

Nghiên cứu áp dụng siêu âm nội soi trong hỗ trợ chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa trên

Nguyễn Thành Long¹, Trần Văn Huy²

(1) Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

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

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu: U dưới niêm mạc thường được phát hiện tình cờ khi nội soi. Siêu âm nội soi là kỹ thuật có giá trị trong chẩn đoán và quản lý điều trị u dưới niêm mạc nhưng ở Việt Nam vẫn còn khá ít nghiên cứu về vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán bệnh lý này. Mục đích của nghiên cứu này là nghiên cứu áp dụng siêu âm nội soi trong hỗ trợ chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 76 bệnh nhân được chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa trên bằng siêu âm nội soi tại Trung tâm Nội soi Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5/2017 đến tháng 7/2019. **Kết quả:** Trong 76 bệnh nhân, triệu chứng đau thượng vị thường gặp nhất (57,9%), tiếp theo là triệu chứng buồn nôn hoặc nôn (15,8%); và không có triệu chứng chiếm 39,5%. U dưới niêm mạc gặp nhiều nhất ở dạ dày (44,7%), tiếp đến ở thực quản (40,8%) và ít nhất ở tá tràng (14,5%). Lớp niêm mạc phủ trơn láng chiếm tỷ lệ cao nhất (88,2%), tiếp đến là hình ảnh lỗ tuyến chiếm 9,2% và có 2,6% trường hợp có loét ở bề mặt. Kích thước trung bình: $14,6 \pm 9,1$ mm. Lớp cơ niêm chiếm 47,4%; lớp dưới niêm mạc chiếm 13,2%; lớp cơ chiếm 32,9%. Mật độ âm: giảm âm chiếm 61,8%; tăng âm chiếm 5,3%; trống âm chiếm 22,4%; hồi âm hỗn hợp chiếm 10,5%. Cấu trúc âm: đồng nhất chiếm 82,9%; không đồng nhất chiếm 17,1%. Tất cả u dưới niêm mạc đều có giới hạn rõ. Bất màu tín hiệu doppler: có: 5,3%; không: 94,7%. **Kết luận:** Siêu âm nội soi có thể cung cấp các thông tin về kích thước, vị trí, cấu trúc, giới hạn, tín hiệu Doppler và đây là kỹ thuật có giá trị cao trong chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa trên.

Từ khóa: u dưới niêm mạc (UDNM), siêu âm nội soi (SANS), u mô đệm đường tiêu hóa (GIST: GastroIntestinal Stromal Tumor).

Abstract

Endoscopic ultrasound to support the diagnosis of submucosal tumors in the upper gastrointestinal tract

Nguyen Thanh Long¹, Tran Van Huy²

(1) Resident Doctor of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

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

Background and Objectives: Submucosal tumors are generally discovered accidentally. Endoscopic ultrasound is a valuable technique in the diagnosis and management of submucosal tumors, however, there is still little research about the role of endoscopic ultrasound in diagnosing this pathology in Viet Nam. The purpose of this study was to research about endoscopic ultrasound to support the diagnosis of submucosal tumors in the upper gastrointestinal tract. **Subjects and methods:** This is a cross sectional study on 76 patients were diagnosed submucosal tumors of the upper gastrointestinal tract by endoscopic ultrasound at the Gastrointestinal Endoscopy Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2017 to July 2019. **Results:** In 76 patients, epigastric pain was most common (57.9%), followed by nausea or vomiting (15.8%); and asymptomatic (39.5%). Submucosal tumors located in the stomach (44.7%), esophagus (40.8%) and duodenum (14.5%). The overlying mucosa: 88.2% with the smooth mucosa, 9.2% with the umbilication (9.2%) and 2.6% with the mucosal ulceration. Mean size was 14.6 ± 9.1 mm. The muscularis mucosa was 47.4%, the submucosa was 13.2%, the muscularis propria was 32.9%. 61.8% with hypoechoic; 5.3% with hyperechoic; 22.4% with anechoic and 10.5% with mixed echoic. 82.9% with homogeneous tumor and 17.1% with heterogeneous tumor. All tumors have a smooth margin. 5.3% with positive Doppler signal and 94.7% with negative Doppler signal. **Conclusion:** Endoscopic ultrasound can provide information about size, location, structure, margin, Doppler signal and this is a highly valuable technique in the diagnosis of submucosal tumors of the upper gastrointestinal tract.

Key words: Submucosal Tumor (SMT), Endoscopic Ultrasound, GastroIntestinal Stromal Tumor

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

DOI: 10.34071/jmp.2019.6_7.2

Ngày nhận bài: 15/10/2019; Ngày đồng ý đăng: 26/11/2019; Ngày xuất bản: 28/12/2019

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới niêm mạc ống tiêu hóa có thể có nguồn gốc từ bất kỳ lớp nào của ống tiêu hóa và được bao phủ bởi lớp biểu mô niêm mạc bình thường. Phần lớn bệnh nhân có u dưới niêm mạc vào viện với các triệu chứng không đặc hiệu và được phát hiện tình cờ. Tuy nhiên, có đến 15 – 30% u dưới niêm mạc có nguy cơ tiến triển ác tính [4]. Siêu âm nội soi cung cấp các thông tin hữu ích có thể giúp xác định được tổn thương là từ ngoài chèn vào hay u dưới niêm mạc, định hướng bản chất u dưới niêm mạc. Ngoài ra, siêu âm nội soi hướng dẫn chọc hút hoặc sinh thiết bằng kim nhỏ giúp tăng độ chính xác của chẩn đoán; đồng thời nó cũng có vai trò trong việc hướng dẫn điều trị.

Tuy nhiên, cho đến nay tại Việt Nam vẫn còn ít các nghiên cứu về vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán loại bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: *“Nghiên cứu áp dụng siêu âm nội soi trong hỗ trợ chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa trên”*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán có UDNM ống tiêu hóa trên bằng SANS và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được xác định là UDNM qua nội soi tiêu hóa trên nhưng trên SANS

3.2. Đặc điểm lâm sàng và nội soi u dưới niêm mạc

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng làm bệnh nhân phải đi khám bệnh

Triệu chứng	n = 76	Tỷ lệ %
Đau thượng vị	44	57,9
Buồn nôn hoặc nôn	12	15,8
Nuốt khó	2	2,6
Xuất huyết tiêu hóa	1	1,3
Mệt mỏi	1	1,3
Không triệu chứng	30	39,5

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, triệu chứng đau thượng vị thường gặp nhất (57,9%), tiếp theo là triệu chứng buồn nôn hoặc nôn (15,8%), 30 bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng chiếm 39,5%.

3.2.2. Đặc điểm nội soi u dưới niêm mạc

Bảng 2. Đặc điểm nội soi UDNM

	n = 76	Tỷ lệ %
Số lượng UDNM	76	
Vị trí		
Thực quản	31	40,8
Dạ dày	34	44,7

xác định khối u nằm ở lớp biểu mô hoặc nằm ngoài ống tiêu hóa. Bệnh nhân có chống chỉ định với nội soi tiêu hóa. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Tại Trung tâm Nội soi Tiêu hóa, bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5/2017 đến tháng 7/2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập số liệu: Các bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết. SANS được tiến hành khi tình trạng bệnh nhân cho phép. Các kết quả được ghi vào phiếu điều tra.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê toán học thường dùng trong y học với sự hỗ trợ của phần mềm Word 2010, Excel 2010, SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu được sắp xếp theo các bảng và biểu đồ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 5/2017 đến tháng 7/2019, chúng tôi thu thập được 76 bệnh nhân được chẩn đoán có UDNM ống tiêu hóa trên bằng SANS.

3.1. Đặc điểm chung

Về tuổi: Tuổi mắc bệnh trung bình là $52 \pm 15,8$ tuổi, tuổi thấp nhất là 17, tuổi cao nhất là 86.

Về giới tính: Bệnh nhân nam chiếm 43,4% và bệnh nhân nữ chiếm 56,6%, tỷ lệ nam/nữ là 0,77.

Tá tràng	11	14,5
Lớp niêm mạc phủ		
Trơn láng	67	88,2
Có hình ảnh lỗ tuyến	7	9,2
Loét	2	2,6

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều có 1 khối UDNM.

UDNM gặp nhiều nhất ở dạ dày (44,7%), tiếp đến ở thực quản (40,8%) và ít nhất ở tá tràng (14,5%).

Đa số UDNM có lớp niêm mạc phủ trơn láng (88,2%); 9,2% trường hợp có hình ảnh lỗ tuyến và có 2,6% trường hợp có loét ở bề mặt.

3.2.3. Mối liên quan giữa u dưới niêm mạc đơn độc và không có triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Liên quan giữa UDNM đơn độc và không có triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Không có		Có		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
UDNM đơn độc							
Có	23	88,5	3	11,5	26	100	< 0,05
Không	7	14,0	43	86,0	50	100	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có UDNM đơn độc (không có tổn thương phối hợp), có đến 88,5% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng. Có sự liên quan giữa u dưới niêm mạc đơn độc và không có triệu chứng lâm sàng ($p < 0,05$).

3.3. Đặc điểm siêu âm nội soi u dưới niêm mạc và các yếu tố liên quan

3.3.1. Đặc điểm siêu âm nội soi u dưới niêm mạc

Bảng 4. Đặc điểm siêu âm nội soi u dưới niêm mạc

Vị trí	n = 76	%	± SD (Min-Max)
Kích thước (mm)			14,6 ± 9,1 (4,5-60)
< 10 mm	19	25,0	
10 - 20 mm	46	60,5	
>20 mm	11	14,5	
Vị trí trong thành ống tiêu hóa			
Lớp cơ niêm	36	47,4	
Lớp dưới niêm mạc	10	13,2	
Lớp cơ	25	32,9	
Lớp cơ niêm và lớp dưới niêm mạc	1	1,3	
Lớp dưới niêm mạc và lớp cơ	1	1,3	
Cả 3 lớp	3	3,9	
Mật độ âm			
Giảm âm	47	61,8	
Tăng âm	4	5,3	
Trống âm	17	22,4	
Hồi âm hỗn hợp	8	10,5	
Cấu trúc âm			
Đồng nhất	63	82,9	
Không đồng nhất	13	17,1	

Giới hạn			
Rõ	76	100	
Không rõ	0	0	
Bắt màu tín hiệu doppler			
Có	4	5,3	
Không	72	94,7	

Nhận xét: Kích thước 10 - 20 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (60,5%), kích thước >20 mm chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,5%). Kích thước trung bình khối UDNM là $14,6 \pm 9,1$ mm, kích thước lớn nhất là 60 mm, kích thước nhỏ nhất là 4,5 mm.

Trong thành OTH, các khối UDNM nằm nhiều nhất ở lớp cơ niêm (47,4%), tiếp đến ở lớp cơ (32,9%) và lớp dưới niêm mạc (13,2%), các khối UDNM nằm ở nhiều lớp chiếm tỷ lệ thấp (6,5%).

Cấu trúc giảm âm chiếm tỷ lệ cao nhất (61,8%), tiếp đến là cấu trúc trống âm (22,4%), cấu trúc tăng âm chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,3%).

Cấu trúc âm đồng nhất chiếm 82,9% và cấu trúc âm không đồng nhất chiếm 17,1%.

Tất cả UDNM (100%) có giới hạn rõ trên hình ảnh SANS.

Đa số các khối UDNM không bắt màu tín hiệu doppler (94,7%), các trường hợp bắt màu doppler chiếm tỷ lệ thấp (5,3%).

3.3.2. Chẩn đoán u dưới niêm mạc trên siêu âm nội soi và đặc điểm nội soi

3.3.2.1. Đối chiếu giữa chẩn đoán u dưới niêm mạc trên siêu âm nội soi và vị trí ở ống tiêu hóa trên

Bảng 5. Đối chiếu giữa chẩn đoán UDNM trên SANS và vị trí ở OTH trên

Chẩn đoán \ Vị trí	Thực quản		Dạ dày		Tá tràng	
	n = 31	%	n = 34	%	n = 11	%
GIST	2	6,4	13	38,3	1	9,1
U cơ trơn	18	58,1	7	20,6	4	36,3
Nang	11	35,5	3	8,8	3	27,3
Tụy lạc chỗ	0	0	8	23,5	2	18,2
U mỡ	0	0	3	8,8	1	9,1

Nhận xét: Tại thực quản, u cơ trơn chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%), tiếp đến là nang dưới niêm mạc (35,5%), tụy lạc chỗ và u mỡ không gặp ở thực quản. Tại dạ dày, GIST chiếm tỷ lệ cao nhất (38,3%), tiếp đến là tụy lạc chỗ (23,5%), u cơ trơn (20,6%), nang dưới niêm mạc và u mỡ (8,8%) chiếm tỷ lệ thấp nhất (đều là 8,8%). Tại tá tràng, u cơ trơn chiếm tỷ lệ cao nhất (36,3%), tiếp đến là nang dưới niêm mạc (27,3%), tụy lạc chỗ (18,2%), thấp nhất là GIST và u mỡ (đều là 9,1%).

3.3.2.2. Đối chiếu giữa chẩn đoán u dưới niêm mạc trên siêu âm nội soi và hình ảnh nội soi lớp niêm mạc phủ

Bảng 6. Đối chiếu giữa chẩn đoán UDNM trên SANS và lớp niêm mạc phủ

Chẩn đoán \ Vị trí	Trơn láng		Hình ảnh lỗ tuyến		Loét	
	n = 67	%	n = 7	%	n = 2	%
GIST	14	20,9	0	0	2	100
U cơ trơn	29	43,3	0	0	0	0
Nang	17	25,3	0	0	0	0
Tụy lạc chỗ	3	4,5	7	100	0	0
U mỡ	4	6,0	0	0	0	0

Nhận xét: Các UDNM có bề mặt trơn láng thường gặp nhất là u cơ trơn (43,3%), tiếp đến là nang dưới niêm mạc (25,3%), GIST (20,9%), thấp nhất là tụy lạc chỗ (4,5%). Hình ảnh lỗ tuyến chỉ gặp ở tụy lạc chỗ (100%). Các loại UDNM khác không có hình ảnh này. Loét bề mặt khối u chỉ gặp ở GIST (100%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 52 $\pm$ 15,8 tuổi; kết quả này phù hợp với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của các tác giả Oguz D. là 54,85 tuổi [10], Song J.H. là 52,5 tuổi [14].

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,77 (33/43) tương đương với tác giả Sandhu D.S. là 0,8 [12]; nhưng khác với nghiên cứu của Song J.H là 1,43 [14].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và nội soi u dưới niêm mạc

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Hyun J.H. với 59,7% bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và 40,3% không có triệu chứng [3]. Tuy nhiên, có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa những bệnh nhân có UDNM tồn tại đơn độc và không có triệu chứng lâm sàng. Chúng tôi nhận thấy triệu chứng lâm sàng thường ít điển hình, phần lớn bệnh nhân được phát hiện có UDNM khi kiểm tra sức khỏe hoặc khám vì lý do khác và tình cờ phát hiện UDNM.

4.2.2. Đặc điểm nội soi u dưới niêm mạc

Thông thường, UDNM tồn tại dưới dạng một khối u đơn độc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều có một khối UDNM. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Dias de Castro F. [1], Murata Y. [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở OTH trên, UDNM gặp nhiều nhất ở dạ dày (44,7%), tiếp đến là thực quản (40,8%) và ít nhất ở tá tràng (14,5%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Dias de Castro F. [1], Song J.H. [14].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số khối UDNM có lớp niêm mạc phủ bình thường, trơn láng (88,2%), tiếp đến là hình ảnh lõ tuyến (9,2%) và loét bề mặt khối u (2,6%). Kết quả này tương đương với kết quả của Mekky M.A. theo thứ tự là 65,2%, 7,1%, 7,8% [7]. Hình ảnh lõ tuyến là đặc điểm có giá trị, gợi ý chẩn đoán tụy lạc chỗ [11]. Loét bề mặt khối u là một đặc điểm nghi ngờ ác tính trên NS [9].

4.3. Đặc điểm siêu âm nội soi u dưới niêm mạc và các yếu tố liên quan

4.3.1. Đặc điểm siêu âm nội soi u dưới niêm mạc

Tác giả Yasuda K. nghiên cứu trên 80 bệnh nhân thấy đa số UDNM nằm ở lớp cơ (45/80, 56,3%) và lớp dưới niêm mạc (28/80, 35%), UDNM nằm ở lớp cơ niêm chỉ chiếm 8,7% (7/80) [15]. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ được thực hiện trên các bệnh nhân UDNM dạ dày nên tỷ lệ UDNM nằm ở các lớp có thể khác với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước

UDNM $\leq$ 20 mm chiếm 85,5% tổng số, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Martinez D. là 86% [5]. Kích thước trung bình UDNM trong nghiên cứu của chúng tôi và đa số các tác giả trên thế giới đều nằm trong khoảng 10-20 mm [1], [5], [12]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra kích thước UDNM có sự liên quan đến tiên lượng ác tính của UDNM [4], [6]. Do đó, việc xác định chính xác kích thước UDNM có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán và quyết định điều trị.

UDNM là các cấu trúc giảm âm chiếm tỷ lệ cao nhất (61,8%), kết quả của chúng tôi giống với kết quả của tác giả Martinez-Ares D. (73,2%) [6]. Nhiều loại UDNM có cấu trúc giảm âm hay hồi âm hỗn hợp nên gây khó khăn trong chẩn đoán khi phân biệt các cấu trúc này vì thái độ điều trị và tiên lượng đối với từng loại UDNM hoàn toàn khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi có 4 UDNM có cấu trúc tăng âm; cấu trúc tăng âm là đặc trưng của u mỡ. Cấu trúc trống âm có thể là nang hoặc mạch máu và được phân biệt nhờ quét tín hiệu doppler qua khối u; trong nghiên cứu của chúng tôi, cấu trúc trống âm chiếm 22,4% và đều không bắt màu tín hiệu doppler và được chẩn đoán là nang dưới niêm mạc.

Đa số UDNM có cấu trúc âm đồng nhất với 63 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 82,9%, tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả của Oguz D. [10] và Murata Y. [8], do UDNM thường là lành tính, có cấu trúc âm đồng nhất. Cấu trúc âm không đồng nhất đồng thời có nốt tăng âm hoặc có khoảng trống âm bên trong là đặc điểm nguy cơ cao trên hình ảnh SANS [9].

Nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy đa số UDNM có giới hạn rõ ràng [10], [13]. Giới hạn khối UDNM không rõ là một đặc điểm nguy cơ cao trên hình ảnh SANS liên quan đến khả năng ác tính [9], [13].

Bắt màu tín hiệu doppler trên SANS thể hiện sự tăng tưới máu khối u. Những UDNM có sự tăng tưới máu khối u hướng đến khả năng ác tính. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Schulz R.T. trên 55 bệnh nhân có 10,9% UDNM bắt màu tín hiệu doppler [13].

4.3.2. Chẩn đoán u dưới niêm mạc trên siêu âm nội soi và đặc điểm nội soi

4.3.2.1. Đối chiếu giữa chẩn đoán u dưới niêm mạc trên siêu âm nội soi và vị trí ở ống tiêu hóa trên

Tại thực quản, u cơ trơn chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%), tiếp đến là nang dưới niêm mạc (35,5%) phù hợp với kết quả của Hyun J.H. [3] và Gottschalk U. [2]. Tại dạ dày, tỷ lệ UDNM trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Schulz R.T. [13] và Gottschalk U. [2]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 11 UDNM tại tá tràng; với số lượng ít nên

khó có thể so sánh với các nghiên cứu khác.

4.3.2.2. Đối chiếu giữa chẩn đoán u dưới niêm mạc trên siêu âm nội soi và hình ảnh nội soi lớp niêm mạc phủ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u cơ trơn, nang dưới niêm mạc và u mỡ đều có lớp niêm mạc phủ bình thường. Lớp niêm mạc phủ bề mặt tụy lạc chỗ thường bình thường nhưng cũng có thể có hình ảnh lỗ tuyến. Lớp niêm mạc phủ bề mặt GIST có thể bình thường hoặc loét. Đa số khối UDNM có lớp niêm mạc phủ bình thường. Hình ảnh lỗ tuyến trên bề mặt khối u gợi ý chẩn đoán tụy lạc chỗ. Loét bề mặt khối u là một đặc điểm ác tính trên nội soi.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 76 bệnh nhân được chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa trên bằng siêu âm nội, chúng tôi có một số kết luận sau:

Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh nội soi u dưới niêm mạc

Triệu chứng làm bệnh nhân phải vào viện: đau thượng vị: 57,9%; buồn nôn hoặc nôn: 14,5%; không triệu chứng: 39,5%.

Vị trí u dưới niêm mạc ở ống tiêu hóa trên: thực quản: 40,8%; dạ dày: 44,7%; tá tràng: 14,5%. Tất cả bệnh nhân đều có 1 khối u dưới niêm mạc. Đặc điểm lớp niêm mạc phủ bề mặt u dưới niêm mạc: trơn láng: 88,2%; có hình ảnh lỗ tuyến: 9,2%; loét: 2,6%. Có sự liên quan giữa u dưới niêm mạc đơn độc và không có triệu chứng lâm sàng ($p < 0,05$).

Đặc điểm siêu âm nội soi của các loại u dưới niêm mạc và mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng và nội soi

Vị trí u dưới niêm mạc trong thành ống tiêu hóa: lớp cơ niêm: 47,4%; lớp dưới niêm mạc: 13,2%; lớp cơ: 32,9%;. Kích thước trung bình u dưới niêm mạc: $14,6 \pm 9,1$ mm. Mật độ âm u dưới niêm mạc: giảm âm: 61,8%; tăng âm: 5,3%; trống âm: 22,4%; hồi âm hỗn hợp: 10,5%. Cấu trúc âm u dưới niêm mạc: đồng nhất: 82,9%; không đồng nhất: 17,1%. Tất cả u dưới niêm mạc đều có giới hạn rõ. Bắt màu tín hiệu doppler: có: 5,3%; không: 94,7%.

Thương tổn trên nội soi ở thực quản thường gặp nhất là u cơ trơn (58,1%), tiếp đến là nang dưới niêm mạc (35,5%), GIST (6,4%) tụy lạc chỗ và u mỡ không gặp ở thực quản. Thương tổn trên nội soi ở dạ dày thường gặp nhất là GIST (38,3%), tiếp đến là tụy lạc chỗ (23,5%), u cơ trơn (20,6%), nang dưới niêm mạc và u mỡ chiếm tỷ lệ thấp nhất (đều là 8,8%). Thương tổn trên nội soi ở tá tràng thường gặp nhất là u cơ trơn (36,3%), tiếp đến là nang dưới niêm mạc (27,3%), tụy lạc chỗ (18,2%), thấp nhất là GIST và u mỡ (đều là 9,1%).

Thương tổn trên nội soi có bề mặt trơn láng thường gặp nhất là u cơ trơn (43,3%), tiếp đến là nang dưới niêm mạc (25,3%), GIST (20,9%), thấp nhất là tụy lạc chỗ (4,5%). Hình ảnh lỗ tuyến trên hình ảnh nội soi chỉ gặp ở tụy lạc chỗ (100%). Loét bề mặt khối u trên hình ảnh nội soi chỉ gặp ở GIST (100%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dias de Castro F., Magalhaes J., Monteiro S., et al. (2016), "The Role of Endoscopic Ultrasound in the Diagnostic Assessment of Subepithelial Lesions of the Upper Gastrointestinal Tract", *GE - Portuguese Journal of Gastroenterology*, 23(6), pp. 287–292.
2. Gottschalk U., Dietrich C.F., Jenssen C. (2018), "Ectopic pancreas in the upper gastrointestinal tract: Is endosonographic diagnosis reliable? Data from the German Endoscopic Ultrasound Registry and review of the literature", *Endoscopic Ultrasound*, 7(4), pp. 270–278.
3. Hyun J.H., Jeon Y.T., Chun H.J., et al. (1997), "Endoscopic Resection of Submucosal Tumor of the Esophagus: Results in 62 Patients", *Endoscopy*, 29(03), pp. 165–170.
4. Kim H.G., Ryu S.Y., Yun S.K., et al. (2012), "Preoperative predictors of malignant gastric submucosal tumor", *Journal of the Korean Surgical Society*, 83, pp. 83–87.
5. Martinez-Ares D., Lorenzo M.J., Souto-Ruzo J., et al. (2005), "Endoscopic resection of gastrointestinal submucosal tumors assisted by endoscopic ultrasonography", *Surgical Endoscopy*, 19(6), pp. 854–858.
6. Martinez-Ares D., Souto-Ruzo J., Yanez-Lopez J., Vazquez-Iglesias J.L. (2005), "Usefulness of endoscopic ultrasonography in the preoperative diagnosis of submucosal digestive tumors", *Revista Espanola De Enfermedades Digestivas*, 97(6), pp.416–426.
7. Mekky M.A., Yamao K., Sawaki A., et al. (2010), "Diagnostic utility of EUS-guided FNA in patients with gastric submucosal tumors", *Gastrointestinal Endoscopy*, 71(6), pp. 913–919.
8. Murata Y., Yoshida M., Akimoto S., et al. (1988), "Evaluation of endoscopic ultrasonography for the diagnosis of submucosal tumors of the esophagus", *Surgical*

Endoscopy, 2, pp. 51-58.

9. 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.

10. Oguz D., Filik L., Parlak E., et al. (2004), "Accuracy of endoscopic ultrasonography in upper gastrointestinal submucosal lesions", *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 15(2), pp. 82-85.

11. Ponsaing L.G., Kiss K., Loft A., et al. (2007), "Diagnostic procedures for submucosal tumors in the gastrointestinal tract", *World Journal of Gastroenterology*, 13(24), pp. 3301-3310.

12. Sandhu D.S., Holm A.N., El-Abiad R., et al. (2017),

"Endoscopic ultrasound with tissue sampling is accurate in the diagnosis and subclassification of gastrointestinal spindle cell neoplasms", *Endoscopic Ultrasound*, 6(3), pp. 174-180.

13. Schulz R.T., Fabio L.C., Franco M.C., et al. (2017), "Predictive features for histology of gastric subepithelial lesions", *Arquivos de Gastroenterologia*, 54(1), pp. 11–15.

14. Song J.H., Kim S.G., Chung S.J., et al. (2015), "Risk of progression for incidental small subepithelial tumors in the upper gastrointestinal tract", *Endoscopy*, 47(08), pp. 675–679.

15. Yasuda K., Nakajima M., Yoshida S., et al. (1989), "The diagnosis of submucosal tumors of the stomach by endoscopic ultrasonography", *Gastrointestinal Endoscopy*, 35(1), pp. 10–15.