

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM VÀ THƯƠNG TỔN TIỀN UNG THƯ ỚNG TIÊU HÓA

La Vinh Phúc¹, Phạm Văn Linh²

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại Học Quốc Tế Hồng Bàng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) là một kỹ thuật mới ở Việt Nam, dùng trong điều trị ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ống tiêu hóa. Nghiên cứu nhằm mục đích xác định tính khả thi về mặt kỹ thuật, thời gian phẫu thuật, các biến chứng và kết quả điều trị của kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ống tiêu hóa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 13 bệnh nhân điều trị ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ống tiêu hóa bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2018 - 2023.

Kết quả: Có 13 bệnh nhân được nhân được thực hiện ESD. Tuổi trung bình là $55,92 \pm 12,78$, tỉ lệ nam: nữ là 8:5. Phần lớn tổn thương nằm ở hang vị (46,15%) với kích thước trung bình khoảng $24,23 \pm 10,17$ mm. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình $88,85 \pm 45,79$, tất cả các u đều được cắt trọn mà không xảy ra các biến chứng lớn hoặc phải chuyển sang phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình $4,00 \pm 1,78$ ngày. Tất cả tổn thương sau thực hiện ESD đều chưa ghi nhận tái phát tại chỗ.

Kết luận: ESD là kỹ thuật hiệu quả và tương đối an toàn trong điều trị ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ống tiêu hóa. Cần có các nghiên cứu sâu hơn để đánh giá kết quả của kỹ thuật này.

Từ khóa: Ung thư dạ dày sớm, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi.

ABSTRACT

OUTCOMES OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION IN TREATMENT OF EARLY CANCER AND PRECANCEROUS LESIONS OF GASTROINTESTINAL TRACT

La Vinh Phuc¹, Pham Van Linh²

Background: Endoscopic submucosal dissection (ESD) is a new technique in Viet Nam for early cancer and precancerous lesions of gastrointestinal tract. The study aims to identify the technical feasibility, operation time, and complications associated with ESD.

Methods: A retrospective descriptive study on 13 patients with early cancer and precancerous lesions of gastrointestinal tract treated by endoscopic submucosal dissection (ESD) at the Hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy from 2018 to 2023.

Results: There were 13 patients with early cancer and precancerous lesions of gastrointestinal tract treated by ESD. The mean age was 55.92 ± 12.78 , the male: female ratio was 8:5. Most of the lesions were located in the

Ngày nhận bài: 03/10/2023. Ngày chỉnh sửa: 14/11/2023. Chấp thuận đăng: 24/11/2023

Tác giả liên hệ: Phạm Văn Linh. Email: pvlinh@ctump.edu.vn. ĐT: 0913425422

Kết quả ứng dụng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc...

antrum (46.15%) with an average size of about 24.23 ± 10.17 mm. The mean operative time was 88.85 ± 45.79 , all tumors were completely resected without serious complications or surgical conversion. The mean hospital stay was 4.00 ± 1.78 days.

Conclusions: ESD is an effective and relatively safe technique in the treatment of early cancer and precancerous lesions of gastrointestinal tract. Further studies are needed to evaluate the results of this technique.

Keywords: Early cancer and precancerous lesions of gastrointestinal tract, endoscopic submucosal dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic Submucosal Dissection - ESD) được phát triển đầu tiên tại Nhật Bản vào cuối thập niên 1990 đến đầu thập niên 2000, là một phương pháp nội soi can thiệp hiện đại được lựa chọn trong điều trị triệt căn các tổn thương ung thư sớm, ban đầu là ở dạ dày cho phép cắt cả khối tổn thương, chẩn đoán được chính xác qua mô bệnh học và bảo toàn dạ dày [1]. Hạn chế của ESD là kỹ thuật khó do đó dẫn đến tỷ lệ cao của biến chứng thủng, khoảng 4 - 5% trường hợp. Hơn nữa, ESD yêu cầu trình độ tay nghề cao, cùng với nhiều kinh nghiệm nội soi và thời gian phẫu thuật kéo dài [2]. Kỹ thuật ESD phát triển nhanh chóng sau một thời gian ngắn và được ứng dụng trong điều trị thương tổn khu trú ở đại tràng và thực quản [3, 4]. Sau đó, ESD đã được thực hiện điều trị điều trị ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ở tá tràng [5, 6].

Hiện nay, ở Việt Nam, việc chẩn đoán các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm ống tiêu hóa đã có nhiều triển bộ. Theo xu hướng chung của thế giới cũng như các bệnh viện trong nước, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ bắt đầu triển khai kỹ thuật ESD từ năm 2018 nhằm đưa tới hướng can thiệp tối thiểu, góp phần nâng cao chất lượng điều trị, tiên lượng bệnh đạt hiệu quả cao, cũng như làm bớt giảm chi phí điều trị và thời gian nằm viện.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu “Xác định tính khả thi về mặt kỹ thuật, thời gian phẫu thuật, các biến chứng và đánh giá kết quả trong điều trị ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ống tiêu hóa bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

13 bệnh nhân được điều trị ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ống tiêu hóa bằng kỹ thuật cắt tách

dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) tại khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, thời gian từ năm 2018 đến năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ống tiêu hóa dựa trên kết quả nội soi và mô bệnh học. Tổn thương ở thực quản và dạ dày chọn mọi kích thước. Nếu thương tổn ở đại tràng thì chỉ thực hiện ESD với thương tổn có kích thước lớn hơn 2cm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư giai đoạn tiến triển; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu
Quy trình nghiên cứu:

- Bệnh nhân được nội soi phát hiện tổn thương nghi ngờ dưới ánh sáng trắng, sau đó sẽ được nội soi phóng đại và nhuộm màu đánh giá chi tiết tổn thương như: vị trí, ranh giới, bất thường cấu trúc bề mặt, sau đó sinh thiết làm giải phẫu bệnh.

- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh nghịch sản hoặc ung thư sớm được chỉ định can thiệp ESD nếu đảm bảo được các yếu tố lựa chọn và không có chống chỉ định.

- Can thiệp ESD: Bệnh nhân được nằm nghiêng trái, nếu dây soi tiếp cận u khó khăn thì sẽ chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng phải. Bác sĩ đưa dây nội soi ống mềm vào vị trí tổn thương. Dùng dung dịch simethicone và acetyl cystein làm sạch nhầy và bọt vùng thương tổn. Tiêm tĩnh mạch thuốc làm giảm co thắt đường tiêu hóa như hyoscine butylbromide. Đánh dấu bờ ngoài quanh tổn thương bằng dao Dual Knife. Tiêm phòng dưới niêm mạc bằng dung dịch Geloplasma và nước muối sinh lý. Cắt vòng quanh u ở ngoài vị trí đánh dấu. Phẫu tích dưới niêm mạc bằng dao Dual Knife hoặc dao đầu sứ (IT-2 Knife). Cầm máu bằng kẹp sinh thiết nóng. Tổn thương được lấy nguyên khối,

Kết quả ứng dụng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc...

cố định bằng Formol 10% gửi làm giải phẫu bệnh. Khép vết thương bằng hemoclip.

- Bệnh nhân sau can thiệp được đưa về buồng bệnh theo dõi, dùng thuốc ức chế bơm proton đối với thương tổn ở dạ dày.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi đã thực hiện ESD ở 13 bệnh nhân, bao gồm 8 nam (61,54%) và 5 nữ (38,46%), tỷ lệ nam/ nữ: 8/5. Tuổi trung bình là $55,92 \pm 12,78$ (31 - 74) tuổi. Các vị trí đã thực hiện kỹ thuật được trình bày ở Bảng 1, kết quả điều trị thể hiện trong Bảng 2, kết quả giải phẫu bệnh thể hiện ở Bảng 3, Hình 1 và Hình 2.

Bảng 1: Các vị trí đã thực hiện kỹ thuật ESD

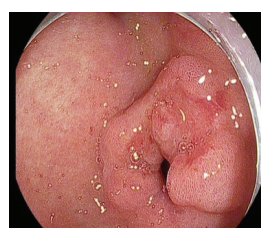
Vị trí	Số BN	Tỷ lệ %
Hang vị	6	46,15
Sigma	2	15,38
D1	1	7,69
Thân vị	1	7,69
Thực quản	1	7,69
Tiền môn vị	2	15,38
Tổng	13	100,00

Bảng 2: Kết quả điều trị

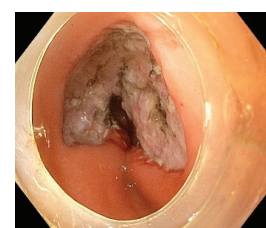
Biến số	Kết quả
Thời gian trung bình thủ thuật (phút)	$88,85 \pm 45,79$ (30 - 200)
Kích thước tổn thương trung bình (mm)	$24,23 \pm 10,17$ (10 - 40)
Tư thế bệnh nhân	100% nằm nghiêng trái
Tỷ lệ cắt trọn u	100%
Thang điểm đau VAS sau thủ thuật (điểm)	$0,23 \pm 0,44$ (0 - 1)
Tỷ lệ chuyển phẫu thuật	0%
Tai biến	0%
Biến chứng	0%
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	$4,00 \pm 1,78$ (2 - 7)
Thời gian ăn được sau thủ thuật	100% bệnh nhân ăn được ngay sau khi phẫu thuật

Bảng 3: Kết quả giải phẫu bệnh học

Kết quả GPB	Số BN	Tỷ lệ %
Carcinoma tuyến biệt hóa kém trong niêm mạc	1	7,69
Nghịch sản độ thấp	6	46,14
Nghịch sản nặng	2	15,38
Carcinoma tế bào gai T1	1	7,69
U tuyến ống	3	23,08
Tổng	13	100,00

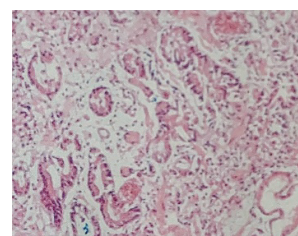
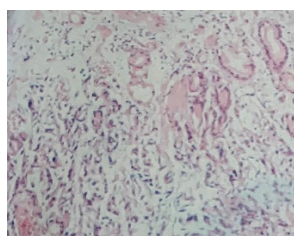


A



B

Hình 1: Một trường hợp ung thư dạ dày sớm được điều trị bằng nội soi cắt tách dưới niêm mạc (ESD) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tổn thương ung thư dạ dày sớm ở tiền môn vị lan xuống tá tràng, d # 20mm (A). Tổn thương ung thư dạ dày sớm đã được phẫu thuật lấy trọn (B).



Hình 2: Hình ảnh giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cho thấy các tế bào dị dạng, kích thước không đều, nhân các tế bào này rất dị dạng, tăng sắc. Đây là hình ảnh carcinom tuyến biệt hóa kém trong niêm mạc dạ dày.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $55,92 \pm 12,78$ (trẻ nhất là 31 tuổi và cao nhất là 71 tuổi), tương đồng với độ tuổi trong nghiên cứu của Thái Văn Dũng (2022) 59,94 tuổi và Nguyễn Thế Phương (2022) 58,2 tuổi.

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 8/5,4 cao hơn so với tỷ lệ 1,26/1 của Nguyễn Thế Phương (2022) [7].

Về vị trí tổn thương ở dạ dày, hàng vị chiếm tỷ lệ cao nhất (46,15%). Chúng tôi chỉ thực hiện ESD ở một trường hợp ung thư thực quản sớm và hai trường hợp polyp to ở đại tràng sigma. Do kỹ thuật ESD chưa được áp dụng rộng rãi, hầu hết ung thư sớm hoặc polyp to đường tiêu hóa đều được ưu tiên thực hiện cắt nhiều mảnh niêm mạc qua nội soi (piecemeal endoscopic mucosal resection) hoặc phẫu thuật.

Kích thước tổn thương trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $24,23 \pm 10,17$ mm, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thế Phương (2022) 26,4mm [7] và Thái Văn Dũng (2022) 19,6mm [8].

Thời gian thủ thuật trung bình của chúng tôi là $88,85 \pm 45,79$ phút, tương đồng với Nguyễn Thế Phương (2022) 86,7 phút [7] và Thái Văn Dũng (2022) 65,94 phút [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% nằm nghiêng trái cũng là tư thế thường dùng khi đặt máy nội soi. Chúng tôi hạn chế cho bệnh nhân nghiêng vì xoay trở bệnh nhân sẽ tốn nhiều thời gian.

Tỷ lệ cắt trọn thương tổn trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, trong một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác cũng đạt tỷ lệ tương tự như Thái Văn Dũng (2022) là 94,3% [8], Nguyễn Thế Phương (2022) [7], Chung (2009) là 95,3% [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đau VAS trung bình $0,23 \pm 0,44$ điểm. Đây là thủ thuật nội soi không vết mổ nên đa số bệnh nhân không cảm nhận đau sau thủ thuật.

Chúng tôi chưa ghi nhận các biến chứng như chảy máu, thủng hay phải chuyển mổ mở trong quá trình can thiệp. Thái Văn Dũng (2022) ghi nhận có 1 ca chảy máu sau khi đã cắt bỏ tổn thương, đã được kẹp clip cầm máu thành công, không có chảy máu muộn sau đó [8]. Nguyễn Thế Phương (2022) ghi nhận 5,2% chảy máu trong thời gian nằm viện sau thực hiện ESD được cầm máu kịp thời qua nội soi, không cần phải cầm máu; và 1 trường hợp thủng trong trong khi thực hiện ESD được kẹp clip an toàn, không ghi nhận viêm phúc mạc khi theo dõi [7].

Để tránh biến chứng, sau khi lấy được mảnh cắt ESD, chúng tôi tiến hành quan sát kỹ đáy diện cắt và đốt điện, kẹp clip những mạch máu lộ rõ, hoặc kẹp clip khép toàn bộ vết thương sau thực hiện ESD.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được kẹp clip khép vết thương tránh biến chứng sau thủ thuật nên 100% bệnh nhân được cho ăn thức ăn mềm dễ tiêu ngay sau khi tỉnh dậy.

Thời gian nằm viện sau can thiệp là của chúng tôi là $4,00 \pm 1,78$ ngày. Bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 7 ngày do bệnh nhân cần điều trị nhiều bệnh kết hợp. Kết quả này tương đồng với Thái Văn Dũng (2022) là 6,5 ngày [8] và Nguyễn Thế Phương (2022) 4,9 ngày [7].

Mặc dù kỹ thuật nội soi cắt tách dưới niêm mạc (ESD) được áp dụng ngày càng tăng, nhưng kỹ thuật này vẫn chưa được áp dụng nhiều tại Việt Nam. ESD có lợi thế hơn EMR do cắt bỏ nguyên khối, các bác sĩ giải phẫu bệnh có thể đánh giá chính xác khả năng loại bỏ hoàn toàn tổn thương qua kết quả mô bệnh học của các bệnh phẩm được cắt bỏ, qua đó giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Việc tiếp tục theo dõi hoặc tiếp tục can thiệp ESD hoặc phẫu thuật là cần thiết đối với các khối u tái phát trong các trường hợp cắt bỏ không hoàn toàn [10].

V. KẾT LUẬN

ESD là kỹ thuật hiệu quả và tương đối an toàn trong ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư ống tiêu hóa. Các nghiên cứu sâu hơn là cần thiết để đánh giá kết quả của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rembacken BJ, Gotoda T, Fujii T, A T Axon, Endoscopic mucosal resection. Endoscopy, 2001;33:709–18.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021;71(3):209-249.
3. Ferreira J, Akerman P, Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection: Past, Present, and Factors Impacting Future Dissemination. Clin Colon Rectal Surg, 2015;28(3):146-51.
4. Ishihara R, Katada C, History of endoscopic diagnosis and

Kết quả ứng dụng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc...

- treatment for esophageal and pharyngeal squamous cell carcinoma. 2022;34(S2):23-26.
5. Matsumoto S, Miyatani H, Yoshida Y, Future directions of duodenal endoscopic submucosal dissection. World J Gastrointest Endosc, 2015;7(4):389-95.
 6. Shibagaki K, Ishimura N, Kinoshita Y, Endoscopic submucosal dissection for duodenal tumors. Ann Transl Med, 2017;5(8):188.
 7. Nguyễn Thế Phương, Nhận xét hiệu quả kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị tổn thương loạn sản dạ dày độ cao và ung thư dạ dày sớm. Tạp chí y học Việt Nam, 2022;515(1):169-175.
 8. Thái Văn Dũng, Đánh giá kết quả bước đầu điều trị tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi. Tạp chí y học Việt Nam, 2022;520(1A):156-160.
 9. Chung IK, Lee JH, Lee SH, Kim SJ, Cho JY, Cho WY, et al., Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study. Gastrointest Endosc, 2009;69(7):1228-35.
 10. Yao K, Uedo N, Kamada T, Hirasawa T, Nagahama T, Yoshinaga S, et al., Guidelines for endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Dig Endosc, 2020;32(5):663-698.