

NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI SIÊU ÂM-NỘI SOI CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Lê Phước Anh¹, Trần Như Nguyên Phương¹, Phạm Như Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu triển khai Siêu âm nội soi (SANS) chẩn đoán ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 19 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng qua nội soi từ 24/4/2016 đến 25/6/2016.

Kết quả: Trong nhóm bệnh nhân được thực hiện SANS, tỷ lệ nam/nữ 1,4; độ tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất; khối u ở vị trí trực tràng giữa là nhiều nhất; Đa số u trực tràng ở giai đoạn T4 (68,4%); Di căn hạch vùng nhiều nhất ở giai đoạn N2a (36,8%).

Kết luận: SANS là phương pháp có giá trị cao trong đánh giá sự xâm lấn của khối u trực tràng, đánh giá được sự di căn hạch vùng. Sự kết hợp giữa SANS và CT, MRI giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp đối với bệnh nhân ung thư trực tràng.

Từ khóa: Siêu âm-nội soi, ung thư trực tràng

ABSTRACT

COMMENTING ON THE INITIAL DEPLOYMENT ENDOSCOPIC ULTRASOUND DIAGNOSIS OF RECTAL CANCER AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Le Phuoc Anh¹, Tran Nhu Nguyen Phuong¹, Pham Nhu Hiep¹

Objectives: Evaluating the initial results deploy endoscopic ultrasound diagnosis of rectal cancer at Hue Central Hospital.

Materials and methods: Cross-sectional study of 19 patients who were diagnosed with rectal cancer by colonoscopy from 24/4/2016 to 25/6/2016.

Results: In the group of patients was performed endoscopic ultrasound: the proportion of male/female 1,4; Age group over 60 accounted for the highest proportion; Tumors in the middle third of rectum were the most; The majority of rectal tumors in stage T4 (68.4%); Regional lymph node metastasis in stage N2a is the most (36.8%).

Conclusions: Endoscopic ultrasound is a valuable method in diagnosis and determination of stage of rectal cancer.

Key words: Endoscopic ultrasound, colorectal cancer

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 15/7/2016; Ngày phản biện (revised): 15/8/2016
- Ngày đăng bài (Accepted): 22/8/2016,
- Người phản biện: Hồ Hữu Thiện
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Như Nguyên Phương
- Email: tranhunguyenphuong@gmail.com; ĐT: 0913493404

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng khá thường gặp trong ung thư đường tiêu hoá ở nước ta cũng như ở các nước trên thế giới. Tại Việt Nam, ung thư đại-trực tràng đứng hàng thứ 5 trong các bệnh ung thư và ung thư trực tràng nói riêng xếp thứ 3 sau ung thư dạ dày và ung thư đại tràng. Chi định điều trị ung thư trực tràng phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó việc đánh giá giai đoạn ung thư là rất quan trọng [1].

Theo Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ, đối với những ung thư trực tràng xâm lấn hoặc di căn hạch vùng (T3-T4, N0 hoặc Tx, N1-2 hoặc ung thư giai đoạn II-III) thì nên được điều trị hỗ trợ trước rồi sau đó phẫu thuật sẽ làm giảm tỷ lệ tái phát.

Cùng với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác, thì siêu âm-nội soi (SANS) trực tràng giúp đánh giá giai đoạn ung thư trước mổ khá đầy đủ và chính xác [4].

SANS có giá trị ưu việt hơn CT, MRI trong việc đánh giá độ xâm lấn của khối u và đánh giá hạch vùng do đầu dò SANS có thể áp sát trực tiếp vào thành trực tràng và đánh giá được cấu trúc lớp qua đó đánh giá mức độ xâm lấn của khối u. Ngoài ra, SANS kết hợp với sinh thiết bằng kim nhỏ cho phép lấy được mẫu để làm giải phẫu bệnh lý.

Tại Việt Nam, trước đây SANS còn chưa được phổ biến rộng rãi và chưa có nhiều công trình nghiên cứu đầy đủ về giá trị của SANS. Hiện nay, SANS bắt đầu được phổ biến tại các bệnh viện lớn.

Tại Bệnh viện Trung ương Huế đã bước đầu

triển khai SANS đánh giá các bệnh lý ống tiêu hóa nói chung và ung thư trực tràng nói riêng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm **mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu triển khai Siêu âm nội soi (SANS) chẩn đoán ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: 19 bệnh nhân đã được làm nội soi chẩn đoán ban đầu là u trực tràng và được chỉ định làm SANS.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân không đồng ý làm SANS

+ Những khối u trực tràng thấp gây chít hẹp không thể đi máy nội soi qua được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Phương tiện nghiên cứu:

+ Phương tiện: máy siêu âm nội soi Fujinon Sonart SU-8000; đầu dò radial-EG 530UR2

+Cách tiến hành: chuẩn bị bệnh nhân giống soi trực tràng thông thường (thụt tháo bằng dung dịch fleet), bệnh nhân nằm nghiêng trái, bác sĩ nội soi đứng bên phải, sau đó tiến hành làm SANS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 26/4/2016 đến ngày 25/6/2016 chúng tôi đã thực hiện SANS cho 19 trường hợp u trực tràng. Trong đó:

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

Tuổi \ Giới	Nam n(%)	Nữ n(%)	Tổng n(%)
< 30 tuổi	0	1 (5,3%)	1 (5,3%)
30-60 tuổi	3(15,8%)	3 (15,8%)	6 (31,6%)
> 60 tuổi	8(42,1%)	4 (26,7%)	12 (63,1%)
Tổng	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19 (100%)

Tỷ lệ nam/nữ là 1,4; Độ tuổi thấp nhất là 29 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Trong đó độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao nhất (63,1%).

Bảng 2. Vị trí khối u trực tràng cách rìa hậu môn

Vị trí	0-6cm	7-11cm	12-15cm	Tổng
n	6	9	4	19
%	31,6	47,4	21	100

Khối u trực tràng đoạn trung gian chiếm tỷ lệ cao nhất (47,4%).

Bảng 3. Đánh giá độ xâm lấn của khối u

	T1	T2	T3	T4		Tổng
				T4a	T4b	
n	0	2	4	10	3	19
%	0	10,5	21,1	52,6	15,8	100

Phần lớn ung thư trực tràng trong nhóm nghiên cứu nằm ở giai đoạn T4 (quá giai đoạn phẫu thuật) và đang được điều trị hỗ trợ trước phẫu thuật ở khoa ung bướu.

Bảng 4. Đánh giá độ di căn hạch vùng

	N0	N1			N2		Nx	Tổng
		N1a	N1b	N1c	N2a	N2b		
n	5	0	3	1	7	1	2	19
%	26,3	0	15,8	5,3	36,8	5,3	10,5	100

Hạch vùng ở giai đoạn N2a (4-6 hạch) chiếm tỷ lệ cao nhất (36,8%), không thể xác định được hạch là 2 trường hợp (10,5%).

Bảng 5. Khả năng phát hiện được hạch vùng và kích thước hạch trên SANS

	Không thấy hạch	Có hạch	
		<10mm	≥10mm
n	7	4	8
%	36,8	21,1	42,1

Trong 7 bệnh nhân không phát hiện được hạch có 2 bệnh nhân không thể đưa máy lên cao được nên không khảo sát được đầy đủ. SANS phát hiện được hạch lớn hơn 10mm là 42,1%, trong khi hạch nhỏ hơn 10mm là 21,1%.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh ngày càng hiện đại như CT-scan, MRI, PET-CT... đã hỗ trợ rất nhiều cho việc phát hiện và chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa nói chung và ung thư trực tràng nói riêng ngày càng đầy đủ và chính xác hơn. Nhưng trong đó SANS vẫn đóng một vai trò rất quan trọng mà các phương tiện khác không thể thay thế được trong chẩn đoán độ xâm lấn của thương tổn do đánh giá được cấu trúc lớp ống tiêu hóa và phát hiện được di căn hạch vùng.

Theo Harewood và cộng sự, SANS vượt trội hơn CT-scan và MRI trong đánh giá độ xâm lấn của khối u. Độ chính xác ở giai đoạn T của SANS là 85,2%

so với độ chính xác của CT-scan là 65-75%, MRI là 75-85% [7].

Đối với sự đánh giá di căn hạch vùng, theo tác giả Ali A Siddiqui và cộng sự thì độ chính xác của SANS là 70-75% so với CT-scan là 55-65% và MRI là 60-70%. Với sự kết hợp giữa SANS và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (EUS-FNA) cho phép đánh giá chính xác hơn với những hạch nghi ngờ di căn.

Trong khoảng thời gian 2 tháng triển khai SANS, chúng tôi đã thực hiện được hơn 40 trường hợp SANS cho các bệnh lý đường tiêu hóa, trong đó có 19 trường hợp ung thư trực tràng. Bệnh nhân được chẩn đoán phần lớn ở giai đoạn T4 (68,4%) đã quá chỉ định phẫu thuật và đang được hóa xạ trị tại khoa ung bướu.

Khả năng phát hiện hạch vùng trong nhóm bệnh nhân được chỉ định SANS của chúng tôi cũng không được cao (63,2%), có thể do nhiều yếu tố khách quan và chủ quan do khối u gây hẹp đi máy qua khó khăn hoặc liên quan đến vấn đề thực tháo. Hạch lớn ($\geq 10\text{mm}$) chúng tôi phát hiện được tỷ lệ cao hơn các hạch nhỏ có thể do hạch lớn dễ phát hiện hơn. So sánh với nhiều nghiên cứu của những tác giả khác cũng cho tỷ lệ gần tương tự. Ngoài ra, SANS cũng có giới hạn trong việc đánh giá các thương tổn di căn xa.

Nhiều tác giả khuyên rằng nên có sự kết hợp giữa SANS với CT-scan và MRI để có sự đánh giá đầy đủ hơn về sự di căn xa, sự xâm lấn tại chỗ của khối u và di căn hạch vùng [3], [6].

V. KẾT LUẬN

Với bước đầu triển khai SANS, chúng tôi đã bắt đầu có những kinh nghiệm trong việc đánh giá mức độ xâm lấn của khối u trực tràng và sự di căn hạch vùng. Thời gian triển khai tương đối ngắn nên việc theo dõi bệnh nhân trước và sau khi làm SANS chưa được đầy đủ, toàn diện. Trong tương lai tới chúng tôi sẽ thực hiện những nghiên cứu lớn hơn để so

sánh đầy đủ, đánh giá chính xác hơn về vai trò của SANS trước và sau điều trị.

Trong 19 trường hợp ung thư trực tràng được thực hiện ở trên, chúng tôi nhận thấy SANS là một phương pháp có giá trị chẩn đoán cao trong đánh giá mức độ xâm lấn của ung thư trực tràng và phần nào đánh giá được sự di căn hạch vùng.

Việc kết hợp giữa SANS với CT-scan và MRI tạo nên sự phối hợp chẩn đoán đầy đủ cho bệnh nhân trong việc quyết định nên chỉ định phẫu thuật hay điều trị hóa xạ trị hỗ trợ trước. SANS kết hợp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (EUS-FNA) lấy được mẫu bệnh phẩm cho phép đánh giá chính xác hơn hạch di căn.

VI. KIẾN NGHỊ

Để phát triển SANS tại Bệnh viện Trung ương Huế. Trong tương lai, chúng tôi cần được trang bị máy móc đầy đủ như hệ thống máy SANS có đủ đầu dò (radial, linear, mini-probe...) và các trang thiết bị đi kèm, SANS kết hợp sinh thiết và can thiệp. Ngoài ra cũng cần sự kết hợp và sự hỗ trợ giữa các khoa khác như ung bướu, gây mê hồi sức, ngoại tiêu hóa và khoa chẩn đoán hình ảnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Hồng Anh, Đỗ Nguyệt Ánh, Nguyễn Thúy Vinh (2012), "Nhận xét bước đầu về giá trị của SANS trong chẩn đoán các khối u ống tiêu hóa tại Bệnh viện E Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, 20, tr. 832- 833.
2. Phạm Văn Tấn, Nguyễn Đình Hối, Lê Châu Hoàng Quốc Chương, Trần Thiện Trung (2010), "Kết quả siêu âm nội trực tràng đánh giá độ xâm lấn và di căn hạch của ung thư trực tràng", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), tr. 34- 39.
3. Gavin C. Harewood (2006), "EUS in Rectal Cancer", *Endosonography*, Robert H Hawes, Saunders Elsevier 2006.
4. Ali A Siddiqui et al. (2006), "The role of endoscopic ultrasound in the evaluation of rectal cancer", *International Seminars in Surgical Oncology*, 3, pp. 36.
5. Srinivas R. Puli, Jyotsna B.K. Reddy, Matthew L. Bechtold, et al (2009), "Accuracy of Endoscopic Ultrasound to Diagnose Nodal Invasion by Rectal Cancers: A Meta-Analysis and Systematic Review", *Gastrointestinal Oncology; Annals of Surgical Oncology*, 16(5), pp. 1255-1265.
6. Gregory A. Boyce, Michael V. Sivak Jr., Ian C. Lavery, et al. (1992), "Endoscopic ultrasound in the pre-operative staging of rectal carcinoma". *Gastrointestinal Endoscopy*, 38(4), pp. 468-471.
7. Harewood Eisai Cho, Masatsugu Nakajima, Kenjiro Yasuda, et al (1993), "Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of colorectal cancer invasion", *Gastrointestinal Endoscopy*, 39(4), pp. 521-527.