

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC DƯỚI 10 MM VÀ CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN POLYP U TUYẾN TRÊN NỘI SOI ÁNH SÁNG TRẮNG

Huỳnh Mạnh Tiến, Lê Đình Quang^{1,2}, Lê Quang Nhân²
Võ Hồng Minh Công³, Quách Trọng Đức^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ, các yếu tố dự đoán polyp u tuyến và vai trò dự đoán mô bệnh học (MBH) trên nội soi ánh sáng trắng (NSAST) ở bệnh nhân (BN) có polyp đại trực tràng (ĐTT) kích thước < 10 mm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 9/2020 - 03/2021, trong đó đối tượng tham gia nghiên cứu gồm các BN được nội soi phát hiện polyp < 10 mm. Trên NSAST, các đặc điểm lâm sàng và nội soi của polyp được thu thập, sau đó bác sĩ nội soi sẽ dự đoán MBH của polyp dựa vào kiểu dạng cấu trúc tuyến, mạch máu, màu sắc bề mặt. Polyp được phân thành 2 nhóm: Không tân sinh và tân sinh (u tuyến). Tất cả polyp được sinh thiết trọn và khảo sát MBH. Kết quả dự đoán sẽ được đối chiếu với kết quả MBH cuối cùng. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 298 BN (tuổi trung bình là $58,4 \pm 13,5$; tỷ lệ nam/nữ: 82/67) với 447 polyp kích thước < 10 mm. Trong 447 polyp, polyp u tuyến chiếm 55,2%. Phân tích hồi quy đa biến ghi nhận các yếu tố độc lập dự đoán polyp u tuyến bao gồm: ≥ 50 tuổi, dạng 0-Is, > 5 mm, vị trí ở đại tràng phải, với tỷ số chênh lần lượt là 2,4; 2,8; 2,4; 1,6. Dự đoán MBH trên NSAST có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác và diện tích dưới đường cong ROC lần lượt là 51,0%; 93,5%; 90,7%; 60,6%; 70,0% và 0,72%. **Kết luận:** Polyp u tuyến chiếm 55,2% trong các polyp ĐTT có kích thước < 10 mm. Các yếu tố độc lập dự đoán polyp u tuyến bao gồm: ≥ 50 tuổi, dạng 0-Is, > 5 mm, polyp ở đại tràng phải và NSAST có giá trị tương đối chính xác trong dự đoán MBH của polyp ĐTT kích thước < 10 mm.

* Từ khóa: Nội soi đại tràng; Polyp đại tràng; Polyp u tuyến; Mô bệnh học.

Clinical Characteristics and Risk Factors of Adenomas among Colorectal Polyps Measuring less than 10 mm Detected by White Light Endoscopy

Summary

Objectives: To investigate the prevalence, risk factors of colon adenomas, and the white light endoscopy (WLE) optical diagnosis in colorectal polyps measuring < 10 mm. **Subjects and methods:** A cross-sectional and descriptive study was conducted at University Medical Center

¹Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Người phản hồi: Huỳnh Mạnh Tiến (tienhuynh12794@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/4/2020

Ngày bài báo được đăng: 09/5/2021

between September 2020 and February 2021. Consecutive adult patients with polyps less than 10 mm in size were recruited. During the colonoscopy, clinical, endoscopic characteristics of polyps were collected. Subsequently, endoscopists predicted the histology of polyps in vivo. Based on the surface pattern, color and vessels, polyps were classified into two categories: non-neoplastic and neoplastic (adenoma) lesions. All polyps were then retrieved separately for blinded histological examination. Each optical diagnosis was compared to that in the final histopathology result. **Results:** The analysis included 298 patients (mean age: 58.4 ± 13.5 years; male-to-female ratio: 82:67) with 447 polyps smaller than 10 mm. Of 447 polyps, adenoma polyps comprised 55.2%. Through multivariate analysis, independent risk factors of colorectal adenoma included ≥ 50 years of age, shape (0-Is), polyp size > 5 mm, and the location at the right colon with an odds ratio of 2.4; 2.8; 2.4; 1.6, respectively. The sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and Area Under the Receiver Operating Characteristic (AUROC) of WLE optical diagnosis were 51.0%; 93.5%; 90.7%; 60.6%; 70.0%; 0.72%, respectively. **Conclusion:** Adenomas accounted for 55.2% of the colorectal polyps (< 10 mm). Independent risk factors comprised ≥ 50 years of age, shape (0-Is), polyp size > 5 mm, location at the right colon and WLE optical diagnosis had a modest accuracy in colorectal polyp measuring less than 10 mm.

* Keywords: Colonoscopy; Colorectal polyp; Adenomatous polyp; Endoscopic optical diagnosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những ung thư phổ biến nhất tại Việt Nam, hơn 95% trường hợp được phát hiện ở giai đoạn đã tiến triển xa và khó xử lý triệt để trên nội soi [3]. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định mối liên quan mật thiết giữa polyp u tuyến và UTĐTT [8]. Nội soi đại trực tràng (NSĐTT) là một công cụ hữu ích giúp phát hiện và loại bỏ polyp u tuyến, qua đó giúp làm giảm hơn 50% nguy cơ UTĐTT [8]. Mặt khác, phần lớn các polyp phát hiện trong quá trình NSĐTT có kích thước < 10 mm, trong đó 50 - 80% là polyp u tuyến, chỉ có 0,3 - 0,8% là các polyp u tuyến nguy cơ cao [6, 7, 9]. Vì vậy, việc loại bỏ toàn bộ các polyp bao gồm cả nhóm không tân sinh sẽ làm gia tăng gánh nặng về kinh tế y tế và biến chứng thủ thuật không mong muốn. Nhiều kỹ thuật nội soi hình ảnh tăng

cường (NSHATC) (Image Enhancement Endoscopy) ra đời gần đây đã giúp nhận diện sớm, chính xác hơn nhóm polyp nguy cơ [9]. Tuy nhiên, do trở ngại về giá thành thiết bị và yêu cầu đội ngũ chuyên sâu nên các công nghệ trên vẫn chưa được áp dụng rộng rãi trong cộng đồng. Dự đoán MBH của polyp dựa trên các đặc điểm lâm sàng, đặc điểm nội soi của polyp (vị trí, kích thước, hình dạng) và kiểu cấu trúc tuyến, mạch máu, màu sắc bề mặt của polyp trên NSAST vẫn đóng vai trò nền tảng. Ở Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu và chiến lược xử trí cụ thể dành cho nhóm polyp kích thước < 10 mm. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: *Xác định tỷ lệ, các yếu tố nguy cơ độc lập dự đoán polyp u tuyến và vai trò dự đoán MBH trên NSAST ở BN có polyp đại trực tràng kích thước < 10 mm.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

298 BN được NSĐTT phát hiện polyp kích thước < 10 mm từ 9/2020 - 3/2021 tại Khoa Nội soi, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Tổng số có 447 polyp được nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: ≥ 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, NSĐTT phát hiện polyp kích thước < 10 mm, các polyp được lấy trọn qua nội soi để đánh giá MBH.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có chống chỉ định với NSĐTT, NSĐTT chỉ phát hiện polyp kích thước ≥ 10 mm, không sinh thiết trọn polyp và mất mẫu MBH.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Cắt ngang mô tả, chọn mẫu liên tiếp.

* *Cách thức tiến hành*:

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu được hỏi tiền sử bản thân, gia đình, thói quen hút thuốc và uống rượu, sau đó được đo chiều cao, cân nặng.

- Sử dụng hệ thống máy nội soi đại tràng ống mềm Olympus Evis EXERA III CV 190 (Nhật Bản) khảo sát các đặc điểm của polyp:

+ Vị trí: Đại tràng phải (manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang) và đại tràng trái (trực tràng, đại tràng chậu hông và đại tràng xuống) [7].

+ Kích thước: Đo theo chiều ngang, ước đoán bằng cách mở hết mức kim sinh thiết có độ mở khoảng 8 mm.

+ Hình dạng đại thể (theo phân loại hệ thống Paris): 0-Ip: Tổn thương có cuống; 0-Is: Tổn thương không có cuống (nhô lên > 2,5 mm tương đương bề cao kim

sinh thiết so với bề mặt); 0-IIa: Tổn thương nhô lên < 2,5 mm; 0-IIb: Tổn thương dạng phẳng; 0-IIc: Tổn thương lõm nhẹ trên bề mặt và 0-III: Tổn thương dạng loét [8].

- Khảo sát kiểu cấu trúc tuyến, mạch máu và màu sắc bề mặt của polyp giúp dự đoán MBH trên NSAST [10]:

+ Polyp không tân sinh (non-neoplastic polyp): Cấu trúc tuyến tròn đều có chấm đậm màu ở trung tâm; mạng lưới mạch máu ít, rời rạc; màu sắc tương đồng niêm mạc xung quanh.

+ Polyp u tuyến (adenomatous polyp): Cấu trúc tuyến dạng vòng, dạng bầu dục, dạng đường, dạng cuộn não; mạng lưới mạch máu dày đặc; màu sắc polyp đậm màu hơn niêm mạc xung quanh.

+ Polyp được lấy toàn bộ bằng kim sinh thiết hoặc thông lọng điện. Mẫu bệnh phẩm được cố định bằng dung dịch formol 10%, nhuộm Hemotoxyline Eosin (HE), Periodic Acid Schiff (PAS). Kết quả MBH được phân loại theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) (2010) [8]. Polyp u tuyến nguy cơ cao là polyp có kết quả MBH có thành phần nhánh, ống nhánh hoặc loạn sản độ cao.

* *Phân tích và xử lý thống kê*: Dữ liệu được mã hóa, lưu trữ, phân tích bằng phần mềm SPSS (phiên bản 20.0, SPSS Inc, Chicago II) và kết quả được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê khi trị số $p < 0,05$. Sử dụng các phép đếm tần suất để mô tả tỷ lệ, giá trị trung bình. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương cho biến định tính và kiểm định hồi quy logistic cho biến định lượng. Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định yếu tố nguy cơ. Kiểm định Mann-Whitney để so sánh 2 nhóm kích thước.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung polyp ĐTT trong nghiên cứu.

Đặc điểm	Số lượng n (%)
Kỹ thuật sinh thiết	
Sinh thiết kèm	354 (79,2)
Cắt bằng thông lộng điện	93 (20,8)
Kích thước (mm): ($\bar{X} \pm SD$)	3,4 $\pm$ 1,9
Hình dạng	
0-IIa	282 (63,1)
0-Is	165 (36,9)
Phân bố	
Đại tràng phải	266 (59,6)
Đại tràng trái	181 (40,4)
Mô bệnh học	
Polyp tăng sản	85 (19,0)
Polyp viêm	114 (25,5)
Polyp u tuyến	247 (55,2)
U tuyến ống	243 (54,3)
U tuyến ống nhánh	4 (0,1)
U tuyến nhánh	0 (0,0)
Lympho	1 (0,2)
Mức độ loạn sản	
Không có loạn sản	200 (44,7)
Loạn sản độ thấp	241 (54,0)
Loạn sản độ cao	6 (1,3)
Carcinoma tại chỗ	0 (0,0)

Nghiên cứu khảo sát 298 BN (164 nam và 134 nữ), tuổi trung bình là $58,4 \pm 13,5$. Tổng cộng có 447 polyp; trong đó các polyp chủ yếu tập trung vị trí trực tràng và đại tràng chậu hông (45,4%); 2,2% (10/447) trường hợp polyp u tuyến nguy cơ cao (4 polyp u tuyến ống nhánh, 6 polyp u tuyến ống loạn sản độ cao).

Bảng 2: So sánh đặc điểm lâm sàng, nội soi của polyp không tân sinh và polyp u tuyến.

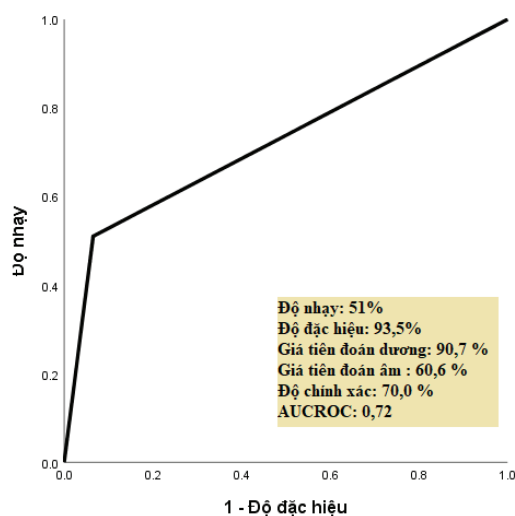
Thông số	Polyp u tuyến n (%)	Polyp không tân sinh n (%)	p
Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	61,1 $\pm$ 12,4	57,3 $\pm$ 14	0,002
Giới tính (Nam/Nữ)	140/107	116/84	0,86
Tiền sử UTĐTT	24 (9,9)	18 (9,2)	0,94
Tiền sử polyp ĐTT	69 (27,9)	55 (27,5)	1
Tiền sử GĐ UTĐTT	19 (7,7)	10 (5,0)	0,34
Hút thuốc lá	104 (42,1)	93 (46,5)	0,41
Uống rượu	96 (38,9)	91 (45,5)	0,19
BMI kg/m ² ($\bar{X} \pm SD$)	23,4 $\pm$ 2,8	23,2 $\pm$ 2,8	0,45
Nhóm kích thước 6 - 9 mm ≤ 5 mm	53 (21,5) 194 (78,5)	12 (6,0) 188 (94,0)	< 0,001
Hình dạng 0-IIa 0-Is	125 (50,6) 122 (49,4)	157 (78,5) 43 (21,5)	< 0,001
Vị trí Đại tràng phải Đại tràng trái	111 (44,9) 136 (55,1)	70 (35,0) 130 (65,0)	0,042

GĐUTĐTT: Gia đình có người trực hệ UTĐTT.

Bảng 3: Phân tích hồi quy logistic đa biến về yếu tố nguy cơ.

Yếu tố nguy cơ	Tỷ số chênh	95%CI	p
≥ 50 tuổi	2,4	1,4 - 3,9	< 0,001
Đại tràng phải	1,6	1,1 - 2,5	0,026
Kích thước (> 5 mm)	2,4	1,2 - 4,8	0,019
Dạng 0-Is	2,8	1,8 - 3,5	< 0,001

Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến để so sánh đặc điểm lâm sàng và nội soi của polyp u tuyến và polyp không tân sinh, ghi nhận các yếu tố nguy cơ của polyp u tuyến có ý nghĩa thống kê bao gồm lớn tuổi, kích thước > 5 mm, dạng 0-Is và vị trí ở đại tràng phải (bảng 2 và bảng 3).



Hình 1: Đường cong ROC trong tiên lượng polyp bằng NSAST.

(AUROC - Area Under the Receiver Operating Characteristic: Diện tích dưới đường cong ROC)

Bảng 4: Đối chiếu kết quả NSAST với kết quả mô bệnh học và giá trị dự đoán MBH của NSAST.

Dự đoán trên NSAST	Kết quả MBH		Tổng số
	Polyp u tuyến	Polyp không tân sinh	
Polyp u tuyến	126	13	139
Polyp không tân sinh	121	187	308
Tổng	247	200	447
Se, Sp, PPV, NPV, Acc (%) với 95%CI và hệ số Kappa	Se: 51,0 (44,6 - 57,4) Sp: 93,5 (88,1 - 96,5) PPV: 90,7 (85,0 - 94,3) NPV: 60,6 (57,4 - 63,7) Acc: 70,0 (65,5 - 74,2) Kappa: 0,42		

(* Se: Độ nhạy, Sp: Độ đặc hiệu, PPV: Giá trị tiên đoán dương, NPV: Giá trị tiên đoán âm, Acc: Độ chính xác, Kappa: Hệ số Cohen's kappa).

Giá trị dự đoán MBH của NSAST đối chiếu cùng với kết quả MBH được minh họa trong hình 1 và bảng 4. Khả năng dự đoán MBH của NSAST không khác biệt giữa vị trí polyp ở đại tràng trái và đại tràng phải ($p = 0,6$). Mặt khác, với độ nhạy (95%CI) của nhóm polyp ≤ 5 mm và polyp 6 - 9 mm lần lượt là 43,8% (36,7 - 51,1) và 77,4% (63,8 - 87,8), khả năng dự đoán MBH trên NSAST tốt hơn ở nhóm polyp kích thước 6 - 9 mm ($p < 0,001$).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, tỷ lệ polyp u tuyến là 55,2%, trong đó 21,5% (53/247) có kích thước 6 - 9 mm và 78,5% (194/247) có kích thước ≤ 5 mm. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của Yo Han Jeong và CS (58,2%) tại Hàn Quốc, nhưng lại thấp hơn kết quả của Quách Trọng Đức (89,8%) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và của Trần Minh Tuấn (69,9%) tại Bệnh viện Quân y 175 [2, 4, 7]. Sự khác biệt trên là do 2 nghiên cứu trong nước khảo sát trên cả nhóm polyp kích thước lớn và nhỏ, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung ở nhóm < 10 mm. Tuổi trung bình của đối tượng có polyp u tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi là $61,1 \pm 12,3$ tuổi và polyp u tuyến nguy cơ cao là $62 \pm 10,3$ tuổi; cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có polyp không tân sinh là $57,3 \pm 14$ ($p = 0,002$). Tuổi của nhóm có polyp u tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức (55 ± 17 tuổi), nhưng tương đồng với Yo Han Jeong và CS ($61,2 - 65$ tuổi) [2, 7]. Điều này có thể do quá trình biến đổi từ tổn thương tiền ung thư sang ung thư, phụ thuộc vào thời gian và tương quan với kích thước nên các polyp u tuyến, đặc biệt polyp u tuyến nguy cơ cao kích thước nhỏ, thường gặp ở nhóm lớn tuổi hơn [6].

Phân tích hồi quy đa biến ghi nhận các yếu tố nguy cơ độc lập của polyp u tuyến là ≥ 50 tuổi, kích thước > 5 mm, vị trí ở đại tràng phải, dạng 0-Is với tỷ số chênh (TSC) lần lượt là 2,4; 2,4; 1,6; 2,8. Sở dĩ chúng tôi chọn mốc tuổi 50 vì có nhiều khuyến cáo cho rằng nên tầm soát UTĐTT ≥ 50 tuổi. Nghiên cứu của Quách Trọng Đức cũng ghi nhận các yếu tố nguy

cơ polyp u tuyến bao gồm tuổi, vị trí, kích thước u [2]. Trần Minh Tuấn và CS cũng kết luận có mối liên quan giữa đặc điểm polyp với MBH nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [4]. Tại Việt Nam, nếu lấy mốc NSĐTT tầm soát ≥ 50 tuổi thì có thể bỏ sót 25% trường hợp UTĐTT, nhưng nếu lấy mốc ≥ 40 tuổi thì vẫn còn 9% trường hợp chưa được phát hiện kịp thời [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi BN nhỏ nhất mắc polyp u tuyến nguy cơ cao là 22 tuổi. Vì vậy, chương trình tầm soát UTĐTT tại Việt Nam nên bắt đầu ở ngưỡng tuổi thấp hơn và các polyp gặp ở người trẻ nếu nghi ngờ cũng cần được đánh giá thận trọng. Trong tương lai, cần nhiều nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để xác định ngưỡng tuổi phù hợp cho hướng dẫn tầm soát UTĐTT.

Trong nghiên cứu chúng tôi, đại tràng chậu hông và trực tràng là nơi thường gặp polyp nhất với gần 1/2 trường hợp là polyp không tân sinh. Hơn 95% các polyp không tân sinh này có kích thước ≤ 5 mm. Nói cách khác, một polyp ≤ 5 mm ở đại tràng chậu hông và trực tràng hiếm khi có tiềm ẩn ác tính. Mặc dù đại tràng phải thường là vị trí dễ gặp nhất các polyp u tuyến (60%), nhưng 90% (9/10) các polyp u tuyến nguy cơ cao trong nghiên cứu của chúng tôi lại tập trung ở đại tràng chậu hông và trực tràng. Điều này cũng đã được ghi nhận tương tự qua các nghiên cứu trong và ngoài nước khác [1, 5, 7]. Khi nghiên cứu trên 1.033 trường hợp UTĐTT, Quách Trọng Đức cũng ghi nhận đại tràng trái, đặc biệt đại tràng chậu hông và trực tràng là nơi thường gặp các tổn thương UTĐTT nhất [3]. Vì vậy, đại tràng trái vừa là vị trí các polyp không tân sinh chiếm ưu thế nhưng cũng là nơi tiềm ẩn các tổn thương ác tính.

Dự đoán MBH thông qua kiểu cấu trúc tuyến, màu sắc và mạch máu bề mặt của polyp trên NSAST cho độ chính xác là 70,0% với diện tích dưới đường cong ROC (AUCROC) là 0,72. Nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận độ chính xác từ 59 - 84% [14]. Với độ nhạy trong dự đoán là 51%, nghĩa là gần 1/2 trường hợp polyp u tuyến có thể bị chẩn đoán nhầm thành polyp lành tính. Đối với nhóm kích thước 6 - 9 mm, NSAST dễ phát hiện polyp u tuyến hơn với độ nhạy tăng gần gấp đôi có ý nghĩa so với nhóm kích thước ≤ 5 mm (77,4% so với 43,8%, $p < 0,001$). Độ nhạy và độ chính xác trong dự đoán MBH của NSAST không cao có thể do dấu hiệu thay đổi cấu trúc tuyến, mạch máu tân sinh của polyp u tuyến khi vừa mới xuất hiện khó khảo sát đơn thuần bằng NSAST, đặc biệt khi kích thước ≤ 5 mm. Chính vì vậy, mọi polyp dù rất nhỏ nhưng nếu có dấu hiệu nghi ngờ cũng nên được sinh thiết khảo sát MBH đầy đủ.

Gần đây, Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ (ASGE - American Society for Gastrointestinal Endoscopy) đề xuất hai chiến lược xử trí polyp có kích thước < 10 mm với NSHATC, bao gồm chiến lược "predict-resect and-discard" (tạm dịch là "dự đoán MBH trên nội soi-loại bỏ polyp-và-không khảo sát MBH") và chiến lược "predict-and-do-not-resect" (tạm dịch là "dự đoán MBH trên nội soi-và-theo dõi") đối với polyp tăng sản ≤ 5 mm nằm ở đại tràng chậu hông và trực tràng [9]. Mặt khác, Ichihara và CS ghi nhận dù polyp u tuyến nguy cơ cao và ung thư ở đại trực tràng có kích thước < 10 mm, đặc biệt kích thước ≤ 5 mm có tỷ lệ UTĐTT rất thấp nhưng nguy cơ tổn thương UTĐTT giai đoạn T1s di căn hạch bạch huyết lại

không phụ thuộc vào kích thước. Vì vậy, cần thận trọng khi khảo sát các polyp nhỏ ở đại trực tràng [6]. Quách Trọng Đức nghiên cứu 259 BN có triệu chứng đường tiêu hóa dưới ghi nhận khá nhiều trường hợp UTĐTT tiến triển xa có kích thước nhỏ: 26,6% có kích thước ≤ 5 mm và 40% có kích thước < 10 mm [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2,2% polyp thuộc nhóm polyp u tuyến nguy cơ cao. Sự khác biệt này xuất phát từ nhóm nghiên cứu của tác giả trên là những BN đến khám do có triệu chứng, trong khi nghiên cứu của chúng tôi khảo sát cả những đối tượng không triệu chứng và kiểm tra sức khỏe định kỳ. Ngoài ra, việc áp dụng khuyến cáo của Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ tại Việt Nam gặp nhiều khó khăn bởi: (1) NSHATC vẫn chưa phổ biến, (2) Việc phát hiện lại polyp kích thước ≤ 5 mm gặp khó khăn ở lần nội soi kế tiếp, (3) BN ít tuân thủ nội soi kiểm tra lại, (4) Các tổn thương rất nhỏ này có thể dễ dàng xử trí bằng kim sinh thiết hoặc thông lọng ngay từ lần đầu.

Chúng tôi đề xuất chiến lược xử trí đối với polyp kích thước < 10 mm bao gồm sinh thiết chọn những polyp được dự đoán là polyp u tuyến trên NSAST và/hoặc kèm các yếu tố nguy cơ. Đối với các polyp ≤ 5 mm được dự đoán là polyp không tân sinh trên NSAST, xem xét chọn ngay trên đường vào nếu ở đại tràng phải vì tỷ lệ polyp u tuyến ở vị trí này khá cao, việc soi đến manh tràng và khi đi ra phát hiện rất khó khăn, mất nhiều thời gian, khó theo dõi ở những lần sau, cũng như độ nhạy trong dự đoán MBH trên NSAST không cao. Mặt khác, nếu polyp này nằm ở đại tràng chậu hông và trực tràng, có thể tiếp tục theo dõi vì polyp ở các vị trí trên

dễ tiếp cận và dễ tìm lại ở lần tiếp theo. Cần có thêm nhiều nghiên cứu nhằm đánh giá việc kết hợp NSAST với NSHATC trong dự đoán MBH polyp ĐTT.

KẾT LUẬN

Polyp u tuyến chiếm 55,2% ở nhóm polyp ĐTT kích thước < 10 mm. Yếu tố nguy cơ độc lập của polyp u tuyến là ≥ 50 tuổi, kích thước > 5 mm, dạng 0-Is, vị trí ở đại tràng phải. Giá trị dự đoán MBH trên NSAST tương đối chính xác. Dựa vào các yếu tố nguy cơ độc lập và khả năng dự đoán MBH trên NSAST có thể xây dựng chiến lược xử trí riêng trong điều kiện thực tế tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quách Trọng Đức. Giá trị của thang điểm APCS (ASIA- PACIFIC COLORECTAL SCREENING) trong phân tầng nguy cơ u đại tràng tiến triển xa ở BN có triệu chứng đường tiêu hóa dưới. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2013; tập 1 (Phụ bản số 17, Chuyên đề Nội Khoa II): 335-339.
2. Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh. Phân bố của u tuyến đại - trực tràng theo vị trí và kích thước của polyp. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2008; tập 12 (Phụ bản số 1, Chuyên đề Y học Tuổi trẻ):26-31.
3. Quách Trọng Đức, Nguyễn Trường Kỳ. Đặc điểm nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng: Nghiên cứu loạt ca trên 1.033 trường hợp. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2015; tập 19 (Phụ bản số 1, Chuyên đề Nội khoa): 297-301.
4. Trần Minh Tuấn, Trần Hà Hiếu, Đào Đức Tiến. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của bệnh polyp đại trực tràng. Tạp chí Y dược Thực hành 175 2020; 21:16-23.
5. Hong W, Dong Lemei, Stock Simon, et al. Prevalence and characteristics of colonic adenoma in mainland China. Cancer Management and Research 2018; 10:2743-2755.
6. Ichihara S, Uraoka T, Oka S. Challenges associated with the pathological diagnosis of colorectal tumors less than 10 mm in size. Dig Endosc 2018; 30 Suppl 1:41-44.
7. Jeong YH, Kim Kyeong Ok, Park Chan Seo, et al. Risk factors of advanced adenoma in small and diminutive colorectal polyp. Journal of Korean Medical Science 2016; 31(9):1426-1430.
8. Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, et al. Endoscopic removal of colorectal lesions: Recommendations by the US multi-society task force on colorectal cancer. Am J Gastroenterol 2020; 115(3):435-464.
9. Kandel P, Wallace Michael B. Should we resect and discard low risk diminutive colon polyps. Clinical Endoscopy 2019; 52(3): 239-246.
10. Sikka S, Ringold DA, Jonnalagadda S, et al. Comparison of white light and narrow band high definition images in predicting colon polyp histology, using standard colonoscopes without optical magnification. Endoscopy 2008; 40(10):818-822.