

Nghiên cứu hiệu quả cắt polyp đại tràng nhỏ hơn hoặc bằng 10 mm bằng phương pháp thông lọng lạnh

Hồ Thị Bích Thủy¹, Trần Văn Huy^{2*}, Nguyễn Đức Thông³

(1) Bệnh viện Tâm Anh, thành phố Hồ Chí Minh

(2) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(3) Bệnh viện Nguyễn Trãi, thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Cắt polyp đại tràng qua nội soi là phương pháp hiệu quả nhất phòng ngừa ung thư đại tràng. Cắt polyp đại tràng bằng dao điện: kinh điển, hiệu quả, nhưng có thể có các biến chứng chảy máu, thủng sớm hoặc muộn và sót polyp. Để hạn chế những biến chứng này, trên thế giới có nhiều nghiên cứu đề xuất cắt polyp không cuống có kích thước < 10 mm bằng thông lọng lạnh (không dùng điện khi cắt). **Mục tiêu:** Đánh giá tỷ lệ thành công của cắt polyp đại tràng ≤ 10 mm bằng phương pháp thông lọng lạnh qua nội soi. Khảo sát các biến chứng của kỹ thuật này và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu so sánh trên 96 bệnh nhân nội soi đại tràng có polyp kích thước ≤ 10 mm, chia ngẫu nhiên thành hai nhóm được cắt polyp qua nội soi bằng thông lọng lạnh (CSP) và thông lọng nóng (HSP). **Kết quả:** Cắt polyp hoàn toàn gặp (94,5%), kết quả cắt polyp hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm CSP (95,8% so với HSP 93,8%) ($p > 0,05$); cụ thể, tỷ lệ cắt hoàn toàn polyp có kích thước < 5 mm, 5 - 8 mm và 9 - 10 mm lần lượt là 100%; 95,9 và 83,3% ($p > 0,05$). Biến chứng chảy máu sớm gặp 3,1% (4,2% nhóm CSP so với 2,1% nhóm HSP), 1 trường hợp chảy máu muộn ở nhóm HSP (2,1%). **Kết luận:** CSP hoặc HSP có thể được sử dụng an toàn như một trong những kỹ thuật tiêu chuẩn để cắt bỏ polyp đại trực tràng 4 - 10 mm.

Từ khóa: cắt polyp bằng thông lọng lạnh, cắt polyp thông lọng nóng, nội soi đại tràng, cắt hoàn toàn.

Efficacy of cold snare polypectomy techniques for small polyp (≤ 10 mm) in the colorectum

Ho Thi Bich Thuy¹, Tran Van Huy^{2*}, Nguyen Duc Thong³

(1) Tam Anh Hospital, Ho Chi Minh city

(2) Dept. of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(3) Nguyen Trai Hospital, Ho Chi Minh city

Abstract

Background: Colonoscopic polypectomy is the best important intervention for the prevention of colorectal cancer progression. The hot polypectomy with electrocautery is a standard technique, effective. However, this technique has been associated with an increased risk of electrocautery-related complications, including bleeding or perforation and incomplete resection. To reduce these complications, Cold snare polypectomy: a mechanical method that uses a snare without electrical current, which has proven to be simple and safe without the potential risks involved in electrically induced heat. Cold snare polypectomy (CSP): a mechanical method that uses a snare without electrical current, which has proven to be simple and safe without the potential risks involved in electrically induced heat. **Objective:** Evaluation of the success rate of colon polypectomy ≤ 10 mm by cold snare polypectomy. Investigate complications of this technique and some related factors. **Methods:** Comparative study on 96 colonoscopy patients with polyps ≤ 10 mm in size, randomly divided into two groups to receive endoscopic polypectomy with cold noose (CSP) and hot noose (HSP). **Results:** Complete polypectomy (94.5%), complete polypectomy results in a higher percentage in the CSP group (95.8% compared to HSP 93.8%) ($p > 0.05$); Specifically, the rate of complete removal of polyps with sizes < 5 mm, 5 - 8 mm and 9 - 10 mm, respectively, is 100%; 95.9 and 83.3% ($p > 0.05$). Complications of early bleeding occurred 3.1% (4.2% CSP group compared with 2.1% HSP group), 1 case of late bleeding in HSP group (2.1%) **Conclusion:** CSP or HSP can be safely used as one of the standard techniques for resection of 4 - 10 mm colorectal polyps.

Keywords: cold snare polypectomy (CSP), hot snare polypectomy (HSP), colonoscopy, completely removed.

Tác giả liên hệ: Trần Văn Huy, email: tvhuy@huemed-univ.edu.vn

DOI: 10.34071/jmp.2023.5.13

Ngày nhận bài: 15/5/2023; Ngày đồng ý đăng: 20/8/2023; Ngày xuất bản: 25/9/2023

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là loại ung thư thường gặp, nhất là các nước phát triển. Polyp đại trực tràng là nguyên nhân quan trọng nhất gây ung thư đại trực tràng. Theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, ước tính hơn 1,8 triệu ca ung thư đại trực tràng mới và 881.000 ca tử vong vào năm 2018. Nhìn chung, tỷ lệ mắc bệnh ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 2 và tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 3 trên thế giới (GLOBOCAN 2018). Tất cả các nghiên cứu đều chứng minh cắt polyp đại tràng là phương pháp hiệu quả nhất trong phòng ngừa ung thư đại tràng. Cắt polyp đại tràng bằng thông lọng nóng: kinh điển, hiệu quả, nhưng có thể có các biến chứng chảy máu, thủng sớm hoặc muộn, sót polyp và đối với các polyp nhỏ làm bông mô polyp gây khó khăn cho đọc kết quả mô bệnh học [1]. Cắt polyp thông lọng lạnh: phương pháp cơ học dùng thông lọng cắt polyp không cần hệ thống đốt điện, giảm biến chứng thủng, giảm biến chứng chảy máu muộn, quan sát dễ dàng biến chứng chảy máu tức thì, không có các hậu quả liên quan hội chứng đông [2].

Phân tích mô học cho thấy cắt polyp bằng thông lọng lạnh ít tổn thương mạch máu dưới niêm mạc dẫn đến giảm tỷ lệ xuất huyết so với thông lọng nóng nhất là các bệnh nhân có dùng thuốc kháng đông và cắt cách bờ polyp 1 - 2 mm niêm mạc bình thường nên không bỏ sót mô polyp tránh tái phát do đó tăng cường hiệu quả dự phòng được ung thư [3], [4]. Tuy nhiên, cho đến nay chúng ta chưa có sự đồng thuận chung về chỉ định cũng như kỹ thuật cắt polyp bằng thông lọng lạnh. Vì vậy, cần thêm các nghiên cứu về lĩnh vực này để khẳng định về tính hiệu quả và an toàn của kỹ thuật này.

Ở Việt Nam, vẫn chưa có nhiều báo cáo về hiệu quả của phương pháp này. Vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm 2 các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tỷ lệ thành công của cắt polyp đại tràng ≤ 10 mm bằng phương pháp thông lọng lạnh qua nội soi.*

2. *Khảo sát các biến chứng của kỹ thuật này và một số yếu tố liên quan.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 96 bệnh nhân nội soi đại tràng có polyp kích thước ≤ 10 mm, được cắt polyp qua nội soi bằng thông lọng lạnh (CSP) và thông lọng nóng (HSP) tại khoa Nội soi, Bệnh viện Nguyễn Trãi trong thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Những bệnh nhân nội soi thấy có polyp ĐTT.

- Kích thước ≤ 10 mm.

- Theo phân loại Paris thuộc type 0-Is, 0-IIa và 0-IIb.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những tổn thương nghi ung thư: tổn thương u sùi, tổn thương loét bờ nhám nhờ, ăn lan, mật độ sượng cứng. phân loại Paris 0-IIc, 0-III.

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu

- Bệnh đa polyp đại tràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang có theo dõi, cỡ mẫu thuận tiện (n = 96).

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn, tiến hành giải thích phương pháp cắt polyp lạnh qua nội soi đại tràng, sau khi bệnh nhân đồng ý, viết vào giấy cam đoan. Tiến hành thu nhập thông tin bệnh nhân theo mẫu sẵn có: họ và tên, tuổi, giới tính.

Trong quá trình nội soi đại tràng ghi nhận:

- Số lượng polyp phát hiện được.

- Vị trí polyp: trực tràng, đại tràng sigma, đại tràng xuống, đại tràng ngang, đại tràng lên và manh tràng.

- Kích thước polyp: tính theo milimet.

- Hình dạng polyp:

+ Dạng 0-I: polyp không cuống, polyp bán cuống, polyp cuống ngắn (polyp cuống lớn, cuống dài không nằm trong tiêu chuẩn chọn bệnh).

+ Dạng 0-II: polyp dẹt.

Trong và sau cắt polyp ghi nhận:

- Cắt nguyên khối polyp: lấy trọn polyp, hình dạng mô nguyên vẹn có thể làm giải phẫu bệnh.

- Biến chứng:

+ Chảy máu sớm: chảy máu có thể diễn ra trong khi cắt polyp hoặc sau cắt < 5 ngày.

+ Thủng

+ Chảy máu muộn: chảy máu sau can thiệp thường > 5 - 7 ngày có thể vài tuần

+ Hội chứng sau cắt polyp: xuất hiện sau cắt polyp đặc biệt khi cắt có dùng dao điện, triệu chứng thường là: đau bụng, sốt nhưng không có hơi trong ổ bụng.

2.2.2. Phương tiện kỹ thuật

Phương tiện:

- Máy nội soi đại tràng ống mềm Olympus CV-190 và CF-190.

- Thông lọng Exacto snare của Olympus, Model SD-400U-15, độ mở loop là 15 mm, chiều dài 2300 mm, đường kính vỏ ngoài 2,6 mm, độ dày loop 0,30 mm, có thể xoay được.

Kỹ thuật:

- Bệnh nhân được chuẩn bị đại tràng giống như nội soi đại tràng thường quy.

- Tư thế bệnh nhân khi nội soi: nằm nghiêng trái

tuy nhiên, bệnh nhân có thể thay đổi vị trí tùy vào thao tác kỹ thuật tại thời điểm cắt.

- Trong quá trình soi thấy có polyp kích thước ≤ 10 mm: xoay ống soi để di chuyển polyp vào vị trí 5 giờ, thông lạnh lạnh được mở ra và bao lấy polyp mà không hút hơi, siết nhẹ nhàng để bắt lấy polyp kèm ít nhất 1 - 2 mm mô bình thường bao quanh polyp, siết chặt cho đến khi đứt hoàn toàn polyp.

- Thu hồi polyp: các polyp cắt ra đều được thu hồi bằng thông lạnh, rọ Roth Net hoặc hút vào chai (polyp trap)

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021, nghiên cứu trên 96 bệnh nhân nội soi đại tràng với tiêu chí có ít nhất 1 polyp có kích thước ≤ 10 mm, cắt bằng thông lạnh lạnh (CSP) và thông lạnh nóng (HSP) và cho kết quả như sau:

- Tỷ lệ nam/nữ là 1,18:1

- Tuổi nhỏ nhất 26, tuổi lớn nhất là 82. Tuổi trung bình $61,44 \pm 10,04$

- Lý do nội soi thường gặp ở bệnh nhân có polyp ≤ 10 mm là đau bụng chiếm 35,4% và kiểm tra sức khỏe là 31,3%.

3.1. Vị trí polyp

Bảng 1. Phân bố polyp theo vị trí giải phẫu đại tràng

Vị trí polyp	Kỹ thuật cắt		Tổng n (%)	p
	CSP n (%)	HSP n (%)		
Đại tràng sigma	15 (26,3)	25 (31,3)	40 (27,2)	0,038
Đại tràng ngang	17 (29,8)	18 (22,5)	35 (23,8)	
Đại tràng phải	14 (24,5)	11 (13,8)	25 (17,1)	
Đại tràng trái	12 (21)	12 (15)	24 (16,3)	
Trực tràng	06 (10,5)	09 (11,2)	15 (10,2)	0,399
Manh tràng	03 (5,2)	05 (6,2)	8 (4,4)	0,460
Tổng	57 (45,6)	80 (54,4)	147 (100)	

Nhận xét: Polyp ở vị trí đại tràng sigma chiếm tỷ lệ gần 1/3 (27,2%), vị trí ở trực tràng, manh tràng chiếm tỷ lệ thấp (lần lượt 10,2% và 4,4%).

3.2. Số lượng polyp

Bảng 2. Số lượng polyp/bệnh nhân

Số lượng polyp /1 bệnh nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1 polyp	56	58,3
2 polyp	22	22,9
3 polyp	10	10,4
4 polyp	4	4,2
5 polyp	4	4,2
Tổng	96	100,0

3.3. Kích thước polyp

Bảng 3. Kích thước polyp của hai nhóm cắt polyp

Kích thước polyp	Kỹ thuật cắt		Tổng n (%)	p*
	CSP n (%)	HSP n (%)		
< 5 mm	06 (12,5)	05 (10,4)	11 (11,5)	0,949
5 - 8 mm	36 (75)	37 (77,1)	73 (76)	
9 - 10 mm	06 (12,5)	06 (12,5)	12 (12,5)	
Tổng	48 (50)	48 (50)	96 (100)	

Nhận xét: Trong cả 2 nhóm kỹ thuật cắt thì kích thước 5 - 8 mm gặp nhiều nhất, khi xét riêng CSP ghi nhận kích thước 5 - 8 mm chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nhóm HSP (75% so với 77,1%)

3.4. Hình thái polyp theo phân loại Paris

Bảng 4. Hình thái polyp theo phân loại Paris của hai nhóm cắt polyp

Hình thái học	Kỹ thuật cắt		Tổng n (%)	p*
	CSP n (%)	HSP n (%)		
0 - Is	44 (91,7)	45 (93,8)	89 (92,7)	0,432
0 - IIa	04 (8,3)	02 (4,2)	06 (6,2)	
0 - IIb	0 (0)	01 (2,1)	01 (1)	
Tổng	48 (50)	48 (50)	96 (100)	

Nhận xét: Trong cả 2 nhóm kỹ thuật cắt thì hình thái 0-Is gặp nhiều nhất.

3.5. Đặc điểm mô học của mỗi nhóm cắt polyp

Bảng 5. Đặc điểm mô học của mỗi nhóm cắt polyp

Đặc điểm mô học	Kỹ thuật cắt n (%)		Tổng n (%)	p*
	CSP n (%)	HSP n (%)		
U tuyến ống	17 (35,4)	16 (33,3)	33 (34,4)	0,132
U tuyến ống nhánh	04 (8,3)	11 (22,9)	15 (15,6)	
Polyp tăng sản	27 (56,2)	21 (43,8)	48 (50)	
Tổng	48 (50)	48 (50)	96 (100)	

Nhận xét: Trong cả 2 nhóm kỹ thuật cắt thì mô học dạng polyp tăng sản gặp nhiều nhất, khi xét riêng CSP ghi nhận mô học dạng tăng sản chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm HSP (56,2% so với 43,8%)

3.6. Tỷ lệ thành công của cắt polyp đại tràng ≤ 10 mm của mỗi nhóm CSP và HSP

Bảng 6. Kết quả cắt polyp ĐTT của mỗi nhóm CSP và HSP

Kết quả cắt	Kỹ thuật cắt		Tổng n (%)	p*
	CSP n (%)	HSP n (%)		
Cắt hoàn toàn	46 (95,8)	45 (93,8)	91 (94,5)	0,646
Cắt không hoàn toàn	02 (4,2)	03 (6,2)	05 (5,2)	
Tổng	48 (50)	48 (50)	96 (100)	

Nhận xét: CSP ghi nhận kết quả cắt polyp hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm HSP (95,8% so với 93,8%), không ghi nhận liên quan giữa kết quả cắt polyp và kỹ thuật cắt trong nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.7. Biến chứng của kỹ thuật cắt polyp CSP, HSP và một số yếu tố liên quan theo như mục tiêu nghiên cứu

Bảng 7. Biến chứng chảy máu sớm của hai nhóm cắt polyp

Chảy máu sớm	Kỹ thuật cắt n (%)		Tổng n (%)	p*
	CSP	HSP		
Có	02 (4,2)	01 (2,1)	03 (3,1)	0,557
Không	46 (95,8)	47 (97,9)	93 (96,9)	
Tổng	48 (50)	48 (50)	96 (100)	

Nhận xét: Biến chứng chảy máu sớm gặp tương đương trên cả 2 nhóm, ghi nhận nhóm dùng HSP thấp hơn nhóm CSP (2,1% so với 4,2%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 8. Các biến chứng cắt polyp ≤10mm của hai nhóm cắt polyp

Biến chứng	Kỹ thuật cắt		Tổng n (%)
	CSP n (%)	HSP n (%)	
Chảy máu sớm	02 (4,2)	01 (2,1)	3 (3,1)
Thủng sớm	0	0	0 (0)
Chảy máu muộn	0	01 (2,1)	01 (2,1)
Hội chứng sau cắt	0	0	0
Thủng muộn	0	0	0 (0)
Xử trí: Kẹp hemoclip	02 (4,2)	01 (2,1)	3 (3,1)

Nhận xét: Biến chứng sớm sau can thiệp là chảy máu sớm (3,1%), không ghi nhận các biến chứng khác. Trong thời gian theo dõi, chúng tôi cũng không ghi nhận những biến chứng muộn khác. Chúng tôi ghi nhận xử trí kẹp hemoclip trong tất cả các trường hợp chảy máu sớm sau cắt, chảy máu muộn ghi nhận 1 trường hợp chỉ gặp ở nhóm HSP.

Bảng 9. Mối liên quan giữa kích thước và biến chứng chảy máu sớm

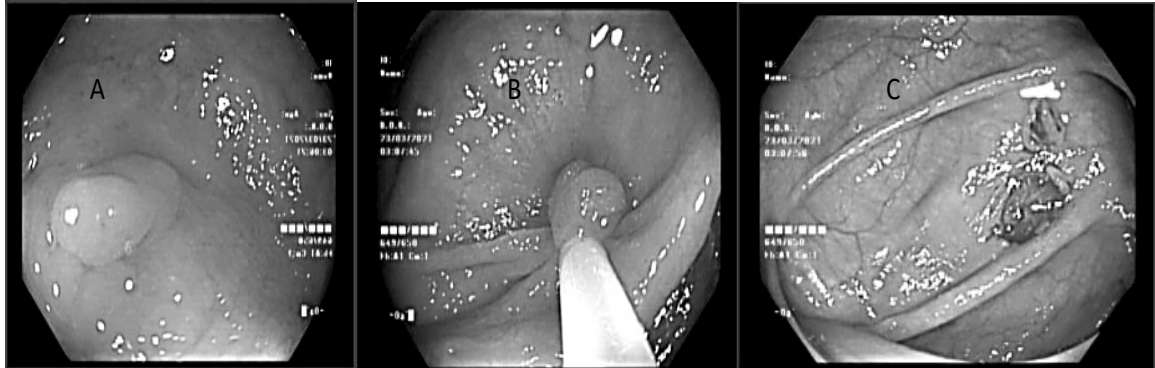
Chảy máu sớm	Kích thước polyp			Tổng	p*
	< 5 mm n (%)	5 - 8 mm n (%)	9 - 10 mm n (%)		
Có	0 (0)	01 (1,4)	02 (16,7)	03 (3,1)	0,015
Không	11 (100)	72 (96,6)	10 (83,3)	93 (96,9)	
Tổng	11 (11,5)	73 (76)	12 (12,5)	96 (100)	

Nhận xét: Nhóm polyp có kích thước < 5 mm không ghi nhận chảy máu sớm.

Bảng 10. Mối liên quan giữa hình thái polyp và biến chứng chảy máu sớm

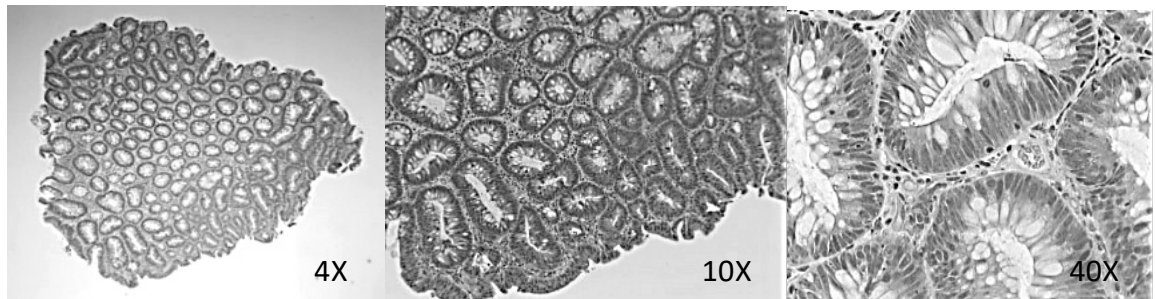
Chảy máu sớm	Hình thái polyp			Tổng n (%)	p*
	0 - Is n (%)	0 - IIa n (%)	0 - IIb n (%)		
Có	01 (1,1)	02 (33,3)	0 (0)	03 (3,1)	< 0,001
Không	88 (98,9)	04 (66,7)	01 (100)	93 (96,9)	
Tổng	89 (92,7)	06 (6,2)	01 (1,1)	96 (100)	

Nhận xét: Nhóm polyp hình thái 0 - Is chiếm tỷ lệ (1,1%), và chảy máu sớm ở nhóm 0 - IIa cao hơn với tỷ lệ 33,3%.



Hình 1. Hình ảnh nội soi và cắt polyp bằng CSP, BN Hoàng Thị H, 71T polyp đại tràng Sigma, kích thước #6mm, không cuống, nhô cao, bề mặt trơn láng

A: Polyp trước khi cắt, B: Bắt polyp bằng thông lọng lạnh, C: Hình mặt cắt polyp



Hình 2. Mô bệnh học BN hình 1, u tuyến ống

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng tỉ lệ mắc polyp có kích thước ≤ 10 mm có xu hướng tăng dần theo tuổi, ở độ tuổi 50 tuổi (12,5%) và nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất 60 - 80 tuổi (50%), nam nhiều hơn nữ [5], [6].

Lý do nội soi đại tràng chiếm 35,4% và kiểm tra sức khỏe là 31,3%. Các polyp nhỏ thường không có triệu chứng, do đó theo khuyến cáo của Hội nội soi Hoa Kỳ là nên nội soi tầm soát từ 45 tuổi.

Vị trí polyp thường gặp ở đại tràng sigma là 27,2%.

Số bệnh nhân có 1 polyp có 56 trường hợp, chiếm tỷ lệ gần 60%, tương tự Nguyễn Thúy Oanh

và Bùi Nhuận Quý ghi nhận tỷ lệ polyp đơn độc là 77,14% [7]

Tỷ lệ polyp theo phân loại hình thái 0-Is, 0-IIa, 0-IIb lần lượt là 92,7%; 6,2% và 1%.

4.2. Kết quả cắt polyp và một số yếu tố liên quan.

Trong cả 2 nhóm kỹ thuật cắt thì kết quả cắt polyp hoàn toàn gặp nhiều nhất, khi xét riêng CSP ghi nhận kết quả cắt polyp hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm HSP (95,8% so với 93,8%), không ghi nhận liên quan giữa kết quả cắt polyp và kỹ thuật cắt trong nghiên cứu ($p > 0,05$).

Trong nghiên cứu ghi nhận không liên quan giữa kết quả cắt và kích thước polyp trong nghiên cứu ($p = 0,137$). Tuy nhiên, nhóm polyp có kích thước < 5 mm

thì tỉ lệ cắt hoàn toàn là 100%, polyp có kích thước 9 - 10 mm thì tỷ lệ cắt polyp không hoàn toàn chiếm 16,7%. Hướng dẫn hiện tại của Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Châu Âu (ESGE) khuyến nghị CSP là kỹ thuật ưa thích để loại bỏ các polyp nhỏ (kích thước ≤ 5 mm) do tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn cao, lấy mẫu mô đầy đủ để làm mô học và tỷ lệ biến chứng thấp [8].

4.3. Biến chứng cắt polyp và một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ chảy máu sớm trong phân tích tổng hợp của chúng tôi lần lượt là 4,2% và 2,1% đối với nhóm CSP và HSP, tương tự nghiên cứu của Repici [9].

Trong nghiên cứu ghi nhận liên quan giữa biến chứng chảy máu sớm và kích thước polyp trong nghiên cứu ($p = 0,015$). Cụ thể, nhóm polyp có kích thước lớn 9 - 10 mm thì tỷ lệ chảy máu sớm chiếm 16,7%, còn nhóm kích thước polyp nhỏ hơn thì tỷ lệ chảy máu sớm thấp hơn lần lượt là 1,4% với nhóm polyp kích thước 5 - 8 mm, nhóm polyp có kích thước còn lại không ghi nhận chảy máu sớm.

Trong nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan giữa biến chứng chảy máu sớm và hình thái polyp trong nghiên cứu ($p < 0,001$). Cụ thể, nhóm polyp hình thái 0-Is chiếm tỷ lệ (1,1%), và chảy máu sớm ở nhóm 0-IIa cao hơn với tỷ lệ 33,3%.

Biến chứng chảy máu sớm trong nghiên cứu các tác giả Horiuchi (2010, 2013) [10], [11], Ichise (2011) [12], Paspatis (2011) [13], Aslan (2013) và Gomez (2015) [14] dao động 2,5- 3,6%; không có trường hợp nào xuất hiện biến chứng thủng cũng như hội chứng sau cắt polyp; và chỉ có 1/78 trường hợp xuất hiện chảy máu muộn với tỷ lệ 1,3%.

Nghiên cứu của Takayanagi đầu tiên so sánh mô học của cắt polyp bằng thông lọng lạnh và nóng trong đại trực tràng [15], chứng minh rằng việc cắt bỏ thông lọng nóng (HSP) gây ra tổn thương sâu hơn

cắt bằng thông lọng lạnh (CSP) và thường chạm sâu tới lớp mô. Biến tính nhiệt thấm qua mô trong tất cả các mẫu thử được cắt bằng HSP. Những quan sát này xác minh rằng tổn thương mô do cắt HSP kéo dài đến các lớp sâu hơn tổn thương sau khi cắt bằng CSP. Một báo cáo trước đây cho thấy tổn thương nhiệt ở đại tràng sau khi cắt bỏ bằng HSP [16] có thể gây hoại tử toàn bộ bề dày và thủng. Ngược lại, tổn thương niêm mạc theo mặt phẳng ngang gần như giống nhau đối với cả trường hợp cắt thông lọng nóng và lạnh, cho thấy rằng một vết bỏng điện xảy ra ngay bên dưới niêm mạc bị co thắt bởi bẫy nhưng không mở rộng theo chiều ngang, vì bản chất của tần số cao dòng điện. Tổn thương sâu hơn do sử dụng đốt điện không hoàn toàn giải thích được cơ chế cơ bản tại sao xuất huyết muộn sau khi cắt polyp bằng thông lọng lạnh ít xảy ra hơn so với sau khi cắt polyp bằng thông lọng nóng. Nghiên cứu này chứng minh rằng lớp sâu chứa nhiều mạch máu lớn hơn. Số lượng lớn các mạch lớn ở mô sâu bị tổn thương nghiêm trọng hơn và sau đó bị vỡ sau khi cắt polyp bằng ống nóng. Do tổn thương ở lớp sâu hơn, việc cắt bỏ bẫy nóng có thể dẫn đến chảy máu chậm [16]. Ngược lại, tổn thương do cắt CSP chỉ đến lớp mô nông mà không có tổn thương nhiệt. Điều này ít có khả năng làm hỏng các mạch lớn, giảm nguy cơ chảy máu chậm [2].

5. KẾT LUẬN

CSP hoặc HSP có thể được sử dụng an toàn như một trong những kỹ thuật tiêu chuẩn để cắt bỏ polyp đại trực tràng ≤ 10 mm.

Cần nghiên cứu số lượng lớn hơn, mở rộng chỉ định cho vi polyp > 10 mm, mở rộng đối tượng bệnh nhân đang dùng chống đông...để đánh giá thêm hiệu quả và biến chứng của CSP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen Y N, et al (2018), "Comparison of cold and hot snaring polypectomy for small colorectal polyps: study protocol for a randomized controlled trial", *Trials*, 19(1), tr. 1-6.
2. Kawamura T, et al (2017), "A comparison of the resection rate for cold and hot snare polypectomy for 4–9 mm colorectal polyps: a multicentre randomised controlled trial (CRESCENT study)", *Gut*, 67(11), tr. 1950-1957.
3. Abe Y, et al (2018), "Extended cold snare polypectomy for small colorectal polyps increases the RO resection rate", *Endoscopy International Open*, 6(2), tr. E254-E258.
4. Matsuura N, et al (2017), "Incomplete resection rate of cold snare polypectomy: a prospective single-arm

- observational study", *Endoscopy*, 49(3), tr. 251-257.
5. Trần Văn Huy, Thái Thị Hoài (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng ở bệnh viện trường Đại học Y khoa Huế", *Tạp chí Y học thực hành*, 9/2007(577+578), tr. 93 - 96.
6. Park J H, et al (2017), "Correlation Between Bowel Preparation and the Adenoma Detection Rate in Screening Colonoscopy", *Annals of Coloproctology*, 33(3), tr. 93-98.
7. Nguyễn Thúy Oanh, Bùi Nhuận Quý (2013), "Khảo sát mối liên quan giữa lâm sàng, nội soi và giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng.", *Y Học TP. Hồ Chí Minh.*, 17(6), tr. 19-24.
8. Jegadeesan R, et al (2019), "Hot snare vs. cold snare polypectomy for endoscopic removal of 4 - 10 mm

colorectal polyps during colonoscopy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies", *Endoscopy International Open*, 7(5), tr. E708-E716.

9. Repici A, et al (2012), "Safety of cold polypectomy for < 10 mm polyps at colonoscopy: a prospective multicenter study", *Endoscopy*, 44(1), tr. 27-31.

10. Horiuchi A, et al (2015), "Prospective, randomized comparison of 2 methods of cold snare polypectomy for small colorectal polyps", *Gastrointest Endoscopy*, 82(4), tr. 686-692.

11. Horiuchi A, et al (2019), "Cold snare polypectomy: Indications, devices, techniques, outcomes and future", *Digestive Endoscopy*, 31(4), tr. 372-377.

12. Ichise Y, et al (2011), "Prospective randomized comparison of cold snare polypectomy and conventional polypectomy for small colorectal polyps", *Digestive Disease Center, Shinshu University Graduate School of Medicine, Matsumoto, Japan*, 84(1), tr. 78-81.

13. Paspatis G A, et al (2011), "A prospective randomized comparison of cold vs hot snare polypectomy in the occurrence of postpolypectomy bleeding in small colonic polyps", *Colorectal Disease 2011, The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 13(10), tr. 345-348.

14. Gomez V, et al (2015), "Diminutive colorectal polyp resection comparing hot and cold snare and cold biopsy forceps polypectomy. Results of a pilot randomized, single-center study (with videos)", *Endoscopy International Open*, 3(1), tr. E76-80.

15. Takayanagi D, et al (2018), "Histological Comparison of Cold versus Hot Snare Resections of the Colorectal Mucosa", *Dis Colon Rectum*, 61(8), tr. 964-970.

16. Matsukuma S, et al (1999), "Histopathologic Studies of Colorectal Postendoscopic Resection Sites Resection Sites: "Skipping Electrothermal Injury" Associated with