

Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và phân loại mô bệnh học polyp ống tiêu hóa

Nguyễn Văn Mão^{1*}, Trần Nam Đông¹, Phan Công Bảo¹

(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mở đầu: Polyp ống tiêu hóa là bệnh thường gặp, là các tổn thương niêm mạc quá sản hoặc tân sinh lồi vào lòng ống tiêu hóa. Polyp ống tiêu hóa được coi là tiền thân của sự phát triển ung thư đặc biệt nhóm tân sinh. Vì vậy, số ca ung thư có thể giảm đi rất nhiều bằng cách phát hiện sớm và loại bỏ polyp. Triệu chứng lâm sàng của bệnh thường nghèo nàn, không rõ ràng vì vậy việc phát hiện sớm và chẩn đoán chắc chắn chủ yếu dựa vào nội soi và đặc biệt là mô bệnh học để phân loại và đánh giá tiềm năng lành tính hay ác tính của polyp. **Mục tiêu:** 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, nội soi polyp ống tiêu hóa. 2. Chẩn đoán và phân loại mô bệnh học polyp ống tiêu hóa, đánh giá mối tương quan một số đặc điểm nội soi với mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 77 trường hợp polyp ống tiêu hóa vào điều trị có kết quả nội soi và mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 02/2020 đến 01/2022. **Kết quả:** Polyp ống tiêu hóa thường gặp ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi (49,4%), tỷ lệ nam/nữ là 1,4. Lý do vào viện thường gặp: đau bụng (33,8%), đi cầu ra máu (31,2%). Triệu chứng thường gặp: đau bụng 62,5%, đi cầu ra máu 35,1%. Phần lớn polyp nằm ở đại trực tràng với tỷ lệ 89,6%. Số lượng polyp trên một bệnh nhân: polyp đơn độc (66,2%), đa polyp (33,8%), không gặp bệnh đa polyp. Polyp thường có đặc điểm: không cuống (66,2%), ranh giới rõ (80,5%), bề mặt nhẵn (71,4%). Kích thước polyp < 1 cm (74%), > 2 cm rất ít, chiếm 2,6%. Kết quả mô bệnh học cho thấy polyp u tuyến và polyp quá sản hay gặp nhất, lần lượt là 46,8% và 40,3%. Mức độ loạn sản: không loạn sản (48,0%), loạn sản độ thấp chiếm (37,7%), loạn sản độ cao (14,3%). Polyp ung thư hóa chiếm tỷ lệ 5,2% (4 bệnh nhân), trong đó 2 bệnh nhân có polyp ung thư hóa tại chỗ và 2 bệnh nhân polyp ung thư hóa xâm lấn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hình ảnh đại thể với kết quả mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa. **Kết luận:** Nội soi là phương tiện phổ biến và hiệu quả để phát hiện bệnh polyp ống tiêu hóa. Tuy nhiên bản chất tổn thương polyp đó là gì thì chưa thể khẳng định, đặc biệt các tổn thương có nguy cơ cao dẫn đến ung thư hóa. Để xác định chắc chắn thì cần sinh thiết hoặc cắt bỏ polyp làm mô bệnh học.

Từ khóa: polyp ống tiêu hóa, nội soi, mô bệnh học.

Abstract

Clinical, endoscopic features and histopathology classification of gastrointestinal polyps

Nguyen Van Mao^{1*}, Tran Nam Dong¹, Phan Cong Bao¹

(1) University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Gastrointestinal polyps are common, proliferative or neoplastic mucosal lesions protruding into the lumen of the digestive tract. Gastrointestinal polyps are considered to be precursors to cancer development. Therefore, the cancer potential can be reduced to a great extent by early detection and removal of polyps. Clinical symptoms of the disease are often poor and unclear so early detection and diagnosis are definitely based on endoscopy and especially histopathology to classify and evaluate benign or malignant potential of polyps. **Objectives:** 1. To describe some clinical and endoscopic features of gastrointestinal polyps. 2. To diagnose and classify histopathological types of gastrointestinal polyps, evaluate the correlation of some endoscopic features and histopathology. **Materials and Methods:** Cross-sectional research on 77 patients diagnosed by Endoscopy and histopathology at the Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy from 02.2020 to 01.2022. **Results:** Gastrointestinal polyps were common in patients ≥ 60 years (49.4%), the ratio of male/female was 1.4. Common reasons for hospital admission: abdominal pain (33.8%), hematochezia (31.2%). Common symptoms: abdominal pain 62.5%, hematochezia 35.1%. The majority of polyps were located in the colorectal at a rate of 89.6%. Number of polyps per patient: Single polyp (66.2%), multiple polyps (33.8%), no polyposis case. Polyps usually have the characteristics: peduncle (66.2%), clear boundary (80.5%), smooth surface (71.4%).

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Văn Mão; email: nvmao@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 22/2/2022; Ngày đồng ý đăng: 20/7/2022; Ngày xuất bản: 30/10/2022

DOI: 10.34071/jmp.2022.5.11

Size of polyps: < 1 cm (74%), > 2 cm were very rare, accounting for 2.6%. Histopathological results showed that adenoma and hyperplasia polyps accounted for the highest proportion, respectively 46.8% and 40.3%. Level of dysplasia: no dysplasia (48%), low grade dysplasia (37.7%) and high grade dysplasia (14.3%). Adenocarcinoma polyps accounted for 5.2% (4 patients), of which 2 patients had carcinoma in situ and 2 patients with invasive adenocarcinoma. There was no statistically significant difference between the endoscopic features and the histopathological results. **Conclusion:** Endoscopy is a common and effective means to detect gastrointestinal polyps. However, the nature of these polyps has yet to be confirmed, especially the high risk ones of malignancy. For this reason, a biopsy or excision of the polyp is necessary for histopathology.

Key words: Gastrointestinal polyps, endoscopy, histopathology.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp ống tiêu hóa là các tổn thương niêm mạc quá sản hoặc tân sinh lồi vào lòng ống tiêu hóa. Polyp ống tiêu hóa thường được tìm thấy tình cờ trên nội soi dạ dày - tá tràng hoặc nội soi đại tràng và chỉ trong một số trường hợp hiếm hoi, chúng mới gây ra triệu chứng [1]. Triệu chứng lâm sàng của bệnh thường nghèo nàn, kín đáo, không rõ ràng, bệnh thường diễn biến trong thời gian dài không có triệu chứng hoặc với các rối loạn tiêu hóa khác nhau mà bệnh nhân ít quan tâm. Nên việc phát hiện và chẩn đoán sớm polyp ống tiêu hóa còn nhiều khó khăn, tăng nguy cơ gây nên các biến chứng như thiếu máu, tắc ruột, ung thư hóa.

Trong các loại ung thư ống tiêu hóa thì ung thư đại trực tràng là một trong những loại ung thư phổ biến nhất và polyp ống tiêu hóa được coi là tiền thân của sự phát triển ung thư [2]. Vì vậy, tiềm năng ung thư có thể giảm ở mức độ lớn bằng cách phát hiện sớm và loại bỏ polyp.

Một trong những phương tiện ngày nay có thể phát hiện rất sớm và chắc chắn có tổn thương hay không là nội soi. Đây là kỹ thuật thăm dò chức năng khá phổ biến nhằm quan sát niêm mạc và lòng ống tiêu hóa để phát hiện bệnh [3]. Cùng với việc áp dụng kỹ thuật loại bỏ polyp qua nội soi, làm xét nghiệm mô bệnh học với mọi kích thước thì nội soi theo dõi sau điều trị đã giúp giảm tỷ lệ tiến triển thành ung thư ống tiêu hóa, nâng cao hiệu quả điều trị. Việc chẩn đoán bằng mô bệnh học là rất quan trọng không chỉ khẳng định polyp là lành hay ác tính mà còn xác định mức độ xâm lấn nếu là polyp ác tính hóa. Trong trường hợp polyp là lành tính thì việc xác định nguy cơ ác tính của polyp như thế nào sẽ giúp định hướng điều trị tiếp theo cũng như theo dõi kiểm tra bệnh nhân sau điều trị một cách hợp lý. Trên thế giới việc tầm soát polyp ống tiêu hóa, đặc biệt các polyp có nguy cơ cao dẫn đến ác tính được nghiên cứu và thực hiện, đánh giá chi tiết và hệ thống. Ở Việt nam, đặc biệt ở Miền trung nghiên cứu về tổn thương này chưa nhiều, đặc biệt việc đánh giá cũng như phân loại mô bệnh học polyp toàn bộ ống tiêu hóa chưa được đầy đủ.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài **“Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và phân loại mô bệnh học polyp ống tiêu hóa”**, nhằm mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, nội soi polyp ống tiêu hóa.
2. Chẩn đoán và phân loại mô bệnh học polyp ống tiêu hóa, đánh giá mối tương quan một số đặc điểm nội soi với mô bệnh học.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: 77 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế với chẩn đoán xác định polyp ống tiêu hóa bằng mô bệnh học.

2.1.2. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, 77 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu đáp ứng đủ các tiêu chuẩn sau:

2.1.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- + Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định polyp ống tiêu hóa bằng mô bệnh học.
- + Hồ sơ bệnh án đầy đủ xét nghiệm nội soi.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- + Bệnh nhân được chẩn đoán polyp ống tiêu hóa qua nội soi nhưng không đầy đủ các xét nghiệm liên quan, kết quả nội soi.
- + Bệnh nhân chỉ có tổn thương giả polyp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.2.1. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 02/2020 đến tháng 01/2022

2.2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế:

- Khoa Giải phẫu bệnh
- Khoa Ngoại Tiêu hóa
- Khoa Nội Tổng hợp - Nội tiết
- Khoa Nhi Tổng hợp
- Trung tâm Nội soi

2.2.3. Phân loại mô bệnh học

Theo WHO 2000 [1], cơ bản gồm các nhóm:

- Polyp quá sản (không có nguy cơ ung thư)
- Polyp u tuyến (có nguy cơ ung thư hóa): tuyến ống, tuyến nhánh, tuyến ống - nhánh kèm loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao
- Polyp ung thư hóa: tại chỗ, xâm lấn

- Các loại khác: Hamatoma (u thừa), xơ viêm ...

2.2.4. Phân loại đại thể (theo các nghiên cứu trong và ngoài nước) [1], [4], [5], [6]:

- Có cuống, không có cuống, dạng dẹt.
- Bề mặt: nhẵn, sần sùi, loét
- Số lượng: đơn độc, nhiều (từ 2 trở lên), bệnh đa polyp (100 trở lên).

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	N	%	n	%
≤ 15 tuổi	2	2,6	1	1,3	3	3,9
16 - 29	2	2,6	4	5,2	6	7,8
30 - 44	6	7,8	4	5,2	10	13,0
45 - 59	15	19,5	5	6,5	20	26,0
≥ 60	20	26	18	23,4	38	49,4
Tổng	45	58,4	32	41,6	77	100

Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là ≥ 60 tuổi với 49,4%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,4.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết quả mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng của polyp ống tiêu hóa

3.2.1.1. Lý do vào viện

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	26	33,8
Nôn ra máu	1	1,3
Đi cầu ra máu	24	31,2
Chướng bụng	1	1,3
Buồn nôn, nôn	3	3,9
Táo bón	2	2,6
Tiêu chảy	2	2,6
Khám tổng quát phát hiện polyp	16	20,8
Khác	2	2,6
Tổng	77	100

Nhận xét: Lý do vào viện thường gặp là đau bụng 33,8%, đi cầu ra máu 31,2%.

3.2.1.2. Đặc điểm lâm sàng polyp ống tiêu hóa

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đi cầu ra máu	27	35,1
Nôn ra máu	1	1,3
Đau bụng	48	62,3
Tiêu chảy	17	21,1
Táo bón	18	23,4
Nôn, buồn nôn	7	9,1
Chướng bụng	12	15,6
Nuốt nghẹn	0	0

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất với 62,3%.

3.2.2. Đặc điểm nội soi của polyp ống tiêu hóa

3.2.2.1. Vị trí polyp

Bảng 4. Vị trí polyp ở mỗi bệnh nhân

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thực quản	0	0
Dạ dày	7	9,1
Ruột non (tá tràng)	1	1,3
Đại tràng	37	48,1
Trực tràng- Ống hậu môn	19	24,7
Nhiều vị trí ở đại trực tràng	13	16,9
Tổng	77	100

Nhận xét: Vị trí polyp ống tiêu hóa có tỷ lệ cao nhất là đại trực tràng chiếm 89,6%.

3.2.2.2. Đặc điểm nội soi của polyp ống tiêu hóa

Bảng 5. Đặc điểm nội soi của polyp ống tiêu hóa

Đặc điểm nội soi	Số lượng	Tỷ lệ
Số lượng polyp	1 polyp	66,2
	≥ 2 polyp	33,8
Đặc điểm cuống polyp	Có cuống	33,8
	Không có cuống	66,2
Ranh giới polyp	Rõ	80,5
	Không rõ	19,5
Hình dạng polyp	Nhấn	71,4
	Sần sùi	7,8
	Loét	20,8
Kích thước polyp	< 1 cm	74,0
	1 - 2 cm	23,4
	> 2 cm	2,6

Nhận xét: Đa số polyp có đặc điểm: polyp đơn độc 66,2%; không cuống 66,2%; ranh giới rõ 80,5%; hình dạng nhấn 71,4%, kích thước nhỏ 74%.

3.2.3. Kết quả mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

Bảng 6. Kết quả mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

Mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ
Phân loại mô bệnh học	Polyp u tuyến	46,8
	Polyp quá sản	40,3
	Polyp viêm	5,2
	Polyp Hamartoma	1,3
	Polyp xơ mỡ lành tính	1,3
	Polyp ung thư hóa	5,2
Mức độ loạn sản	Không loạn sản	48,0
	Loạn sản độ thấp	37,7
	Loạn sản độ cao	14,3
Mức độ xâm lấn của polyp ung thư hóa	Tại chỗ	50,0
	Xâm lấn	50,0

Nhận xét: Polyp u tuyến và polyp quá sản chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 46,8% và 40,3%. Trong các

polyp có loạn sản (40 bệnh nhân), loạn sản độ thấp chiếm đa số với tỷ lệ 72,5%, loạn sản độ cao chỉ chiếm 27,5%. 4 bệnh nhân mắc polyp ung thư hóa đều có loạn sản ở mức độ cao, trong đó 2 bệnh nhân ung thư tại chỗ, 2 bệnh nhân ung thư xâm lấn.

3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm nội soi và mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

Bảng 7. Mối liên quan giữa đặc điểm nội soi và kết quả mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

Đặc điểm nội soi		Mô bệnh học		Polyp u tuyến		Polyp quá sản		Polyp viêm		Polyp Hamartoma		Polyp xơ mỡ lành tính		Polyp ung thư hóa		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Số lượng polyp	1	22	28,6	22	28,6	3	3,9	1	1,3	1	1,3	2	2,6	> 0,05		
	≥ 2 polyp	14	18,2	9	11,7	1	1,3	0	0	0	0	2	2,6			
Đặc điểm cuống polyp	Có cuống	11	14,3	12	15,6	1	1,3	1	1,3	0	0	1	1,3	> 0,05		
	Không cuống	25	32,5	19	24,7	3	3,9	0	0	1	1,3	3	3,9			
Ranh giới	Rõ	30	39,0	26	33,8	4	5,2	1	1,3	0	0	1	1,3	> 0,05		
	Không rõ	6	7,8	5	6,5	0	0	0	0	1	1,3	3	3,9			
Hình dạng	Nhẵn	26	33,8	26	33,8	2	2,6	0	0	0	0	1	1,3	> 0,05		
	Sần sùi	3	3,9	2	2,6	0	0	0	0	1	1,3	0	0,0			
	Loét	7	9,1	3	3,9	2	2,6	1	1,3	0	0	3	3,9			
Kích thước	< 1 cm	25	32,5	26	33,8	4	5,2	0	0	1	1,3	1	1,3	> 0,05		
	1 -2 cm	10	13,0	5	6,5	0	0	1	1,3	0	0	2	2,6			
	> 2 cm	1	1,3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,3			

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả mô bệnh học và đặc điểm nội soi polyp ống tiêu hóa.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Qua kết quả của bảng 1, chúng tôi nhận thấy polyp ống tiêu hóa có thể gặp ở mọi lứa tuổi trong đó thì độ tuổi từ 60 trở lên có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất với 49,4%, sau đó là từ 45 đến dưới 60 tuổi với tỷ lệ 24,7%, thấp nhất là 3 tuổi, cao nhất là 89 tuổi, tuổi trung bình là $54,3 \pm 19$. Một số tác giả khác cho kết quả tương tự như Nguyễn Văn Kiên [5], Ali Z. M [7]. Có thể thấy rằng, bệnh polyp ống tiêu hóa thường gặp ở bệnh nhân có lứa tuổi ≥ 45 .

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,4/1. Theo một số tác giả như: Lê Văn Thiệu tỷ lệ này là 57,7% nam, 42,3% nữ [8], Kani S. M. tỷ lệ này là 66% nam, 34% nữ [9]. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ có khác nhau ở nhiều nghiên cứu nhưng đều cho thấy tỷ lệ mắc bệnh polyp ống tiêu hóa ở nam cao hơn nữ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh đại thể và kết quả mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng của polyp ống tiêu hóa

Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng (33,8%) và đi cầu ra máu (31,2%). Theo một số tác

giả như Nguyễn Văn Kiên lý do vào viện thường gặp là đau bụng 63,3%, phân máu là 6,7% [5], Lê Văn Thiệu tỷ lệ đau bụng là 57,5%, phân máu là 27,6% [8]. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân khám tổng quát phát hiện polyp cũng chiếm tỷ lệ cao 20,8%, đa số bệnh nhân nhóm này đều không có triệu chứng, và nằm chủ yếu ở nhóm từ 45 tuổi trở lên, có thể cho thấy việc khám tổng quát cũng đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện polyp ống tiêu hóa.

Về các triệu chứng lâm sàng, trong số các bệnh nhân có triệu chứng thì đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,3%, sau đó là đi cầu ra máu 35,1%. Kết quả trên tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Kiên: tỷ lệ đau bụng chiếm 66,7%, phân có máu chiếm 15% [5], Hà Quốc Phòng với triệu chứng đau bụng chiếm 75,7% [10], tuy nhiên theo một số tác giả khác thì tỷ lệ đi cầu phân máu lại khá cao như tác giả Ali Z. M., tỷ lệ đi cầu phân máu chiếm 31% [7]. Như vậy dù nghiên cứu giữa các tác giả và chúng tôi có sự chênh lệch nhưng triệu chứng lâm sàng phổ biến của bệnh polyp ống tiêu hóa là đau bụng và đi cầu ra máu.

4.2.2. Đặc điểm hình ảnh đại thể của polyp ống tiêu hóa

Vị trí của polyp ống tiêu hóa (Bảng 4) chủ yếu nằm ở đại tràng 48,1%, sau đó là trực tràng 24,7%, nhiều vị trí trong đại trực tràng chiếm tỷ lệ 16,9%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của các tác giả Gurumayum L.S. cho thấy polyp thường gặp nhất là ở đại tràng 49,1%, sau đó là trực tràng 24,5%, dạ dày 19,1% [6], Ali Z. M. cũng cho thấy polyp đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất với 74,2%, sau đó là trực tràng (20%) và dạ dày (4,3%) [7]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với nghiên cứu của các tác giả khác, polyp hay gặp nhất ở đại tràng. Ngoài ra, tỷ lệ polyp có nhiều vị trí trong đại trực tràng chiếm tỷ lệ khá cao 16,9%, ngược lại nhiều bệnh nhân lại có nhiều polyp ở cùng 1 vị trí trong đại trực tràng. Điều này chứng tỏ việc nội soi toàn bộ đại trực tràng là cần thiết cho dù đã phát hiện ra polyp, tránh trường hợp bỏ sót polyp ở những vị trí khác nhau, làm bệnh kéo dài, ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân.

Bảng 5 cho thấy đa phần là polyp đơn độc 66,2%, không cuống là 66,2%, ranh giới rõ là 80,5%, bề mặt nhẵn 71,4%, kích thước nhỏ 74%. Tỷ lệ này ở các nghiên cứu khác là: Nguyễn Thị Chín cho thấy đa phần là polyp có cuống 78,3%, bề mặt trơn láng 65,2%, kích thước nhỏ 60,9% [4]. Theo Nguyễn Văn Kiên, 65% polyp là đơn độc, ranh giới rõ 100%, bề mặt nhẵn 90%, kích thước nhỏ là 85% [5]. Kani S. M. cho thấy tỷ lệ polyp có cuống là 50% [9]. Qua các kết quả trên thì hầu hết polyp có ranh giới rõ, bề mặt trơn láng, kích thước nhỏ, còn đặc điểm cuống có sự chênh lệch giữa các nghiên cứu, điều này rất có ý nghĩa thực tiễn trong áp dụng kỹ thuật cắt polyp qua nội soi, tùy thuộc vào độ dài, kích thước của cuống polyp để điều chỉnh nguồn điện khi cắt polyp, hay phải cắt nhiều lần, nguy cơ chảy máu ở polyp có cuống to sẽ cao hơn. Ngoài ra tác giả Nguyễn Thúy Oanh cho thấy cuống polyp có liên quan đến khả năng ung thư hóa của polyp và polyp không cuống hay cuống ngắn thì tiên lượng xấu hơn, còn theo tác giả Buddingh và cs thì nguy cơ tăng 13% cho mỗi 1mm đường kính polyp [11], [12].

4.2.3. Đặc điểm mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

Polyp u tuyến và polyp quá sản là hay gặp nhất với tỉ lệ lần lượt 46,8% và 40,3%. So sánh với nghiên cứu một số tác giả cho thấy polyp chiếm tỷ lệ cao nhất ống tiêu hóa là polyp u tuyến: Hà Quốc Phòng với tỷ lệ polyp u tuyến 69,3%, polyp quá sản 30,7% [10], Consolo P. cho thấy tỷ lệ polyp u tuyến là 55,9% [13]. Bên cạnh đó, một số tác giả cho thấy

polyp quá sản và polyp u tuyến gần như ngang nhau như: Kani S. M. với tỷ lệ polyp u tuyến 30%, polyp quá sản 36%, polyp viêm là 22%, polyp ung thư hóa 6%, polyp Hamartoma 2%, polyp xơ 2% [9]. Theo Gurumayum L. S. tỷ lệ polyp u tuyến là 30,9%, polyp quá sản là 32,7%, polyp viêm là 18,2% [6]. Về mức độ loạn sản, có 48% polyp không loạn sản, 52% có loạn sản. Trong số nhân mắc polyp có loạn sản (40 bệnh), polyp loạn sản độ thấp chiếm đa số với tỷ lệ 72,5% và polyp loạn sản độ cao chiếm tỷ lệ 27,5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Kiên với tỷ lệ loạn sản độ thấp là 78,26%, loạn sản độ cao 21,74% [5]. Ali Z.M. tỷ lệ polyp có mức loạn sản độ thấp là 91,4% [7]. Như vậy, đa số các polyp tân sinh có mức độ loạn sản độ thấp. Polyp ung thư hóa trong nghiên cứu của chúng tôi (4 bệnh nhân) đều xuất phát từ polyp u tuyến với mức độ loạn sản cao. Trong đó 2 bệnh nhân là ung thư tại chỗ và 2 bệnh nhân là ung thư xâm lấn. Do đó việc phân loại mô bệnh học của polyp rất quan trọng trong chẩn đoán xác định, điều trị, theo dõi và tiên lượng cho bệnh nhân.

4.3. Mối liên quan giữa hình ảnh đại thể với mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

Bảng 7 cho thấy đa phần là polyp u tuyến và polyp quá sản trong các đặc điểm nội soi của polyp ống tiêu hóa và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa một số đặc điểm nội soi và kết quả mô bệnh học ($p > 0,05$). Vì cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, thời gian nghiên cứu ngắn, hơn nữa bệnh polyp ống tiêu hóa có đặc điểm trên nội soi rất đa dạng, độ đặc hiệu của từng đặc điểm lại không cao, nên không thể dựa vào đặc điểm nội soi mà chẩn đoán xác định kết quả mô bệnh học.

5. KẾT LUẬN

5.1. Về đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa

- Polyp ống tiêu hóa gặp ở bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,4, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là ≥ 60 tuổi với 49,4%.

- Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: đau bụng 62,5% với tính chất không rõ vị trí, không thường xuyên, đau quặn hoặc âm ỉ, cường độ thay đổi, đi cầu ra máu 35,1% với tính chất gián đoạn, lượng ít làm kéo dài thời gian mắc bệnh.

- Hầu hết polyp nằm ở đại trực tràng 89,6%, có các đặc điểm: polyp đơn độc 66,2%, không cuống 66,2%, ranh giới rõ 80,5%, bề mặt nhẵn 71,4%, kích thước nhỏ 74%.

- Kết quả mô bệnh học cho thấy polyp u tuyến và polyp quá sản chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 46,8% và

40,3%. Đa số polyp không có loạn sản, chiếm tỷ lệ 48%, tỷ lệ polyp có loạn sản độ thấp chiếm 37,7%, tỷ lệ polyp có loạn sản độ cao 14,3%. Polyp ung thư hóa chiếm tỷ lệ 5,2%, trong đó 2 bệnh nhân có polyp ung thư hóa tại chỗ và 2 bệnh nhân polyp ung thư hóa xâm lấn.

5.2. Mối tương quan giữa một số đặc điểm nội soi với mô bệnh học

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hình ảnh đại thể polyp với kết quả mô bệnh học của polyp ống tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gentiana C, Altin C, Arben B, et al. (2015), "Histopathological characteristics of colon polyps – a population-based study in Tirana", Albania. J Gastrointest Dig Syst, 5(2), pp. 271.
2. Digestive Diseases Statistics (2020), "National institute of diabetes and digestive and kidney diseases".
3. O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG, et al. (1990), "The National Polyp Study. Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas", Gastroenterology, pp. 98-371
4. Nguyễn Thị Chín, Nguyễn Văn Quân (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của bệnh polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng", Y học thực hành (899), (12), tr. 31 -36.
5. Nguyễn Văn Kiên (2016), "Nghiên cứu lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và hiệu quả của kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi trong điều trị polyp đại tràng không cuống", Luận văn thạc sĩ của bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Gurumayum L.S., Laishram D.K., Bijoya .D., et al, (2018), "Study of gastrointestinal endoscopic polypectomy specimens in Rims hospital", J. Evid. Based Med. Healthc Vol. 5, (24), pp. 2349-2570.
7. Ali Z.M., Maryam A., Roozbeh M.M., Maryam K. (2012), "The Frequency of Gastrointestinal Polyps in Iranian Population", Iranian Journal of Pathology (2012), 7 (3), pp. 183 -189.
8. Lê Văn Thiệu, Trần Công Khanh (2011), "Nhận xét kết quả cắt polyp lành tính đại trực tràng bằng thông lộng điện tại Bệnh viện tỉnh Hưng Yên năm 2009-2010", Y học Việt Nam tháng 10, Số đặc biệt, tr. 61-65.
9. Kani S.M. (2011), "A study on gastrointestinal polyps", D.M. Degree examination branch iv Medical Gastroenterology, pp. 60-74.
10. Hà Quốc Phòng, Nguyễn Đức Thái, Tống Thị Thanh Hiền, Đỗ Thanh Tùng (2013), "Đánh giá kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng điện cao tần qua nội soi tại BVĐK tỉnh Thái Bình năm 2011-2012", Y học Việt Nam tháng 5, Số đặc biệt, tr. 356-371.
11. Nguyễn Thúy Oanh (2003), "Nghiên cứu 450 trường hợp cắt polyp qua nội soi đại tràng", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 7, (1), tr. 137-143.
12. Buddingh K. T., Herengreen T., Haringsma J., et al. (2011), "Location in the right hemi-colon is an independent risk factor for delayed post-polypectomy hemorrhage: a multi-center case-control study", Am J Gastroenterol 2011, 106(6), pp. 1119-24.
13. Consolo P., Luigiano C., Strangio G., et al. (2008), "Efficacy risk factors and complications of endoscopic polypectomy: ten years experience at a single center", World J Gastroenterol, 14(15), pp. 2364-9.