

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC LỚN
BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT HỚT NIÊM MẠC QUA NỘI SOI
TẠI BỆNH VIỆN 19-8, BỘ CÔNG AN**

Nguyễn Việt Dũng^{1}, Cao Hồng Phúc², Dương Hồng Thái³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và yếu tố liên quan đến kết quả cắt polyp đại trực tràng (ĐTT) kích thước lớn bằng phương pháp EMR. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu 54 polyp ĐTT kích thước lớn của 45 bệnh nhân (BN) điều trị tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. Phân loại nội soi theo Paris và JNET, phân loại mô bệnh học theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Đánh giá kết quả, tính an toàn của kỹ thuật EMR tại thời điểm nằm viện và sau 3 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ chảy máu là 13%, không có trường hợp nào thủng ĐTT hoặc hội chứng sau cắt. Kết quả điều trị tốt đạt 68,5%, gặp nhiều hơn với các polyp đại tràng Sigma, kích thước từ 20 - < 30mm, hình thái 0-Isp, JNET 2A và loạn sản độ thấp. **Kết luận:** EMR là phương pháp an toàn, có hiệu quả trong điều trị polyp ĐTT kích thước lớn tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. Vị trí, kích thước, hình ảnh đại thể, mô bệnh học polyp ảnh hưởng kết quả cắt polyp ĐTT kích thước lớn bằng phương pháp EMR.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng; EMR; Bệnh viện 19-8, Bộ Công an.

**TREATMENT RESULTS OF LARGE COLORECTAL POLYP
USING ENDOSCOPIC MUCOSA RESECTION METHOD
AT 19-8 HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY**

Abstract

Objectives: To evaluate results and related factors of large colorectal polypectomy using EMR method. **Methods:** A prospective study of 54 large colorectal polyps of 45 patients at 19-8 Hospital, Ministry of Public Security.

¹Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

²Khoa Y học quân binh chủng, Học viện Quân y

³Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Việt Dũng (dungnguyenviet198@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/10/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 28/11/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i1.550>

Macroscopic images of polyps were evaluated according to the Paris and JNET classification, and histopathology was evaluated according to the WHO classification. Evaluate results during hospital stay and after three months. **Results:** The bleeding rate was 13%, with no case of colon perforation or post polypectomy syndrome. Good results are 68.5%, more common with sigmoid colon polyps, size from 20 - < 30mm, morphology 0-Isp, JNET 2A, and low-grade dysplasia. **Conclusion:** EMR is a safe, effective method in treating large colorectal polyps at 19-8 Hospital, Ministry of Public Security. Location, size, and morphology of polyp affect the results of polyp removal using the EMR.

Keywords: Colorectal polyps; EMR; 19-8 Hospital, Ministry of Public Security.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hầu hết ung thư ĐTT tiến triển từ polyp, nhất là polyp kích thước lớn. Cắt polyp qua nội soi là biện pháp phòng ngừa ung thư ĐTT có hiệu quả, làm giảm 90% tỷ lệ bệnh mới mắc [1, 2]. Nhiều phương pháp để loại bỏ polyp ĐTT như phẫu thuật, cắt polyp qua nội soi bằng kim hay thông lộng điện. Sự ra đời và phát triển của các kỹ thuật can thiệp trong điều trị polyp ĐTT đã và đang đem lại những kết quả tích cực như kỹ thuật cắt hút niêm mạc (EMR), cắt tách niêm mạc qua nội soi (ESD) là các kỹ thuật can thiệp tối thiểu điều trị các ung thư giai đoạn sớm và các loạn sản tiến triển của đường tiêu hóa. Tại Việt Nam, phương pháp EMR và ESD đang dần được áp dụng rộng rãi và có những đánh giá nhất định về tính hiệu quả của từng phương pháp. ESD cho phép cắt bỏ được tổn thương kích thước lớn, giới hạn ở lớp niêm mạc đường tiêu hóa; tuy nhiên, ESD đòi hỏi khắt khe về kỹ thuật, thời gian

can thiệp kéo dài, tỷ lệ tai biến, biến chứng cao. Cắt polyp qua nội soi bằng phương pháp EMR có ưu điểm cắt trọn được tổn thương, giảm nguy cơ thủng đại tràng, thời gian can thiệp ngắn, tỷ lệ tai biến thấp, chi phí hợp lý, dễ áp dụng và thực hành trong các cơ sở y tế, được khuyến cáo áp dụng cho cắt polyp kích thước lớn [3, 4]. Hiện tại, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả cắt polyp kích thước lớn > 20mm bằng phương pháp EMR tại Việt Nam chưa được công bố nhiều, vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả và yếu tố ảnh hưởng kết quả cắt polyp ĐTT kích thước lớn bằng phương pháp EMR tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

* *Đối tượng nghiên cứu:* 45 BN với 54 polyp, được điều trị nội trú tại Khoa Nội tiêu hoá, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an từ tháng 01/2022 - 9/2023.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN có polyp ĐTT kích thước lớn ($\geq 20\text{mm}$); có hình thái Paris tít 0-Isp, 0-Is, 0-II, 0-III, hình thái JNET tít 1, 2A, 2B; mô bệnh học trước cắt là polyp tuyến; BN tuân thủ quy trình điều trị; đủ hồ sơ theo dõi sau 24 giờ, 3 tháng; đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có các chống chỉ định cắt polyp ĐTT hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiến cứu.

* *Các bước nghiên cứu*: Lựa chọn BN, khám lâm sàng, thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng, nội soi cắt polyp theo phương pháp EMR, theo dõi kết quả điều trị sau cắt polyp 3 tháng.

Chỉ định EMR: Theo hướng dẫn tiếp cận cắt polyp ĐTT của Hội Nội soi tiêu hóa châu Âu (ESGE)-2017 [3].

Mô tả kỹ thuật: Sau khi đã xác định được tổn thương, dùng nước muối sinh lý có pha với epinephrine và dung dịch xanh methylene tiêm vào lớp dưới niêm mạc đại - trực tràng để nâng lớp niêm mạc lên khỏi lớp dưới niêm, giảm nguy cơ thủng và chảy máu; kỹ thuật này cũng nhằm đánh giá tổn thương còn khu trú ở lớp niêm mạc hay đã xâm lấn xuống lớp cơ (dấu hiệu không nâng được lớp niêm mạc). Dùng thông lọng điện thắt quanh tổn thương hoặc cắt từng mảnh (phụ thuộc vào

kích thước tổn thương), sau đó thực hiện cắt đốt điện.

Chỉ tiêu nghiên cứu và cách xác định:

- Vị trí polyp: Theo giải phẫu đại tràng.
- Kích thước polyp: Tính theo đường kính chỗ lớn nhất của polyp.
- Hình thái polyp trên nội soi: Theo phân loại Paris-2002 và phân loại JNET [12].

- Hình thái mô bệnh học polyp (theo WHO-2019 [13]): Tỷ lệ các tai biến như chảy máu, thủng, hội chứng sau cắt. Kết quả điều trị gần (trong thời gian nằm viện) được đánh giá như sau [5]:

Tốt: Cắt polyp trọn một mảnh, không chảy máu, không thủng.

Đạt: Cắt polyp nhiều mảnh, có chảy máu nhưng cầm được qua nội soi, có hội chứng sau cắt polyp nhưng điều trị nội khoa có kết quả, không có biến chứng thủng.

Không đạt: Có chảy máu và/hoặc thủng nhưng không khắc phục được qua can thiệp nội soi và phải chuyển phẫu thuật.

Kết quả nội soi sau 3 tháng [5]:
Tốt: Niêm mạc bình thường hoặc có sẹo loét tại vị trí cắt; không tốt: Polyp còn sót hoặc tái phát tại chỗ.

* *Xử lý số liệu*: Số liệu được biểu diễn dưới dạng số lượng, tỷ lệ phần trăm, so sánh các tỷ lệ bằng phép tính. Khi bình phương, p được gọi là có ý nghĩa thống kê khi $< 0,05$. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

3. Đạo đức nghiên cứu: BN được thông báo rõ về nội dung và mục tiêu nghiên cứu, tình nguyện tham gia nghiên cứu mà không chịu sức ép hoặc ràng buộc. BN có quyền rời bỏ nghiên cứu bất cứ lúc nào. Các biện pháp nghiên cứu không gây thiệt hại sức khỏe BN. Các biện pháp điều trị đã được phê duyệt của Bệnh viện

19-8, Bộ Công an và nằm trong quy trình điều trị. Tất cả BN đều được áp dụng điều trị như nhau và giống các BN không nằm trong nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ quy định nghiên cứu trên người của Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. Chúng tôi xin cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm polyp.

	Đặc điểm	Số lượng (n = 54)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Đại tràng lên	1	1,9
	Đại tràng góc gan	7	13,0
	Đại tràng ngang	1	1,9
	Đại tràng xuống	8	14,8
	Đại tràng Sigma	20	37,0
	Trực tràng	17	31,4
Kích thước (mm)	20 - < 30	38	70,4
	30 - < 50	12	22,2
	≥ 50	4	7,4
Hình thái (phân loại Paris)	0-Isp	23	42,6
	0-Is	25	46,3
	0-IIa	6	11,1
Hình thái (phân loại JNET)	2A	44	81,5
	2B	10	18,5
Mô bệnh học (trước EMR)	Loạn sản thấp	51	94,4
	Loạn sản cao	3	5,6
Mô bệnh học (sau EMR)	Loạn sản thấp	43	79,6
	Loạn sản cao	7	13,0
	Ung thư	4	7,4

Tỷ lệ polyp nhiều nhất ở đại tràng Sigma (37%), kích thước 20 - < 30mm (70,4%), hình thái Is (46,3%) và JNET 2A (81,5%). Về mô bệnh học, kết quả sinh thiết trước EMR, tỷ lệ polyp có loạn sản thấp gặp 94,4%, loạn sản cao là 5,6%, không có trường hợp nào ung thư. Kết quả mô bệnh sau EMR gặp 7,4% ung thư.

Bảng 2. Kỹ thuật cắt và tai biến sau cắt polyp.

Kỹ thuật cắt và tai biến		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Kỹ thuật cắt	Một mảnh	42	77,8	
	Nhiều mảnh	12	22,2	
Chảy máu	Có	Trong can thiệp	6	11,1
		Sau can thiệp	1	1,9
	Không	47	73,0	
Thủng đại tràng	Có	0	0	
	Không	54	100	
Hội chứng sau cắt	Có	0	0	
	Không	54	100	

Tỷ lệ cắt một mảnh là chủ yếu (77,8%). Tỷ lệ chảy máu trong can thiệp là 11,1%, chảy máu sau can thiệp là 1,9%. Không có trường hợp nào thủng và hội chứng sau cắt.

Bảng 3. Kết quả cắt polyp.

Kết quả điều trị		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trong thời gian nằm viện	Tốt	37	68,5
	Đạt	17	31,5
	Không đạt	0	0
Sau 3 tháng	Tốt	53	98,1
	Không tốt	1	1,9

Sau cắt polyp, kết quả tốt là chủ yếu (68,5%), sau 03 tháng kết quả đa phần là tốt (98,1%), chỉ có 1 trường hợp kết quả không tốt do sót tổn thương (1,9%).

Bảng 4. Yếu tố ảnh hưởng kết quả cắt polyp.

Yếu tố ảnh hưởng		Kết quả		P
		Tốt (n, %)	Đạt (n, %)	
Vị trí polyp	ĐT lên	Có	01 (100)	> 0,05
		Không	36 (67,9)	
	ĐT góc gan	Có	05 (71,4)	> 0,05
		Không	32 (68,1)	
	ĐT ngang	Có	0 (0)	> 0,05
		Không	37 (69,8)	
	ĐT xuống	Có	06 (75,0)	> 0,05
		Không	31 (67,4)	
	ĐT Sigma	Có	18 (90,0)	< 0,05
		Không	19 (55,9)	
	Trực tràng	Có	07 (41,2)	< 0,05
		Không	30 (81,1)	
Kích thước polyp (mm)	20 - < 30	31 (81,6)	7 (18,4)	< 0,01
	30 - < 50	6 (50)	6 (50)	
	≥ 50	0 (0)	4 (100)	
Hình thái polyp (phân loại Paris)	0-Isp	20 (86,9)	3 (23,1)	< 0,05
	0-Is	15 (60)	10 (40)	
	0-IIa	2 (33,3)	4 (66,7)	
Hình thái polyp (phân loại JNET)	2A	34 (77,3)	10 (22,7)	< 0,05
	2B	3 (30)	7 (70)	
Mô bệnh học (trước EMR)	Loạn sản thấp	37 (72,5)	14 (27,5)	< 0,05
	Loạn sản cao	0 (0)	3 (100)	

Kết quả mức độ tốt chủ yếu với polyp ở đại tràng Sigma (90%), kích thước 20 - < 30 mm (81,6%), hình thái 0-Isp (86,9%), JNET 2A (77,3%) và mô bệnh học loạn sản độ thấp (72,5%).

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy polyp ở đại tràng Sigma là chủ yếu (37%), tiếp theo ở trực tràng (31,5%), phù hợp với nhiều nghiên cứu [6, 7]. Đây cũng chính là hai vị trí có tỷ lệ ung thư ĐTT cao nhất [8]. Về kích thước polyp, chủ yếu gặp nhóm từ 20 - < 30mm (70,4%), đặc biệt có 4 polyp > 50mm (7,4%), trong đó, có 3 trường hợp có kết quả mô bệnh học (MBH) trước cắt là loạn sản độ cao, nhưng MBH sau cắt là ung thư. Vì vậy, với polyp kích thước to, xét nghiệm MBH sau cắt là bắt buộc vì có tỷ lệ nhất định do kết quả sinh thiết trước cắt không bắt được tổn thương ác tính. Ngoài ra, cần phải đánh giá cụ thể hơn MBH diện cắt để có hướng theo dõi và điều trị tiếp theo.

Kết quả của chúng tôi khá tích cực, tỷ lệ cắt EMR nguyên khối đạt 77,8%, tỷ lệ chảy máu (13,0%), chủ yếu chảy máu trong quá trình can thiệp (11,1%) nên đã được cầm máu kịp thời, không gặp trường hợp nào thủng hoặc hội chứng sau cắt. Kết quả tốt đạt 68,5%, tương tự nghiên cứu khác [9]. Sau 3 tháng, chỉ gặp 1 trường hợp (1,9%) còn sót tổn thương, chưa có trường hợp nào tái phát. Trường hợp polyp sót này được chúng tôi cắt tiếp lần 2, có kết quả tốt, hiện tại vẫn tiếp tục theo dõi. Tuy nhiên, do hạn chế về thời gian nên chưa đủ để khẳng định được kết quả

lâu dài có tái phát hay không bởi nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái phát muộn khoảng 4% ở nhóm cắt nguyên khối và 22,1% ở nhóm cắt từng phần [10].

Về yếu tố ảnh hưởng kết quả cắt polyp, chúng tôi nhận thấy polyp đại tràng Sigma có kết quả tốt nhất so với vị trí khác ($p < 0,05$). Điều này có thể do khi nội soi ĐTT, nếu dây soi được làm thẳng thì khoảng cách từ hậu môn tới đại tràng Sigma sẽ không quá ngắn như ở trực tràng hoặc không quá dài như các vị trí khác; từ đó, giúp bác sĩ nội soi thao tác thuận lợi nên ít nguy cơ chảy máu hoặc thủng hơn. Về kích thước polyp, với kết quả cắt polyp tốt nhất ở polyp < 30mm (81,6%), giảm dần khi kích thước polyp tăng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Mặc dù đã trang bị thông lọng kích thước lớn cũng như các bác sĩ khi thực hiện cắt polyp đều có ít nhất trên 5 năm kinh nghiệm nhưng thực tế, việc loại bỏ polyp ĐTT với số lần cắt tối thiểu và hạn chế chảy máu vẫn là thách thức, đây cũng là nhược điểm chính của phương pháp EMR đối với polyp có kích thước lớn (> 50mm). Các trường hợp này có thể thay thế bởi khả năng cắt nguyên khối ESD nhưng đòi hỏi khắt khe về kỹ thuật, thời gian can thiệp kéo dài, tỷ lệ tai biến, biến chứng cao hơn [11]. Về đặc điểm hình thái,

polyp theo phân loại Paris và JNET liên quan với kết quả cắt polyp, nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ đạt kết quả tốt cao hơn ở nhóm 0-Isp (86,9%), JNET 2A (77,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này là phù hợp bởi các polyp dạng 0-Isp là những polyp bán cuống, nguy cơ xâm lấn xuống lớp dưới thấp hơn nên việc thực hiện cắt polyp 1 lần dễ hơn so với tổn thương dạng phẳng (0-Is hoặc 0-IIa) vì các tổn thương này khó bắt trọn được hết polyp trong một lần, hơn nữa nếu cắt 1 lần ở polyp to sẽ tăng nguy cơ thủng ĐTT. Về đặc điểm MBH trước cắt với kết quả cắt polyp, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt kết quả tốt cao hơn có ý nghĩa ở nhóm loạn sản độ thấp so với loạn sản độ cao ($p < 0,05$), kết quả này là phù hợp bởi loạn sản độ cao có nguy cơ xâm lấn sâu hơn, thực tế trong nghiên cứu này, cả 3 trường hợp loạn sản độ cao trước thủ thuật đều có kết quả MBH sau thủ thuật là ung thư.

KẾT LUẬN

Từ các kết quả nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Kết quả điều trị tốt (68,5%), tỷ lệ chảy máu (13,0%), chủ yếu chảy máu trong quá trình can thiệp (11,1%), không gặp trường hợp nào thủng đại tràng hoặc hội chứng sau cắt. Sau 03 tháng nội soi lại chỉ có 1,9% sót tổn thương.

Kết quả điều trị tốt hơn khi polyp ở đại tràng Sigma, kích thước 20 - < 30mm, có hình thái 0-Isp, JNET 2A và mô bệnh học loạn sản độ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh. Nghiên cứu phân bố polyp tuyến đại - trực tràng theo vị trí và kích thước của polyp. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2007; 17(4):242-247.
2. Thái Thị Hồng Nhung, Trịnh Đăng Khoa. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và đánh giá kết quả cắt đốt polyp đại trực tràng qua nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019: 22-25.
3. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy*. 2017; 49(3):270-297.
4. Fyock CJ and Draganov PV. Colonoscopic polypectomy and associated techniques. *World J Gastroenterol*. 2010; 16(29):3630-3637.
5. Đỗ Thị Oanh. Đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp đại trực tràng qua nội soi bằng máy cắt đốt cao tần tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Luận văn chuyên khoa cấp II*. Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên. 2017.

6. Nguyễn Tạ Quyết, Lê Quang Nhân. Kết quả sớm kỹ thuật cắt niêm mạc điều trị Polyp không cuống đại trực tràng qua nội soi. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2015; 19(5):18-21.
7. Asadzadeh Aghdaei, H, Nazemalhosseini Mojarad E, et al. Polyp detection rate and pathological features in patients undergoing a comprehensive colonoscopy screening. *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2017; 8(1):3-10.
8. Park, DH, Kim HS, Kim WH, et al. Clinicopathologic characteristics and malignant potential of colorectal flat neoplasia compared with that of polypoid neoplasia. *Dis Colon Rectum*. 2008; 51(1):43-9.
9. Santos CE, Malaman D and Pereira-Lima JC. Endoscopic mucosal resection in colorectal lesion: A safe and effective procedure even in lesions larger than 2 cm and in carcinomas. *Arq Gastroenterol*. 2011; 48(4):242-7.
10. Moss A, Williams SJ, Hourigan LF, et al. Long-term adenoma recurrence following wide-field endoscopic mucosal resection (WF-EMR) for advanced colonic mucosal neoplasia is infrequent: Results and risk factors in 1000 cases from the Australian Colonic EMR (ACE) study. *Gut*. 2015; 64(1):57-65.
11. Saito Y, Uraoka T, Yamaguchi Y, et al. A prospective, multicenter study of 1111 colorectal endoscopic submucosal dissections (with video). *Gastrointest Endosc*. 2010; 72(6): 1217-1225.
12. Participants PW. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: Esophagus, stomach, and colon. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2022:58.
13. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. 2020; 76(2):182.