

mạch máu não và 3 trường hợp nhồi máu cơ tim khi khám lại ở nhóm bệnh nhân can thiệp nội mạch. Thử nghiệm lâm sàng pha 1 của can thiệp nội mạch cũng cho thấy chất lượng cuộc sống, số lượng biến chứng và tỷ lệ can thiệp lại tăng dần sau 4 năm [9]. Ngoài ra, can thiệp nội mạch có chi phí đắt hơn phẫu thuật cũng là một trong những nhược điểm cần quan tâm. Kết quả nghiên cứu của Yang cũng cho thấy mặc dù can thiệp nội mạch có thời gian thủ thuật trung bình ngắn hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn nhưng tỷ lệ can thiệp lại cao hơn so với nhóm mổ mở [10].

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch và phẫu thuật PDMCB dưới thận tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho kết quả tốt, với tỉ lệ tai biến biến chứng thấp. Hiện kết quả phẫu thuật cả sớm và trung hạn tốt hơn nhóm can thiệp nội mạch đặt stent graft, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nhìn chung, can thiệp nội mạch có ưu thế về thời gian thực hiện, thời gian nằm viện, hậu phẫu và giảm thiểu các biến chứng nghiêm trọng sau mổ trong giai đoạn sớm, có ưu thế cho bệnh nhân cao tuổi với nhiều bệnh nền, tuy nhiên tỷ lệ tử vong sau 1 năm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với phương pháp phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoornweg LL, et al.**, Meta analysis on mortality of ruptured abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg, 2008. 35(5): p. 558-570.

2. **Schermerhorn M.A**, 66-year-old man with an abdominal aortic aneurysm: review of screening and treatment. JAMA, 2009. 302(18).
3. **Abdominal Aortic Aneurysm, Causes, Symptoms, & Management.** News-Medical.net, 2019.
4. **Đặng Hạnh Đê**, Phòng Động Mạch Chủ Bụng Vỡ. Phẫu Thuật Cấp Cứu Tim Mạch và Lồng Ngực, NXB Y Học, 2001: p. 177-188.
5. **England, A. and R. McWilliams**, **Endovascular Aortic Aneurysm Repair (EVAR)**. Ulster Med J, 2013. 82(1): p. 3-10.
6. **Mestres G, Zarka ZA, García-Madrid C, Riambau V.** Early abdominal aortic endografts: a decade follow-up results. Eur J Vasc Endovasc Surg 2010;40:722-728.
7. **Lederle FA, Freischlag JA, Kyriakides TC, Padberg FT Jr, Matsumura JS, Kohler TR, et al.** Outcomes following endovascular vs open repair of abdominal aortic aneurysm: a randomized trial. JAMA 2009;302:1535-1542.
8. **Greenhalgh RM, Brown LC, Kwong GP, Powell JT, Thompson SG;** EVAR trial participants. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomised controlled trial. Lancet 2004;364:843-848.
9. **EVAR trial participants.** Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 2): randomised controlled trial. Lancet 2005;365:2187-2192.
10. **Yana JH, Kim JW, Choi HC, Park HO, Jana IS, Lee CE, Moon SH, Bvun JH, Choi JY.** Comparison of clinical outcomes between surgical repair and endovascular stent for the treatment of abdominal aortic aneurysm. Vascular Specialist International. 2017 Dec;33(4):140.

## KẾT QUẢ SINH THIẾT U SAU PHÚC MẠC DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Minh Trí<sup>1</sup>, Dư Đức Thiện<sup>2</sup>, Đào Xuân Hải<sup>2</sup>, Thân Văn Sỹ<sup>2</sup>, Phan Nhật Anh<sup>1</sup>, Trần Quang Lộc<sup>1</sup>, Lê Mạnh Thường<sup>1</sup>, Lê Thanh Dũng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định hiệu quả và giá trị của sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán bản chất các khối u sau phúc mạc. **Đối tượng và Phương pháp:** 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán có khối u sau phúc mạc dựa vào lâm sàng, siêu âm và cắt lớp vi tính, được tiến hành sinh thiết dưới

cắt lớp vi tính bằng kim cắt lõi bán tự động, kích thước từ 16 hoặc 18G, tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu mô bệnh học thời gian từ 3/2021 đến 7/2022 tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Việt Đức. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** 100% các BN đều lấy được bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh học, trong đó 24 BN có kết quả giải phẫu bệnh là u ác tính và 7 trường hợp u lành tính. 3 trường hợp xảy ra biến chứng nhẹ là tụ ít máu quanh u sau sinh thiết, 1 trường hợp biến chứng đau phải dùng giảm đau, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng nặng cần truyền máu hay can thiệp nội mạch cầm máu. **Kết luận:** Sinh thiết các khối u sau phúc mạc dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính là phương pháp an toàn, ít xâm lấn, hiệu quả và có giá trị cao trong chẩn đoán bản chất khối u.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Trí

Email: minhtri.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023

**Từ khóa:** sinh thiết, sinh thiết dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính, sau phúc mạc.

## SUMMARY

### RESULT OF CT-GUIDED CORE NEEDLE BIOPSY FOR RETROPERITONEAL MASSES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To identify the effect and the value of CT-guided core needle biopsy for the pathological diagnosis of retroperitoneal masses. **Methods:** 31 patients were determined retroperitoneal masses by clinical examination, ultrasound and CT scanner, and these masses was taken CT-guided core needle biopsy by 16- or 18G-semi-automatic biopsy guns, all of them have result of pathological diagnosis from March 2021 to July 2022 at Radiology Department, Viet Duc University Hospital. It is descriptive cross-sectional and prospective study. **Results:** All of patient's specimens has been pathological diagnosed. In there, 24 cases get malignant masses, and 7 case get benign masses. 3 cases get mild complication as a small hematoma around the lesion after biopsy processing, 1 case get pain requiring analgesics. There aren't any cases get serious complication which is needed blood transfusion or endovascular intervention for hemostasis. **Conclusions:** CT-guided core needle biopsy for retroperitoneal masses is safe, less invasive, effective, and high valuable method in diagnosing the retroperitoneal tumor's pathology.

**Keywords:** Core biopsy, CT-guided core needle biopsy, retroperitoneal.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xác định được bản chất các khối u sau phúc mạc là việc tối quan trọng và nhiều khi là thách thức thực sự trong quá trình chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị. Phẫu thuật hoặc sinh thiết qua da là một phần quan trọng của chẩn đoán, phân giai đoạn và theo dõi các khối u ác tính nghi ngờ hoặc đã biết. Trước đây, sinh thiết trong phẫu thuật là cần thiết để lấy đủ mô để chẩn đoán bệnh lý, tuy nhiên đây là phương pháp xâm lấn và không phải bệnh nhân nào cũng đủ điều kiện để phẫu thuật. Do đó, các thủ thuật sinh thiết qua da dưới hướng dẫn bằng hình ảnh ngày càng được sử dụng nhiều hơn do tính chất xâm lấn tối thiểu, tỷ lệ biến chứng và chi phí thấp hơn so với các phương pháp phẫu thuật.<sup>1</sup>

Sinh thiết có hướng dẫn bằng cắt lớp vi tính (CT) đã được sử dụng rộng rãi như một thủ thuật hiệu quả và an toàn để xác định chẩn đoán trong nhiều cơ sở thực hành lâm sàng. Sử dụng CT có tiêm thuốc cản quang cho phép đánh giá được tình trạng của toàn bộ ổ bụng và khoang sau phúc mạc, xác định được liên quan của khối u với các cấu trúc lân cận từ nhờ đó có thể lập kế hoạch sinh thiết chính xác cho các tổn thương nằm sâu trong khoang sau phúc mạc mà không gây tổn thương các tạng và mạch máu lân cận.

Trong những năm gần đây, hiệu quả của sinh thiết hướng dẫn CT để chẩn đoán bệnh lý khoang sau phúc mạc đã được báo cáo vì cả kỹ thuật sinh thiết và kỹ thuật chẩn đoán mô học đã được cải thiện đáng kể<sup>2</sup>.

Ở nước ngoài hiện tại đã có rất nhiều công trình về sinh thiết dưới hướng dẫn CT ở nhiều bộ phận cơ thể khác nhau, tuy nhiên ở nước ta đa số chỉ mới ứng dụng CT để sinh thiết u ở lồng ngực như phổi hay trung thất, hiện nay có không nhiều các công bố về sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn CT. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá tính an toàn và kết quả của kĩ thuật sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 31 BN có tổn thương không rõ bản chất sau phúc mạc được chỉ định và tiến hành sinh thiết bằng kim cắt lõi bán tự động 16-18G dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 3/2021 đến 7/2022, hồ sơ có đầy đủ thông tin nghiên cứu. Các trường hợp có sinh thiết nhưng hồ sơ không đầy đủ thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu thì loại khỏi nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu:** Kỹ thuật sinh thiết khối u dưới hướng dẫn CT được thực hiện theo qui trình thống nhất tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức:

Bước 1: Chuẩn bị trước sinh thiết: BN có đủ hồ sơ bệnh án, đủ tiêu chuẩn để sinh thiết, không có chống chỉ định, kiểm tra chẩn đoán và chỉ định sinh thiết, giải thích cho BN các bước trong quá trình sinh thiết.

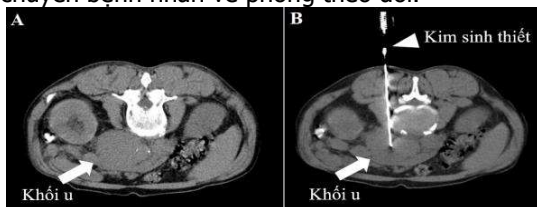
Bước 2: Đặt tư thế BN trên bàn chụp CT (nằm sấp hay nghiêng tùy vị trí khối u), định vị vùng thăm khám, dán định vị trên da BN vùng có khối u, chụp CT trước và sau tiêm thuốc cản quang, lựa chọn đường tiếp cận khối u cho phù hợp (đường ngắn nhất, ít đi qua các tạng), sát trùng tại chỗ và trải toan vùng tiếp cận

Bước 3: Gây tê tại chỗ chọc bằng Lidocaine 1%, chọc kim co-axial theo đường tiếp cận đã lựa chọn tới bờ của khối u, với các khối u lớn có thể đưa kim vào trong lòng khối u <5mm.

Bước 4: Sinh thiết khối u: dùng kim sinh thiết kích thước 16G, 18G dạng bán tự động, sinh thiết khối u, chếch đổi hướng trong khối u để sinh thiết các vị trí khác nhau, số mẫu bệnh phẩm từ 2-4 mẫu tùy theo chất lượng mẫu.

Bước 5: Rút kim, chụp CT kiểm tra xác định các biến chứng có thể, băng ép vị trí chọc,

chuyển bệnh nhân về phòng theo dõi.



**Hình 1: (A) U sau phúc mạc trước sinh thiết; (B) Sinh thiết u sau phúc mạc với kim sinh thiết 18G**

**2.3. Xử lý số liệu.** Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập dữ liệu thống nhất. Số liệu được phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tiến cứu, dưới sự đồng thuận, đảm bảo quyền lợi và sức khỏe của bệnh nhân. Các thông tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh được bảo mật.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 3/2021 đến 7/2022, 31 BN có chỉ định sinh thiết khối u sau phúc mạc được sinh thiết qua da dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính để xác định bản chất khối u.

#### 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Phân bố dân số nghiên cứu theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Độ ác tính		Tổng	p
	Lành tính	Ac tính		
Dưới 40	3	6	9	0,495*
Từ 40 – 60	3	9	12	
Trên 60	1	9	10	
<b>Tổng</b>	<b>7(22,6%)</b>	<b>24(77,4%)</b>	<b>31</b>	
Tuổi trung bình	52.5 ± 20.0	43.43 ± 16.9	50.42 ± 19.4	0,288**

\*Chi-Square Tests; \*\*Independent Samples Test

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có khối u ác tính (ung thư biểu mô tuyến, ung thư mô liên kết, lymphoma, u di căn) với 24 bệnh nhân chiếm 77.4%, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có u ác tính cao hơn so với các bệnh nhân có u lành tính không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.288 (>0.05)$ .

**Bảng 2: Vị trí khối u được sinh thiết so với cột sống**

Vị trí	Độ ác tính		Tổng	P
	Lành tính	Ac tính		
Bên phải cột sống	5	8	13	0,115*
Bên trái cột sống	1	3	4	
Hai bên cột sống	1	13	14	
<b>Tổng</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	

\*Fisher's Exact Test

Vị trí khối u được sinh thiết giữa hai nhóm lành tính và ác tính có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p = 0.115$

**Bảng 3: Liên quan kích thước khối u và tính chất lành tính hay ác tính**

Kích thước	Độ ác tính				Tổng	p
	Lành tính		Ac tính			
	N	%	N	%		
< 5	3	42,9%	2	8,3%	5	0,138*
5 – 10	4	57,1%	16	66,7%	20	
10 – 15	0	0,0%	5	20,8%	5	
>15	0	0,0%	1	4,2%	1	
<b>Tổng</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>	<b>31</b>	

\*Fisher's Exact Tests

Kích thước trung bình của khối u ác tính lớn hơn lành tính, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### 3.2. Độ sâu từ vị trí chọc kim ở da đến khối u

**Bảng 4: Liên quan độ sâu kim sinh thiết và số lần sinh thiết**

		Lành tính	Ac tính	p
Độ sâu		104.82 ± 17.15	98.43 ± 15.84	0,363
Số lần cắt trung bình	< 3 lần	1 (14.3%)	3 (12.5%)	0,662
	≥ 3 lần	6 (85.7%)	21 (87.5%)	

Độ sâu kim sinh thiết các khối u sau phúc mạc lành tính cao hơn độ sâu khi sinh thiết các khối u ác tính nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$  (Independent Samples Test).

Tất cả các bệnh nhân chúng tôi đều sử dụng kim dẫn đường với kỹ thuật cắt đồng trục Co-axial, đối với những người bệnh có u lành tính đa số các bệnh nhân được cắt 3 mẫu chiếm 85.7% tỉ lệ các bệnh nhân đều được cắt ít nhất 2 lần và nhiều nhất là 4 lần.

#### 3.3. Kết quả giải phẫu bệnh của mẫu sinh thiết.

**Bảng 5: Kết quả giải phẫu bệnh của mẫu sinh thiết**

Kết quả GPB	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lympho	11	35.4
Di căn	6	19.3
Sarcoma cơ trơn	2	6.4
Castleman	2	6.4
U nguyên bào thần kinh	1	3.25
Pheochromocytoma	1	3.25
Hạch viêm	1	3.25
Sarcomatoid carcinoma	1	3.25
Schwannoma	1	3.25

U cơ trơn	1	3.25
U hạch thần kinh giao cảm	1	3.25
U nguyên bào hạch	1	3.25
U tương bào	1	3.25
U xơ lành tính	1	3.25
<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy u lympho và u di căn chiếm đa số với hơn 50% các loại u.

#### 3.4. Các biến chứng sau sinh thiết.

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 3 bệnh nhân có biến chứng nhẹ tụ ít máu quanh khối u, 1 trường hợp đau phải dùng giảm đau, tuy nhiên không có bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu thể hoạt động cần truyền máu, can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật cầm máu.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong những năm qua, với sự phát triển ngày càng tăng của các kỹ thuật hình ảnh đã cho phép mở rộng chỉ định của các phương pháp xâm lấn tối thiểu, đặc biệt là sinh thiết khối u có hướng dẫn của hình ảnh, đặc biệt là sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn của CT<sup>3</sup>. Sự an toàn của thủ thuật đã được ghi nhận rõ ràng<sup>4</sup>. Các tổn thương khối phát triển trong khoang sau phúc mạc thường được che chắn bởi động mạch chủ, tĩnh mạch chủ dưới, thận, ruột hoặc các cấu trúc khác. Dưới hướng dẫn của CT giúp xác định và tránh những cấu trúc nguy hiểm này và tiếp cận với vị trí sinh thiết đích một cách an toàn và chính xác nhất<sup>2</sup>, giúp mang lại khả năng chẩn đoán đặc, phân biệt giữa các khối u lành tính và ác tính và cả giữa di căn và khối u nguyên phát cũng như phân giai đoạn cho khối u. Điều này cho phép bác sĩ thiết lập cách quản lý điều trị thích hợp nhất.

Trong thời gian gần 2 năm, chúng tôi tiến hành sinh thiết qua da dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính để xác định bản chất khối u cho 31 bệnh nhân được phát hiện có khối u sau phúc mạc. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là  $50.42 \pm 19.4$  tuổi, với phần lớn người bệnh nằm trong nhóm trên 40 tuổi và trên 60 tuổi.

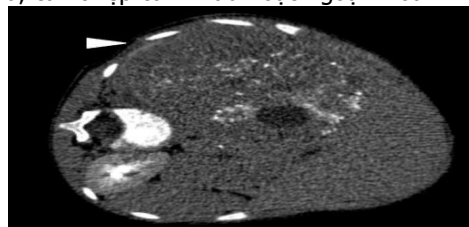
Trong nhóm người bệnh được nghiên cứu của chúng tôi có 24 trường hợp ác tính chiếm 77.4% và 7 trường hợp lành tính chiếm 22.6%. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có khối u ác tính  $61.12 \pm 15.3$  tuổi cao hơn so với các bệnh nhân có u lành tính  $54.33 \pm 15.5$  tuổi nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ . Điều này cho thấy tỉ lệ các khối u nghi ngờ ác tính về mặt hình ảnh được sinh thiết với tỷ lệ cao giúp chẩn đoán xác định và định hướng trong điều trị. Trong khi đó các khối u hướng đến lành

tính có thể được chẩn đoán bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và theo dõi định kỳ, chỉ được tiến hành sinh thiết khi có sự nghi ngờ hoặc không rõ ràng về mặt chẩn đoán.

Mặc dù các đặc điểm của u sau phúc mạc nói chung không đặc hiệu, nhưng đặc điểm về kích thước và vị trí của tổn thương có thể giúp định hướng về tính chất của tổn thương. Trong nghiên cứu này cho thấy kích thước và mức độ lan rộng của của nhóm ác tính lớn hơn so với nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê, điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả J.Y. An và cộng sự<sup>5</sup>. Ngoài ra, các tổn thương di căn có kích thước rất thay đổi từ nhỏ đến rất lớn nên việc phối hợp sinh thiết các khối u sau phúc mạc là điều rất cần thiết để xác định bản chất tổn thương<sup>2</sup>.

#### Kết quả sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn CLVT trong nhóm nghiên cứu.

Toàn bộ 31 BN đều được sinh thiết u thành công dưới hướng dẫn CT, với các mẫu bệnh phẩm thu được đều đạt tiêu chuẩn để làm mô bệnh học. Trong số các tổn thương sau phúc mạc được đánh giá trong nghiên cứu này, phổ biến nhất là lymphoma với 11 trường hợp (35.4%) và có thể phân sub-type của tất cả các tổn thương lympho này. Sự an toàn của sinh thiết qua da có hướng dẫn CT của những tổn thương này đã được ghi nhận. Chúng tôi nhận thấy rằng có 3 trường hợp biến chứng nhẹ có tụ máu quanh khối u, 1 trường hợp đau phải dùng giảm đau, tuy nhiên không có bệnh nhân nào có biến chứng nặng cần truyền máu, can thiệp cầm máu hoặc ngoại khoa.



**Hình 2. Biến chứng tụ máu nhỏ quanh khối u sau sinh thiết ở bệnh nhân nam 3 tuổi**

Kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết: U nguyên bào thần kinh (neuroblastoma)

Kết quả này thấp hơn so với 9,4% được báo cáo bởi Tomozawa và cộng sự<sup>2</sup> và 6.2% được báo cáo bởi Schiavon LH<sup>6</sup>, cho thấy độ an toàn cao của phương pháp này<sup>7</sup>. Tổn thương sau phúc mạc phổ biến thứ hai trong mẫu của chúng tôi là tổn thương thứ phát, gặp trong 6 trường hợp (19.3%). Kết quả này phù hợp với phân bố tổn thương nằm ở khoang sau phúc mạc<sup>2</sup>.

Việc lựa chọn phương pháp hình ảnh để hướng dẫn sinh thiết dựa trên một số yếu tố:

kinh nghiệm của bác sĩ; kích thước và vị trí của tổn thương; các đường vào có thể sử dụng, tính sẵn có và chi phí của thiết bị. Trong đó bao gồm siêu âm và CT là hai phương pháp thường được sử dụng nhất. Với sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm với ưu điểm của nó bao gồm hình ảnh thời gian thực, khả năng đánh giá đa phương diện, tạo điều kiện thuận lợi cho các phương pháp tiếp cận góc phức tạp và không có bức xạ ion hóa. Các nhược điểm bao gồm việc định vị về các tổn thương sâu đặc biệt là các khối sau phúc mạc và thường bị che khuất do sự đan xen của các chất khí hoặc xương trong ruột. Ngoài ra, trường quan sát của siêu âm hạn chế hơn so với CT và điều này gây khó khăn cho việc kiểm soát kim cũng như tiên lượng vị trí đường vào<sup>8</sup>. CT được lựa chọn ưu tiên hơn siêu âm đối với sinh thiết các tổn thương sau phúc mạc vì nó cho phép phân biệt các cấu trúc trong khoang sau phúc mạc tốt hơn, phân định tốt hơn các cấu trúc sau phúc mạc, đặc biệt là các mạch máu. Ngày nay, sinh thiết có hướng dẫn CT chủ yếu được thực hiện bằng kỹ thuật đồng trục, cho phép lấy được nhiều mảnh bệnh phẩm mà chỉ cần chọc qua da và giảm thiểu thời gian làm thủ thuật, sự khó chịu của bệnh nhân và nguy cơ biến chứng. Tỷ lệ di căn theo đường sinh thiết chưa phát hiện trong nghiên cứu do thời gian nghiên cứu ngắn, cần có đánh giá theo thời gian dài hơn.

## V. KẾT LUẬN

Sinh thiết khối u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính là phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp không cần can thiệp điều trị, tất cả các mẫu bệnh phẩm đều đạt yêu cầu làm giải phẫu bệnh và có kết quả mô bệnh học chẩn đoán bản chất khối u.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016-2021

Lê Quang Thăng<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Nghĩa<sup>2</sup>, Ninh Việt Khải<sup>2</sup>, Trần Minh Tuấn<sup>2</sup>,  
Trần Hà Phương<sup>2</sup>, Hoàng Tuấn<sup>2</sup>, Trần Đình Dũng<sup>2</sup>, Đỗ Hải Đăng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Thăng

Email: lequangthang96@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahrar K, Javadi S.** Biopsy Devices and Techniques. In: Ahrar K, Gupta S, eds. Percutaneous Image-Guided Biopsy. Springer New York; 2014:1-17. doi:10.1007/978-1-4614-8217-8\_1
2. **Clinical Value of CT-Guided Needle Biopsy for Retroperitoneal Lesions - PMC.** Accessed August 27, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088852/>
3. **Das C, Sengupta M, Mukhopadhyay M, Saha AK.** Critical clinical appraisal of the role of computed tomography-guided minimally invasive aspiration cytology in evaluation of retroperitoneal masses. Indian J Med Paediatr Oncol Off J Indian Soc Med Paediatr Oncol. 2014;35(1):60-65. doi:10.4103/0971-5851.133723
4. **Chojniak R, Isberner RK, Viana LM, Yu LS, Aita AA, Soares FA.** Computed tomography guided needle biopsy: experience from 1,300 procedures. Sao Paulo Med J Rev Paul Med. 2006;124(1):10-14. doi:10.1590/s1516-31802006000100003
5. **An JY, Heo JS, Noh JH, et al.** Primary malignant retroperitoneal tumors: Analysis of a single institutional experience. Eur J Surg Oncol EJSO. 2007;33(3):376-382. doi:10.1016/j.ejso.2006.10.019
6. **Schiavon LH de O, Tyng CJ, Travesso DJ, Rocha RD, Schiavon ACSA, Bitencourt AGV.** Computed tomography-guided percutaneous biopsy of abdominal lesions: indications, techniques, results, and complications. Radiol Bras. 2018;51(3):141-146. doi:10.1590/0100-3984.2017.0045
7. **Sainani NI, Arellano RS, Shyn PB, Gervais DA, Mueller PR, Silverman SG.** The challenging image-guided abdominal mass biopsy: established and emerging techniques "if you can see it, you can biopsy it." Abdom Imaging. 2013; 38(4):672-696. doi:10.1007/s00261-013-9980-0
8. **Marcu RD, Diaconu CC, Constantiu T, et al.** Minimally invasive biopsy in retroperitoneal tumors. Exp Ther Med. 2019;18(6):5016-5020. doi:10.3892/etm.2019.8020

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật ghép gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên các BN được phẫu thuật ghép gan từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2021 tại BV Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả nghiên cứu:** 71 bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, trong đó 47 BN ( 66,2%) ghép gan do ung thư gan nguyên phát (UTGNP) và 24 BN (33,8%) do xơ gan (XG). Tuổi trung bình là 50±15,6 tuổi, tỉ lệ nam:nữ là 6,9:1. Tỉ lệ viêm gan ở nhóm xơ gan là