

Ca lâm sàng / Case report

Báo cáo ca lâm sàng: Đa polyp mũ ở đại trực tràng được điều trị bằng phương pháp diệt trừ *Helicobacter pylori*

A case report: Cap polypsis in colorectal cured by *Helicobacter pylori* eradication therapy

NGUYỄN VĂN SƠN, LÊ THỊ KIM LIÊN, ĐÀO TRẦN TIẾN, TRỊNH TUẤN DŨNG, VŨ TRƯỜNG KHANH

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Abstract

*Cap polypsis is a gastrointestinal disease with multiple inflammatory polyps located mainly in the distal colon and rectum. Common symptoms of the disease include diarrhea, mucous, bloody stools... with typical endoscopic features of multiple sessile polyps in sigmoid colon and rectum. Histologically, the polyps consist of elongated, tortuous, and distended crypts covered by a “cap” of inflammatory granulation tissue. The pathogenesis of cap polypsis remains unknown. Here, we report a patient with cap polyps detected in the sigmoid colon and rectum, and which regressed after *Helicobacter pylori* eradication.*

Keywords: Cap polypsis.

Tóm tắt

Đa polyp mũ là một bệnh về đường tiêu hóa với nhiều polyp viêm nằm chủ yếu ở phần xa của đại tràng và trực tràng. Các triệu chứng hay gặp của bệnh như tiêu chảy, đại tiện phân có nhầy máu, đau bụng... với hình ảnh nội soi điển hình là nhiều polyp không cuống ở đại tràng sigmoid và trực tràng. Về mặt mô học, các polyp bao gồm các hốc dài, ngoằn ngoèo và căng phồng được bao phủ bởi một “mũ” mô hạt viêm. Cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được biết rõ. Ở đây, chúng tôi báo cáo một bệnh nhân mắc đa polyp mũ đại tràng phát hiện ở đại tràng sigmoid và trực tràng và thoái triển sau khi điều trị diệt thành công vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H.pylori*).

Từ khóa: Đa polyp mũ đại tràng.

I. Đặt vấn đề

Đa polyp mũ đại tràng là một bệnh hiếm gặp ở đường tiêu hóa với các dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học. Các triệu chứng hay gặp của bệnh như tiêu chảy, đại tiện phân có nhầy máu, đau bụng.... Nội soi thường thấy các polyp không cuống màu đỏ với chấy nhầy ở trên bề mặt, các polyp thường ở phần xa của đại tràng cả trực tràng, niêm mạc xung quanh

các polyp thường không có biến đổi [4]. Về mặt mô bệnh học các polyp bao gồm các hốc dài, ngoằn ngoèo và căng phồng được bao phủ bởi một “mũ” mô hạt viêm [5],[8]. Tuy nhiên, cơ chế bệnh sinh của bệnh vẫn chưa được biết rõ và diễn biến lâm sàng cũng thay đổi từ thuyên giảm lâm sàng, nội soi một cách tự nhiên đến bệnh diễn biến dai dẳng dẫn đến phải phẫu thuật cắt bỏ [2],[13].

Hiện chưa có hướng dẫn rõ ràng về điều trị bệnh đa polyp mũi đại tràng. Một số trường hợp đã được báo cáo thành công với điều trị bằng kháng sinh đường tiêu hóa (metronidazol) [9], steroid [2], thuốc điều hòa miễn dịch (influximap) [12], cắt qua nội soi và phẫu thuật cắt đoạn đại tràng [13]. Đặc biệt, gần đây có càng nhiều hơn các báo cáo hiệu quả của diệt trừ vi khuẩn *H.pylori* đối với việc thoái lui của đa polyp mũi đại tràng [5][6]. Năm 2016, Hiệp hội nghiên cứu *H.pylori* Nhật Bản đã bổ sung thêm đa polyp mũi đại tràng như một bệnh có thể liên quan đến *H.pylori* trong hướng dẫn điều trị [4].

Ở đây, chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng đa polyp mũi đại tràng đã lui bệnh khi điều trị diệt vi khuẩn *H.pylori*.

II. Báo cáo ca lâm sàng

Bệnh nhân (BN) nữ, 62 tuổi, đến khám tại bệnh viện chúng tôi với triệu chứng đại tiện phân lỏng khoảng 20 lần/ ngày. Tiền sử, năm 2020 có biểu hiện đại tiện phân lỏng, phân có nhầy máu, ngày đi 5 - 7 lần, BN có đến một bệnh viện trong thành phố khám và được chẩn đoán đa polyp đại

trực tràng và được chỉ định mổ cắt đoạn đại tràng sigmoid. Sau mổ cắt đại tràng thì không còn đại tiện phân lẫn máu nhưng số lần đại tiện một ngày tăng lên khoảng 10 - 20 lần, phân lỏng, nát có nhầy trắng. Từ 2021-2023, BN khám bệnh ở nhiều bệnh viện khác, được chỉ định nội soi đại tràng nhiều lần, kết quả có viêm niêm mạc đại trực tràng, viêm miệng nối đại tràng, hình ảnh nhiều tổn thương lồi ở đại trực tràng. Kết quả giải phẫu bệnh mảnh sinh thiết từ tổn thương đại trực tràng là viêm mạn tính niêm mạc đại tràng. Nhiều liệu pháp điều trị đã được đưa ra như sử dụng kháng sinh (tinidazol, levofloxacin), mesalazine... nhưng tình trạng đại tiện nhiều lần không được cải thiện.

Tháng 3 năm 2023, BN đến bệnh viện chúng tôi với triệu chứng đại tiện phân lỏng, nát khoảng 20 lần một ngày, phân không có máu, có nhầy trắng, mỗi lần đại tiện được ít phân và có cảm giác đại tiện không hết phân, không đau bụng, không sốt, không gầy sút cân. Khám lâm sàng không thấy tổn thương thực thể đặc biệt, thăm hậu môn không thấy có khối bất thường.

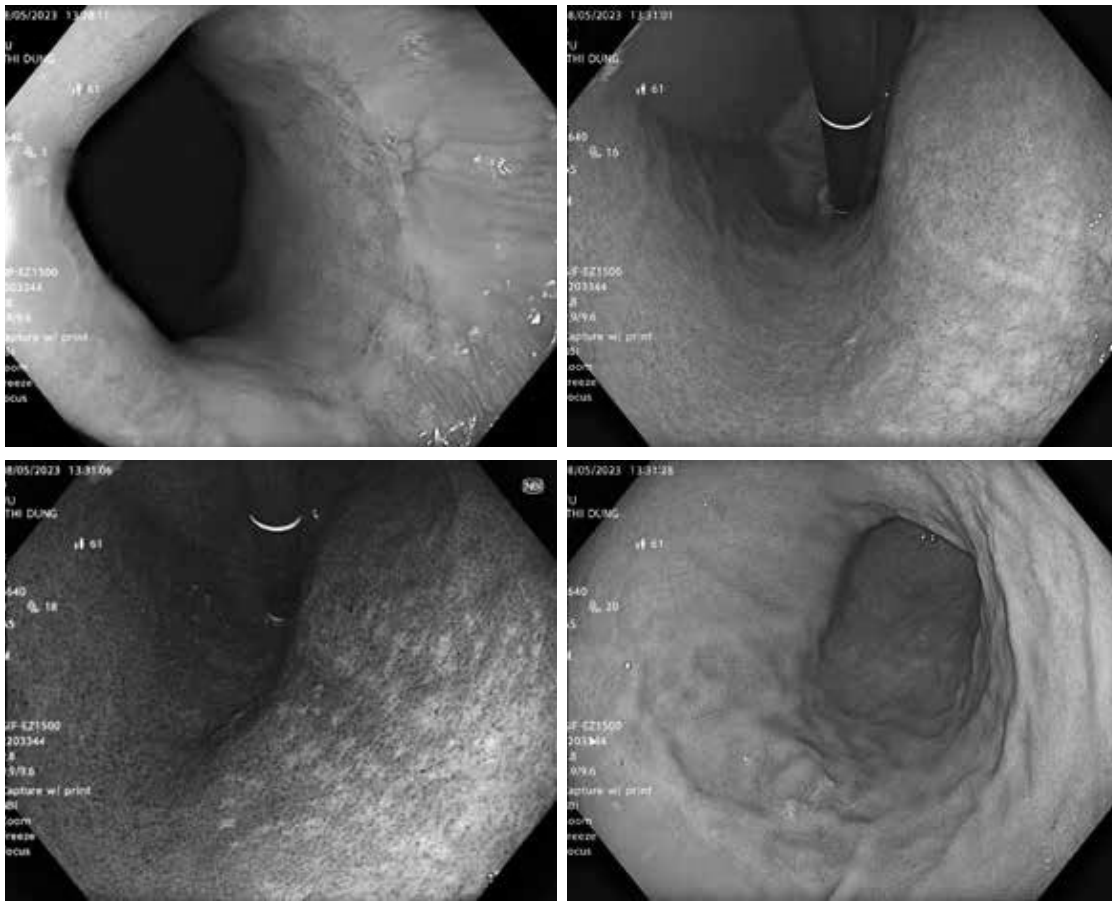
Xét nghiệm máu

Chỉ số	Giá trị tại bệnh viện chúng tôi	Đơn vị
Bạch cầu	4,78	G/L
Bạch cầu trung tính	60	%
Máu lắng	1h: 25 2h:48	mm
Calprotectin trong phân	95,4	Ug/g
Gastrin	53,1	pg/mL
HBsAg miễn dịch tự động	Âm tính	COI
HCV Ab miễn dịch tự động	Âm tính	COI
Strongyloides stercoralis (giun lươn) Ab miễn dịch tự động	Âm tính	OD
Toxocara (giun đũa chó mèo) Ab miễn dịch tự động	Âm tính	OD
Entamoeba histolytica (amip) Ab miễn dịch tự động	Âm tính	OD
Cysticercus cellulosae (sán lợn) Ab miễn dịch tự động	Âm tính	OD
Schistosoma (sán máng) Ab miễn dịch tự động	Âm tính	OD

Kết quả nội soi và mô bệnh học

Kết quả nội soi dạ dày: Viêm teo niêm mạc dạ dày (C2 theo Kimura), dị sản ruột và có vi

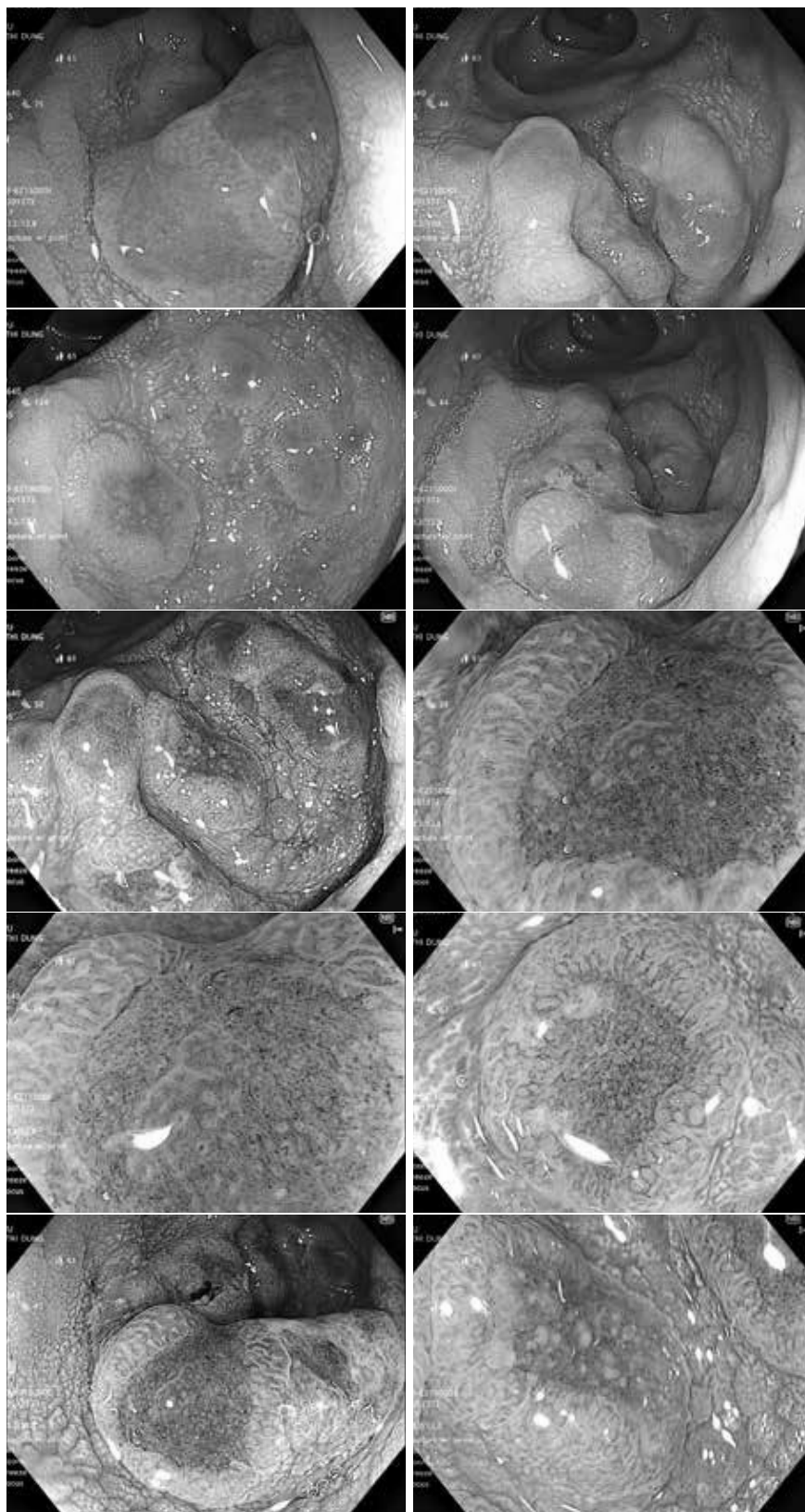
khẩn *H.pylori* dương tính với test Urease từ mảnh sinh thiết qua nội soi.



Hình 1: Hình ảnh nội soi dạ dày

Kết quả nội soi đại tràng: có 3 polyp đại tràng (Paris Is, Kudo IIII) (đã được cắt polyp qua nội soi), đại tràng sigmoid đã cắt một phần, tổn thương lồi đại trực tràng dạng polyp không cuống, ranh giới rõ, bề mặt màu hồng, có nhiều polyp

có lớp nhầy ở trên bề mặt và thấy có hình ảnh da gà xung quanh tổn thương. Trên hình ảnh M-NBI thấy các tổn thương có các tuyến giãn nhẹ nhưng còn đều, mạch máu giãn nhẹ, chưa có biến đổi hình dạng --> đã tiến hành sinh thiết



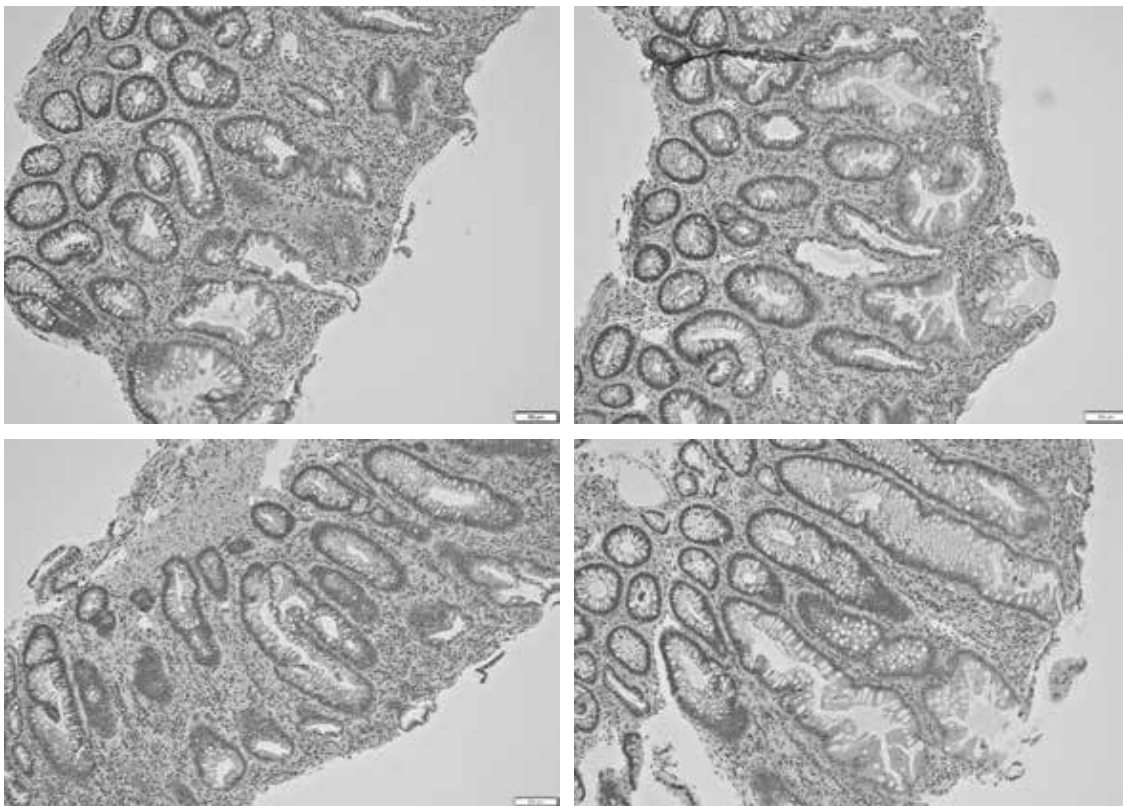
Hình 2: Hình ảnh nội soi đại tràng

Kết quả mô bệnh học

Trên 04 tiêu bản làm từ bệnh phẩm nhận được, nhuộm HE và PAS thấy:

- Ống 1 (đại tràng): 03 mảnh sinh thiết nhỏ niêm mạc đại tràng, bề mặt niêm mạc phẳng, số lượng và hình thái các tuyến chế nhầy bình thường. Mô đệm xen giữa các tuyến phù nề nhẹ, thâm nhiễm rải rác các tế bào viêm mạn tính, số lượng ít. Không thấy dị sản, loạn sản hoặc ung thư. Không thấy hình ảnh của polyp, lao, nấm hay Crohn trên bệnh phẩm này

- Ống 2 (đại trực tràng): Các mảnh sinh thiết niêm mạc đại trực tràng hơi dày hơn bình thường, các tuyến chế nhầy trong lớp niêm mạc có chỗ hơi kéo dài, nhưng hình thái lành tính; biểu mô phủ của niêm mạc có vùng thoái hóa bong trọt. Trong mô đệm xen giữa các tuyến thâm nhiễm khá nhiều tế bào viêm mạn tính và bạch cầu đa nhân trung tính, rải rác có các nang lympho. Không thấy dị sản, loạn sản hay ung thư. Không thấy hình ảnh của polyp và viêm đặc hiệu.



Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh nhuộm Hematoxylin-eosin x 100

Điều trị

Tổn thương trên nội soi là hình ảnh các tổn thương lồi tại đại trực tràng dạng polyp không cuống, ranh giới rõ, bề mặt màu hồng, có nhiều polyp có lớp nhầy ở trên bề mặt. Chúng tôi nghĩ đến đây là hình ảnh của đa polyp mũ đại tràng

mặc dù kết quả mô bệnh học chỉ kết luận là tổn thương viêm loét mạn tính đang hoạt động, tạo hình ảnh giả polyp. Do trước đó bệnh nhân đã trải qua nhiều phương pháp điều trị theo hướng viêm ruột như kháng sinh Tinidazol, Levofloxacin, mesalazine... nhưng tình trạng đại tiện nhiều lần

không được cải thiện, cùng với đó chúng tôi ghi nhận thấy có sự hiện diện của vi khuẩn *H.pylori* ở dạ dày. Vì vậy chúng tôi đã quyết định điều trị diệt trừ vi khuẩn *H.pylori* bằng phác đồ 4 thuốc: Tetracyclin 2g/ngày, Tinidazol 1,5g/ngày, Esomeprazol 80 mg/ngày, Bismuth 480 mg/ngày, thời gian điều trị là 2 tuần.

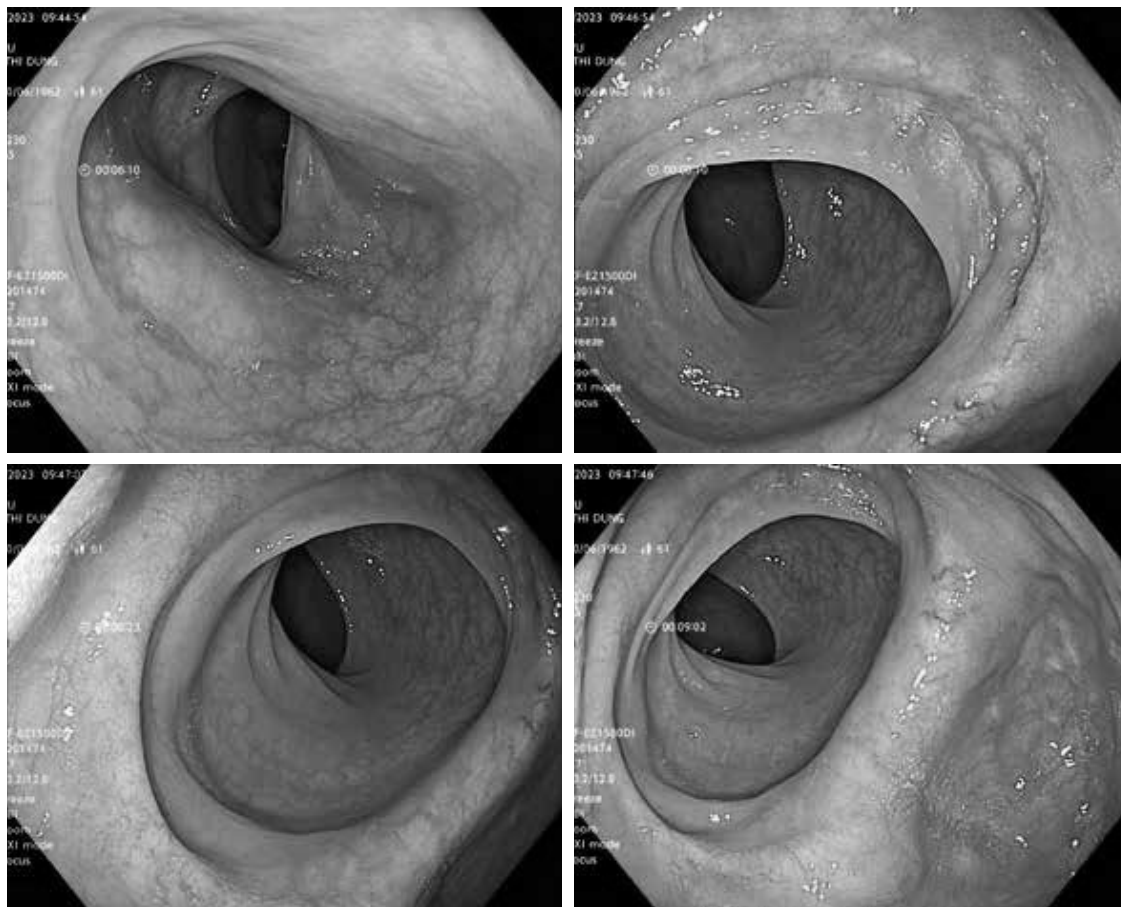
Kết quả

Sau điều trị diệt vi khuẩn *H.pylori*, tình trạng

đi ngoài của BN cải thiện rõ rệt, mỗi ngày chỉ còn đi ngoài khoảng 2-3 lần, phân đã thành khuôn và hết cảm giác không hết phân sau đại tiện.

Sau đó 5 tháng. BN đến khám lại và được kiểm tra vi khuẩn *H.pylori* bằng test hơi thở C13 (13C - ure breath test) cho kết quả âm tính.

Người bệnh được tiến hành nội soi đại tràng với kết quả: các tổn thương lồi ở đại trực tràng đã biến mất, niêm mạc đại trực tràng bình thường.



Hình 4: Hình ảnh đại tràng sigmoid và trực tràng sau điều trị

III. Bàn luận

Đa polyp mũ đại tràng là một bệnh hiếm gặp của đại tràng được Williams và cộng sự mô tả lần đầu tiên vào năm 1985 [1]. Các báo cáo ca bệnh cho thấy bệnh đa polyp mũ đại tràng gặp ở cả phụ

nữ và nam giới từ 12 đến 76 tuổi với độ tuổi trung bình được báo cáo là 52 tuổi [4],[5]. Đa polyp mũ đại tràng thường có hình ảnh là nhiều polyp không cuống thường ở phần xa của đại tràng và trực tràng. Hiện tại, chưa có báo cáo nào cho thấy

đa polyp mũi đại tràng tiến triển thành ác tính và cũng chưa có các nghiên cứu với cơ sở dữ liệu lớn trên toàn thế giới, đa số là các báo cáo trường hợp lâm sàng, do đó chưa có hướng dẫn cụ thể nào được đưa ra về điều trị đa polyp mũi đại tràng.

Các yếu tố được cho là có liên quan đến việc hình thành đa polyp mũi đại tràng như: rối loạn hệ vi khuẩn đường ruột, sa niêm mạc liên quan đến rối loạn nhu động ruột và phẫu thuật vùng chậu trước đó. Gần đây, nhiễm vi khuẩn *H.pylori* được cho là có liên quan đến việc hình thành đa polyp mũi đại tràng ở đại trực tràng đã được báo cáo nhiều hơn thông qua các trường hợp lâm sàng [5],[6],[7]. Tuy nhiên, *H.pylori* chưa được phân lập trong polyp đại tràng viêm. Các cơ chế được cho là do *H.pylori* dạ dày gây ra polyp ngoài dạ dày bao gồm sự bất chức năng phân tử và giải phóng các chất trung gian gây viêm [6].

Chính vì cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được rõ ràng, nên đã có nhiều phương pháp điều trị đã được đưa ra. Ví dụ như, khi nghĩ đến nguyên nhân là do tình trạng rối loạn hệ vi khuẩn đường ruột, viêm niêm mạc đại trực tràng mạn tính, một số tác giả đã điều trị đa polyp mũi đại tràng bằng metronidazole và có các báo cáo ca lâm sàng thành công [9]. Nhưng Suzuki và cộng sự báo cáo rằng tỷ lệ hiệu quả điều trị bằng metronidazole chỉ là 28,6% (6/21 trường hợp) [7]. Mặc dù kết quả chỉ đến từ những báo cáo nhỏ, nhưng hiệu quả của metronidazole khi điều trị đơn lẻ dường như đạt hiệu quả. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân cũng đã được điều trị trước đó bằng kháng sinh metronidazole và đã thất bại với điều trị.

Năm 2002, Oiya và cộng sự lần đầu tiên mô tả liệu pháp diệt trừ *H.pylori* ở một bệnh nhân bị đa polyp mũi đại tràng [6]. Một BN nam 63 tuổi được chẩn đoán mắc bệnh đa polyp mũi đại tràng và dị sản đường ruột liên quan đến *H.pylori* bằng nội soi dạ dày. Sau khi diệt trừ *H.pylori*, nội soi theo dõi cho thấy các tổn thương nhô cao niêm ở mạc đã biến mất. Điều này chỉ ra rằng phản ứng miễn dịch đối với tình trạng nhiễm *H.pylori* dai dẳng có thể là nguyên nhân gây ra bệnh đa polyp mũi đại tràng [6]. Năm 2004, Akamatsu

và cộng sự đã báo cáo ba trường hợp đa polyp mũi đại tràng được điều trị thành công bằng liệu pháp diệt trừ vi khuẩn *H.pylori* [5]. Năm 2014, Suzuki và cộng sự báo cáo hiệu quả của liệu pháp diệt trừ *H.pylori* trong điều trị đa polyp mũi đại tràng là 100% (14/14 trường hợp) [7]. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân có vi khuẩn *H.pylori* ở dạ dày và có hình ảnh đa polyp mũi đại tràng ở đại trực tràng, chúng tôi đã quyết định điều trị diệt vi khuẩn *H.pylori* với phác đồ 4 thuốc: Tetracyclin 2g/ngày, Tinidazol 1,5g/ngày, Esomeprazol 80 mg/ngày, Bismuth 480 mg/ngày, thời gian điều trị là 2 tuần và đã đạt được sự thoái lui hoàn toàn của đa polyp mũi đại tràng sau khi đã diệt thành công *H.pylori* và cải thiện các triệu chứng lâm sàng.

IV. Kết luận

- Đa polyp mũi đại tràng là một bệnh hiếm gặp, cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng, chính vì vậy chưa có hướng dẫn điều trị bệnh một cách cụ thể.

- Phương pháp điều trị đa polyp mũi đại tràng ở những bệnh nhân có vi khuẩn *H.pylori* dường như đem lại hiệu quả thoái lui của đa polyp mũi đại tràng. Trên đây là một ca lâm sàng được chẩn đoán đa polyp mũi đại tràng đại tràng hiếm gặp ở Việt Nam, đã được điều trị diệt *H.pylori* là làm mất hoàn toàn polyp và cải thiện rõ rệt triệu chứng lâm sàng. Nhưng để khẳng định chúng ta cần thêm nhiều báo cáo ca lâm sàng và các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân đủ lớn trong tương lai.

Tài liệu tham khảo

1. Williams G., Bussey H., Morson B. Inflammatory “cap” polyps of the large intestine. *British Journal of Surgery*.1985;72:S133.
2. Chang HS, Yang SK, Kim MJ, Ye BD, Byeon JS, Myung SJ, Kim JH. Long-term outcome of cap polyposis, with special reference to the effects of steroid therapy. *Gastrointest Endosc* 2012; 75: 211-216 [PMID: 22078102 DOI: 10.1016/j.gie.2011.08.027].
3. Li JH, Leong MY, Phua KB, Low Y, Kader A, Logarajah V, Ong LY, Chua JH, Ong C. Cap polyposis: a rare cause of rectal bleeding in children.

- World J Gastroenterol.2013;19:4185–4191.
4. Masaki Murata, Mitsushige Sugimoto, Hiromitsu Ban, Taketo Otsuka, Toshiro Nakata, Masahide Fukuda, Osamu Inatomi, Shigeki Bamba, Ryoji Kushima, Akira Andoh. Cap polyposis refractory to *Helicobacter pylori* eradication treated with endoscopic submucosal dissection. *World J Gastrointest Endosc* 2017 October 16; 9(10): 529-534
5. Akamatsu T., Nakamura N., Kawamura Y., Shinji A., Tateiwa N., Ochi Y. Possible relationship between *Helicobacter pylori* infection and cap polyposis of the colon. *Helicobacter*.2004;9(6):651–656.Epub 22/12/2004.
6. Oiya H, Okawa K, Aoki T, Nebiki H, Inoue T. Cap polyposis cured by *Helicobacter pylori* eradication therapy. *J Gastroenterol*. 2002;37(6):463.
7. Suzuki H, Sato M, Akutsu D, Sugiyama H, Sato T, Mizokami Y. A case of cap polyposis remission by betamethasone enema after antibiotics therapy including *Helicobacter pylori* eradication. *J Gastrointest Liver Dis*.2014;23:203–206.
8. Okamoto K, Watanabe T, Komeda Y, Okamoto A, Minaga K, Kamata K, et al. Dysbiosis-associated polyposis of the colon-Cap polyposis. *Front Immunol*. 2018 May 7;9:918.
9. Shimizu K, Koga H, Iida M, Yao T, Hirakawa K, Hoshika K, Mikami Y, Haruma K. Does metronidazole cure cap polyposis by its antiinflammatory actions instead of by its antibiotic action. A case study. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 1465-1468.
11. Gallegos M, Lau C, Bradly DP, Blanco L, Keshavarzian A, Jakate SM. Cap polyposis with protein-losing enteropathy. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2011; 7: 415-420.
12. Bookman ID, Redston MS, Greenberg GR. Successful treatment of cap polyposis with infliximab. *Gastroenterology* 2004; 126:1868-1871.
13. Arimura Y, Isshiki H, Hirayama D, Onodera K, Murakami K, Yamashita K, Shinomura Y. Polypectomy to eradicate cap polyposis with protein-losing enteropathy. *Am J Gastroenterol* 2014; 109: 1689-1691 [PMID: 25287098 DOI: 10.1038/ajg.2014.227].