Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 273-277

DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND FINE NEEDLE BIOPSY IN DIAGNOSTIC VATER CANCER IN K HOSPITAL

Nguyen Trong Nga*, Pham Duong, Bui Anh Tuyet, Nguyen Dieu Huong, Do Duy Hung

Vietnam National Cancer Hospital - 43 Quan Su, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 08/04/2026
Revised: 15/06/2026; Accepted: 05/08/2026

ABSTRACT

Background: This study aimed to describe the clinical features, endoscopic ultrasound imaging features, and outcomes of endoscopic ultrasound-guided fine-needle biopsy in the diagnosis of ampullary cancer at K Hospital.

Population and methods: A retrospective cross-sectional descriptive study on 46 patients with suspected ampullary carcinoma detected by abdominal ultrasound or computed tomography, who underwent endoscopic ultrasound guided fine-needle biopsy at K Hospital. Histopathological results obtained from biopsy were compared with postoperative pathological findings from January 2021 to June 2025.

Results: Among 46 patients who underwent diagnostic biopsy, the result confirmed ampullary carcinoma in 43 patients, accounting for 93,5%. The mean age was 62.91 ± 9.33 years. The most common clinical symptom was jaundice, present in 90,7% of cases. An average of puncture was 1.32 procedures per patient and the mean number of needle passes per lesion was 6.72. Macroscopic on-site evaluation (positive MOSE) was achieved in 76.1% of cases. After the procedure, one patient experienced localized bleeding at the biopsy site, and no major complications were detected. The sensitivity, specificity, PPV, NPV, and diagnostic accuracy of EUS-guided biopsy for diagnosing ampullary carcinoma were 93%; 66,7%; 40% and 91,3%, respectively.

Conclusion: Endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy is a safe technique with high sensitivity and positive predictive value in patient suspected ampullary carcinoma. However, in cases of negative biopsy or paucicellular results still require correlation with clinical and paraclinical findings, or repeat biopsy to confirm the diagnosis.

Keywords: Ampullary carcinoma, endoscopic ultrasound, Endoscopic ultrasound with fine-needle biopsy.

*Corresponding author
Email: bacsitrongnga@gmail.com **Phone**: (+84) 943061111 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6273

KẾT QUẢ KỸ THUẬT NỘI SOI SIÊU ÂM CÓ SINH THIẾT CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BÓNG VATER TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Trọng Ngà*, Phạm Dương, Bùi Ánh Tuyết, Nguyễn Diệu Hương, Đỗ Huy Hùng

Khoa Nội soi-Thăm dò chức năng, Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, P. Cửa Nam, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 08/04/2026
Ngày sửa: 15/06/2026; Ngày đăng: 05/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi siêu âm (NSSA) và nhận xét kết quả kỹ thuật sinh thiết qua NSSA trong chẩn đoán ung thư bóng Vater tại bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 46 bệnh nhân nghi ngờ ung thư bóng Vater (UTBV) phát hiện qua siêu âm ổ bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính được sinh thiết bằng kim nhỏ qua NSSA tại bệnh viện K. Kết quả mô bệnh học sau sinh thiết sẽ được đối chiếu lại với kết quả sau phẫu thuật từ tháng 01/2021 đến 06/2025.

Kết quả: Trong 46 bệnh nhân được sinh thiết chẩn đoán, kết quả cuối cùng có 43 bệnh nhân chẩn đoán chính xác là UTBV chiếm tỉ lệ 93,5%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 62.91(±9.33) năm với triệu chứng lâm sàng chính hay gặp là vàng da (chiếm tỉ lệ 90,7%). Trung bình số lần sinh thiết là 1,32 lần/ 1 bệnh nhân (BN) số lần ra vào kim tương ứng với mỗi lần sinh thiết là 6.72 lần. Mẫu bệnh phẩm sau sinh thiết đạt hiệu quả (MOSE dương tính) với tỉ lệ 76,1%. Trong quá trình theo dõi chỉ có 01 trường hợp có xuất huyết tại chỗ sau sinh thiết, không có biến chứng nặng nào được phát hiện. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, tiên đoán âm tính và độ chẩn đoán chính xác của phương pháp sinh thiết qua nội soi siêu âm trong chẩn đoán ung thư bóng Vater lần lượt là: 93%;66,7%; 97,6%; 40% và 91,3%.

Kết luận: Kết quả của kỹ thuật NSSA có sinh thiết trong chẩn đoán UTBV cho thấy đây là một kỹ thuật an toàn với độ nhạy cũng như giá trị dự đoán dương tính cao ở những bệnh nhân nghi ngờ UT trên lâm sàng và cận lâm sàng. Tuy nhiên, giá trị dự đoán âm tính còn thấp nên trong trường hợp kết quả sinh thiết âm tính hoặc ít tế bào nghi ngờ không loại trừ được ung thư và cần phối hợp thêm lâm sàng - cận lâm sàng hoặc sinh thiết lại để khẳng định chẩn đoán.

Từ khoá: Ung thư bóng Vater, Nội soi siêu âm, Nội soi siêu âm có sinh thiết.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bóng Vater là bệnh lý ác tính hay gặp, đứng hàng thứ hai sau ung thư tuỵ trong các khối u ác tính vùng quanh bóng Vater. Tỉ lệ sống thêm 5 năm ở bệnh nhân có thể phẫu thuật triệt căn lên đến trên 70% và liên quan mật thiết đến giai đoạn bệnh cũng như mức độ xâm lấn của khối u [1, 2] . Chính vì vậy, phát hiện sớm, chẩn đoán chính xác bệnh cũng như giai đoạn bệnh đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp can thiệp cũng như tiên lượng điều trị sau này. Sinh thiết bằng kìm qua nội soi tá tràng là phương pháp thường dùng để thu thập mẫu mô bệnh học của khối u. Tuy nhiên, hiệu quả của kĩ thuật này trong thực hành lâm sàng còn thấp, nhiều báo cáo cho thấy tỉ lệ chẩn đoán dương tính sau sinh thiết chỉ đạt chưa tới 60% [3].

Nội soi siêu âm là phương pháp can thiệp ra đời từ đầu những năm 1980, bằng việc sử dụng đầu dò siêu âm tần số cao (lên đến 12 MHz) đi cùng dây soi áp sát vào thành ống tiêu hóa giúp đánh giá các tổn thương trong lòng đường tiêu hóa và cơ quan xung quanh một cách rõ nét, chi tiết. Các nghiên cứu tổng hợp đã cho thấy NSSA có độ nhạy đạt hơn 80% trong chẩn đoán giai đoạn, cũng như mức độ xâm lấn của UTBV biến đây trở thành một phương pháp lựa chọn hàng đầu cho những bệnh nhân nghi ngờ ung thư Vater cần chẩn đoán trước phẫu thuật [3, 4]. Cùng với sự phát triển của các thế hệ kim NSSA, sinh thiết bằng kim nhỏ đã ngày một chứng minh được hiệu quả trong việc thu thập mẫu mô giúp chẩn đoán chính xác và được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Đây là một thủ thuật an toàn và hiệu quả với tỉ lệ biến chứng trước, trong và sau can thiệp tương đối thấp, trong các nghiên cứu được tổng hợp thường dưới 2% [3, 4, 6].

Tại Việt Nam, đã có nhiều cơ sở y tế được trang bị hệ thống máy NSSA, tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của kĩ thuật này trong đánh giá các khối u vùng bóng Vater và đặc biệt là UTBV còn ít. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Kết quả kỹ thuật nội soi siêu âm có sinh thiết chẩn đoán ung thư bóng Vater tại Bệnh viện K" nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTBV cũng như đánh giá kết quả của kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng chẩn đoán.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

46 bệnh nhân nghi ngờ ung thư bóng Vater được chẩn đoán- sinh thiết qua NSSA và đã được phẫu thuật tại Bệnh Viện K trong khoảng thời gian từ 1/2022 đến tháng 6/2025. Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp có sinh thiết nhưng hồ sơ không đầy đủ hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Quy trình và kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ qua

*Tác giả liên hệ
Email: bacsitrongnga@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 943061111 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6273

siêu âm nội soi

Kĩ thuật được thống nhất thực hiện với các bệnh nhân tại bệnh viện K gồm 7 bước:

Bước 1: Xác định hình ảnh tổn thương ở vị trí tối ưu, tránh mạch máu lớn, ống tụy, đường mật. Đánh giá sơ bộ giai đoạn ung thư bóng Vater trên NSSA theo phân loại TNM của Hiệp Hội Ung thư Hoa Kỳ ấn bản số 8th

Bước 2: Đưa kim qua kênh sinh thiết của máy NSSA.

Bước 3: Chọn đường kim vào tổn thương. Rút nòng kim ra từ 5-10 mm trước khi chọc

Bước 4: Đưa kim vào tổn thương

Bước 5: Rút nòng kim, cùng lúc đưa kim ra vào trong tổn thương theo kĩ thuật chọc hình dẻ quạt song song với mở khóa bơm hút áp lực âm.

Bước 6: Khóa bơm áp lực trước khi rút kim ra khỏi máy nội soi. Rút kim khỏi máy nội soi

Bước 7: Có thể chọc hút từ 1 đến 3 lần trên mỗi bệnh nhân. Sau mỗi lần sinh thiết nếu đánh giá đủ mẫu bệnh phẩm đánh giá bằng mắt thường (kỹ thuật MOSE) ngừng thủ thuật. Cố định bệnh phẩm vào dung dịch formol, gửi đến trung tâm giải phẫu bệnh.

Bước 8: Theo dõi bệnh nhân sau can thiệp ít nhất 24 giờ để phát hiện các biến chứng.

2.3. Phương pháp

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu
- Cỡ mẫu nghiên cứu: mẫu thuận tiện

2.4. Xử lý số liệu: Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu sẽ được thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập số liệu thống nhất. Các thông tin thu thập được mã hóa, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành hồi cứu, dưới sự đồng thuận, đảm bảo quyền lợi và sức khỏe bệnh nhân. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện K theo quyết định số: 1400/BVK-HĐĐĐ.

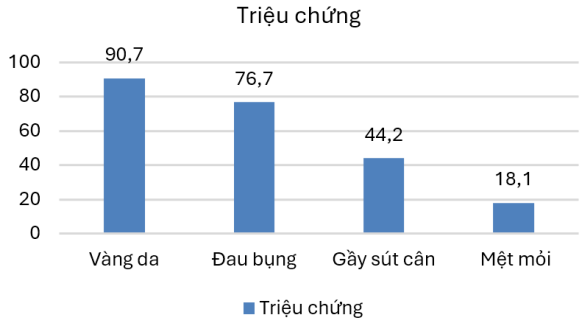
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=46)

Kết quả sinh thiết	Nhóm nghiên cứu				Tổng
	Ung thư Vater		Không ung thư		
Giới	Nam	Nữ	Nam	Nữ	
≤ 40 tuổi	1	0	0	0	1
%	2,2%	0%	0	0	
40-70 tuổi	18	14	1	0	33
%	41,7	32,5	2,2%	0	
> 70 tuổi	4	6	1	1	12
%	9.3	13,9	2,2%	2,2%	
Độ tuổi trung bình	62.91±9.33 Min:39- Max:82				

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân ung thư bóng Vater trong nhóm tuổi từ 40 đến 70 chiếm tỉ lệ 74,4%. Độ tuổi trung bình 62.91 ± 9.33. Nam giới chiếm đa số với tỉ lệ 1,15/1 so với nữ giới.



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân Ung thư bóng Vater

Nhận xét: Triệu chứng chính khiến bệnh nhân đến khám là vàng da (chiếm tỉ lệ 90,7%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh Nội soi siêu âm

Bảng 2. Đặc điểm nội soi siêu âm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Hình thái siêu âm	Ung thư bóng Vater		Không ung thư Vater	
	n	%	n	%
Tính chất âm của Ung thư Vater trên EUS				
Khối giảm âm	38	88,4%	0	0
Nốt giảm âm	5	11,6%	3	100 %
Ranh giới				
Rõ	6	13,9%	2	66,7%
Không rõ	37	86,1%	1	33,3%
Đặc điểm tổn thương ngoài u quan sát được trên EUS				
Đặc điểm	n		%	
Giãn đơn độc	14		9,1%	
Giãn kép	27		62,8%	
Xâm lấn tá tràng	25		58,1%	
Xâm lấn tụy	11		25,6%	
Xâm lấn mạch	02		4,6%	
Hạch ổ bụng	13		30,2%	
Giai đoạn của Ung thư bóng Vater đánh giá trên EUS			**N (%)**	
T1			06 (13,9%)	
T2			25 (58,1%)	
$T3_a$			07 (16,2%)	
$T3_b$			03 (7%)	
T4			02 (4,7%)	

Nhận xét: Đặc điểm của ung thư bóng Vater trên nội soi siêu âm phần lớn là các khối giảm âm với ranh giới không rõ. Hình ảnh tổn thương ngoài u hay gặp trên NSSA là giãn kép.

3.3. Kết quả sinh thiết bằng kim nhỏ qua Nội soi siêu âm

Bảng 3. Đặc điểm sinh thiết kim qua Nội soi siêu âm

Chỉ số	Đặc điểm	n	%
Số lần sinh thiết	1 lần	32	69,5%
	2 lần	14	31,5%
Đánh giá mảnh bệnh phẩm đại thể	MOSE dương tính	35	76,1%
	MOSE âm tính	11	23,9%
Số lần đưa kim ra vào tổn thương	Nhiều nhất	13 lần	
	Ít nhất	5 lần	
	Trung bình	6.72 ± 2.31	
Biến chứng sau can thiệp	Xuất huyết	01	2,17%
Đặc điểm mô bệnh học sau sinh thiết			
Ác tính	Ung thư biểu mô tuyến	32	69,6%
	Ít tế bào nghi ngờ	9	19,5%
	Loạn sản độ cao	1	2,2%
Không ung thư	Loạn sản độ thấp	4	8,7%

Nhận xét: Với việc kết hợp đánh giá MOSE trong can thiệp, phần lớn chỉ với 1 lần sinh thiết chúng tôi đã đánh giá đủ bệnh phẩm để chẩn đoán. Trung bình với mỗi tổn thương số lần ra vào kim trên tổn thương là 6.72 ± 2.3. Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số kết quả sau sinh thiết (tỉ lệ 69,6%)

Bảng 4. Mối liên quan giữa MOSE với kết quả sau sinh thiết

Đặc điểm	Nội soi siêu âm có sinh thiết		Tổng	p
	Chẩn đoán xác định	Không xác định		
MOSE dương tính	33	2	35	< 0,001
MOSE âm tính	4	7	11	
Tổng	37	9	46	

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán xác định ở nhóm MOSE dương tính cao hơn rõ rệt so với nhóm MOSE âm tính và có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.4. Giá trị của Nội soi siêu âm có sinh thiết trong chẩn đoán Ung thư bóng Vater

Bảng 5. Giá trị của NSSA có sinh thiết trong chẩn đoán ung thư bóng Vater

Can thiệp		Sau phẫu thuật		Tổng
		Ung thư bóng Vater	Không ung thư	
Nội soi siêu âm có sinh thiết	Ung thư	40	1	41
	Không ung thư	3	2	5
	Tổng	43	3	46

Nhận xét: Giá trị của NSSA có sinh thiết trong chẩn đoán lần lượt là: Độ nhạy: 93%, độ đặc hiệu: 66,7%, giá trị dự đoán dương tính: 97,6%, giá trị dự đoán âm tính: 40%, độ chẩn đoán chính xác: 91,3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong số 46 bệnh nhân đủ tiêu chí được đưa vào nghiên cứu, tỉ lệ nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới. Cụ thể trong nhóm chẩn đoán chính xác là ung thư có 23 bệnh nhân là nam giới (chiếm tỉ lệ 52,9%) và 20 nữ giới (47,1%), với tỷ lệ nam/nữ ≈ 1,15:1. Điều này phù hợp với nhận định chung trong các tài liệu y văn, khi nhiều nghiên cứu đều cho thấy bệnh lý này đa phần gặp ở nam giới nhiều hơn, có thể liên quan đến thói quen hút thuốc, uống rượu và tỷ lệ sỏi mật cao hơn.

Về phân bố nhóm tuổi, đa số bệnh nhân nằm trong nhóm 40–70 tuổi (chiếm tỉ lệ 74,2%), độ tuổi trung bình ở nhóm ung thư Vater là 62,9 ± 9,3 tuổi (dao động 39–82 tuổi). Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu của nhóm tác giả Ridtitid (2015) và Ogura (2012), khi ghi nhận tuổi trung bình mắc ung thư Vater dao động 60–65 tuổi, và tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi [4, 5].

Vàng da là triệu chứng thường gặp nhất (chiếm tỉ lệ 90,7%) khiến bệnh nhân phải đi khám bệnh và hầu hết bệnh nhân đều nhập viện vì vàng da tăng dần. Triệu chứng này phản ánh tình trạng chung khi phần lớn các bệnh nhân UTBV đến điều trị khi khối u đã ở giai đoạn tiến triển, bộc lộ một phần khó khăn chung trong vấn đề tầm soát và phát hiện các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ với bệnh lý này. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các nhóm tác giả trên thế giới, trong đó vàng da được ghi nhận gặp ở 85–90% số bệnh nhân mắc ung thư Vater [3-5].

4.2. Kết quả của Nội soi siêu âm có sinh thiết trong chẩn đoán Ung thư bóng Vater

Về hình ảnh NSSA, đa số UTBV trong nghiên cứu có biểu hiện là khối giảm âm, ranh giới không rõ, kèm giãn đường mật hoặc giãn kép. Đây là những dấu hiệu thường gặp đã được mô tả trong các bài tổng quan và nghiên cứu trước [3-6]. Quan trọng hơn, EUS cho phép xác định mức độ xâm lấn tụy, tá tràng và hạch vùng - những yếu tố rất có giá trị trong quyết định chiến lược điều trị [6].

Kết quả mô bệnh học sau sinh thiết qua NSSA trong nghiên cứu chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến với tỉ lệ 69,6%, phù hợp với đặc điểm bệnh học thường gặp của ung thư bóng Vater [1-3]. Tuy vậy, vẫn còn các trường hợp "ít tế bào nghi ngờ" hoặc loạn sản độ cao. Đây là vấn đề đã được nhấn mạnh trong nghiên cứu của nhóm tác giả DeFrain và cộng sự, khi các tổn thương vùng bóng Vater, đặc biệt có thành phần u tuyến – ung thư biểu mô tuyến xen kẽ, dễ tạo ra bẫy chẩn đoán mô học nếu lấy mẫu

không trúng vùng xâm nhập [7]. Chính vì lý do này, nếu kết quả âm tính hoặc nghi ngờ sau sinh thiết qua NSSA vẫn cần được hội chẩn kĩ càng và khi cần thiết có thể chỉ định lặp lại lấy mẫu hoặc cân nhắc phẫu thuật nếu vẫn nghi ngờ ác tính.

Với việc sử dụng kim sinh thiết kèm đánh giá mô bệnh học trực tiếp bằng phương pháp MOSE, tỷ lệ chẩn đoán xác định ở nhóm MOSE dương tính cao hơn rõ rệt so với nhóm MOSE âm tính với p < 0,001 (Fisher's exact test). Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi góp phần ủng hộ vai trò của MOSE như là một công cụ đánh giá tính đầy đủ của mẫu mô ngay tại thời điểm thủ thuật, đặc biệt hữu ích trong bối cảnh ROSE chưa được triển khai thường quy tại Việt Nam.

Số lần đưa kim ra vào tổn thương trung bình trong nghiên cứu là 6,72 lần cao hơn so với mặt bằng chung của các tác giả trên thế giới (khoảng 4,4 lần) [4-7]. Sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố: tổn thương vùng bóng Vater có vị trí giải phẫu khó tiếp cận và thường kèm mô đệm xơ, làm giảm hiệu suất thu mẫu mỗi lần chọc; đồng thời, kinh nghiệm còn hạn chế trong can thiệp cũng như việc nhận định mẫu mô đã đủ hay chưa cũng dẫn đến xu hướng chọc lặp lại nhiều lần hơn. Mặc dù vậy, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp tai biến hay biến chứng nặng nào xảy ra trước, trong và sau thủ thuật, cho thấy đây vẫn là một kỹ thuật tương đối an toàn, có thể triển khai tại các cơ sở còn chưa có nhiều kinh nghiệm với can thiệp này ở nước ta.

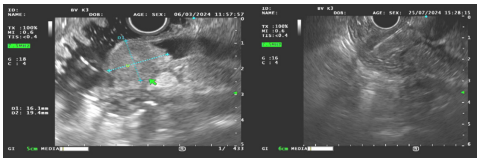
Trong nghiên cứu của chúng tôi, NSSA có sinh thiết đạt độ nhạy 93,0%, giá trị dự đoán dương tính 97,6% và độ chính xác 91,3%. Kết quả này tương đồng với y văn khi tác giả Ogura và Ridtitid ghi nhận độ nhạy 82-90% và độ đặc hiệu 100% [4-5]. Đồng thời các phân tích gộp của tác giả Trikudanathan (>500 bệnh nhân, AUC 0,93) và Ye (14 nghiên cứu, AUC 0,96; 95%CI 0,92-0,99) đều xác nhận hiệu năng chẩn đoán cao của kỹ thuật [6,10]. Độ đặc hiệu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn mặt bằng chung, chủ yếu do cỡ mẫu nhóm không ung thư quá nhỏ (n=3) gây sai số ước lượng lớn

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu chúng tôi mặc dù kết quả ban đầu tương đối khả quan tuy nhiên vẫn còn nhiều mặt hạn chế như đây là nghiên cứu hồi cứu, đơn trung tâm với cỡ mẫu còn nhỏ (46 bệnh nhân), số lượng bệnh nhân nhóm không ung thư còn ít với dữ liệu hạn chế dẫn đến việc giảm khả năng đánh giá toàn diện hiệu quả của phương pháp này trong chẩn đoán UTBV. Chúng tôi sẽ cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm để có thể xác định tính hiệu quả cũng như đặc hiệu của phương pháp này trong chẩn đoán ung thư bóng Vater.



A: Hình ảnh nội soi nhú Vater thể phồng



B *C*

B: Hình ảnh NSSA của ung thư bóng Vater giai đoạn T2

C: Sinh thiết qua NSSA chẩn đoán ung thư bóng Vater

5. KẾT LUẬN

Sinh thiết bằng kim nhỏ qua nội soi siêu âm là kỹ thuật tương đối an toàn với độ nhạy và giá trị dự đoán dương tính cao ở những bệnh nhân nghi ngờ ung thư bóng Vater nhưng giá trị loại trừ còn thấp. Chính vì vậy những trường hợp có kết quả âm tính hoặc nghi ngờ ác tính trên lâm sàng cần được sinh thiết lại hoặc đối chiếu với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nhằm khẳng định chẩn đoán trước khi lựa chọn các phương pháp điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Chiorean EG, Del Chiaro M, Tempero MA, et al. Ampullary Adenocarcinoma, Version 1.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2023;21(7):753-782. doi:10.6004/jnccn.2023.0034.

[2] Vanbiervliet G, Strijker M, Arvanitakis M, et al. Endoscopic management of ampullary tumors: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021;53(4):429-448. doi:10.1055/a-1397-3198.

[3] Stornello C, Cristofori C, Checchin D, de Palo MG, Grillo S, Peserico G, Quintini D, Gruppo M, De Simoni O, Fantin A. The Role of Endoscopic Ultrasound in Ampullary Lesion Management. Diagnostics. 2024; 14(17):1855. https://doi.org/10.3390/diagnostics14171855.

[4] Ridtitid, W. et al. Performance characteristics of EUS for locoregional evaluation of ampullary lesions. Gastrointest Endosc 81, 380–388 (2015). Https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.08.005.

[5] Ogura, T. et al. Can Endoscopic Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration Offer Clinical Benefit for Tumors of the Ampulla of Vater? -An Initial Study. Endosc Ultrasound 1, 84 (2012).Https://doi.org/10.7178/eus.02.006

[6] Trikudanathan G, Njei B, Attam R, Arain M, Shaukat A. Staging accuracy of ampullary tumors by endoscopic ultrasound: meta-analysis and systematic review. Dig Endosc. 2014;26(5):617-626. doi:10.1111/den.12234.

[7] DeFrain C, Chang CY, Srikureja W, Nguyen PT, Gu M. Cytologic features and diagnostic pitfalls of primary ampullary tumors by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy. Cancer. 2005;105(5):289-297. doi:10.1002/cncr.21306

[8] Nguyễn Trường Sơn (2017), Nghiên cứu giá trị siêu âm nội soi và chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

[9] Nguyễn, T. N., Phạm, D. D., Đỗ, H. H. & Nguyễn, D. H. Giá trị của chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi trong chẩn đoán tổn thương tụy tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam 538, (2024). doi:10.51298/vmj.v538i3.9560

[10] Ye, X., Wang, L. & Jin, Z. Diagnostic accuracy of endoscopic ultrasound and intraductal ultrasonography for assessment of ampullary tumors: a meta-analysis. Scand J Gastroenterol 57, 1158–1168 (2022). Doi:10.1080/00365521.2022.2067785