2021;72(2): 109-120. doi: 10.1016/j.otorri.2019.11.001
3. **Torres-Canchala L, Cleves-Luna D, Arias-Valderrama O, et al.** Systemic Bevacizumab for Recurrent Respiratory Papillomatosis: A Scoping Review from 2009 to 2022. Children (Basel). 2022;10(1):54. doi:10.3390/children10010054
4. **Hermann JS, Weckx LY, Monteiro Nürmberger J, Santos Junior GFD, Campos Pignatari AC, Nagata Pignatari SS.** Effectiveness of the human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) vaccine in the treatment of children with recurrent respiratory papillomatosis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016;83:94-98. doi:10.1016/j.ijporl.2016.01.032
5. **Clinical efficiency of quadrivalent HPV (types 6/11/16/18) vaccine in patients with recurrent respiratory papillomatosis - PubMed.** Accessed August 26, 2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24121781/
6. **Clinical features and surgical treatment for Chinese juvenile onset current respiratory papillomatosis (JORRP) - PubMed.** Accessed August 26, 2023. https://pubmed.ncbi. nlm.nih.gov/27637752/
7. **Hu HC, Lin SY, Hung YT, Chang SY.** Feasibility and Associated Limitations of Office-Based Laryngeal Surgery Using Carbon Dioxide Lasers. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;143(5): 485-491. doi:10.1001/ jamaoto.2016.4129

GIÁ TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP SINH THIẾT LÕI CÁC TỔN THƯƠNG TUYẾN VÚ CÓ VÔI HÓA NGHI NGỜ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Nguyễn Thị Duyên[1], Nguyễn Diệu Linh[1], Bùi Văn Giang[2], Nguyễn Thùy Linh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của phương pháp sinh thiết lõi các tổn thương tuyến vú có vôi hóa nghi ngờ dưới hướng dẫn siêu âm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu trên 71 bệnh nhân có tổn thương vôi hóa tuyến vú trên phim chụp nhũ ảnh đến khám tại bệnh viện K Tân Triều từ 8/2022-8/2023. **Kết quả**: Tuổi trung bình 50.7. Hình thái vôi hóa hay gặp nhất là đa hình thái 45.1%, vô định hình 31%, đường thẳng 21.1%, thô không đồng nhất 2.8%. Phân bố hay gặp nhất là phân bố thùy 49.2%, phân bố vùng 30.9%, phân bố cụm 15.5%, phân bố phân nhánh 4.2%. Số mảnh bệnh phẩm chứa vôi hóa thu được trung bình trong nhóm lấy được vôi hóa là 2.7 +- 1.5. Tỉ lệ lấy được từ 2 mảnh bệnh phẩm trở lên chứa vôi hóa là 57.7 %. Tỉ lệ thu hồi được vôi hóa: 80.3%. Độ nhạy: 94.1%. Độ đặc hiệu: 100%. Gía trị tiên đoán dương: 100%. Gía trị tiên đoán âm: 42.8%. Độ chính xác tính theo phân loại lành tính, ác tính: 94.36%. Tỉ lệ âm tính giả: 5.88%. **Kết luận**: Trong trường hợp vôi hóa thấy được trên siêu âm, sinh thiết các tổn thương vôi hóa dưới hướng dẫn siêu âm cho kết quả tốt. ***Từ khóa:*** sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm, vôi hóa

SUMMARY

VALUE OF CORE NEEDLE BIOPSY OF SUSPECTED CALCIFIED BREAST LESIONS UNDER ULTRASONIC GUIDANCE

Objective: Evaluate the value of the core needle biopsy with suspected calcification breast under ultrasound guidance. **Subjects and methods**: Cross-sectional, prospective study on 71 patients with suspected calcification breast on mammograms who came to K Tan Trieu hospital from August 2022 to August 2023. **Results**: Average age 50.7 years. The most common morphology is fine pleomorphic 45.1%, amorphous 31%, fine linear 21.1%, coarse heterogeneous 2.8%. The most common distribution is segmental distribution 49.2%, regional distribution 30.9%, cluster distribution 15.5%, linear distribution 4.2%. The average number of pieces containing calcification recovered in the calcification group was 2.7 +- 1.5. The rate of taking 2 or more specimens containing calcifications was 57.7%. Calcified recovery rate: 80.3%. Sensitivity: 94.1%. Specificity: 100%. Positive predictive value: 100%. Negative predictive value: 42.8%. Accuracy calculated by classifying benign and malignant: 94.36%. False negative rate: 5.88%. **Conclusion**: In cases where calcification are found on ultrasound, ultrasound-guided biopsy gives good results. ***Keywords:*** ultrasound-guided biopsy, calcification

[1]Bệnh viện K Tân Triều
[2]Bệnh viện Vinmec
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Diệu Linh
Email: clbungthuvu@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023
Ngày duyệt bài: 15.01.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, trên toàn thế giới đã có hơn 2.200.000 ca mới mắc ung thư vú. Tại Việt Nam, UTV đứng hàng thứ 3 ở cả hai giới, và đứng hàng đầu ở phụ nữ với tỷ lệ mới mắc chiếm 25.8%[1]. Khoảng 35–45% bệnh ung thư không thể sờ thấy được phát hiện dưới dạng vi vôi hóa trong nghiên cứu chụp X quang tuyến vú[2]. Siêu âm bị hạn chế trong việc phát hiện vôi hóa so với nhũ ảnh. Tỷ lệ quan sát được vôi hóa đồng thời trên siêu âm và nhũ ảnh là 23%[3]. Các nốt vôi hóa có thể quan sát thấy trên cả nhũ ảnh

và siêu âm có nhiều khả năng là ác tính và xâm lấn hơn so với các vôi hóa chỉ quan sát được trên nhũ ảnh và được đề nghị sinh thiết[3]. Khi các tổn thương vôi hóa này có thể thấy được trên siêu âm thì sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm hoàn toàn có thể thực hiện được. Nhìn chung, các thủ thuật dưới hướng dẫn của siêu âm được lựa chọn nhiều hơn vì có nhiều ưu điểm, hiện đang được áp dụng tại nhiều bệnh viện, phù hợp với điều kiện y tế nước ta. Tuy nhiên còn thiếu các nghiên cứu cụ thể về giá trị của phương pháp sinh thiết các tổn thương chứa vôi hóa dưới siêu âm. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá giá trị của phương pháp sinh thiết lõi các tổn thương tuyến vú có vôi hóa nghi ngờ dưới hướng dẫn siêu âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân nữ, chụp mamography phát hiện có tổn thương vôi hóa.

+ Siêu âm tuyến vú có vôi hóa nghi ngờ trên siêu âm, vị trí tổn thương trên siêu âm và mamography được xác định là trùng khớp.

+ Tổn thương tuyến vú có chỉ định sinh thiết

+ Có kết quả GPB sau sinh thiết và sau phẫu thuật (nếu có). Có đủ hồ sơ bệnh án.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc các bệnh mạn tính nặng. Nhiễm khuẩn vùng định sinh thiết. Dị ứng thuốc tê. Không đồng ý sinh thiết.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Thực hiện nghiên cứu theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Thời gian: từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023. Địa điểm: Trung tâm chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện K Tân Triều

- Phân tích và xử lý số liệu. Tất cả số liệu được mã hoá, nhập vào phần mềm SPSS 20.0 để tính toán, phân tích và lưu trữ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi của bệnh nhân nghiên cứu. Trong 71 bệnh nhân có tổn thương vôi hóa nghi ngờ đồng thời quan sát được trên nhũ ảnh và siêu âm, độ tuổi dao động từ 25-71 tuổi. Tuổi thấp nhất là 25, tuổi lớn nhất là 71 tuổi, tuổi trung bình 50,7.

3.2. Hình thái vôi hóa

Bảng 1: Hình thái vôi hóa và kết quả mô bệnh học

Hình thái vôi hóa	Lành tính	Ác tính	Tổng
Thô KDN	2	0	2 (2.8%)
Vô định hình	1	21	22 (31%)
Đa hình thái	0	32	32 (45.1%)
Đường thẳng	0	15	15 (21.1%)
Tổng	3	68	71 (100%)

- Hình thái tổn thương vôi hóa nghi ngờ hay gặp nhất là vôi hóa đa hình thái, kế tiếp là vôi hóa vô định hình,vôi hóa dạng đường thẳng, vôi hóa thô không đồng nhất.Trong số 3 tổn thương sau phẫu thuật là lành tính có 2 tổn thương là vôi hóa thô không đồng nhất và 1 tổn thương là vôi hóa vô định hình. Trong số các tổn thương vôi hóa dạng đường thẳng và đa hình thái, 100% có kết quả mô bệnh học sau mổ là ác tính, không có tổn thương nào là lành tính. Tổn thương vôi hóa dạng vô định hình có 21/22 (95.5%) tổn thương là ác tính, 1/22 (0.5%) tổn thương là ác tính.

3.3. Phân bố vôi hóa

Bảng 2: Phân bố vôi hóa và kết quả mô bệnh học

Phân bố	Lành tính	DCIS	IDC	Tổng
Lan tỏa, rải rác	0	0	0	0
Cụm	3(4.23%)	2(2.82%)	6(8.45%)	11
Vùng	0	3(4.23%)	19(26.76%)	22
Thùy	0	10(14.08%)	25(35.21%)	35
Phân nhánh	0	0	3(4.23%)	3
Tổng	3	15	53	71

- Cả 3 tổn thương lành tính đều thuộc nhóm phân bố dạng cụm. Phân bố dạng vùng, dạng thùy và dạng phân nhánh đều là các tổn thương ác tính, không có tổn thương lành tính. Trong nhóm tổn thương ác tính, phân bố dạng thùy có số lượng nhiều nhất, tiếp theo là dạng vùng, dạng cụm, dạng phân nhánh có số lượng ít nhất với. Tất cả phân bố dạng phân nhánh đều là IDC. Tỉ lệ DCIS tăng dần trong các nhóm phân bố cụm, vùng, thùy. DCIS có tỉ lệ cao nhất trong nhóm phân bố thùy.

3.4. Số mảnh có vôi hóa. Có 57/71 tổn thương sinh thiết lấy được bệnh phẩm chứa vôi hóa, chiếm tỉ lệ 80.3%. 14/71 trường hợp không lấy được, chiếm tỉ lệ 19.7%. Số mảnh bệnh phẩm chứa vôi hóa thu được trung bình trong nhóm lấy được vôi hóa là 2.7 +- 1.5. Tỉ lệ lấy được từ 2 mảnh bệnh phẩm trở lên chứa vôi hóa là 57.7%. Số mảnh bệnh phẩm chứa vôi hóa thu được nhiều nhất là 6 mảnh, số mảnh chứa vôi hóa thu được ít nhất là 1 mảnh.

3.5. Số trường hợp không lấy được vôi hóa

Bảng 3: Hình thái vôi hóa các tổn thương không thu hồi được vôi hóa khi sinh thiết

Hình thái VH	n	%
Thô KĐN	2	14.3
VĐH	7	50
ĐHT	4	28.6
ĐT	1	7.1

Nhóm vôi hóa vô định hình có tỉ lệ thất bại trong thu hồi vôi hóa cao nhất với 50%, tiếp theo là nhóm vôi hóa đa hình thái 28.6%, nhóm thô không đồng nhất 14.3%, nhóm đường thẳng 7.1%.

Bảng 4: Phân bố vôi hóa các tổn thương không thu hồi được vôi hóa khi sinh thiết

Phân bố VH	n	%
Cụm	5	35.7
Vùng	4	28.6
Thùy	5	35.7
Đường thẳng	0	0

Trong các nhóm phân bố thất bại trong việc thu hồi vôi hóa, nhóm phân bố cụm và thùy có tỉ lệ tương đương nhau 35.7%, nhóm phân bố vùng có tỉ lệ thấp hơn 28.6%. Không có phân bố đường thẳng nào bị thất bại trong việc thu hồi vôi hóa.

Bảng 5: Mô bệnh học các tổn thương không thu hồi được vôi hóa khi sinh thiết

MBH	Sau ST	Sau PT
DCIS	1	1
IDC	10	11
Lành tính	3	2

Trong số 14 tổn thương không lấy được vôi hóa, có 13/14 tổn thương có kết quả MBH sau sinh thiết và sau mổ là trùng khớp. Có 1 tổn thương cho kết quả âm tính giả, kết quả sau mổ là carcioma xâm nhập hỗn hợp carcinoma nhầy (70%) và NST độ 2 (30%).

3.6. Kết quả MBH

Bảng 6: Kết quả mô bệnh học của tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu

Loại tổn thương	Sau ST	Sau PT
DCIS	21 (29.6%)	15 (21.1%)
IDC	43 (60.6%)	53 (74.6%)
Lành tính	7 (9.8%)	3 (4.2%)
Tổng	71 (100%)	71 (100%)

Sau phẫu thuật:

- Số lượng tổn thương là DCIS giảm, từ 21 trường hợp xuống còn 15 trường hợp, bao gồm 13 trường hợp giữ nguyên độ tổn thương và 2 trường hợp trước mổ là lành tính sau mổ là DCIS. Số trường hợp carcinoma tăng từ 43 trường hợp lên 53 trường hợp, trong đó 8 trường hợp được nâng độ từ DCIS, và 2 tổn thương sinh thiết cho kết quả âm tính giả. Trong số 7 tổn thương có kết quả MBH sau sinh thiết là lành tính, có 3 tổn thương âm tính thật, 4 tổn thương âm tính giả.

3.7. Gía trị của phương pháp

- Tỉ lệ thu hồi được vôi hóa: 57/71x100 = 80.3%
- Độ nhạy: 64/68x100 = 94.1%
- Độ đặc hiệu: 3/3x100 = 100%
- Giá trị tiên đoán dương: 64/64x100=100%
- Gía trị tiên đoán âm: 3/7x100 = 42.8%
- Độ chính xác theo phân loại lành tính, ác tính: 67/71x100 = 94.36%
- Độ chính xác tính theo phân loại DCIS, IDC, lành tính: 59/71x100 = 83.1%
- Tỉ lệ âm tính giả: 4/68x100 = 5.88%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi. Theo Leong và cộng sự độ tuổi mắc ung thư vú cao nhất là từ 40 đến 50 tuổi ở các nước châu Á, nhưng ở các nước phương Tây là 60 đến 70 tuổi[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 50.7, tương đồng với nghiên cứu của Leong. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 40-60 tuổi.

4.2. Hình thái và phân bố vôi hóa với nguy cơ ác tính. Theo nghiên cứu của Logullo và cộng sự (2022) giá trị tiên đoán dương của vôi hóa thô không đồng nhất là 13%[5]. Nghiên cứu của chúng tôi có 2 tổn thương vôi hóa thô không đồng nhất, phân bố dạng cụm nằm trong khối, MBH sau phẫu thuật đều là lành tính. Có thể giải thích là do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, số lượng đốm vôi hóa trong tổn thương ít và hình dáng khối mang tính chất gợi ý lành tính cao với hình bầu dục, bờ rõ, giảm âm nhẹ và không biến đổi mô vú xung quanh.

Tỉ lệ ác tính trong nhóm vôi hóa vô định hình của chúng tôi là 21/22 chiếm tỉ lệ 95.5%. Cao hơn nghiên cứu của Logullo và cộng sự (2022) có giá trị dự báo dương tính của nhóm vôi hóa vô định hình là 27%[5]. Tất cả tổn thương thuộc nhóm vôi hóa đa hình thái và dạng đường thẳng trong nghiên cứu của chúng tôi đều là ác tính, cũng cao hơn nghiên cứu của Logullo và cộng sự (2022) lần lượt là 50% và 78%[5]. Tỉ lệ ác tính trong các nhóm vôi hóa này của chúng tôi cao là do hình dạng vôi hóa đi kèm dạng phân bố vôi hóa (chủ yếu dạng thùy và vùng) đều có tính chất gợi ý ác tính cao, tổn thương vôi hóa nằm trong khối là chủ yếu (41 tạo khối/27 không tạo khối), và liên quan đến tiêu chí chọn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đó là vôi hóa

phải thấy được trên cả siêu âm và nhũ ảnh.

4.3. Giá trị của phương pháp sinh thiết tổn thương vôi hóa nghi ngờ dưới hướng dẫn siêu âm. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thu hồi được vôi hóa là 80.3% (57/71), tỉ lệ này thấp hơn của Bae (2015)[6] và Soo (2003)[3] với tỉ lệ thu hồi > 90%. Số mảnh bệnh phẩm chứa vôi hóa thu được trung bình trong nhóm lấy được vôi hóa là 2.7 +- 1.5. Tỉ lệ lấy được từ 2 mảnh bệnh phẩm trở lên chứa vôi hóa là 57.7 %. Điều này có thể giải thích là do các nghiên cứu trên sử dụng cỡ kim lớn hơn (11-14G), nghiên cứu của chúng tôi sử dụng cỡ kim 14-16G. Theo Loqullo và cộng sự (2022) trong hầu hết các trường hợp, sinh thiết kim 14G là đủ để chẩn đoán; khi các cụm vi vôi hóa rất nhỏ (<5 mm) hoặc phân bố rải rác thì sinh thiết kim lớn có hỗ trợ hút chân không được ưu tiên lựa chọn. Trong trường hợp tổn thương có kích thước >10 mm, sinh thiết lõi thông thường có thể được sử dụng thay thế. Nghiên cứu cũng ước tính rằng ít nhất hai lõi với từ năm đốm vôi hóa trở lên là đủ chẩn đoán[5].

Độ nhạy trong nghiên cứu của chúng tôi là 94.12%, cao hơn nghiên cứu của Bae (2015)[6] với 85% và tương tự nghiên cứu của Soo (2003)[3] với 94.4%. Độ đặc hiệu của phương pháp là 100%, tương đồng với Bae (2015)[6] và Soo (2003)[3]. Độ chính xác về mặt MBH (DCIS, IDC, lành tính) trong nghiên cứu của chúng tôi là 83,1%, cao hơn Bae (2015)[6] với 71.4% và thấp hơn Soo (2003)[3] với 96.1%. Đó là do chúng tôi có 4 trường hợp âm tính giả và 8 trường hợp DCIS bị đánh giá thấp. Gía trị tiên đoán dương trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, tương tự Bae[6] và Soo[3]. Gía trị tiên đoán âm của chúng tôi là 42.9 % thấp hơn Bae[6] là 72.7%, Soo[3] là 88.9%. Tỷ lệ âm tính giả trong nghiên cứu của chúng tôi là 5.88%; thấp hơn nghiên cứu của Bae [6]15% và tương tự nghiên cứu của Soo[3] 5.56%. Tỉ lệ đánh giá thấp MBH trong nhóm DCIS là 38.1% nằm trong giới hạn các nghiên cứu trước đây, thấp hơn so với Bae[6] 41.7% và cao hơn với nghiên cứu của với Yi[7] 12.5%. Chúng tôi có 4/7 trường hợp âm tính giả như bảng sau:

Bảng 7: Đặc điểm các trường hợp có kết quả mô bệnh học âm tính giả khi sinh thiết

BN (Tuổi)	BIRADS - ĐK (mm)	MBH sau ST	ST thu được VH	MBH sau ST phù hợp với hình ảnh	ST lại định vị kim dây	MBH cuối cùng
37	4C-22 mm	ADH	Có (4 mảnh, >10 đốm)	Không	ST mở	DCIS độ cao
61	5-33 mm	Viêm xơ mạn tính, có vài tế bào không điển hình	Không	Không	ST mở	Carcioma xâm nhập hôn hợp carcinoma nhầy (70%) và NST độ 2 (30%)
52	4B-15 mm	Mô vú viêm mạn tính, có 1 ống tuyến quá sản không điển hình	Có (2 mảnh, 2 đốm vôi)	Không	ST mở	DCIS độ cao
49	4C-22 mm	Mô vú viêm mạn tính	Có (2 mảnh, 2 đốm vôi)	Không	PT	STTT: DCIS Bệnh phẩm sau mổ: Carcinoma hướng tuýp tiểu thùy đa hình. HMMD: IDC NST độ 3.

Có sự khác biệt giá trị tiên đoán âm của chúng tôi so với các phương pháp khác là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi khác, tỉ lệ tổn thương không tạo khối của chúng tôi lớn hơn, tỉ lệ thu hồi vôi hóa thấp hơn, các trường hợp âm tính giả sau sinh thiết khó chẩn đoán về mặt MBH với số lượng mẫu mô nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Bước đầu chúng tôi nhận thấy sinh thiết các tổn thương tuyến vú có vôi hóa nghi ngờ dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật có độ chính xác khá cao, xâm lấn tối thiểu, an toàn, thuận lợi cho cả thày thuốc và người bệnh, có thể áp dụng tại nhiều cơ sở y tế với chi phí phù hợp. Trong trường hợp kết quả sinh thiết và hình ảnh tổn thương không phù hợp, cần có chiến lược thích hợp để tìm ra chẩn đoán cuối cùng, tránh bỏ lỡ cơ hội được chẩn đoán đúng và điều trị sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Statistics** 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries
2. **Pan HB.** The Role of Breast Ultrasound in Early Cancer Detection. J Med Ultrasound. 2016;24(4): 138-141. doi:10.1016/j.jmu. 2016.10.001
3. **Soo MS, Baker JA, Rosen EL.** Sonographic Detection and Sonographically Guided Biopsy of Breast Microcalcifications. Am J Roentgenol. 2003; 180(4): 941-948. doi: 10.2214/ajr.180.4. 1800941

4. **Leong SPL, Shen ZZ, Liu TJ, et al.** Is breast cancer the same disease in Asian and Western countries? World J Surg. 2010;34(10):2308-2324. doi:10.1007/s00268-010-0683-1
5. **Logullo AF, Prigenzi KCK, Nimir CCBA, Franco AFV, Campos MSDA.** Breast microcalcifications: Past, present and future (Review). Mol Clin Oncol. 2022;16(4):81. doi:10.3892/mco.2022.2514
6. **Bae S, Yoon JH, Moon HJ, Kim MJ, Kim EK.** Breast Microcalcifications: Diagnostic Outcomes According to Image-Guided Biopsy Method. Korean J Radiol. 2015;16(5):996-1005. doi:10.3348/kjr.2015.16.5.996
7. **Yi J, Lee EH, Kwak JJ, Cha JG, Jung SH.** Retrieval Rate and Accuracy of Ultrasound-Guided 14-G Semi-Automated Core Needle Biopsy of Breast Microcalcifications. Korean J Radiol. 2014; 15(1):12-19. doi:10.3348/kjr.2014.15.1.12

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT XOẮN PHẦN PHỤ Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Hiền[1], Nguyễn Quảng Bắc[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật xoắn phần phụ ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Tuổi thai < 12 tuần và 13-17 tuần có tỉ lệ 100% mổ nội soi, tuổi thai 18-22 tuần có 50% mổ nội soi. Trong số 95 thai phụ, có 93/95 (97,9%) trường hợp được phẫu thuật nội soi. Phương pháp phẫu thuật tháo xoắn và bóc u chiếm tỉ lệ lớn nhất với 43 trường hợp chiếm 43,2%. Trong nhóm nguyên nhân xoắn do u buồng trứng tỉ lệ bảo tồn buồng trứng là 88,4%, nhóm do buồng trứng kích thước to là 77,3%. Có 14 trường hợp được xử trí kết hợp trong đó chọc hút u buồng trứng bên đối diện chiếm tỷ lệ cao nhất 9,5%. Kết quả giải phẫu bệnh 100% là lành tính, trong đó chủ yếu là nang thanh nước và nang bì chiếm 71,0%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi xoắn phần phụ ở phụ nữ mang thai chiếm 97.9%, trong đó bảo tồn phần phụ là 86,3%, kết quả giải phẫu bệnh là lành tính. ***Từ khoá:*** Phẫu thuật, xoắn phần phụ, buồng trứng.

SUMMARY

THE OUTCOME OF SURGERY IN PREGNANT WOMAN WITH ADNEXAL TORSION IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To evaluate the outcome of pregnant women with adnexal torsion undergoing laparoscopic surgery in the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methods:** This is a restrospective study. **Results:** While the percentage of laparoscopic surgey is 100% in the first trimester, the figure for second trimester is only 50%. In 95 patients, there were 93 patients undergoing endoscopic surgery, which accounts for 97,9%. The number of surgeries for cystectomy and ovarian untorsion accounts for 43,2%, which is the highest. There are 14 cases managed with cyst aspiration, which accounts for 9,5%. The pathological results were benign in all cases, in which the rate of teratoma and simple cyst was 71.0%. **Conclusion:** The rate of laparoscopic surgery for ovarian torsion was 97,9%, and the figure for ovarian preservation was 86.3%.

Keywords: surgery, adnexal torsion, ovary.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn phần phụ là tình trạng xoắn buồng trứng và/ hoặc vòi trứng quanh dây chằng giữ chúng. Đây là cấp cứu phụ khoa không thường gặp với tỉ lệ khoảng 2,7% trong đó 80% ở độ tuổi sinh sản. Xoắn phần phụ hiếm xảy ra ở trong thai kỳ với tỉ lệ khoảng 1/5.000 thai kì, chủ yếu xảy ra trong 3 tháng đầu thai kỳ, hiếm khi xảy ra trong 3 tháng giữa và hầu như không xảy ra trong 3 tháng cuối. Xoắn phần phụ (gồm xoắn u buồng trứng, xoắn buồng trứng, xoắn vòi trứng) là cấp cứu hay gặp đứng hàng thứ 4 chiếm 3% các cấp cứu phụ khoa[1]. Các yếu tố nguy cơ của xoắn phần phụ gồm có: khối u buồng trứng, buồng trứng tăng kích thước,quá kích buồng trứng, tiền sử phẫu thuật vùng chậu, mang thai[2]. Phương pháp xử trí xoắn buồng trứng là phẫu thuật sớm làm tăng tỉ lệ bảo tồn buồng trứng. Với cải tiến về phương pháp và trình độ của phẫu thuật viên, phương pháp phẫu thuật nội soi được áp dụng ngày càng phổ biến trong xử trí u buồng trứng xoắn ngay cả ở phụ nữ có thai đặc biệt trong giai đoạn sớm của thai kỳ vì vết thương nhỏ hơn, đau ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn[3].Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Nhận xét kết quả phẫu thuật xoắn phần phụ ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
[2]*Bệnh viện Phụ sản Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc
Email: drbacbvpstw@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023
Ngày duyệt bài: 12.01.2024