

SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN U DƯỚI NIÊM MẠC ỔNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Trần Văn Huy, Nguyễn Thanh Long
Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Tìm hiểu một số đặc điểm liên quan đến u dưới niêm mạc ống tiêu hóa. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 195 bệnh nhân được chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa bằng siêu âm nội soi tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 10/2013 đến tháng 12/2018. Sinh thiết cắt hoặc chọc hút kim nhỏ khi có chỉ định. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $48,92 \pm 15,23$ tuổi. Tỷ lệ nam và nữ gần như nhau với 48,2% và 51,8%. Theo vị trí, u dưới niêm mạc được phát hiện nhiều nhất ở dạ dày chiếm tỷ lệ 45,6%, tiếp đến là thực quản chiếm 35,9% và thấp nhất ở đại trực tràng với tỷ lệ 2,6%. Theo nguyên nhân, nang dưới niêm chiếm tỷ lệ cao nhất 23,6%, tiếp đến là Leiomyoma chiếm 22,1%, thấp nhất là tuyến Brunner với tỷ lệ 1% và 19,5% trường hợp không xác định được bản chất khối u. 58,1% leiomyoma và 67,4% nang dưới niêm mạc được tìm thấy ở thực quản. 76% GIST, 83,3% tụy lạc chỗ và 64,7% u mỡ được tìm thấy ở dạ dày. **Kết luận:** Áp dụng siêu âm nội soi, nghiên cứu cho thấy u dưới niêm thường gặp nhất ở dạ dày và thực quản, trong đó thường gặp nhất là nang dưới niêm và u cơ trơn.

Từ khóa: U dưới niêm, siêu âm - nội soi

Abstract

ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF GASTROINTESTINAL SUBMUCOSAL TUMORS AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Tran Van Huy, Nguyen Thanh Long
Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Diagnosis of gastrointestinal submucosal tumors (SMT) is still a challenge in clinical practice and data about gastrointestinal submucosal tumors in our country was very limited. This study aimed to assess some characteristics of gastrointestinal submucosal tumors. **Patients and Methods:** cross-sectional study; 195 patients having gastrointestinal submucosal tumors diagnosed by endoscopic ultrasound at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital were enrolled from October 2013 to December 2018. Cutting biopsy or EUS- FNA in case necessary. **Results:** The mean age of patients was 48.92 ± 15.23 . The prevalence was nearly equal in men and women with 48.2% and 51.8%, respectively. According to location, submucosal tumors were 45.6% in the stomach, 35.9% in the esophagus and 2.6% in the colon and rectum. According to etiology, the submucosal cyst was found in 23.6%, the leiomyoma was 22.1%, the Brunner's gland was 1% and the unknown submucosal tumors was 19.5%. 58.1% of the leiomyoma and 67.4% of the submucosal cyst were found in the esophagus. 76% of the GIST, 83.3% of the ectopic pancreas and 64.7% of the lipoma were found in stomach. **Conclusions:** Based on endoscopy ultrasound, the most common locations of SMT were stomach and esophagus; the most common SMT were submucosal cyst and leiomyoma.

Key words: Submucosal tumor (SMT), Endoscopic ultrasound (EUS).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới niêm mạc là những tổn thương nằm dưới lớp niêm mạc ống tiêu hóa. Đa số các trường hợp u dưới niêm mạc không có triệu chứng lâm sàng tuy nhiên khối u có thể gây ra các triệu chứng như đau bụng, nuốt khó... Chúng thường được phát hiện tình cờ qua nội soi thường quy khi phát hiện tổn thương lồi vào lòng ống tiêu hóa và niêm mạc ống tiêu hóa

hoàn toàn bình thường. Khoảng 3% bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa có u dưới niêm mạc; khoảng 0,3% bệnh nhân trung niên đi khám sức khỏe có u dưới niêm dạ dày và một nửa trong số này có nguy cơ ác tính hóa [7]. Theo các tác giả trên thế giới thì u dưới niêm mạc đa số là lành tính chỉ có 15 - 30% có nguy cơ tiến triển ác tính [1]. Tuy nhiên, việc xác định bản chất u dưới niêm mạc là không

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

Ngày nhận bài: 15/1/2019, Ngày đồng ý đăng: 12/3/2019; Ngày xuất bản: 25/4/2019

DOI: 10.34071/jmp.2019.2.3

dễ dàng khi chỉ quan sát qua hình ảnh nội soi. Theo tác giả Polkowski, độ chính xác của nội soi thấp (39-69%) khi phân biệt tổn thương dưới niêm mạc với tổn thương từ ngoài chèn vào [9].

Siêu âm nội soi là một tiến bộ trong kỹ thuật nội soi bằng cách gắn vào đầu ống nội soi một đầu dò cho phép tiến hành siêu âm từ trong lòng ống tiêu hóa. Siêu âm nội soi là công cụ được lựa chọn đầu tiên để khảo sát u dưới niêm mạc ống tiêu hóa [10], [11]. Trên hình ảnh siêu âm nội soi, thành ống tiêu hóa được chia thành 5 lớp, dựa vào vị trí khu trú của khối u ở phân lớp nào để định hướng chẩn đoán là u dưới niêm mạc (như GISTs, leiomyoma, u mỡ hay nang...) hay tổn thương khác. Siêu âm nội soi có độ chính xác gần 100% khi phân biệt tổn thương dưới niêm mạc với tổn thương từ ngoài chèn vào và vượt trội hơn nội soi, CT hay siêu âm bụng [9]. Tác giả Brand và cộng sự cho thấy siêu âm nội soi có độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 72% trong chẩn đoán GIST [3]. Theo tác giả Ho Goon Kim và cộng sự, chẩn đoán u dưới niêm mạc ác tính ở dạ dày khi không có siêu âm nội soi có độ nhạy 98,3% và độ đặc hiệu 35,1% so với có siêu âm nội soi là 88% và 46,7% [5]. Tuy nhiên, bản chất u dưới niêm mạc cần phải được khẳng định bằng mô bệnh học. Theo tác giả Mekky và cộng sự, trên 141 bệnh nhân u dưới niêm mạc dạ dày được chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm nội soi (EUS-FNA) thì độ chính xác là 95,6% so với chẩn đoán xác định và 94,2% khi phân biệt các tổn thương có tiềm năng ác tính [6]. Siêu âm nội soi đã cho thấy thể mạnh trong chẩn đoán định hướng

các khối u dưới niêm mạc, trong khi đó số liệu về u dưới niêm ở trong nước còn rất ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu áp dụng siêu âm nội soi trong chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế” với mục tiêu tìm hiểu một số đặc điểm liên quan đến định vị và phân bố nguyên nhân của u dưới niêm mạc ống tiêu hóa trên đối tượng người Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 195 bệnh nhân được chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa bằng siêu âm nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 10/2013 đến tháng 12/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các đặc điểm chung: tuổi, giới.
- Sàng lọc sơ bộ bằng nội soi ống mềm.
- Siêu âm nội soi: Máy Fujinon, EG 530UT2, đầu dò radial với các tần số 7,5 MHz, 12 MHz và mini-probe tần số 20 MHz.
- Sinh thiết cắt (cutting biopsy) và chọc hút kim nhỏ (FNA) tùy theo chỉ định, để làm tế bào học hoặc mô bệnh học.
- Kết quả siêu âm nội soi: vị trí khối u, bản chất u dưới niêm mạc.

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê toán học, Excel 2007.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi

Tuổi	n	%
<20	4	2,1
20-50	97	49,7
>50	94	48,2
Tổng	195	100

Nhận xét: Đối tượng mắc bệnh tập trung nhiều nhất ở 2 nhóm tuổi 20-50 với tỷ lệ 49,7% và > 50 với tỷ lệ 48,2%. Độ tuổi trung bình là $48,92 \pm 15,23$ tuổi.

3.2. Giới tính

Bảng 3.2. Đặc điểm về giới

Giới tính	n	%
Nam	94	48,2
Nữ	101	51,8
Tổng	195	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ gần như nhau với 48,2% và 51,8%.

3.3. Phân bố theo vị trí và theo nguyên nhân

Theo vị trí

Bảng 3.3. Đặc điểm theo vị trí

Vị trí	n	%
Thực quản	70	35,9
Dạ dày	89	45,6
Tá tràng	31	15,9
Đại trực tràng	5	2,6
Tổng	195	100

Nhận xét: U dưới niêm mạc được phát hiện nhiều nhất ở dạ dày chiếm tỷ lệ 45,6%, tiếp đến là thực quản chiếm 35,9% và thấp nhất ở đại trực tràng với tỷ lệ 2,6%.

Theo nguyên nhân

Bảng 3.4. Đặc điểm theo vị trí

Nguyên nhân	Thực quản		Dạ dày		Tá tràng		Đại trực tràng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%
U mô đệm (GIST)	4	5,7	19	21,3	2	6,5	0	0	25	12,8
Nang	31	44,3	8	9	6	19,4	1	20	46	23,6
Leiomyoma	25	35,7	14	15,7	3	9,7	1	20	43	22,1
Tụy lạc chỗ	0	0	20	22,5	4	12,9	0	0	24	12,3
U mỡ	0	0	11	12,4	5	16,1	1	20	17	8,7
Tuyến Brunner	1	1,4	0	0	1	3,2	0	0	2	1
Không rõ bản chất	9	12,9	17	19,1	10	32,2	2	40	38	19,5
Tổng	70	100	89	100	31	100	5	100	195	100

Nhận xét: Nang dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất 23,6%, tiếp đến là leiomyoma chiếm 22,1%, thấp nhất là tuyến Brunner với tỷ lệ 1%. 19,5% trường hợp không xác định được bản chất khối u.

76% u mô đệm ống tiêu hóa (GIST) được tìm thấy ở dạ dày, 16% ở thực quản và không tìm thấy ở đại - trực tràng.

58,1% leiomyoma được tìm thấy ở thực quản, 32,6% ở dạ dày và thấp nhất là ở đại trực tràng với 2,3%.

67,4% nang dưới niêm mạc được tìm thấy ở thực quản, 17,4% ở dạ dày và thấp nhất là ở đại trực tràng với 2,2%.

83,3% tụy lạc chỗ được tìm thấy ở dạ dày, 16,7% ở tá tràng và không gặp ở thực quản và đại trực tràng.

64,7% u mỡ được tìm thấy ở dạ dày, 29,4% ở tá tràng và không gặp ở thực quản.

4. BÀN LUẬN

U dưới niêm mạc ống tiêu hóa thường là một thách thức trong chẩn đoán và điều trị. Với đặc thù của khu trú chủ yếu trong thành ống tiêu hóa, niêm mạc phủ bên trên thường là bình thường và kèm

theo sự hiện diện ở hơi trong lòng ống tiêu hóa, các thăm dò cổ điển như nội soi ống mềm, siêu âm qua thành bụng hay cả chụp cắt lớp vi tính... đều ít có giá trị trong chẩn đoán u dưới niêm ống tiêu hóa. Gần đây, siêu âm - nội soi nổi lên như là một xét nghiệm hàng đầu trong chẩn đoán u dưới niêm. Bên cạnh đó siêu âm - nội soi còn giúp cho việc thực hiện các thủ thuật như sinh thiết cắt (cutting biopsy) hay chọc hút kim nhỏ (FNA) từ đó làm các xét nghiệm về tế bào học và mô bệnh học.

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu tập trung nhiều nhất ở 2 nhóm tuổi là 20-50 với 49,7% và > 50 với 48,2%. Kết quả này có sự khác biệt so với các tác giả Chak và tác giả Nishida khi độ tuổi thường gặp là sau 50 tuổi [4], [7].

Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi có 94 bệnh nhân nam chiếm 48,2% và 101 bệnh nhân nữ chiếm 51,8%. Tỷ lệ mắc bệnh gần như nhau giữa nam và nữ; và kết quả này phù hợp với các tác giả Chak và Nishida [4], [7].

Định vị của u dưới niêm

Vị trí u dưới niêm mạc trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất ở dạ dày chiếm tỷ lệ 45,6%,

tiếp đến là thực quản chiếm 35,9% và thấp nhất ở đại trực tràng với tỷ lệ 2,6%. Kết quả này phù hợp với tác giả Nishida khi u dưới niêm mạc được tìm thấy nhiều nhất ở dạ dày, tiếp đến là thực quản, tá tràng và đại tràng [7].

Nguyên nhân

Theo nguyên nhân, trong nghiên cứu của chúng tôi, nang dưới niêm mạc và leiomyoma gặp nhiều nhất với tỷ lệ 23,6% và 22,1%; GIST và tụy lạc chỗ chiếm 12,8% và 12,3%; tuyến Brunner gặp 1%; 19,5% trường hợp không xác định được bản chất khối u. Leiomyoma và GIST chiếm 41,1% ở thực quản, 37% ở dạ dày và 16,2% ở tá tràng thấp hơn so với 77% ở thực quản, 54% ở dạ dày, 17% ở tá tràng theo tác giả Polkowski [8]. Trong tổng số u dưới niêm mạc, GIST và leiomyoma chiếm 34,9% thấp hơn so với 53% theo tác giả Bhatia trong 13 nghiên cứu siêu âm nội soi [2].

GIST gặp nhiều nhất ở dạ dày chiếm 76%, tiếp đến là ở thực quản với 16% và không gặp ở đại-trực tràng. Theo tác giả Bhatia, GIST gặp 60-70% ở dạ dày, 25-35% ở ruột non và hiếm gặp ở đại trực tràng và thực quản [2]. Theo tác giả Salah, GIST gặp 60% ở

dạ dày, 35% ở ruột non hiếm gặp ở đại trực tràng và thực quản [11]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với 2 tác giả trên rằng GIST gặp nhiều nhất ở dạ dày nhưng có sự khác nhau về tỷ lệ ở các phần khác của ống tiêu hóa.

Leiomyoma gặp nhiều nhất ở thực quản chiếm 58,1%, tiếp đến là dạ dày với 32,6% và thấp nhất ở đại trực tràng chiếm 2,3%. Kết quả này phù hợp với các tác giả Salah, Bhatia khi leiomyoma được tìm thấy nhiều nhất ở thực quản [2], [11].

5. KẾT LUẬN

Về vị trí, u dưới niêm mạc được tìm thấy nhiều nhất ở dạ dày, tiếp đến là thực quản, tá tràng và đại trực tràng.

Về nguyên nhân, nang dưới niêm mạc và u cơ trơn (leiomyoma) gặp nhiều nhất với tỷ lệ 23,6% và 22,1%; u mô đệm ống tiêu hóa (GIST) và tụy lạc chỗ chiếm 12,8% và 12,3%; tuyến Brunner gặp 1%; 19,5% trường hợp không xác định được bản chất khối u. U cơ trơn và nang dưới niêm mạc được tìm thấy nhiều nhất ở thực quản. GIST, tụy lạc chỗ và u mỡ được tìm thấy nhiều nhất ở dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Huy, Vĩnh Khánh (2014), "Một số chỉ định của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa, mật tụy tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", *Tạp chí Y Dược học*, 21, tr 116-122.
2. Bhatia V., Tajika M., Rastogi A.(2010), "Upper gastrointestinal submucosal lesions-Clinical and endosonographic evaluation management", *Tropical Gastroenterology*, 31(1), pp. 5-29.
3. Brand B., Oesterhelweg L., Binmoeller KF, Sriram PV, Bohnacker S., Seewald S., Weerth AD., Soehendra N. (2002), "Impact of endoscopic ultrasound for evaluation of submucosal lesions in gastrointestinal tract", *Digestive and Liver Disease*, 34(4), pp. 290-297.
4. Chak A. (2002), "EUS in submucosal tumors", *Gastrointestinal Endoscopy*, 56(4), pp. 43-48.
5. Kim HG., Ryu SY., Yun SK., Joo JK., Lee JH., Kim DY. (2012), "Preoperative predictors of malignant gastric submucosal tumor", *Journal of the Korean Surgical Society*, 83, pp. 83-87.
6. Mekky M.A., Yamao K., Sawaki A., Mizuno N., Hara K., Nafeh M.A., Osman A.M., Koshikawa T., Yatabe Y,

- Bhatia V. (2010), "Diagnostic utility of EUS-guided FNA in patients with gastric submucosal tumors", *Gastrointestinal Endoscopy*, 71(6), pp. 913-919.
7. Nishida T., Kawai N., Yamaguchi S. and Nishida Y. (2013), "Submucosal tumors: Comprehensive guide for the diagnosis and therapy of gastrointestinal submucosal tumors", *Digestive Endoscopy*, 25, pp. 479-489.
8. Polkowski M. (2005), "Endoscopic ultrasound and endoscopic ultrasoundguided fine-needle biopsy for the diagnosis of malignant submucosal tumors", *Endoscopy*, 37, pp. 635-645.
9. Polkowski M., Butruk E. (2005), "Submucosal lesions", *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 15, pp. 33-54.
10. Ponsaing L.G., Kiss K., Loft A., Jensen L.I., and Hansen M.B. (2007), "Diagnostic procedures for submucosal tumors in the gastrointestinal tract", *World Journal of Gastroenterology*, 13(24), pp. 3301-3310.
11. Salah W., Faigel D.O. (2014), "When to puncture, when not to puncture: Submucosal tumors", *Endoscopic Ultrasound*, 3(2), pp. 98-108.