

Nghiên cứu / Original Research Articles

Nhận xét mối tương quan độ sâu xâm lấn và đặc điểm mạch máu vòng nhú nội biểu mô trong tổn thương ung thư thực quản sớm

The correlation between depth invasion and intrapapillary loop vascular characteristics in early esophageal cancer

TRẦN ĐỨC CẢNH

Khoa Nội soi – Thăm dò chức năng - Bệnh viện K

Abstract

Objective: To evaluate the correlation of between depth invasion and invasion depth and IPCL vascular characteristics in early esophageal cancer. **Materials and method:** This was a Cross-sectional descriptive study on 82 patients with lesions suspected of early esophageal cancer (uttqs), who underwent diagnostic endoscopy and evaluated the vascular structure of the intrapapillary capillary loop (IPCL). Endoscopic submucosal dissection at K hospital. After intervention, the patient was evaluated for the correlation between invasion depth and intrapapillary capillary loop (IPCL) vascular structure through endoscopy before intervention. **Results:** The mean age of the patients was 58.22 ± 6.58 , the mean lesion size was 29.30 ± 15.02 mm. The most common macroscopic are flat type 0IIb (43.8%) and slightly superficially depressed type 0IIc (39%). Lesions of squamous cell carcinoma in situ accounted for mainly 58.5%, esophageal carcinoma invade mucosae was less common (26.8%). The percentage of cases with a negative cross section reaches 93.9%. **Conclusions:** 82 patients had endoscopic features consistent with the results of early esophageal cancer and there was a correlation between the depth of invasion after intervention and the intrapapillary capillary loop (IPCL) vascular structure before intervention.

Keywords: Early oesophagus cancer, endoscopic submucosal dissection (ESD), intrapapillary capillary loop (IPCL).

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét mối tương quan độ sâu xâm lấn và đặc điểm mạch máu vòng nhú nội biểu mô (IPCL) trong tổn thương ung thư thực quản sớm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 82 bệnh nhân có tổn thương ung thư thực quản sớm (UTTQS), được nội soi chẩn đoán và đánh giá cấu trúc mạch máu vòng nhú nội biểu mô (IPCL), bệnh nhân được thực hiện cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện K. Sau can thiệp bệnh nhân được đánh giá mối tương quan giữa độ sâu xâm lấn và cấu trúc mạch máu vòng nhú nội biểu mô (IPCL) qua nội soi trước can thiệp. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $58,22 \pm 6,58$, kích thước tổn thương trung bình là $29,30 \pm 15,02$ mm.

Các típ đại thể hay gặp nhất là típ phẳng dẹt 0-IIb (43,8%) và phẳng lõm 0-IIc (39%). phân loại IPCL theo JES hay gặp nhất là típ B1 chiếm 67,1%. Các tổn thương UTBM vảy tại chỗ chiếm chủ yếu 58,5%, UTBM vảy xâm nhập lớp niêm mạc (pT1a) chiếm 26,8%. Tỷ lệ các trường hợp có diện cắt âm tính đạt: 93,9%. **Kết luận:** 82 bệnh nhân phát hiện các đặc điểm nội soi phù hợp với kết quả ung thư thực quản sớm và có mối tương quan giữa độ sâu xâm lấn sau can thiệp với cấu trúc mạch máu vòng nhú nội biểu mô (IPCL) trước can thiệp.

Từ khóa: Ung thư thực quản sớm, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD), vòng nhú nội biểu mô (IPCL).

I. Đặt vấn đề

Ung thư thực quản (UTTQ) nằm trong 10 loại ung thư phổ biến nhất, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 7 do ung thư ở nam giới trên toàn thế giới [1].UTTQ là bệnh không ít gặp ở Việt Nam [2]. Trong điều trị UTTQ thường phối hợp 3 phương pháp: hóa trị, xạ trị và phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí u, giai đoạn bệnh, thể trạng bệnh nhân, trong đó phẫu thuật cắt thực quản là phương pháp điều trị chủ yếu. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt thực quản cũng đi kèm với nhiều nguy cơ của biến chứng, chất lượng cuộc sống bệnh nhân thấp. Việc tầm soát qua nội soi, cùng với sự phát triển của các kỹ thuật nội soi mới, tỷ lệ phát hiện các tổn thương thực quản bề mặt bao gồm cả ung thư thực quản sớm (UTTQS) ngày càng được cải thiện [3]. Đi kèm với đó là kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (endoscopic submucosal dissection, ESD) được triển khai và áp dụng trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và UTTQS ở nhiều bệnh viện lớn của nước ta, trong đó có Bệnh viện K. Kỹ thuật này đem lại nhiều ưu điểm trong điều trị vì xâm lấn tối thiểu và đảm bảo duy trì chất lượng sống cho bệnh nhân. Hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đặc điểm nội soi của tổn thương UTTQS được điều trị ESD tại Việt Nam vì đây là một phương pháp điều trị khá mới mẻ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Nhận xét mối tương quan độ sâu xâm lấn và đặc

điểm mạch máu IPCL trong tổn thương ung thư thực quản sớm.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương UTTQS giải phẫu mô bệnh học và qua nội soi đánh giá, được điều trị cắt tách dưới niêm mạc (ESD) trên các tổn thương UTTQS từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022 tại Khoa nội soi - thăm dò chức năng và được xét nghiệm tại Trung tâm Giải phẫu bệnh – Sinh học phân tử, Bệnh viện K.

UTTQS là những tổn thương ung thư thực quản còn khu trú ở lớp niêm mạc (T1a) hoặc lớp hạ niêm mạc (T1b) của thực quản

Chẩn đoán xác định UTTQS là chẩn đoán dựa vào giải phẫu mô bệnh học sau can thiệp khi tổn thương còn ở lớp niêm mạc hoặc hạ niêm mạc (pT1)

Trước can thiệp UTTQS được chẩn đoán qua nội soi đánh giá tổn thương, các xét nghiệm khác bao gồm nội soi siêu âm thực quản, CTscanner lồng ngực có thuốc PET/CT khi cần thiết

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Các trường hợp đã nội soi ống mềm chẩn đoán UTTQS

+ Không có di căn hạch vùng trên chụp cắt lớp vi tính.

+ Sinh thiết qua nội soi thực quản có kết quả loạn sản độ cao hoặc ung thư.

+ Mảnh cắt ESD nguyên khối, có tiêu bản lưu trữ, đảm bảo chất lượng chẩn đoán.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp không đầy đủ thông tin như trên hoặc tiêu bản, khối nén bị hỏng, mốc, không đảm bảo chất lượng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

+ Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn thể không xác suất.

+ Cỡ mẫu: 82 trường hợp được chẩn đoán sau điều trị ESD là UTTQS tại Bệnh viện K Tân Triều.

Quy trình nghiên cứu:

+ Hồi cứu kết hợp tiến cứu: hồi cứu bệnh án và tiến cứu các trường hợp được chẩn đoán loạn sản hoặc UTTQS trên mảnh cắt ESD thực quản từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. Ghi nhận thông tin về tuổi, giới, vị trí u, phân loại đại thể trên nội soi, dạng bất thường cấu trúc mạch máu và giải phẫu bệnh.

+ Chẩn đoán xác định sau can thiệp được thực hiện tại trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Bệnh viện K, phân loại mô bệnh học (MBH) theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2019 [4] và Hiệp hội thực quản Nhật Bản [5].

Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập số liệu:

+ Nội soi nhuộm màu với ánh sáng hẹp (NBI) sử dụng bộ lọc chuyên biệt, có chùm tia sáng với dải tần ánh sáng hẹp và độ dài sóng, tăng độ phóng đại giúp nội soi rõ hình ảnh niêm mạc và cấu trúc mạch máu, có thể phát hiện các tổn thương ung thư còn rất sớm.

+ Khi phát hiện điểm bất thường trong quá trình nội soi thực quản, bệnh nhân sẽ được đánh giá kỹ điểm nghi ngờ bằng nhuộm soi ánh sáng xanh (NBI) để tìm ra sự khác biệt về cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt, từ đó định hướng chẩn đoán ung thư trên nội soi, đồng thời đánh giá mức độ xâm lấn và tiến hành sinh thiết để có chẩn

đoán mô bệnh học trước can thiệp.

+ Đặc điểm đại thể: típ 0-I típ lõm, típ 0-IIa phẳng gồ, típ 0-IIb phẳng dẹt, típ 0-IIc phẳng lõm, típ 0-III típ loét theo phân loại Paris

+ Đánh giá vòng nhú nội biểu mô (IPCL) theo phân loại của hiệp hội thực quản Nhật bản (JES) [5].

+ Tất cả mẫu được cố định formalin trung tính 10% và ghim vào bảng xốp để giữ phẳng vật niêm mạc, không bị cuộn các rìa mép. Kích thước của vật niêm mạc và của khối u được ghi lại. Toàn bộ vật niêm mạc được kiểm tra và cắt thành các lát dày 2 mm. Diện cắt xung quanh và diện cắt đáy được đánh dấu bằng mực tàu.

+ Chuyển đúc cắt nhuộm HE thường qui bằng máy.

+ Phân típ MBH của tổn thương dựa theo phân loại WHO năm 2019 [4].

+ Độ mô học đánh giá đối với ung thư biểu mô (UTBM) vảy thực quản theo phân loại WHO 2019 [4].

+ Diện cắt xung quanh và diện cắt đáy được đánh dấu bằng mực màu đen, đánh giá tình trạng diện cắt trên vi thể.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tuân theo các vấn đề đạo đức được thông qua bởi hội đồng y đức bệnh viện.

Xử lý số liệu: Các số liệu xử lý trên phần mềm SPSS 16.0. Các phương pháp thống kê được sử dụng: thống kê mô tả (trung bình, độ lệch chuẩn), test Fishers exact cho các biến định tính và Student t-test cho biến định lượng được sử dụng cho phân tích thống kê. Giá trị $p < 0.05$ được xác định là có ý nghĩa thống kê.

III. Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân

Trong 82 bệnh nhân của nghiên cứu, có 81 bệnh nhân là nam giới (chiếm tỷ lệ 98,78%), có 1 trường hợp là nữ giới. Tuổi trung bình là $58,22 \pm 6,58$ tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 41 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 72 tuổi.

Bảng 1: Vị trí tổn thương thực quản qua nội soi

Vị trí	Tần số	Tỉ lệ (%)
1/3 trên	8	9,8%
1/3 giữa	63	76,8%
1/3 dưới	11	13,4%
Tổng số	82	100%

Đặc điểm đại thể

Về kích thước tổn thương trên đại thể, trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước các tổn

thương trung bình là 29.30 ± 15.02 mm, trường hợp tổn thương nhỏ nhất là 5 mm, lớn nhất là 65 mm.

Bảng 2: Đặc điểm đại thể của tổn thương thực quản

Típ đại thể	Tần số	Tỉ lệ (%)
0-IIa	6	7,3%
0-IIb	44	53,7%
0-IIc	32	39%
Tổng số	82	100%

Nhận xét: Phân loại đại thể theo Paris, trên nội soi hay gặp nhất là típ phẳng dẹt 0-IIb chiếm 53,7%, tiếp theo là típ phẳng lõm 0-IIc (chiếm 39%), ít gặp nhất là típ phẳng lồi 0-IIa chiếm 7,3%.

Đặc điểm trên hình ảnh nội soi ánh sáng xanh với dải tần hẹp (NBI)

Bảng 3: Phân loại IPCL theo JES

IPCL	Tần số	Tỉ lệ (%)
A	13	15,9%
B1	55	67,1%
B2	14	17,1%
Tổng số	82	100%

Nhận xét: Đánh giá trên NBI kết hợp phóng đại, phân loại IPCL theo JES hay gặp nhất là típ B1 chiếm 67,1%.

Đặc điểm MBH các tổn thương tiền ung thư và UTTQS:

Bảng 4: Đặc điểm típ MBH trên các bệnh phẩm sau can thiệp

Típ MBH	Tần số	Tỉ lệ (%)
Loạn sản biểu mô vảy độ cao (pTis)	48	58,5%
UTBM vảy xâm nhập lớp niêm mạc (pT1a)	22	26,8%
UTBM vảy xâm nhập lớp dưới niêm (pT1b)	12	14,6%
Tổng số	82	100%

Nhận xét: UTBM vảy xâm nhập lớp dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ thấp nhất với 12 trường hợp (chiếm 14.6%), cao nhất là loạn sản biểu mô vảy độ cao (UTBM vảy tại chỗ) chiếm 58.5%.

Mối liên hệ giữa đặc điểm nội soi và mô bệnh học

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 34 trường hợp UTBM vảy xâm nhập, phân độ mô học theo

WHO, đa phần các trường hợp là UTBM vảy biệt hóa vừa (độ 2), 30 trường hợp (chiếm 96.8%); chỉ có 1 trường hợp UTBM vảy biệt hóa cao (độ 1), chiếm 3,2%.

Bảng 5: Mối liên hệ giữa đặc điểm đại thể và mô bệnh học sau can thiệp

	Loạn sản độ cao	UTBM vảy xâm nhập	p
0-IIa	2 (33,3%)	4 (66,7%)	p = 0,001
0-IIb	35 (75%)	11 (25%)	
0-IIc	13 (40,6%)	19 (59,4%)	
Tổng	48 (58,5%)	34 (41,5%)	

Bảng 6: Mối liên hệ giữa giải phẫu bệnh và đặc điểm IPCL theo phân loại JES

	Loạn sản độ cao	UTBM vảy xâm nhập	p
A	12 (92,3%)	1 (7,7%)	p = 0,001
B1	35 (63,6%)	20 (36,4%)	
B2	1 (7,1%)	13 (92,9%)	
Tổng	48 (58,5%)	34 (41,5%)	

Nhận xét:

+ Típ phẳng lõm 0-IIc và típ phẳng lồi 0-IIa có tỉ lệ gặp UTBM vảy xâm nhập (59,4% và 66,7%) cao hơn loạn sản độ cao (40,6% và 33,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001.

+ JES típ B2 chỉ có 1 trường hợp là loạn sản (7,1%) và típ A2 chỉ có 1 trường hợp là UTBM vảy xâm nhập (7,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001

Đặc điểm nội soi và tình trạng diện cắt:

Bảng 7: Mối liên quan giữa típ MBH và tình trạng diện cắt

	Không còn u cả hai diện cắt đáy và xung quanh	Ít nhất 1 diện cắt còn u	p
Loạn sản biểu mô vảy độ cao	47 (97,9%)	1 (2,1%)	p = 0,02
UTBM vảy xâm nhập niêm mạc	21 (95,5%)	1 (4,5%)	
UTBM vảy xâm nhập dưới niêm mạc	9 (75%)	3 (25%)	
Tổng	77 (93,9%)	5 (6,1%)	

Nhận xét: Trong 82 trường hợp ESD trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng các trường hợp có cả diện cắt đáy và diện cắt xung quanh không còn u là 77 (chiếm 93,9%). Sự khác biệt về tình trạng diện cắt giữa các típ MBH có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 8: Mối liên quan giữa kích thước tổn thương và tình trạng diện cắt

	Không còn u cả hai diện cắt đáy và xung quanh	Ít nhất 1 diện cắt còn u	p
Kích thước trung bình (mm)	28,6 ± 14,6	40,4 ± 17,9	p = 0,10
Thời gian can thiệp (phút)	45,4 ± 23,5	65 ± 17,3	p = 0,02

Nhận xét:

+ Kích thước U ở nhóm diện cắt dương tính cao hơn âm tính (40,4 và 28,6) tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

+ Thời gian can thiệp kéo dài hơn ở nhóm diện cắt dương tính (65 và 45 phút) có ý nghĩa thống kê $p = 0,02$

IV. Bàn luận**Về đặc điểm lâm sàng bệnh nhân**

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hyung Chul Park và cộng sự năm 2016, các tác giả nghiên cứu trên 225 trường hợp ESD thực quản với tuổi trung bình của bệnh nhân

là: 65 tuổi, nam giới chiếm chủ yếu (tỷ lệ nam : nữ là 21,5:1) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp là nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Hyun Deok Lee và cộng sự năm 2020 trên 70 bệnh nhân ESD thực quản, tuổi trung bình của các bệnh nhân là $66,6 \pm 7,8$ và nam giới chiếm 93,7% [7].

Về đặc điểm đại thể

Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước các tổn thương trung bình là $29,30 \pm 15,02$ mm (tổn thương nhỏ nhất là 5mm, lớn nhất là 65mm). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hyung Chul Park và cộng sự với kích thước tổn thương trung bình trên bệnh phẩm ESD thực quản là 18.8mm (dao động từ 2mm đến 75mm) [6], theo nghiên cứu của Hyun Deok Lee và cộng sự là kích thước trung bình 17mm [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình thái đại thể hay gặp nhất là típ phẳng dẹt 0IIb chiếm 53,7% tiếp đó là típ phẳng lõm 0IIc (chiếm 39%). Nghiên cứu của Mitsuhiro Fujishiro và cộng sự cho thấy hai típ đại thể hay gặp nhất là 0-IIc và 0-IIb (chiếm 60.3% và 34,5%) [8]. Trong nghiên cứu của Alessandro Repici và cộng sự trên 20 trường hợp UTTQS điều trị bằng phương pháp ESD cho thấy típ đại thể 0-IIa chiếm 45% và 0-IIb chiếm 30% là hai típ gặp nhiều nhất [9].

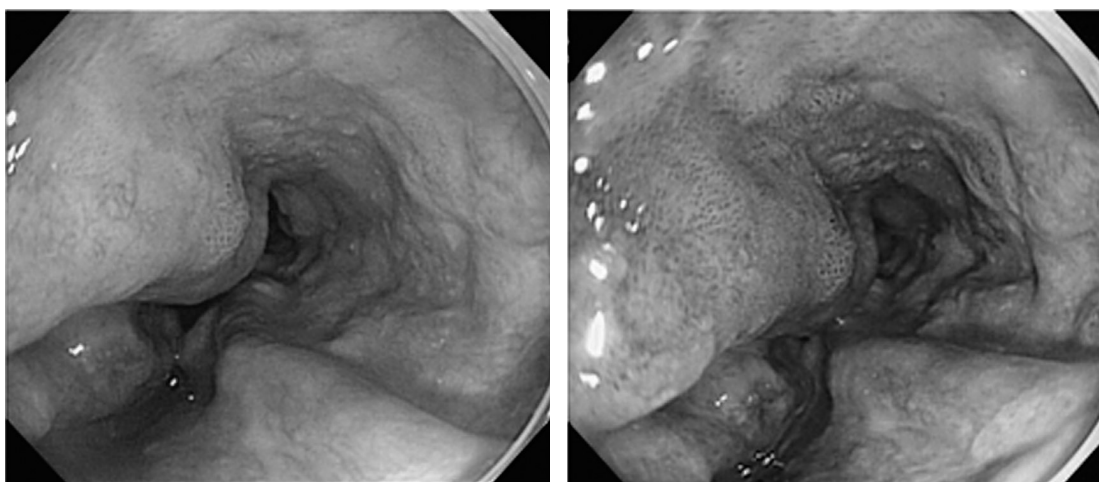
Về đặc điểm trên hình ảnh nội soi ánh sáng xanh với dải tần hẹp NBI

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 55 bệnh bệnh (chiếm 67,1%) có hình ảnh tổn thương vòng nhú nội biểu mô (IPCL) típ B1 theo phân loại của JES. 100% số bệnh nhân thuộc típ này có kết quả giải phẫu bệnh sau can thiệp là UTBM vảy tại chỗ hoặc UTBM vảy xâm nhập. Đây cũng là hình ảnh hay gặp nhất của các tổn thương UTTQS.

JES típ B2 chỉ có 1 trường hợp là loạn sản độ cao (7,1%) và chủ yếu là UTBM vảy xâm nhập và típ A chỉ có 1 trường hợp là UTBM vảy xâm nhập (7,7%) còn lại chủ yếu là loạn sản độ cao (UTBM vảy tại chỗ) sau can thiệp.

Khi phát hiện điểm bất thường trong quá trình nội soi thực quản, bệnh nhân sẽ được đánh giá kĩ điểm nghi ngờ bằng nhuộm soi ánh sáng xanh (NBI) để tìm ra sự khác biệt về cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt, từ đó định hướng chẩn đoán ung thư trên nội soi, đồng thời đánh giá mức độ xâm lấn để định hướng chỉ định điều trị hoặc các thăm dò cụ thể tiếp theo.

Hình ảnh NBI của ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC) trong ống thực quản

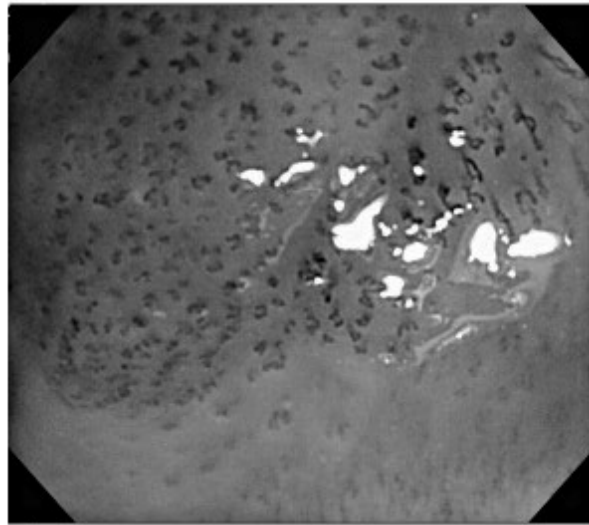


SCC trong ống thực quản xuất hiện vùng nâu trong hình ảnh NBI

Hình 1: Vùng màu nâu trên hình ảnh nội soi NBI

Hình ảnh ung thư thực quản giai đoạn sớm trên nội soi ánh sáng xanh (NBI) là một vùng bất màu nâu, bề mặt có thể phẳng, hơi gồ hoặc lõm nhẹ so với xung quanh. Khi đã phát hiện

điểm nghi ngờ này bệnh nhân sẽ được nội soi NBI phóng đại nhằm phát hiện điểm bất thường về cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt của tổn thương.

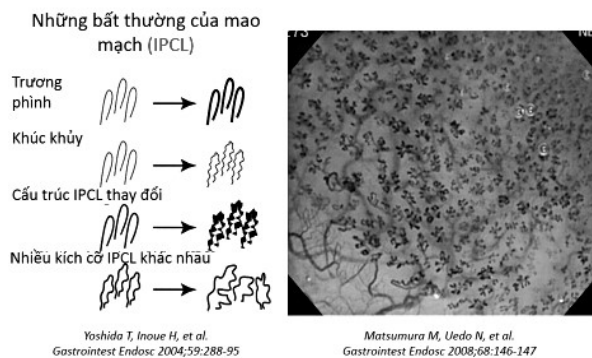


Hình 2: Hình ảnh biểu mô với các mạch máu bất thường

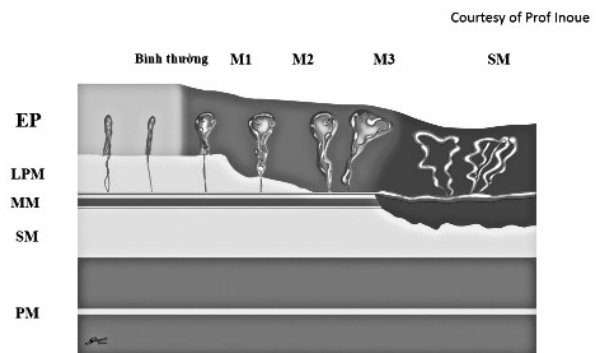
Inoue và cộng sự đã thống kê những dạng biến đổi cấu trúc bất thường của mạch máu như mạch máu trương phình, trở nên khúc khuỷu, cấu trúc vòng như nội biểu mô thay đổi và có nhiều kích cỡ khác nhau[10]. Dựa vào hình

dạng bất thường của mạch máu cũng có thể định hướng được độ sâu xâm lấn của tổn thương từ đó tiên lượng và đưa ra các thăm dò tiếp theo như sinh thiết tổn thương và siêu âm nội soi đánh giá.

Cấu trúc mạch máu



Hình dạng bất thường của mạch máu trong tế bào ung thư



Hình 3: Cấu trúc mạch máu bất thường và độ sâu xâm lấn

Nếu các cấu trúc mao mạch xoắn tổn thương thường còn ở lớp nông của biểu mô (M1) hoặc lớp đệm biểu mô (M2). Khi các mao mạch thẳng, cấu trúc mỏng như nhánh cây thì tổn thương thường đã xâm lấn tới lớp cơ niêm (M3) hoặc lớp nông của phần dưới niêm mạc (SM1). Khi các mao mạch trở nên thẳng và dày, tổn thương thường đã xâm lấn tới phần sâu của lớp dưới niêm mạc (SM2)

Hiện nay có hai phân loại về đánh giá về biến đổi cấu trúc mao mạch và tiên lượng độ sâu xâm lấn trên hình ảnh nội soi ánh sáng xanh NBI đó là phân loại của tác giả Inoue và phân loại của hiệp hội thực quản Nhật Bản (JES). Hai phân loại này có những điểm tương đồng và có thể chuyển đổi cho nhau.

Đơn giản hóa phân loại Inoue			Phân loại JES			Độ sâu của xâm thực
I	Không có khối u		A	Bình thường		
II	Đường biên					
IIIA	Trong niêm mạc	Trương phình/ bất thường xuất hiện trong cấu trúc xoắn 	B1	Xuất hiện bất thường nghiêm trọng ở mao mạch nhỏ.	Mao mạch xoắn 	T1a (trong niêm mạc)
			B2		Mao mạch thẳng 	T1a Lớp cơ hoặc nông T1b (SM1)
IIIB	Lớp dưới niêm	Không phát hiện cấu trúc xoắn 	B3		Mao khách trương phình gấp 3 lần so với B2 	T1b (Xâm lấn sâu trong lớp dưới niêm mạc, SM2)

Hình 4: Phân loại mạch máu của Inoue và JES

Tuy nhiên phân loại của JES là phổ biến và hay được áp dụng trong thực tế thực hành lâm sàng, phân loại này dựa vào sự biến đổi của cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt để tiên lượng độ sâu xâm lấn của tổn thương [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng áp dụng phân loại này.

Mối liên quan giữa mô bệnh học sau can thiệp và hình ảnh nội soi

Kết quả mô bệnh học sau can thiệp của chúng

tôi cho thấy loạn sản biểu mô vảy độ cao hay UTBM vảy tại chỗ chiếm tỷ lệ cao nhất với 48 trường hợp (chiếm 58,5%) tiếp theo là UTBM vảy xâm nhập lớp niêm mạc (pT1a) chiếm 26,8%. Tổng cộng lại tỷ lệ UTBM vảy xâm nhập bao gồm cả lớp niêm mạc và dưới niêm mạc là 41,5%. Kết quả này cũng tương tự như của Hyung Chul Park và cộng sự, với tổn thương UTBM vảy là chủ yếu (73,2 %) [6]. Kết quả của Mitsuhiro

Fujishiro và cộng sự cho thấy tỷ lệ UTBM tại chỗ và xâm nhập chiếm tỷ lệ chủ yếu (69% các trường hợp) [8].

Về hình ảnh đại thể trên nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tip phẳng lõm 0IIc và tip phẳng lồi 0IIa theo phân loại Paris có tỉ lệ gặp UTBM vảy xâm nhập (59,4% và 66,7%) cao hơn loạn sản độ cao (40,6% và 33,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Về cấu trúc mạch máu vòng nhú nội biểu mô (IPCL) theo phân loại JES trong nghiên cứu của chúng tôi tip B2 chỉ có 1 trường hợp là loạn sản (7,1%) và tip A chỉ có 1 trường hợp là UTBM vảy xâm nhập (7,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Đây chính là mối liên quan giữa cấu trúc mạch máu và độ sâu xâm lấn của các tổn thương UTTQS, điều này cho thấy cấu trúc mạch máu biến đổi càng nhiều so với cấu trúc mạch máu bình thường thì tỉ độ sâu xâm lấn càng lớn.

Đánh giá tình trạng diện cắt, một trong những yếu tố quan trọng trong đánh giá mức độ triệt căn của mảnh cắt ESD. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các trường hợp có cả diện cắt đáy và diện cắt xung quanh không còn u chiếm tỷ lệ cao, 93,9% (82 trường hợp), chỉ có 5 trường hợp trong nghiên cứu có ít nhất một trong hai diện cắt còn u đều là UTBM vảy, mối liên quan giữa tình trạng diện cắt với tip MBH có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Mitsuhiro Fujishiro và cộng sự, tỷ lệ các trường hợp diện cắt âm tính khi điều trị các tổn thương thực quản bằng kỹ thuật ESD là 78% [8], trong nghiên cứu của Hyun Deok Lee và cộng sự là 82,5% [7]. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

V. Kết luận

Từ các kết quả nghiên cứu trên chúng tôi rút ra một số kết luận về đặc điểm giải phẫu bệnh của các tổn thương tiền ung thư và UTTQS trên bệnh phẩm ESD như sau:

- Kích thước tổn thương trung bình là $29,30 \pm 15,02$ mm. Các tip đại thể hay gặp nhất là tip phẳng dẹt 0-IIb (53,7%) và phẳng lõm 0-IIc

(39%). Phân loại IPCL theo JES hay gặp nhất là tip B1 chiếm 67,1%. Tổn thương UTBM vảy tại chỗ chiếm chủ yếu 58,5 %, UTBM vảy xâm nhập lớp niêm mạc (pT1a) chiếm 26,8%

- Có mối liên quan mật thiết giữa độ sâu xâm lấn sau can thiệp và cấu trúc mạch máu vòng nhú nội biểu mô (IPCL), với IPCL càng thấp thì tổn thương UTTQS tại chỗ chiếm tỉ càng cao với $p = 0,001$.

VI. Khuyến nghị

Nội soi đánh giá bất thường cấu trúc mạch máu (IPCL) giúp phát hiện các tổn thương thực quản sớm, đồng thời đánh giá tốt độ sâu xâm lấn của tổn thương nhằm chỉ định cắt tách niêm mạc qua nội soi (ESD). Chúng tôi đề xuất kỹ thuật nội soi đánh giá này cùng kỹ thuật (ESD) nên được áp dụng nhiều hơn nữa ở nước ta trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và UTTQS.

Tài liệu tham khảo

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014;64:9-29.
2. Nguyễn Chấn Hùng, Phó Đức Mẫn, Cung Thị Tuyết Anh, et al (1993). Dịch tễ học ung thư hiện nay tại thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh phía Nam Việt Nam. *Y học thực hành*, 11, 31 - 37.
3. Kumagai Y, Monma K, Kawada K. Magnifying chromoendoscopy of the esophagus: in- vivo pathological diagnosis using an endocytoscopy system. *Endoscopy* 2004;36:590- 594.
4. WHO Classification of Tumors. Digestive System Tumours (2019), 5th Edition.
5. Japan Esophageal Society (2017). Japanese Classification of Esophageal Cancer, 11th Edition: part I.
6. Hyung Chul Park , Do Hoon Kim , Eun Jeong Gong et al. Ten-year experience of esophageal endoscopic submucosal dissection of superficial esophageal neoplasms in a single center. *Korean J Intern Med* 2016;31:1064-1072.
7. Hyun Deok Lee, Hyunsoo Chung , Yoonjin Kwak et al. Endoscopic Submucosal Dissection Versus Surgery for Superficial Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Propensity Score-Matched

- Survival Analysis. Clin Transl Gastroenterol 2020 Jul;11(7).
8. Mitsuhiro Fujishiro, Naohisa Yahagi, Naomi Kakushima et al. Endoscopic submucosal dissection of esophageal squamous cell neoplasms. Clin Gastroenterol Hepatol 2006 Jun;4(6):688-94.
 9. Alessandro Repici, Cesare Hassan, Alessandra Carlino et al. Endoscopic submucosal dissection in patients with early esophageal squamous cell carcinoma: results from a prospective Western series. Gastrointest Endosc 2010 Apr;71(4):715-21.
 10. Inoue H, Endo M. Endoscopic esophageal mucosal resection using a transparent tube. Surg Endosc.1990;4:198–201