

Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học của bệnh nhân ung thư trực tràng

Study of endoscopic imaging, histopathology of patients with rectal cancer

Vũ Hồng Anh, Nguyễn Thúy Vinh

Bệnh viện E - Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Tìm hiểu hình ảnh nội soi, kết quả mô bệnh học của bệnh nhân ung thư trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Gồm 56 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng bằng mô bệnh học sau mổ. **Kết quả:** Kết quả về nội soi: Thể sùi (76,8%), thể sùi loét (10,7%). Tỷ lệ khối u có kích thước lớn nhất < 4cm chiếm 48,2%, kích thước 4 - < 8cm chiếm 46,4%. 100% khối u gây hẹp trực tràng, trong đó 73,2% khối u gây hẹp từ 1/2 trực tràng trở lên. Kết quả mô bệnh học: 50% khối u ở giai đoạn T3 và T4, 50% ở T1 và T2, 26,8% có di căn hạch. **Kết luận:** Nội soi trực tràng là phương pháp tốt nhất, đơn giản để xác định vị trí, kích thước, tính chất bề mặt, các tổn thương phối hợp. Nội soi trực tràng kết hợp với sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học đã trở thành tiêu chuẩn vàng để phát hiện polyp và chẩn đoán ung thư đại trực tràng.

Từ khóa: Nội soi, ung thư trực tràng, mô bệnh học.

Summary

Objective: Review of the study of endoscopic imaging, histopathology of patients with rectal cancer. **Subject and method:** Prospective study, cross-sectional description. 56 patients were diagnosed with rectal cancer using postoperative histopathology. **Result:** Results for endoscopy: Polypoid (76.8%), Ulcerative carcinoma (10.7%). The tumor size was < 4cm, accounting for 48.2%, size 4 - < 8cm, accounting for 46.4%. 100% of tumors narrowing of the rectal, of which 73.2% of tumors narrowing of 1/2 rectal. 50.0% of tumors in stage T3 and T4, 50% in stage T1 and T2, 26.8% had nodal metastases. **Conclusion:** Colonoscopy is the best, simple way to determine the location, size, surface properties, coordination lesions. Colonoscopy combined with biopsy specimen histopathology has become the gold standard for the detection of polyp and colorectal cancer diagnosis.

Keywords: Colonoscopy, histopathology, pathology of colorectal cancer.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm gần đây, mặc dù đạt được nhiều sự tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị, theo dõi và tầm soát bệnh ung thư trực tràng, tuy nhiên đây vẫn là bệnh lý gây tử vong cao trên thế giới. Ở Mỹ, năm 2012 ước tính có 40.290 trường hợp mắc mới

[8]. Ở châu Âu, số người chết do ung thư đại trực tràng ở nam năm 2009 là 87.818 người và dự báo sẽ tăng lên 91.751 người vào năm 2013, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 sau ung thư phổi [9]; Trong khi đó, ở nữ con số này là 75.059 người tử vong vào năm 2009 và dự báo tăng lên 75.360 vào năm 2013, đây là nguyên nhân tử vong đứng thứ hai sau ung thư vú [9]. Với sự ra đời của nội soi ống mềm là bước tiến dài trong chẩn đoán và theo dõi ung thư đại trực tràng. Nội soi không những phát hiện ung thư đại trực tràng ở giai đoạn sớm, làm sinh

Ngày nhận bài: 19/2/2019, ngày chấp nhận đăng: 28/2/2019

Người phản hồi: Vũ Hồng Anh,

Email: anhvh1979@gmail.com - Bệnh viện E Hà Nội

thiết để chẩn đoán xác định về mặt giải phẫu bệnh mà còn có thể thăm dò được toàn bộ đại tràng để phát hiện các tổn thương phối hợp. Một vài nghiên cứu gần đây gợi ý rằng tầm quan trọng của nội soi đại tràng đang tăng lên trong việc sàng lọc ung thư đại trực tràng. Xuất phát từ lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu hình ảnh nội soi, kết quả mô bệnh học của bệnh nhân ung thư trực tràng.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bao gồm 56 bệnh nhân (BN) ung thư trực tràng được chẩn đoán bằng giải phẫu bệnh sau mổ, điều trị tại Bệnh viện E từ tháng 2/2013 đến tháng 1/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có khối u trực tràng, được sinh thiết làm mô bệnh học chẩn đoán ung thư trực tràng.

Được thực hiện siêu âm nội soi trực tràng trước mổ.

Được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện E.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư trực tràng.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN không đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn.

BN có rối loạn đông chảy máu.

BN có bệnh cấp và mạn tính chống chỉ định thực hiện nội soi đại trực tràng.

Bệnh nhân ung thư thực quản không còn chỉ định phẫu thuật.

BN không được điều trị phẫu thuật.

Bệnh nhân đã điều trị trước đó (phẫu thuật, tia xạ, hóa chất).

Những bệnh nhân không thực hiện siêu âm nội soi trực tràng.

Những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm hình ảnh nội soi trực tràng (vị trí u, tính chất u, số lượng u), kết quả

xét nghiệm mô bệnh học (mức độ xâm lấn u, mức độ xâm lấn hạch).

Phân loại kết quả mô bệnh học theo WHO 2002 và phân chia giai đoạn TNM theo AJCC 2010.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

Bảng 1. Dạng đại thể của khối u trực tràng trên nội soi

Dạng đại thể của khối u	Số bệnh nhân (n = 56)	Tỷ lệ %
Thể sùi	43	76,8
Thể loét	3	5,4
Thể thâm nhiễm	4	7,1
Thể loét sùi	6	10,7
Tổng	56	100,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh đại thể trên nội soi cho thấy đa số khối u ở thể sùi chiếm 76,8% và thể loét sùi chiếm 10,7%.

Bảng 2. Khoảng cách khối u đến rìa hậu môn

Vị trí u cách rìa hậu môn (cm)	Số bệnh nhân (n = 54)	Tỷ lệ %
< 6	12	21,4
6 - 12	28	50,0
> 12	16	28,6
Tổng	56	100,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có khối u cách rìa hậu môn trong khoảng 6 - 12cm chiếm 50%; số bệnh nhân có u cách rìa hậu môn > 12cm chiếm 28,6%.

Bảng 3. Kích thước của khối u trên nội soi

Kích thước khối u (cm)	Số bệnh nhân (n = 56)	Tỷ lệ %
< 4	27	48,2
4 - < 8	26	46,4
≥ 8	3	5,4
Cộng	56	100,0

Nhận xét: Khối u có kích thước lớn nhất < 4cm chiếm tỷ lệ lớn nhất 48,2%, tiếp đến là các khối u có kích thước 4 - < 8cm chiếm 46,4%.

Bảng 4. Mức độ gây hẹp lòng trực tràng

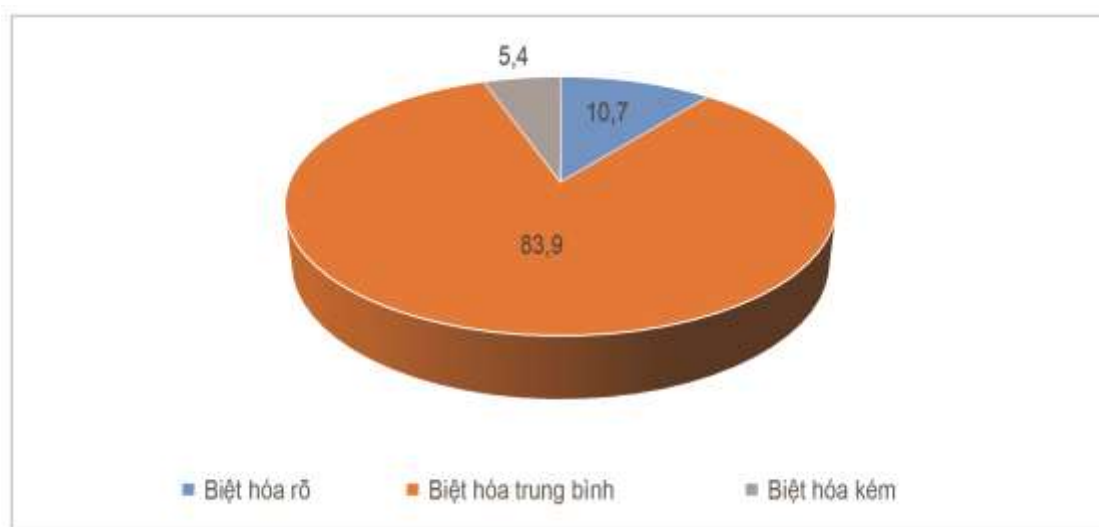
Mức độ gây hẹp	Số bệnh nhân (n = 56)	Tỷ lệ %
Không gây hẹp	0	0
Gây hẹp 1/4 chu vi	15	26,8
Gây hẹp 1/4 chu vi	26	46,4
Gây hẹp 3/4 chu vi	15	26,8
Cộng	56	100,0

Nhận xét: 100% khối u gây hẹp lòng trực tràng ở các mức độ khác nhau, trong đó 73,2% khối u gây hẹp 1/2 trực tràng trở lên.

Bảng 5. Vị trí khối u trên nội soi

Vị trí khối u	Số bệnh nhân (n = 56)	Tỷ lệ %
1/3 dưới	18	32,1
1/3 giữa	20	35,8
1/3 trên	18	32,1
Cộng	56	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có khối u ở 1/3 giữa trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất 35,8%.



Biểu đồ 1. Chẩn đoán độ biệt hóa tế bào khối u bằng mô bệnh học

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả mô bệnh học cho thấy 47 bệnh nhân (chiếm 83,9%) có khối u ở thể biệt hóa mức độ trung bình.

Bảng 6. Phân loại giai đoạn TNM theo mô bệnh học

Phân loại TNM		Số bệnh nhân (n = 56)	Tỷ lệ %
T	T1 và T2	28	50,0
	T3	23	41,1
	T4	5	8,9
	Cộng	56	100,0
N	N0	41	73,2
	N1	15	26,8
	Cộng	56	100,0
M	M0	52	92,9
	M1	4	7,1
	Cộng	56	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ khối u đã xâm lấn đến thanh mạc và vượt qua thanh mạc (T3 và T4) là 50%, tỷ lệ di căn hạch cũng chiếm tới 26,8%, có 4 trường hợp chiếm 7,1% có di căn xa.

Bảng 7. Chẩn đoán giai đoạn bệnh theo mô bệnh học

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân (n = 54)	Tỷ lệ %
Giai đoạn 1	23	41,1
Giai đoạn 2	17	30,4
Giai đoạn 3	12	21,4
Giai đoạn 4	4	7,1
Tổng	56	100,0

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ở giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 41,1%, số bệnh nhân giai đoạn 2 cũng chiếm 30,4%, 7,1% bệnh nhân ở giai đoạn 4.

4. Bàn luận

4.1. Hình ảnh nội soi

Vị trí khối u trên nội soi

Xác định vị trí của khối u trực tràng, hay chính xác hơn là khoảng cách khối u so với rìa hậu môn là hết sức cần thiết, giúp phẫu thuật viên đưa ra phương pháp phẫu thuật phù hợp. Xác định khối u trực tràng thông qua nội soi trực tràng và có thể thông qua thăm trực tràng bằng tay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có khối u cách rìa hậu môn trong khoảng 6 - 12cm chiếm 50%, số bệnh nhân có u cách rìa hậu môn > 12cm chiếm 12,8%. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu của Võ Tấn Long và cộng sự [5] có 80% bệnh nhân có khối u cách rìa hậu môn trong khoảng 6 - 10cm, 20% bệnh nhân có khối u cách rìa hậu môn > 10cm. Theo nghiên cứu của DAI Yong và cộng sự [7] cho biết khoảng cách trung bình từ khối u đến rìa hậu môn 4,5cm.

Kết quả chẩn đoán sau mổ bệnh nhân cho thấy đa số khối u ở 1/3 giữa trực tràng chiếm 35,8%, ở vị trí 1/3 dưới và 1/3 trên trực tràng cùng chiếm tỷ lệ 32,1%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả

nghiên cứu của Đỗ Trọng Khanh và cộng sự [4] cho biết có 37,2% bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 trên, 44,2% ung thư trực tràng 1/3 giữa và 18,6% ung thư trực tràng 1/3 dưới. Nghiên cứu của Đỗ Đình Công và cộng sự [3]: 23,9% bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 trên, 41,3% ung thư trực tràng 1/3 giữa và có tới 34,8% ung thư trực tràng 1/3 dưới. Nghiên cứu của Fetti A và cộng sự [6] cũng cho biết: 18,3% bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 trên, 26,7% ung thư trực tràng ở 1/3 giữa và 55% ung thư trực tràng 1/3 dưới.

Hình ảnh đại thể của khối u

Đối với ung thư trực tràng các thể u thường gặp là thể loét thâm nhiễm, thể u sùi và thể thâm nhiễm cứng, trong đó thể loét thâm nhiễm là thường gặp nhất và ít gặp nhất là thể thâm nhiễm cứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh đại thể trên nội soi cho thấy đa số khối u ở thể sùi chiếm 76,8% và thể loét sùi chiếm 10,7%, thể loét 5,4% và thể thâm nhiễm 7,1%. Trong đó, đáng chú ý thể thâm nhiễm rất dễ bỏ sót khi nội soi đại trực tràng (đặc biệt là khi chuẩn bị đại trực tràng chưa sạch và tổn thương chưa tiến triển xa đến mức độ gây bít hẹp lòng đại tràng và thao tác rút máy quá nhanh). Một số ít trường hợp tổn thương dạng thâm nhiễm này đã bị bỏ sót ở lần nội soi trực tràng đầu tiên, nhưng nhờ có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ, kết hợp thêm hình ảnh trên siêu âm nội soi khá rõ ràng nên được thực hiện nội soi đại tràng lần 2 và phát hiện được tổn thương.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Minh An [1], chỉ có 22,8% bệnh nhân có khối u ở thể loét sùi, trong khi thể sùi đơn thuần chiếm đến 71,8% và thể loét chiếm 5,4%. Nhưng kết quả này khá cao so với nghiên cứu của Đỗ Trọng Khanh và cộng sự [4] tỷ lệ bệnh nhân có khối u ở thể loét sùi chỉ có 18,6%, trong khi thể sùi lại chiếm đến 41,9% và thể loét cũng lên đến 23,3%.

Kích thước của khối u

Khi thăm trực tràng hay soi trực tràng, ngoài việc xác định vị trí khối u chúng ta cần xác định kích thước khối u so với chu vi trực tràng và mức độ gây

hẹp lòng đại tràng. Khối u trực tràng phát triển theo thời gian sẽ tăng dần theo chu vi trực tràng. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra kích thước u so với chu vi trực tràng là 1 yếu tố tiên lượng. Những bệnh nhân có khối u chiếm toàn bộ lòng trực tràng thường có tiên lượng nặng nề, điều trị còn gặp khó khăn, ảnh hưởng đến thời gian sống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số khối u có kích thước < 4cm chiếm 48,2%, tiếp đến là các khối u có kích thước 4 - < 8cm chiếm 46,4%. Có 100% khối u gây hẹp lòng trực tràng ở các mức độ khác nhau, trong đó 73,2% khối u gây hẹp trên 1/2 trực tràng.

Nghiên cứu của Võ Tấn Long và cộng sự [5], khối u có kích thước trung bình $4,2 \pm 1,8$ cm. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự [2] có 70,4% khối u có đường kính lớn nhất > 5cm; 24,5% bệnh nhân có khối u trong khoảng 3 - 5cm và chỉ có 5,1% bệnh nhân có khối u < 3cm.

Một trong những giá trị khác của nội soi, góp phần đánh giá mức độ xâm lấn, là giúp định hướng đặt đầu dò siêu âm nội trực tràng chính xác, để chẩn đoán mức xâm lấn và phát hiện tổn thương hạch tiểu khung.

4.2. Đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật

Mức độ biệt hóa

Mức độ biệt hóa tế bào u đóng vai trò quan trọng đối với tiên lượng của bệnh nhân. Những khối u mức độ biệt hóa tế bào kém sẽ có tiên lượng xấu hơn nhiều so với các khối u có mức độ biệt hóa cao và trung bình. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả mô bệnh học cho thấy đa số bệnh nhân có khối u ở thể biệt hóa mức độ vừa (83,9%), mức độ biệt hóa kém chiếm 5,4% và biệt hóa cao chiếm 10,7%. Kết quả chúng tôi tương đương kết quả của các tác giả khác.

Nghiên cứu của Võ Tấn Long và cộng sự [5], 57/60 bệnh nhân chiếm 95% biệt hóa mức độ trung bình. Nghiên cứu của Đỗ Trọng Khanh và cộng sự [4], chỉ có 55,8% bệnh nhân biệt hóa mức độ trung bình. Nghiên cứu của Đỗ Đình Công và cộng sự [3], chỉ có 63% bệnh nhân biệt hóa ở mức độ trung bình.

Mức độ xâm lấn của khối u so với thành ruột

Đầu những năm 1990 chỉ định mổ nội soi với những u ở giai đoạn T1, T2, những năm gần đây có

nhiều tác giả đã chỉ định mổ những khối u ở giai đoạn T3. Những trường hợp u ở giai đoạn T4 có thể điều trị tia xạ và hoá chất trước mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số khối u đã xâm lấn đến thanh mạc và vượt qua thanh mạc (T3 và T4) chiếm 50%, tỷ lệ di căn hạch cũng chiếm tới 26,8%, có 4 trường hợp chiếm 7,1% có di căn xa.

Phân chia giai đoạn theo TNM

Có rất nhiều cách phân chia giai đoạn bệnh khác nhau đã được áp dụng nhằm đánh giá sự tiến triển của bệnh và để tiên lượng. Trong đó, cách phân chia của Dukes có bổ sung và cách phân chia quốc tế theo TNM thường được áp dụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân ở giai đoạn 1, chiếm 41,1%, số bệnh nhân giai đoạn 2 cũng chiếm 30,4%, 7,1% bệnh nhân ở giai đoạn 4 (có di căn gan).

Nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài nhận thấy, bệnh nhân được chẩn đoán sớm ở giai đoạn I, II có tiên lượng tốt hơn nhiều so với bệnh nhân ở giai đoạn III và IV.

Nghiên cứu của Võ Tấn Long và cộng sự [5], bệnh nhân ở giai đoạn I chiếm 16,7%, giai đoạn II chiếm 43,3% và giai đoạn III chiếm 40%. Theo tác giả DAI Yong và cộng sự [7] có 30,4% bệnh nhân ở giai đoạn I, 47,8% bệnh nhân ở giai đoạn II và 21,8% bệnh nhân ở giai đoạn III. Trong nghiên cứu của Orhan Bulut và Per Jess [10], 20% bệnh nhân ở giai đoạn I, 47,3% bệnh nhân ở giai đoạn II và 32,7% bệnh nhân ở giai đoạn III. Nghiên cứu của Fetti A và cộng sự [6], trong 60 bệnh nhân ung thư trực tràng thực hiện phẫu thuật nội soi có 36,7% bệnh nhân ở giai đoạn I, 26,6% bệnh nhân ở giai đoạn II, 30% ở giai đoạn III và 6,7% ở giai đoạn IV.

Như vậy, cơ bản trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân được phân chia giai đoạn theo TNM là tương đương với nghiên cứu của các tác giả khác.

5. Kết luận

Nội soi trực tràng là phương pháp tốt nhất, đơn giản để xác định vị trí, kích thước, tính chất bề mặt, các tổn thương ở vùng hậu môn trực tràng. Nội soi trực tràng kết hợp với sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư trực tràng.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Minh An (2013) *Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp*. Luận án Tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
2. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái (2010) *Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng*. Y học TP. Hồ Chí Minh, 14(1), tr. 119-123.
3. Đỗ Đình Công (2011) *Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng: Kết quả 3 năm*. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 15(1), tr. 55-60.
4. Đỗ Trọng Khanh (2008) *Đánh giá mức độ xâm lấn và di căn hạch của ung thư trực tràng*. Y Học TP. Hồ Chí Minh 12(1), tr. 210-215.
5. Võ Tấn Long (2011) *Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng nối máy so với mổ mở trong điều trị ung thư trực tràng*. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 15(1), tr. 45-50.
6. Fetti A (2012) *Laparoscopic surgery for the treatment of rectal cancer: Short-Term results*. Chirurgia 107: 730-736.
7. Dai Y et al (2008) *Preservation of the continence function after intersphincteric resection using a prolapsing technique in the patients with low rectal cancer and its clinical prognosis*. Chin Med J 121(20): 2016-2020.
8. Jemal A, Siegel R, Ward E et al (2006) *Cancer statistics*. Cancer J Clin 56: 106-130.
9. Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F et al (2013) *European cancer mortality predictions for the year 2013*. Annals of Oncology 00: 1-9.
10. Orhan B and Per J (2010) *Long-term results after laparoscopic resection for colorectal cancer within a fast-track regimen in the elderly: A prospective study*. The Open Colorectal Cancer Journal 3: 1-4.