APPLICATION OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF PANCREATIC CANCER: INITIAL IMPLEMENTATION RESULTS AT 19-8 HOSPITAL

Doan Thi Phuong Thao*, Nguyen Viet Dung, Pham Van Duc

Department of Gastroenterology,
19-8 Hospital, Ministry of Public Security - No. 9 Tran Binh, Tu Liem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 17/07/2026
Revised: 21/08/2026; Accepted: 03/09/2026

ABSTRACT

Background: Pancreatic cancer is a highly lethal malignancy with a dismal prognosis, largely due to its insidious onset and difficulty in early detection [2]. Accurate diagnosis and precise staging play a decisive role in formulating therapeutic strategies, particularly given that surgical resection remains the only curative intent option [1]. This report aims to review current medical evidence on pancreatic cancer and present the preliminary results of implementing endoscopic ultrasound-guided fine-needle biopsy (EUS-FNB) at 19-8 Hospital.

Literature Review: The review synthesizes data on global epidemiology [2, 3], risk factors [1], screening strategies, and the roles of various imaging modalities. Endoscopic ultrasound (EUS) demonstrates superior accuracy with a sensitivity >90% in detecting small pancreatic lesions < 2cm and providing precise T/N staging [4, 5]. Crucially, EUS-FNB has shifted diagnostic practice from cytology to core histology and comprehensive genomic profiling, establishing the foundation for precision oncology [4, 6].

Preliminary Results: From April 2026 to June 2026, EUS-FNB was successfully performed on 3 patients presenting with solid pancreatic lesions suspicious for malignancy on CT/MRI. Histopathological examination confirmed adenocarcinoma in 02 cases and high-grade epithelial dysplasia in 01 case. Notably, 01 case involved a small pancreatic head tumor 19mm without major vascular invasion, enabling timely surgical referral for pancreaticoduodenectomy (Whipple procedure).

Conclusion: Current medical evidence confirms that EUS-FNB is a safe and highly accurate modality for diagnosing pancreatic cancer [4, 5]. The successful implementation of these initial clinical cases demonstrates technical feasibility at 19-8 Hospital, paving the way for its routine clinical adoption and further comprehensive studies with larger cohorts in the future.

*Corresponding author
Email: drdoanthao198@gmail.com **Phone**: (+84) 982562584 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6394

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT NỘI SOI SIÊU ÂM KẾT HỢP SINH THIẾT TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TỤY: KẾT QUẢ TRIỂN KHAI BƯỚC ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Đoàn Thị Phương Thảo*, Nguyễn Việt Dũng, Phạm Văn Đức

Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - Số 9 Trần Bình, P. Từ Liêm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 17/07/2026
Ngày sửa: 21/08/2026; Ngày đăng: 03/09/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tụy là bệnh lý ác tính có tiên lượng rất xấu do diễn tiến thầm lặng và khó phát hiện ở giai đoạn sớm, hiện nay phẫu thuật cắt bỏ vẫn là phương pháp duy nhất mang lại cơ hội chưa khỏi cho người bệnh [2]. Việc chẩn đoán xác định và phân chia giai đoạn chính xác đóng vai trò quyết định trong chiến lược điều trị [1]. Bài báo cáo này nhằm tổng quan các bằng chứng y học hiện hành về ung thư tụy và đánh giá kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật nội soi siêu âm kết hợp sinh thiết hay còn gọi là kỹ thuật EUS-FNB (Endoscopic Ultrasound- guided Fine Needle Biopsy) tại Bệnh viện 19-8.

Nội dung tổng quan: Báo cáo tổng quan các dữ liệu dịch tễ học [2, 3], yếu tố nguy cơ [1], chiến lược sàng lọc và vai trò của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Trong đó, nội soi siêu âm (EUS) khẳng định ưu thế vượt trội với độ nhạy >90% trong phát hiện u nhỏ <2cm và phân độ giai đoạn T/N chính xác [4, 5]. Đặc biệt, sự phát triển của kỹ thuật sinh thiết u tụy bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn nội soi siêu âm EUS-FNB (Fine Needle Biopsy) đã chuyển dịch chẩn đoán từ tế bào học sang mô bệnh học và phân tích di truyền toàn diện, tạo tiền đề cho y học cá thể hóa [4, 6].

Kết quả bước đầu: Từ tháng 04/2026 đến tháng 06/2026, chúng tôi đã thực hiện thành công kỹ thuật EUS-FNB cho 3 ca lâm sàng có tổn thương đặc tại tụy nghi ngờ ung thư trên CT/MRI. Kết quả mô bệnh học xác định 02 ca ung thư biểu mô tuyến và 01 ca loạn sản biểu mô tuyến độ cao. Đặc biệt, trong đó có 01 ca phát hiện khối u vùng đầu tụy kích thước nhỏ 19 mm, chưa xâm lấn mạch máu lớn và đã được chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy kịp thời.

Kết luận: Các bằng chứng y học hiện hành đã cho thấy EUS-FNB là phương pháp có độ chính xác và tính an toàn cao trong chẩn đoán ung thư tụy [4, 5]. Việc triển khai thành công những ca lâm sàng đầu tiên tại Bệnh viện 19-8 bước đầu chứng minh tính khả thi về mặt kỹ thuật, làm tiền đề để chúng tôi tiếp tục áp dụng thường quy và mở rộng các nghiên cứu đánh giá toàn diện hơn trong thời gian tới.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy đứng trong nhóm những loại ung thư nguy hiểm nhất và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ 4 ở cả nam và nữ (chỉ sau ung thư phổi, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vú, và ung thư đại trực tràng. Về tỷ lệ sống sót sau 5 năm, theo báo cáo của tác giả Siegel và cộng sự năm 2025 đã mang lại một tín hiệu lạc quan nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh (như EUS, CT) và các phác đồ hóa trị tân bổ trợ, tuy nhiên con số nhìn chung vẫn rất thấp 13% [2].

Ung thư biểu mô tuyến ống tụy (PDAC- Pancreatic Ductal Adenocarcinoma) chiếm đa số với tỷ lệ khoảng 85% [1]. Có thể khẳng định, ung thư tụy, đặc biệt là PDAC, là một trong những bệnh lý ác tính mang tính thách thức lớn nhất đối với ngành ung bướu học toàn cầu. Do tuyến tụy nằm sâu trong khoang phúc mạc, các triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn sớm thường rất mơ hồ và không điển hình. Hệ quả là có tới hơn 80% trường hợp bệnh bị bỏ sót và chỉ được phát hiện khi đã tiến triển đến giai đoạn lan rộng tại chỗ hoặc di căn xa [1].

Sự ra đời và phát triển của kỹ thuật Nội soi siêu âm (EUS) cùng sự phát triển của kỹ thuật sinh thiết bằng kim nhỏ (EUS- FNB) đã tạo nên một bước ngoặt cách mạng, giúp nâng cao đáng kể tỷ lệ phát hiện u ở giai đoạn sớm, đồng thời cung cấp bằng chứng mô bệnh học chất lượng cao phục vụ cho việc lập phác đồ điều trị [4, 5]. Bài tổng quan này tập trung phân tích toàn diện từ bức tranh dịch tễ học, các yếu tố nguy cơ cho đến vai trò của EUS trong quản lý ung thư tụy hiện nay.

Về mặt mô bệnh học, PDAC thể xâm lấn bắt nguồn từ các tổn thương tiền ung thư tiền thân được gọi là Tân sinh nội biểu mô tụy (Pancreatic Intraepithelial Neoplasia - PanIN), hình thành do sự dị sản và tăng sinh của biểu mô tuyến ống [1]. Các tổn thương này tích lũy dần các đột biến và biến đổi di truyền để tiến triển sang các mức độ loạn sản cao hơn, cuối cùng dẫn đến PDAC thể xâm lấn. Trong đó, PanIN-1 và PanIN-2 được phân loại là loạn sản độ thấp, còn PanIN-3 được coi là tổn thương loạn sản độ cao với tiềm năng ác tính cao [1]. Phần lớn các PanIN phát triển trong các ống tuyến nội tiểu thùy, gây ra tình trạng teo tuyến nang trung tâm tiểu thùy, làm tắc nghẽn các ống dẫn nhỏ và kích hoạt phản ứng viêm cục bộ tại mô tụy xung quanh [1].

Khi PDAC hình thành và tiến triển, biểu hiện lâm sàng ban đầu sẽ có sự khác biệt lớn tùy thuộc vào vị trí của khối u [1]. Khoảng 60% đến 70% khối u xuất hiện tại vùng đầu tụy thường biểu hiện sớm bằng các dấu hiệu tắc mật và

*Tác giả liên hệ
Email: drdoanthao198@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 982562584 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6394

suy tuyến tụy ngoại tiết. Ngược lại, các khối u nằm ở vùng thân và đuôi tụy (chiếm khoảng 20% – 25% các trường hợp) lại chỉ gây ra các triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu và điển hình là chỉ được phát hiện ở giai đoạn muộn.

Trong quy trình chẩn đoán hiện nay, chụp cắt lớp vi tính (CT-scanner) được xem là phương pháp tiêu chuẩn để đánh giá ban đầu khi nghi ngờ có u tụy và hỗ trợ phân chia giai đoạn bệnh [1]. Mặc dù đây là một công cụ chẩn đoán hình ảnh đầy đủ cho hầu hết các trường hợp, nhưng độ nhạy của nó lại giảm sút rõ rệt đối với các tổn thương có kích thước nhỏ dưới 2 cm, khiến CT trở thành một công cụ sàng lọc kém hiệu quả ở giai đoạn sớm [4]. Để khắc phục nhược điểm này, Nội soi siêu âm (EUS) cho phép tiếp cận và quan sát trực tiếp khối u ở cự ly gần, đồng thời kết hợp lấy mẫu mô thông qua kỹ thuật FNA hoặc FNB để đưa ra chẩn đoán xác định về mặt mô bệnh học [4, 5]. Bên cạnh đó, EUS còn hỗ trợ đánh giá chính xác giai đoạn T (mức độ xâm lấn tại chỗ) và giai đoạn N (di căn hạch vùng) của tổn thương, từ đó đóng vai trò quyết định giúp các nhà lâm sàng lựa chọn giữa phẫu thuật cắt bỏ ngay từ đầu hay tiếp cận theo hướng điều trị tân bổ trợ tối ưu cho bệnh nhân ung thư tụy [1].

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Nguy cơ ung thư tụy gia tăng do sự tác động của một số yếu tố môi trường (các yếu tố có thể thay đổi được) kết hợp cùng các yếu tố di truyền không thể thay đổi khác [1]. Trong số các yếu tố có thể chủ động thay đổi, thói quen hút thuốc lá có mối liên hệ mạnh mẽ nhất. Người hút thuốc lá có nguy cơ mắc ung thư tụy cao gấp 1,5 lần so với người không hút thuốc, và nguy cơ này tăng lên tỷ lệ thuận với số lượng thuốc sử dụng hàng ngày [1]. Đối với việc tiêu thụ rượu bia, tác nhân này chỉ làm tăng nhẹ nguy cơ mắc bệnh và thường giới hạn ở những đối tượng ng-hiện rượu nặng [1]. Ngoài ra, chỉ số khối cơ thể (BMI) tăng cao (thừa cân, béo phì), lối sống ít vận động và tình trạng suy giảm dung nạp đường huyết lúc đói cũng được chứng minh là có liên quan trực tiếp đến việc gia tăng nguy cơ ung thư tụy [1].

Mối liên hệ tương quan giữa bệnh đái tháo đường và ung thư tụy hiện đã được nghiên cứu kỹ lưỡng [1]. Hầu hết các bằng chứng lâm sàng đều chỉ ra rằng tình trạng tăng đường huyết và kháng insulin thường xuất hiện trước thời điểm chẩn đoán ung thư tụy [1]. Một nghiên cứu hồi cứu đã gợi ý rằng việc tiến hành chụp cắt lớp vi tính (CT-scanner) sàng lọc tại thời điểm khởi phát bệnh đái tháo đường có thể giúp phát hiện sớm ung thư tụy khi khối u còn khả năng phẫu thuật triệt căn [1]. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng, chỉ có một số ít bệnh nhân đái tháo đường từ 50 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc ung thư tụy kèm theo [1].

Viêm tụy mạn tính là một yếu tố nguy cơ kinh điển đã được xác định của ung thư tụy, tuy nhiên tỷ lệ tiến triển thành ác tính tương đối thấp khi có ít hơn 5% bệnh nhân viêm tụy mạn tính phát triển thành ung thư tụy [1]. Bên cạnh đó, các nang tụy thể tân sinh cũng mang nguy cơ ác tính rất cao [1]. Loại tổn thương dạng nang phổ biến nhất là u tân sinh nhầy nhú nội ống (IPMN) [1]. IPMN có thể phát sinh từ ống tụy chính hoặc từ các nhánh ống tụy [1]. Phẫu thuật thường được khuyến cáo chuẩn hóa cho những bệnh nhân có các đặc điểm nguy cơ cao (như vàng da tắc mật, nốt thành vách ngấm thuốc > 5 mm) vì các tổn thương này mang nguy cơ tiến triển ác tính lên tới 62% [1]. Các u tân sinh dạng nang tụy khác được gọi là u nang nhầy (MCN) có nguy cơ ác tính thấp hơn, chiếm tỷ lệ < 15% [1].

Ung thư tụy di truyền bao gồm nhóm bệnh nhân mắc các hội chứng di truyền với đột biến gen dòng mầm đã được xác định, hoặc có yếu tố ung thư tụy gia đình (được định nghĩa là gia đình có ít nhất hai người thân thế hệ thứ nhất bị bệnh mà không ghi nhận các hội chứng tiền đề di truyền đã biết trước đó) [1]. Yếu tố di truyền này chỉ chiếm khoảng 5% - 10% tổng số bệnh nhân ung thư tụy [1]. Bảng 1 dưới đây tóm tắt các hội chứng di truyền tiền đề và nguy cơ tương đối mắc ung thư tụy kèm theo [1].

*** Các hội chứng di truyền có liên quan đến ung thư tụy [1]:**

- Hội chứng Peutz-Jeghers (Đột biến gen STK11)
- Hội chứng Lynch (Đột biến các gen MLH1, MSH2, MSH6)
- Hội chứng HBOC - Ung thư vú và buồng trứng di truyền (Đột biến gen BRCA1)
- Hội chứng HBOC - Ung thư vú và buồng trứng di truyền (Đột biến gen BRCA2)
- Hội chứng HBOC - Ung thư vú và buồng trứng di truyền (Đột biến gen PALB2)
- Hội chứng FAMMM - Hội chứng nốt ruồi hắc tố không điển hình gia đình (Đột biến gen CDKN2A)
- Hội chứng giãn mạch thất điều (Đột biến gen ATM)
- Hội chứng Li-Fraumeni (Đột biến gen TP53)
- Viêm tụy di truyền (Đột biến gen PRSS1, SPINK1)

3. CHIẾN LƯỢC SÀNG LỌC NHÓM NGUY CƠ CAO

Do tỷ lệ lưu hành tổng thể thấp, các hướng dẫn hiện hành thống nhất không khuyến cáo sàng lọc đại trà ung thư tụy trong quần thể chung [1]. Tuy nhiên, đối với nhóm quần thể nguy cơ cao (đột biến gen di truyền hoặc tiền sử gia đình mạnh), việc sàng lọc chủ động mang ý nghĩa quan trọng [1]. Theo Đồng thuận Quốc tế (CAPS 2019), mục tiêu của sàng lọc là phát hiện sớm các tổn thương loạn sản độ cao (PanIN-3) và khối u ở giai đoạn sớm T1N0M0 [1].

Các phương tiện được lựa chọn ưu tiên phối hợp ở thời điểm ban đầu bao gồm cộng hưởng từ (MRI/MRCP) và Nội soi siêu âm (EUS) [1]. Hai phương pháp này mang tính chất bổ trợ chặt chẽ và không thể thay thế cho nhau: EUS sở hữu độ nhạy vượt trội trong việc phát hiện sớm các tổn thương dạng đặc kích thước nhỏ, trong khi MRI/MRCP tối ưu hơn đối với các tổn thương dạng nang [1]. Khoảng thời gian sàng lọc định kỳ được khuyến cáo là 12 tháng, nhưng có thể rút ngắn xuống 3 hoặc 6 tháng nếu phát hiện các bất thường nằm trong vùng ranh giới cần theo dõi sát [1].

4. VAI TRÒ CỦA NỘI SOI SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH UNG THƯ TỤY

Trong khi cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ (MRI) là các phương tiện tiếp cận ban đầu, EUS lại có ưu thế tuyệt đối khi áp sát đầu dò siêu âm tần số cao qua thành dạ dày - tá tràng để quan sát nhu mô tụy [1].

4.1. Nhận diện các tổn thương nhỏ (Dưới 2 cm)

Đối với các khối u đặc kích thước dưới 2 cm (giai đoạn T1), độ nhạy của CT và MRI giảm xuống rõ rệt, chỉ còn khoảng 53-67%. Ngược lại, EUS duy trì độ nhạy vượt trội từ 90% đến 95% . Khả năng phát hiện các khối u giai đoạn T1a (< 1 cm) của EUS mở ra cơ hội vàng cho phẫu thuật triệt căn, cải thiện đáng kể tiên lượng sống của bệnh nhân . EUS cũng đánh giá tốt tình trạng giãn/đứt đoạn ống tụy chính, hoặc teo nhu mô khu trú -những dấu hiệu chỉ điểm sớm của PDAC [1][4].

4.2. Đánh giá giai đoạn và sự xâm lấn mạch máu

EUS cho phép đánh giá chi tiết ranh giới khối u với các cấu trúc mạch máu lớn lân cận bao gồm động mạch mạc treo tràng trên (SMA), tĩnh mạch cửa (PV) và tĩnh mạch mạc treo tràng trên (SMV) [1]. Theo tiêu chuẩn cập nhật, độ chính xác của EUS trong việc phân loại khả năng phẫu thuật (u có thể cắt bỏ, u ranh giới, hay u không thể cắt bỏ) đạt mức tương đương hoặc cao hơn so với chụp CT mạch máu chuyên biệt [1].

4.3. Đánh giá sự di căn hạch

EUS cho phép khảo sát toàn bộ các trạm hạch vùng (quanh tụy, thân tạng, tá tràng). Qua hình ảnh EUS, bác sĩ có thể đánh giá tính chất hạch ác tính (tròn, giảm âm, ranh giới rõ, mất rốn hạch) và chủ động sinh thiết hạch làm giải phẫu bệnh xác định có di căn hạch hay không.

4.4. Các công nghệ bổ trợ tiên tiến

Siêu âm tương phản (CE-EUS): Sử dụng các chất tương phản thế hệ mới (như Sonazoid) để đánh giá vi mạch u, giúp phân biệt rõ vùng ung thư nghèo mạch máu với các tổn thương viêm tụy giả u giàu mạch máu [4].

Siêu âm đàn hồi mô (EUS-Elastography): Giúp đo lường độ cứng của mô u, định hướng chính xác vị trí nghi ngờ ác tính cao nhất để tiến hành can thiệp [4].

5. VAI TRÒ CỦA NỘI SOI SIÊU ÂM KẾT HỢP SINH THIẾT KIM NHỎ EUS-FNB

5.1. Cuộc cách mạng chuyển dịch từ FNA sang FNB

Sự dịch chuyển từ chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (EUS-FNA) sang sinh thiết lõi (EUS-FNB) là một bước tiến quan trọng trong chẩn đoán ung thư tụy [4, 5]. Về mặt bản chất bệnh phẩm, nếu như kim FNA (Fine- Needle Aspiration) truyền thống chỉ thu được các tế bào rời rạc dễ bị loãng máu, thì kim FNB thế hệ mới cho phép lấy được các dải lõi mô đặc với cấu trúc mô học hoàn chỉnh [4, 6]. Nhờ ưu thế này, trong điều kiện thực hành lâm sàng không có hệ thống đánh giá tế bào tức thì tại chỗ (ROSE), EUS-FNB đạt độ chính xác chẩn đoán vượt trội (trên 90%) so với EUS-FNA (khoảng 80–85%), giúp hạn chế tối đa tỷ lệ âm tính giả [4]. Hiệu suất của kỹ thuật FNB cũng cao hơn khi chỉ cần thực hiện ít lần chọc kim hơn (từ 2 đến 3 lần) so với FNA (từ 3 đến 4 lần) để đạt được kết quả chẩn đoán [1, 4], từ đó giảm thiểu tối đa nguy cơ chấn thương cơ học cho nhu mô tụy. Mặc dù có khả năng cắt và lấy mảnh mô mạnh mẽ hơn, EUS-FNB được chứng minh có độ an toàn rất cao với tỷ lệ biến chứng thấp dưới 2%, hoàn toàn tương đương với FNA [4]. Đặc biệt, đối với định hướng y học chính xác, EUS-FNB là một công cụ mang tính quyết định nhờ cung cấp đủ lượng DNA/RNA chất lượng cao, nâng tỷ lệ thực hiện thành công xét nghiệm giải trình tự gen thế hệ mới (NGS) lên tới 85–95% (so với mức 40–60% của FNA), đáp ứng hoàn hảo cho các liệu pháp điều trị trúng đích và miễn dịch [5, 6].

Hướng dẫn lâm sàng mới nhất của Hiệp hội Tụy Nhật Bản (JPS) và Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ (ASGE) đưa ra khuyến nghị mức độ mạnh mẽ ưu tiên sử dụng kim sinh thiết (EUS-FNB) thay vì kim chọc hút tế bào (EUS-FNA) thông thường đồng thời khẳng định chẩn đoán hình ảnh đơn thuần là chưa đủ cho các chiến lược điều trị hiện đại. Việc lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh qua EUS là bắt buộc trước khi tiến hành hóa trị/xạ trị tân bổ trợ hoặc điều trị giai đoạn muộn [1,4]

5.2. Về kích cỡ kim

Kim 22G: Là loại kim được khuyến cáo sử dụng phổ biến nhất cho các khối u đặc ở tụy. Nó cân bằng hoàn hảo giữa độ linh hoạt (dễ đi kim qua các góc gập của máy nội soi ở tá tràng) và khả năng lấy được lõi mô đủ lớn [1].

Kim 25G: Thường được ưu tiên cho các khối u nằm ở vùng đầu hoặc mỏm móc của tụy. Ở vị trí này, dây soi phải định hình ở tư thế uốn cong ngặt nghèo trong tá tràng, kim 25G nhỏ hơn và linh hoạt hơn sẽ giúp bác sĩ dễ thao tác và giảm nguy cơ hỏng kênh máy soi [1].

Kim 19G: Rất ít khi dùng cho u đặc tuyến tụy vì kim quá cứng, khó chọc ở tư thế cong và tăng nguy cơ biến chứng, chủ yếu chỉ dùng khi u ở thân/đuôi tụy và cần lượng mô cực lớn [1].

5.4. Về thiết kế đầu kim

Hướng dẫn ghi nhận các thiết kế kim FNB thế hệ mới như đầu kim cắt vát dạng vương miện (Fransen tip) hoặc dạng nĩa (Forktip) mang lại chất lượng lõi mô vượt trội hơn rõ rệt so với các dòng kim cắt bên (side-bevel) đời cũ [1][5]

5.5. Số lần chọc kim

Đối với mục đích chẩn đoán mô bệnh học thông thường (Histopathology): JPS khuyến cáo thực hiện từ 2 đến 3 lần chọc bằng kim FNB để đảm bảo tỷ lệ chẩn đoán chính xác cao nhất [1].

Đối với mục đích làm xét nghiệm gen thế hệ mới (NGS): Nếu mục tiêu là lấy đủ mô làm giải trình tự gen để điều trị trúng đích, hướng dẫn nhấn mạnh cần từ 3 đến 4 lần chọc với chất lượng lõi mô tốt (nhìn thấy được các mảnh mô màu trắng/vàng dài tối thiểu 4-5 mm bằng mắt thường sau khi đẩy ra khỏi kim) [1].

5.6. An toàn và giảm thiểu rủi ro gieo rắc tế bào

Khác với sinh thiết qua thành bụng dưới hướng dẫn của CT (có nguy cơ gieo rắc tế bào ung thư vào phúc mạc), đường kim EUS đi trực tiếp qua thành dạ dày/tá tràng [5]. Vùng tổn thương và đường đi của kim nằm trọn trong khối đại thể sẽ được cắt bỏ hoàn toàn nếu bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật (như phẫu thuật Whipple), triệt tiêu hoàn toàn nguy cơ rơi vãi tế bào ung thư [5].

Nghiên cứu đa trung tâm trên toàn nước Nhật (khảo sát trên 12.109 bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ u tụy có tiền sử làm EUS) ghi nhận tỷ lệ gieo rắc tế bào tổng thể là 0,33%. Hội Ung thư Tụy Nhật Bản khẳng định đây là tỷ lệ rất thấp và hoàn toàn an toàn để thực hiện thường quy trước mổ [1].

Theo hướng dẫn của ASGE (Hiệp hội Nội soi tiêu hóa Hoa Kỳ), tỷ lệ gieo rắc tế bào ung thư của EUS-TA là cực kỳ thấp 0,003%-0,3% và an toàn hơn rõ rệt so với sinh thiết xuyên thành bụng dưới hướng dẫn của CT (nguy cơ gieo rắc từ 2 - 4%) [5].

6. KẾT QUẢ BAN ĐẦU TRIỂN KHAI KỸ THUẬT EUS-FNB TẠI BỆNH VIỆN 19-8

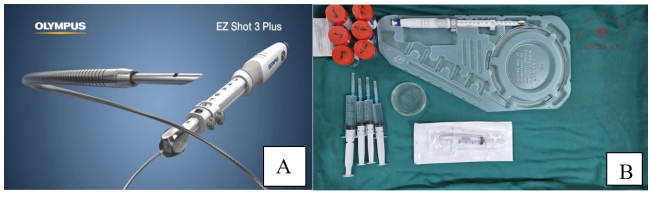
Bệnh viện 19-8 đã bắt đầu triển khai thực hiện kỹ thuật nội soi siêu âm kết hợp sinh thiết EUS-FNB chẩn đoán ung thư tụy từ tháng 4/2026. Trong thời gian 2 tháng (từ tháng 4/2026 đến tháng 6/2026) với thành công bước đầu ở cả 3 ca và không ghi nhận biến chứng nào.

Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước thủ thuật, các bệnh nhân nhập viện với các triệu chứng lâm sàng nghi ngờ tổn thương vùng tụy như đau bụng thượng vị, vàng da, sụt cân, kết hợp với sự gia tăng của các dấu ấn chỉ điểm ung thư CA 19-9 và hình ảnh khối u đặc trên cắt lớp vi tính (CT)/cộng hưởng từ (MRI).

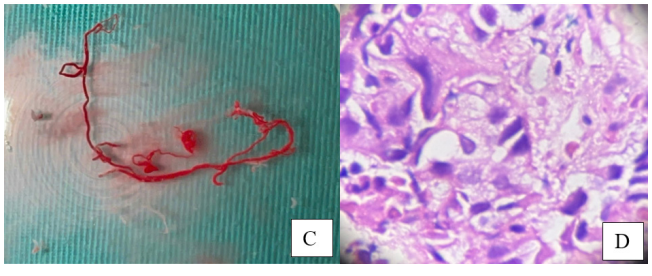
Về mặt kỹ thuật, tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện can thiệp bằng kim sinh thiết lõi thế hệ mới EZ Shot 3 Plus, cỡ kim 22G (Hãng Olympus- Nhật Bản). Kỹ thuật tiến hành bao gồm việc thực hiện từ 2 đến 3 lần chọc kim cho mỗi khối u, phối hợp linh hoạt kỹ thuật đâm kim hình nan quạt (Fanning technique) và duy trì lực hút áp lực âm bằng xi-lanh 10 mL để tối ưu hóa chất lượng lõi mô thu được.

Đáng chú ý, trong số các ca lâm sàng, có 01 trường hợp phát hiện khối u tụy kích thước nhỏ dưới 20 mm. Trên hình ảnh EUS độ phân giải cao, khối u này được đánh giá chưa xâm lấn vào các mạch máu lớn xung quanh, bao gồm hệ tĩnh mạch cửa, động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Kết quả giải phẫu bệnh từ mẫu sinh thiết FNB trước phẫu thuật ghi nhận tổn thương loạn sản biểu mô tuyến độ cao; sau khi tiến hành phẫu thuật, kết quả mô bệnh học bệnh phẩm sau mổ xác định là ung thư biểu mô tuyến typ mật- tụy, biệt hóa vừa. Ngoài ra, có 01 trường hợp bệnh nhân được chỉ định thực hiện sinh thiết lần 2 do lần đầu lượng lõi mô chưa đủ và kết quả chẩn đoán mô bệnh học lần 2 xác định ung thư biểu mô tuyến tụy. Việc

có được chẩn đoán xác định bản chất mô bệnh học kịp thời từ kỹ thuật EUS-FNB đã đóng vai trò quyết định, làm cơ sở vững chắc để thiết lập các phác đồ hóa trị tân bổ trợ tiếp theo cho bệnh nhân.



A: Kim sinh thiết cỡ 22G của Olympus
B: Dụng cụ chuẩn bị cho thủ thuật



C: Bệnh phẩm thu được lõi mô tốt
D: Kết quả giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến tụy

7. BÀN LUẬN

7.1. Bước đầu ghi nhận vai trò của EUS trong tiếp cận ung thư tụy giai đoạn sớm

Ung thư tụy là bệnh lý có tiên lượng rất xấu với tỷ lệ sống sót sau 5 năm chung chỉ đạt khoảng 13% [3]. Việc phát hiện u ở kích thước dưới 2 cm mang ý nghĩa quan trọng đối với cơ hội phẫu thuật triệt căn của bệnh nhân [1]. Theo các tổng quan y văn, đối với các tổn thương nhỏ dưới 2 cm, các phương tiện hình ảnh như CT và MRI có thể gặp hạn chế với độ nhạy lần lượt là 53–65% và 67–76%, trong khi EUS được báo cáo có độ nhạy cao hơn (trên 90%) [1].

Trong chuỗi 03 ca lâm sàng ban đầu tại Bệnh viện 19-8, kỹ thuật EUS đã giúp xác định 01 trường hợp khối u đầu tụy kích thước 19 mm và đánh giá sơ bộ tổn thương chưa xâm lấn vào các mạch máu lớn xung quanh (hệ tĩnh mạch cửa, động - tĩnh mạch mạc treo tràng trên). Mặc dù đây là ghi nhận trên một trường hợp đơn lẻ và chưa đủ để kết luận về độ nhạy hay giá trị phân giai đoạn chung của EUS tại cơ sở, kết quả bước đầu này phù hợp với mô tả của các tác giả quốc tế về khả năng hiển thị tổn thương nhỏ của EUS, hỗ trợ hội đồng duyệt chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy cho bệnh nhân [1, 2].

7.2. Kinh nghiệm áp dụng kỹ thuật EUS-FNB tại Bệnh viện 19-8

Hướng dẫn của Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ (ASGE) năm 2024 khuyến cáo ưu tiên sử dụng kim sinh thiết lõi (FNB) so với kim chọc hút tế bào (FNA) nhờ khả năng thu thập cấu trúc mô học nguyên vẹn, đặc biệt trong điều kiện không có hệ thống đánh giá tế bào tức thì tại chỗ (ROSE) [4, 6].

Áp dụng quy trình này, chúng tôi bước đầu sử dụng dòng kim EZ Shot 3 Plus (22G) của Olympus kết hợp kỹ thuật di kim hình nan quạt (Fanning) và áp lực âm 10 mL. Trong 03 ca thực hiện, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật này cho phép thu thập được mẫu mô đáp ứng yêu cầu làm giải phẫu bệnh (bao gồm 01 trường hợp cần thực hiện sinh thiết lại lần 2 mới đạt tiêu chuẩn đại thể). Số lần chọc kim dao động từ 2 đến 3 lần/khối u. Kết quả quan sát thực tế này tương đồng với các khuyến cáo kỹ thuật của JPS và ASGE [1, 4]. Tuy nhiên, do số lượng ca còn khiêm tốn, chúng tôi chưa thể đưa ra so sánh đối chứng trực tiếp về độ chính xác chẩn đoán giữa FNA và FNB tại cơ sở mình.

7.3. Ý nghĩa lâm sàng và độ an toàn bước đầu

Về mặt chẩn đoán, mẫu mô thu được từ EUS-FNB trên 03 bệnh nhân đã giúp xác định bản chất tổn thương. Sự có mặt của chẩn đoán mô bệnh học là cơ sở lâm sàng quan trọng để hội chẩn và thiết lập phác đồ điều trị tiếp theo (bao gồm hóa trị tân bổ trợ) [5]. Theo một số báo cáo trên thế giới, mẫu mô FNB chất lượng cao còn có thể mở ra khả năng làm xét nghiệm giải trình tự gen (NGS) phục vụ điều trị trúng đích [6]; đây là triển vọng y học chính xác cần tiếp tục kiểm chứng khi mở rộng quy mô nghiên cứu tại bệnh viện.

Về độ an toàn, trong phạm vi 03 ca theo dõi, chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng cấp tính sau thủ thuật. Mặc dù kết quả này phù hợp với các dữ liệu quốc tế về tỷ lệ tai biến thấp của FNB (dưới 1–2%) [4], nhóm nghiên cứu nhận thức rõ tỷ lệ 0% biến chứng trên n=3 chỉ mang tính chất ghi nhận kinh nghiệm ban đầu.

8. KẾT LUẬN

Bước đầu triển khai kỹ thuật EUS-FNB trên 03 bệnh nhân nghi ngờ ung thư tụy tại Bệnh viện 19-8 ghi nhận khả năng thu thập thành công mẫu mô đáp ứng yêu cầu chẩn đoán mô bệnh học, giúp xác định 02 trường hợp ung thư biểu mô tuyến và 01 trường hợp loạn sản biểu mô tuyến độ cao (sau mổ là ung thư biểu mô tuyến typ mật-tụy). Trong phạm vi 03 ca theo dõi ban đầu, kỹ thuật được thực hiện thuận lợi và chưa ghi nhận biến chứng cấp tính sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Japan Pancreas Society. Clinical Practice Guidelines for Pancreatic Cancer 2022. Kanehara & Co., Ltd.; 2023.

[2] Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(1):12-49. doi:10.3322/caac.21820

[3] International Agency for Research on Cancer (IARC). World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. World Health Organization; 2020.

[4] Japan Gastroenterological Endoscopy Society (JGES). Guidelines for endoscopic ultrasound-guided tissue acquisition for pancreatic solid lesions. Digestive Endoscopy. 2025;37(2):115-130. doi:10.1111/den.XXXXX

[5] ASGE Standards of Practice Committee, Eloubeidi MA, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the diagnosis and management of solid pancreatic masses. Gastrointestinal Endoscopy. 2024;100(5):715-731. doi:10.1016/j.gie.2024.XX.XXX

[6] Kim JH, Chae HS. Endoscopic ultrasound-guided tissue acquisition as a gateway to precision oncology in pancreatic cancer: Current evidence and evolving clinical utility. Clinical Endoscopy. 2026;59(1):42-51. doi:10.5946/ce.2025.XXX