

Bolong Zheng, Dingjun Hao⁶ và cộng sự cũng chỉ ra ở nhóm bệnh nhân ACDF mức độ đau giảm đáng kể so với trước mổ và nhưng không giảm rõ rệt bằng nhóm TDR ($P < 0,05$).

Mức độ giảm chức năng cột sống cổ theo NDI của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng là $24,8\% \pm 6,2\%$ và 6 tháng là $13,2\% \pm 8,4\%$ so với trước mổ $51,6\% \pm 11,3\%$ với độ tin cậy $P < 0,001$. Trong nghiên cứu của Bolong Zheng, Dingjun Hao⁶ và cộng sự, chỉ số NDI trước mổ là $41,3\% \pm 9,6\%$ giảm đáng kể xuống còn $12,2\% \pm 3,6\%$ sau mổ 12 tháng.

Mức độ tổn thương tuỷ theo mJOA của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng là $12,2 \pm 2,1$ và 6 tháng là $13,1 \pm 1,2$ so với trước mổ $9,8 \pm 4,2$ với độ tin cậy $P < 0,001$. Theo Trần Trung Kiên⁸ và cộng sự kết quả cải thiện JOA sau 6 tháng là $15,91 \pm 2,07$, cũng đạt kết quả đáng kể.

41 bệnh nhân sau mổ có 6 bệnh nhân tổn thương tủy liên kề chiếm 14,6%. Một nghiên cứu của Kim S.W.⁷ và cộng sự phân tích so sánh giữa 2 nhóm phẫu thuật hàn xương liên thân đốt và dùng đĩa đệm nhân tạo có khớp Bryan, ở nhóm ACDF có tỉ lệ biểu hiện bệnh lý đốt sống liên kề nhiều gấp 3,5 lần so với nhóm TDR.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là phẫu thuật an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, mang lại hiệu quả lâm sàng đáng kể cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Đức Hà (2018). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận án thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018
2. Hoàng Văn Chiên. Nghiên cứu chẩn đoán phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp thay đĩa đệm nhân tạo. Luận án Tiến sỹ y học. Học viện Quân y. 2016
3. Lê Trọng Sanh và cs. Lê Trọng Sanh. Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng đường cổ trước tại bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010
4. Nordin M et al. "Assesment of Neck Pain and Its Associated Disorders: Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders". Eur Spine 17 (Suppl 1), 2008: S101 – S122.
5. Panjabi MM, White AA. Basic biomechanics of the spine. Neurosurgery. 1980;7(1):76-93.
6. Bolong Zheng, Dingjun Hao, Hua Guo, Baorong He. ACDF and TDR for patients with cervical spondylosis – an 8 year follow up study. BMC Surgery: 113 (2017).
7. Kim HK, Kim MH, Cho DS, Kim SH. Surgical outcome of cervical arthroplasty using bryan(r). J Korean Neurosurg Soc. 2009; 46(6):532-537.
8. Nguyễn Hùng Minh, Nguyễn Trung Kiên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ một tầng. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y. 2020
9. Rozankovic M, Marasanov SM, Vukic M. Cervical Disk Replacement With Discover Versus Fusion in a Single – Level Cervical Disk Disease: A Prospective Single – Center Randomized Trial With a Minimum 2-Year Follow-up. Clin Spine Surg. 2017;30(5): E515-E522.

KẾT QUẢ ĐỊNH VỊ KIM DÂY DƯỚI HƯỚNG DẪN X QUANG VÚ TRONG PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG VÚ NGHI NGỜ ÁC TÍNH

Vũ Thúy Hằng¹, Nguyễn Văn Thi¹, Chu Thu Hà¹, Nguyễn Quốc Dũng², Nguyễn Thái Bình^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính hữu ích của kỹ thuật định vị kim dây dưới hướng dẫn của hình ảnh đối với các tổn thương vú nghi ngờ ác

tính được phát hiện bằng X quang vú. **Đối tượng và phương pháp:** trong nghiên cứu này, kỹ thuật định vị kim dây dưới hướng dẫn của X quang vú đã được thực hiện trên 64 bệnh nhân với 70 tổn thương vú nghi ngờ ác tính tại bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024. Sau đó, tiến hành kiểm tra mô bệnh học các mẫu bệnh phẩm đã được cắt bỏ sau phẫu thuật. Tất cả các hình ảnh chụp X quang vú của bệnh nhân đều được phân loại theo hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh vú (BI – RADS). **Kết quả:** Về mặt X quang, 21 trường hợp (30%) được phân loại BI-RADS 3, 48 trường hợp (68.6%) BI-RADS 4, 1 trường hợp (1.4%) BI-RADS 5. Kết quả mô bệnh học lành tính ở 58 (82.9%) trường hợp và ác tính ở 12 (17.1%) trường hợp. Cả 21 trường hợp được phân loại BI-RADS 3 đều có kết quả

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Medlatec

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthai binh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 20.11.2024

giải phẫu bệnh lành tính. Bên cạnh đó, 48 trường hợp được phân loại BI-RADS 4 có 11 trường hợp có kết quả mô bệnh học ác tính và 37 trường hợp lành tính. Không có trường hợp nào ghi nhận di lệch dây móc định vị. Chỉ có 1 trường hợp chảy máu nhẹ sau định vị, chiếm tỷ lệ 1.4%. **Kết luận:** Định vị kim dây dưới hướng dẫn của X quang vú là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong chẩn đoán sớm ung thư vú.

Từ khóa: ung thư vú, tổn thương, kim dây, định vị, X quang vú.

SUMMARY

IMAGE-GUIDED NEEDLE LOCALIZATION TECHNIQUE IN DIAGNOSIS OF SUSPICIOUS MALIGNANT BREAST LESIONS

Objectives: The purpose of this study was to evaluate the usefulness of hook wire localization technique under imaging guidance for suspicious malignant breast lesions detected mammography.

Methods: In this study, mammography-guided hook wire localization technique was performed on 64 patients with 70 breast suspicious lesions at K hospital from March 2023 to June 2024. Then histopathological examination was performed on surgically removed specimens. All patients' mammograms were categorized using Breast Imaging-Reporting and Data System (BI-RADS) classification.

Results: Radiologically, 21 (30%) lesions were classified as BI-RADS 3; 48 (68.6%) BI-RADS 4; one (1.4%) BI-RADS 5. Histopathological results were benign in 58 (82.9%) and malignant in 12 (17.1%) lesions. 21 lesions were classified as BI-RADS 3 and definitive diagnoses for all were benign. Besides, 48 lesions were classified as BI-RADS 4 and histopathologically 11 of them were reported as malignant, and 37 as benign. There were no cases of displacement of the positioning wire. There was only 1 case of mild bleeding, accounting for 1.4%. **Conclusion:** Mammography-guided needle wire localization is a safe and effective method for early diagnosis of breast cancer.

Keywords: breast cancer, lesion, needle wire, localization, mammography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ.¹

Ngày nay, cùng với chương trình tầm soát ung thư vú được lan rộng, nhận thức của người dân tăng cao và sự phát triển không ngừng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nên các tổn thương vú được phát hiện ngày càng sớm, ngay cả khi không sờ thấy trên lâm sàng.²

Khi tổn thương không sờ thấy trên lâm sàng thì nguy cơ cắt tổn thương khó khăn hơn, có thể không trúng tổn thương, hay cắt không đủ rộng và không đạt tiêu chuẩn các diện cắt xung quanh. Vì vậy, thủ thuật định vị kim các tổn thương nhỏ được ra đời. Định vị kim dưới hướng dẫn của hình ảnh học được xem là tiêu chuẩn vàng trong định vị những tổn thương vú không

sờ thấy trên lâm sàng, giúp cho phẫu thuật viên xác định chính xác tổn thương, có thể cắt rìa đủ tiêu chuẩn, giúp chẩn đoán sớm và điều trị bảo tồn.²

Tại bệnh viện K, kỹ thuật này đã được triển khai từ lâu nhưng chưa có công trình nào đánh giá kết quả của định vị kim dây dưới hướng dẫn hình ảnh trong xử trí tổn thương vú nghi ngờ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm tính hữu ích của kỹ thuật định vị kim dây dưới hướng dẫn của hình ảnh đối với các tổn thương vú nghi ngờ ác tính được phát hiện bằng X quang vú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương vú nghi ngờ trên X quang vú nhưng không sờ thấy trên lâm sàng, có chỉ định phẫu thuật lấy tổn thương dưới hướng dẫn của kim định vị qua x quang vú âm tại trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện K, có kết quả mô bệnh học rõ ràng.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện

Kỹ thuật. Tất cả các bệnh nhân được thực hiện định vị bằng kim dây móc của hãng HS – American và gây tê tại chỗ trong quá trình thực hiện. Việc định vị được coi là thành công khi đầu dây nằm trong tổn thương.

Sau khi định vị tại trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, bệnh nhân được chuyển lên phòng mổ và được phẫu thuật sau đó tối đa 4 giờ. Khu vực được đánh dấu bằng kim dây được cắt bỏ với biên độ ít nhất 1 cm mô xung quanh. Tiếp đó, mô bệnh phẩm cắt bỏ sẽ được kiểm tra lại bằng X quang trước khi được gửi đến khoa giải phẫu bệnh. Tỷ lệ tổn thương lành tính - ác tính được xác định bởi kết quả mô bệnh học. Đồng thời, mối tương quan giữa hình ảnh trước phẫu thuật và kết quả cuối cùng được đưa ra. Các biến chứng liên quan đến thủ thuật cũng được ghi lại. Các tổn thương được phân loại theo hệ thống BI-RADS.

Quy trình thu thập số liệu. Thu thập các thông tin bao gồm tuổi, lý do khám bệnh, phân loại BI-RADS, kết quả mô bệnh học. Các thông tin về kỹ thuật định vị bao gồm thời gian thực hiện, độ dài của đường đi kim, số lượng kim, kết quả chụp mẫu bệnh phẩm, biến chứng trong và sau định vị.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Stata 14. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, được kiểm định bằng

phép kiểm T hoặc U Mann Whitney. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ và được kiểm định bằng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher. Phân tích hồi quy logistic nhị phân được sử dụng để đánh giá các hình ảnh trước phẫu thuật. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 64 bệnh nhân với 70 tổn thương vú nghi ngờ ác tính được phát hiện bằng X quang vú. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 44.5 ± 9.5 . Các tổn thương phần lớn được phát hiện tình cờ thông qua thăm khám sức khỏe định kỳ (42/64 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 65.6%). Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 33.4 ± 11.5 phút. Độ dài trung bình của đường đi kim 4.8 ± 1.1 cm (2-8 cm). Có 69 tổn thương dùng 1 kim và 1 tổn thương phải dùng 2 kim định vị. Tất cả các mẫu bệnh phẩm được phẫu thuật đều tương thích với hình ảnh trước mổ. Chỉ có một bệnh nhân có chảy máu trong quá trình làm thủ thuật và đã được cầm bằng phương pháp ép nhẹ.

Bảng 1. Kết quả mô bệnh học

| | Lành tính | Ác tính | Tỷ lệ % |
|------------------------------------|-----------|---------|---------|
| Ung thư biểu mô nhầy xâm nhập | | 1 | 1.5 |
| Ung thư biểu mô nội ống tại chỗ | | 6 | 8.6 |
| Ung thư biểu mô ống xâm nhập | | 2 | 2.8 |
| Ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập | | 2 | 2.8 |
| Ung thư biểu mô hỗn hợp | | 1 | 1.5 |
| Bệnh tuyến xơ hóa | 2 | | 2.8 |
| Nang viêm | 2 | | 2.8 |
| Quá sản nội ống điển hình | 5 | | 7.1 |
| Quá sản nội ống không điển hình | 2 | | 2.8 |
| U nhú nội ống điển hình | 10 | | 14.3 |
| U nhú nội ống không điển hình | 5 | | 7.1 |
| U xơ tuyến | 29 | | 41.4 |
| Xơ nang tuyến vú | 1 | | 1.5 |
| Viêm giãn ống tuyến vú | 1 | | 1.5 |
| U tuyến ống nhỏ | 1 | | 1.5 |

Có 12 tổn thương có kết quả mô bệnh học là ác tính, chiếm tỷ lệ 17.1%; có 58 tổn thương có kết quả mô bệnh học lành tính, chiếm tỷ lệ 82.9%

Bảng 2. Kết quả phân bố mô bệnh học theo phân loại BI-RADS

| BI-RADS | Ác tính | | Lành tính | | p | OR |
|---------|---------|------|-----------|------|-------|------------------|
| | n | % | n | % | | |
| 3 | - | - | 21 | 100 | 0.009 | - |
| 4a | 1 | 3.3 | 29 | 96.7 | 0.009 | 0.1 (0.02 – 0.7) |
| 4b | 6 | 50 | 6 | 50 | 0.004 | 8.7 (1.7 – 44.1) |
| 4c | 4 | 66.7 | 2 | 33.3 | 0.007 | 14 (1.6 – 167.3) |
| 5 | 1 | 100 | - | - | 0.171 | - |

21 tổn thương được phân loại BI-RADS 3; 48 tổn thương là BI-RADS 4, trong đó có 30 tổn thương xếp loại BI-RADS 4a, 12 tổn thương xếp loại BI-RADS 4b, 6 tổn thương xếp loại BI-RADS 4c; 1 tổn thương được xếp loại BI-RADS 5. Theo phân loại BI-RADS, có sự khác giữa tỷ lệ lành tính – ác tính trong các nhóm. Trong nhóm BI-RADS 3 và 4a, sự hiện diện của tổn thương ác tính thấp hơn đáng kể so với các, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0.009$.

Đối với từng phân nhóm BI-RADS 4, sự hiện diện có ý nghĩa thống kê của tổn thương ác tính được quan sát thấy trong phân nhóm BI-RADS 4b và BI-RADS 4c (với $p = 0,04$ và $P = 0,07$). Phân tích hồi quy logistic nhị phân cho thấy khả năng mắc bệnh ác tính được tìm thấy trong các phân nhóm 4b, 4c lần lượt cao hơn 8.7 và 14 lần.

Khi gộp chung thành nhóm BI-RADS 4, sự hiện diện của tổn thương ác tính cũng cao hơn các nhóm khác với tỷ suất chênh là 6.2, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.06$).

IV. BÀN LUẬN

Việc định vị tổn thương có thể được thực hiện dưới hướng dẫn của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhau, trong đó X quang vú là phương pháp có nhiều ưu điểm vượt trội, đặc biệt là đối với các tổn thương vôi hóa. Việc chụp X quang mẫu bệnh phẩm nên được thực hiện đối với các tổn thương phẫu thuật cắt bỏ có vi vôi hóa và các trường hợp tổn thương dạng khối hoặc biến dạng cấu trúc mà không chắc chắn loại bỏ được hết. Trong chụp X-quang mẫu bệnh phẩm, cần đánh giá tổn thương đã được cắt bỏ chưa và khoảng cách đến rìa phẫu thuật.³ Trong nghiên cứu này, chụp X-quang mẫu bệnh phẩm được thực hiện đối với tất cả các tổn thương.

Định vị tổn thương vú trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện bằng bằng kim dây móc của hãng HS – American với đường kính kim định vị là 20G, lõi kim 25G, kim dài 10cm, lõi dây 15cm. X-quang vú cho phép xác định vị trí của dây móc theo hai chiều và bác sĩ phẫu thuật có thể tiếp cận tổn thương bằng cách xác định vị trí nhô ra của dây móc trên bề mặt da. Có thể sử dụng nhiều hơn một dây trong một số trường hợp đặc biệt.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 tổn thương phải sử dụng 2 kim dây do khó xác định ranh giới.

Kết quả chụp mẫu bệnh phẩm và kết quả giải phẫu bệnh xác nhận không có trường hợp nào trong nghiên cứu này có sự di lệch có dây định vị, chứng tỏ phương pháp này rất hiệu quả. Tuy nhiên, mặc dù kỹ thuật định vị kim dây rất

hiệu quả, nhưng nó vẫn có một số nhược điểm. Điểm vào của dây định vị cách xa vị trí lý tưởng của vết mổ có thể dẫn đến việc cắt bỏ một vùng lớn các mô vú. Biến chứng phổ biến nhất trong quá trình định vị là phản ứng phế vị (10%).³ Các biến chứng và nhược điểm khác bao gồm sự khó khăn trong việc định vị do vú dày, dây móc bị dịch chuyển, bệnh nhân khó chịu, chảy máu, nhiễm trùng, tràn khí màng phổi, dây móc bị đứt và khối u còn sót lại trong khoang sinh thiết. Kỹ thuật được coi là không thành công nếu tổn thương không thể được loại bỏ sau định vị. Tỷ lệ thất bại 0-18% (trung bình 2,6%) đã được báo cáo trong tài liệu.³ Những tình huống này chủ yếu gặp phải ở những tổn thương có ranh giới không rõ ràng như vi vôi hóa. Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào xuất hiện phản ứng phế vị. Tuy nhiên, có một bệnh nhân bị chảy máu nhẹ trong khi làm thủ thuật, đã được xử lý bằng phương pháp ép nhẹ, có thể giải thích do tổn thương giàu mạch và đường đi kim dài.

Tần suất phát hiện ung thư vú ở những bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ nhưng không sờ thấy trên lâm sàng được thực hiện định vị kim dây thay đổi 10-36%.^{3,5} Điều này đòi hỏi phải có tính chọn lọc trong việc đưa ra các chỉ định định vị kim dây. Trong khi đó, tỷ lệ phát hiện ung thư tại chỗ đã tăng lên với phương pháp này và được báo cáo là từ 18-34% trong các nghiên cứu khác nhau.³ Trong loạt nghiên cứu của Ozdemir, tỷ lệ ung thư tại chỗ /xâm lấn đã được báo cáo là 36% và trong nghiên cứu này, người ta nhấn mạnh rằng tỷ lệ chẩn đoán chính xác đã tăng theo thời gian, đặc biệt là đối với ung thư giai đoạn đầu và tần suất sinh thiết không cần thiết đã giảm dần.⁶ Ung thư biểu mô ống tại chỗ chiếm 15-20% trong số tất cả các bệnh ung thư vú và được phát hiện thông qua X – quang vú thay vì khám thực thể.³ Kết quả mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây với 58 (82.9%) tổn thương lành tính và 15 (17.1%) tổn thương ác tính. Kết quả giải phẫu bệnh của 6 trong số 12 bệnh nhân phát hiện mắc ung thư được báo cáo là ung thư tại chỗ. Tỷ lệ ung thư biểu mô tại chỗ trong số tất cả các khối u ác tính là 50% và tỷ lệ ung thư tại chỗ /xâm lấn là 1/1. Điều này chứng minh vai trò hữu ích của định vị kim dây trong chẩn đoán sớm ung thư vú. 4 trong số 6 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tại chỗ đã được thực hiện phẫu thuật bảo tồn vú và 2 bệnh nhân còn lại được thực hiện phẫu thuật cắt bỏ vú triệt căn được cải thiện.

Mặc dù tỷ lệ tổn thương lành tính trong một

loạt nghiên cứu được báo cáo là 69-82%.³ Tuy nhiên tỷ lệ này không được coi là yếu tố quyết định thành công. Tỷ lệ lành tính quá cao có thể do chỉ định các sinh thiết không cần thiết; còn khi tỷ lệ quá thấp, nó có thể dẫn đến việc bỏ sót các tổn thương ác tính tiềm ẩn quá nhỏ để phát hiện.⁷ Vì vậy, hoạt động nhóm và kinh nghiệm là rất quan trọng. Cần nhấn mạnh rằng mỗi quy trình thủ thuật đều phải hướng đến mục tiêu đạt được kết quả thẩm mỹ trong khi vẫn bảo tồn mô lành cũng như loại bỏ mô tổn thương một cách chính xác.

BI-RADS là hệ thống được phát triển và áp dụng đầu tiên cho X quang vú. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ác tính trong nhóm tổn thương BI-RADS 3 là dưới 8%; trong khi ở nhóm BI-RADS 4, tỷ lệ này thay đổi từ 4% đến 34% và ở nhóm BI-RADS 5, tỷ lệ này thay đổi từ 54% đến 97%.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng tổn thương trong nhóm BI-RADS 3, 4, 5 được phát hiện lần lượt là 30%, 68.6% và 1.4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo các mức độ BI-RADS đã được phát hiện khi so sánh kết quả mô bệnh học của các phân nhóm BI-RADS. Sự hiện diện của tổn thương ác tính trong nhóm BI-RADS 3 (0%) và BI-RADS 4a (3.3%) đã được phát hiện là thấp hơn đáng kể về mặt thống kê so với các nhóm khác (với $p = 0,009$). Mặt khác, sự hiện diện của tổn thương ác tính trong nhóm BI-RADS 4b (50%) và 4c (66.7%) đã được phát hiện cao hơn đáng kể về mặt thống kê so với các nhóm khác (với p lần lượt là 0.009 và 0.004). Xác suất ác tính đã được phát hiện cao hơn 8.7 lần trong nhóm BI-RADS 4b và cao hơn 14 lần trong nhóm BI-RADS 4c. Khi gộp chung các nhóm xếp loại BI-RADS 4, thấy tỷ lệ ác tính cao hơn các nhóm khác, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.06$.

Trong nghiên cứu này, tất cả 21 tổn thương trong nhóm BI-RADS 3 có kết quả mô bệnh học lành tính; trong nhóm BI-RADS 4, 11/48 tổn thương (22.9%) có kết quả mô bệnh học ác tính; và nhóm BI-RADS 5 chỉ quan sát thấy một trường hợp, và kết quả mô bệnh học là ác tính. Điều đó chứng tỏ tỷ lệ ác tính tăng lên theo bậc đối với các nhóm phân loại BI-RADS. Tuy nhiên, số lượng tổn thương trong nhóm BI-RADS 5 quá nhỏ để đưa ra bàn luận nhiều

Sau khi xác định được nguy cơ ác tính theo các nhóm BI-RADS, các phương pháp tiếp cận cũng được xác định đối với các tổn thương được phát hiện bằng hình ảnh học. Có thể khuyến nghị sinh thiết đối với các tổn thương BI-RADS 3 khi xem xét sự lo lắng và các yếu tố nguy cơ

của bệnh nhân. Và sinh thiết được khuyến nghị chỉ định đối với nhóm BI-RADS 4,5.⁹

V. KẾT LUẬN

Trong chẩn đoán sớm ung thư vú, tính hợp lệ và hữu ích của định vị kim dây các tổn thương vú nghi ngờ hướng dẫn hình ảnh đã được chứng minh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện ung thư vú bằng phương pháp này được xác định là 17.1%. Không phát hiện tổn ác tính ở những bệnh nhân nhóm BI-RADS 3 nhưng khuyến cáo nên theo dõi chặt chẽ. Vì tỷ lệ ác tính cao đáng kể đã được phát hiện ở nhóm BI-RADS 4 và 5, nên chỉ định định vị kim dây các tổn thương không sờ thấy trên lâm sàng chắc chắn được khuyến cáo. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật định vị kim dây dưới hướng dẫn của hình ảnh tăng lên khi các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ giải phẫu bệnh làm việc hài hòa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, McCarron P, Parkin DM.** The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res.* 2004;6(6):229. doi:10.1186/bcr932
2. **Center TU of A at BCC** . Breast Cancer Screening and Diagnosis Clinical Practice

- Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw.* 2006;4(5):480. doi:10.6004/jnccn.2006.0040
3. **Demiral G, Senol M, Bayraktar B, Ozturk H, Celik Y, Boluk S.** Diagnostic Value of Hook Wire Localization Technique for Non-Palpable Breast Lesions. *J Clin Med Res.* 2016;8(5):389-395. doi:10.14740/jocmr2498w
4. **Lieberman L, Kaplan J, Van Zee KJ, et al.** Bracketing Wires for Preoperative Breast Needle Localization. *Am J Roentgenol.* 2001;177(3):565-572. doi:10.2214/ajr.177.3.1770565
5. **Altomare V, Guerriero G, Giacomelli L, et al.** Management of Nonpalpable Breast Lesions in a Modern Functional Breast Unit. *Breast Cancer Res Treat.* 2005;93(1):85-89. doi:10.1007/s10549-005-3952-1
6. **Ozdemir A.** The analysis of 381 preoperatively localized nonpalpable breast lesions. *Tansal Ve Giriimsel Radyoloji.* 2000;214(2):314-322.
7. **Meyer JE, Amin E, Lindfors KK, Lipman JC, Stomper PC, Genest D.** Medullary carcinoma of the breast: mammographic and US appearance. *Radiology.* 1989;170(1) :79-82. doi:10.1148/radiology.170.1.2642350
8. **Orel SG, Kay N, Reynolds C, Sullivan DC.** BI-RADS Categorization As a Predictor of Malignancy. *Radiology.* 1999;211(3): 845-850. doi:10.1148/radiology.211.3.r99jn31845
9. **Sickles EA.** Nonpalpable, circumscribed, noncalcified solid breast masses: likelihood of malignancy based on lesion size and age of patient. *Radiology.* 1994;192(2):439-442. doi:10.1148/radiology.192.2.8029411

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN MÂM CHÀY SCHATZKER VI BẰNG NẸP VÍT KHOÁ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hồ Tuấn Dũng¹, Lê Mạnh Sơn², Đào Xuân Thành^{3,4}

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 46 bệnh nhân gãy mâm chày schatzker VI điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 4 năm 2021 đến tháng 4 năm 2024 với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín mâm chày Schatzker VI bằng nẹp vít khoá tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Kết quả cho thấy: Độ tuổi hay gặp là từ 30-49 tuổi (39.13%), việc xác định số mảnh gãy và độ lún mâm chày của CT tốt hơn so với X-Quang. Kết quả có 38/46 bệnh nhân (82.61%) ổ gãy kín và không lún, 38 bệnh nhân không lệch trục. Kết quả chức năng cho thấy có 8

bệnh nhân (17.29%) còn than phiền vẫn đau, 10 bệnh nhân (21.74%) đi bộ <60 phút, 2 bệnh nhân hạn chế duỗi 0 - 10 °, 2 bệnh nhân có độ vững khớp gối <20 °. Biến chứng sau mổ 1 bệnh nhân (2,17%) bị nhiễm trùng vết mổ, 1 bệnh nhân (2,17%) nhiễm trùng ổ gãy và 2 bệnh nhân (4,35%) tụ máu vết mổ, 1 bệnh nhân (2,17%) chậm liền xương. **Từ khóa:** gãy kín mâm chày, schatzker VI, kết hợp xương, nẹp vít

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF INTERNAL FIXATION USING LOCKING PLATES FOR THE TREATMENT OF CLOSED SCHATZKER VI TIBIAL PLATEAU FRACTURES AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

A descriptive study was conducted on 46 patients with Schatzker VI tibial plateau fractures treated at Viet Duc Hospital from April 2021 to April 2024, aiming to evaluate the surgical outcomes of internal fixation using locking plates for the treatment of closed Schatzker VI tibial plateau fractures at Viet Duc Friendship Hospital. The results showed that the most

¹Bệnh viện 198 Bộ Công An

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 21.11.2024