Hiệu quả và độ an toàn kỹ thuật cắt hớt niêm mạc qua nội soi trong điều trị ung thư sớm và tiền ung thư trực tràng

Effectiveness and safety of endoscopic mucosal resection (EMR) in the treatment of early rectal cancer and precancerous lesions

Nguyễn Cảnh Bình[1], Thái Doãn Kỳ[1]*, Nguyễn Hoàng Long[1], Ngô Minh Hạnh[1], Lưu Văn Hậu[1], Đoàn Trí Kiên[1], Nguyễn Như Hiến[2] và Phạm Thu Hiền[1]

[1]Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, [2]Trường TC Kỹ thuật TTG Phân hiệu miền Nam

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn kỹ thuật cắt hớt niêm mạc qua nội soi trong điều trị ung thư sớm và tiền ung thư trực tràng. *Đối tượng và phương pháp*: Gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán nội soi là ung thư sớm hoặc tiền ung thư trực tràng tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023. Tiến hành kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi theo quy trình có sẵn. Đánh giá kết quả và độ an toàn của kỹ thuật. *Kết quả:* Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương là 100% (35/35 bệnh nhân). Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100% (35/35 bệnh nhân). Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình 15,6 phút (dao động từ 12 phút đến 30 phút). Thời gian nằm viện trung bình là 2,1 ± 0,3 ngày (trong khoảng từ 1 đến 4 ngày). Trong và sau thực hiện kỹ thuật: Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau là 68,6%, chảy máu trong khi can thiệp là 5,7% (2/35 bệnh nhân); sau can thiệp 45 ngày có 60% tổn thương đã liền sẹo và 40% đang liền sẹo; sau 180 ngày có 100% bệnh nhân liền sẹo hoàn toàn. *Kết luận:* Kỹ thuật cắt hớt niêm mạc qua nội soi trong điều trị ung thư sớm và tiền ung thư trực tràng có tỷ lệ thành công cao, tai biến và biến chứng thấp.

Từ khóa: Cắt hớt niêm mạc qua nội soi, hiệu quả và độ an toàn, ung thư trực tràng sớm.

Summary

Objective: To evaluate the efficacy and safety of endoscopic mucosal resection (EMR) in the management of early rectal cancer and precancerous lesions at the 108 Military Central Hospital. *Subject and method*: A descriptive study was conducted on 35 patients diagnosed with early rectal cancer or precancerous lesions who underwent EMR procedures at the 108 Military Central Hospital between January 2018 and January 2023. The EMR procedures was performed following a standardized protocol. Outcomes and the safety profile were assessed. *Result:* The complete resection rate and technical success rates were both 100% (35/35 patients). The mean procedure time was 15.6 minutes (ranging from 12 to 30 minutes). Most patients experienced post-procedural pain, with an incidence of 68.6%. The intraprocedural bleeding rate was 5.7% (2/35 patients). At 1.5 months post-procedure, the majority of lesions had healed (21 patients; 60.0%), while 14 lesions (40.0%) were in the healing process. By 6

Ngày nhận bài: 23/12/2024, ngày chấp nhận đăng: 26/1/2025

** Tác giả liên hệ: kythaitrung@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

months, among 35 cases reviewed during the second follow-up endoscopy, the complete healing rate was 100% (35/35 patients). *Conclusion:* EMR is an effective and minimally invasive technique for the treatment of early-stage rectal cancer and precancerous lesions. Despite its favorable safety profile, further studies are needed to comprehensively assess the advantages and limitations of this technique. This study highlights the successful application of EMR in Vietnam, providing evidence for its broader adoption in similar settings.

Keywords: Endoscopic mucosal resection, efficacy and safety, early rectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ung thư đại trực tràng ngày càng trở lên phổ biến, theo GLOBOCAN 2019, ung thư đại trực tràng là căn bệnh đứng hàng thứ 5 về tỷ lệ mới mắc và hàng thứ 4 gây tử vong trên thế giới, đe dọa sức khỏe và cuộc sống của nhiều người[1]. Chẩn đoán sớm và can thiệp điều trị kịp thời có thể chữa khỏi ung đại trực tràng ở giai đoạn sớm, nhưng kém hiệu quả ở giai đoạn muộn[2].

Cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR) là kỹ thuật sử dụng để phân loại, điều trị các tổn thương nông của đường tiêu hóa. Kỹ thuật này lần đầu áp dụng tại Nhật Bản để điều trị ung thư đại trực tràng sớm, kể từ đó nó được sử dụng rộng rãi trên thế giới cho nhiều chỉ định khác nhau, bao gồm cả Barrett niêm mạc loạn sản và khối u đại trực tràng không cuống [3]. EMR có khả năng phân loại mô học chính xác khối u đường tiêu hóa nông và loại bỏ chúng với một xâm lấn tối thiểu. EMR nhờ có tính an toàn và hiệu quả nếu bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, nên nó đã được tích hợp chặt chẽ vào các thuật toán chẩn đoán, điều trị các bệnh lý có tổn thương nông ở bề mặt ống tiêu hóa [3].

Hiện nay, điều trị ung thư sớm, tiền ung thư đại trực tràng thiên về áp dụng các phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu. Ferlitsch cho rằng cắt bỏ nội soi là lựa chọn khả thi đối với tổn thương tiền ung thư và ung thư T1 [4]. Raju và Law cũng cho thấy cắt bỏ tổn thương qua nội soi an toàn hơn phẫu thuật [5, 6]. Fuccio đã phát hiện ra rằng, sau thực hiện kỹ thuật EMR tiêu chuẩn, tỷ lệ tái phát sau 12 tháng thấp, khoảng 2% [7].

EMR là kỹ thuật ít xâm lấn, được sử dụng để điều trị ung thư sớm và tiền ung thư ở đại trực tràng. EMR mang lại lợi ích to lớn, không chỉ loại bỏ triệt để tổn thương ung thư sớm và tiền ung thư ở đại trực tràng (chữa khỏi bệnh) mà còn giảm thiểu nhu cầu can thiệp phẫu thuật xâm lấn hơn. Để áp dụng kỹ thuật EMR như một phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho ung thư sớm và tiền ung thư đại trực tràng, cần có các nghiên cứu sâu hơn về kỹ thuật EMR. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả và độ an toàn kỹ thuật EMR trong điều trị ung thư sớm và tiền ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán nội soi là ung thư trực tràng sớm (pTis và pT1) hoặc tiền ung thư trực tràng (lựa chọn qua nội soi thường, NBI, nhuộm màu và nội soi siêu âm) tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023, tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp ung thư tái phát tại chỗ, có chống chỉ định với nội soi và nội soi can thiệp đại trực tràng, rối loạn đông máu, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc kết hợp can thiệp lâm sàng.

Tiến hành NC: Lựa chọn BN đủ điều kiện thực hiện kỹ thuật. Chuẩn bị bệnh nhân tốt. Tiến hành kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi theo quy trình có sẵn. Thực hiện kỹ thuật EMR khi bệnh nhân khi đã có chẩn đoán nội soi là ung thư trực tràng sớm hoặc tiền ung thư. Tiến hành lấy mẫu và xử lý mẫu bệnh phẩm để làm giải phẫu bệnh theo quy trình. Xét nghiệm mô bệnh học các mảnh cắt. Đánh giá hiệu quả và độ an toàn kỹ thuật.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi Olympus CV190 (có hệ thống NBI và máy đốt ERBER), máy siêu

âm có đầu dò miniprobe, trang bị vật tư tiêu hao để thực hiện kỹ thuật. Xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện trên các máy, trang thiết bị hiện đại hiện có của Bệnh viện TƯQĐ 108 đã được kiểm nghiệm và thực hiện theo các quy trình chuẩn hiện hành của Bệnh viện.

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, xử lý bằng thuật toán thông kê y học và phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân trắc, lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi, giới

Đặc điểm		Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
		Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	≤ 40	4	11,4
	41 - 60	21	60,0
	> 60	10	28,6
	Tổng	*35*	*100,0*
Tuổi (năm) $\overline{X} \pm SD$ (max, min)		51,7 ± 11,9 (79 - 32)	
Giới	Nam	23	65,7
	Nữ	12	34,3
	Tổng	*35*	*100,0*

Tuổi trung bình là 51,7 ± 11,9 tuổi, thấp nhất là 32 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp là 41- 60 tuổi (chiếm 60%). Nam giới gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ ≈ 2.

Bảng 2. Đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm			Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
			Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Triệu chứng lâm sàng	Thay đổi thói quen đại tiện		24	68,6
	Đi ngoài ra máu tươi		9	25,7
	Rối loạn phân		18	51,4
	Mót rặn		10	28,6
	Đau bụng		4	11,4
Cận lâm sàng	Chỉ số marker bất thường	CEA	11	31,4
		CA 19- 9	8	22,9
		CA 72-4	9	25,7

Thay đổi thói quen đại tiện là triệu chứng hay gặp có tỷ lệ 68,6%; tiếp đến là rối loạn phân chiếm 51,4%; mót rặn là 28,6%; đi ngoài ra máu tươi là 25,7%; đau bụng là 11,4%.

BN có các marker chẩn đoán ung thư sớm bất thường có tỷ lệ 37,4%, trong đó CEA là 31,4%; CA 72-4 là 25,7%; CA 19-9 là 22,9%.

3.2. Đặc điểm của tổn thương qua nội soi

Bảng 3. Đặc điểm của tổn thương tại trực tràng

Đặc điểm			Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
			Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Dạng tổn thương	Dạng sùi		15	42,8
	Dạng nốt		14	40,0
	Dạng phẳng		6	17,2
	Tổng		*35*	*100,0*
Kích thước tổn thương	< 1cm		8	22,8
	1-2cm		25	71,4
	> 2cm		2	5,8
	Tổng		*35*	*100,0*
Phân loại tổn thương	Theo phân loại KUDO	Type I	0	0,0
		Type II	0	0,0
		Type III L	0	0,0
		Type III s	6	17,1
		Type IV	17	48,6
		Type Vi,n	12	34,3
		Tổng	*35*	*100,0*
	Phân loại JNET	Type 2a	6	17,1
		Type 2b	11	31,4
		Type 3	18	51,5
		Tổng	*35*	*100,0*
Tính chất polyp	Có cuống dài		11	31,4
	Có cuống ngắn		18	51,5
	Không có cuống		6	17,1
	Tổng		***35***	***100***

Dạng tổn thương: Hay gặp là dạng sùi, chiếm tỷ lệ 42,8%; tiếp đến là dạng nốt với tỷ lệ 40%; dạng phẳng ít gặp hơn, chiếm 17,1%.

Kích thước tổn thương: ≤ 2cm chiếm tỷ lệ 94,2%; trong đó từ 1- 2cm có tỷ lệ là 22,8%. Kích thước > 2cm có tỷ lệ 5,8%.

Polyp theo phân loại KUDO, số polyp typ IV chiếm tỷ lệ lớn nhất là 48,6%; số polyp typ Vi,n có tỷ lệ là 34,3%; Type III s là 17,1%.

Polyp có phân loại JNET, typ 3 có số lượng lớn nhất với tỷ lệ 51,5%; JNET typ 2b và 2a có số lượng thấp hơn tương ứng với tỷ lệ lần lượt là 31,4% và 17,1%.

Dạng Polyp cuống ngắn gặp nhiều nhất, với tỷ lệ 51,5%; có cuống dài là 31,4% và không cuống là 17,1%.

3.3. Hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật ESD

Bảng 4. Đặc điểm về kỹ thuật EMR

Đặc điểm		Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
		Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Cách cắt bỏ tổn thương	Cắt từng mảnh	7	20,0
	Cắt nguyên khối	28	80,0
	Tổng	*35*	*100,0*
Tính chất cắt bỏ tổn thương	Cắt bỏ hoàn toàn	35	100,0
	Cắt bỏ không hoàn toàn	0	0,0
	Tổng	*35*	*100,0*
Mức độ hoàn thành kỹ thuật	Hoàn thành	35	100,0
	Không hoàn thành	0	0,0
	Tổng	*35*	*100,0*
Thời gian thực hiện kỹ thuật (phút) $\overline{X}$ ± SD (max, min)		15,6 ± 9,2 (12 - 30)	
Thời gian nằm viện (ngày) $\overline{X}$ ± SD (max, min)		2,1 ± 0,3 (4 - 1)	

Tổn thương được cắt nguyên khối hay gặp, với tỷ lệ 80%; cắt từng mảnh là 20%. Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100% (35/35 bệnh nhân). Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương là 100% (35/35 bệnh nhân). Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình là 15,6 ± 9,2 phút, ngắn nhất là 12 phút, dài nhất là 30 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 2,1 ± 0,3 ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 4 ngày.

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong và sau thực hiện kỹ thuật EMR

Đặc điểm			Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
			Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Triệu chứng lâm sàng sau can thiệp	Đau vùng hậu môn		24	68,6
	Cảm giác bỏng rát vùng sinh môn		5	14,3
	Khác		1	2,9
Biến chứng trong và sau can thiệp	Chảy máu	Trong can thiệp	2	5,7
		Sau can thiệp	0	0,0
	Thủng trực tràng		0	0,0
	Thắt hẹp		0	0,0
	Chuyển sang mổ		0	0,0
Kết quả giải phẫu bệnh	Viêm mạn		0	0,0
	Loạn sản độ thấp		6	17,2
	Loạn sản độ cao		14	40,0
	Ung thư tại chỗ		15	42,8
Hình ảnh nội soi của tổn thương	Sau 45 ngày	Loét hoạt động	0	0,0
		Đang liền sẹo	14	40,0
		Liền sẹo	21	60,0
	Sau 180 ngày	Liền sẹo hoàn toàn	35	100,0

		Tái phát tại chỗ	0	0,0

Tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng sau can thiệp: Đau vùng hậu môn có tỷ lệ 68,6%; bỏng rát vùng sinh môn là 14,3%.

Tỷ lệ chảy máu trong quá trình thực hiện kỹ thuật là 5,7% (2/35 bệnh nhân), không có biến chứng thủng, thắt hẹp, chảy máu sau can thiệp và chuyển sang phẫu thuật.

Kết quả GPB sau EMR: Ung thư tại chỗ chiếm 42,8%, loạn sản độ cao là 40%, loạn sản độ thấp là 17,2%. Độ chính xác gần 100%.

Sau 45 ngày, liền sẹo chiếm tỷ lệ 60%; đang liền sẹo là 40%; không có bệnh nhân nào có loét. Sau 180 ngày, tỉ lệ liền sẹo hoàn toàn là 100%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân trắc, lâm sàng và cận lâm sàng

Trong NC của chúng tôi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 51,7 ± 11,9 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất là 32 tuổi, cao tuổi nhất là 79 tuổi. Nhóm tuổi chúng tôi hay gặp là từ 41 tuổi đến 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 60%. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 65,7% cao hơn nữ (34,3%), tỷ lệ nam/nữ ≈ 2. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu về ung thư trực tràng và trong Y văn.

Trên lâm sàng, các triệu chứng có thể bắt gặp là thay đổi thói quen đại tiện, rối loạn phân, mót rặn, đi ngoài ra máu tươi và đau bụng. Trong đó, triệu chứng thay đổi thói quen đại tiện hay gặp, có tỷ lệ 68,6%; tiếp đến là rối loạn phân chiếm 51,4%; mót rặn là 28,6%; đi ngoài ra máu tươi là 25,7%; đau bụng là 11,4%. Đây cũng chính là các triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám bệnh. Vì vậy, trước những bệnh nhân có các triệu chứng kể trên, chúng ta phải coi là đối tượng cần được tầm soát ung thư trực tràng sớm.

Xét nghiệm các marker phát hiện ung thư sớm trên đối tượng nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ BN có marker bất thường là 37,4%, trong đó CEA là 31,4%; CA 72-4 là 25,7%; CA 19-9 là 22,9%. So với các bệnh ung thư khác, biến động của các chỉ số marker không nhiều, nhưng với tỷ lệ có bất thường dù không cao, nhưng các marker này vẫn giữ vai trò quan trọng trong việc phát hiện ung thư sớm và tiên lượng tiến triển và tái phát bệnh.

4.2. Đặc điểm của tổn thương trực tràng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 dạng tổn thương được bắt gặp qua nội soi đại trực tràng là sùi, nốt và phẳng. Trong đó dạng sùi hay gặp nhất, với tỷ lệ 42,8%; tiếp đến là dạng nốt chiếm 40%; dạng phẳng ít gặp hơn với tỷ lệ 17,1%.

Kích thước của tổn thương dưới 2cm là phổ biến, có tỷ lệ 94,2%, đây cũng là một thuận lợi trong thực hiện kỹ thuật EMR. Với các tổn thương nhỏ, áp dụng kỹ thuật EMR sẽ thuận lợi hơn về kỹ thuật, nguy cơ tai biến và biến chứng thấp hơn và hiệu quả tốt hơn. Các tổn thương kích thước trên 2cm ít gặp hơn chiếm tỷ lệ 5,8%.

Khi phân loại các polyp theo phân loại KUDO, polyp typ IV chiếm tỷ lệ lớn nhất là 48,6%; polyp typ Vi,n có tỷ lệ là 34,3% và Type III s có tỷ lệ 17,1%. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có polyp type I, type II và type III L.

Khi phân loại polyp theo phân loại JNET chúng tôi gặp tấy cả các type. Trong đó, JNET typ 3 có số lượng lớn nhất với tỷ lệ 51,5%; JNET typ 2b và 2a có số lượng thấp hơn tương ứng với tỷ lệ lần lượt là 31,4% và 17,1%.

Phân loại polyp theo cuống và tính chất của cuống, chúng tôi gặp đầy đủ các hình thái có cuống dài, có cuống ngắn và không có cuống. Dạng polyp cuống ngắn gặp nhiều nhất, với tỷ lệ 51,5%; có cuống dài là 31,4% và không cuống là 17,1%. Với việc phân loại này góp phần dự kiến kế hoạch và tiên lượng khi thực hiện kỹ thuật EMR.

4.3. Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật EMR

EMR là kỹ thuật ít xâm lấn, bệnh nhân trải qua EMR thường có chất lượng cuộc sống tốt hơn sau can thiệp. Hiệu quả của EMR đối với ung thư sớm và tiền ung thư trực tràng là khá tốt trong các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương được cắt hoặc là theo từng mảnh hoặc là nguyên khối. Tỷ lệ cắt nguyên khối đạt 80%, cắt theo từng

mảnh là 20%. Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương là 100% (35/35 bệnh nhân). Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100% (35/35 bệnh nhân). Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình là 15,6 ± 9,2 phút (dao động từ 12-30 phút). Thời gian nằm viện trung bình là 2,1 ± 0,3 ngày (dao động từ 1- 4 ngày). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với các kết quả của các báo cáo nghiên cứu khác khi chứng minh EMR hiệu quả trong việc loại bỏ hoàn toàn tổn thương niêm mạc[8]. Sự khác biệt về tỷ lệ cắt nguyên khối có thể do sự thay đổi trong kích thước khối u và đặc điểm kỹ thuật tại các trung tâm thực hiện khác nhau. Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình cũng nằm trong khoảng dao động của các nghiên cứu trước đây[9]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương là 100% (35/35 bệnh nhân) cho thấy hiệu quả cao của kỹ thuật cắt hớt niêm mạc trong việc loại bỏ toàn bộ khối u mà không để lại tế bào ác tính ở bờ diện cắt. Nghiên cứu của Raju ghi nhận tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn đạt 76%[6], trong khi nghiên cứu của chúng tôi lên tới 100%. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ tiến bộ trong công nghệ nội soi hoặc kỹ năng của nhóm thực hiện. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ tiên tiến hơn, chẳng hạn như sử dụng nội soi ánh sáng dải hẹp (NBI) hoặc thiết bị hiện đại, giúp cải thiện khả năng xác định ranh giới tổn thương và nâng cao độ chính xác khi thực hiện thủ thuật. Ngoài ra, sự khác biệt trong tiêu chí chọn bệnh nhân cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả này, do đã chọn lọc các trường hợp tổn thương ít phức tạp hơn. Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương ung thư và tiền ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh kỹ năng tốt của đội ngũ bác sĩ, sự chuẩn bị kỹ lưỡng và việc thực hiện thủ thuật trong điều kiện tối ưu tại cơ sở nghiên cứu. Kết quả này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, giúp giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và cải thiện tiên lượng sống còn cho bệnh nhân. Tuy nhiên, cần thực hiện thêm các nghiên cứu lớn hơn, đa trung tâm để xác nhận kết quả này, đồng thời tiếp tục đào tạo nâng cao và chuẩn hóa quy trình thực hiện EMR để duy trì và cải thiện hiệu quả điều trị. Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương không chỉ chứng minh khả năng áp dụng thành công kỹ thuật EMR mà còn mở ra tiềm năng ứng dụng rộng rãi hơn trong tương lai.

Điều này phản ánh sự tối ưu hóa trong quy trình thực hiện EMR tại các trung tâm nghiên cứu. Một phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương cao hơn đáng kể đối với ESD và EMR đã sửa đổi (m-EMR) so với EMR chuẩn (tỷ lệ chênh lệch [OR] = 0,42 đối với ESD so với EMR) [10]. Nghiên cứu của SR Puli cho thấy EMR có hiệu quả để loại bỏ khối u giai đoạn sớm, đặc biệt là ở trực tràng. Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn với ranh giới âm tính cho các khối u có kích thước < 20mm là 90% - 95%, tỷ lệ này giảm khi khối u lớn và cấu trúc phức tạp[11].

Sau can thiệp EMR, phần lớn các bệnh nhân ung thư sớm, tiền ung thư trực tràng có triệu chứng đau tại vùng hậu môn và chiếm tỷ lệ 68,6%. Cảm giác bỏng rát vùng sinh môn cũng tương đối hay gặp với tỷ lệ 14,3%. Có 2,9% bệnh nhân bị sốt nhẹ. Ngoài các triệu chứng kể trên, chúng tôi không gặp bất kỳ một khó chịu nào của bệnh nhân sau can thiệp. Những triệu chứng sau can thiệp trên cho thấy tác động tức thời sau thủ thuật có thể ảnh hưởng đến sự thoải mái của bệnh nhân. So với nghiên cứu của Raju, tỷ lệ này có phần cao hơn, có thể do sự khác biệt trong đặc điểm bệnh nhân hoặc kỹ thuật được áp dụng[6]. Tuy nhiên, các triệu chứng được liệt kê ở trên đều ở mức độ nhẹ và không dẫn đến biến chứng nặng. Điều này khẳng định rằng, mặc dù EMR có thể gây khó chịu trong ngắn hạn, các triệu chứng này thường tự hồi phục và không ảnh hưởng nghiêm trọng đến kết quả điều trị dài hạn. Trong tương lai, cần nghiên cứu thêm để tìm hiểu các biện pháp giảm nhẹ triệu chứng, chẳng hạn như sử dụng thuốc giảm đau hoặc tối ưu hóa kỹ thuật thực hiện.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân thực hiện kỹ thuật EMR bị chảy máu trong khi can thiệp là 5,7% và được kiểm soát ngay theo đúng quy trình. Chúng tôi cũng ghi nhận không có bệnh nhân nào chảy máu sau can thiệp, thủng hay gặp các tai biến lớn phải chuyển sang phẫu thuật. Điều này phản ánh tính an toàn của EMR ngay cả trong các trường hợp tổn thương phức tạp. Tỷ lệ chảy máu trong khi thực hiện kỹ thuật của chúng tôi (5,7%) cao hơn so với nghiên cứu của Raju (3%)[6]. Điểm đáng chú

ý là không có trường hợp nào bị thủng hoặc cần chuyển mổ trong cả nghiên hai nghiên cứu (của chúng tôi và của Raju). Với sự cải thiện của công nghệ và kinh nghiệm, EMR có thể được thực hiện một cách an toàn, ngay cả đối với tổn thương lớn hoặc ở vị trí khó tiếp cận. Kết quả GPB sau EMR cho thấy ung thư tại chỗ chiếm 42,8%, loạn sản độ cao là 40%, loạn sản độ thấp là 17,2%. Độ chính xác gần 100%.

Tại thời điểm sau can thiệp EMR 45 ngày, có 60% bệnh nhân liền sẹo hoàn toàn và 40% đang liền sẹo, không có bệnh nhân nào có ổ loét mới. Sau can thiệp 180 ngày, tỷ lệ liền sẹo hoàn toàn là 100%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây, trong đó EMR đã được chứng minh là phương pháp có hiệu quả cao trong việc điều trị các tổn thương niêm mạc nông [8]. Một trong những hạn chế của chúng tôi là thời gian theo dõi chưa được dài nên khó đánh giá mức độ tái phát xa sau can thiệp EMR. Cần thực hiện thêm nghiên cứu dài hạn để đánh giá tỷ lệ tái phát sau EMR trong vòng 5-10 năm.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR) trong chẩn đoán và điều trị ung thư sớm và tiền ung thư trực tràng có tỷ lệ thành công cao, tai biến và biến chứng thấp. Đây là công cụ tối ưu, đặc biệt khi áp dụng trên các tổn thương được lựa chọn cẩn thận. Kết quả này có giá trị tham khảo lớn, góp phần hoàn thiện các quy trình điều trị ung thư trực tràng sớm tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JL, Kasi PM, Wallace MB (2019) *Colorectal cancer*. The Lancet 394(10207): 1467-1480.
2. He L, Wang F, Tian H, Xie Y, Xie L, Liu Z (2019) *The expression profile of RNA sensors in colorectal cancer and its correlation with cancer stages.* Translational Cancer Research 8(4): 1351.
3. Yuan X, Gao H, Liu C, et al (2021) *Effectiveness and safety of the different endoscopic resection methods for 10-to 20-mm nonpedunculated colorectal polyps: a systematic review and pooled analysis.* Saudi Journal of Gastroenterology 27(6): 331-341.
4. 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(03): 270-297.
5. Law R, Das A, Gregory D et al (2016) *Endoscopic resection is cost-effective compared with laparoscopicáresection in the management of complex colonápolyps: an economic analysis.* Gastrointestinal endoscopy 83(6): 1248-1257.
6. Raju GS, Lum PJ, Ross WA et al (2016) *Outcome of EMR as an alternative to surgery in patients with complex colon polyps.* Gastrointestinal endoscopy 84(2): 315-325.
7. Fuccio L, Hassan C, Ponchon T et al (2017) *Clinical outcomes after endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasia: A systematic review and meta-analysis*. Gastrointestinal endoscopy 86(1): 74-86. doi:10.1016/j.gie.2017.02.024.
8. Ahmad NA, Kochman ML, Long WB, Furth EE, Ginsberg GG (2002) *Efficacy, safety, and clinical outcomes of endoscopic mucosal resection: a study of 101 cases*. Gastrointestinal endoscopy 55(3): 390-396.
9. Deprez PH, Bergman J, Meisner S et al (2010) *Current practice with endoscopic submucosal dissection in Europe: Position statement from a panel of experts.* Endoscopy 42(10): 853-858.
10. He L, Deng T, Luo H (2015) *Efficacy and safety of endoscopic resection therapies for rectal carcinoid tumors: a meta-analysis*. Yonsei medical journal 56(1): 72-81.
11. Puli SR, Kakugawa Y, Gotoda T, Antillon D, Saito Y, Antillon MR (2009) *Meta-analysis and systematic review of colorectal endoscopic mucosal resection*. World journal of gastroenterology: WJG 15(34): 4273.
12. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T et al (2015) *Endoscopic submucosal dissection: European society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) guideline*. Endoscopy 47(09): 829-854.