

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LẤY HẠCH THƯỢNG ĐÒN SINH THIẾT CHẨN ĐOÁN TRÊN CÁC BỆNH NHÂN NGHI NGỜ TỔN THƯƠNG PHỔI TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Vũ Ngọc Tú, Nguyễn Duy Thắng, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Anh Huy,  
Lê Hoàn và Nguyễn Duy Gia✉

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

*Phẫu thuật lấy hạch thượng đòn để sinh thiết chẩn đoán cho các bệnh nhân có tổn thương phổi, đặc biệt là các trường hợp nghi ngờ có lao phổi hoặc ung thư phổi trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) là một phẫu thuật đơn giản, an toàn và hiệu quả. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu từ tháng 6/2021 đến tháng 5/2022 trên 66 bệnh nhân có tổn thương phổi trên phim cắt lớp vi tính nghi ngờ lao phổi hoặc ung thư phổi, đồng thời có hạch thượng đòn bất thường nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật. Tỷ lệ khẳng định chẩn đoán là 95,5% và không có trường hợp bệnh nhân nào có biến chứng lớn.*

**Từ khóa:** Phẫu thuật sinh thiết hạch, hạch thượng đòn, ung thư phổi, lao phổi.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, bệnh phổi vẫn là một gánh nặng sức khỏe lớn, đặc biệt là ung thư phổi và lao phổi.<sup>1,2</sup> Ở các bệnh nhân nói trên, việc chẩn đoán đúng và kịp thời bệnh là hết sức quan trọng.

Hạch thượng đòn bất thường được nhiều tác giả thống nhất là hạch có kích thước  $\geq 0,5\text{cm}$  ở trục dài, có cấu trúc bất thường như mất cấu trúc xoang hạch, hoại tử tâm hạch, mất ranh giới vỏ hạch, được xác định trên siêu âm và/hoặc phim chụp cắt lớp vi tính.<sup>3</sup> Nghiên cứu cho thấy có đến 88% - 92% bệnh nhân ung thư phổi có di căn hạch thượng đòn nếu như có tổn thương u nguyên phát ở phổi có đi kèm với hạch thượng đòn bất thường.<sup>3,4</sup>

Đối với các bệnh nhân ung thư phổi, việc chẩn đoán giải phẫu bệnh loại tế bào ung thư và giai đoạn bệnh là hết sức quan trọng để đưa ra chiến lược điều trị triệt căn hoặc giảm nhẹ

cho bệnh nhân. Có nhiều biện pháp xâm lấn hoặc ít xâm lấn được sử dụng để chẩn đoán, tuy nhiên, nếu bệnh nhân nhân có hạch thượng đòn bất thường đi kèm, lựa chọn sinh thiết hạch sẽ được đặt ra đầu tiên do đây là biện pháp ít xâm lấn và an toàn hơn các lựa chọn sinh thiết u khác như sinh thiết xuyên thành ngực hoặc phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết.<sup>5</sup>

Tương tự, với các bệnh nhân nghi ngờ lao phổi, nếu các xét nghiệm đờm không thể khẳng định chẩn đoán, đồng thời nếu bệnh nhân có hạch thượng đòn hay hạch vị trí khác bất thường, bệnh nhân sẽ được phẫu thuật lấy hạch nhằm tìm bằng chứng lao cũng như loại trừ các bệnh lý khác. Đặc biệt, khi Việt Nam là nước có tỷ lệ mắc bệnh lao cao thứ 11 trên thế giới, việc chẩn đoán phân biệt tổn thương phổi do lao hay do ung thư hoặc một số bệnh có hình ảnh tổn thương tương tự như sarcoidosis là hết sức quan trọng để đưa ra quyết định điều trị lao hay không.<sup>6-8</sup>

Vì vậy, với các bệnh nhân có tổn thương phổi được xác định trên phim chụp cắt lớp vi

Tác giả liên hệ: Nguyễn Duy Gia

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: Duygia.nguyen@gmail.com

Ngày nhận: 23/02/2023

Ngày được chấp nhận: 16/03/2023

tính, đồng thời có hạch thường đòn bất thường, chúng tôi tiến hành sinh thiết hạch nhằm mục đích tìm bằng chứng của ung thư, lao hoặc loại trừ một số bệnh lý có hình ảnh và bệnh cảnh tổn thương tương tự khác. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá độ hiệu quả và an toàn của phẫu thuật sinh thiết hạch thường đòn chẩn đoán ở nhóm bệnh nhân nêu trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

#### *Thời gian nghiên cứu*

Từ tháng 6/2021 đến tháng 5/2022.

#### *Địa điểm nghiên cứu*

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- Bệnh nhân có tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính ngực nghi ngờ u phổi hoặc lao phổi, đã tiến hành các xét nghiệm đờm hoặc các xét nghiệm không xâm lấn khác nhưng không khẳng định được chẩn đoán.

- Bệnh nhân có hạch thường đòn bất thường được phát hiện trên siêu âm hoặc phim chụp cắt lớp vi tính, được tiến hành phẫu thuật để lấy hạch thường đòn gửi sinh thiết chẩn đoán.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư phổi, được sinh thiết hạch để đánh giá giai đoạn hoặc đã có bằng chứng mô bệnh học của tổn thương phổi.

### 2. Phương pháp

#### *Phương pháp nghiên cứu*

Mô tả, cắt ngang.

#### *Chọn mẫu*

Chọn mẫu thuận tiện.

#### *Cỡ mẫu*

66 bệnh nhân.

#### *Biến số nghiên cứu*

*Thông tin chung:* Tuổi, giới, bệnh nhân nội trú/ ngoại trú, lý do nhập viện.

*Tổn thương trên phim cắt lớp vi tính:*

- Nghi ngờ lao.
- Nghi ngờ ung thư phổi.
- Nghi ngờ tổn thương khác.
- Có hạch trung thất hay không.

*Khám hạch trên lâm sàng:*

Có sờ thấy hạch hay không.

*Hình ảnh hạch trên siêu âm*

- Kích thước hạch chia làm 2 nhóm: 0,5 - 1cm, >1cm, được đo trên trục dài nhất trên siêu âm phần mềm vùng cổ.
- Hạch bên trái, bên phải, hai bên.
- Hạch nghi ngờ tổn thương ung thư di căn, hạch nghi ngờ lao hoặc hạch mất cấu trúc không đặc hiệu.

Bệnh nhân được chọc hút tế bào hạch trước sinh thiết.

*Biến số trong mổ:*

- Lượng máu mất.
- Số lượng hạch.
- Vị trí lấy.
- Biết chứng sau mổ: Nhiễm trùng, chảy máu, rò bạch huyết.

*Kết quả giải phẫu bệnh.*

Kết quả theo dõi sau 6 tháng: Tỷ lệ đáp ứng điều trị theo chẩn đoán.

*Chỉ định lấy hạch*

- Tổn thương bất thường trên phim chụp cắt lớp vi tính<sup>9</sup>:

+ Nốt phổi đơn độc (đường kính  $\leq$  3cm) nghi ngờ ác tính: Đánh giá nguy cơ ác tính theo Lung-RADS 2019, dựa vào các thông tin cơ bản như: Chụp cắt lớp vi tính tầm soát hay theo dõi; Nốt giữa nhu mô hay nốt trong lòng phế quản; Kích thước, số lượng nốt, bờ tua gai, tính

chất vôi hóa, thành phần mỡ bên trong nốt, phi đại hạch, giãn phế nang phổi hợp; Tuổi, giới, tiền sử gia đình về ung thư phổi. Bệnh nhân nghi ngờ tổn thương bất thường ở phổi khi Lung RAD độ  $\geq 4A$ .

+ Tổn thương khối đặc hoặc hỗn hợp ở phổi (đường kính  $> 3\text{cm}$ ).

+ Tổn thương thả bóng ở phổi.

- Hạch thượng đòn bất thường<sup>3</sup>: Hạch có đường kính  $\geq 0,5\text{mm}$ , có cấu trúc bất thường trên siêu âm như mất cấu trúc hạch, hoại tử trung tâm, mất ranh giới...

- Chỉ định sinh thiết hạch:

+ Bệnh nhân có tổn thương bất thường ở phổi phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính, đồng thời có hạch thượng đòn bất thường trên siêu âm.

+ Chưa được sinh thiết phổi hoặc các xét nghiệm không xâm lấn khác loại trừ lao, ung thư hay các bệnh lý khác đều không rõ chẩn đoán.

Kỹ thuật lấy hạch

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, độn dưới vai, nghiêng đầu sang bên đối diện.

- Đường rạch da: Đường rạch theo nếp lằn cổ 2cm, phía ngoài bờ sau cơ ức đòn chũm, trên xương đòn 1 - 1,5cm.

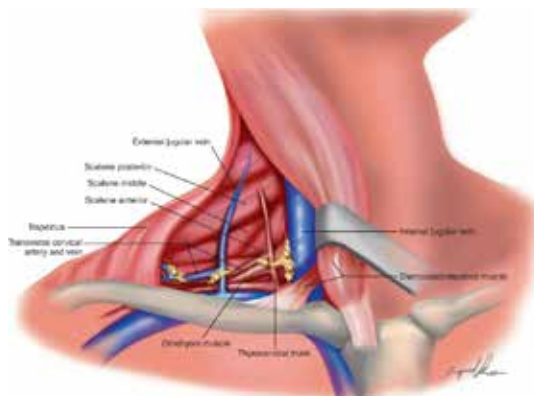
- Phẫu tích vào hố thượng đòn, lấy toàn bộ các hạch hoặc chỉ hạch nghi ngờ được đánh dấu trên siêu âm, tránh các cấu trúc như thân giáp cổ, bó mạch ngang cổ...

- Khâu thắt rốn hạch bằng chỉ không tiêu nếu có chảy bạch huyết sau khi lấy hạch.

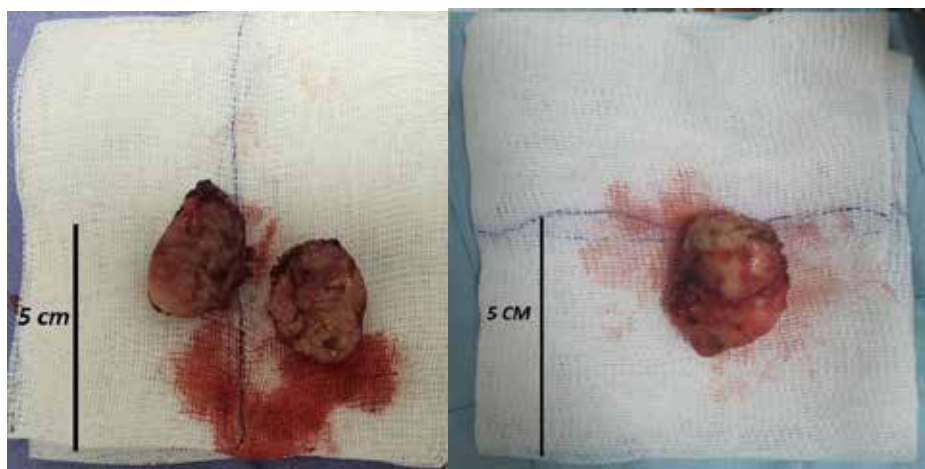
- Bảo quản bệnh phẩm trong dung dịch 10% formaldehyde.



**Hình 1. Tư thế bệnh nhân, đường rạch da (đường màu đen) và đường rạch 2cm trên hố thượng đòn**



**Hình 2. Giải phẫu hố thượng đòn và các cấu trúc xung quanh<sup>10</sup>**



**Hình 3. Bên trái: Hạch mắt cấu trúc phá vỡ vỏ, nghi ngờ ung thư di căn; Bên phải: Hạch hoại tử trung tâm, nghi ngờ lao [Nguồn: Tác giả]**

#### **Phương pháp thống kê**

Giá trị  $p < 0,05$  có ý nghĩa, sử dụng kiểm định Fisher và tính toán trung bình, độ lệch chuẩn.

Vì tất cả các trường hợp bệnh nhân có kết quả sinh thiết là ung thư, lao phổi hay sarcoidosis đều không được sinh thiết phổi để khẳng định chẩn đoán mà sẽ điều trị theo kết quả của sinh thiết hạch, vì thế, chúng tôi đặt giả thiết: Tất cả các bệnh nhân có kết quả điều trị theo kết quả sinh thiết hạch có đáp ứng thì chẩn đoán được coi là đúng và bệnh nhân được coi là có bệnh. Các bệnh nhân có kết quả sinh thiết viêm không đặc hiệu được coi là âm tính, ngược lại,

có chẩn đoán được coi là dương tính. Dựa trên giả định trên, chúng tôi tính ra độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của test.

#### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, được thông tin, được quyền không tiếp tục tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được đồng ý bởi Hội đồng chuyên môn bệnh viện.

### **III. KẾT QUẢ**

Có 66 bệnh nhân đã được đưa vào nghiên cứu trong giải đoạn từ tháng 6/2021 đến tháng 5/2022, trong đó:

#### **1. Các thông tin chung**

**Bảng 1. Các biến số chung**

	<b>Bệnh nhân (N = 66)</b>
Tuổi (năm)	20 - 88 (59,8 ± 14,4)
Giới (Nam:Nữ)	45:21
Tình trạng bệnh nhân (Nội trú:Ngoại trú)	19:47
Lý do đến khám ( Có triệu chứng hô hấp: Sốt: Tự sờ thấy hạch: Khám sức khỏe định kỳ: Lý do khác)	35:4:5:10:12

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,8 ± 14,4, bệnh nhân trẻ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi. Tỷ lệ nam: nữ là 2,14:1.

Hầu hết bệnh nhân là bệnh nhân ngoại trú, chiếm 71,2% và lý do đến khám phổ biến nhất là các triệu chứng liên quan đến hô hấp (ho,

khó thở, đau ngực). Số bệnh nhân phát hiện bệnh khi khám sức khỏe định kỳ là 10 bệnh nhân, chiếm 15,1%.

## 2. Đánh giá trước mổ

**Bảng 2. Các thăm dò lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ**

		N = 66	
Cắt lớp vi tính phổi	Tổn thương nghi ngờ lao	22	
	Tổn thương nghi ngờ ung thư	39	
	Tổn thương khác	5	
	Hạch trung thất	23	
Khám hạch	Sờ thấy hạch	48	
Siêu âm trước mổ	Kích thước hạch	< 1cm	18
		> 1cm	48
	Vị trí	2 bên	37
		trái	17
		Phải	12
	Nghi ngờ ung thư di căn		35
Nghi ngờ lao		22	
Hạch mắt cấu trúc không điển hình		9	
Chọc hút tế bào hạch trước mổ		29	

Trên cắt lớp vi tính phổi, có 59,1% bệnh nhân nghi ngờ ung thư và có 23 bệnh nhân (34,8%) có hạch trung thất.

Khám hạch trước mổ: có 48 bệnh nhân chiếm 72,7% sờ thấy hạch. Trong số đó, có 32 bệnh nhân (66,7%) nghi ngờ ung thư và 33,3%

nghi ngờ lao.

Trên siêu âm, hầu hết các bệnh nhân có hạch > 1cm (72,7%) và có hạch 2 bên (56%).

Có 21 bệnh nhân được chọc hút kim nhỏ hạch trước mổ.

## 3. Biến số trong và sau mổ

**Bảng 3. Các biến số trong mổ**

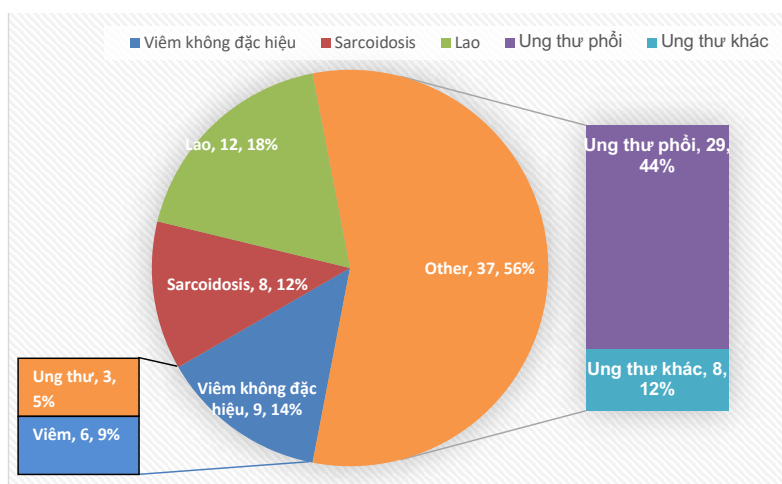
		N = 66
Mất máu trong mổ > 100ml		2
Số lượng hạch lấy	1 hạch	44
	> 1 hạch	22

		N = 66
Vị trí mổ	Bên trái	36
	Bên phải	30
Biến chứng	Nhiễm trùng	1
	Rò bạch huyết	0

Hầu hết các bệnh nhân chỉ cần lấy 1 hạch (66,7%). Có 2 bệnh nhân mất máu > 100ml và

có 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ sau mổ.

#### 4. Kết quả giải phẫu bệnh



**Biểu đồ 1. Kết quả sinh thiết hạch và sinh thiết phổi các trường hợp không khẳng định chẩn đoán được sau sinh thiết hạch**

Có 12 bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi, chiếm 18%, 8 bệnh nhân được chẩn đoán Sarcoidosis, chiếm 12%. Có 37 bệnh nhân, chiếm 56%, được chẩn đoán ung thư, trong đó 44% chẩn đoán ung thư phổi và 12% là ung thư khác di căn phổi và hạch thượng đòn.

Có 9 bệnh nhân được chẩn đoán hạch viêm không đặc hiệu, các bệnh nhân này đều được sinh thiết phổi chẩn đoán, trong số đó, có 3 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi, và 6 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm phổi.

#### 5. Kết quả theo dõi bệnh nhân sau 6 tháng và giá trị của sinh thiết

**Bảng 4. Kết quả theo dõi sau 6 tháng**

Chẩn đoán	Đáp ứng điều trị	Không đáp ứng điều trị
Ung thư phổi	32/32	0
Ung thư khác	7/8	1
Lao phổi	12/12	0
Sarcoidosis	8/8	0
Viêm phổi	6/6	0

Sau 6 tháng, có 65/66 bệnh nhân đáp ứng với điều trị. Có 1 trường hợp bệnh nhân bị sarcoma cơ vân di căn phổi, hạch thượng đòn

không đáp ứng điều trị, tử vong sau 3 tháng sinh thiết.

**Bảng 5. Giá trị chẩn đoán của phẫu thuật sinh thiết hạch**

Test	Có bệnh	Không có bệnh	
Dương tính	57	0	57
Âm tính	3	6	9
Tổng	60	6	66

Độ nhạy là 95%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị dự đoán dương tính là 100%, giá trị dự đoán âm tính là 66,7%, và độ chính xác của test là 95,5%.

#### IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi là loại ung thư gây tử vong đứng thứ 2 ở cả nam và nữ giới ở Việt Nam.<sup>2</sup> Việt Nam cũng là nước có lưu hành lao với 322 ca mắc/ 100.000 người lớn.<sup>6</sup> Vì vậy, việc chẩn đoán chính xác tổn thương phổi để phát hiện hay loại trừ 2 bệnh nên trên là hết sức quan trọng.

Khi so sánh với sinh thiết kim phổi dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính hoặc siêu âm, sinh thiết hạch thượng đòn được coi là ít xâm lấn và an toàn hơn. Ngoài ra, phẫu thuật sinh thiết hạch có thể tiến hành trong ngày và chỉ yêu cầu gây tê tại chỗ. Trong các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ biến chứng lớn hoặc tử vong của phẫu thuật này là 0%, tỷ lệ biến chứng nhỏ (chảy máu nhẹ, nhiễm trùng bề mặt hoặc tụ dịch) là 1 - 2%.<sup>5</sup> Trong khi đó, sinh thiết phổi hoặc chọc hút kim nhỏ tế bào phổi có tỷ lệ biến chứng lần lượt là 38,8% và 24,0%.<sup>11</sup>

Một phương pháp khác để chẩn đoán hạch thượng đòn là chọc hút hạch kim nhỏ. Với tổn thương ung thư, phương pháp này có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.<sup>4</sup> Tuy nhiên, với hạch có hoại tử trung tâm nghi ngờ lao hay sarcoidosis, sinh thiết kim có giá trị chẩn đoán rất thấp do lấy

phải bệnh phẩm hoại tử. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mục đích chính khi chỉ định sinh thiết hạch thượng đòn là để chẩn đoán tổn thương phổi, đặc biệt là chẩn đoán phân biệt giữa ung thư và lao nên chúng tôi chọn phẫu thuật sinh thiết là lựa chọn đầu tiên. Có một số trường hợp, khi các tổn thương trên cắt lớp vi tính và trên siêu âm hướng đến tổn thương là ung thư nhiều hơn, chúng tôi có thể chỉ định sinh thiết bằng kim. Tuy nhiên, nếu chưa xác định được chẩn đoán hoặc cần phải lấy thêm bệnh phẩm để nhuộm hóa mô miễn dịch hoặc để xét nghiệm đột biến gene, bệnh nhân đều được phẫu thuật lấy hạch để lấy thêm mẫu xét nghiệm.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $59,8 \pm 14,4$ . Độ tuổi này tương đương với các nghiên cứu của Sumit M. là 53,3 tuổi hay Dong H.L. là  $63,3 \pm 11,9$ .<sup>5,12</sup> Đây là lứa tuổi có tỷ lệ nhiễm lao và ung thư phổi cao nhất của nước ta cũng như ở Ấn Độ hay Hàn Quốc trong nghiên cứu của 2 tác giả trên.<sup>2,6</sup> Tuy nhiên, tuổi của bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi thay đổi rất lớn từ 20 đến 88 tuổi. Nguyên nhân là các bệnh nhân của nghiên cứu chúng tôi có tổn thương trên phim cắt lớp vi tính nghi ngờ các bệnh khác nhau như lao, ung thư... trong khi đó, các nghiên cứu trên chỉ bao gồm bệnh nhân nghi ngờ ung thư phổi. Tỷ lệ nam:nữ là 2,14:1, cao hơn nghiên cứu của Dong H.L. ở Hàn Quốc là 1,9:1 và Sumit M ở

Án Độ là 1,3:1.<sup>5,12</sup> Điều này có thể được giải thích do tỷ lệ nam: nữ của ung thư phổi ở Việt Nam 2,47:1 và tỷ lệ nam giới nhiễm lao cũng cao hơn nữ.<sup>2,6</sup>

Một điều đáng chú ý là hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi là bệnh nhân ngoại trú (71,2%). Các bệnh nhân trên có thể tiến hành sinh thiết trong ngày đầu hoặc thứ 2 khám bệnh. Khi so sánh với các phương pháp khác, thời gian cần để chuẩn bị tương đương với chọc hút hạch kim nhỏ (0,9 + 2,9 ngày), và nhanh hơn so với sinh thiết phổi (3,1 + 4 ngày).<sup>11,12</sup> Như đã nói ở trên, tất cả các bệnh nhân của chúng tôi chỉ cần thực hiện tiểu phẫu để lấy các hạch bạch huyết. Bệnh nhân chỉ cần theo dõi sau 45 phút đến 1 giờ và có thể xuất viện ngay trong ngày. Đây là ưu điểm của tiểu phẫu sinh thiết hạch thượng đòn khi người bệnh không cần nằm viện, thủ thuật nhanh chóng, thuận tiện cho người bệnh.

Ngoài ra, mặc dù tỷ lệ bệnh nhân ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi là 56% (37 bệnh nhân) nhưng tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện qua sàng lọc chỉ là 15% (10 bệnh nhân) và tất cả các bệnh nhân này đều ở giai đoạn muộn, có di căn thượng đòn. Ở Việt Nam, tuy chưa có nhiều thống kê về tỷ lệ phát triển ung thư phổi nhưng có thể thấy tỷ lệ phát hiện qua tầm soát trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn nhiều so với Mỹ với 51% bệnh nhân ung thư phổi được phát hiện qua tầm soát.<sup>13</sup>

Hầu hết các bệnh nhân (59,1%) trong nghiên cứu của chúng tôi đều có kết quả chụp cắt lớp vi tính phổi nghi ngờ ung thư, với các đặc điểm tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính như tổn thương tỷ trọng tổ chức, tỷ trọng mỡ hoặc vôi hóa, viền tua gai, gây co kéo nhu mô xung quanh... Có 22 (34,8%) bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ lao với đặc điểm trên phim chụp cắt lớp vi tính có các đặc điểm như hình ảnh hang lao, tổn thương vệ tinh xung quanh, và đặc biệt là hình ảnh hoại tử ở trung tâm. Có

05 bệnh nhân có tổn thương không điển hình trên phim chụp cắt lớp vi tính, liên quan đến tổn thương không loại trừ do lao hoặc bệnh sacoidosis.

Điều quan trọng cần lưu ý là trong nghiên cứu này, bệnh nhân được sinh thiết hạch thượng đòn khi tổn thương phổi không rõ ràng, đặc biệt khi cần phân biệt giữa lao và ung thư. Vì vậy, có nhiều bệnh nhân sinh thiết hạch thượng đòn với các mục đích như xác định di căn hạch khi có chẩn đoán ung thư ở tổn thương phổi, hoặc lấy hạch chẩn đoán di căn trong trường hợp bệnh lý di căn cơ quan khác chưa được đưa vào. Vì vậy, tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương lao trên tổn thương ung thư trong nghiên cứu này sẽ không tương ứng với tỷ lệ thực tế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiều bệnh nhân có khối u phổi trên cắt lớp vi tính phổi có vị trí và hình thái thể được sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính. Tuy nhiên, kéo theo đó là tỷ lệ biến chứng của thủ thuật này tương đối cao.<sup>11</sup> Vì vậy, chúng tôi vẫn chọn phương pháp sinh thiết hạch thượng đòn là phương pháp đầu tiên để chẩn đoán cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 48 bệnh nhân (72,7%) có hạch sờ thấy, trong đó có 8 bệnh nhân có tổn thương lao, cả 8 bệnh nhân sacoidosis và 32 bệnh nhân ung thư không có bệnh nhân nào có tổn thương viêm. Trong một thống kê của Sumit M, tại Ấn Độ, hạch thượng đòn sờ thấy được có tỷ lệ tổn thương ung thư là 72,9%.<sup>12</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29 bệnh nhân được chọc hút hạch kim nhỏ. Trong các nghiên cứu khác, tỷ lệ chẩn đoán ung thư của chọc hút hạch kim nhỏ hạch thượng đòn là 43,6%.<sup>12</sup> Cả 29 trường hợp đều có hạch kích thước > 1cm, hạch bị tổn thương và mất cấu trúc rốn hạch, nghi ngờ ung thư. Trong đó có 7 trường hợp không có di căn hạch, 19 trường hợp được chẩn đoán là ung thư biểu mô và



3 trường hợp ung thư chưa rõ nguyên nhân. Với 19 trường hợp được chẩn đoán là ung thư biểu mô, tất cả bệnh nhân đều được đề nghị lấy hạch sinh thiết nhuộm hóa mô miễn dịch để xác định nguồn gốc ung thư.

Một phương pháp khác để chẩn đoán di căn hạch thượng đòn là sinh thiết kim. Mặc dù các nghiên cứu trên thế giới cho thấy phương pháp này có độ chính xác cao (97,8%) trong chẩn đoán ung thư phổi di căn hạch, tuy nhiên chỉ có 35,8% trường hợp có thể lấy đủ bệnh phẩm để thực hiện nhuộm hóa mô miễn dịch và xét nghiệm đột biến gen.<sup>14</sup>

Trên thực tế, sinh thiết kim hay chọc hút hạch kim nhỏ khó thực hiện ở những bệnh nhân có hạch hoại tử. Tuy nhiên, điều quan trọng nhất khi tiếp cận chẩn đoán một bệnh nhân có tổn thương bất thường vùng thượng đòn và phổi là phân biệt giữa lao và ung thư. Vì vậy, sinh thiết để lấy toàn bộ khối hạch có ý nghĩa rất quan trọng trong việc chẩn đoán chính xác bệnh và giúp tránh trường hợp âm tính giả với ung thư.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp bệnh nhân mất máu > 100ml khi lấy hạch. Cả hai trường hợp này đều được xử lý cầm máu và nạo vét hạch tại phòng tiểu phẫu. Nguyên nhân là do tổn thương tĩnh mạch ngang cổ. 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng nông vết mổ chỉ cần cắt chỉ, theo dõi và dùng kháng sinh. Đặc biệt không có trường hợp nào bị rò bạch mạch. Không có trường hợp biến chứng nặng hoặc tử vong. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được gây tê cục bộ cho thủ thuật. Không có trường hợp nào phải thay đổi phương pháp gây tê hay phải gây mê do gây tê tại chỗ không thành công.

Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Dong H.L., điều này cho thấy tính an toàn của thủ thuật này.<sup>5</sup> So với sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính, thủ thuật này tương đối an toàn, khi mà tỷ lệ biến chứng của

sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính là tương đối cao như tràn khí màng phổi (18,8%), chảy máu nhu mô phổi (6,4%) và ho ra máu (4,1%).<sup>11</sup>

Đối với nạo vét hạch thượng đòn, tất cả bệnh nhân ngoại trú được xuất viện trong ngày, bệnh nhân chỉ cần theo dõi 30 phút sau thủ thuật và được đánh giá lại sau 7 ngày (tại thời điểm lấy kết quả sinh thiết).

Để hạn chế biến chứng, chúng tôi đều đánh dấu các vị trí hạch bất thường trên siêu âm, đánh giá hệ thống mạch máu xung quanh và khâu các hạch rốn phổi bằng chỉ không tiêu nếu có dấu hiệu rò rỉ bạch huyết trong quá trình phẫu thuật.

Việc siêu âm đánh dấu vị trí hạch nghi ngờ cũng giúp chúng ta lấy được càng ít hạch càng tốt. Có 44 bệnh nhân (66,7%) trong nghiên cứu chỉ cần lấy 1 hạch. Đây là hạch bạch huyết được đánh dấu trên siêu âm là có tổn thương nghi ngờ nhất. Đồng thời, chúng tôi cũng đánh giá các đặc điểm trong mổ như hạch chắc, tăng sinh mạch, dính, hoại tử để có thể lấy được hạch nghi ngờ nhất nhằm hạn chế âm tính giả.

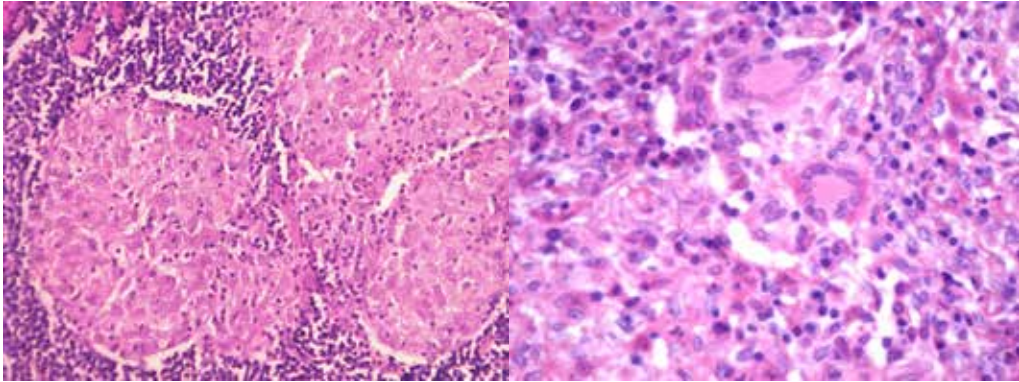
Trong số những bệnh nhân được sinh thiết, 12 người mắc bệnh lao và 8 người mắc bệnh sacoidosis. Mặc dù hạch cổ là vị trí phổ biến nhất trong bệnh lao hạch<sup>8</sup>, tỷ lệ lao hạch trong nghiên cứu của chúng tôi không cao, thậm chí xấp xỉ tỷ lệ của một bệnh hiếm gặp hơn là bệnh sacoidosis (12 bệnh nhân so với 8 bệnh nhân). Sở dĩ có sự khác biệt này là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã làm các xét nghiệm khác để loại trừ lao trước khi làm sinh thiết nên tỷ lệ lao hạch phối hợp với lao phổi trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp và không đúng với tỷ lệ lao thực tế của cộng đồng.

Tuy nhiên, sinh thiết hạch cổ có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán phân biệt giữa lao và bệnh sacoidosis khi hình ảnh trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính của 2 nhóm bệnh nhân này

tương đối giống nhau: hoại tử rốn hạch, dày vỏ hạch, hạch to nhưng đồng nhất. Trong khi đó, điều trị bệnh sarcoid cần sử dụng corticoid, một yếu tố có thể gây đợt kịch phát lao.

Trên tiêu bản mô bệnh học, cả hai bệnh đều có đặc điểm là tổn thương hoại tử trung tâm hạch và có các điểm hoại tử như nang lao. Để

phân biệt giữa hai tổn thương này trên sinh thiết, việc tìm kiếm tế bào bán liên trong các vùng nang lao là bắt buộc để chẩn đoán bệnh lao và để phân biệt với bệnh sarcoidosis. Do đó, việc thu được toàn bộ cấu trúc hạch bạch huyết là hết sức quan trọng để chẩn đoán phân biệt.



**Hình 4. Hạch sarcoidosis với hình ảnh nốt không có tế bào bán liên (bên trái) và hạch lao với hình ảnh hoại tử kèm tế bào bán liên (bên phải) [Nguồn: tác giả]**

Trong số 37 bệnh nhân ung thư, có 29 ca ung thư phổi và 8 ca ung thư khác. Cả 8 bệnh nhân này đều có hạch thượng đòn, đồng thời có tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính phổi nghi do bệnh thứ phát.

Có 9 bệnh nhân có kết quả viêm không đặc hiệu (được coi là kết quả âm tính). Cả 9 bệnh nhân đều được sinh thiết phổi để xác định chẩn đoán, kết quả 3 bệnh nhân là ung thư phổi, 6 bệnh nhân còn lại có tổn thương viêm tại phổi, phù hợp với tổn thương hạch thượng đòn (Biểu đồ 1).

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi được chẩn đoán ung thư hay lao khi sinh thiết hạch đều được điều trị theo chẩn đoán trên mà không sinh thiết phổi lại. Đây là hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi khi các bệnh nhân có kết quả được coi là “dương tính”: Sinh thiết lao, ung thư hay các bệnh khác không được kiểm định lại chẩn đoán bằng sinh thiết phổi. Ngược lại, các bệnh nhân có kết quả sinh thiết là hạch

viêm không đặc hiệu không có tế bào ác tính đều được sinh thiết phổi để kiểm định đến cùng chẩn đoán.

Để khắc phục nhược điểm trên, chúng tôi tiến hành theo dõi các bệnh nhân có kết quả sinh thiết “dương tính” vào thời điểm sau sinh thiết 6 tháng. Kết quả đáp ứng của bệnh nhân với điều trị theo chẩn đoán này có thể coi là kết quả kiểm định lại chẩn đoán.

Kết quả theo dõi cho thấy chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán sarcoma cơ vân di căn là không đáp ứng với điều trị, tuy nhiên, trường hợp bệnh nhân này được khẳng định chẩn đoán bằng sinh thiết tổn thương nguyên phát ở cơ thắt lưng chậu.

Như vậy, 57/57 các trường hợp chẩn đoán dương tính đều được khẳng định có bệnh, qua đó có thể tính toán đánh giá test sinh thiết hạch thượng đòn để tiên lượng tổn thương phổi như: Độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương tính 100%, giá trị tiên đoán âm

tính 66,7%, độ chính xác của kiểm tra là 95,5% (bảng 5).

Kết quả của chúng tôi cũng tương ứng với kết quả của Dong H.L. với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính và độ chính xác của sinh thiết hạch thượng đòn chẩn đoán ung thư phổi nghi ngờ di căn hạch thượng đòn là 100%; 97,6%; 83,3%; 100% và 97,8% tương ứng.<sup>5</sup>

So với chọc hút hạch kim nhỏ, sinh thiết hạch thượng đòn có độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính và độ chính xác cao hơn so với chọc hút hạch kim nhỏ.<sup>12,14</sup>

Các giá trị này gợi ý rằng sinh thiết hạch thượng đòn là một phương pháp chính xác để đánh giá bệnh nhân nghi ngờ có tổn thương hạch thượng đòn.

Giá trị tiên đoán âm tính thấp có thể là do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp kết quả âm tính giả đã xảy ra trong chẩn đoán ung thư phổi. Nguyên nhân sai có thể do chúng tôi sinh thiết hạch thượng đòn không đúng vị trí tổn thương hoặc cũng có thể do đánh giá siêu âm trước sinh thiết không chính xác. Do đó, việc ra quyết định chung giữa các bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ X-quang và bác sĩ phổi là rất quan trọng.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật sinh thiết hạch thượng đòn là một phẫu thuật chẩn đoán an toàn và đáng tin cậy cũng như giúp phân loại giai đoạn và loại tế bào của các bệnh nhân nghi ngờ có tổn thương phổi trên cắt lớp vi tính phổi. Ngoài ra, sinh thiết hạch thượng đòn có thể giúp tránh phẫu thuật không cần thiết hoặc các thủ thuật xâm lấn hơn hoặc các biến chứng tiềm ẩn.

Tuy nhiên, mặc dù độ đặc hiệu của kết quả sinh thiết là 100%, độ chính xác của kết quả sinh thiết hạch thượng đòn chỉ là 94,5%. Vì vậy, sinh thiết hạch thượng đòn nên được sử dụng

kết hợp với khám lâm sàng và thăm dò chẩn đoán hình ảnh. Ngoài ra, phẫu thuật này chỉ áp dụng cho các trường hợp bệnh nhân đã có tổn thương nghi ngờ di căn của hạch thượng đòn, vì vậy, việc nâng cao tỷ lệ sàng lọc, chẩn đoán sớm các tổn thương phổi ở giai đoạn sớm là hết sức quan trọng nhằm chẩn đoán sớm ung thư phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hai Viet Nguyen, Hoa Binh Nguyen, Nhung Viet Nguyen. Decline of Tuberculosis Burden in Vietnam Measured by Consecutive National Surveys, 2007-2017. *Emerging Infectious Diseases*. 2021; 27(3): 872-879.
2. Hyuna Sung, Rebecca L. Siegel, Jacques Ferlay. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *ACS journals*. 2021; 71(3): 209-249.
3. Fultz PJ, Feins RH, Strang JG, Wandtke JC. Detection and diagnosis of nonpalpable supraclavicular lymph nodes in lung cancer at CT and US. *Radiology*. 2002; 51: 222-245.
4. Kumaran M, Benamore RE, Vaidhyanath R, Muller S Richards, CJ Peake MD. Ultrasound guided cytological aspiration of supraclavicular lymph nodes in patients with suspected lung cancer. *thorax*. 2005; 60(33): 299.
5. Dong Hoon Lee, Jae Mi Yoon, Joon Kyoo Lee. Supraclavicular Lymph Node Excision biopsy in Patients with Suspected Supraclavicular Lymph Node Metastasis of Lung Cancer: Experience in a Tertiary Hospital. *Chonnam Med J*. 2017; 53: 69-72.
6. Hai Viet Nguyen, Hoa Binh Nguyen, Nhung Viet Nguyen. Decline of Tuberculosis Burden in Vietnam Measured by Consecutive National Surveys, 2007–2017. *Emerging Infectious Diseases*. 2021; 27(3): 872-879.
7. Sahajal Dhooria, Ritesh Agarwal, Ashutosh

- N.Aggarwal. Differentiating tuberculosis from sarcoidosis by sonographic characteristics of lymph nodes on endobronchial ultrasonography: A study of 165 patients. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2014; 148(2): 662-667.
8. Saurabh Kumar Singh, Kamlesh Kumar Tiwar. Tuberculous lymphadenopathy: Experience from the referral center of Northern India. *Nigerian Medical Journal*. 2016; 54: 134-138.
9. Julia Kastner, Rydhwana Hossain, Jean Jeudy. Lung-RADS Version 1.0 versus Lung-RADS Version 1.1: Comparison of Categories Using Nodules from the National Lung Screening Trial. *Radiology*. 2021; 300(1): 199-206.
10. Hagrid Rior. Microsurgical Procedures: Vascularized Lymph Node Transfer from the Supraclavicular Region. *Thoracic Key*. 2018.
11. W.J. Heerink, G.H. de Bock, G.J. de Jonge. Complication rates of CT-guided transthoracic lung biopsy: meta-analysis. *Eur Radiol*. 2017; 27: 138-148.
12. Sumit Mitra, Suchandra Ray, Pradip K Mitra. Fine needle aspiration cytology of supraclavicular lymph nodes: Our experience over a three-year period. *J Cytol*. 2011; 28(3): 108-110.
13. Dekel Shlomi, Gingy Ronen Balmor. Screening for lung cancer: time for large-scale screening by chest computed tomography. *Eur Respir J*. 2014; 44: 217-238.
14. Jooae Choe, Mi Young Kim, Jung Hwan Baik. Ultrasonography-Guided Core Biopsy of Supraclavicular Lymph Nodes for iagnosis of Metastasis and Identification of epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) Mutation in Advanced Lung Cancer. *Medicine*. 2015; 94(29): 1209-1219.

## Summary

### EVALUATION OF DIAGNOSTIC BIOPSY RESULTS OF SUPRACLAVICULAR LYMPH NODES IN PATIENTS WITH SUSPECTED LUNG LESIONS ON COMPUTED TOMOGRAPHY

Surgical supraclavicular lymph nodes incision biopsy in patients with lung lesions, especially cases with suspected pulmonary tuberculosis or lung cancer on computed tomography (CT) film for diagnostic is a save and trustful surgery. We conducted a study from June 2021 to May 2022 on 66 patients with computed tomography lung lesions suspected of pulmonary tuberculosis or lung cancer, and with abnormal supraclavicular lymph nodes to evaluate effectiveness and safety of surgery. The diagnosis confirmation rate was 95.5% and no patient had major complications.

**Keywords:** Surgical biopsy of lymph nodes, supraclavicular lymph nodes, lung cancer, tuberculosis.