

Cập nhật xử trí polyp đại trực tràng kích thước nhỏ

Update in management of small colorectal polyps

Lê Đình Quang^{1,2,3*}, Huỳnh Mạnh Tiến¹,
Lê Quang Nhân² và Quách Trọng Đức^{1,2}

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh,
²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh,
³Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Tóm tắt

Polyp đại trực tràng có mối liên hệ mật thiết với ung thư đại trực tràng. Hơn 90% các polyp được phát hiện trên nội soi có kích thước nhỏ (< 10mm), trong đó tỉ lệ polyp tân sinh rất khiêm tốn. Nếu cắt toàn bộ polyp này dẫn đến bệnh nhân phải đối mặt nguy cơ chảy máu, thủng sau thủ thuật và gánh nặng chi phí không cần thiết. Việc xử trí và theo dõi sau cắt polyp kích thước nhỏ cần dựa vào đặc điểm của polyp trên nội soi ánh sáng trắng, hình ảnh tăng cường và kết quả mô bệnh học. Phần lớn các polyp kích thước nhỏ có thể dễ dàng xử trí qua nội soi, trong đó kĩ thuật cắt lạnh được ưu tiên lựa chọn do khả năng lấy trọn tổn thương cao và tỉ lệ biến chứng sau thủ thuật rất thấp. Trong khi, cắt niêm mạc và cắt tách dưới niêm mạc nội soi nên được ưu tiên khi polyp có dấu hiệu gợi ý ung thư bề mặt.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng kích thước nhỏ, ung thư đại trực tràng, nội soi đại trực tràng, cắt polyp.

Summary

Colorectal polyps are strongly associated with colorectal cancer. More than 90% of colorectal polyps are small (< 10mm), with only a small proportion of neoplastic lesions. As a result, polypectomies of these polyps exposed patients to the hazards of bleeding and perforation, as well as increased unnecessary pathology expenses. Management and monitoring strategies for small colorectal polyps should be based on white light endoscopic characteristics, enhanced imaging, and histological findings. During a colonoscopy, the majority of small polyps may be easily removed. Furthermore, cold snare polypectomy is recommended because of its modest post-polypectomy complication rate and high en bloc resection rate. Endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection are recommended if polyps have signs of a superficial invasion.

Keywords: Small colorectal polyp, colorectal cancer, colonoscopy, polypectomy.

Ngày nhận bài: 24/7/2024, ngày chấp nhận đăng: 14/8/2024

* Tác giả liên hệ: quangledinh@ump.edu.vn - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) có mối liên hệ mật thiết với ung thư đại trực tràng (UTĐTT). Nội soi đại trực tràng (NSĐTT) giúp phát hiện sớm và loại bỏ kịp thời các polyp, từ đó giúp giảm hơn 50% nguy cơ mắc mới UTĐTT¹. Hơn 90% các polyp ĐTT được phát hiện có kích thước nhỏ (<10mm), tỉ lệ polyp nguy cơ cao rất khiêm tốn (0,2-1,5%)². Việc cắt bỏ toàn bộ các polyp này sẽ làm gia tăng gánh nặng chi phí và rủi ro. Nhiều hiệp hội đề xuất các chiến lược xử trí polyp ĐTT kích thước nhỏ dựa trên đặc điểm của polyp trên nội soi ánh sáng trắng (NSAST), nội soi hình ảnh tăng cường (NSHATC) và mô bệnh học (MBH)³⁻⁶. Tại Việt Nam, các nghiên cứu và chiến lược riêng vẫn còn hạn chế, do đó chúng tôi xin trình bày khái quát cách tiếp cận và hướng xử trí polyp kích thước nhỏ dựa trên các hướng dẫn cập nhật hiện nay.

II. NỘI DUNG TỔNG QUAN

2.1. Định nghĩa

Polyp ĐTT là một thuật ngữ chung dùng để chỉ các tổn thương nhô vào trong lòng ĐTT, được hình thành do sự tăng sinh quá mức của niêm mạc⁷. Polyp ĐTT kích thước nhỏ được định nghĩa khi đường kính < 10mm và được chia thành 2 nhóm: ≤ 5mm và 6-9mm⁷. Xác định đúng kích thước của polyp rất quan trọng (đặc biệt với polyp u tuyến) vì liên quan mật thiết với tiềm năng ác tính và giúp định hướng xử trí thích hợp⁵. Kích thước polyp được ước đoán thường thông qua (1) Trực quan, (2) Ước lượng bằng dụng cụ (kim sinh thiết, thông lọng...) hoặc (3) Đo đạc trực tiếp bệnh phẩm. Trong đó, việc sử dụng dụng cụ để ước đoán kích thước polyp nên được ưu tiên lựa chọn, vì ước đoán trực quan của bác sĩ nội soi thường kém đồng nhất, chủ quan, mẫu mô sau khi thu thập có thể biến dạng gây khó khăn cho đo đạc⁸.

2.2. Mô bệnh học

Polyp được phân loại theo WHO (2019) và đánh giá mức độ loạn sản theo phân loại Vienna cải tiến. Phân loại WHO bao gồm: (1) Polyp u tuyến, (2) Tổn thương răng cưa và (3) Khác (polyp tổn dư, polyp

viêm, polyp Peutz-Jeghers,...)⁹. Trong đó, polyp tăng sản trong nhóm tổn thương răng cưa có tiềm năng ác tính rất thấp⁹. Bên cạnh đó, phân loại Vienna đã được sự thống nhất giữa các nhà MBH phương Đông và phương Tây bao gồm 5 típ: (1) Không phải u tân sinh, (2) Không xác định chắc chắn tình trạng tân sinh, (3) U tân sinh độ thấp, (4) U tân sinh độ cao và (5) Ung thư biểu mô xâm lấn dưới niêm¹⁰.

2.3. Đánh giá nguy cơ polyp

Để đánh giá nguy cơ, polyp u tuyến kích thước nhỏ được phân chia theo bảng sau (Bảng 1).

Bảng 1. Định nghĩa nguy cơ của polyp kích thước nhỏ

Thuật ngữ	Định nghĩa
U tuyến nguy cơ cao	Thành phần ống-nhánh hoặc nhánh Loạn sản độ cao
Tổn thương tân sinh tiến xa (Advanced neoplasia)	U tuyến nguy cơ cao Ung thư đại trực tràng
U tuyến độ cao (High-risk adenoma)	Tổn thương tân sinh nguy cơ cao Có từ 3 u tuyến trở lên

Một phân tích hệ thống ghi nhận tỉ lệ tổn thương tân sinh nguy cơ cao kích thước nhỏ thấp (0-4,3%) và tỉ lệ UTĐTT rất thấp (0-0,08%)². Tại Việt Nam, nghiên cứu của chúng tôi với 530 trường hợp ghi nhận tỉ lệ polyp u tuyến nguy cơ cao chỉ 2,5% và không ghi nhận trường hợp UTĐTT nào¹¹. Do đó, lợi ích thực sự về mặt dự phòng sớm UTĐTT nếu phải loại bỏ toàn bộ polyp kích thước nhỏ vẫn còn tranh cãi.

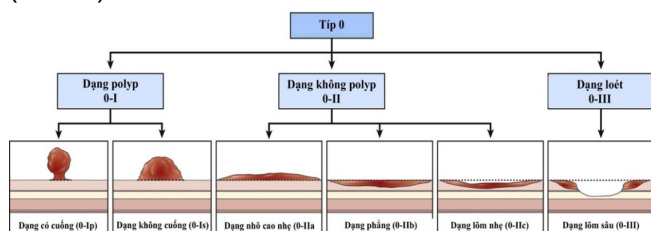
2.4. Chẩn đoán polyp kích thước nhỏ

a. Phát hiện polyp trên nội soi

Để phát hiện được polyp, cần chuẩn bị ruột tốt. Khi nội soi cần quan sát kĩ toàn bộ niêm mạc (thời gian rút máy đủ, bơm rửa cẩn thận và kết hợp với các dụng cụ hỗ trợ khác). Cần nhắc sử dụng NSHATC giúp phát hiện polyp và dự đoán MBH của polyp dễ dàng hơn^{3,10}.

b. Đánh giá polyp trên NSAST

Polyp cần được đánh giá chi tiết về vị trí, kích thước, hình dạng đại thể. Phân loại Paris được ứng dụng rộng rãi nhất trong mô tả hình dạng của polyp (Hình 1)^{4,5}.



Hình 1. Phân loại Paris^{4,5}

Phần lớn polyp ĐTT kích thước nhỏ có dạng 0-Ia, 0-IIa¹². Dạng 0-IIa dễ bị bỏ sót do đó trong quá trình nội soi cần bơm rửa và đánh giá cẩn thận. Dạng 0-IIc tuy ít gặp (1-6% đối với tổn thương không polyp), nhưng tiềm ẩn nguy cơ xâm lấn cao nhất (27-35,9%), trong đó 40% polyp dạng 0-IIc với kích thước 6-10mm đều là ung thư xâm lấn¹⁰. Tại nhiều địa phương, NSHATC vẫn chưa phát triển, đánh giá nguy cơ ác tính của polyp trên NSAST đóng vai trò nền tảng kết hợp cùng các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Nếu polyp kích thước nhỏ gặp ở người trên 50-60 tuổi, đại tràng phải, dạng 0-Ia thường là polyp u tuyến, đặc biệt là các polyp u tuyến nguy cơ cao^{11, 13, 14}.

c. Dự đoán MBH trên NSHATC

Trên thực tế, các thay đổi nhỏ của vi mạch máu và vi cấu trúc bề mặt gợi ý tiềm năng ác tính rất khó nhận diện sớm trên NSAST. Vì vậy, NSHATC đã được phát triển giúp nhận diện sớm dấu hiệu tiền ung và đồng thời đánh giá khả năng xâm lấn của tổn thương^{3, 5, 10}. Phân tích gộp của Mason ghi nhận hiệu quả dự đoán MBH tân sinh với nội soi nhuộm màu ảo khá cao với độ nhạy (92,2%), độ đặc hiệu (84%)¹⁵. Dựa trên các đặc điểm ghi nhận trên NSHATC, các hệ thống phân loại dự đoán MBH đã ra đời.

d. Phân loại NICE

Phân loại NICE bao gồm NICE 1 (polyp tăng sản, tổn thương răng cưa không cuống), NICE 2 (polyp u tuyến) và NICE 3 (ung thư xâm lấn)¹⁶. Với nhóm polyp kích thước nhỏ, phân loại NICE đạt hiệu quả

cao với độ chính xác 89%, độ nhạy 98%¹⁶. Phân loại đạt sự đồng thuận cao giữa ở các bác sĩ nội soi, cả ở chế độ phóng đại và không phóng đại¹⁷. Nhược điểm của phân loại NICE là không phân biệt được polyp tăng sản và tổn thương răng cưa (thuộc nhóm NICE 1). Bên cạnh đó, phân loại cũng gặp khó khăn trong dự đoán các tổn thương loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao và xâm lấn nông dưới niêm mạc.

e. Phân loại WASP

Mặc dù đều được xếp vào NICE 1 nhưng đa phần polyp tăng sản đều lành tính trong khi các tổn thương răng cưa không cuống đặc biệt kèm loạn sản có nguy cơ chuyển thành UTĐTT^{7, 18}. Vì vậy, phân loại WASP (Workgroup on serrated polypS and Polyposis) đã được đề xuất nhằm phân biệt 2 nhóm này, bao gồm 4 đặc điểm của tổn thương răng cưa (dạng đám mây, ranh giới không rõ, hình dạng không đều và chấm đậm màu trong hốc tuyến). Sự xuất hiện của 2 trong 4 đặc điểm trên giúp chẩn đoán polyp/u tuyến răng cưa không cuống¹⁸. Độ chính xác với độ tin cậy cao đối với polyp/u tuyến răng cưa không cuống lên đến 91%¹⁸. Tuy nhiên hiệu quả của phân loại này cho nhóm polyp kích thước nhỏ cần thêm nhiều bằng chứng.

f. Phân loại JNET

Phân loại JNET được xây dựng nhằm đánh giá chi tiết mức độ loạn sản nhằm đưa ra chiến lược xử trí phù hợp. Phân loại bao gồm JNET 1, 3 tương tự NICE 1 và NICE 3 nhưng NICE 2 được chia thành JNET 2A và JNET 2B¹. Hiệu quả phân loại rất cao trong nhận diện JNET 1, JNET 2A và JNET 3 với độ chính xác cao (≥ 90)¹⁹. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phân loại JNET đạt độ tương đồng với dự đoán MBH đến 86,9%²⁰. Tuy nhiên, hiệu quả dự đoán JNET 2B vẫn còn hạn chế, đặc biệt cần kết hợp thêm nội soi nhuộm màu để đánh giá polyp nguy cơ cao^{19, 20}.

g. Dấu hiệu xâm lấn

Tổn thương xâm lấn nông ($< 1000\mu\text{m}$) có nguy cơ di căn hạch rất thấp (0-4%) trong khi tổn thương xâm lấn sâu đi kèm với nguy cơ tồn dư tế bào ác tính và hạch di căn cao (10-18%)¹⁰. Dấu hiệu gợi ý xâm lấn sâu bao gồm dạng 0-IIc và 0-IIa+c, NICE 3, Kudo

V, dấu hiệu da gà, dấu hiệu “non-lifting”, bề mặt đỏ, dân rộng, ghồ ghề, gấp nếp⁵. Cần sinh thiết tổn thương nhằm chọn lựa phương pháp xử trí triệt để⁵. Mặt khác, không phải tất cả tổn thương đều cần NSHATC và hệ thống phóng đại để dự đoán bản chất MBH, đặc biệt nếu hiện diện các dấu hiệu điển hình trên NSAST⁵.

h. Độ tin cậy trong dự đoán MBH

Đây là một yếu tố quan trọng giúp tăng khả năng dự đoán chính xác MBH, giúp chuẩn hóa và thống nhất giữa các bác sĩ nội soi²². Rex đề xuất độ tin cậy cao theo phân loại NICE được định nghĩa là khi một polyp có đặc điểm hình ảnh liên quan đến chỉ một loại MBH duy nhất và không có đặc điểm liên quan đến các nhóm MBH khác^{11, 22}. Khái niệm độ tin cậy cao cũng tương ứng với độ chắc chắn đến hơn 90% khi đề xuất chiến lược xử trí polyp dựa vào kết quả dự đoán MBH trên nội soi¹⁶.

i. Chiến lược dự đoán MBH trên NSHATC

Các hiệp hội khuyến cáo sử dụng NSHATC để dự đoán MBH đối với các polyp ĐTT kích thước nhỏ thay cho khảo sát MBH truyền thống, tuy nhiên, các polyp nên được đánh giá cẩn trọng và lưu giữ hình ảnh tại mỗi bước³⁻⁵. Để áp dụng chiến lược này hiệu quả cần thỏa các yêu cầu bao gồm: (1) Dự đoán MBH với ngưỡng chuẩn hóa của các hiệp hội nội soi đề xuất; (2) Sử dụng “độ tin cậy”; (3) Áp dụng bảng phân loại dự đoán MBH đơn giản, hiệu quả và thống nhất; (4) Hệ thống thiết bị NSHATC chất lượng cao; (5) Đội ngũ có năng lực và (6) đánh giá MBH chuẩn xác.

Năm 2011, Hiệp hội Nội soi tiêu hoá Hoa Kỳ-ASGE đã đề xuất hai chiến lược xử trí polyp kích thước $\leq 5\text{mm}$ 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 được dự đoán là polyp tăng sản kích thước $\leq 5\text{mm}$, ở đại tràng chậu hông và trực tràng²³. Phân tích gộp của Mason kết luận chiến lược “Dự đoán MBH trên nội soi-và-theo dõi” có thể áp dụng khả thi đối với polyp đại tràng chậu hông và trực tràng với độ tin cậy cao, trong khi chiến lược “Dự đoán MBH trên nội soi-loại bỏ polyp-và-không khảo sát MBH” chưa đủ an toàn¹⁵. Hạn chế của khuyến cáo trên có thể do xuất phát từ các nghiên cứu chung cho cả nhóm polyp kích thước $\leq 5\text{mm}$ và nhóm kích thước $> 5\text{mm}$. Bên cạnh đó, vì tần suất hiện diện đáng kể nên nguy cơ bỏ sót các tổn thương răng cưa được dự đoán NICE 1 ở đại tràng phải khá lớn, trong khi ở đoạn trực tràng và đại tràng chậu hông tần suất tổn thương răng cưa $\leq 5\text{mm}$ chỉ dưới 2%⁵. Vì vậy, ở đại tràng chậu hông và trực tràng, dự đoán tổn thương NICE 1 là polyp tăng sản khá dễ dàng với độ chính xác cao. Năm 2022, Hiệp hội Nội soi châu Âu-ESGE đề xuất tiêu chuẩn SODA (Simple Optical Diagnosis Accuracy) về chuẩn năng lực dự đoán khi muốn áp dụng 2 chiến lược trên (Bảng 2)²⁴. Để bác sĩ nội soi tham gia đánh giá, ESGE đề xuất tiêu chuẩn năng lực chung trước khi huấn luyện dự đoán trong đó, cá nhân cần thực hiện thuần thục đánh giá với NSHATC, ít nhất 300 trường hợp NSĐT và đạt các tiêu chuẩn cơ bản của NSĐT (tỉ lệ soi đến manh tràng $\geq 95\%$, tỉ lệ phát hiện u tuyến $\geq 25\%$ và thời gian rút máy tối thiểu 6 phút)²⁵. Trong quá trình huấn luyện, bác sĩ nội soi cần tham gia các khoá học với phân loại NICE, WASP và tự luyện tập đánh giá tối thiểu 120 tổn thương (có đối chiếu với kết quả MBH). Sau khi luyện tập, trên nội soi thực, cá nhân cần đánh giá với đạt chuẩn với 60 tổn thương và tiếp tục luyện tập (có phản hồi) liên tục trong 1 năm với ít nhất 120 tổn thương²⁵.

Bảng 2. So sánh chiến lược dự đoán MBH trên NSHATC với polyp kích thước $\leq 5\text{mm}$ của ASGE và ESGE

Chiến lược	Đối tượng	ASGE	ESGE
Predict-Resect- and-discard (Dự đoán MBH trên nội soi-loại bỏ polyp-và-không khảo sát MBH)	$\leq 5\text{mm}$	$\geq 90\%$ mức độ tương đồng với kết quả MBH cuối cùng về chiến lược nội soi theo dõi sau cắt polyp	Độ nhạy $\geq 80\%$ và độ đặc hiệu $\geq 80\%$ trong dự đoán MBH với độ tin cậy cao

Chiến lược	Đối tượng	ASGE	ESGE
Predict-and do-not-resect (Dự đoán MBH trên nội soi - và - theo dõi) (Dự đoán MBH trên nội soi - và - theo dõi)	Polyp $\leq 5\text{mm}$ dự đoán MBH là polyp tăng sản ở đại tràng chậu hông và trực tràng	Giá trị tiên đoán âm $\geq 90\%$ trong loại trừ polyp u tuyến	Độ nhạy $\geq 90\%$ và độ đặc hiệu $\geq 80\%$ trong dự đoán MBH với độ tin cậy cao

ASGE: American Society for Gastrointestinal Endoscopy (Hội Nội soi tiêu hóa Hoa Kỳ), ESGE: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (Hội Nội soi tiêu hóa châu Âu).

Tại Việt Nam, chúng tôi ghi nhận việc áp dụng “Dự đoán MBH trên nội soi - và - theo dõi” có thể giảm đến 58,2% thủ thuật cắt polyp không cần thiết, từ đó giảm rủi ro và tai biến người bệnh²⁶. Tuy nhiên, việc áp dụng khuyến cáo của ASGE và ESGE còn gặp nhiều hạn chế bởi: (1) NSHATC vẫn chưa thực sự phổ biến ở các trung tâm nội soi tổng quát, (2) Việc phát hiện lại polyp kích thước $\leq 5\text{mm}$ khá khó khăn ở lần nội soi kế tiếp, (3) BN kém 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 và (5) Mẫu bệnh phẩm sau khi được sinh thiết trọn cần phải đánh giá MBH để có cơ sở pháp lý tư vấn cho BN.

2.5. Hệ thống trí tuệ nhân tạo

Hệ thống trí tuệ nhân tạo giúp nhận diện bất thường niêm mạc dễ dàng hơn, gia tăng khả năng phát hiện tổn thương tân sinh. Hệ thống máy CADx giúp hỗ trợ áp dụng chiến lược của ESGE và ASGE đối với polyp kích thước nhỏ. Tuy nhiên, các kết quả này nên được so sánh với các bác sĩ nội soi giàu kinh nghiệm để đảm bảo tối ưu trong quá trình chẩn đoán²⁷. Tại Việt Nam, một nghiên cứu cho thấy nội soi đại tràng có trí tuệ nhân tạo hỗ trợ có tỉ lệ bỏ sót và phát hiện polyp/adenoma ở đại tràng tương đương với NSĐT truyền thống, có thể sử dụng để đồng kiểm với bác sĩ nội soi²⁸.

2.6. Xử trí polyp kích thước nhỏ

a. Kỹ thuật cắt polyp ĐTT kích thước nhỏ

Polyp ĐTT kích thước nhỏ có thể được theo dõi hoặc xử trí triệt để trên nội soi. Mục tiêu quan trọng là lấy trọn polyp nhằm giảm nguy cơ mới mắc UTĐTT. Quyết định phương pháp xử trí được cân nhắc dựa trên: (1) Tuổi và bệnh lý đi kèm; (2) Kích thước, hình ảnh học, vị trí, số lượng polyp; (3) Nguy

cơ ác tính của polyp; (4) dấu hiệu gợi ý xâm lấn (loét, nhiễm cứng, mô bờ, kém di động); (5) Dấu hiệu ‘non-lifting’; (6) Kinh nghiệm của bác sĩ nội soi. Các kỹ thuật xử trí polyp trong nội soi bao gồm sinh thiết trọn bằng kim, là kỹ thuật thường được sử dụng để cắt polyp với hai phương pháp chính: Cắt bằng kim lạnh (CFP - Cold Forcep Polypectomy) không sử dụng đốt điện và cắt bằng kim nóng (HFP - Hot Forcep Polypectomy) có sử dụng đốt điện. Ngoài ra, còn có kỹ thuật cắt polyp bằng thông lọng, trong đó không cần chích phồng dưới niêm mạc trước khi cắt polyp, với hai phương pháp: Cắt bằng thông lọng lạnh (CSP - Cold Snare Polypectomy) không sử dụng đốt điện và cắt bằng thông lọng nóng (HSP - Hot Snare Polypectomy) có sử dụng đốt điện. Hai kỹ thuật nâng cao khác là cắt niêm mạc nội soi (EMR - Endoscopic Mucosal Resection) và cắt tách dưới niêm mạc nội soi (ESD - Endoscopic Submucosal Dissection) để cắt nguyên khối polyp. Khuyến cáo sử dụng CSP đối với các polyp kích thước nhỏ và EMR/ESD đối với tổn thương có dấu hiệu xâm lấn nông^{4,5}.

b. Polyp có cuống

HSP được lựa chọn vì khả năng cắt trọn dễ dàng và tỉ lệ biến chứng thấp. Đặc biệt, cần lưu ý biến chứng chảy máu sau cắt nếu cuống polyp nhiều mạch máu^{3,5,6}.

c. Polyp không cuống

Nhóm kích thước $\leq 5\text{mm}$:

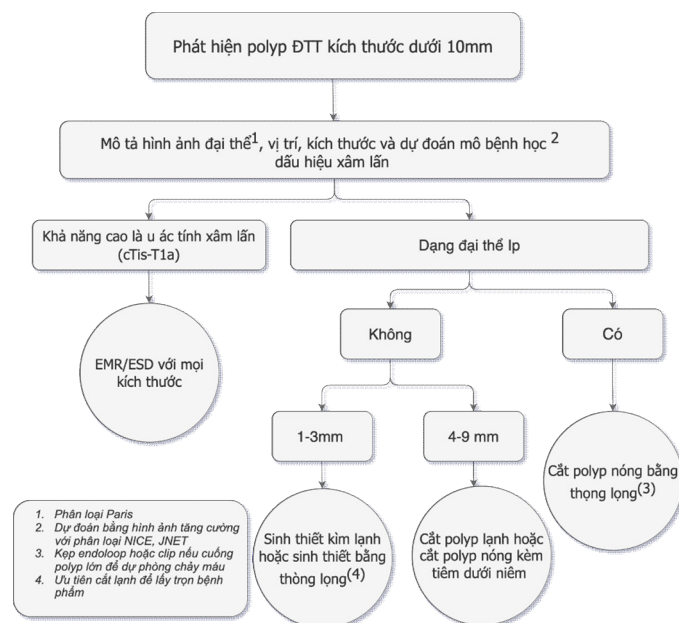
Theo JGES, nếu được dự đoán là polyp u tuyến thì có thể cắt bỏ hoặc xem xét theo dõi trong những lần nội soi tiếp theo³. Tuy nhiên, USMSTF và ESGE khuyến cáo nên cắt bỏ toàn bộ polyp nghi ngờ u tuyến với mọi kích thước mặc dù hiệu quả phòng ngừa UTĐTT đối với kích thước $\leq 5\text{mm}$ vẫn còn nhiều tranh cãi^{5,6}. Kỹ thuật lấy trọn polyp được

khuyến cáo là CSP^{3, 5, 6}. CSP hiệu quả cao với polyp kích thước từ 3 đến 8mm. CSP ít gây tổn thương các động mạch dưới niêm, qua đó giảm nguy cơ thủng và chảy máu sau cắt⁵. Ưu thế của CSP so với CFP đặc biệt ý nghĩa nhất với các tổn thương ≥ 4 mm, khi kim sinh thiết khó đảm bảo lấy trọn tổn thương trong một lần³⁻⁶. Vì vậy, USMSTF khuyến cáo kim sinh thiết chỉ nên áp dụng với polyp ≤ 2 mm và dễ dàng lấy trọn trong 1 lần bấm⁵. Ngoài ra, CFP ưu thế hơn HFP bởi tỉ lệ lấy trọn bệnh phẩm cao hơn HFP và ít nguy cơ chảy máu muộn và thủng ruột sau thủ thuật. HFP chỉ còn được sử dụng kết hợp EMR nhằm lấy bỏ phần mô thừa tồn dư đối với tổn thương phẳng hoặc mô xơ khó lấy trọn bằng thông lọng^{3, 5, 6}. Mặt khác, EMR được khuyến cáo đối với tổn thương có dấu hiệu xâm lấn nông bất kể kích thước ≤ 5 mm³. Đối với các polyp kích thước ≤ 5 mm được dự đoán polyp tăng sản, JGES và ESGE có thể xem xét theo dõi vì (1) Chưa ghi nhận mối liên hệ mật thiết với u

tuyến và (2) Tổn thương này có thể phát hiện và theo dõi dễ dàng trên nội soi³⁻⁶.

Nhóm kích thước 6-9mm:

Tất cả polyp có kích thước ≥ 6 mm nên được cắt^{5,6}. CSP được ưu tiên lựa chọn hơn so với HSP và HFP³⁻⁶. Tỉ lệ sót u tuyến sau CSP rất thấp (0,98%) dựa trên đánh giá sẹo cũ và kết quả sinh thiết. Đối với các polyp không có dấu hiệu xâm lấn, EMR không cải thiện đáng kể hiệu quả cắt polyp nhưng tốn nhiều thời gian và đòi hỏi kĩ thuật cao hơn. Đối với các tổn thương xâm lấn nông dưới niêm, CSP có thể được lựa chọn nhưng dễ chảy máu và tỉ lệ không lấy trọn polyp đáng kể (10%)³. EMR nên xem xét khi tổn thương có dấu hiệu xâm lấn nông để lấy trọn polyp tốt hơn^{3,5}. Xem xét phẫu thuật và nạo vét hạch bổ sung đặc biệt khi với MBH xấu, xâm lấn sâu, hoặc xâm lấn mạch máu hoặc có nẩy chồi u độ 2/3^{3,5}.



Hình 2. Sơ đồ xử trí polyp đại trực tràng kích thước nhỏ³⁻⁶

d. Chiến lược theo dõi sau cắt polyp kích thước nhỏ

Chiến lược nội soi theo dõi sau cắt polyp thay đổi tùy thuộc kích thước, bản chất MBH và số lượng polyp nguy cơ. Tại Việt Nam, vẫn chưa có khuyến cáo cụ thể, chúng tôi xin trình bày tóm tắt chiến lược của USMSTF, ESGE và JGES ở bệnh nhân nguy cơ trung bình (Bảng 3)³. Sự khác biệt giữa các khuyến cáo tùy thuộc vào tần suất của UTĐTT, khả năng đảm bảo cuộc soi đạt chuẩn và chương trình tầm soát UTĐTT của quốc gia.

Bảng 3. So sánh các chiến lược theo dõi sau cắt polyp

Kết quả nội soi	USMSTF ⁵	ESGE ⁶	JGES ³
1-2 u tuyến ống < 10mm	7-10 năm	Không cần nội soi giám sát/ quay lại chương trình tầm soát ban đầu	Khuyến cáo thời gian theo dõi 3 năm sau cắt polyp
3-4 u tuyến ống < 10mm	3-5 năm		
5-10 u tuyến ống < 10mm	3 năm		
U tuyến thành phần nhánh hoặc ống nhánh, < 10mm, loạn sản độ thấp	3 năm	Không cần nội soi giám sát/ quay lại chương trình tầm soát ban đầu	
U tuyến loạn sản độ cao	3 năm		
≥ 10 u tuyến trong 1 lần nội soi	1 năm và tư vấn di truyền học	Tư vấn di truyền học	
≤ 20 polyp tăng sản ở đại tràng chậu hông hoặc trực tràng hoặc từ đại tràng phải đến đại tràng chậu hông và dưới 10mm	10 năm	Không có khuyến cáo riêng	
1-2 polyp răng cưa không cuống < 10mm	5-10 năm	Không cần nội soi giám sát/ theo chương trình tầm soát thường quy	
3-4 polyp răng cưa không cuống < 10mm	3-5 năm	Không cần nội soi giám sát/ theo chương trình tầm soát thường quy	
5-10 polyp răng cưa không cuống < 10mm	3 năm	Không có khuyến cáo chuyên biệt	
Polyp răng cưa không cuống kèm loạn sản	3 năm		
U tuyến răng cưa truyền thống	3 năm		

III. KẾT LUẬN

Xử trí polyp ĐTT kích thước nhỏ yêu cầu cách tiếp cận cẩn thận dựa trên các đặc điểm nội soi, hình ảnh tăng cường và kết quả MBH. CSP thường được ưu tiên do khả năng lấy trọn tổn thương và tỉ lệ biến chứng thấp. Đối với polyp có dấu hiệu xâm lấn, EMR hoặc ESD có thể được cân nhắc để cắt bỏ hoàn toàn tổn thương. Chiến lược theo dõi sau cắt polyp cũng rất quan trọng, giúp giảm nguy cơ tái phát và ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA, Rabeneck L, Sauer BG, Rex DK (2021) *ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021*. The American journal of gastroenterology 116(3): 458-479. doi:10.14309/ajg.0000000000001122.
- Vleugels JLA, Hazewinkel Y, Fockens P, Dekker E (2017) *Natural history of diminutive and small colorectal polyps: A systematic literature review*. Gastrointestinal endoscopy 85(6): 1169-1176.. doi:10.1016/j.gie.2016.12.014.
- Tanaka S, Saitoh Y, Matsuda T et al (2021) Evidence-based clinical practice guidelines for management of colorectal polyps. J Gastroenterol 56(4): 323-335. doi:10.1007/s00535-021-01776-1.
- Ang TL, Lim JF, Chua TS et al (2020) *Clinical guidance on endoscopic management of colonic polyps in Singapore*. Singapore Med J doi:10.11622/smedj.2020108.
- Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA et al (2020) *Endoscopic Removal of Colorectal Lesions: Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer*. The American journal

- of gastroenterology 115(3): 435-464. doi:10.14309/ajg.0000000000000555.
6. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C et al (2017) *Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline*. Endoscopy 49(3):270-297. doi:10.1055/s-0043-102569.
 7. John J, Garber DCC (2021) *Colonic Polyps and Polyposis Syndromes*. In: Madk Feldman LSF, Lawrence J. Brandt, ed. Slesinger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. Elsevier 2021: 2077 - 2107.
 8. Chaptini L, Chaaya A, Depalma F, Hunter K, Peikin S, Laine L (2014) *Variation in polyp size estimation among endoscopists and impact on surveillance intervals*. Gastrointestinal endoscopy 80(4): 652-659. doi:10.1016/j.gie.2014.01.053.
 9. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D et al (2020) *The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system*. Histopathology 76(2): 182-188. doi:10.1111/his.13975.
 10. Shaukat A, Kaltenbach T, Dominitz JA et al (2020) *Endoscopic Recognition and Management Strategies for Malignant Colorectal Polyps: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer*. The American journal of gastroenterology 115(11): 1751-1767. doi:10.14309/ajg.0000000000001013.
 11. Huynh TM, Le QD, Le NQ, Le HM, Quach DT (2023) *Utility of narrow-band imaging with or without dual focus magnification in neoplastic prediction of small colorectal polyps: A Vietnamese experience*. Clin Endosc 56(4): 479-489. doi:10.5946/ce.2022.212.
 12. Lê ĐQ, Lê QN, Quách TĐ (2020) *Giá trị của phân loại NICE trong tiên đoán mô bệnh học của polyp đại trực tràng*. Y học thành TP. Hồ Chí Minh 24(6), tr. 152-159.
 13. Jeong YH, Kim KO, Park CS, Kim SB, Lee SH, Jang BI (2016) *Risk factors of advanced adenoma in small and diminutive colorectal polyp*. J Korean Med Sci 31(9): 1426-1430. doi:10.3346/jkms.2016.31.9.1426.
 14. Ponugoti PL, Cummings OW, Rex DK (2017) *Risk of cancer in small and diminutive colorectal polyps. Digestive and liver disease: Official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 49(1): 34-37. doi:10.1016/j.dld.2016.06.025.
 15. Mason SE, Poynter L, Takats Z, Darzi A, Kinross JM (2019) *Optical technologies for endoscopic real-time histologic assessment of colorectal polyps: A Meta-Analysis*. The American journal of gastroenterology 114(8): 1219-1230. doi:10.14309/ajg.0000000000000156.
 16. Hewett DG, Kaltenbach T, Sano Y et al (2012) *Validation of a simple classification system for endoscopic diagnosis of small colorectal polyps using narrow-band imaging*. Gastroenterology 143(3): 599-607. doi:10.1053/j.gastro.2012.05.006.
 17. Hamada Y, Tanaka K, Katsurahara M et al (2021) *Utility of the narrow-band imaging international colorectal endoscopic classification for optical diagnosis of colorectal polyp histology in clinical practice: a retrospective study*. BMC Gastroenterology 21(1): 336. doi:10.1186/s12876-021-01898-z.
 18. JE IJ, Bastiaansen BA, van Leerdam ME et al (2016) *Development and validation of the WASP classification system for optical diagnosis of adenomas, hyperplastic polyps and sessile serrated adenomas/polyps*. Gut 65(6): 963-970. doi: 10.1136/gutjnl-2014-308411.
 19. Kobayashi S, Yamada M, Takamaru H et al (2019) *Diagnostic yield of the Japan NBI Expert Team (JNET) classification for endoscopic diagnosis of superficial colorectal neoplasms in a large-scale clinical practice database*. United European Gastroenterol J 7(7): 914-923. doi:10.1177/2050640619845987.
 20. Le NQ, Huynh TM, Vo DTN et al (2024) *Diagnostic performance of the Japanese Narrow-band imaging expert team classification system using dual focus magnification in real-time Vietnamese setting*. Medicine (Baltimore) 103(27):e38752. doi:10.1097/md.00000000000038752.
 21. Sano Y, Tanaka S, Saito Y (2021) *The Japan narrow-band imaging expert team (JNET) classification for the characterization of colorectal lesion using magnifying endoscopy*. In: Chiu PWY, Sano Y, Uedo N, Singh R, eds. Endoscopy in Early

- Gastrointestinal Cancers: Diagnosis. Springer Singapore: 75-80.
22. Rex DK (2009) *Narrow-band imaging without optical magnification for histologic analysis of colorectal polyps*. Gastroenterology 136(4): 1174-81. doi:10.1053/j.gastro.2008.12.009.
 23. Kandel P, Wallace MB (2019) *Should we resect and discard low risk diminutive colon polyps*. Clinical endoscopy 52(3): 239-246. doi:10.5946/ce.2018.136.
 24. Houwen B, Hassan C, Coupe VMH et al (2022) *Definition of competence standards for optical diagnosis of diminutive colorectal polyps: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement*. Endoscopy 54(1): 88-99. doi:10.1055/a-1689-5130.
 25. Dekker E, Houwen B, Puig I et al (2020) *Curriculum for optical diagnosis training in Europe: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement*. Endoscopy 52(10): 899-923. doi:10.1055/a-1231-5123.
 26. Huynh TM, Le QD, Le NQ, Le HM, Quach DT (2024) *Implementing narrow banding imaging with dual focus magnification for histological prediction of small rectosigmoid polyps in Vietnamese setting*. JGH Open 8(5):13058. doi:10.1002/jgh3.13058.
 27. Messmann H, Bisschops R, Antonelli G et al (2022) *Expected value of artificial intelligence in gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement*. Endoscopy 54(12): 1211-1231. doi:10.1055/a-1950-5694.
 28. Đào Việt Hằng, Lâm Ngọc Hoa, Nguyễn Phúc Bình, Đinh Duy Hải, Nguyễn Thanh Tùng, Đào Văn Long (2022) *Kết quả ứng dụng nội soi đại tràng có hỗ trợ trí tuệ nhân tạo trong phát hiện polyp đại tràng gần*. Tạp chí Y học Việt Nam. 519(2). doi:10.51298/vmj.v519i2.3630.