

Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư trực tràng

Trần Duy Khiêm¹, Vĩnh Khánh^{1*}, Trần Văn Huy¹
(1) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng là bệnh lý thường gặp, tỷ lệ mắc mới hằng năm còn cao ở trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Việc đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật của ung thư trực tràng có vai trò rất quan trọng trong tiên lượng và chọn lựa phương tiện điều trị tối ưu. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về giá trị của siêu âm nội soi (SANS) để chẩn đoán giai đoạn của ung thư trực tràng còn rất ít. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi ở các bệnh nhân ung thư trực tràng và khảo sát mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm nội soi với một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và cộng hưởng từ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 48 bệnh nhân ung thư trực tràng được tiến hành siêu âm nội soi đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật. **Kết quả nghiên cứu:** Khả năng chẩn đoán đúng giai đoạn T của SANS so với kết quả mô bệnh học (MBH) sau phẫu thuật 76,1%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho giai đoạn T1 là 80,0%, 100,0%, 95,2%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho giai đoạn T2 là 55,6%, 91,7%, 76,2%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho giai đoạn T3 là 100,0%, 71,4%, 81,0%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho chẩn đoán hạch là 40,0%, 93,8%, 81,0%. Không có sự liên quan giữa các triệu chứng cơ năng với giai đoạn xâm lấn của khối u và giai đoạn xâm lấn hạch. Có đồng thuận tốt giữa siêu âm nội soi và cộng hưởng từ khi đánh giá vị trí khối u. Sự đồng thuận giữa siêu âm nội soi và cộng hưởng từ là chưa cao khi đánh giá giai đoạn T và N với hệ số Kappa lần lượt là 0,182 và 0,39. **Kết luận:** Siêu âm nội soi góp phần cải thiện độ chính xác trong việc đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư trực tràng, do đó nên được ứng dụng thường quy vào thực hành lâm sàng, đặc biệt là các trường hợp ung thư trực tràng giai đoạn sớm khi khối u còn khu trú ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, nhằm tối ưu hóa quyết định điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư trực tràng, siêu âm nội soi, cộng hưởng từ, mô bệnh học.

Evaluating the imaging features and the role of endoscopic ultrasound (EUS) in rectal cancer

Tran Duy Khiem¹, Vinh Khanh^{1*}, Tran Van Huy¹
(1) Department of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy

Abstract

Background: Colorectal cancer is a common disease, with a high incidence rate in the world as well as in Vietnam. Preoperative staging plays a vital role in prognosis and optimal treatment. In Vietnam, the number of official publications on the role of endoscopic ultrasound (EUS) in rectal cancer staging is still limited. **Objectives:** To describe the imaging features of endoscopic ultrasound in patients with rectal cancer and evaluate the correlation between endoscopic ultrasound results and clinical, endoscopic and magnetic resonance imaging characteristics. **Methods and materials:** Forty-eight patients with histologically confirmed rectal cancer underwent endoscopic ultrasound and preoperative staging. **Results:** The overall accuracy of T staging of EUS was 76.1%. The sensitivity, specificity and accuracy for T1 staging were 80.0%, 100.0%, 95.2% respectively. The sensitivity, specificity and accuracy for T2 staging were 55.6%, 91.7%, 76.2% respectively. The sensitivity, specificity and accuracy for T3 staging were 100.0%, 71.4%, 81.0% respectively. The sensitivity, specificity and accuracy for lymph node diagnosis were 40.0%, 93.8%, 81.0% respectively. There was no correlation between clinical manifestations of the patients and the T & N stages. There was a high agreement via EUS and magnetic resonance imaging (MRI) on evaluating tumor locations. The agreement between EUS and MRI in terms of evaluating the T and N stages was not significant, with Kappa coefficients of 0.182 and 0.39, respectively. **Conclusion:** EUS contributes to improving the accuracy in preoperative staging of rectal cancer. Therefore, EUS should be routinely ordered in clinical practice, especially in cases of early-stage rectal cancers when tumors are localized in the mucosa and submucosa, in order to optimize patient treatment.

Keywords: Rectal cancer; endoscopic ultrasound; magnetic resonance imaging; histopathology.

Tác giả liên hệ: Vĩnh Khánh, Email: vkhanh@huemed-univ.edu.vn

DOI: 10.34071/jmp.2024.5.11

Ngày nhận bài: 11/6/2024; Ngày đồng ý đăng: 10/9/2024; Ngày xuất bản: 25/9/2024

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê từ Globocan 2020, số ca ung thư đại trực tràng mắc mới ở cả 2 giới là 1.931.590 trường hợp, chiếm 10% số ca ung thư mắc mới trong năm, đứng hàng thứ 3 ở nam và hàng thứ 2 ở nữ (chỉ sau ung thư vú). Theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (American Cancer Society), có đến 44.180 trường hợp ung thư trực tràng mới được phát hiện ở Hoa Kỳ trong năm 2019 [1]. Tại Việt Nam, trong năm 2020 có 9.399 ca mắc mới ung thư trực tràng, chiếm 5,1%, đứng hàng thứ 5 ở cả 2 giới. Cũng trong năm 2020, có 4.758 trường hợp tử vong do ung thư trực tràng, chiếm 3,9%, đứng hàng thứ 6 trong các trường hợp tử vong do ung thư.

Việc đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật của ung thư trực tràng có vai trò rất quan trọng trong tiên lượng và chọn lựa phương tiện điều trị tối ưu. Nhiều phương thức đã được sử dụng để phân giai đoạn ung thư trực tràng như: chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ (CHT) và siêu âm nội soi [2]. Chụp CLVT có một số hạn chế như độ phân giải cấu trúc thấp, cũng như nguy cơ nhiễm xạ và không thể sử dụng trên các đối tượng có chống chỉ định với thuốc cản quang [3]. Chụp CHT hiện nay được xem là phương tiện tối ưu trong đánh giá ung thư trực tràng, tuy nhiên khả năng đánh giá các khối u giai đoạn Tis, T1 và T2 của cộng hưởng từ là còn hạn chế, cũng như ảnh hưởng của nhiễu ảnh do chuyển động. Giá thành còn cao, không thể sử dụng ở các bệnh nhân có vật cấy ghép kim loại cũng là một trong những hạn chế của cộng hưởng từ [4], [5].

Siêu âm nội soi (SANS) đã có những bước phát triển vượt bậc trong hơn 20 năm qua, ngày càng được chứng minh có giá trị trong việc chẩn đoán phân loại ung thư trực tràng, với độ nhạy độ đặc hiệu cao, độ an toàn và hiệu quả chi phí cao, cũng như có mối tương quan tốt với giai đoạn trên mô bệnh học [4]. Các nghiên cứu trên thế giới về độ chính xác của siêu âm nội soi trong đánh giá khối u nguyên phát dao động từ 63% đến 96%. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong đánh giá T khác nhau đối với từng giai đoạn T, trong đó chính xác nhất là đánh giá T2 [2].

Theo Hiệp hội Nội soi tiêu hóa Hoa Kỳ, siêu âm nội soi có độ nhạy cao (80 - 96%) và độ đặc hiệu cao (75 - 98%) để phân giai đoạn từ T0 - T3, nhưng độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn (67% và 78%) khi đánh giá giai đoạn N [6]. Dù có nhiều nghiên cứu về vai trò của siêu âm nội soi trong phân giai đoạn ung thư

trực tràng, tuy nhiên kết quả giữa các nghiên cứu chưa hoàn toàn thống nhất, điều này đặt ra vấn đề cần có thêm nhiều nghiên cứu với thiết kế nghiên cứu tối ưu hơn.

Ở Việt Nam, các công bố khoa học chính thức về giá trị của siêu âm nội soi để chẩn đoán giai đoạn của ung thư trực tràng còn rất ít. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư trực tràng”*** với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi ở các bệnh nhân ung thư trực tràng.*

2. *Khảo sát mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm nội soi với một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và cộng hưởng từ.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 48 bệnh nhân ung thư trực tràng được tiến hành siêu âm nội soi đánh giá giai đoạn tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 2/2020 đến tháng 8/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có hồi cứu.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân có tổn thương ở trực tràng nghi ngờ ung thư được phát hiện bằng nội soi trực tràng, sinh thiết làm giải phẫu bệnh và có kết quả là ung thư trực tràng.

Bệnh nhân được thực hiện siêu âm nội soi khối u trực tràng trước phẫu thuật.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có bệnh lý cấp/mạn tính, có chống chỉ định thực hiện siêu âm nội soi trực tràng.

Bệnh nhân đã được phẫu thuật, xạ trị, hoá trị trước đó.

- **Xử lý các số liệu:** xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Phương pháp kỹ thuật

- Phương tiện nghiên cứu

+ Máy siêu âm nội soi thuộc hãng Fujifilm hiệu Radial EG 530UT2.

+ Ống siêu âm nội soi được tiệt trùng kỹ bằng dung dịch sát khuẩn Gluteraldehyde và rửa sạch bằng nước cất vô trùng trước khi tiến hành thủ thuật cho mỗi bệnh nhân.



Hình 1. Dàn máy siêu âm nội soi.

- Thực hiện kỹ thuật:

- + Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái, chân gấp nhẹ vào bụng.
- + Bác sĩ đứng bên phải bệnh nhân. Thăm trực tràng kết hợp bôi trơn ống hậu môn.
- + Đưa nội soi qua ống hậu môn. Kiểm tra niêm mạc trực tràng qua nội soi, đánh giá đại thể. Chuyển chế độ siêu âm nội soi để bộc lộ tổn thương bằng các mặt cắt của siêu âm.
- + Đầu dò siêu âm lòng trực tràng đặt trong bóng cao su có bơm nước hoặc bơm nước sạch vào lòng trực tràng. Trong một số trường hợp, u ở vị trí cao hay vị trí khó, cần thay đổi tư thế bệnh nhân, tư thế giường để nước bao quanh khối u dễ hơn.

- Đánh giá thương tổn trên SANS

Giai đoạn T: Bao gồm T_1 , T_2 , T_3 , T_4 theo phân loại TNM UICC 2016 kết hợp với AJCC 2010 [7]:

+ Giai đoạn uT_0 : Không có hình ảnh tổn thương trên SANS.

+ Giai đoạn uT_{is} : Tổn thương giới hạn lớp niêm mạc và lớp cơ niêm.

+ Giai đoạn uT_1 : Tổn thương xâm lấn lớp dưới niêm mạc.

+ Giai đoạn uT_2 : Khối u xâm lấn vào lớp cơ trực tràng.

+ Giai đoạn uT_3 : U xâm lấn qua lớp cơ, tới lớp thanh mạc.

+ Giai đoạn uT_4 : U xâm lấn vào tổ chức xung quanh trực tràng.

Giai đoạn N: Bao gồm N_0 , N_1 , N_2 theo phân loại TNM UICC 2016 kết hợp với AJCC 2010 ⁷:

+ N_0 : Không có hạch.

+ N_1 : 1 - 3 hạch.

+ N_2 : Từ 4 hạch trở lên.

3. KẾT QUẢ

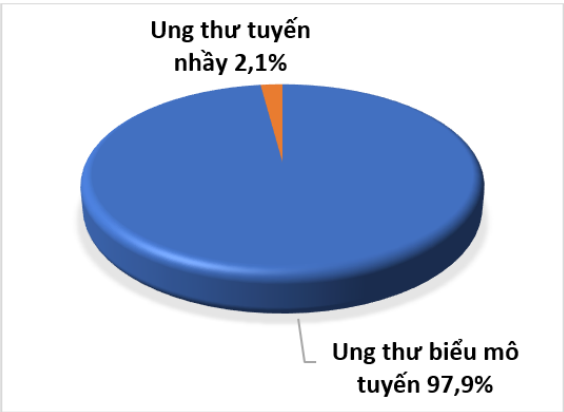
3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới tính	Nam		Nữ	
	n		%	n	%
< 40		1	100,0	0	0,0
40 - 60		7	58,3	5	41,7
60 - 80		18	60,0	12	40,0
> 80		3	60,0	2	30,0
Trung bình		64,7 ± 12,8		65,1 ± 10,5	
		p = 1,0*			

*: Kiểm định Fisher's 2 phía

Độ tuổi trung bình không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Tỷ lệ nam/nữ = 1,5.



Biểu đồ 1. Đặc điểm vi thể trên giải phẫu bệnh
Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả giải phẫu bệnh có ung thư biểu mô tuyến.

3.2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi ở các bệnh nhân ung thư trực tràng.

Bảng 2. Phân loại giai đoạn TNM bằng siêu âm nội soi

Phân loại TNM		n	%
T	T1	4	8,3
	T2	6	12,5
	T3	33	68,8
	T4	5	10,4
	Tổng	48	100,0
N	N0	22	45,8
	N1	24	50,0
	N2	2	4,2
	Tổng	48	100,0

Phần lớn các khối u ở giai đoạn T3 trên siêu âm nội soi. Tỷ lệ di căn hạch lên đến 54,2%..

Bảng 3. Kết quả chẩn đoán giai đoạn T bằng siêu âm nội soi với mô bệnh học

Giai đoạn T		MBH				Giá trị chẩn đoán		
SANS	N = 21	T1	T2	T3	T4	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
T1	4	4	0	0	0	80,0%	100,0%	95,2%
T2	6	1	5	0	0	55,6%	91,7%	76,2%
T3	11	0	4	7	0	100%	71,4%	81,0%
T4	0	0	0	0	0	-	-	-
p < 0,001*						Kappa = 0,638		

*: Kiểm định Fisher’s 2 phía
SANS chẩn đoán đúng giai đoạn T trong 16/21 trường hợp (76,1%).

Bảng 4. Kết quả chẩn đoán hạch trên siêu âm nội soi với mô bệnh học

SANS	MBH	Hạch ung thư		Hạch không ung thư		Giá trị chẩn đoán		
		n	%	n	%	Độ nhạy	Độ nhạy	Độ chính xác
Có hạch		2	40,0	1	6,3			
Không có hạch		3	60,0	15	93,8	40,0%	93,8%	81,0%
Tổng		5	100,0	16	100,0			
p = 0,128*					Kappa = 0,391			

*: Kiểm định Fisher's 2 phía

Độ chính xác của SANS trong chẩn đoán hạch là 81,0%.

3.3. Mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm nội soi với một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và cộng hưởng từ

Bảng 5. Liên quan giữa siêu âm nội soi với một số đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	Giai đoạn T	Xâm lấn cơ quan					Xâm lấn hạch				
		T1 - T2		T3 - T4		p	Không		Có		p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Đau bụng hạ vị (N = 48)	Có	2	11,8	15	88,2	0,459*	8	47,1	9	52,9	1,0**
	Không	8	25,8	23	74,2		14	45,2	17	54,8	
Đại tiện phân máu (N = 48)	Có	8	25,0	24	75,0	0,46*	16	50,0	16	50,0	0,305**
	Không	2	12,5	14	87,5		6	37,5	10	62,5	
Đại tiện nhiều lần (N = 48)	Có	2	9,5	19	90,5	0,152*	7	33,3	14	66,7	0,153**
	Không	8	29,6	19	70,4		15	55,6	12	44,4	
Táo bón (N = 48)	Có	1	14,3	6	85,7	1,0*	3	42,9	4	57,1	1,0*
	Không	9	22,0	32	78,0		19	46,3	22	53,7	
Sút cân (N = 48)	Có	1	12,5	7	87,5	1,0*	1	12,5	7	87,5	0,055*
	Không	9	22,5	31	77,5		21	52,5	19	47,5	
Mật độ khối u khi thăm trực tràng (N = 38)	Cứng	3	9,1	30	90,9	0,002*	12	36,4	21	63,6	0,365*
	Mềm	4	80,0	1	20,0		3	60,0	2	40,0	
Khối u di động khi thăm trực tràng (N = 38)	Có	5	62,5	3	37,5	0,002*	5	62,5	3	37,5	0,223*
	Không	2	6,7	28	93,3		10	33,3	20	66,7	

*: Kiểm định Chi bình phương (χ^2 test).

**: Kiểm định Fisher's 2 phía.

Tỷ lệ phát hiện khối u không di động hoặc mật độ cứng chắc ở nhóm giai đoạn T3 - T4 cao hơn so với nhóm T1 - T2 (p = 0,002). Không có sự khác biệt giữa các triệu chứng lâm sàng còn lại với mức độ xâm lấn của khối u và mức độ di căn hạch.

Bảng 6. Liên quan giữa siêu âm nội soi với hình ảnh nội soi

Hình ảnh nội soi	Hình ảnh SANS	Xâm lấn cơ quan					Xâm lấn hạch				
		T1 – T2 (N = 10)		T3 – T4 (N = 38)		p	Không (n = 22)		Có (n = 26)		p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Vị trí u	1/3 trên	2	33,3	4	66,7	0,679*	4	66,7	2	33,3	0,537*
	1/3 giữa	3	23,1	10	76,9		5	38,5	8	61,5	
	1/3 dưới	5	17,2	24	82,8		13	44,8	16	55,2	
Hình dạng	Thể sùi	10	30,3	23	69,7	0,081*	17	51,5	16	48,5	0,52*
	Loét sùi	0	0,0	13	100,0		4	30,8	9	69,2	
	Thâm nhiễm	0	0,0	2	100,0		1	50,0	1	50,0	
Mức độ gây hẹp	≤ ¼ chu vi	6	100,0	0	0,0	0,001*	6	100,0	0	0,0	0,027*
	¼ - ½ chu vi	3	30,0	7	70,0		5	50,0	5	50,0	
	½ - ¾ chu vi	1	7,1	13	92,9		5	35,7	9	64,3	
	> ¾ chu vi	0	0,0	18	100,0		6	33,3	12	66,7	

*: Kiểm định Fisher’s 2 phía.

Tỷ lệ khối u chiếm > ½ chu vi ở nhóm ở nhóm giai đoạn T3 – T4 và ở nhóm có phát hiện hạch trên SANS cao hơn so với nhóm còn lại (p < 0,05).

Bảng 7. Đối chiếu vị trí u trên SANS với vị trí u trên CHT

Vị trí khối u	N = 39	SANS			
		1/3 trên	1/3 giữa	1/3 dưới	
CHT	1/3 trên	9	4	4	Kappa = 0,621 p < 0,001*
	1/3 giữa	12	0	8	
	1/3 dưới	18	0	0	

*: Kiểm định Fisher 2 phía.

Có sự đồng thuận tốt giữa vị trí khối u trên SANS và trên CHT với hệ số Kappa = 0,621.

Bảng 8. Đối chiếu giai đoạn T trên SANS và CHT

Giai đoạn T	N = 39	SANS				
		T1	T2	T3	T4	
CHT	T1	1	1	0	0	Kappa = 0,182 p = 0,042*
	T2	3	1	0	2	
	T3	23	0	2	19	
	T4	12	0	0	9	

Sự đồng thuận giữa giai đoạn T của khối u trên SANS và CHT là khá thấp (Kappa = 0,182).

Bảng 9. Đối chiếu giai đoạn N trên SANS và CHT

Giai đoạn N	N = 39	SANS			
		N0	N1	N2	
CHT	N0	15	12	3	Kappa = 0,39 p < 0,001*
	N1	14	2	12	
	N2	10	2	8	

Sự đồng thuận giữa giai đoạn N của khối u trên SANS và CHT là tương đối thấp (Kappa = 0,39).

4. BÀN LUẬN

Phân bố bệnh theo nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm đa số, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $64,8 \pm 11,8$, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 29 tuổi. Về giới tính, tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là khá tương đương nhau nhưng nam có phần ưu thế hơn (60,4% so với 39,6%), tỷ lệ nam/nữ = 1,5. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($64,7 \pm 12,8$ và $65,1 \pm 10,5$).

Trong 48 trường hợp ung thư trực tràng trong nghiên cứu, chỉ có 4 trường hợp khối u còn khu trú ở lớp dưới niêm mạc (8,3%), 6 trường hợp khối u xâm lấn đến lớp cơ (12,5%). Đa phần các khối u được phát hiện ở giai đoạn khá muộn khi đã xâm lấn đến lớp thanh mạc và dưới thanh mạc tại thời điểm chẩn đoán (68,8%). Có 5 trường hợp khối u đã xâm lấn tổ chức xung quanh (10,4%). Kết quả giai đoạn T trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Anh và tác giả Lê Phước Anh cũng cho thấy kết quả tương tự. Trong nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Anh cũng có kết quả khá tương đồng, tuy nhiên tỷ lệ nhóm bệnh nhân T2 và T3 chiếm đa số [8, 9, 10].

Trong nghiên cứu chúng tôi, có 54,2% trường hợp phát hiện có xâm lấn hạch trên siêu âm nội soi, và khi tiến hành SANS trên các bệnh nhân này đều phát hiện được từ 1 - 3 hạch (tương ứng giai đoạn N1), có 2 trường hợp nào phát hiện trên 4 hạch (giai đoạn N2) chiếm 4,2%. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Anh không có trường hợp nào phát hiện hơn 3 hạch (N2), nhưng tỷ lệ phát hiện 1 - 3 hạch thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Theo tác giả Vũ Hồng Anh và tác giả Lê Phước Anh, tỷ lệ N1 trên SANS lần lượt là 21,1% và 26,7% cũng thấp hơn so với nghiên cứu chúng tôi, số trường hợp giai đoạn N2 chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (8,0%) [8, 10]. Điều này cũng phản ánh một thực tế là đánh giá xâm lấn hạch trong ung thư trực tràng vốn không phải là điểm mạnh của SANS do vùng quan sát quanh trực tràng tương đối hạn chế hơn so với chụp CHT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 trường hợp bệnh nhân ung thư trực tràng mới phát hiện được chỉ định phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, SANS đánh giá chính xác giai đoạn T trong 16/21 trường hợp, độ chính xác chung là 76,1%. Có 5/21 bệnh nhân bị chẩn đoán quá giai đoạn, chiếm 23,8%, và không có trường hợp nào chẩn đoán dưới giai đoạn. Độ chính xác chung trong nghiên cứu chúng tôi có phần thấp hơn nghiên cứu của tác giả Tạ Văn Ngọc Đức (93,3%), Nguyễn Thị Ngọc Anh (82,4%) và tác giả Vũ Hồng Minh (82,3%) nhưng lại cao hơn so với tác giả Lê Phước Anh (65,8%) [8, 9, 10]. Điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là không có trường hợp nào có kết quả SANS

là T4 được phẫu thuật, nên không thể đánh giá độ chính xác trong đánh giá giai đoạn T4.

Độ chính xác của SANS trong đánh giá giai đoạn T theo nhiều nghiên cứu trên thế giới dao động từ 63,0% đến 96,0% [11]. Một phân tích tổng hợp năm 2008 của tác giả Puli (bao gồm 42 nghiên cứu và 5039 bệnh nhân), kết quả cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của SANS trong đánh giá giai đoạn T1 lần lượt là 87,8% và 98,3%, giai đoạn T2 là 80,5% và 95,6%, giai đoạn T3 là 96,4% và 90,6%, giai đoạn T4 là 95,4% và 98,3% [12]. Tuy nhiên đến năm 2011, tác giả Marusch và cộng sự tiến hành 1 nghiên cứu đa trung tâm trên 384 bệnh viện ở Đức với 7094 bệnh nhân ung thư trực tràng mới được chẩn đoán, tác giả nhận thấy tỷ lệ chẩn đoán chính xác giai đoạn T của SANS so với MBH là 64,7%, chẩn đoán quá giai đoạn là 18,0% và chẩn đoán dưới giai đoạn là 17,3%, nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng mức độ đồng thuận khi chẩn đoán giai đoạn T giữa SANS và MBH cao hơn ở các trung tâm có hơn 30 ca SANS trực tràng mỗi năm. Từ đó tác giả đưa ra giả thuyết là khả năng chẩn đoán giai đoạn T của SANS trên thực tế lâm sàng là không tương xứng với các báo cáo trước đó và độ chính xác tùy thuộc vào kinh nghiệm và số lượng ca SANS mỗi năm của từng trung tâm [13].

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ nhạy trong phát hiện hạch là 40,0%, tuy nhiên độ đặc hiệu lại khá cao 93,8%. Độ chính xác trong chẩn đoán mức độ xâm lấn hạch là 81,0%, là cao hơn đôi chút so với nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Anh (77,3%) nhưng lại thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thị Ngọc Anh (85,3%), Lê Phước Anh (89,5%) [8, 9, 10]. Nhiều nghiên cứu cho thấy SANS có mức độ chính xác tương đối trong đánh giá giai đoạn N của khối u trực tràng. Khi đánh giá giai đoạn N, tác giả Puli và cộng sự nhận thấy độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 73,2%, 75,8%, tỷ số khả dĩ dương là khá khiêm tốn và tỷ số khả dĩ âm là thấp. Từ đó, tác giả đưa đến kết luận rằng SANS có khả năng loại trừ xâm lấn hạch tốt hơn là khẳng định có xâm lấn hạch [12].

Theo Bảng 5, tỷ lệ di căn hạch là cao hơn ở nhóm bệnh nhân có sút cân so với nhóm không sút cân (87,5% so với 47,5%), tuy nhiên sự khác biệt là chưa đủ có ý nghĩa thống kê ($p = 0,055 > 0,05$). Các triệu chứng lâm sàng còn lại hầu như không có mối liên quan nào với giai đoạn T cũng như tỷ lệ xâm lấn hạch trên SANS, điều này là khá tương tự với nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Anh [8].

Theo Bảng 6, khi đối chiếu giữa vị trí khối u và mức độ xâm lấn cơ quan thì thấy tỷ lệ khối u ở giai đoạn T3 - T4 ở vị trí trực tràng trên và giữa cao hơn so với trực tràng trên, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này là khá tương tự

với nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Anh [8]. Khi đối chiếu giữa mức độ xâm lấn khối u với hình dạng đại thể khối u, có thể thấy rằng phần lớn các trường hợp khối u thể sùi vẫn còn ở giai đoạn T1 – T2 (69,7%), trong khi đó các khối u thể loét sùi và thể thâm nhiễm đều ở giai đoạn T3 – T4, tuy nhiên sự khác biệt chưa đủ có ý nghĩa thống kê ($p = 0,081 > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Anh cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ xâm lấn tổ chức xung quanh của thể loét sùi là cao hơn so với thể u sùi (25,0% so với 7,1%) [8]. Về tỷ lệ xâm lấn hạch, tỷ lệ xâm lấn hạch ở nhóm bệnh nhân thể loét sùi cũng cao hơn so với thể sùi (69,2% so với 48,5%). Mặc dù sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên do cỡ mẫu của chúng tôi không đủ lớn, nên cần nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá mối liên quan này một cách chính xác hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các khối u gây chiếm $> \frac{1}{4}$ chu vi trực tràng có xu hướng xâm lấn đến lớp thanh mạc và dưới thanh mạc còn các khối u chiếm $< \frac{1}{4}$ chu vi trực tràng thì hoàn toàn không có trường hợp nào. Các khối u chiếm $> \frac{1}{2}$ chu vi trực tràng có tỷ lệ xâm lấn cao hơn so với nhóm còn lại, trong đó tất cả trường hợp khối u chiếm $> \frac{3}{4}$ chu vi trực tràng đều ở giai đoạn T3 – T4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Điều này là khá tương tự nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Anh, tỷ lệ xâm lấn cơ quan xung quanh cao nhất là nhóm gây hẹp $> \frac{3}{4}$ chu vi trực tràng (60,0%) [8]. Về tỷ lệ xâm lấn hạch, có thể thấy xâm lấn hạch thường gặp đối với các khối u chiếm $> \frac{1}{4}$ chu vi trực tràng, cao nhất là ở nhóm chiếm $> \frac{1}{2}$ chu vi và $> \frac{3}{4}$ chu vi với tỷ lệ lần lượt là 64,3% và 66,7%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,027$, điều này là khá tương tự với nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Anh [8].

Khi đối chiếu vị trí khối u trên siêu âm nội soi và trên cộng hưởng từ, nhận thấy có sự tương quan tốt với $Kappa = 0,621$. Một nghiên cứu khác năm 2022 của tác giả Mohammed H. Basendowah cũng cho kết quả khá tương tự, khi so sánh chiều cao của khối u đo bằng CHT so sánh với nội soi ống mềm cũng nhận thấy sự đồng thuận cao giữa 2 phương pháp với ICC 0,89 (95% KTC: 0,48 – 0,99) với sự khác nhau trung bình là 1,52 ($p < 0,001$) [14].

Từ Bảng 8 có thể thấy sự đồng thuận khi chẩn đoán giai đoạn T giữa SANS và CHT tương đối thấp với hệ số Kappa là 0,182 ($p = 0,042$). Tuy nhiên tỷ lệ đồng thuận giữa 2 phương pháp khi đánh giá giai đoạn T3 là khá cao 19/39 bệnh nhân, chiếm 48,7%. Tuy nhiên có 9/39 trường hợp (23,1%) SANS đánh giá là giai đoạn là T3 nhưng theo kết quả CHT là T4, trong số đó có 3 trường hợp là khối u gây hẹp hoàn

toàn lòng trực tràng. Đây là một trong những hạn chế của SANS trong việc khảo sát các khối u lớn gây hẹp lòng không đi ống nội soi qua được, gây hạn chế đánh giá tại ngang mức hoặc phía trên thương tổn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự đồng thuận yếu giữa chẩn đoán hạch trên SANS và chụp CHT với hệ số Kappa = 0,39. Số trường hợp có sự đồng thuận về chẩn đoán xâm lấn hạch giữa 2 phương tiện là 24/39 trường hợp, chiếm 61,5%. Có 8/39 trường hợp (20,5%) mặc dù đều phát hiện hạch trên SANS và CHT nhưng theo CHT là giai đoạn cN2 nhưng trên SANS uN1, qua đó phần nào phản ánh khả năng khảo sát hạch tương đối hạn chế của SANS so với chụp CHT. Cho đến hiện tại, trong khi tiêu chuẩn chẩn đoán xâm lấn hạch trên CHT là tương đối rõ ràng (theo kích thước và đặc điểm về mặt hình thái), hiện vẫn chưa có một tiêu chuẩn chẩn đoán di căn hạch trên SANS được công nhận một cách chính thức [15, 16]. Do đó đề ra vấn đề cần thiết phải có một tiêu chuẩn chẩn đoán hạch trên SANS để tối ưu hóa giá trị chẩn đoán giai đoạn của SANS.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Khả năng chẩn đoán đúng giai đoạn T của SANS so với kết quả GPB sau phẫu thuật là 76,1%.
- Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho giai đoạn T1 là 80,0%, 100,0%, 95,2%.
- Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho giai đoạn T2 là 55,6%, 91,7%, 76,2%.
- Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho giai đoạn T3 là 100,0%, 71,4%, 81,0%.
- Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho chẩn đoán hạch là 40,0%, 93,8%, 81,0%.
- Không có sự liên quan giữa các triệu chứng cơ năng với giai đoạn xâm lấn của khối u và giai đoạn xâm lấn hạch.
- Đa phần khối u gây hẹp $> \frac{1}{2}$ lòng trực tràng (66,7%) và nhóm này có tỷ lệ thuộc giai đoạn T3 – T4 và di căn hạch cao hơn nhóm còn lại.
- Có đồng thuận tốt giữa siêu âm nội soi và cộng hưởng từ khi đánh giá vị trí khối u.
- Sự đồng thuận giữa siêu âm nội soi và cộng hưởng từ là chưa cao khi đánh giá giai đoạn T và N với hệ số Kappa lần lượt là 0,182 và 0,39.

Siêu âm nội soi góp phần cải thiện độ chính xác trong việc đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư trực tràng, do đó nên được ứng dụng thường quy vào thực hành lâm sàng, đặc biệt là các trường hợp ung thư trực tràng giai đoạn sớm khi khối u còn khu trú ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, nhằm tối ưu hóa quyết định điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. Jan 2019;69(1):7-34. doi:10.3322/caac.21551
2. Siddiqui AA, Fayiga Y, Huerta S. The role of endoscopic ultrasound in the evaluation of rectal cancer. *Int Semin Surg Oncol*. Oct 18 2006;3:36. doi:10.1186/1477-7800-3-36
3. Raman SP, Chen Y, Fishman EK. Evolution of imaging in rectal cancer: multimodality imaging with MDCT, MRI, and PET. *J Gastrointest Oncol*. Apr 2015;6(2):172-84. doi:10.3978/j.issn.2078-6891.2014.108
4. Gao Y, Hu JL, Zhang XX, et al. Accuracy of endoscopic ultrasound in rectal cancer and its use in transanal endoscopic microsurgery. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. Apr 2020;29(2):90-97. doi:10.1080/13645706.2019.1585373
5. Longo WE, Reddy V, Audisio RA. *Modern management of cancer of the rectum*. Second edition ed. Springer London; 2015.
6. ASGE SoPC, Fisher DA, Shergill AK, et al. Role of endoscopy in the staging and management of colorectal cancer. *Gastrointest Endosc*. Jul 2013;78(1):8-12. doi:10.1016/j.gie.2013.04.163
7. Edge SB, American Joint Committee on C. *AJCC cancer staging manual 8th ed*. 8th ed. Springer New York; 2017.
8. Vũ Hồng Anh. *Nghiên cứu ứng dụng siêu âm nội soi góp phần chẩn đoán giai đoạn ung thư trực tràng*. Học viện Quân y; 2020.
9. Nguyễn Thị Ngọc Anh. *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi trong ung thư trực tràng*. Trường Đại học Y Dược Huế; 2018.
10. Lê Phước Anh. *Khảo sát giá trị của siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt trực tràng*. Trường Đại học Y Dược Huế; 2021.
11. Uberoi AS, Bhutani MS. Has the role of EUS in rectal cancer staging changed in the last decade? *Endosc Ultrasound*. Nov-Dec 2018;7(6):366-370. doi:10.4103/eus.eus_36_18
12. Puli SR, Bechtold ML, Reddy JB, Choudhary A, Antillon MR, Brugge WR. How good is endoscopic ultrasound in differentiating various T stages of rectal cancer? Meta-analysis and systematic review. *Ann Surg Oncol*. Feb 2009;16(2):254-265. doi:10.1245/s10434-008-0231-5
13. Marusch F, Ptok H, Sahm M, et al. Endorectal ultrasound in rectal carcinoma--do the literature results really correspond to the realities of routine clinical care? *Endoscopy*. May 2011;43(5):425-431. doi:10.1055/s-0030-1256111
14. Basendowah MH, Ezzat MA, Khayyat AH, et al. Comparison of flexible endoscopy and magnetic resonance imaging in determining the tumor height in rectal cancer. *Cancer Rep (Hoboken)*. Feb 2023;6(2):1-6. doi:10.1002/cnr2.1705
15. Hawes RH, Fockens P, Varadarajulu S. *Endosonography*. 2019;
16. Lee S, Kassam Z, Baheti AD, et al. Rectal cancer lexicon 2023 revised and updated consensus statement from the Society of Abdominal Radiology Colorectal and Anal Cancer Disease-Focused Panel. *Abdom Radiol (NY)*. Sep 2023;48(9):2792-2806. doi:10.1007/s00261-023-03893-2

Nghiên cứu áp dụng của nội soi ruột non bóng đôi trong chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa từ ruột non

Nguyễn Thị Huyền Thương¹, Trần Duy Khiêm¹, Trương Xuân Long¹, Trần Văn Huy^{1*}

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

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) từ ruột non luôn là một thách thức lớn trong lâm sàng do bệnh cảnh lâm sàng không điển hình và nhất là do khó khăn về kỹ thuật và thiết bị. Nội soi ruột non bóng đôi là một phương tiện mới, không những giúp chẩn đoán nguyên nhân gây XHTH ruột non mà còn giúp can thiệp cầm máu. Ở Việt Nam, hiện chưa có nhiều công bố khoa học chính thức về ứng dụng của nội soi ruột non bóng đôi trong chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa từ ruột non. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có theo dõi dọc trên 36 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa ruột non được nội soi ruột non bóng đôi tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 1/2014 đến 6/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ phát hiện thương tổn gây xuất huyết tiêu hóa ruột non của nội soi ruột non bóng đôi là 77,8%, tổn thương thường gặp nhất là tổn thương mạch máu (46,3%), loét (32,1%). Tỷ lệ can thiệp cầm máu qua nội soi là 42,9%. Các trường hợp sau can thiệp ổn định, không có biến chứng. **Kết luận:** Nội soi ruột non bóng đôi là một phương tiện an toàn hiệu quả trong chẩn đoán và can thiệp cầm máu ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa ruột non.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa ruột non, nội soi ruột non bóng đôi.

The application of double balloon enteroscopy in diagnosis and management of small bowel bleeding

Nguyen Thi Huyen Thuong¹, Tran Duy Khiem¹, Truong Xuan Long¹, Tran Van Huy^{1*}

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Small bowel bleeding is a common condition among patients with gastrointestinal bleeding with unknown origin, nonspecific findings of this condition may lead to delay in diagnosis and management. Double balloon enteroscopy (DBE) is an innovative modality that enabled physicians to identify the etiology and perform the techniques of hemostasis. Data about the role of DBE in diagnosis and intervention in small bowel bleeding in Viet Nam is still limited. **Methods and materials:** 36 patients with small bowel bleeding undergoing double balloon enteroscopy (DBE) from January 2014 to June 2024 were included. **Results:** The overall diagnostic yield of DBE in small bowel bleeding was 77.8%. The most common findings were angiodysplasia (46.3%), ulcers (32.1%). 12/28 patients received endoscopic therapy for small bowel bleeding (42.9%). Technical success was achieved in all patients and no complications was recorded during follow-up. **Conclusion:** Double balloon enteroscopy is a safe and highly effective in management of small bowel bleeding.

Keywords: gastrointestinal bleeding, small bowel bleeding, double balloon enteroscopy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) ruột non được định nghĩa là các trường hợp XHTH tái phát hoặc tái diễn mà không thể tìm thấy tiêu điểm mặc dù đã nội soi thực quản dạ dày tá tràng và nội soi đại tràng. XHTH ruột non chiếm khoảng 5% các trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên lâm sàng, tuy nhiên các triệu chứng liên quan XHTH ruột non thường không đặc hiệu, dẫn đến chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị, cũng như ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân

cũng như làm tăng tỷ lệ tử vong, đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi [1, 2]. Tỷ lệ các nguyên nhân gây XHTH ruột non thay đổi tùy theo độ tuổi: thường gặp ở nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi là dị sản mạch máu, do u và do sử dụng thuốc giảm đau không steroids, trong khi đó ở bệnh nhân dưới 40 tuổi thì thường gặp do các bệnh viêm ruột mạn, túi thừa Meckel hoặc do các hội chứng đa polyp [1].

Nhờ các tiến bộ trong nội soi như nội soi viên nang, các phương tiện nội soi ruột non (bao gồm nội

Tác giả liên hệ: Trần Văn Huy; email: tvhuy@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/7/2024; Ngày đồng ý đăng: 10/9/2024; Ngày xuất bản: 25/9/2024

DOI: 10.34071/jmp.2024.5.12