

Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật sinh thiết bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn hướng dẫn của nội soi siêu âm ở bệnh nhân u tụy

Trịnh Phạm Mỹ Lệ¹, Hồ Đăng Quý Dũng¹, Trần Đình Trí¹, Trần Văn Huy^{2*}

(1) Bệnh viện Chợ Rẫy

(2) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư tụy là bệnh tiến triển nhanh, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp, không quá 11%. Tuy nhiên, nếu được phát hiện và điều trị sớm thì tỷ lệ sống sau 5 năm cải thiện rõ. Chẩn đoán ung thư tụy, bên cạnh các biện pháp chẩn đoán hình ảnh thông thường, việc có được tiêu chuẩn vàng về mô bệnh học để chẩn đoán ung thư tụy đến nay vẫn còn là một thách thức. Sự ra đời của siêu âm nội soi và kỹ thuật sinh thiết bằng kim nhỏ (EUS-FNB) đã tạo ra bước ngoặt lớn trong chẩn đoán mô bệnh học về u tụy. Nhưng ở Việt Nam chưa có nhiều công bố về hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật này. **Mục tiêu:** 1. Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật EUS-FNB trên các bệnh nhân u tụy. 2. Khảo sát một số yếu tố liên quan giữa thủ thuật EUS-FNB và kết quả mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân có khối u tụy hoặc nghi ngờ u tụy được làm EUS-FNB tại khoa Nội soi, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2021 đến 15/10/2021. **Kết quả:** Có 97 bệnh nhân u tụy được làm EUS-FNB, không có biến chứng đáng kể. 80,4% bệnh nhân mô bệnh học chẩn đoán được bản chất khối u, 19,6% không có tế bào u trong mẫu bệnh phẩm. FNB với kim 19G cho kết quả mô bệnh học cao hơn so với kim 22G ($p < 0,01$). Có sự khác biệt có ý nghĩa về kết quả mô bệnh học giữa các đoạn chiều dài mẫu mô thu được < 4 mm, 4 - 7 mm và ≥ 8 mm. **Kết luận:** EUS-FNB là thủ thuật hiệu quả và tương đối an toàn trong chẩn đoán ung thư tụy. Có sự liên quan có ý nghĩa giữa kích thước kim làm FNB, chiều dài mẫu mô thu được với kết quả mô bệnh học.

Từ khóa: nội soi siêu âm, u tụy, EUS-FNB, sinh thiết bằng kim nhỏ.

Application of endoscopic ultrasound guided needle biopsy in patients with pancreatic tumor

Trinh Pham My Le¹, Ho Dang Quy Dung¹, Tran Dinh Tri¹, Tran Van Huy^{2*}

(1) Cho Ray Hospital

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Pancreatic cancer is a rapidly progressive disease, low 5-year survival rate (less than 11%). However, if pancreatic tumors detected and treated early, the 5-year survival rate improves significantly. The diagnosis of pancreatic cancer, besides conventional imaging measures. It has been a challenge to obtain a histopathological gold standard for the diagnosis of pancreatic cancer. The advent of endoscopic ultrasound and endoscopic ultrasound guide fine-needle biopsy (EUS-FNB) has created a major turning point in the histopathological diagnosis of pancreatic tumors. In Vietnam, there have not been many announcements about the effectiveness and safety of this technique. **Objectives:** 1. To evaluate the effectiveness and safety of EUS-FNB procedure in patients with pancreatic tumor; 2. To investigate some related factors between EUS-FNB procedure and histopathological results. **Subjects and methods:** Descriptive cross-sectional study on patients who had a pancreatic tumor or suspected pancreatic tumor and underwent EUS-FNB at the Endoscopy Department of Cho Ray Hospital from January 1st, 2021 to October 15th 2021. **Results:** There were 97 pancreatic tumor patients who underwent EUS-FNB, without significant complications. 80.4% of patients had histopathological result to diagnose the tumor nature, 19.6% patients had no tumor cells in the specimen. FNB with 19G needle gave higher histopathological results than 22G needle ($p < 0.01$). There was a significant difference in histopathological results between the tissue sample length segments obtained < 4 mm, 4 - 7 mm and ≥ 8 mm. **Conclusion:** EUS-FNB is effective and relatively safe procedure in

Địa chỉ liên hệ: Trần Văn Huy; email: bstranvanhuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/3/2023; Ngày đồng ý đăng: 12/5/2023; Ngày xuất bản: 10/6/2023

DOI: 10.34071/jmp.2023.3.8

patients with pancreatic tumor. There was a significant relationship between the needle size for FNB, the length of the tissue obtained with the histopathological results.

Key words: Endoscopic Ultrasound, Pancreatic tumor, EUS-FNB.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy là bệnh lý ác tính cao, tiến triển nhanh và hiếm khi được phát hiện ở giai đoạn sớm [1]. Theo số liệu của GLOBOCAN 2020, ung thư tụy chiếm 2,6% trong tất cả các loại ung thư với 495773 trường hợp mắc mới nhưng tỷ lệ tử vong chiếm 4,7% trong tất cả các trường hợp tử vong vì bệnh ung thư ở cả 2 giới. Ung thư tụy khi được phát hiện đa số đã tiến triển đến giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật, nếu còn phẫu thuật được thì là một cuộc phẫu thuật lớn có nhiều nguy cơ [2]. Tỷ lệ sống của ung thư tụy sau 1 năm là 24%, sau 5 năm là 9% [3]. Tuy nhiên, nếu được phát hiện sớm (khi kích thước khối u ≤ 2 cm) và điều trị thích hợp thì tỷ lệ sống sau 5 năm khá cao (68,7% cho giai đoạn IA, 85,8% cho giai đoạn 0) [4]. Theo nghiên cứu tổng hợp của tác giả Takeichi Yoshida và cộng sự trên 2490 bệnh nhân ung thư tụy, trong đó có 0,8% bệnh nhân có kích thước khối u khi phát hiện < 10 mm thì tỷ lệ sống sau 5 năm đạt 80,4% [5]. Như vậy, chẩn đoán ung thư tụy giai đoạn sớm có ý nghĩa quan trọng trong điều trị và tiên lượng thời gian sống cho người bệnh.

Có nhiều phương thức được sử dụng kết hợp trong chẩn đoán và phân giai đoạn của ung thư tụy như siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, siêu âm nội soi (EUS). Hiện nay, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ cũng cho kết quả đáng tin cậy về u tụy. Tuy nhiên, với những khối u nhỏ (< 2 cm) thì độ nhạy của chụp cắt lớp vi tính (CTscan) và chụp cộng hưởng từ (MRI) còn hạn chế [6]. Với sự phát triển mạnh mẽ trong những thập niên gần đây, EUS ngày càng có vai trò quan trọng trong các bệnh lý mật - tụy, trong đó phải kể đến vai trò của EUS trong đánh giá các tổn thương ở nhu mô tụy. EUS cho phép đầu dò siêu âm tiếp cận gần nhất với tụy và các cơ quan lân cận để khảo sát, từ đó có thể chẩn đoán được u tụy ngay từ khi khối u còn ở giai đoạn sớm.

Nhiều nghiên cứu cho thấy EUS rất nhạy trong việc phát hiện các khối u ở tụy kể cả khối u nhỏ hơn 2 cm. Theo tác giả Kitano M và cộng sự, độ nhạy của EUS trong chẩn đoán u tụy là 98% [7]. Theo tác giả Juana GonzaloMarin, độ nhạy trong chẩn đoán u tụy của EUS dao động từ 93 - 100% trong khi CTscan dao động từ 53 - 92%, đặc biệt những khối u nhỏ (< 2 cm) thì độ nhạy của EUS lên đến 99% so với CTscan 55% [8]. Một ưu thế nữa của EUS là đồng thời có thể thực hiện được thủ thuật chọc hút hoặc sinh thiết bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi

(EUS-FNA hoặc EUS-FNB) để lấy nhu mô tụy làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, giúp chẩn đoán chính xác bản chất tổn thương để việc điều trị đạt được kết quả tốt.

Ở Việt Nam, có một vài nghiên cứu về EUS-FNA nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật EUS-FNB ở bệnh nhân u tụy. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm:

1. *Đánh giá hiệu quả, tính an toàn của kỹ thuật EUS-FNB trên bệnh nhân u tụy.*

2. *Khảo sát một số yếu tố liên quan giữa thủ thuật EUS-FNB và kết quả mô bệnh học.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán u tụy qua CTscan hoặc MRI hoặc bệnh nhân nghi ngờ u tụy nhưng CTscan/MRI chưa phát hiện tổn thương được làm EUS-FNB tại khoa Nội soi, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2021 đến 15/10/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tình trạng huyết động không ổn định, có bệnh lý về hô hấp, tim mạch không thể tiến hành làm EUS. Bệnh nhân có bệnh lý đường tiêu hoá trên mà EUS không khảo sát hết toàn bộ tụy và các cơ quan liên quan. Đợt viêm tụy cấp trên bệnh nhân ung thư tụy.

Phương tiện nghiên cứu:

Hệ thống máy siêu âm nội soi Olympus EVIS EXERA III 190, EU-ME2, đầu dò Linear GF-UCT180.

Kim sử dụng làm EUS-FNB: kim sinh thiết có tại khoa Nội soi, loại kim 19 Gauge, 22 Gauge.

Quy trình thực hiện:

Chuẩn bị bệnh nhân:

Bệnh nhân được hỏi tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng kết hợp cận lâm sàng và hội chẩn tại khoa Nội soi để có chỉ định đúng.

Tư vấn, giải thích cho bệnh nhân và người nhà về thủ thuật, các biến chứng có thể xảy ra. Bệnh nhân hoặc người nhà ký cam kết đồng ý tham gia thủ thuật.

Nhịn ăn uống ít nhất 8 giờ trước thủ thuật.

Tiến hành:

Bệnh nhân nằm tư thế nghiêng trái như trong kỹ thuật nội soi dạ dày thông thường.

Bệnh nhân được thở ô-xy, tiền mê, giảm đau nhẹ bằng fentanyl và midazolam. Theo dõi tình trạng bệnh

nhân qua monitor trong suốt quá trình làm nội soi.

Tiến hành làm nội soi siêu âm đánh giá đường tiêu hoá và các cơ quan lân cận, đánh giá tổn thương. Nếu bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn làm EUS-FNB thì chúng tôi tiến hành làm thủ thuật.

Điều chỉnh ống soi sao cho vị trí tiếp cận ống soi với tổn thương gần nhất và thuận lợi nhất. Sử dụng Doppler để đánh giá mạch máu bên trong và xung quanh tổn thương. Chọn vị trí thích hợp và tiến hành làm FNB.

Tiêu chuẩn đánh giá mẫu bệnh phẩm thu được đạt yêu cầu:

Dựa vào đánh giá đại thể tại chỗ lõi bệnh phẩm thu được (Macroscopic onsite evaluation: MOSE). Theo nghiên cứu của tác giả Iwashita và cộng sự: khi chiều dài mẫu mô thu được ≥ 4 mm được xem là ngưỡng đủ để đánh giá về mặt mô học [9].

Mẫu bệnh phẩm sau khi chọc hút được đặt lên lam kính trượt, đánh giá đại thể sự hiện diện của lõi mô có thể nhìn thấy được. Sự hiện diện của lõi mô có thể nhìn thấy được đánh giá là lõi mô màu trắng hoặc hơi vàng, với khối lượng rõ ràng. Khối lõi mô được đánh giá là đạt yêu cầu khi tổng chiều dài của khối lõi mô ≥ 4 mm [9]. Nếu tổng chiều dài của khối lõi mô chưa đạt thì lặp lại quy trình chọc hút cho đến khi tổng chiều dài khối lõi mô đạt được ≥ 4 mm. Khi đó thủ thuật EUS-FNB hoàn tất. Cố định bệnh phẩm và gửi mẫu làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

Theo dõi sau thủ thuật:

Theo dõi tại phòng hồi sức khoa Nội soi sau thủ thuật 2 giờ, đánh giá các tai biến tức thì của thủ thuật như đau bụng, thủng, chảy máu. Nếu ổn định, bệnh nhân trở về khoa phòng điều trị đối với bệnh nhân nội trú hoặc ra về đối với các bệnh nhân ngoại trú.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 97 bệnh nhân u tụy trong tổng số 144 bệnh nhân được làm EUS-FNB. Tỷ lệ nam/nữ là 67/30, tuổi trung bình là 61 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 89 tuổi. 3/97 (3,1%) bệnh nhân đau bụng nhẹ sau thủ thuật.

3.2. Đặc điểm về khối u tụy

3.2.1. Kích thước của u tụy

Bảng 1. Kích thước u tụy

Kích thước u (mm)	n	Tỷ lệ %
≤ 20	5	5,2
> 20	92	94,8
Tổng	97	100

Kích thước trung bình của khối u là: $43,4 \pm 15,6$ mm; nhỏ nhất là 14 mm; lớn nhất là 90 mm. 94,8% bệnh nhân có kích thước khối u > 20 mm, 5 bệnh nhân (5,2%) có kích thước khối u ≤ 20 mm.

3.2.2. Vị trí tổn thương u tụy

Bảng 2. Vị trí tổn thương u tụy

Vị trí tổn thương	n	Tỷ lệ %
Đầu tụy	51	52,6
Thân tụy	36	37,1
Đuôi tụy	10	10,3
Tổng	97	100

Khối u ở đầu tụy chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,6%, thân tụy chiếm 37,1%, thấp nhất là u ở đuôi tụy với 10,3%.

3.3. Đặc điểm về EUS-FNB và mẫu mô thu được.

3.3.1. Loại kích thước kim chọc

Bảng 3. Loại kích thước kim chọc

Kim chọc	n	Tỷ lệ %
19G	63	64,9
22G	33	34,1
22G và 19G	1	1,0

19G là kim được sử dụng nhiều nhất với 64,9%, 22G chiếm 34,1%. 1 trường hợp sử dụng cả 02 loại kim 19G và 22G.

3.3.2. Số lần chọc trung bình

Bảng 4. Số lần chọc trung bình của các loại kim

Kim chọc	Số lần chọc trung bình	p
19G	1,65 ± 0,70	0,12
22G	1,88 ± 0,65	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về số lần chọc trung bình giữa hai loại kích thước kim 19G và 22G với $p > 0,05$.

3.3.3. Chiều dài mẫu mô thu được sau khi làm EUS-FNB

Bảng 5. Chiều dài mẫu mô thu được

Chiều dài mô (mm)	n	Tỷ lệ %
< 4	2	2,1
4 - 7	46	47,4
≥ 8	49	50,5

Chiều dài mẫu mô thu được ≥ 8 mm chiếm tỷ lệ 50,5%, 47,4% bệnh nhân có chiều dài mẫu mô thu được 4 - 7 mm, 2,1% bệnh nhân có chiều dài mẫu mô thu được < 4 mm.

3.3.4. Chiều dài trung bình của mẫu mô theo từng loại kim

Bảng 6. Chiều dài trung bình của mẫu mô theo từng loại kim

Kim chọc	Chiều dài trung bình mẫu mô (mm)	p
19G	8,37 ± 2,93	0,001
22G	6,42 ± 2,17	

Chiều dài trung bình của mẫu mô thu được với kim 19G là 8,37 mm, kim 22G là 6,42 mm. Có sự khác biệt có ý nghĩa về chiều dài trung bình của mẫu mô thu được theo từng loại kim.

3.3.5. Kết quả mô bệnh học sau khi làm EUS-FNB

Bảng 7. Kết quả mô bệnh học sau khi làm EUS-FNB

Kết quả mô bệnh học	N	Tỷ lệ %
Carcinoma tuyến	69	71,1
NET	5	5,1
IPMN	2	2,1
MCN	2	2,1
Không tế bào U (Mô viêm, hoại tử...)	19	19,6
Tổng	97	100

Carcinoma tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,1%, 5 trường hợp là u thần kinh nội tiết (NET) chiếm 5,1%, 19,6% bệnh nhân không có tế bào u trong mẫu thu được.

3.4. Liên quan giữa kim làm FNB và kết quả mô bệnh học

Bảng 8. Liên quan giữa kim làm FNB và kết quả mô bệnh học

Kết quả MBH \ Kim	19G	22G	p
Chẩn đoán được bản chất khối u	59 (93,7%)	18 (54,5%)	< 0,01
Không tế bào u	4 (6,3%)	15 (45,5%)	
Tổng	63 (100%)	33 (100%)	96

Có 59/63 (93,7%) bệnh nhân được làm FNB bằng kim 19G và 18/33 (54,5%) bệnh nhân được làm FNB bằng kim 22G có kết quả mô bệnh học chẩn đoán được bản chất tổn thương. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả mô bệnh học sau khi làm FNB giữa kim 19G và kim 22G ($p < 0,01$).

3.5. Liên quan giữa chiều dài mẫu mô và kết quả mô bệnh học.

Bảng 9. Liên quan giữa chiều dài mẫu mô và kết quả mô bệnh học

Kết quả MBH \ Chiều dài mô (mm)	< 4	4-7	≥ 8	p
Chẩn đoán được bản chất khối u	0 (0%)	31 (67,4%)	46 (93,9%)	<0,01
Không thấy tế bào u	2 (100%)	15 (32,6)	3 (6,1%)	
Tổng	2 (100%)	46 (100%)	49 (100%)	

2 trường hợp có chiều dài mẫu mô thu được < 4 mm đều không thấy tế bào u trong mẫu. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê về chiều dài mẫu mô và kết quả mô bệnh học thu được.

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 97 bệnh nhân làm EUS-FNB, chúng tôi ghi nhận 03 bệnh nhân bị đau bụng nhẹ sau thủ thuật, tuy nhiên tất cả đều tự giới hạn sau thời gian theo dõi tại khoa nội soi mà không cần can thiệp điều trị. Theo nghiên cứu của tác giả Pangano và cộng sự về EUS-FNB trên 463 tổn thương đặc ở tụy cho thấy không có biến chứng nào đáng kể, và kết luận đây là thủ thuật đáng tin cậy để chẩn đoán mô học khối u ở tụy [10]. Điều này chứng tỏ EUS-FNB là thủ thuật an toàn trong bệnh lý u tụy.

Ở bảng 2 cho thấy, 94,8% bệnh nhân có kích thước khối u > 2 cm, chỉ có 5,2% bệnh nhân có kích thước khối u ≤ 20 mm. Tác giả Xiaoli Jin và cộng sự ghi nhận kích thước trung bình của u tụy là $45,4 \pm 2,6$ mm [11]. Nghiên cứu của tác giả Clara Benedetta Conti và cộng sự cũng ghi nhận kích thước trung bình của khối u tụy là 41,3 mm [12]. Trong nghiên cứu tổng hợp trên 2490 bệnh nhân ung thư tụy của tác giả Takeichi Yoshida và cộng sự thì chỉ có 0,8% bệnh nhân có khối u tụy < 10 mm [5]. Điều này có thể nói rằng phần lớn u tụy được phát hiện ở giai đoạn muộn. Tác giả này cũng ghi nhận độ nhạy của EUS trong phát hiện các khối u ở tụy ≤ 2 cm cao hơn Ctscan bụng có cản quang (94,4% so với 55%). EUS có thể phát hiện các khối u tụy không được xác định bằng các phương pháp khác [5]. Qua đây chúng ta có thể thấy được vai trò của EUS trong chẩn đoán khối u ở tụy đặc biệt là các khối u tụy nhỏ.

Chúng tôi, với mong muốn thu được mẫu mô tốt nhất có thể, với số lần chọc ít nhất, đồng thời cũng đảm bảo an toàn cho bệnh nhân nên những trường hợp thuận lợi chúng tôi ưu tiên chọc kim 19G. Đối với những trường hợp tiếp cận khó và nguy cơ cao hơn (như tổn thương cạnh mạch máu lớn, vị trí chọc là ở D2 tá tràng hay vị trí chọc ở D1 tá tràng nhưng khó tiếp cận), chúng tôi sử dụng kim 22G. Kim 19G là loại kích thước kim được sử dụng nhiều nhất với 64,9%, 22G chiếm 34,1% (bảng 3). Kết quả cho thấy, hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều không có biến chứng xảy ra, tỷ lệ thu được mẫu

mô thích hợp theo MOSE đạt 97,9%. Theo kết quả nghiên cứu của En-Ling Leung Ki và cộng sự trên 54 tổn thương rắn ở tụy thì ghi nhận đánh giá mẫu theo MOSE có khả năng chẩn đoán đầy đủ 98% (53/54), độ chính xác chẩn đoán tổng thể 94%, độ nhạy 92%, độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương 100%, giá trị tiên đoán âm 81% [13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 80,4% bệnh nhân có kết quả chẩn đoán mô bệnh học cho thấy được bản chất tổn thương, 19,6% bệnh nhân không có tế bào u trong mẫu thu được (bảng 7). Theo nghiên cứu của Pagano và cộng sự cho thấy EUS-FNB cho kết quả đủ mẫu làm xét nghiệm ở 94,1%, độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 93,2%, độ chính xác chẩn đoán 93,2%, giá trị tiên đoán dương tính 97,1% và giá trị tiên đoán âm tính 100%. Tác giả kết luận rằng EUS-FNB là một kỹ thuật đáng tin cậy để mô tả đặc điểm mô học của khối tụy đặc [10].

Kết quả ở bảng 6, cho thấy chiều dài trung bình của mẫu mô thu được khi làm bằng kim 19G là 8,37 mm cao hơn có ý nghĩa so với chiều dài mẫu mô thu được khi làm bằng kim 22G (6,42 mm, $p < 0,001$). Theo kết quả thu được ở bảng 8, mô bệnh học chẩn đoán được 93,7% ở bệnh nhân được làm FNB bằng kim 19G, kết quả này cao hơn có ý nghĩa so với những bệnh nhân được làm FNB bằng kim 22G (54,5%, $p < 0,01$). Điều này có thể giải thích rằng kim 19G lấy được khối lượng mô lớn hơn, có thể bảo tồn được cấu trúc mô, đây là yếu tố thuận lợi rất tốt để có được kết quả mô bệnh học chính xác. Tác giả Clara và cộng sự cũng ghi nhận kim 19G có thể bảo tồn cấu trúc mô sau khi làm EUS-FNB [12]. Một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng trên 117 bệnh nhân u tụy được làm EUS-FNB cũng ghi nhận độ chính xác mẫu thu được đối với kim 19G là 95%, đối với kim 22G là 76,7% ($p = 0,033$) [12].

Về mối liên quan giữa chiều dài mẫu mô và kết quả mô bệnh học, chúng tôi có 2 trường hợp chiều dài mẫu mô thu được < 4 mm đều có kết quả mô bệnh học không thấy tế bào u trong mẫu. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê về chiều dài mẫu mô và

kết quả mô bệnh học thu được ($p < 0,01$) (bảng 9). Theo tác giả Iwashita và cộng sự, chiều dài lõi mô thu được ≥ 4 mm dự báo sự đầy đủ khối lượng mô để chẩn đoán mô bệnh học [9]. Bên cạnh đó, tác giả Pagano và cộng sự ghi nhận kích thước tổn thương và kim chọc là hai yếu tố ảnh hưởng đến sự phù hợp của chẩn đoán [10].

Khi so sánh một số yếu tố giữa EUS-FNA và EUS-FNB thì tác giả Oppong và cộng sự ghi nhận thời gian trung bình để làm thủ thuật EUS-FNB là 188 giây, trong khi đó thời gian trung bình để thực hiện thủ thuật EUS-FNB là 332 ($p < 0,001$). Hơn nữa, khi so sánh chất lượng mẫu thu được sau khi làm EUS-FNA và EUS-FNB thì Cheng và cộng sự ghi nhận chất lượng mẫu EUS-FNB cao hơn vượt trội so với EUS-FNA (91,44% so với 80,0%, $p=0,0015$) [14].

Nhìn chung, các nghiên cứu này đều chứng minh

rằng EUS-FNB có số lần đi kim ít hơn, thời gian thủ thuật ngắn hơn. Một số tác giả đã đánh giá chất lượng mẫu mô học và hầu hết nhận thấy EUS-FNB thu được mẫu chất lượng cao hơn EUS-FNA. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa so sánh các yếu tố giữa EUS-FNA và EUS-FNB, tuy nhiên các kết quả ghi nhận được cho thấy EUS-FNB là thủ thuật an toàn, không có biến chứng đáng kể và đem lại hiệu quả chẩn đoán cao.

5. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu EUS-FNB trên 97 bệnh nhân có khối u ở tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi nhận thấy EUS-FNB là thủ thuật hiệu quả, tương đối an toàn với tỷ lệ thu nhận mẫu thích hợp về mặt mô bệnh học cao, không có biến chứng đáng kể. Có sự liên quan có ý nghĩa giữa kim làm FNB, chiều dài mẫu mô thu được với kết quả mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huy TV, Khánh V. Ung thư tụy. Bệnh học Gan Mật Tụy, Nhà XB Đại Học Huế. 2017:tr 254-65.
2. Wangermez M. Endoscopic ultrasound of pancreatic tumors. Diagnostic and Interventional Imaging. 2016;97:1287-95.
3. Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V. Epidemiology of Pancreatic Cancer: Global Trends, Etiology and Risk Factors. World Journal Oncology. 2019 Feb;10(1):10-27.
4. Ashida R, Tanaka S, Yamanaka H, Okagaki S, Nakao K, Fukuda J, et al. The Role of Transabdominal Ultrasound in the Diagnosis of Early Stage Pancreatic Cancer: Review and Single-Center Experience Diagnostics (Basel). 2019 Mar;9(1):2.
5. Yoshida T, Yamashita Y, Kitano M. Endoscopic Ultrasound for Early Diagnosis of Pancreatic Cancer. Diagnostics. 2019 Sep;9:81.
6. Jenssen C, Alvarez-Sanchez MV, Napoleon B, Faiss S. Diagnostic endoscopic ultrasonography: Assessment of safety and prevention of complications. World Journal of Gastroenterology; 18(34), pp 4659-4676. 2012 Sep 14;18(34): 4659-76.
7. Kitano M, Yoshida T, Itonaga M, Tamura T, Hatamaru K, Yamashita Y. Impact of endoscopic ultrasonography on diagnosis of pancreatic cancer. J Gastroenterol. 2019 Jan;54(1):19-32.
8. Gonzalo-Marin J, Vila JJ, Perez-Miranda M. Role of endoscopic ultrasound in the diagnosis of pancreatic Cancer. World J Gastrointest Oncol. 2014 Sep 15;6(9):360-8.
9. Iwashita T, Yasuda I, Mukai T, Doi S, Nakashima M, Uemura S, et al. Macroscopic on-site quality evaluation of biopsy specimensto improve the diagnostic accuracy during EUS-guided FNA using a 19 gauge needle for solid lesions: a single-center prospective pilot study (MOSE study). Gastrointestinal Endoscopy. 2015 Jan;81(1):177-85.
10. Pagano N, Ricci C, Ingaldi C, Ingaldi C, Sadalla S, Fabbri A, et al. Performance of EUS-FNB in solid pancreatic masses: a lesson from 463 consecutive procedures and a practical nomogram. Updates in Surgery. 2022 Jun;74(3):945-52.
11. Jin X, Wu Y. Diagnostic utility of clinical and biochemical parameters in pancreatic head malignancy patients with normal carbohydrate antigen 19-9 levels. African Health sciences. 2015 Mar;15(1):123-30.
12. Conti CB, Cereatti F, Grassia R. "Endoscopic ultrasound-guided sampling of solid pancreatic masses: the fine needle aspiration or fine needle biopsy dilemma. Is the best needle yet to come? World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2019 Aug 16;11(8):454-71.
13. Ki E-LL, Lemaistre A-I, Fumex F, Gincul R, Lefort C, Lepilliez V, et al. Macroscopic onsite evaluation usingendoscopic ultrasound fine needle biopsy as an alternative to rapid onsite evaluation. Endoscopy International; 07, pp 189–194. 2019 Feb;7(2):189-94.
14. Hassan GM, Laporte L, Paquin SC, Paquin SC, Menard C, Sahai AV, et al. Endoscopic Ultrasound Guided Fine Needle Aspiration versus Endoscopic Ultrasound Guided Fine Needle Biopsy for Pancreatic Cancer Diagnosis: A Systematic Review and Meta Analysis. Diagnostics (Basel). 2022 Nov 25;12(12):2951.