

Đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp không cuống đại trực tràng kích thước trên 1 cm bằng kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi tại Bệnh viện Nguyễn Trãi

Nguyễn Đức Thông, Phan Trung Nam
Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Kỹ thuật cắt niêm mạc điều trị các polyp không cuống kích thước lớn đã từng bước được áp dụng ở các bệnh viện lớn tại Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả của kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi điều trị polyp không cuống đại trực tràng kích thước trên 1cm tại Bệnh viện Nguyễn Trãi. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi. **Kết quả:** Tỷ lệ cắt polyp hoàn toàn trong lần 1 là 87,5%, trong lần 2 là 95%. Biến chứng chảy máu trong thủ thuật 17,5%, tất cả cầm máu thành công qua nội soi; không biến chứng thủng. Tỷ lệ sót mô u/tái phát sau cắt chung là 5,3%, trong nhóm cắt nguyên khối là 0%, cắt từng phần là 33,3%. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi điều trị polyp không cuống kích thước lớn hiệu quả cao và tương đối an toàn. Cần theo dõi sát mô bệnh học và đánh giá mô u sót/tái phát để có hướng xử trí phù hợp tiếp theo.

Từ khóa: đại trực tràng, polyp, polyp không cuống, mô bệnh học

Abstract

Evaluating the endoscopic, pathologic feature of sessile-flat polyp with diameter more than 1 cm and the effectiveness of endoscopic mucosal resection in treatment these lesions at Nguyen Trai Hospital

Nguyen Duc Thong, Phan Trung Nam
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Endoscopic mucosal resection (EMR) for large sessile and flat colon polyps has been recently applied at Vietnam hospitals. **Objective:** To examine the outcome of EMR for sessile and flat polyps with diameter more than 1 cm at Nguyen Trai hospital. **Methods:** Cross-section with follow-up. **Results:** Resection rate 95%. Intra- procedure bleeding rate 17.5%, endoscopic hemostasis succeeds in all cases; no perforation. Residual/recurrence rate is 5.3%. **Conclusion:** EMR is safe and effective for treatment large sessile and flat colon polyps. Strictly follow-up for evaluating residual/recurrence tumor is recommended

Keywords: Endoscopic mucosal resection (EMR), polyp, flat colon polyps

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) là một bệnh lý khá phổ biến, tỉ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi [7]. Mối liên quan giữa polyp tuyến (adenoma) và ung thư đại trực tràng đã được khẳng định. Hầu hết ung thư đại trực tràng đều xuất phát từ polyp tuyến trước đó. Nguy cơ ác tính thay đổi theo kích thước và hình thái polyp. Tần suất tân sinh tiến triển tương ứng với polyp kích thước ≤ 5 mm, 6-9 mm và ≥ 10 mm là 4,6%, 7,9% và 87,5% [5]. Tỷ lệ xâm lấn dưới niêm tương ứng với tổn thương lõm, không cuống và có cuống lần lượt là 61%, 34% và 5% [5]. Kỹ thuật cắt polyp tiêu chuẩn hiệu quả thấp, dễ sót mô u và có tỉ lệ biến chứng cao hơn đối với các polyp không cuống [2]. Cắt niêm mạc là phương pháp được lựa chọn

giúp tăng tỉ lệ cắt hoàn toàn và giảm các biến chứng sau cắt. Kỹ thuật cắt niêm mạc để điều trị các polyp không cuống cũng đã từng bước được áp dụng ở các bệnh viện lớn tại Việt Nam [1]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu áp dụng kỹ thuật này một cách hệ thống ở polyp đại trực tràng không cuống lớn trên 1cm. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm nội soi, mô bệnh học của polyp không cuống đại trực tràng kích thước trên 1cm tại bệnh viện Nguyễn Trãi

2. Đánh giá kết quả của kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi điều trị polyp không cuống đại trực tràng kích thước trên 1cm tại bệnh viện Nguyễn Trãi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những bệnh nhân được nội soi thấy có polyp đại trực tràng kính thước $\geq 10\text{mm}$, theo phân loại Paris thuộc tít 0-Is, 0-IIa, và 0-IIb, được cắt polyp qua nội soi, theo dõi biến chứng và nội soi kiểm tra định kỳ sau cắt tại bệnh viện Nguyễn Trãi

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp bệnh nhân chưa đồng ý cắt polyp, bệnh nhân lựa chọn phẫu thuật, đang sử dụng thuốc kháng đông, hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu

- Tổn thương nghi ngờ ung thư xâm lấn lớp dưới niêm: bề mặt /màu sắc không đều, sùi mà dấu phồng sau tiêm dưới niêm (-)

- Tổn thương dạng u lan sang bên nhóm không hạt, hoặc hạt hỗn hợp

Thời gian: từ tháng 03/2018 - 09/2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi

Quy trình thực hiện

Đánh giá kỹ và mô tả đầy đủ các đặc điểm nội soi của polyp: vị trí, hình dạng, kích thước, phân loại tổn thương theo phân loại Paris 2002.

Cài đặt thông số máy cắt đốt: Chế độ cắt (Cut): Endo cut Q, Effect 3. Đối với manh tràng và đại tràng lên chọn Effect 2

Tiến hành cắt polyp bằng phương pháp cắt niêm mạc (EMR):

Bơm phòng lớp dưới niêm mạc bằng Adrenalin 0,1% 1ml pha 9ml NaCl 0,9% và Xanh Methylene (loại tiêm TM) cho đến khi nâng được tổn thương

3.1. Vị trí polyp:

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

Vị trí	Số polyp	Tỷ lệ %
Trực tràng	13	32,5
Đại tràng sigma	10	25,0
Đại tràng xuống	9	22,5
Đại tràng ngang	2	5,0
Đại tràng lên	6	15,0
Tổng	40	100%

Nhận xét: Tỷ lệ polyp gặp ở trực tràng cao nhất (32,5%), kế đến là đại tràng sigma (25%), ít gặp ở đại tràng ngang (5%)

3.2. Hình thái polyp theo phân loại Paris

Bảng 2. Tỷ lệ polyp theo phân loại hình thái polyp

Hình thái	0-Is	0-IIa	0-IIb	Tổng
n	28	11	1	40
Tỷ lệ %	70	27,5	2,5	100

lên. Sau đó dùng thông lọng trùm lấy đầu polyp. Hút hơi và siết từ từ để thông lọng ôm chặt lấy polyp. Nâng thông lọng xa khỏi thành đại tràng. Sau đó đạp pedal vàng và siết thông lọng từ từ cho đến khi polyp đứt hẳn. Luôn cố gắng cắt tổn thương nguyên khối.

Trường hợp không thể cắt tổn thương nguyên khối, cần cắt bằng phương pháp EMR từng phần (piecemeal) nhưng hạn chế tối đa số lượng mảnh cắt. Dùng kẹp hemoclip hoặc dùng Argon plasma để cầm máu những điểm chảy máu không tự cầm. Các polyp cắt ra đều được thu hồi để thử mô bệnh học.

Các trường hợp đánh giá đã cắt polyp hoàn toàn và mô bệnh học là carcinoma chưa xâm lấn lớp dưới niêm được theo dõi nội soi kiểm tra để đánh giá mô u sót/ tái phát. Đánh giá là có mô u sót /tái phát khi thấy ở vị trí sẹo loét xuất hiện lại mô u hoặc tổn thương niêm mạc và sinh thiết ra kết quả mô bệnh học tương tự như kết quả mô bệnh học của tổn thương đã được cắt.

Dữ liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 03/2018 đến tháng 06/2019, chúng tôi thực hiện cắt 40 polyp đại trực tràng kích thước từ 1cm trở lên ở 38 bệnh nhân bằng phương pháp cắt niêm mạc. Kết quả như sau:

Tỷ lệ nam/ nữ là 1,37:1

Tuổi nhỏ nhất là 42, lớn nhất là 84. Tuổi trung bình 66 ± 10

Lý do nội soi chủ yếu là đau bụng và rối loạn đại tiện (31,6% và 28,9%)

Kích thước lớn nhất 45mm, nhỏ nhất 10mm, trung bình $16,55 \pm 9,54$ mm

3.3. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 3. Tỷ lệ polyp theo phân loại mô bệnh học

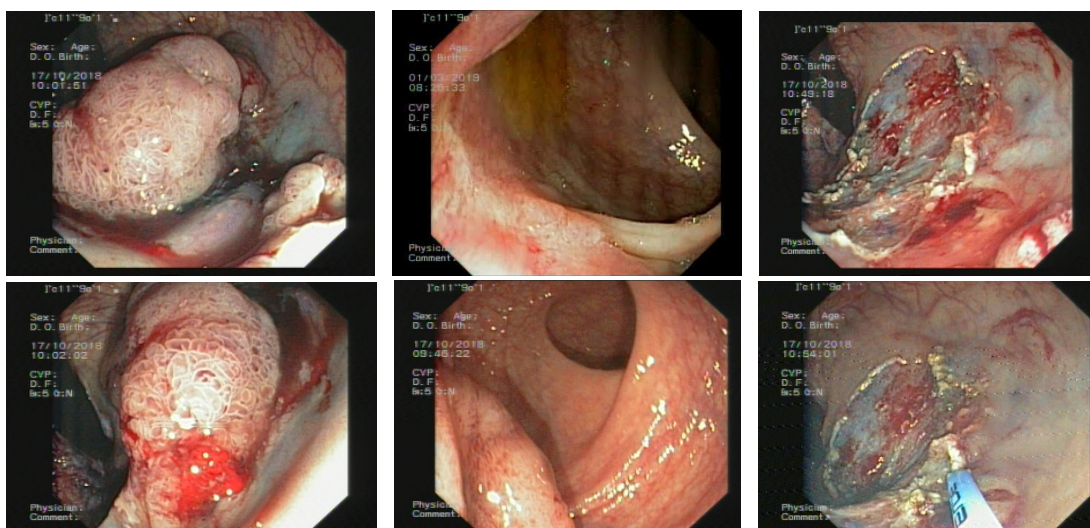
Mô bệnh học	N	Tỷ lệ %
U tuyến ống	6	15
U tuyến ống nhánh	19	47,5
U tuyến nhánh	8	20
Polyp tăng sản	3	7,5
Carcinoma tại chỗ	2	5
Carcinoma xâm lấn dưới niêm mạc	2	5
Tổng	40	100

Nhận xét: Mô bệnh học polyp trong nghiên cứu là u tuyến ống nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất (47,5%), kế đến là u tuyến nhánh (20%). Có 2 trường hợp carcinoma tại chỗ (5%) và 2 trường hợp carcinoma xâm lấn dưới niêm (5%).

Bảng 4. Tỷ lệ polyp theo mức độ loạn sản

Mức độ loạn sản	N	Tỷ lệ %
Không	3	8,3
Bậc thấp	27	75
Bậc cao	6	16,7
Tổng	36	100

Nhận xét: Loại trừ 4 trường hợp carcinoma, đa số các polyp có mức độ loạn sản bậc thấp (75%), có 6 trường hợp loạn sản bậc cao (16,7%)



Hình 1. Hình ảnh nội soi BN Nguyễn Công K., polyp trực tràng d# 25mm, ngay sát ống hậu môn cắt ngày 17/10/2018 (từ trái qua phải)

1. Polyp trước cắt nhìn thẳng; 2. nhìn quặt ngược; 3. Cắt EMR vị thế quặt ngược dây soi; 4. Hình mặt cắt; 5. Đốt vị trí chảy máu bằng APC; 6. Soi kiểm tra sẹo lành tốt

Trong nghiên cứu này, kỹ thuật cắt niêm mạc (EMR) nguyên khối thực hiện 80% trường hợp, EMR từng phần trong 20% trường hợp. Kết quả cắt hoàn toàn polyp trong 1 lần cắt là 35 ca (87,5%). 5 trường hợp cắt không hoàn toàn trong lần đầu (12,5%), 2 trường hợp ung thư xâm lấn dưới niêm được phẫu thuật, 3 trường hợp còn lại được cắt lần 2 trong 1 tuần. Sau lần cắt 2 thì 38 polyp đều cắt được hoàn toàn qua nội soi (95%). Chỉ ghi nhận có biến chứng chảy máu trong thủ thuật, chiếm tỷ lệ 17,5% (7/40). Tất cả trường hợp biến chứng đều xử lý cầm máu thành công qua nội soi, không cần truyền máu: 57,1% cầm máu bằng hemoclip; 28,6%

bằng đốt argonplasma; 14,3% bằng chích cầm máu. Không ghi nhận biến chứng thủng và các biến chứng muộn sau thủ thuật. Thời gian theo dõi sau cắt trung bình là 7 ± 3 tháng, dài nhất 15 tháng, ngắn nhất 3 tháng. Tỷ lệ mô u sót/tái phát chung là 5,3% (2/38 polyp). Tỷ lệ mô u sót/tái phát trong nhóm EMR nguyên khối: 0% (0/32 polyp). Tỷ lệ mô u sót/tái phát trong nhóm EMR từng phần: 33,3% (2/6 polyp)

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy polyp ĐTT không cuống kích thước ≥ 10 mm cũng có xu hướng tăng dần theo tuổi từ khoảng gần 50 tuổi và đạt tỷ lệ cao ở khoảng 70 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ tương tự như polyp ĐTT nói chung.

Vị trí polyp hay gặp nhất là trực tràng (32,5%), kế đến là đại tràng sigma (25%). Nghiên cứu của Bergman (32,39%), Carvalho (37%) cũng cho kết quả tương tự. Kích thước trung bình của polyp là $16,55 \pm 9,54$ mm, kích thước nhỏ nhất 10mm, lớn nhất 45mm.

Tỷ lệ polyp theo phân loại hình thái 0-Is, 0-IIa, 0-IIb lần lượt là 70%; 27,5% và 2,5%. Về mô bệnh học của polyp trong nghiên cứu, u tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (82,5%), trong đó cao nhất là u tuyến ống nhánh (47,5%), kế đến là u tuyến nhánh (20%), carcinoma tuyến chiếm tỷ lệ 10%.

Tỷ lệ EMR nguyên khối trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 80%, EMR từng mảnh 20%. So sánh với nghiên cứu khác:

Tác giả	EMR nguyên khối	EMR từng mảnh
Belle	58%	24%
Bergman	50,7%	49,3%
Carvalho	13,7%	86,3%

Như vậy, tỷ lệ EMR nguyên khối của chúng tôi cao hơn so với các tác giả nước ngoài [2-4]. Tỷ lệ cắt polyp hoàn toàn trong lần 1 là 87,5%, tỷ lệ cắt hoàn toàn trong lần 2 là 95%. Tỷ lệ cắt hoàn toàn cuối cùng của chúng tôi tương đương tỷ lệ của Belle (98,8%), cao hơn của Bergman (94%), Carvalho (92,3%) [2-4]. Sự khác biệt này có thể do kích thước polyp trong nghiên cứu của Bergman lớn hơn, và tỷ lệ EMR từng mảnh của tác giả này cao hơn [3]. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy polyp có kích thước ≥ 20 mm có nguy cơ cắt không hoàn toàn trong lần 1 cao hơn 5,8 lần so với polyp < 20 mm ($p=0.001$). Chưa thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí polyp, hình thái polyp và bề mặt polyp với kết quả cắt ($p>0,05$). Tỷ lệ cắt hoàn toàn trong lần 1 của EMR nguyên khối cao hơn của EMR từng mảnh ($p=0,0001$) và chảy máu trong thủ thuật gặp nhiều hơn ở nhóm cắt không hoàn toàn trong lần đầu ($p=0,030$).

Nghiên cứu chỉ ghi nhận có biến chứng chảy máu trong thủ thuật, chiếm tỷ lệ 17,5%, không ghi nhận biến chứng thủng và các biến chứng muộn khác. Các trường hợp chảy máu đều can thiệp cầm máu được qua nội soi mà không cần truyền máu hay phẫu thuật. Nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đều

cho thấy chảy máu là biến chứng thường gặp nhất của EMR polyp ĐTT với tỷ lệ khoảng 1,4 - 18% [2][6]. Như vậy, tỷ lệ biến chứng chảy máu trong nghiên cứu nằm trong giới hạn chấp nhận được.

Thời gian theo dõi sau cắt của chúng tôi trung bình là 7 ± 3 tháng. Tỷ lệ sót mô u / tái phát sau cắt chung là 5,3%, trong nhóm EMR nguyên khối là 0%, từng phần là 33,3%. Tỷ lệ sót mô u / tái phát của chúng tôi cũng nằm trong giới hạn của y văn thế giới khoảng 0 - 46% [2][6]. Sốt mô u / tái phát trong nhóm EMR từng phần chỉ có 2 trường hợp nhưng do số ca cắt từng phần của chúng tôi ít, chỉ 8 ca nên làm tỷ lệ tăng cao. Hai trường hợp này là polyp kích thước ≥ 30 mm, thuộc nhóm adenoma tiến triển, phải EMR từng phần và cắt trong 2 lần mới lấy hết được u.

5. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi điều trị polyp không cuống kích thước lớn hiệu quả cao và tương đối an toàn, có thể áp dụng rộng rãi kỹ thuật này ở những bệnh viện có điều kiện nhân lực và phương tiện phù hợp tại Việt Nam. Cần theo dõi sát mô bệnh học và đánh giá mô u sót / tái phát để có hướng xử trí phù hợp tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Nhân, Nguyễn Tạ Quyết (2015), “Kết quả sớm kỹ thuật cắt niêm mạc điều trị polyp không cuống đại

trực tràng qua nội soi”, Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, phụ bản chuyên đề nội soi tiêu hóa. 19(5), tr. 79 - 83

2. Belle S. (2014), "Recurrence after endoscopic mucosal resection - therapy failure?", *Int J Colorectal Dis.* 29, tr. 209 - 215.
3. Bergmann U. (2003), "Endoscopic mucosal resection for advanced non - polypoid colorectal adenoma and early stage carcinoma", *Surg. Endoscopy.* 17, tr. 475 - 479
4. Carvalho R. và cộng sự. (2013), "Endoscopic mucosal resection of large colorectal polyps: prospective evaluation of recurrence and complications", *Acta Gastro-Enterologica Belgica.* LXXVI April-June, tr. 225 - 229
5. Hassan C. và cộng sự (2009), "Systematic review: distribution of advanced neoplasia according to polyp size at screening colonoscopy", *Aliment Pharmacol Ther.* 31, tr. 210-217.
6. Kim Hyung Hun và cộng sự (2012), "Risk factors for incomplete resection and complications in endoscopic mucosal resection for lateral spreading tumors", *Digestive Endoscopy.* 24, tr. 259 - 266.
7. Waye J. D. và Hofstad B. (2009), "Colon polyps: Prevalence rates, Incidence Rates and Growth Rates", trong *Colonoscopy Principles and Practice*, Waye J. D. chủ biên, Willey- Blackwell publishing Ltd, Singapore, tr. 358 - 378