạt nhiễm khuẩn đặc hiệu và không đặc hiệu.¹ Còn u lympho và hạch di căn từ ung thư biểu mô vùng cổ hay vùng khác đến hạch là nguyên nhân chính của nhóm hạch ác tính.² Đặc điểm mô bệnh học là điều cần thiết trước hết với mọi loại bệnh lý ác tính và sự chẩn đoán muộn với các loại hạch u lympho có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị sau đó. Việc chẩn đoán hạch to bất thường bằng hỏi tiền sử, diễn biến bệnh, khám lâm sàng và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Chọc tế bào kim nhỏ (FNA) là một kỹ thuật được sử dụng phổ biến, chi phí thấp có thể chẩn đoán chính xác hạch di căn tới 95%.³ Tuy nhiên, FNA có tỷ lệ âm tính giả cao và không thể phân tủy mô bệnh học của hạch u lympho.^{4,5} Chính vì vậy ngày nay vấn đề đang được quan tâm đó là lấy được mẫu bệnh phẩm đầy đủ về cấu trúc hạch, kiểu hình hóa mô miễn dịch và thậm chí cả kiểu gen để chẩn đoán chính xác. Do đó sinh thiết mở bóc toàn bộ hạch đáp ứng được các yêu cầu trên. Tuy nhiên sinh thiết mở có nhiều nhược điểm: là một kỹ thuật xâm lấn nhiều, nguy cơ nhiễm khuẩn cao, có nguy cơ gây tổn thương thần kinh, mạch máu và để lại sẹo.² Ngoài ra việc sinh thiết mở còn có chi phí cao, trì hoãn thời gian chẩn đoán và điều trị, có thể có các tác dụng phụ của phương pháp vô cảm. Chính vì vậy mà gần đây phương pháp sinh thiết hạch to bất thường dưới hướng dẫn siêu âm ngày càng được chấp nhận rộng rãi để chẩn đoán bản chất hạch. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của kỹ thuật sinh thiết hạch cổ bằng kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm và các yếu tố ảnh hưởng đến độ chính xác của kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có lâm sàng nghi ngờ hạch cổ bất thường và/ hoặc có đặc điểm siêu âm nghi ngờ khi siêu âm 2D và Doppler, được tiến hành sinh thiết hạch dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa siêu âm chẩn đoán Bệnh Viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2022

đến tháng 09 năm 2023. Các hạch nghi ngờ trên lâm sàng bao gồm hạch cứng chắc, ranh giới không rõ và không di động. Đặc điểm nghi ngờ trên siêu âm bao gồm: đường kính ngang $\geq 5\text{mm}$, có hình tròn (trục rộng/ dài $\geq 0,5$) và mất cấu trúc rốn hạch (theo Vassallo⁶) 2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN dị ứng với thuốc tê, nhiễm trùng vị trí sinh thiết, rối loạn đông máu có tiểu cầu $< 70\text{G/L}$, hạch cổ di động gây khó khăn khi đưa kim tiếp cận vào hạch.

2. Phương pháp nghiên cứu

- + Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- + Phương pháp thu thập thông tin nghiên cứu: Sử dụng bệnh án nghiên cứu
- + Kỹ thuật sinh thiết hạch cổ dưới hướng dẫn siêu âm:

Trước khi sinh thiết, bệnh nhân được siêu âm với máy siêu âm GE Voluson S8 với đầu dò Linear 5-12MHz đánh giá vị trí, kích thước, độ hồi âm, đặc điểm hoại tử, vôi hóa và tăng sinh mạch trong hạch. Sau đó xác định đường vào của kim sinh thiết. Kỹ thuật này được thực hiện bởi bác sỹ điện quang can thiệp. Kim sinh thiết là kim tru-cut đồng trục bán tự động cỡ 14G, 16G và 18G, chiều dài lõi 2cm. Tiến hành sát trùng rộng, trải sẵn vô khuẩn vùng cổ, bọc đầu dò và gây tê tại chỗ. Chọc kim dẫn đường qua vị trí đánh dấu vừa đủ vượt qua vỏ hạch dưới hướng dẫn siêu âm. Quan sát trên màn hình siêu âm để đưa kim vào vị trí tối ưu, rút nòng của kim dẫn đường ra đồng thời đưa ngay kim cắt vào trong lòng của kim dẫn đường và tiến hành cắt để lấy từ 3 đến 5 bệnh phẩm. Sau khi rút kim sinh thiết ra khỏi lòng của kim dẫn đường, phải lập tức đưa lại nòng của kim dẫn đường vào để tránh nguy cơ tràn khí vào vùng cắt. Cho ngay bệnh phẩm vào lọ đựng bệnh phẩm. Gửi bệnh phẩm và giấy chỉ định đến khoa giải phẫu bệnh. Bệnh nhân được đưa về buồng theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ trong vòng 30 phút sau thủ thuật. Kết quả mẫu bệnh phẩm thu được sau sinh thiết hạch cổ dưới siêu âm chia làm 4 mức độ: Độ 0 là không đủ mẫu để chẩn đoán; Độ 1: Mẫu bệnh phẩm còn phân vân chưa chẩn đoán được, cần mở bóc hạch; Độ 2: Cần làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán

nhưng không cần mổ; Độ 3: Chẩn đoán đầy đủ cả về bệnh và phân typ mô bệnh học.

3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Dữ liệu được thu thập và

kết quả được phân tích thống kê bằng cách sử dụng Chi-square test và Fisher's Exact test.

4. Chuẩn mực đạo đức

Có được sự đồng ý từ tất cả những người tham gia hoặc từ cha mẹ của họ nếu đối tượng < 18 tuổi bằng đơn cam đoan. Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Y Đức của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Kỹ thuật sinh thiết đã được thực hiện theo các hướng dẫn và quy định của Bộ Y Tế.

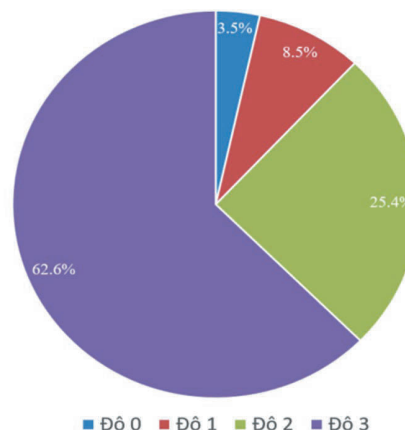
III. KẾT QUẢ

1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: từ 12 đến 89 tuổi, trung bình 55,47 tuổi
- Phân bố theo giới: Nam chiếm 71,1%, nữ chiếm 28,9%, nam/nữ: 2.5lần

2. Kết quả của kỹ thuật sinh thiết hạch cổ dưới siêu âm

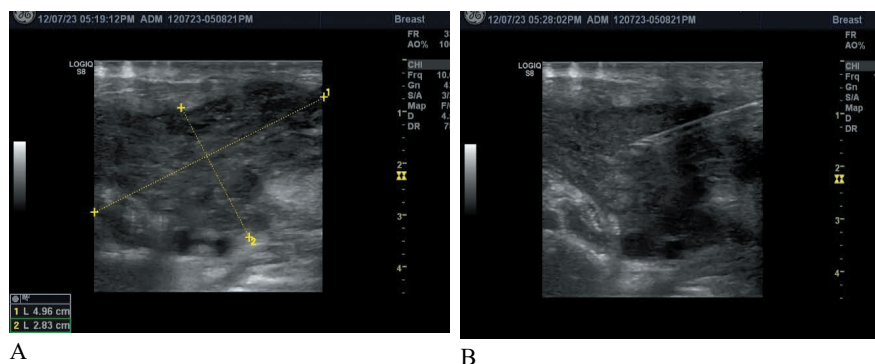
Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán mô bệnh học của các hạch trong nghiên cứu được thu thập bệnh phẩm qua cả US-CNB lẫn sinh thiết mở bóc hạch có 201 trường hợp thấy hạch di căn chiếm phần lớn với 105 ca chiếm 52,2%, u lympho với 32 ca chiếm 15,9%, hạch lành tính với 64 ca chiếm 31,8%.



Biểu đồ 1. Kết quả mẫu bệnh phẩm thu được sau sinh thiết

Nhận xét: Độ 3 tức mẫu bệnh phẩm đủ điều kiện chẩn đoán bệnh và phân typ mô bệnh học chiếm phần lớn với 126 trường hợp, chiếm 62,6%, ít nhất là độ 0 tức là mẫu bệnh phẩm không đủ điều kiện là 7 trường hợp chiếm 3,5%. Tỷ lệ các mẫu bệnh phẩm không đạt yêu cầu gồm độ 0 và độ 1 chiếm 12%.

Các trường hợp có mẫu bệnh phẩm chẩn đoán đầy đủ và mẫu bệnh phẩm cần làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán được xếp vào nhóm đủ điều kiện chẩn đoán, mẫu bệnh phẩm không đủ điều kiện hay phân vân cần mổ được xếp vào nhóm không đủ điều kiện để chẩn đoán của US-CNB. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, dự báo dương tính, dự báo âm tính của sinh thiết hạch dưới siêu âm lần lượt là 93,4%, 100%, 95,5%, 100% và 87,7%.



Hình 1. Bệnh nhân nam 70 tuổi, chẩn đoán bệnh Non Hodgkin tế bào B lớn: A. Hình ảnh siêu âm hạch cổ nhóm IB phải với đặc điểm giảm âm, bờ không đều, kích thước 49,6x28,3mm, có các hốc dịch hoại tử nhỏ trong hạch. B. Hình ảnh đưa kim sinh thiết vào trong hạch lấy bệnh phẩm.

Bảng 1. Bảng kết quả chẩn đoán của mẫu bệnh phẩm sinh thiết đủ điều kiện và mẫu không đủ điều kiện chẩn đoán

	Chẩn đoán bệnh	Số lượng (n)	%
Mẫu bệnh phẩm đủ điều kiện	Bệnh Hogdkin	1	0,6
	Non Hogdkin tế bào B lớn	12	6,8
	Non Hogdkin của tổ chức lympho niêm mạc	1	0,6
	Non Hogdkin tế bào áo nang	5	2,8
	Non Hogdkin tế bào T ngoại vi	2	1,1
	Ung thư biểu mô tế bào vảy di căn hạch	39	22
	Ung thư biểu mô khác di căn hạch	59	33,3
	Các tổn thương lành tính	58	32,8
Tổng		177	100
Mẫu bệnh phẩm không đủ điều kiện	Bệnh Hogdkin	1	4,2
	Non Hogdkin tế bào B lớn	7	29,2
	U lympho tế bào nhỏ	1	4,2
	Non Hogdkin kém biệt hóa	1	4,2
	Non Hogdkin tế bào T ngoại vi	1	4,2
	Ung thư biểu mô khác di căn hạch	7	29,2
	Các tổn thương lành tính	6	25
	Tổng		24

Nhận xét: Trong toàn bộ nhóm nghiên cứu có tổng ca 32 u lympho, trong đó số lượng chẩn đoán được qua US-CNB là 21 trường hợp còn lại 11 trường hợp cần mổ sinh thiết làm giải phẫu bệnh. Do đó sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm chẩn đoán chính xác hạch u

lympho là 65,6%. Trong số 24 trường hợp mẫu không đủ điều kiện chẩn đoán thì u lympho chiếm phần lớn với 11 trường hợp, ung thư biểu mô khác là 7 trường hợp và 6 trường hợp lành tính.

Bảng 2. Các yếu tố ảnh hưởng đến thành công hay thất bại của sinh thiết hạch cổ dưới hướng dẫn siêu âm

Các yếu tố		GPB	Mẫu không đủ điều kiện chẩn đoán	Mẫu đủ điều kiện chẩn đoán	Tổng	p
Chiều rộng	≥ 8mm		18 75%	150 84,7%	168 83,6%	0,242
	< 8mm		6 25%	27 15,3%	33 16,4%	

Bản chất	Hạch di căn	7 29,2%	98 55,4%	105	0,000
	U lympho	11 45,8%	21 11,9%	32	
	Hạch lành tính	6 25%	58 32,8%	64	
Hoại tử trong hạch	Có	4 16,7%	22 12,2%	26	0,524
	Không	20 83,3%	155 87,6%	175	
Kim	14G	1 4,2%	8 4,5%	9	0,759
	16G	22 91,7%	154 87%	176	
	18G	1 4,2%	15 8,5%	16	

Ghi chú: $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê, kiểm định Chi-square và test Fisher

Nhận xét: Hạch u lympho chiếm tỷ lệ lớn trong nhóm mẫu không đủ điều kiện so với hạch di căn và hạch lành tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa hai nhóm theo đường kính ngang, đặc điểm hoại tử của hạch và kích cỡ kim sinh thiết không có ý nghĩa thống kê. Không gặp trường hợp nào có tai biến và biến chứng nặng sau US-CNB.

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm ngày càng được quan tâm và dần dần thay thế sinh thiết mở bóc hạch ở đầu, cổ và cả những vị trí khác. Khắc phục những nhược điểm của sinh thiết mở, US-CNB ít xâm lấn, không gây tổn thương các mạch máu quan trọng và các cấu trúc thần kinh, thời gian nhanh và dễ dàng thực hiện, thực hiện với cả những bệnh nhân ngoại trú. Với sự tiến bộ của kỹ thuật sinh thiết có siêu âm dẫn đường và kỹ thuật chẩn đoán mô bệnh học, đặc biệt với sự trợ giúp của hóa mô miễn dịch, vai trò của US-CNB có nhiều thay đổi. Từ việc chẩn đoán hạch lành và hạch ác tính, US-CNB có thể giúp chẩn đoán xác định, bao gồm cả phân typ của bệnh Hodgkin và không Hodgkin. Tỷ

lệ các mẫu bệnh phẩm không đạt yêu cầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 12%, cao hơn so với nghiên cứu của Sreaton⁷ và Pfeiffer⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của chẩn đoán hạch ác tính và hạch lành tính khi lấy mẫu bệnh phẩm qua US- CNB so sánh với kết quả chẩn đoán cuối của BN là 93,4%, 100%, 95,5% và tương đồng với các tác giả Oh K.H², Han⁹, Jennings PE¹⁰. Trong nhiều trường hợp u lympho và các loại ung thư biểu mô thì hóa mô miễn dịch được xem như là một tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh, phân typ và xây dựng chiến lược điều trị cho từng bệnh nhân. Trong phần lớn các trường hợp US-CNB có thể thay phương pháp sinh thiết mở để giảm tỷ lệ thương tật đặc biệt với các trường hợp hạch to có phá vỡ vỏ hạch, xâm lấn các cấu trúc mạch máu và thần kinh xung quanh và cả các trường hợp bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh lý nền không phù hợp để mổ. Phương pháp sinh thiết mở được đặt ra khi kết quả chẩn đoán qua US-CNB chưa rõ ràng hoặc âm tính trong khi chẩn đoán hình ảnh, lâm sàng và các xét nghiệm khác gợi ý hạch ác tính.¹¹ Nhiều nghiên cứu chỉ ra vẫn có khả năng gieo rắc tế bào ung thư theo đường kim sinh thiết và cũng chưa có bằng

chứng nói lên mối liên quan giữa việc gieo rắc tế bào ung thư với việc sử dụng kim sinh thiết cỡ lớn. Di căn theo đường kim sinh thiết không thể loại trừ nên trong những trường hợp hạch di căn cần mổ nạo vét để điều trị thì sẽ được các nhà ngoại khoa chỉ định mổ sớm sau sinh thiết và vùng mổ cắt bỏ cả đường đi của kim sinh thiết. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy biến chứng gieo rắc tế bào ung thư theo đường kim sinh thiết, tuy nhiên do nghiên cứu trong thời gian ngắn nên chưa đánh giá được toàn bộ quá trình diễn biến bệnh của bệnh nhân.

Trong phần lớn các hạch u lympho, US-CNB giúp chẩn đoán mô bệnh học và giúp phân típ u lympho với tỷ lệ chính xác là 65,6%, tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Burke, Huang, De Larrinoa¹²⁻¹⁴, đó là số lượng hạch u lympho trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp, chưa phản ánh chính xác được toàn bộ nhóm u lympho. Còn lại 11 hạch u lympho không đủ mẫu bệnh phẩm để chẩn đoán, điều này được giải thích là do hầu hết đều là các thể không phải tế bào B lớn lan tỏa, các phân típ này tổn thương có thể chỉ ở vỏ hạch, hoặc cần phải lấy cả vỏ hạch và xoang hạch mới chẩn đoán được típ, trong khi đó mảnh bệnh phẩm US-CNB thì chỉ lấy được một vùng, không mang tính đại diện cho hạch. Thể

không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa thì chiếm phần lớn trong u lympho, kết hợp với việc nhận biết và chẩn đoán típ này dễ dàng hơn so với các thể còn lại. Tuy nhiên giữa các thể không Hodgkin tế bào hỗn hợp và tế bào lớn hay gây ra sự nhầm lẫn liên quan đến việc xuất hiện của tế bào lớn và việc phân biệt sự lan tỏa với kiểu hình các hốc nhỏ trong hạch như không Hodgkin tế bào nang và tế bào áo nang. Các kiểu hình này thì cần mổ bóc toàn bộ hạch để đưa ra chẩn đoán chính xác.¹³ Đây cũng chính là lí do giải thích hạch u lympho có tỷ lệ mẫu không đủ điều kiện chẩn đoán cao hơn so với nhóm hạch di căn và hạch lành tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong số các mẫu bệnh phẩm không chẩn đoán được có 7 hạch di căn ung thư biểu mô khác có hoại tử nên khó lấy mẫu bệnh phẩm đầy đủ và tế bào bị phá vỡ, mô học bị méo mó. Tuy nhiên số lượng hạch hoại tử trong nghiên cứu còn thấp nên không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết hạch cổ dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp chẩn đoán hạch bất thường vùng cổ có hiệu quả với độ chính xác cao và ít xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bain G, Bearcroft P, Berman L, Grant J. The use of ultrasound-guided cutting-needle biopsy in paediatric neck masses. *European radiology*. 2000;10:512-515.
2. Oh K, Woo J-S, Cho J-G, Baek S, Jung K-Y, Kwon SY. Efficacy of ultrasound-guided core needle gun biopsy in diagnosing cervical lymphadenopathy. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. 2016;133(6):401-404.
3. Kline TS, Kannan V, Kline IK. Lymphadenopathy and aspiration biopsy cytology. Review of 376 superficial nodes. *Cancer*. 1984;54(6):1076-1081.
4. Steel BL, Schwartz MR, Ramzy I. Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of lymphadenopathy in 1,103 patients. Role, limitations and analysis of diagnostic pitfalls. *Acta cytologica*. 1995;39(1):76-81.
5. Nasuti J, Yu G, Boudousquie A, Gupta P. Diagnostic value of lymph node fine needle aspiration cytology: an institutional experience of 387 cases observed over a 5 year period. *Cytopathology*. 2000;11(1):18-31.
6. Vassallo P, Wernecke K, Roos N, Peters PE. Differentiation of benign from malignant superficial lymphadenopathy: the role of high-resolution US. *Radiology*. 1992;183(1):215-220.

7. Screaton NJ, Berman LH, Grant JW. Head and neck lymphadenopathy: evaluation with US-guided cutting-needle biopsy. *Radiology*. 2002;224(1):75-81.
 8. Pfeiffer J, Kayser G, Technau Ihling K, Boedeker CC, Ridder GJ. Ultrasound guided core needle biopsy in the diagnosis of head and neck masses: Indications, technique, and results. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*. 2007;29(11):1033-1040.
 9. Han F, Xu M, Xie T, et al. Efficacy of ultrasound-guided core needle biopsy in cervical lymphadenopathy: A retrospective study of 6,695 cases. *European Radiology*. 2018;28:1809-1817.
 10. Jennings P, Coral A, Donald J, Rode J, Lees W. Ultrasound-guided core biopsy. *The Lancet*. 1989;333(8651):1369-1371.
 11. Demharter J, Müller P, Wagner T, Schlimok G, Haude K, Bohndorf K. Percutaneous core-needle biopsy of enlarged lymph nodes in the diagnosis and subclassification of malignant lymphomas. *European radiology*. 2001;11:276-283.
 12. Burke C, Thomas R, Inglis C, et al. Ultrasound-guided core biopsy in the diagnosis of lymphoma of the head and neck. A 9 year experience. *The British journal of radiology*. 2011;84(1004):727-732.
 13. Huang PC, Liu CY, Chuang WY, Shih LY, Wan YL. Ultrasound-guided core needle biopsy of cervical lymphadenopathy in patients with lymphoma: the clinical efficacy and factors associated with unsuccessful diagnosis. *Ultrasound in medicine & biology*. 2010;36(9):1431-1436.
 14. de Larrinoa AF, del Cura J, Zabala R, Fuertes E, Bilbao F, Lopez JI. Value of ultrasound guided core biopsy in the diagnosis of malignant lymphoma. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2007;35(6):295-301.
-

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật sinh thiết bằng kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm (Ultrasound-guided core needle biopsy– US-CNB).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 bệnh nhân (BN) có hạch nghi ngờ và có đường kính ngang ≥ 5 mm, được US-CNB tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 09 năm 2023.

Kết quả: Trong 201 hạch cổ được US-CNB, hạch di căn chiếm phần lớn (52,2%), theo sau là u lympho (15,9%) và hạch lành tính (31,9%). Mẫu bệnh phẩm đủ điều kiện chẩn đoán và phân tủy mô bệnh học với 126 ca (62,6%), nhóm cần làm thêm xét nghiệm là 51 ca (25,4%), nhóm không đủ điều kiện là 7 ca (3,5%) và nhóm phân vân cần mổ là 17 ca (8,5%). Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của US-CNB so với kết quả chẩn đoán cuối cùng của BN lần lượt là 93,4%, 100% và 95,5%. Trong 32 hạch u lympho, chẩn đoán qua US-CNB là 21 ca, còn lại 11 ca cần mổ. Độ chính xác chẩn đoán hạch u lympho bằng US-CNB là 65,6%. Trong nhóm không đủ điều kiện, hạch u lympho chiếm tỷ lệ cao hơn so với hạch di căn và hạch lành tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, còn theo chiều rộng, đặc điểm hoại tử và kích cỡ kim thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Không gặp ca nào có biến chứng nặng sau US-CNB.

Kết luận: US-CNB là một phương pháp chẩn đoán hạch bất thường vùng cổ có hiệu quả với độ chính xác cao và ít xâm lấn.

Từ khóa: Sinh thiết, siêu âm, hạch cổ.

Người liên hệ: Vũ Thị Hoa. Email: Vuhoahvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/09/2023. Ngày nhận phản biện: 27/09/2023. Ngày chấp nhận đăng: 06/12/2023