

ĐỐI CHIẾU HÌNH ẢNH NỘI SOI VỚI KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG

Comparison of endoscopic findings with histopathological features of colorectal polyp

Ngô Thị Hoài, Mai Hồng Bằng, Ngô Tất Trung

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm nội soi, tổn thương trên nội soi theo Kudo và mô bệnh học của polyp đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết lập hồ sơ nghiên cứu và thu thập các thông tin: Tuổi, giới, đặc điểm nội soi, hình ảnh cấu trúc bề mặt (Pit pattern) và mô bệnh học của polyp đại trực tràng. **Kết quả:** Polyp thường gặp ở nam nhiều hơn nữ (với tỷ lệ 2,96/1), tuổi thường gặp là trên 60 tuổi (52,7%). Kết quả nội soi: 01 polyp (46,1%), 2 polyp (22%) và ≥ 3 polyp (31,9%). Vị trí polyp: Gặp nhiều ở đại tràng sigma và trực tràng. Kích thước polyp > 2 cm chiếm 32,8%. Tỷ lệ Pit pattern (IV + V) là: 58,3%. Đặc điểm mô bệnh học: Tỷ lệ polyp tuyến ống, polyp tuyến nhung mao, polyp tuyến ống-nhung mao và polyp ung thư hóa chiếm tỷ lệ tương ứng: 64,8%, 3,3%, 12,1% và 19,8%. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa mô bệnh học với cấu trúc bề mặt polyp đại trực tràng.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, mô bệnh học.

Summary

Objective: To evaluate of endoscopic characteristics, lesions on Pit pattern and histopathology of colorectal polyps. **Subject and method:** Establish research profile and collect information: Age, gender, endoscopic characteristics, Pit pattern image and histopathology of colorectal polyps. **Result:** Polyps were more common in men than women (with a ratio of 2.96). Common age was over 60 years old (52.7%). Endoscopic results: 01 polyp (46.1%), 2 polyps (22%) and ≥ 3 polyps (31.9%). Location of polyps: Common in sigmoid and rectum colon. The size of polyps > 2 cm in 32.8%. Percentage of Pit pattern (IV + V) was: 58.3%. Histopathological characteristics: Tubular adenoma, villous adenoma, tubulovillous adenoma and carcinoma polyps accounts for 64.8%, 3.3%, 12.1% and 19.8%, respectively. **Conclusion:** There is an association between histopathology and Pit pattern characteristics in patients with colorectal polyps.

Keywords: Colorectal cancer, histopathology.

1. Đặt vấn đề

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một bệnh khá phổ biến trên thế giới và ở Việt Nam. Theo Globocan năm 2018 [6] cho biết, UTĐTT đứng hàng thứ 3 ở

trên thế giới và đứng hàng thứ 4 tại Việt Nam trong các loại ung thư. Thống kê tại Mỹ cho biết 95% UTĐTT được hình thành từ polyp tuyến và tỷ lệ UTĐTT tăng lên tương ứng với kích thước của polyp

Ngày nhận bài: 01/4/2019, ngày chấp nhận đăng: 09/4/2019

Người phản hồi: Ngô Thị Hoài, Email: ngohoaibs108@gmail - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

đại trực tràng (ĐTT) [9], [10]. Do đó, phát hiện sớm được polyp ĐTT rất có ý nghĩa trong vấn đề tiên lượng. Ngày nay, với sự phát triển không ngừng của nội soi, các hệ thống nội soi với tính năng như nội soi nhuộm màu, nội soi phóng đại và nội soi quang học... đã cho phép chúng ta phát hiện được những polyp kích thước còn rất nhỏ và các tổn thương tiền ung thư. Việc tìm hiểu mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương trên nội soi và đặc điểm mô bệnh học của polyp đã được nhiều tài liệu đề cập đến. Trong thời gian qua, với số lượng bệnh nhân nội soi đại tràng khá nhiều, chúng tôi cũng đã phát hiện một số bệnh nhân có polyp đại tràng kích thước lớn, đã điều trị qua nội soi và phần lớn các polyp đều được làm mô bệnh học. Để tài nghiên cứu nhằm mục tiêu sau: *Khảo sát đặc điểm nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 91 bệnh nhân có polyp ĐTT phát hiện và cắt qua nội soi tại Khoa Nội soi chẩn đoán (C8D) và Khoa Nội tiêu hóa (A3) - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 5/2017 đến tháng 8/2018. Tất cả các polyp được làm mô bệnh học tại Khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Thu thập hồ sơ: Các bệnh nhân nội soi ĐTT được làm đủ các xét nghiệm cơ bản, tẩy ruột theo đúng quy trình. Khi phát hiện có polyp ĐTT sẽ tiến hành phân loại polyp theo Kudo [7] sau đó cắt polyp qua nội soi và gửi polyp đã cắt làm mô bệnh học. Toàn bộ các thông tin của bệnh nhân: Lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học sẽ được lưu giữ.

Phương tiện nghiên cứu: Thực hiện nội soi đại tràng bằng máy nội soi Olympus CV170 (Nhật Bản). Các phương tiện hỗ trợ cắt polyp gồm: Kim tiêm, thông lòng, dao điện, endo-loop, kẹp clip (khi có chảy máu).

Hình ảnh trên nội soi: Dựa trên phân loại Kudo [7]:

Phân type	Hình ảnh mô tả
Type I	Lỗ tròn
Type II	Lỗ hình sao
Type III L	Lỗ hình tròn đỏ hoặc ống lớn
Type III s	Lỗ hình tròn đỏ hoặc ống nhỏ
Type IV	Lỗ hình cành cây hoặc hình con sứa
Type VI	Mất cấu trúc bề

Mô bệnh học: Đọc kết quả tại Khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

3. Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập 91 bệnh nhân mắc polyp ĐTT, với tổng số polyp đã được phát hiện và cắt qua nội soi là 195 polyp. Sau đây là kết quả nghiên cứu cụ thể:

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Dưới 45		45 - 59		≥ 60		Tổng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Nam	6/68	8,8	26/68	38,2	36/68	52,9	68/91	74,7
Nữ	2/23	8,7	9/23	39,1	12/23	52,2	23/91	25,3
Tổng	8/91	8,8	35/91	38,5	48/91	52,7	91/91	100

Nhận xét: Độ tuổi trung bình 57,7 năm, trong đó tuổi trên 60 chiếm 52,7%, tỷ lệ nam/nữ là: 68/23 (2,96).

Bảng 2. Số lượng polyp đại trực tràng

Thông tin	n (%)
Bệnh nhân có 1 polyp	42/91 (46,2%)

Bệnh nhân có 2 - 10 polyp	47/91 (51,6%)
Polyp tuyến gia đình	2/91 (2,2%)
Tổng	91/91 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có 1 polyp chiếm 46,2%, bệnh nhân có nhiều hơn 2 polyp chiếm 51,6%, có 2 bệnh nhân đa polyp tuyến gia đình.

Bảng 3. Phân bố vị trí polyp ĐTT trên nội soi (n = 195)

Vị trí	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Đại tràng lên + đại tràng góc gan	43/195	22,0
Đại tràng ngang + đại tràng xuống	32/195	16,4
Đại tràng Sigma	71/195	36,5
Trực tràng	49/195	25,1
Tổng	195/195	100

Nhận xét: Polyp gặp nhiều nhất ở đại tràng Sigma (36,5%) và trực tràng (25,1%).

Bảng 4. Kích thước của polyp ĐTT

Đường kính polyp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
< 1cm	60/195	30,8
1 - 2cm	71/195	36,4
> 2cm	64/195	32,8
Tổng	195/195	100

Nhận xét: Polyp kích thước > 2cm chiếm 32,8%.

Bảng 5. Cấu trúc bề mặt polyp theo phân loại Kudo

Pit pattern	Tổng số polyp (%)
I	10/91 (11%)
II	8/91 (8,8%)
III (s + l)	20/91 (21,9%)
IV	34/91 (37,4%)
V (l + n)	19/91 (20,9%)
Tổng	91/91 (100%)

Nhận xét: Chúng tôi lựa chọn những polyp điển hình, để phân tích về hình ảnh cấu trúc bề mặt của polyp. Theo phân loại Kudo [7] trên nội soi thì tỷ lệ Pit pattern IV + V chiếm: 58,3%.

Bảng 6. Kết quả mô bệnh học polyp ĐTT

Loại mô bệnh học	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Polyp tuyến ống	59/91	64,8

Polyp tuyến nhung mao	3/91	3,3
Polyp tuyến ống nhung mao	11/91	12,1
Polyp ung thư	18/91	19,8
Tổng	91/91	100

Nhận xét: Polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất: 64,8%, polyp ung thư chiếm: 19,8%.

Bảng 7. Mối liên quan giữa Pit pattern và polyp ung thư trên mô bệnh học

Pit pattern	Tổng số polyp (n/%)	Số polyp ung thư (n/%)
I	10 (11%)	0
II	8 (8,8%)	0
III (s + l)	20 (21,9%)	0
IV	34 (37,4%)	2 (5,9%)
Vi	10 (11%)	9 (90%)
Vn	9 (9,9%)	7 (84,4%)
Tổng	91 (100%)	18 (19,8%)

Nhận xét: Với Pit pattern IV tỷ lệ ung thư 5,9%, với Pit pattern V tỷ lệ ung thư 84,2%.

4. Bàn luận

Trong 91 bệnh nhân được nội soi đại tràng, có 195 polyp ĐTT đã được phát hiện và cắt polyp qua nội soi và làm mô bệnh học. Chúng tôi đưa ra một số bàn luận như sau:

4.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, polyp ĐTT gặp ở mọi lứa tuổi. Kết quả Bảng 1 cho biết: Tuổi trung bình là 57,7 tuổi. Tuy nhiên, số bệnh nhân trên 60 tuổi mắc polyp ĐTT nhiều nhất, chiếm 52,7%. Số bệnh nhân dưới 45 tuổi chỉ chiếm 8,8%. Như vậy, với kết quả nghiên cứu này cho thấy polyp ĐTT có xu hướng tăng lên ở người cao tuổi. Kết quả Bảng 1 cũng cho thấy: Tỷ lệ nam/nữ là: 68/23 (2,96). Nghiên cứu của Vũ Hồng Minh Công [5] trên đối tượng có polyp ĐTT cho thấy: Nhóm tuổi ≤ 20 chiếm tỷ lệ 3,6%, nhóm tuổi từ 41 - 60 chiếm tỷ lệ: 38,2%, nhóm tuổi từ 61 - 80 chiếm tỷ lệ: 47,3%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước, với độ tuổi hay mắc polyp ĐTT dao động từ: 56,8 - 62,0 năm. Nghiên cứu của Đinh Đức Anh [1] ở người trên 50

mắc polyp ĐTT là 34,8%, Tổng Văn Lược [2] từ 45 - 59 tuổi chiếm 10,79% và từ 60 - 74 tuổi là 6,86%.

Các nghiên cứu ở châu Âu và châu Mỹ cho biết nguy cơ mắc polyp ĐTT và UTĐTT tăng dần theo tuổi. Do vậy, với những người trên 50 tuổi cần khám sàng lọc theo định kỳ nhằm phát hiện polyp ĐTT. Các chương trình khám sàng lọc bao gồm: Nội soi đại tràng và xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân [8], [10].

4.2. Đặc điểm polyp ĐTT trên nội soi

Số lượng polyp trên nội soi

Bảng 2 cho thấy: Số bệnh nhân có 1 polyp chiếm 46,2%, trên 2 polyp chiếm 51,8%, có 2 bệnh nhân mắc bệnh đa polyp tuyến gia đình.

Ngày nay, với sự phát triển không ngừng của thiết bị nội soi, đã giúp phát hiện nhiều polyp hơn. Tại Việt Nam, cũng đã có nhiều nghiên cứu trình bày về số lượng polyp ĐTT. Nghiên cứu của Vũ Hồng Minh Công [5] cho biết số bệnh nhân có polyp đơn độc chiếm tỷ lệ: 74,6%. Kết quả này cũng tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Rót [4]: 69,1%, Celestino A (Peru): 67,37%, nhưng lại thấp hơn Đinh Đức Anh [1] 80,8%, Tổng Văn Lược [2] 85,3%.

Quan điểm của nhiều hiệp hội nội soi trên thế giới đều khuyến cáo khi có polyp cần cắt bỏ. Những bệnh nhân đa polyp cần phải chuyển điều trị ngoại khoa. Do vậy, tính số lượng polyp đóng vai trò quan trọng, giúp định hướng chiến lược điều trị.

Vị trí polyp đại trực tràng

Nội soi ĐTT có ưu điểm hơn so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác (nội soi viên nang, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ)... là cho phép xác định tốt các vị trí của polyp trên nội soi và có thể cắt polyp ngay trong quá trình nội soi.

Kết quả nghiên cứu tại Bảng 3 cho thấy: Polyp gặp nhiều nhất ở đại tràng Sigma (36,4%) và trực tràng (25,1%). Các nghiên cứu khác trong và ngoài nước cũng thấy tỷ lệ polyp vùng trực tràng và đại tràng Sigma gặp nhiều. Bảng 1 trình bày về vị trí polyp ĐTT phát hiện qua nội soi bởi các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Các tác giả cho rằng đại tràng Sigma là đoạn gần cuối của ống tiêu hóa, nơi gấp khúc nhiều nhất, dễ bị nhiễm khuẩn (do phân thường ứ đọng lại trước khi đẩy ra ngoài) nên dễ hình thành polyp. Do vậy, khi nội soi tại các vị trí gấp góc này cần phải thận trọng tỉ mỉ tránh bỏ sót tổn thương.

Bảng 8. Tỷ lệ polyp ở đại tràng Sigma và trực tràng

Tác giả	Đại tràng Sigma (%)	Trực tràng (%)
Đình Quý Minh	26,7	31,1
Đình Đức Anh	12,5	87,5
Lê Quang Thuận	48,0	20,8
Tony J	23,7	60,6
Weston AP	22,0	29,1
De Palma GD	40,0	31,6
Chúng tôi	36,4	25,1

Kích thước polyp

Xác định đúng kích thước của polyp để định hướng điều trị (phẫu thuật hoặc can thiệp qua nội soi) đóng vai trò quan trọng. Trong Bảng 4 cho biết polyp có kích thước ≤ 1 cm, 1 - 2cm và > 2 cm chiếm tỷ lệ tương ứng là: 30,8%, 36,4% và 32,8%. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp nghiên cứu của Vũ Hồng Minh Công [5], tác giả cho biết số bệnh nhân có polyp ĐTT kích thước từ 10 - 15mm, > 15 - 20mm và > 20 mm chiếm tỷ lệ tương ứng là: 58,3%, 19,4% và 22,3%. Kết quả này cũng tương tự như Tống Văn Lược [2], Celestino A và cộng sự.

O'Brien MJ và cộng sự [9] khảo sát 3371 polyp trên 1867 bệnh nhân kích thước polyp được phân bố như sau: 37,6% polyp < 5 mm, 36,5% polyp 6 - 10mm, 25,5% polyp > 10 mm, 0,4% không xác định được kích thước. Tác giả Murakami R và cộng sự

[8] khảo sát 648 polyp có kích thước 10 - 14mm chiếm 18,1%, 15 - 19mm chiếm 6,6% và > 20 mm chiếm 5,3%.

Mối liên quan giữa Pit pattern của polyp ĐTT với kết quả mô bệnh học

Ngày nay, nội soi phóng đại, nội soi nhuộm màu, nội soi dải tần ánh sáng hẹp (NBI)... đã trở thành các công cụ thiết thực trong thực hành lâm sàng nội soi. Dựa vào hình dạng các lỗ trên bề mặt các tổn thương polyp được gọi là Pit pattern và phân loại theo Kudo được chia thành 5 loại từ I đến V, trong đó ở loại IV và V được xếp vào dạng loạn sản độ cao và ung thư.

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã đối chiếu kết quả nội soi này với kết quả mô bệnh học (Bảng 6) cho thấy: Tỷ lệ polyp tuyến ống, polyp tuyến nhung mao, polyp tuyến ống-nhung mao và polyp ung thư

hóa chiếm tỷ lệ tương ứng: 64,8%, 3,3%, 12,1% và 19,8%. Kết quả trình bày tại Bảng 5 cho thấy tỷ lệ Pit pattern IV và V tương ứng: 37,4% và 20,9%. Nếu tính tổng của hai tổn thương này sẽ chiếm: 58,3%; kết quả Bảng 7 với Pit pattern IV tỷ lệ ung thư là 5,9%, Pit pattern V (I + n) tỷ lệ ung thư là 84,2% so với Kudo [7] với Pit pattern Vn tỷ lệ ung thư đến 93% trong đó 65% ung thư xâm nhập đến lớp hạ niêm mạc. Như vậy, khả năng xác định mức độ ung thư trên nội soi dựa theo phân loại Pit pattern khá tương đồng với kết quả polyp bị ung thư hóa. Những bệnh nhân có polyp chuyển thành ung thư đều là những polyp có kích thước lớn. Do vậy, ứng dụng kỹ thuật nội soi hiện đại sẽ giúp phát hiện sớm tổn thương tiền ung thư. Tuy nhiên, chẩn đoán cuối cùng chúng tôi vẫn dựa trên kết quả của mô bệnh học.

5. Kết luận

Có mối tương quan giữa cấu trúc bề mặt của polyp với kết quả mô bệnh học. Với Pit pattern I, II là polyp tăng sinh không cần can thiệp, Pit pattern III, IV, V phải can thiệp qua nội soi. Với Pit pattern Vn [3] tỷ lệ ung thư lên đến trên 93% trong đó có đến 65% ung thư đã xâm nhập lớp hạ niêm mạc.

Do vậy, dựa vào cấu trúc Pit pattern của polyp trên nội soi các bác sĩ có thể khẳng định polyp đó là lành tính hay đã ung thư và đưa ra quyết định phương pháp can thiệp qua nội soi hay chuyển phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

- Đinh Đức Anh (2000) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của polyp trực tràng - đại tràng sigma và kết quả cắt bỏ bằng nhiệt điện cao tần*. Luận án Tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội, tr. 8-103.
- Tống Văn Lược (2002) *Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng thông lộng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học*. Luận văn Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
- Lê Quang Thuận (2008) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả nhuộm màu bằng dung dịch Indigocarmine 0,2% ở bệnh nhân có polyp đại trực tràng*. Luận văn Thạc sĩ, Học viện Quân Y.
- Nguyễn Văn Rót, Lê Văn Thiệu, Nguyễn Đăng Tuấn (2009) *Polyp đại trực tràng: Một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả điều trị*. Y học Việt Nam, 5, tr. 102-106.
- Võ Hồng Minh Công (2015) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học, biểu lộ protein p53, Ki67, Her-2/neu trong ung thư và polyp đại trực tràng lớn hơn hoặc bằng 10mm*. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
- Bray F et al (2018) *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin 68(6): 394-424.
- Kudo et al (1994) *Colorectal tumours and pit pattern*. Clin patho 47: 880-885.
- Murakami R, Tsukuma H, Kanamori S et al (1990) *Natural history of colorectal polyps and the effect of polypectomy on occurrence of subsequent cancer*. Int J Cancer 46(2): 159-164.
- O'Brien MJ et al (1990) *The National polyp study. Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas*. Gastroenterology 98(2): 371-379.
- Muto T, Kamiya J, Sawada T et al (1985) *Small flat adenoma of the large bowel with special reference to its clinicopathologic features*. Dis Colon Rectum 28: 847-851.