

Bước đầu đánh giá kết quả chẩn đoán và phân loại co thắt tâm vị bằng kỹ thuật đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao

Preliminary results of high-resolution manometry in diagnosis and classification for achalasia

Đào Việt Hằng***,
Hoàng Bảo Long*, Đào Văn Long***

*Viện NC và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật,
**Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá kết quả chẩn đoán và phân loại co thắt tâm vị bằng kỹ thuật đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao HRM. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu chùm ca bệnh trên bệnh nhân chẩn đoán co thắt tâm vị bằng nội soi đường tiêu hóa trên hoặc chụp baryt thực quản, ghi nhận mức độ nặng bằng bảng điểm Eckardt trước và sau điều trị và kết quả HRM theo phân loại Chicago 3.0. **Kết quả:** Từ tháng 4 đến tháng 12/2018, nghiên cứu thu tuyển được 20 bệnh nhân (7 nam và 13 nữ, tuổi trung bình $35,9 \pm 15,4$ năm). Số bệnh nhân co thắt tâm vị type I, II, và III, và không phải co thắt tâm vị (mất nhu động thực quản) lần lượt là 2, 12, 2, và 4 bệnh nhân. Điểm Eckardt không khác biệt giữa nhóm co thắt tâm vị và nhóm mất nhu động thực quản. Áp lực tích hợp khi nghỉ của LES trong 4 giây (IRP4s) trung bình của nhóm co thắt tâm vị là $24,6 \pm 6,3$ mmHg và không có khác biệt giữa các type. Điểm Eckardt trước và sau điều trị ở nhóm co thắt tâm vị lần lượt là $6,8 \pm 2,8$ và $2,1 \pm 1,9$ ($p < 0,05$). Sau can thiệp, 2 bệnh nhân có IRP4s trở về bình thường nhưng có rối loạn nhu động thực quản dạng mất nhu động (1 bệnh nhân) và tăng co bóp đoạn dưới (1 bệnh nhân). **Kết luận:** HRM có giá trị trong chẩn đoán xác định, phân loại thể bệnh, và theo dõi sau điều trị đối với co thắt tâm vị.

Từ khóa: Co thắt tâm vị, đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao.

Summary

Objective: To initially evaluate the diagnosis results and classification of achalasia on high-resolution manometry (HRM). **Subject and method:** A case-series on patients diagnosed with achalasia using upper gastrointestinal endoscopy or barium study, clinical severity using the Eckardt's score before and after treatment, and HRM results according to the Chicago Classification 3.0. **Result:** Between April and December 2018, 20 patients were recruited (7 males and 13 females, the mean age 35.9 ± 15.4 years). The number of patients with achalasia type I, II, and III, and absent contractility were 2, 12, 2, and 4, respectively. The Eckardt's score were not different between achalasia and absent contractility patients. The mean integrated relaxation pressure of LES (IRP4s) in achalasia patients was 24.6 ± 6.3 mmHg and was not different among types. The Eckardt's score before and after treatment in achalasia patients were 6.8 ± 2.8 and 2.1 ± 1.9 , respectively ($p < 0.05$). After treatment, two patients had normalized IRP4s but absent contractility (1 patient) and distal esophageal spasm (1 patient). **Conclusion:** HRM is valuable in diagnosis, classification, and treatment monitoring in achalasia.

Keywords: Achalasia, high-resolution esophageal manometry.

Ngày nhận bài: 13/5/2019, ngày chấp nhận đăng: 26/5/2019

Người phản hồi: Đào Việt Hằng, Email: hangdao.fsh@gmail.com - Trường Đại học Y Hà Nội

1. Đặt vấn đề

Cơ thắt tâm vị (CTTV) là một bệnh lý hiếm gặp được đặc trưng bởi sự mất nhu động của thực quản và giảm khả năng giãn của cơ thắt thực quản dưới (LES). Tỷ lệ mới mắc hàng năm ước tính là 1/100.000 người và tỷ lệ hiện mắc chung là 9 - 10/100.000 người [2], [10]. Bệnh nhân thường biểu hiện khó nuốt tăng dần với đồ ăn đặc sau đó đến đồ ăn lỏng, triệu chứng trào ngược, đau ngực, nóng rát sau xương ức và sút cân. Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (2013) nêu rõ giá trị của từng phương pháp chẩn đoán trong CTTV. Chụp baryt giúp đánh giá khả năng làm sạch của thực quản và hình thái của vùng nối dạ dày-thực quản. Dấu hiệu điển hình của CTTV trên chụp baryt bao gồm thực quản giãn rộng, hẹp vùng nối dạ dày-thực quản dạng “mỏ chim” và khả năng thải thuốc chậm. Nội soi giúp đánh giá vùng tâm vị để loại trừ những trường hợp giả CTTV. Tất cả các bệnh nhân nghi ngờ CTTV loại trừ được tắc nghẽn cơ học trên nội soi cần được khẳng định chẩn đoán bằng đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM). HRM được coi là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán CTTV. Hình ảnh điển hình là mất nhu động thực quản và rối loạn khả năng giãn cơ thắt thực quản dưới [10]. Phân loại Chicago 3.0 chia CTTV thành ba type với rối loạn nhu động thực quản khác nhau [4]. Ba type này có đáp ứng khác nhau với các phương pháp điều trị trong đó type III có tiên lượng kém với tỷ lệ tái phát cao, do vậy việc chẩn đoán và phân type trước khi quyết định điều trị có ý nghĩa trong tiên lượng và theo dõi [6], [7].

Tại Việt Nam, đã có các nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và chụp baryt trước và sau điều trị bằng nong bóng, phẫu thuật [1]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu về đặc điểm trên HRM ở bệnh nhân CTTV cũng như sử dụng kết quả HRM để tiên lượng đáp ứng điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Bước đầu đánh giá kết quả chẩn đoán và phân loại CTTV bằng kỹ thuật HRM.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh được tiến hành tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ tháng 4 đến tháng 12/2018 trên bệnh nhân có triệu

chứng lâm sàng, kết quả nội soi đường tiêu hóa trên hoặc chụp baryt theo dõi CTTV. Nghiên cứu loại trừ bệnh nhân không thể tiến hành HRM (có tổn thương thực thể tại thực quản gây khó khăn trong việc đặt catheter, phụ nữ có thai, bệnh tim mạch/hô hấp nặng, rối loạn tâm thần), bệnh nhân sử dụng các thuốc có thể làm ảnh hưởng đến kết quả đo (thuốc chẹn kênh calci hoặc giãn cơ trơn) trong vòng 24 giờ. Do đây là nghiên cứu bước đầu, chúng tôi thu tuyển toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu thu thập thông tin về triệu chứng lâm sàng, điểm Eckardt, kết quả nội soi đường tiêu hóa trên, chụp baryt và HRM. Kết quả HRM được đánh giá theo phân loại Chicago 3.0. Bệnh nhân sau can thiệp sẽ được đánh giá lại sau điều trị bằng điểm Eckardt và đo HRM.

Tiến hành kỹ thuật HRM

Catheter HRM (Solar GI 22 kênh của Laborie) đặt vào thực quản của bệnh nhân qua đường mũi. Các giai đoạn chính của kỹ thuật: (1) Ghi nhận áp lực nền của cơ thắt thực quản khi nghỉ, (2) Ghi nhận áp lực cơ thắt và nhu động thực quản khi nuốt 5ml nước (tối thiểu 10 lần) và (3) Ghi nhận áp lực cơ thắt và nhu động thực quản khi nuốt nhanh nhiều nhịp 5 lần liên tiếp (tiến hành 1 - 2 lần).

Các giá trị thu được sẽ được biểu diễn bằng biểu đồ màu sắc. Máy tính sẽ tính toán các chỉ số giúp bác sĩ nhận định tình trạng của bệnh nhân.

Nhận định kết quả HRM

Kết quả HRM được phân loại theo Chicago 3.0 thành ba nhóm chính: Tăng áp lực vùng nối dạ dày-thực quản, rối loạn nhu động thực quản nặng, và rối loạn nhu động thực quản nhẹ [3].

Nhóm tăng áp lực vùng nối dạ dày-thực quản (điển hình là CTTV) được định nghĩa là tăng IRP4s kèm theo rối loạn nhu động thực quản với 3 type:

Type I: 100% nhịp nuốt nhất bại, thực quản không co bóp.

Type II: $\geq 20\%$ nhịp nuốt có tăng áp lực dọc lòng thực quản.

Type III: $\geq 20\%$ nhịp nuốt đến sớm.

Trường hợp tăng IRP4s ($> 15\text{mmHg}$ với catheter đặc, $> 19\text{mmHg}$ với catheter bơm nước) nhưng nhu động thực quản bình thường được gọi là tắc nghẽn vùng nối dạ dày-thực quản (EGJ outflow obstruction).

CTTV type I có thể cần phân biệt với tình trạng không có nhu động thực quản (100% nhịp nuốt thất bại nhưng IRP4s bình thường).

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Từ tháng 04 đến tháng 12/2018, nghiên cứu thu tuyển được 20 bệnh nhân: Tuổi trung bình $35,9 \pm$

15,4 năm (min - max: 10 - 66), 7 nam và 13 nữ. Tỷ lệ bệnh nhân có nuốt vướng, nghẹn, gầy sút, nôn/buồn nôn, đau ngực, nóng rát, và trào ngược lần lượt là 80%, 55%, 60%, 45%, 25%, 15% và 70%. Điểm Eckardt trung bình là $6,6 \pm 2,6$, có 75% bệnh nhân có Eckardt ≥ 6 . Có 5 (25%) bệnh nhân có tiền sử điều trị CTTV. Có 1 bệnh nhân có kết quả nội soi âm tính và 1 có kết quả chụp baryt âm tính.

3.2. Đặc điểm trên đo HRM

Trên HRM, có 16 bệnh nhân là CTTV với tỷ lệ type I, II, và III lần lượt là 10%, 60% và 10%, và 4 bệnh nhân không có nhu động thực quản (IRP4s bình thường). IRP4s ở nhóm CTTV cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có nhu động thực quản, tuy nhiên không có khác biệt về chỉ số Eckardt.

Bảng 1. Đặc điểm trên đo áp lực và nhu động thực quản và điểm Eckardt của các nhóm bệnh nhân

	CTTV type I (n = 2)	CTTV type II (n = 12)	CTTV type III (n = 2)	Không có nhu động (n = 4)	p
Áp lực nghỉ nền của LES	$27,9 \pm 2,0$	$33,1 \pm 10,9$	$30,7 \pm 5,8$	$8,7 \pm 13,4$	0,01
IRP4s	$19,8 \pm 2,6$	$25,7 \pm 6,7$	$22,5 \pm 8,0$	$5,3 \pm 8,4$	0,001
Điểm Eckardt	$5,5 \pm 2,1$	$7,0 \pm 3,0$	$7,0 \pm 2,8$	$6,0 \pm 2,0$	$>0,05$

LES: Cơ thắt thực quản dưới, IRP4s: Áp lực tích hợp khi nghỉ trong 4s của cơ thắt thực quản dưới.

Trong 16 bệnh nhân CTTV, có 3 bệnh nhân được nong bóng, 5 bệnh nhân được phẫu thuật, 2 bệnh nhân được cắt cơ thắt thực quản dưới qua nội soi (POEM) và 6 bệnh nhân điều trị nội khoa.

Bảng 2. Thay đổi điểm Eckardt trước và sau điều trị

	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Điểm nuốt khó	$2,6 \pm 0,7$	$1,0 \pm 0,8$	$<0,001$
Điểm trào ngược	$2,3 \pm 0,8$	$1,0 \pm 0,9$	0,002
Điểm đau sau xương ức	$1,0 \pm 0,6$	$0,7 \pm 0,6$	0,04
Điểm sút cân	$1,5 \pm 1,0$	$0,1 \pm 0,2$	$<0,001$
Tổng điểm Eckardt	$6,8 \pm 2,8$	$2,1 \pm 1,9$	$<0,001$

Bảng 2 đánh giá điểm Eckardt trước và sau điều trị ở nhóm bệnh nhân CTTV. Các bệnh nhân đều cải thiện qua điều trị nhưng không có sự khác biệt giữa các type. Có 2 trường hợp sau điều trị áp lực LES về bình thường nhưng có tình trạng không có nhu động (1 bệnh nhân) và tăng co bóp đoạn dưới thực quản (1 bệnh nhân).

4. Bàn luận

Mặc dù triệu chứng điển hình của CTTV là nuốt khó tăng dần, 27 - 42% bệnh nhân có thể biểu hiện

trào ngược. Do vậy, bệnh nhân CTTV giai đoạn sớm có thể bị chẩn đoán nhầm là trào ngược dạ dày-thực quản (GERD) và điều trị bằng thuốc ức chế bơm

proton. Chúng tôi ghi nhận trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu hai triệu chứng thường gặp nhất là nuốt khó (80%) và trào ngược (70%). Vì vậy, bệnh nhân có các triệu chứng báo động cần được tiến hành nội soi đường tiêu hóa trên và đối với những trường hợp có nuốt nghẹn, nuốt khó, kỹ thuật HRM cần được cân nhắc để loại trừ các bệnh lý khác trước khi điều trị theo hướng GERD. Tỷ lệ kết quả nội soi và chụp baryt âm tính trong nghiên cứu này thấp hơn so với các tác giả khác trên thế giới (khoảng 30 - 40%), có thể do cỡ mẫu nhỏ và có một số bệnh nhân thuộc nhóm CTTV giai đoạn sớm [3], [8].

Trong nhóm bệnh nhân CTTV, type II là phổ biến nhất (72,5%). Kết quả này cũng tương tự như trong các nghiên cứu khác trên thế giới với tỷ lệ type II ước tính khoảng 65% [5], [7]. Khi theo dõi đáp ứng điều trị, type II có tiên lượng tốt nhất trong khi type III là nhóm khó điều trị và có tỷ lệ tái phát cao lên đến 30% [7]. Do vậy việc xác định type bằng kỹ thuật HRM trước điều trị góp phần giúp lựa chọn phương thức điều trị và tư vấn cho bệnh nhân về theo dõi cũng như tiên lượng tối ưu hơn [10].

Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận có 4 trường hợp trên nội soi hoặc chụp baryt nghĩ đến CTTV nhưng trên đo HRM kết quả là rối loạn dạng thực quản không có nhu động. Trong 4 trường hợp này, có 2 bệnh nhân tiền sử đã từng được điều trị can thiệp bằng nong thực quản hoặc POEM đến khám lại vì tái phát triệu chứng, gợi ý tình trạng co thắt của LES đã được giải quyết nhưng rối loạn nhu động thực quản vẫn tồn tại. Có 1 bệnh nhân không có nhu động thực quản và IRP4s chưa đạt đến ngưỡng chẩn đoán CTTV khi sử dụng catheter bơm nước (15,6mmHg) chúng tôi nghĩ cần được theo dõi thêm theo hướng CTTV giai đoạn sớm. Có 1 bệnh nhân không có nhu động thực quản và IRP4s khá thấp hiện vẫn đang được điều trị nội khoa bằng các thuốc ức chế bơm proton (PPI) và thuốc prokinetic để làm tăng co bóp. Mặc dù không có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng giữa nhóm CTTV thật sự và nhóm không có nhu động thực quản khi đánh giá lâm sàng bằng điểm Eckardt, trên HRM, sự khác biệt về áp lực LES và chỉ số IRP4s rõ ràng một cách có ý nghĩa thống kê. Điều này gợi ý kết hợp các phương

pháp thăm dò như nội soi, chụp baryt kết hợp với đo HRM giúp đánh giá toàn diện tình trạng ứ đọng, áp lực LES, rối loạn nhu động thực quản và loại trừ các tổn thương thực thể.

Chúng tôi cũng tiến hành theo dõi đáp ứng về mặt lâm sàng cũng như sự thay đổi trên HRM cho bệnh nhân sau điều trị. Về mặt lâm sàng có sự cải thiện rõ rệt về các điểm thành phần cũng như tổng điểm Eckardt và không ghi nhận sự khác biệt giữa các type CTTV. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn ít do vậy cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài hơn. Chúng tôi cũng ghi nhận có 2 trường hợp sau can thiệp bằng phẫu thuật và nong, trên HRM có sự cải thiện về tình trạng LES tuy nhiên vẫn còn những rối loạn về nhu động thực quản. Hiện nay, đánh giá đáp ứng điều trị đối với CTTV chủ yếu vẫn dựa vào sự cải thiện triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân thông qua điểm Eckardt tuy nhiên trong một số nghiên cứu đã đề cập đến việc đánh giá đáp ứng ngắn hạn sau 3 tháng bằng đo HRM và định nghĩa thành công về mặt kỹ thuật là khi IRP4s giảm dưới 15mmHg [5], [9]. Điều này gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng sử dụng HRM như một thăm dò thường quy sau điều trị để đánh giá sự thay đổi về chức năng giãn của LES cũng như tối ưu các loại thuốc phối hợp để điều chỉnh các rối loạn nhu động.

5. Kết luận

Trong số các bệnh nhân nghi ngờ CTTV trên nội soi hoặc chụp baryt, sau khi được đo HRM, có 16 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là CTTV với tỷ lệ type I, II, III lần lượt là 12,5%, 75% và 12,5%. Có 4 trường hợp (20%) được chẩn đoán là không có nhu động thực quản. Điểm Eckardt giảm một cách có ý nghĩa thống kê sau điều trị và không có sự khác biệt giữa các type. Đo HRM là kỹ thuật có giá trị trong chẩn đoán xác định, phân loại thể bệnh cũng như theo dõi sau điều trị đối với CTTV.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Xuân Hưng, Vũ Trường Khanh, Đào Văn Long (2015) *Hiệu quả điều trị ngắn hạn của phương pháp nong bóng khí trong điều trị co thắt tâm vị*

- dưới *hướng dẫn của nội soi*. Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam, 47, tr. 1-8.
2. Francis DL, Katzka DA (2010) *Achalasia: Update on the disease and its treatment*. Gastroenterology 139(2): 369-374.
 3. Howard PJ, Maher L, Pryde A et al (1992) *Five year prospective study of the incidence, clinical features, and diagnosis of achalasia in Edinburgh*. Gut 33(8): 1011-1015.
 4. Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M et al (2015) *The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0*. Neurogastroenterol Motil 27(2): 160-174.
 5. Müller M (2015) *Impact of high-resolution manometry on achalasia diagnosis and treatment*. Ann Gastroenterol 28(1): 3-9.
 6. Pandolfino JE, Kwiatek MA, Nealis T et al (2008) *Achalasia: A new clinically relevant classification by high-resolution manometry*. Gastroenterology 135(5): 1526-1533.
 7. Salvador R, Costantini M, Zaninotto G et al (2010) *The preoperative manometric pattern predicts the outcome of surgical treatment for esophageal achalasia*. J Gastrointest Surg 14(11): 1635-1645.
 8. Schlottmann F, Herbella F, Allaix ME et al (2018) *Modern management of esophageal achalasia: From pathophysiology to treatment*. Curr Probl Surg 55(1): 10-37.
 9. Torresan F, Ioannou A, Azzaroli F et al (2015) *Treatment of achalasia in the era of high-resolution manometry*. Ann Gastroenterol 28(3): 301-308.
 10. Vaezi MF, Pandolfino JE, Vela MF (2013) *ACG clinical guideline: Diagnosis and management of achalasia*. Am J Gastroenterol 108(8): 1238-1249, quiz 1250.