

ỨNG DỤNG SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC BỆNH LÝ TIÊU HÓA - MẬT TỤY TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Trần Văn Huy, Vinh Khánh

Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Mục tiêu nghiên cứu: Siêu âm nội soi là một kỹ thuật mới trong tiêu hoá gan mật, tuy nhiên số liệu công bố về siêu âm nội soi ở nước ta còn quá ít. Nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát vai trò của kỹ thuật siêu âm nội soi đối với bệnh lý tiêu hóa – mật tụy. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 1176 bệnh nhân có chỉ định thực hiện siêu âm nội soi để chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa - mật tụy. **Kết quả:** Đối với bệnh lý ống tiêu hóa. Tổn thương u dưới niêm mạc chiếm 55,74% và ung thư ống tiêu hóa chiếm 44,26%. U dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất ở dạ dày 52,93%, tiếp đến ở thực quản chiếm 33,46%, tá tràng 11,67% và thấp nhất ở đại trực tràng chiếm 1,94%. Ung thư ở thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất 37,27%, ung thư đại trực tràng chiếm 36,27%, tiếp đến ở dạ dày chiếm 24,01% và thấp nhất ở tá tràng chiếm 2,45%. Đối với bệnh lý mật tụy. Sỏi đường mật chiếm tỷ lệ cao nhất 68,89%, giãn đường mật không rõ nguyên nhân chiếm 9,64%, u bóng vater chiếm 9,42%, ung thư đường mật chiếm 7,89%, tổn thương đường mật do ký sinh trùng chiếm 2,19% và thấp nhất là nang ống mật chủ chiếm 1,97%. Viêm tụy mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 43,25%, tiếp đến là ung thư tụy chiếm 31,66%, viêm tụy cấp chiếm 17,76% và thấp nhất là tổn thương nang tụy chiếm 7,33%. EUS-FNA: ung thư tụy chiếm 80% và u nhú nhầy nội ống (IPMN) chiếm 20%. Tỷ lệ hạ oxy máu trong quá trình thủ thuật chiếm 0,34% và 10% trong nhóm 10 bệnh nhân có chỉ định EUS-FNA, 1 trường hợp xuất huyết sau chọc hút kim nhỏ. **Kết luận:** siêu âm nội soi có giá trị cao và khá an toàn trong chẩn đoán bệnh lý tiêu hóa – mật tụy

Từ khoá: siêu âm nội soi, bệnh lý tiêu hoá - mật tụy

Abstract

ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN DIAGNOSIS OF GASTROINTESTINAL AND PANCREATICOBILIARY DISEASES

Tan Van Huy, Vinh Khanh

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background and aims: Data about endoscopic ultrasound in our country was still limited. This study aimed to evaluate the efficacy and safety of endoscopy ultrasound for diagnosis of gastrointestinal and pancreaticobiliary diseases. **Patients and methods:** A cross - sectional study was conducted on 1176 patients undergoing endoscopy ultrasound to diagnose gastrointestinal - pancreaticobiliary diseases. **Results:** Study on a total of 1176 patients indicated for endoscopic ultrasound. We have some following results: Gastrointestinal diseases. The submucosal tumor was about 55,74% and gastrointestinal cancer was 44.26%. The local of submucosal tumor: 52.93% with gastric subepithelial lesions, 33.46% oesophageal, 11.67% duodenum and 1.94% from the colorectal. The esophagus cancer was 37.27%, colorectal cancer was 36.27%, gastric cancer was 24.01% and duodenum cancer was 2.45%. Pancreaticobiliary diseases: The common bile duct stone was 68.89%, Biliary tract dilation of unknown cause was 9.64%, vater tumor was 9.42%, cholangioma was 7.89%, billiary diseases was caused by paradise and billiary cyst was 1.97%. Pancreas diseases: 43.25% with chronic pancreatitis, 31.66% pancreas cancer, 17.76% acute pancreatitis and 7.33% pancreas cyst. EUS-FNA for pancreas cancer was about 80% and IPMN was 20%. Complication of hypoxia found in 0.34% and only 1 case of immediate bleeding after EUS-FNA. **Conclusions:** Endoscopic ultrasound is a highly effective and relatively safe method of diagnosis for gastrointestinal- pancreaticobiliary diseases.

Keywords: endoscopic ultrasound, gastrointestinal and pancreaticobiliary diseases.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý tiêu hóa khá phổ biến ở Việt Nam nói chung cũng như ở khu vực Miền Trung và Tây Nguyên. Siêu âm nội soi là phương tiện hiện đại có vai trò quan

trọng trong thực hành lâm sàng, cung cấp hình ảnh có chất lượng cao, giúp sinh thiết lấy mẫu mô cũng như thực hiện các thủ thuật can thiệp dẫn lưu [17]. Siêu âm

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

Ngày nhận bài: 13/2/2019, Ngày đồng ý đăng: 18/2/2019; Ngày xuất bản: 25/2/2019

DOI: 10.34071/jmp.2019.1.14

nội soi đã được chứng minh có giá trị hơn chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ trong chẩn đoán độ xâm lấn vào cấu trúc thành ống tiêu hóa.

Đặc biệt trong các tổn thương tại thực quản và trực tràng thì siêu âm nội soi cho thấy giá trị trong đánh giá phân độ xâm lấn của tổn thương ung thư cũng như hạch vùng [19].

Ngoài ra với các tổn thương u dưới niêm mạc thì siêu âm nội soi có độ chính xác cao trong việc đánh giá cấu trúc lớp của ống tiêu hóa cũng như để theo dõi và điều trị u dưới niêm mạc bao gồm: quyết định u dưới niêm mạc nào cần lấy mẫu để chẩn đoán, u dưới niêm mạc nào có thể theo dõi bằng nội soi, u nào có thể cắt bỏ được qua nội soi hay phải phẫu thuật [6].

Đối với các bệnh lý của tụy và đường mật thì siêu âm nội soi đã được các nghiên cứu trên thế giới chứng minh có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán, theo tác giả Yamabe thì siêu âm nội soi là kỹ thuật an toàn, có độ nhạy và đặc hiệu cao trong đánh giá nhu mô và ống tụy [21].

Theo tác giả Chen trong báo cáo tổng hợp trên 2673 bệnh nhân thì siêu âm nội soi có độ nhạy 94% và độ đặc hiệu 95% trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ, đặc biệt có thể mạnh trong các trường hợp sỏi < 5mm và nằm ở vùng đầu tụy - ống mật chủ [3]. Đặc biệt với kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-FNA - Endoscopic Ultrasound Fine Needle Aspiration) đã được các tác giả Nhật Bản chứng minh là có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán các bệnh lý mật - tụy.

Theo Matsuyama đã chứng minh vai trò của kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-FNA) trong chẩn đoán các tổn thương ác tính của tụy lên đến 94,6% [10].

Trong khi đó, ở Việt Nam và nhất là ở khu vực miền Trung chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả và độ chính xác của kỹ thuật siêu âm nội soi các bệnh lý tiêu hóa-mật tụy, xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành đề tài “Ứng dụng Siêu âm nội soi trong chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa mật tụy tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế” với các mục tiêu sau:

- Khảo sát vai trò của siêu âm nội soi đối với các bệnh lý ống tiêu hóa.

- Đánh giá vai trò của kỹ thuật siêu âm nội soi đối với các bệnh lý mật tụy.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 1176 bệnh nhân nội trú và ngoại trú có chỉ định siêu âm nội soi để chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa - mật tụy từ 10/2013 đến 2/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Các bệnh nhân có các chỉ định của nội soi tiêu hóa trên và các chỉ định sau [8]:

- Chẩn đoán giai đoạn ung thư của ống tiêu hóa (TNM)

- Đánh giá sự bất thường của thành ống tiêu hóa hoặc các tổ chức liên kề. (Khối u dưới niêm mạc; hoặc từ ngoài chèn vào).

- Đánh giá sự dày lên của nếp gấp niêm mạc.

- Chẩn đoán – phân giai đoạn của ung thư Tụy.

- Đánh giá các bất thường của tụy (nghi ngờ có khối u; tổn thương dạng nang gồm nang giả; nghi ngờ viêm tụy mạn...).

- Đánh giá các bất thường của đường mật, túi mật (nghi ngờ có khối u, sỏi đường mật, polyp túi mật, phân phân giai đoạn của ung thư đường mật – túi mật...)

- Chẩn đoán giai đoạn của ung thư bóng Vater.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia.

- Bệnh nhân có các chống chỉ định của nội soi tiêu hóa trên.

- Bệnh nhân có các chống chỉ định với thuốc mê.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp thu thập dữ liệu

* Lâm sàng - cận lâm sàng: Tất cả bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng và phát hiện các dấu chứng phù hợp với chỉ định của siêu âm nội soi.

* Siêu âm nội soi:

- Phương tiện dụng cụ

Máy siêu âm nội soi thuộc hãng Fujifilm

Máy siêu âm nội soi thuộc hãng Fujifilm hiệu Radial EG 530UT2 và đầu dò Linear EG 530UR2 với tần số từ 7,5MHz – 12MHz, miniprobe tần số 20MHz-25MHz, kim chọc hút qua siêu âm nội soi của công ty Olympus 22G.

- Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân không được ăn uống trong vòng ít nhất 8 giờ trước khi nội soi.

Bệnh nhân được giải thích về thủ thuật siêu âm nội soi.

Bệnh nhân được trấn an để thật sự bình tĩnh và đồng ý thì mới tiến hành thủ thuật.

Tiến hành thủ tiêu mê và gây mê tùy thuộc vào vị trí, bản chất của tổn thương (đối với bệnh lý mật tụy đều được gây mê tĩnh mạch để tiến hành thủ thuật).

- Tiến hành thủ thuật siêu âm nội soi.

Đưa máy đến vị trí cần khảo sát tổn thương

Khảo sát niêm mạc ống tiêu hóa

Chuyển sang màn hình siêu âm nội soi để đánh giá tổn thương

Vị trí đầu dò	Vùng tổn thương đánh giá
Dạ dày	Dạ dày, ống mật chủ đoạn trên, túi mật, thân tụy và đuôi tụy...
Hành tá tràng	Tá tràng, túi mật, ống mật chủ, đầu tụy và thân tụy...
D2 tá tràng	Đoạn cuối OMC, đầu tụy và mỏm móc tụy
Thực quản	Thực quản, cơ quan lân cận...
Đại trực tràng	Đại trực tràng, cơ quan lân cận...

* Thu thập số liệu: Ghi nhận kết quả siêu âm nội soi theo phiếu điều tra.

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý kết quả bằng phần mềm EpiTable thuộc chương trình EPI - INFO 6.0 của WHO.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm về các tổn thương

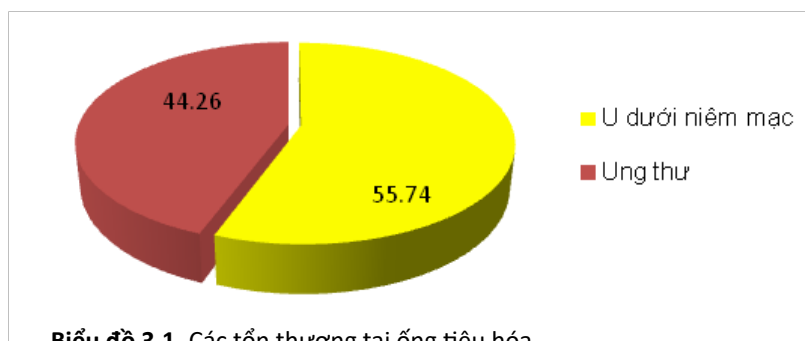
Bảng 3.1. Đặc điểm chung tổn thương

Tổn thương	Thực quản	Dạ dày	Tá tràng	Đại trực tràng	Bệnh lý đường mật	Bệnh lý tụy	Tổng cộng
Số lượng	162	185	35	79	456	259	1176
Tỷ lệ (%)	13,78	15,73	2,98	6,72	38,77	22,02	110,0

Nhận xét: Tổn thương tại đường mật và tuyến tụy chiếm tỷ lệ cao nhất: 38,77% và 22,02%, tiếp đến là tổn thương tại dạ dày 15,73%, thực quản 13,78%, đại trực tràng 6,72% và thấp nhất là ở tá tràng chiếm 2,98%.

3.2. Tổn thương tại ống tiêu hóa

3.2.1. Đặc điểm của các tổn thương tại ống tiêu hóa



Biểu đồ 3.1. Các tổn thương tại ống tiêu hóa

Nhận xét: Tổn thương u dưới niêm mạc chiếm đa số 55,74% và ung thư ống tiêu hóa chiếm 44,26%.

3.2.2. Vị trí tổn thương u dưới niêm mạc

Bảng 3.2. Vị trí tổn thương

Tổn thương	Thực quản	Dạ dày	Tá tràng	Đại trực tràng	Tổng cộng
Số lượng	86	136	30	5	257
Tỷ lệ (%)	33,46	52,93	11,67	1,94	100,0

Nhận xét: Vị trí u dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất ở dạ dày 52,93%, tiếp đến ở thực quản chiếm 33,46%, tá tràng 11,67% và thấp nhất ở đại trực tràng chiếm 1,94%.

3.2.3. Vị trí tổn thương ung thư ống tiêu hóa

Bảng 3.3. Vị trí tổn thương

Tổn thương	Thực quản	Dạ dày	Tá tràng	Đại trực tràng	Tổng cộng
Số lượng	76	49	5	74	204
Tỷ lệ (%)	37,27	24,01	2,45	36,27	100,0

Nhận xét: Vị trí ung thư ở thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất 37,27%, ung thư đại trực tràng chiếm 36,27%, tiếp đến ở dạ dày chiếm 24,01% và thấp nhất ở tá tràng chiếm 2,45%.

3.3. Tổn thương tại mật tụy

3.3.1. Tổn thương tại đường mật

Bảng 3.4. Tổn thương tại đường mật

Tổn thương	U đường mật	Sỏi đường mật	Nang ống mật chủ	U bóng vater	Tổn thương đường mật do KST	Giãn đường mật không rõ nguyên nhân	Tổng cộng
Số lượng	36	314	9	43	10	44	456
Tỷ lệ (%)	7,89	68,89	1,97	9,42	2,19	9,64	100,0

Nhận xét: Tổn thương sỏi đường mật chiếm tỷ lệ cao nhất 68,89%, giãn đường mật không rõ nguyên nhân chiếm 9,64%, u bóng vater chiếm 9,42%, ung thư đường mật chiếm 7,89%, tổn thương đường mật do ký sinh trùng chiếm 2,19% và thấp nhất là nang ống mật chủ chiếm 1,97%.

3.3.2. Tổn thương tại tuyến tụy

Bảng 3.5. Tổn thương tại tuyến tụy

Tổn thương	Ung thư tụy	Nang tụy	VTM	Viêm tụy cấp	Tổng cộng
Số lượng	82	19	112	46	259
Tỷ lệ (%)	31,66	7,33	43,25	17,76	100,0

Nhận xét: Bệnh lý viêm tụy mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 43,25%, tiếp đến là ung thư tụy chiếm 31,66%, viêm tụy cấp chiếm 17,76% và thấp nhất là tổn thương nang tụy chiếm 7,33%.

3.3.3. Siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ đánh giá các tổn thương tụy

Bảng 3.6. EUS-FNA đánh giá các tổn thương tụy

Tổn thương	Ung thư tụy	IPMN	Tổng cộng
Số lượng	8	2	10
Tỷ lệ (%)	80,0	20,0	100,0

Nhận xét: Bệnh lý ung thư tụy chiếm 80% và u nhú nhầy nội ống (IPMN) chiếm 20%.

3.4. Tai biến của thủ thuật siêu âm nội soi

Bảng 3.7. Tai biến của thủ thuật

Tai biến	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thủng	0	0
Viêm phổi hít	0	0
Hạ oxy máu	04	0,34
Xuất huyết tức thì (sau EUS-FNA)	01	10,0

Nhận xét: Tỷ lệ hạ oxy máu trong quá trình thủ thuật chiếm 0,34% và chỉ có 1 trường hợp xuất huyết tức thì trong nhóm 10 bệnh nhân có chỉ định EUS-FNA.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các tổn thương

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh lý tại đường mật và tụy chiếm tỷ lệ cao nhất 38,77%, tiếp đến là bệnh lý tuyến tụy chiếm 22,02%, bệnh lý tại dạ dày chiếm 15,73%, bệnh lý tại thực quản chiếm 13,78%, tại đại trực tràng chiếm 6,72% và thấp nhất là ở tá tràng chiếm 2,98%. Tại tuần lễ tiêu hóa Châu Á Thái Bình Dương năm 2013 nhiều nhóm nghiên cứu gồm tiêu hóa, gan mật, nội soi, phẫu thuật đã đi đến đồng thuận khẳng định giá trị của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý mật tụy và ống tiêu hóa. Đặc biệt siêu âm nội soi có thể sinh thiết lấy mẫu và điều trị can thiệp các bệnh lý tiêu

hóa nói chung nhưng thế mạnh vẫn là các bệnh lý mật tụy. Qua đó cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý mật tụy chiếm 60,79% trong các bệnh nhân có chỉ định siêu âm nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi [16].

4.2. Tổn thương tại ống tiêu hóa

4.2.1. Đặc điểm tổn thương tại ống tiêu hóa

Biểu đồ 3.1 tỷ lệ bệnh nhân có u dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ cao hơn 55,74% và ung thư ống tiêu hóa chiếm tỷ lệ 44,26%. Về triệu chứng lâm sàng của u dưới niêm mạc ống tiêu hóa thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ khi nội soi tiêu hóa chiếm khoảng 0,3% trong các trường hợp bệnh nhân có chỉ định nội soi tiêu hóa [2]. Bệnh nhân chỉ

có các triệu chứng lâm sàng khi khối u có kích thước lớn, loét bề mặt hoặc ác tính. U dưới niêm mạc nhỏ hơn 3 cm thường được xem là khối u lành tính, còn u dưới niêm mạc lớn hơn 3 cm và số lượng phân bào lớn hơn 2 phân bào/10 vi trường hoặc có liên quan đến nhiều lớp được coi là khối u có nguy cơ bệnh ác tính cao. Để chẩn đoán chính xác u dưới niêm mạc thì siêu âm nội soi là phương tiện có giá trị nhất vừa đánh giá được cấu trúc lớp cũng như tiến hành EUS-FNA lấy mẫu làm giải phẫu bệnh và mô bệnh học. Căn cứ vào vị trí của tổn thương ở lớp nào từ đó giúp định hướng chẩn đoán bản chất của khối u. Ví dụ như u GIST là tổn thương giảm âm thường xuất phát từ lớp thứ 4 (lớp cơ) ít khi xuất phát từ lớp thứ 2 và thứ 3 (lớp cơ niêm- dưới niêm mạc) hoặc u mỡ tổn thương tăng âm và xuất phát từ lớp thứ 3 (dưới niêm mạc) [15].

4.2.2. Vị trí tổn thương của u dưới niêm mạc

U dưới niêm mạc là những tổn thương phân bố ở tất cả vị trí nào của ống tiêu hóa, phát sinh hoặc khu trú trong thành ống tiêu hóa với tần suất như nhau giữa nam và nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất ở dạ dày 52,93%, tiếp đến ở thực quản chiếm 33,46%, tá tràng 11,67% và thấp nhất ở đại trực tràng chiếm 1,94%. Theo nghiên cứu của Castro và cộng sự trên 324 trường hợp u dưới niêm mạc thì dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất 60%, tiếp đến là thực quản 28% và tá tràng là 12%, dựa trên đánh giá bản chất của khối u có 25% là u trung mô (GIST), 21% u mỡ, 19% là leiomyoma, 17% nướu tụy lạc chỗ, 7% nang dưới niêm mạc và 1% là carcinoids, còn lại chưa xác định được bản chất cần theo dõi. Tuy nhiên tại mỗi vị trí của ống tiêu hóa sẽ có các tổn thương u dưới niêm mạc chiếm ưu thế. Tại thực quản u cơ trơn lành tính thường chiếm ưu thế tiếp đến là giãn tĩnh mạch, u tế bào hạt, nang đôi, u mỡ và GIST. Tại dạ dày GIST chiếm ưu thế tiếp đến là u lympho, tụy lạc chỗ, carcinoid, u mỡ, u cơ trơn lành tính. Tại tá tràng u cơ trơn lành tính chiếm ưu thế, tiếp đến là GIST, tuyến brunner, carcinoid, u mỡ và u lympho [2].

4.2.3. Vị trí tổn thương ung thư ống tiêu hóa

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định siêu âm nội soi để đánh giá mức độ xâm lấn của khối u thì ung thư ở thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất 37,27%, ung thư đại trực tràng chiếm 36,27%, tiếp đến ở dạ dày chiếm 24,01% và thấp nhất ở tá tràng chiếm 2,45%. Trong ung thư thực quản thì phân độ có ý nghĩa rất quan trọng trong việc chỉ định phương thức điều trị sử dụng phẫu tích dưới niêm mạc, laser, hóa trị, xạ trị hoặc phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Kelly và cộng sự về vai trò của siêu âm nội soi trong phân độ giai đoạn khối

u thì độ đặc hiệu và độ nhạy đối với các tổn thương thực quản là 80–95% trong khi đó CT-Scanner chỉ có 51-68% [9]. Có rất nhiều nghiên cứu sử dụng nhiều phương pháp khác nhau để đánh giá mức độ TMN của ung thư dạ dày, tuy nhiên siêu âm nội soi vẫn là phương pháp tối ưu nhất khi đánh giá giai đoạn ung thư dạ dày và đặc biệt là đánh giá giai đoạn T, khi so sánh với CT-Scanner thì độ chính xác của siêu âm nội soi và CT-Scanner là 86% so với 76% về đánh giá mức độ xâm lấn và 90% so với 70% về đánh giá có hạch vùng, theo nghiên cứu của Cerezo và cs trên 256 bệnh nhân cho thấy siêu âm nội soi có độ chính xác trong phân giai đoạn T là 78% khi so sánh với đánh giá lại là 80,2% về phân giai đoạn T1-T2 có độ chính xác hơn so với T3-T4, khi đánh giá giai đoạn N thì EUS có độ chính xác 76,2% so với PET-CT 72,5% ($p=0,02$) và khi đánh giá sau hóa trị thì độ chính xác của EUS và PET-CT lần lượt là 88,5% và 69% với ($p<0,0001$). Qua đó tác giả đã kết luận EUS có độ chính xác hơn PET-CT trong đánh giá phân giai đoạn ung thư dạ dày trước và sau hóa trị [13]. Có nhiều nghiên cứu đánh giá độ chính xác của EUS với MRI và CT-Scanner trong đánh giá ung thư đại trực tràng, cho thấy EUS có độ nhạy khoảng 80%-96% và độ đặc hiệu 75%-98% khi phân giai đoạn T0-T3 nhưng đánh giá về giai đoạn N thì độ chính xác không cao với độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 78% [1].

4.3. Tổn thương tại mật tụy

4.3.1. Tổn thương tại đường mật

Bệnh lý mật và tụy là chỉ định chính của EUS so với các phương tiện thăm dò hình ảnh khác, EUS giúp đánh giá chính xác bản chất tổn thương cũng như phân giai đoạn và sinh thiết lấy mẫu chẩn đoán mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại đường mật thì sỏi ống mật chủ chiếm tỷ lệ cao nhất 68,89%, giãn đường mật không rõ nguyên nhân chiếm 9,64%, u bóng Vater chiếm 9,42%, ung thư đường mật chiếm 7,89%, tổn thương đường mật do ký sinh trùng chiếm 2,19% và thấp nhất là nang ống mật chủ chiếm 1,97%. Đối với những trường hợp sỏi có kích thước lớn thì siêu âm qua thành bụng hoặc CT-Scanner đã chẩn đoán chính xác được nhưng với sỏi kích thước nhỏ hơn 5 mm và nằm ở đoạn cuối ống mật chủ thì EUS cho thấy được ưu điểm của mình. Theo nghiên cứu của Tse siêu âm nội soi có độ nhạy là 94% và độ đặc hiệu là 95% trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ [18]. Khi so sánh giá trị của siêu âm nội soi - MRCP (Magnetic resonance cholangiopancreatography) thì độ nhạy và độ đặc hiệu của hai kỹ thuật này trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ gần tương tự nhau đều đạt từ 90 - 95% qua 7 nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, siêu âm nội soi có giá trị cao hơn đối với các sỏi có kích thước rất nhỏ

và khu trú đoạn cuối ống mật chủ, đặc biệt là sát với bóng Vater [20].

Về tổn thương u đường mật đó là các tổn thương gây hẹp đường mật dẫn đến tình trạng vàng da tắc mật, nhiễm trùng đường mật ở bệnh nhân. Với các trường hợp này qua tiến hành thủ thuật siêu âm nội soi cho thấy tình trạng hẹp đường mật ở đoạn cuối, sau đó chúng tôi đã tiến hành thủ thuật nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent qua vị trí hẹp với mục đích giảm áp cho bệnh nhân. Các nghiên cứu cho thấy siêu âm nội soi có độ nhạy từ 80% -100% và độ đặc hiệu là 88% - 96,6% trong chẩn đoán hẹp đường mật [20].

EUS với thể mạnh tiếp xúc trực tiếp với bóng vater nên có ưu điểm trong chẩn đoán giai đoạn của ung thư bóng vater, các nghiên cứu cho thấy EUS có độ đặc hiệu cao lên đến 90%-97%. Theo báo cáo của Ridditid trong phân giai đoạn T có độ chính xác là 90% khi so sánh với mô bệnh học sau phẫu thuật. Ngoài ra EUS là phương tiện không thể thiếu để đánh giá sự xâm lấn của khối u trước khi chỉ định phẫu tích cắt u bóng vater qua nội soi, theo Ridditid trên 182 bệnh nhân có 91% trường hợp được đánh giá EUS sau đó có chỉ định phẫu tích cắt u bóng vater qua nội soi được theo dõi thấy không có di căn và tái phát, chỉ có 5 trường hợp EUS đánh giá không chính xác giai đoạn nên phẫu thuật còn sót lại. Qua đó cho thấy EUS có vai trò rất lớn trong chẩn đoán bệnh lý ung thư bóng vater [14].

4.3.2. Tổn thương tại tuyến tụy

Theo bảng 3.5. tỷ lệ bệnh lý tại tuyến tụy trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm viêm tụy mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 43,25%, tiếp đến là ung thư tụy chiếm 31,66%, viêm tụy cấp chiếm 17,76% và thấp nhất là tổn thương nang tụy chiếm 7,33%. Bệnh lý viêm tụy mạn trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán dựa trên bộ tiêu chuẩn Rosemont, đây là phân loại dựa trên nhiều nghiên cứu và thống nhất của 32 chuyên gia về siêu âm nội soi trên thế giới về tiêu chuẩn chẩn đoán, có tính cập nhật và độ chính xác cao trong chẩn đoán viêm tụy mạn dựa trên siêu âm nội soi [5]. Theo các nghiên cứu khi so sánh kết quả giữa siêu âm nội soi và mô bệnh học cho thấy siêu âm nội soi có độ nhạy là 84% và độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán viêm tụy mạn. Đặc biệt trong những trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn sớm hoặc viêm tụy mạn không có sỏi tụy thì EUS cho thấy có hiệu quả hơn khi so sánh CT-Scanner và MRI [20]. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi có 20 trường hợp nghi ngờ viêm tụy mạn theo phân loại Rosemont và theo Hội Tụy Nhật Bản tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy mạn giai đoạn sớm bao gồm các tiêu chí về lâm sàng và tổn thương tuyến

tụy trên hình ảnh thì các trường hợp này đều thỏa mãn các tiêu chí chẩn đoán. Theo Hội Tụy Nhật Bản chẩn đoán sớm viêm tụy mạn và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ diễn tiến đến viêm tụy mạn có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh [22].

Các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy vai trò của siêu âm nội soi trong vấn đề chẩn đoán cũng như theo dõi các bệnh lý ở tụy, đặc biệt là nang tụy. Nang tụy có 3 dạng: nang giả tụy chiếm 80 – 90%; nang tụy bẩm sinh 5 – 10% và u tụy dạng nang 5 – 10%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 19 bệnh nhân có nang tụy, đa số là nang giả tụy còn lại 2 trường hợp là u nhú nhầy nội ống và 1 trường hợp là u nang nhầy. Với các tổn thương là nang tụy thì siêu âm nội soi có khả năng phát hiện các tổn thương nhỏ có kích thước khoảng 3 mm với độ chính xác từ 92 - 96%, đối với nang giả tụy thì siêu âm nội soi có độ nhạy là 94% và độ đặc hiệu là 85% đối với các trường hợp tổn thương dạng nang nghĩ nhiều đến là nang giả tụy. Các hình ảnh nang giả tụy thường xuất hiện đơn độc, không có vách ngăn và thường có các mô nhỏ ở trong nang [8].

4.3.3. Siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ đánh giá các tổn thương tụy

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 trường hợp được tiến hành chọc hút bằng kim nhỏ với 8 trường hợp ung thư tụy và 2 trường hợp u tụy dạng nang. Bệnh lý ung thư tụy có tiên lượng rất xấu, tuy nhiên nếu được phát hiện sớm (kích thước ≤ 2 cm) và điều trị thích hợp thì tỷ lệ sống sau 5 năm khá cao (khoảng 60%) [9]. Như vậy, chẩn đoán ung thư tụy giai đoạn sớm rất có ý nghĩa trong điều trị và tiên lượng thời gian sống cho người bệnh, và EUS-FNA là phương tiện có giá trị trong chẩn đoán các trường hợp ung thư tụy ở giai đoạn sớm. Trong nhóm bệnh nhân u tụy có 2 trường hợp ở thân tụy và 6 trường hợp ở vùng đầu tụy, các trường hợp này đều được tiến hành chọc hút bằng kim nhỏ 22G và đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tụy. Khi so sánh với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác thì siêu âm nội soi có độ chính xác hơn khi đánh giá kích thước, vị trí của khối u, di căn hạch và mạch máu cũng như cho phép lấy được mẫu bệnh phẩm để từ đó có khả năng chẩn đoán chính xác làm cơ sở cho việc quyết định điều trị, theo dõi, tiên lượng cho bệnh nhân. Theo Yoshinaga và cộng sự, chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi chẩn đoán ung thư tụy cho độ nhạy 78% - 95%, độ đặc hiệu 75% - 100%, giá trị dự đoán dương tính 98% - 100%, giá trị dự đoán âm tính 46% - 80% và chẩn đoán chính xác 78% - 95%. Hewitt và cộng sự, phân tích gộp 33 báo cáo (từ 1997 - 2009) với 4984 bệnh nhân được chọc hút bằng kim nhỏ dưới

hướng dẫn của siêu âm nội soi chẩn đoán ung thư tụy. Kết quả cho độ nhạy trung bình 85% và độ đặc hiệu trung bình 98% [4], [23].

4.4. Tai biến của thủ thuật

Khi tiến hành thủ thuật phải có phối hợp với thuốc an thần hoặc mê tĩnh mạch nên ngoài các biến chứng của nội soi tiêu hóa trên còn có các biến chứng của thuốc tiền mê và gây mê. Theo bảng 3.7 có 4 trường hợp hạ oxy máu thoáng qua đây là những trường hợp sử dụng tiền mê bằng midazolam với những trường hợp này chúng tôi ngưng thủ thuật và hồi sức cho bệnh nhân. Về tai biến khi tiến hành thủ thuật EUS-FNA chúng tôi có một trường hợp chảy máu sau khi chọc nhưng chỉ thoáng qua và sau đó tự cầm, trường hợp này do vị trí khối u nằm sâu ở đầu tụy nên khó tiến hành thủ thuật.

Theo báo cáo tổng hợp của Jensen về biến chứng của siêu âm nội soi chẩn đoán bao gồm biến chứng thủng, viêm phổi hít, xuất huyết tiêu hóa, lây nhiễm qua thủ thuật. Với đầu dò radial tỷ lệ thủng thực quản chiếm tỷ lệ 0,006% và thủng tá tràng là 0,017% trên 47417 trường hợp siêu âm nội soi tiêu hóa trên và đầu dò linear tỷ lệ thủng thực quản chiếm tỷ lệ 0,013%, thủng tá tràng là 0,029% và thủng dạ dày là 0,003% trên 37667 trường hợp và chung cho cả 2 loại đầu dò tỷ lệ thủng thực quản chiếm tỷ lệ 0,009%, thủng tá tràng là 0,022% và thủng dạ dày chiếm 0,001% trên 85084 trường hợp [7].

Theo Hội Nội soi Tiêu hóa châu Âu: EUS-FNA là một thủ thuật an toàn, với tỷ lệ tai biến khoảng 1%. Các tai biến bao gồm chảy máu, nhiễm khuẩn và viêm tụy cấp. Tỷ lệ tai biến sau chọc hút bằng kim 22G và 25G tương tự nhau.

Nên dùng kháng sinh dự phòng trong trường hợp chọc hút nang tụy. Chọc hút tế bào u tụy bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm nội soi không liên quan đến tăng nguy cơ tử vong, thủ thuật này được xem là khá an toàn [11], [12].

Qua đó cho thấy vai trò của siêu âm nội soi trong

việc chẩn đoán các bệnh lý về tiêu hóa – mật tụy cũng như các trường hợp nghi ngờ ác tính cần bằng chứng mô bệnh học thì EUS-FNA là phương tiện được lựa chọn tối ưu nhất trong sinh thiết tụy. Siêu âm nội soi và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ là một thủ thuật có xâm nhập do đó thủ thuật có thể gây tai biến và tỷ lệ các tai biến phụ thuộc một phần vào vị trí tổn thương và kỹ năng của người làm thủ thuật.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 1176 trường hợp được tiến hành siêu âm nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

❖ Đối với bệnh lý ống tiêu hóa

Tổn thương u dưới niêm mạc chiếm đa số 55,74% và ung thư ống tiêu hóa chiếm 44,26%.

U dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất ở dạ dày 52,93%, tiếp đến ở thực quản chiếm 33,46%, tá tràng 11,67% và thấp nhất ở đại trực tràng chiếm 1,94%.

Ung thư ở thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất 37,27%, ung thư đại trực tràng chiếm 36,27%, tiếp đến ở dạ dày chiếm 24,01% và thấp nhất ở tá tràng chiếm 2,45%.

❖ Đối với bệnh lý mật tụy

Tổn thương sỏi đường mật chiếm tỷ lệ cao nhất 68,89%, giãn đường mật không rõ nguyên nhân chiếm 9,64%, u bóng Vater chiếm 9,42%, ung thư đường mật chiếm 7,89%, tổn thương đường mật do ký sinh trùng chiếm 2,19% và thấp nhất là nang ống mật chủ chiếm 1,97%.

Bệnh lý viêm tụy mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 43,25%, tiếp đến là ung thư tụy chiếm 31,66%, viêm tụy cấp chiếm 17,76% và thấp nhất là tổn thương nang tụy chiếm 7,33%.

Bệnh lý ung thư tụy chiếm 80% và u nhú nhầy nội ống (IPMN) chiếm 20%.

Tai biến của thủ thuật: Hạ oxy máu thoáng qua 0,34%, chảy máu tức thì sau EUS-FNA là 10%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (2013). "Role of endoscopy in the staging and management of colorectal cancer", *Gastrointestinal endoscopy*, Vol 78, No. 1
2. Castro F.D, Magalhaes J, Monteiro S, Leite S, Cotter J (2016). "The Role of Endoscopic Ultrasound in the Diagnostic Assessment of Subepithelial Lesions of the Upper Gastrointestinal Tract", *GE Portuguese Journal of Gastroenterology*.
3. Chun C.C, et al (2012). "The efficacy of endoscopic ultrasound for the diagnosis of common bile duct stones as compared to CT, MRCP, and ERCP", *Journal of the Chinese Medical Association* (75).
4. Hewitt M.J, McPhail M.J, Possamai L, et al (2012). «EUS-guided FNA for diagnosis of solid pancreatic neoplasms: a meta-analysis". *Gastrointest Endoscopy*, 75 (2), 319-31
5. Iglesias-Garcia J, Larino-Noia J, Lindkvist B, Dominguez-Munoz JE (2015). "Endoscopic ultrasound in the

diagnosis of chronic pancreatitis", *Rev Esp Enferm Dig*; 107(4):221-8

6. Jeong S.M (2016). "Role of Endoscopic Ultrasonography in Guiding Treatment Plans for Upper Gastrointestinal Subepithelial Tumors", *Clin Endoscopy* ; 49(3): 220-225.

7. Jenssen C, Alvarez-Sánchez MV, Napoléon B, Faiss S (2012). "Diagnostic endoscopic ultrasonography: Assessment of safety and prevention of complications". *World J Gastroenterol*; 18(34): 4659-4676.

8. Kazuya A, Amol B (2012). *Practical Handbook of Endoscopic Ultrasonography*, Springer Japan, 978-4-431-54014-4

9. Kelly S, Harris K.M, Berry E, Hutton J et al (2001). "A systematic review of the staging performance of endoscopic ultrasound in gastro-oesophageal carcinoma", *Gut* 49(4):534-539.

10. Masato M, Hiroshi I, Kensuke K, Seigo Y, et al (2013). "Ultrasound-guided vs endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration for pancreatic cancer diagnosis", *The World Journal Gastroenterol* ; 19(15): 2368-2373.

11. Ngamruengphong S, Swanson K.M, Shah N.D, et al (2015). "Preoperative endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration does not impair survival of patients with resected pancreatic cancer". *Gut*, 64 (7), 1105-10.

12. Polkowski M, Larghi A, Weynand B, et al (2012). "Learning, techniques, and complications of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Guideline". *Endoscopy*. 2012;44:190-206

13. Redondo C.E, Martinez Cara J.G, Jimenez R.R, Valverde L.F (2017). "Endoscopic ultrasound in gastric cancer staging before and after neoadjuvant chemotherapy. A comparison with PET-CT in a clinical series". *United*

European Gastroenterol Journal ;5(5):641-647

14. Ridditid W, Tan D, Schmidt SE, et al (2014). "Endoscopic papillectomy: risk factors for incomplete resection and recurrence during long-term followup". *Gastrointest Endosc*;79:289-96.

15. Salah W, Faigel D.O (2014). "When to puncture, when not to puncture: Submucosal tumors". *Endosc Ultrasound*;3:98-108

16. Sun X, He Q, Xu Y (2013). "Role of Endoscopic Ultrasound in the Management of Digestive System Disease: Proceedings of 2013 Asian Pacific Digestive Week Meeting". *Endosc Ultrasound*; 2(4): 230-232

17. Tiing L.A, Andrew B.E.K, Lai M.W (2018). "Diagnostic Endoscopic Ultrasound: Technique, Current Status and Future Directions", *Gut Liver*; 12(5): 483-496

18. Tse F, Liu L, Barkun A, Armstrong D, Moayyedi P et al. (2008), "EUS: a meta-analysis of test performance in suspected choledocholithiasis". *Gastrointest Endoscopy*;67: 235-44

19. Van Vliet EP, Heijenbrok-Kal MH, Hunink MG, Kuipers EJ (2008). "Staging investigations for oesophageal cancer: a meta-analysis". *Br J Cancer*;98(3):547-57.

20. Vanessa M.S, Michel K (2010). "The Role of EUS in the Biliary System", *Endoscopic ultrasound*, pp 329 – 370

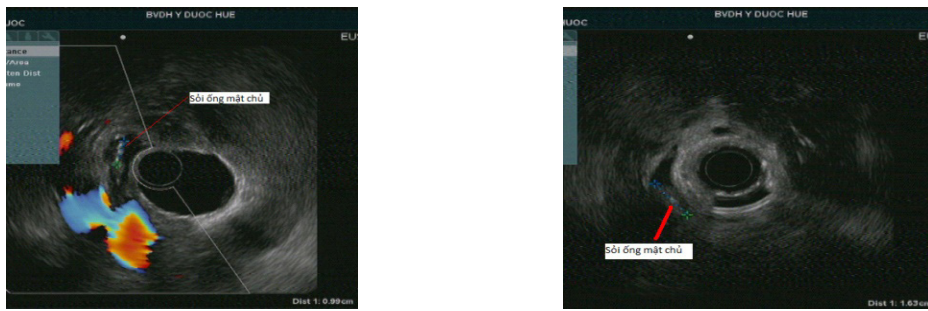
21. Yamabe A, Irisawa A, Shibukawa G, Abe Y, Nikaido A, et al. (2013). "Endosonographic Diagnosis of Chronic Pancreatitis". *J Gastroint Dig Syst* S2: 005.

22. Yamabe A, Irisawa A, Shibukawa G, Sato A, Fujisawa M (2017). "Early diagnosis of chronic pancreatitis : understanding the factors associated with the development of chronic pancreatitis", *Fukushima J. Med. Sci*;63(1):1-7

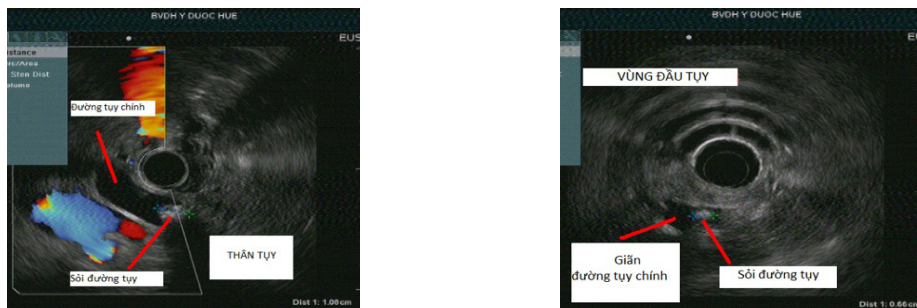
23. Yoshinaga S, Suzuki H, Oda I, et al (2011). "Role of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) for diagnosis of solid pancreatic masses". *Dig Endosc*, 23 Suppl 1, 29-33.

PHỤ LỤC

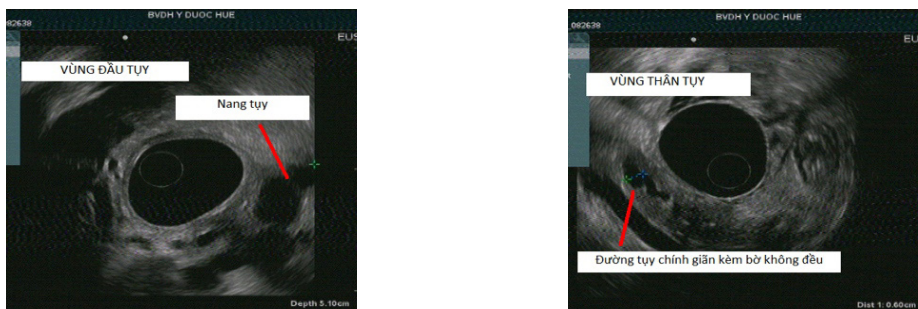
Các hình ảnh minh họa



Hình 1: Nhiễm trùng đường mật – sỏi ống mật chủ



Hình 2: Viêm tụy mạn – sỏi tụy.



Hình 3: IPMN thể liên quan đến đường tụy chính



Hình 4: Bệnh nhân u đầu tụy, tiến hành sinh thiết bằng kim nhỏ