

khoa sâu mỏng đã góp phần bỏ sót nhiều trường hợp phát hiện bệnh muộn. Ngày nay, nhờ công nghệ trí tuệ nhân tạo hiện đại, việc sàng lọc và quản lý bệnh nhân đái tháo đường qua việc chụp ảnh màu đáy mắt đã trở nên dễ dàng hơn, quy trình này nên được phổ cập đến các bệnh viện đa khoa có cơ sở quản lý số lượng lớn bệnh nhân đái tháo đường để kịp thời phát hiện và điều trị các biến chứng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Lan Anh.** Nghiên cứu các hình thái lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của bệnh võng mạc đái tháo đường tại Bệnh viện E Trung ương. Luận văn bác sĩ Chuyên khoa cấp II. 2017.
2. **Lương Thị Hải Hà.** Đặc điểm bệnh võng mạc đái tháo đường trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(2):91-94.
3. **Lê Thị Hiền.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng bệnh võng mạc đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa

tỉnh Hòa Bình. Luận căn bác sĩ Chuyên khoa cấp II. 2020.

4. **Trần Thị Hải Linh.** Nghiên cứu sử dụng ảnh chụp đáy mắt kỹ thuật số tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn bệnh võng mạc đái tháo đường. Luận văn thạc sĩ Y học. 2022.
5. **Cai X, McGinnis JF.** Diabetic Retinopathy: Animal Models, Therapies, and Perspectives. J Diabetes Res. 2016;2016:3789217.
6. **Diabetes prevalence (% of population ages 20 to 79) | Data.**
7. **Federman JL, Gouras P, Schubert H, et al.** Retina and Vitreous: Textbook of Ophthalmology. Vol 9.; 1994.
8. **Home, Resources, diabetes L with, et al.** IDF Diabetes Atlas 2021 | IDF Diabetes Atlas.
9. **Spencer R, McMeel JW, Franks EP.** Visual Outcome in Moderate and Severe Proliferative Diabetic Retinopathy. Archives of Ophthalmology. 1981;99(9):1551-1554.
10. **Yau JWY, Rogers SL, Kawasaki R, et al.** Global Prevalence and Major Risk Factors of Diabetic Retinopathy. Diabetes Care. 2012; 35(3):556-564.

## GIÁ TRỊ SINH THIẾT LỖI KIM DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM CÁC TỔN THƯƠNG VÚ PHÂN ĐỘ BI-RADS 4, 5

Nghiêm Phương Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Bích Trâm<sup>1</sup>,  
Lê Hoàng Huy<sup>1</sup>, Bùi Anh Thắng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm hình ảnh tổn thương vú gợi ý ác tính theo thuật ngữ của hội đồng quang Hoa kỳ (ACR-American colleague of Radiology) khi làm sinh thiết lõi kim (STLK) dưới hướng dẫn siêu âm (SA), đồng thời nhận xét thành công và tai biến của phương pháp này. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca. Tất cả 186 bệnh nhân nữ đến khám và siêu âm tại bệnh viện ung bướu thành phố Hồ Chí Minh được chẩn đoán tổn thương vú BIRADS 4,5 trên siêu âm được chỉ định sinh thiết lõi kim và có kết quả giải phẫu bệnh từ tháng 05/2020 đến 05/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 52,3 tuổi, độ tuổi mắc bệnh cao nhất ở nhóm từ 40 - 49 tuổi (chiếm 30%). 38% bệnh nhân có thời gian từ khi phát hiện đến lúc khám 1-<6 tháng. Tỷ lệ phân bố phải, trái của bướu gần tương đương nhau: trái 46,24%, phải 43,55%. Đa số bướu có kích thước >20-40mm ở thời điểm phát hiện, chiếm 40,86%. Tỷ lệ ác tính trong các nhóm bệnh lần lượt là: 4A (4,3%), 4B (18,3%), 4C (33,3%), 5 (27,5%). Các đặc điểm trên SA của bướu ác tính là: hình dạng không đều

(94,84%), trục không song song (98,06%), bờ đa cung nhỏ (52,9%), phản âm bướu kém (85,16%), phản âm sau bướu dạng kết hợp (65,81%), vi vôi hoá trong bướu (45,81%). Có sự khác biệt có ý nghĩa về các đặc điểm hình ảnh SA giữa hai nhóm ác tính và lành tính. Đa số BN được lấy 5 lõi ST (59%). Có 3 BN bị tai biến nhẹ (2 TH chảy máu và 1 TH tụ máu). Kết quả giải phẫu bệnh (GPB) cho thấy carcinoma chiếm tỉ lệ cao nhất (78,49%). **Kết luận:** STLK dưới hướng dẫn SA là phương pháp giúp chẩn đoán xác định ung thư vú với tỉ lệ biến chứng thấp, giúp bác sĩ lâm sàng lập kế hoạch điều trị thích hợp cho mỗi bệnh nhân

**Từ khóa:** Sinh thiết lõi kim, siêu âm, tổn thương vú BIRADS 4,5.

### SUMMARY

#### VALUE OF ULTRASOUND-GUIDED CORE BIOPSY OF BI-RADS 4 AND 5 BREAST LESIONS

**Objectives:** To describe the imaging features of breast lesions suggestive of malignancy according to American college of Radiology (ACR) terms during ultrasound guided core needle biopsy (CNB), and evaluate the successes as well complications of CNB.

**Methods:** A retrospective study cases series study. All 186 female patients who went to the oncology hospital for examination and diagnosed with BIRADS 4,5 breast lesion on ultrasound assigned to have needle core biopsy (NCB) and had pathological results from May 2020 to May 2021. **Results:** mean age of 52,3 years old, group of 40-49 years old account for the highest

<sup>1</sup>Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthao2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

proportion (30%). The average age of the study sample was 52.3 years old; the age of the disease was highest in the group of 40 - 49 years old (accounting for 30%). 38% of patients had time to detection between 1 and 6 months. The distribution of right and left tumors is almost the same: 46.24% on left side and 43.55% on right size. Most tumors were >20-40mm in size at the time of detection, accounting for 40.86%. The rate of malignancy in disease groups was: 4A (4.3%), 4B (18.3%), 4C (33.3%), 5 (27.5%). The characteristic on ultrasound of malignant tumors is: irregular shape (94.84%), not parallel orientation (98.06%), micro-lobulated margin (52.9%), hypoechoic (85,16%), posterior acoustic features with combined pattern (65.81%), intra-tumor microcalcification (45.81%). There were significant difference imaging features between the malignant and benign lesion. Most patients received 5 cores of ST (59%). There were 3 patients with mild complications (2 cases of bleeding and 1 case of hematoma). Pathological results showed that carcinoma accounted for the highest rate (78.49%). **Conclusion:** Ultrasound-guided CNB help diagnose breast cancer with low complication rate, helping clinicians to plan appropriate treatment for each patient.

**Keywords:** core needle biopsy, ultrasound, breast lesion, BIRADS 4,5.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp sinh thiết lõi kim (STLK) đã được áp dụng từ những năm 1990 và đã có nhiều công trình nghiên cứu tổng kết cho thấy độ chính xác cao > 90%, giá trị tiên đoán dương lên đến 100% (7), (4). Ngoài việc giúp chẩn đoán xác định ung thư vú, STLK còn có ưu điểm giúp có được mẫu mô lớn để khảo sát bản chất sinh học bướu nhằm lập kế hoạch điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Hiện nay STLK dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy hiệu quả cao trong chẩn đoán xác định các tổn thương vú BI-RADS 4,5. nhưng chưa có nghiên cứu nào tổng hợp, đánh giá lợi ích cũng như tai biến và biến chứng của thủ thuật này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm hình ảnh tổn thương vú gợi ý ác tính theo thuật ngữ của ACR (American college of Radiology - Hiệp Hội Điện Quang Hoa Kỳ) khi làm sinh thiết lõi kim dưới hướng dẫn siêu âm, đồng thời nhận xét thành công và tai biến của phương pháp này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**\* Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân nữ đến khám và siêu âm tại bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh, được chẩn đoán có tổn thương vú trên siêu âm BI-RADS 4,5 được chỉ định sinh thiết lõi kim và có đầy đủ kết quả tế bào học trước mổ, giải phẫu bệnh sau mổ hoặc sinh thiết mở trong thời gian nghiên cứu từ tháng

05/2020-05/2021.

### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư vú đã biết trước.
- Bướu vú đã được sinh thiết hay phẫu thuật trước khi siêu âm đánh giá.
- Có thai
- Có bơm silicon trực tiếp hoặc phẫu thuật nâng ngực bằng đặt túi nước.
- Tổn thương vú là di căn từ ung thư cơ quan khác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**\* Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 05 năm 2020 đến tháng 5 năm 2021.

**\* Kỹ thuật thu thập số liệu:** hình ảnh siêu âm được thực hiện trên máy siêu âm GE Vivid T8.

Kỹ thuật STLK dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện ung bướu Tp Hồ Chí Minh:

- Tư thế bệnh nhân tùy thuộc vào vị trí tổn thương, tốt nhất là tư thế nằm ngửa, nằm nghiêng hoặc chếch, với 2 tay gơ lên cao.
- Dùng đầu dò siêu âm xác định tổn thương và vị trí chọc kim theo điểm đánh dấu trên nguyên tắc đường đi ngắn nhất và song song với giường thành ngực. Tuyệt đối không chọc kim vuông góc với thành ngực.
- Sát trùng điểm chọc và gây tê tại chỗ. Rạch da 3mm và đưa kim sinh thiết tới vị trí bờ tổn thương theo hướng dẫn của siêu âm.
- Siêu âm xác định chính xác kim trong tổn thương theo 2 chiều vuông góc.
- Tiến hành hút tế bào bằng bơm tiêm hoặc bầm sinh thiết.
- Lấy ít nhất 3 mẫu bệnh phẩm đạt yêu cầu theo các hướng khác nhau của tổn thương, phết lên các lam kính hoặc ngâm chìm trong dung dịch foóc môn nếu là sinh thiết mảnh.
- Rút kim, băng ép và kiểm tra máu tụ.

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu.** Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 14.0, kiểm định chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher) được sử dụng để so sánh sự khác biệt đặc điểm giữa 2 nhóm ngưỡng ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### 2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

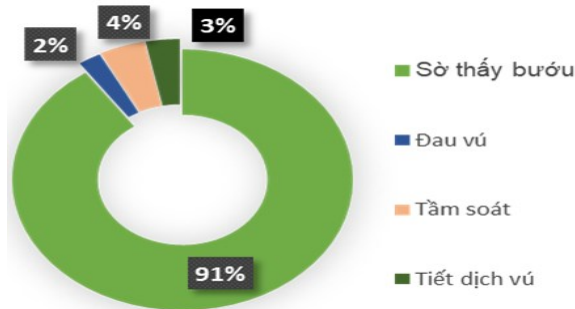
Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua hồi cứu hồ sơ tại BV Ung Bướu Tp HCM trong 1 năm từ tháng 5/2020- 5/2021, chúng tôi

khảo sát được 186 trường hợp đủ tiêu chuẩn chọn mẫu với các kết quả sau:

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 52,3 tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi, Độ tuổi mắc bệnh cao nhất ở nhóm từ 40 - 49 tuổi (chiếm 30%).



**Biểu đồ 1. Lý do nhập viện của các đối tượng nghiên cứu**

Thời gian từ khi phát hiện đến lúc khám dao động từ < 1 tháng đến >12 tháng, trong đó từ 1-<6 tháng chiếm số lượng nhiều nhất là 71 trường hợp (%),

Tỷ lệ phân bố phải, trái của bướu gần tương đương nhau: trái 46,24%, phải 43,55%, có 12 trường hợp bướu trung tâm vú (2,69%), 6

trường hợp bướu toàn bộ (3,23%) và 01 bệnh nhân có bướu vú hai bên (0,54%). Đa số bướu có kích thước >20-40mm ở thời điểm phát hiện chiếm 40,86%, kế tiếp là những bướu lớn 10-<20mm chiếm tỷ lệ 20,43%, bướu lớn hơn 4cm chiếm tỷ lệ khá cao 27,96%, bướu < 10mm (dưới lâm sàng) chiếm 10,75%. Phân loại BIRADS trên siêu âm theo bảng

**Bảng 1. Phân loại BIRADS trên siêu âm**

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
BIRADS 4A	30	16.13%
BIRADS 4B	43	23.12%
BIRADS 4C	62	33.33%
BIRADS 5	51	27.42%
Tổng	186	100%

**Bảng 2. Phân loại BIRADS theo kết quả giải phẫu bệnh**

Phân loại	Kết quả giải phẫu bệnh	
	Lành tính (SL/tỉ lệ%)	Ac tính (SL/tỉ lệ%)
BIRADS 4A	22 (11,8%)	8 (4,3%)
BIRADS 4B	9 (4,8%)	34(18,3%)
BIRADS 4C	0	62(33,3%)
BIRADS 5	0	51(27,5%)
Tổng (SL/tỉ lệ %)	31 (16,6%)	155 (83,4%)

**Bảng 3. Tương quan đặc điểm hình dạng trên siêu âm của BIRADS 4, 5 và kết quả GPB**

Đặc điểm hình ảnh	Số lượng (%)	Kết quả giải phẫu bệnh		p
		Ac tính N(%)	Lành tính N(%)	
Hình dạng	Tròn	9(4,48%)	5(3,23%)	p<0,001
	Bầu dục	16(8,6%)	3(1,94%)	
	Không đều	161(86,56%)	147(94,84%)	
Trục	Song song	30(16,13%)	3(1,94%)	p<0,001
	Không song song	156(83,87%)	152(98,06%)	
	Rõ	31(16,67%)	3(1,94%)	
Bờ	Không xác định	31(16,67%)	29(18,71%)	p<0,001
	Tạo góc	33(17,74%)	32(20,65%)	
	Đa cung nhỏ	82(44,09%)	82(44,09%)	
	Bờ gai	9(4,84%)	9(5,81%)	
	Trống	0	0	
	Kém	148(79,57%)	132(85,16%)	

**Bảng 4. Tương quan đặc điểm phản âm và vi vôi hoá trên siêu âm của BIRADS 4, 5 và kết quả GPB**

Đặc điểm hình ảnh	Số lượng (phần trăm)	Kết quả giải phẫu bệnh		p
		Ac tính(155) n(%)	Lành tính(31) n(%)	
Phản âm của bướu	Trống	0	0	p<0,2
	Kém	148(79,57%)	16(51,61%)	
	Đồng âm	0	0	
	Tăng âm	1(0,54%)	1(3,23%)	
	Hỗn hợp	7(3,76%)	4(12,61%)	
	Không đồng nhất	30(16,13%)	11(35,48%)	
Phản âm sau bướu	Tăng	29(15,59%)	11(35,48%)	p<0,001
	Không đổi	4(2,15%)	3(9,68%)	

	Giảm	39(20,97%)	34(21,94%)	5(16,13%)	
	Kết hợp	114(61,29%)	102(65,81%)	12(38,71%)	
Vi vôi trong bướu	Có	71(38,17%)	71(45,81%)	0	p<0,001
	Không	115(61,83%)	84(54,19%)	31(100%)	

Bệnh nhân được sinh thiết 05 lõi chiếm đa số 110 trường hợp chiếm 59% tiếp theo là 4 lõi chiếm 25%. Số lõi nhiều nhất cho 1 bệnh nhân là 7 lõi chiếm 1%. Chỉ có 03 trường hợp có biến chứng khi thực hiện thủ thuật với 2 trường hợp chảy máu (1,08%) kiểm soát được với đè ép dọc theo đường kim và tăng thời gian ấn tại chỗ sau thủ thuật và 01 trường hợp tụ máu (0,54%) kích thước khoảng 3,5 cm, đáp ứng với thuốc và không cần tiểu phẫu lấy khối máu tụ.

**Bảng 5. Giá trị của STLK dưới hướng dẫn SA**

	Kết quả giải phẫu bệnh		Tổng
	Ac tính	Lành tính	
STLK dưới SA			
Ac tính	153	0	153
Lành tính	3	30	33
<b>Tổng</b>	<b>156</b>	<b>30</b>	<b>186</b>

STLK dưới hướng dẫn SA có độ nhạy là 98,06%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị tiên đoán dương là 100%, giá trị tiên đoán âm là 90,91%, độ chính xác là 98,39%.

**Bảng 6. Kết quả GPB của sinh thiết lõi kim**

	Kết quả sinh thiết lõi kim	Số lượng	Phần trăm
Lành tính	Abces	3	1.61%
	Viêm vú kinh niên	3	1.61%
	Viêm hoại tử	1	0.54%
	Bướu sợi tuyến	21	11.29%
	Bướu nhú trong ống	5	2.69%
	Bướu diệp thể lành	2	1.08%
	Chẩn đoán dưới mức	1	0.54%
Ác tính	Bướu diệp thể giáp biên ác	3	1.61%
	Bướu diệp thể ác	1	0.54%
	Carcinôm vú	146	78.49%
<b>Tổng</b>		<b>186</b>	<b>100.00%</b>

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 47,5 tuổi. Trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 17 tuổi, lớn tuổi nhất là 78 tuổi. Nhóm bệnh nhân > 40 tuổi chiếm đa số với 73,1% gần gấp 3 lần số bệnh nhân dưới 40 tuổi. Theo y văn và các nghiên cứu trước đây, ung thư vú hiếm xảy ra ở phụ nữ dưới 25 tuổi, ung thư vú sẽ tăng dần theo tuổi, tăng nhanh ở phụ nữ tiền mãn kinh do ảnh hưởng của nội tiết và tăng chậm lại ở phụ nữ sau mãn kinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phát hiện bệnh cho đến khi được chẩn đoán <6

tháng chiếm tỷ lệ cao 66,13%, >6 tháng 33,87%, ca biệt có 2 bệnh nhân đi khám và được chẩn đoán bệnh ngay trong ngày từ khám tầm soát ung thư vú và có 12 bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán bệnh trong vòng 1 tuần. So với các tác giả Phạm Tuấn Mạnh (10), Nguyễn Thị Hồng Ánh(7),... là tương tự, cho thấy các chương trình tầm soát ung thư cũng mang lại hiệu quả nhất định.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương vú thường gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải ở cả hai nhóm UTV và tổn thương lành tính. Trong nhóm UTV, tỉ lệ UTV bên vú trái là 54,5%, bên phải là 45,5%, tỉ lệ ung thư vú phân bố chủ yếu ở ¼ trên ngoài của vú (45,16%). Ung thư vú thường xảy ra ở ¼ trên ngoài bởi vì vị trí này có nhiều mô vú nhất nên tần suất xảy ra ung thư vú cũng nhiều hơn. Tuy nhiên vị trí này cũng là nơi thường bị bỏ sót tổn thương do mô vú dày.

Các bướu nhỏ (< 20mm) trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu của các tác giả Hoàng Đức Quyền(4), Nguyễn Thị Hồng Ánh(7), tuy nhiên tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với các tác giả Phạm Tuấn Mạnh(10), Paola Pagni (9) có tỉ lệ phát hiện bướu <20mm rất cao. Kích thước bướu là cơ sở đánh giá yếu tố T (tumor) trong phân loại TNM, giúp cho việc xếp giai đoạn ung thư vú. Việc phát hiện ung thư vú giai đoạn sớm, thì tiên lượng tốt hơn, điều trị hiệu quả hơn, và nhiều khả năng điều trị bảo tồn vú cao hơn. Tỉ lệ bướu nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp dẫn đến tỉ lệ điều trị bảo tồn thấp điều này ảnh hưởng rất lớn đến tiên lượng và chất lượng sống của bệnh nhân sau này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi đã phân tích các dấu hiệu siêu âm được ghi nhận theo hướng dẫn của ACR trong hồ sơ bệnh án so sánh giữa nhóm lành ác và thu được kết quả sau:

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bướu lành và ác tính về các đặc điểm: hình dạng, trục, đường bờ, phản âm sau bướu, vi vôi trong bướu (p< 0,001). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Kim và cs(5).

Phản âm của bướu: nhiều nhất là echo kém cả trong nhóm lành và nhóm ác tính, với tỉ lệ lần lượt là 51,61% và 85,16% và không có sự khác biệt có ý nghĩa. Kết quả này cũng tương tự như tác giả Hoàng Đức Quyền (4) và Mông Thị Hồng Yến(6), cả hai tác giả cho rằng phản âm kém của bướu chỉ nên xếp đặc điểm trung gian, không nên

xếp vào đặc điểm chính gợi ý ác tính của bướu.

Về hình dạng: đặc điểm hình dạng không đều (86,56%) và ưu thế gần như tuyệt đối trong nhóm ác tính, tổn thương lành tính chủ yếu là hình dạng tròn và bầu dục (16,6% và 73,4%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Costastini và cs(1). Trục không song song chiếm đa số trong các tổn thương ác tính (98,06%), trong khi đó các tổn thương lành tính đa số là trục song song (83,3%) tương đương với nghiên cứu của tác giả Evilici (2)

Đặc điểm đường bờ: nhóm ác tính chiếm nhiều nhất là bờ đa cung nhỏ (43,2%), bờ rõ chỉ có 9 trường hợp (4,9%), bờ rõ lại chiếm đa số trong nhóm bướu lành tính (91,7%). Kết quả này cũng giống như tác giả Hoàng Đức Quyền (4) cho rằng yếu tố đường bờ không rõ, dạng đa cung nhỏ hay tua gai là một trong 3 dấu hiệu hình ảnh chính gợi ý ác tính.

Phản âm sau bướu: trong nhóm ác tính đa số phản âm sau bướu là dạng kết hợp (66,7%), trong nhóm bướu lành tính dạng kết hợp và giảm âm sau bướu chiếm phần nhiều (40% và 18,3%). Kết quả này tương đương của tác giả Costastini và cs(1) ghi nhận vi vôi hóa trong bướu là một trong những dấu hiệu hình ảnh định hướng tổn thương là ác tính.

Vi vôi trong bướu: tất cả các trường hợp vi vôi trong bướu đều là bướu ác tính. Kết quả này tương đương của tác giả Kim và cs(5) ghi nhận vi vôi hóa trong bướu là một trong những dấu hiệu hình ảnh chính định hướng tổn thương là ác tính.

Vấn đề đặt ra là bao nhiêu mẫu là đủ cho chẩn đoán và tránh những biến chứng? Càng nhiều mẫu thì khả năng lấy được mô bướu nhiều hơn nhưng càng có nguy cơ chảy máu hơn, và hình ảnh khối bướu có thể bị che mờ trên siêu âm dẫn đến khó lấy mẫu hơn. Nhiều tác giả ghi nhận rằng 4 - 5 mẫu có chất lượng là đủ chẩn đoán chính xác(3). Nên lấy ít nhất một mẫu vị trí ngay rìa tổn thương có thể giúp cho bác sĩ giải phẫu bệnh xác định các đặc điểm bề mặt tổn thương và mô vú xung quanh.

Qua so sánh độ nhạy, giá trị tiên đoán dương trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả Luechakietttisak và cs, Nagar và cs giá trị tiên đoán dương của chúng tôi đạt 100%. Tỷ lệ này có thể do thủ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm làm tăng độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương của kỹ thuật lên rất nhiều.

Theo tác giả Okoli(8) khi có siêu âm độ nhạy

và độ đặc hiệu của sinh thiết lõi kim tăng lên rất cao (95,83%) với độ chính xác lên đến (94,44%) ở bệnh viện chuyên khoa điều trị ung bướu đầu ngành có nhiều kinh nghiệm. Ngoài ra tỷ lệ âm giả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp chiếm tỷ lệ 1,92% có thể do có nhiều yếu tố như: kỹ thuật thực hiện thủ thuật chọc hút tế bào của bác sĩ thực hiện, kích thước và vị trí bướu, và các đặc điểm riêng của bướu.

## V. KẾT LUẬN

STLK dưới hướng dẫn SA là phương pháp giúp chẩn đoán xác định ung thư vú với tỉ lệ biến chứng thấp, giúp bác sĩ lâm sàng lập kế hoạch điều trị thích hợp cho mỗi bệnh nhân

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Costantini M, Belli P, Ierardi C, Franceschini G, La Torre G, Bonomo L.** Solid breast mass characterisation: use of the sonographic BI-RADS classification. *La radiologia medica.* 2007;112(6):877-94.
2. **Elverici E, Barça AN, Aktaş H, Özsoy A, Zengin B, Çavuşoğlu M, et al.** Nonpalpable BI-RADS 4 breast lesions: sonographic findings and pathology correlation. *Diagnostic and Interventional Radiology.* 2015;21(3):189.
3. **Hoagland LF, Hitt RA.** Techniques for ultrasound-guided, percutaneous core-needle breast biopsy. *Appl Radiol.* 2013;42:14-9.
4. **Hoàng Đức Quyền.** Giá trị tế bào học qua thủ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư vú. *Tạp chí ung thư học Việt Nam.* 2011;46:1-7.
5. **Kim E-K, Ko KH, Oh KK, Kwak JY, You JK, Kim MJ, et al.** Clinical application of the BI-RADS final assessment to breast sonography in conjunction with mammography. *American journal of roentgenology.* 2008;190(5):1209-15.
6. **Mông Thị Hồng Yên.** Đối chiếu tổn thương vú không sờ thấy xếp BI-RADS 4 trên siêu âm với mô bệnh học. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú: Đại học YD TPHCM;* 2019.
7. **Nguyễn Thị Hồng Anh.** Giá trị của FNA trên siêu âm bệnh nhân nữ dưới 35 tuổi có tổn thương vú BIRADS 4,5. *Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.* 2020.
8. **Okoli C, Ebubedike U, Anyanwu S, Chianakwana G, Emegoakor C, Ukah C, et al.** Ultrasound-Guided Core Biopsy of Breast Lesions in a Resource Limited Setting: Initial Experience of a Multidisciplinary Team. *European Journal of Breast Health.* 2020;16(3):171.
9. **Paola Pagni FS, Simona Barberi, Giuliana Caprio, Carlo Paglicci.** Use of Core Needle Biopsy rather than Fine-Needle Aspiration Cytology in the Diagnostic Approach of Breast Cancer. *Case Rep Oncol.* 2014;7:452-58.
10. **Phạm Tuấn Mạnh.** Đánh giá sự tương hợp của sinh thiết lõi kim và giải phẫu bệnh trong chẩn đoán carcinome vú. *Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.* 2016.