

Đánh giá hiệu quả và an toàn của kỹ thuật cắt không dùng nhiệt polyp đại trực tràng có kích thước dưới 15 mm qua nội

Efficacy and safety of cold snare polypectomy for colorectal polyps smaller than 15 mm in size

TRẦN THANH BÌNH, PHẠM HỮU TÙNG, ĐỖ MINH HÙNG, NGUYỄN PHƯỚC LÂM, HỒ THỊ BÍCH THỦY, HOÀNG LẠC LONG

Đơn vị Nội soi - Trung tâm Nội soi & Phẫu thuật Nội soi Tiêu hoá- Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Abstract

Background: Colorectal cancer is one of the most common cancers, accounting for the fifth highest incidence rate in Vietnam. Colonoscopic polyp detection and removal are associated with reduction in the incidence and mortality of colorectal cancer. Polypectomy can be performed using electrocautery or non-electrocautery known as cold snare polypectomy (CSP). Many studies and reports have worldwide shown that CSP is highly effective because of its ability to remove the small polyps with a safe margin as well as less complications due to side effects of thermal technique such as post polypectomy delayed bleeding, perforation, and abdominal pain syndrome. Recently, several studies have shown that CSP is also safe in the treatment of polyps less than 15 mm in size. This study aims to evaluate the effectiveness and safety of the CSP. at the Endoscopy Unit of the Center for Endoscopy and Laparoscopic Surgery, Tam Anh General Hospital in Ho Chi Minh City on the following patients who come for examination and health check for colorectal polyps smaller than 15 mm in size, at... **Detail aims:** 1. To evaluate the polyp enbloc and complete resection rates of CSP based on endoscopic and histopathological results. 2. To evaluate the post polypectomy complications such as immediate bleeding, early bleeding, delayed bleeding, and colorectal perforation of CSP. **Materials and methods:** a prospective non-controlled study in which 794 patients with 877 polyps were removed by CSP at the Endoscopy Unit, Tam Anh General Hospital in Ho Chi Minh City from May 2022 to October 2022. **Results:** The overall enbloc resection rate and complete resection rate by CSP were 97,9% and 95,9%, respectively. The non-enbloc resection rate in the group of polyps 10-15 mm in size was significantly higher than that in the polyp group from 4 - 9 mm (9,2% vs 1%, $p < 0,05$). The rate of immediate bleeding after polypectomy was 2,5% and no cases of early bleeding, delayed bleeding or colorectal perforation were found. The immediate bleeding rate in the group of sessile polyps mostly accounted (59,1%). **Conclusions:** Cold snare polypectomy was an effective and safe technique for removing colorectal polyps ≤ 15 mm with high enbloc and complete resection rate with low complications in which post polypectomy immediate bleeding was related to sessile polyps. Endoscopic non-enbloc resection rate was related to the polyps from 10 -15 mm in size.

Keywords: Cold snare polypectomy, small colorectal polyps, colorectal polyps ≤ 15 mm.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng là một trong những ung thư thường gặp, có tỉ lệ mắc mới xếp thứ 5 tại Việt Nam. Phát hiện và cắt bỏ polyp qua nội soi đại trực tràng làm giảm tỉ lệ mắc và tử vong do ung thư đại trực tràng. Cắt polyp qua nội soi có thể được thực hiện bằng kĩ thuật cắt có dùng nhiệt và không dùng nhiệt hay còn gọi là cắt polyp bằng thông lọng lạnh. (CSP, Cold Snare Polypectomy). Nhiều nghiên cứu và báo cáo trên thế giới cho thấy cắt polyp bằng thông lọng lạnh có hiệu quả cao vì khả năng cắt trọn polyp với bờ an toàn cao các polyp <10 mm, bên cạnh đó còn hạn chế các biến chứng do tác dụng phụ của nhiệt gây ra như chảy máu muộn, thủng và hội chứng đau bụng sau cắt polyp. Gần đây nhiều nghiên cứu cho thấy cắt polyp bằng thông lọng lạnh cũng khá an toàn trong cắt bỏ các polyp có kích thước dưới 15 mm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính hiệu quả và tính an toàn của phương pháp cắt polyp bằng thông lọng lạnh tại Đơn vị Nội soi thuộc Trung tâm Nội soi và Phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Tp Hồ Chí Minh trên những bệnh nhân đến khám và kiểm tra sức khỏe bằng nội soi đại trực tràng có các polyp kích thước dưới 15 mm. **Mục tiêu cụ thể:** 1. Đánh giá tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi và cắt trọn polyp đại tràng trên giải phẫu bệnh của kĩ thuật cắt polyp bằng thông lọng lạnh. 2. Đánh giá tỉ lệ biến chứng chảy máu tức thì, chảy máu sớm, chảy máu muộn và thủng đại tràng của kĩ thuật cắt polyp không dùng nhiệt qua nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, tiến cứu trên 793 bệnh nhân với 877 polyp được cắt bằng thông lọng lạnh tại Đơn vị Nội soi- Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Tp. Hồ Chí Minh từ tháng 05/2022-10/2022. **Kết quả:** Tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi và cắt trọn polyp đại tràng trên giải phẫu bệnh bằng kĩ thuật cắt polyp bằng thông lọng lạnh lần lượt là 97,9% và 95,9%. Tỉ lệ cắt không nguyên khối trên nội soi ở nhóm polyp kích thước 10 -15 mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm polyp từ 4 - 9 mm (9,2% vs 1%, $p < 0,05$). Tỉ lệ chảy máu tức thì sau cắt là 2,5%, không có trường hợp nào xuất hiện biến chứng chảy máu sớm, chảy máu muộn hay thủng đại tràng sau cắt được ghi nhận. Tỉ lệ chảy máu tức thì trong nhóm polyp không cuống chiếm đa số (59,1%). **Kết luận:** Cắt không dùng nhiệt polyp đại tràng qua nội soi là kĩ thuật hiệu quả và an toàn với tỉ lệ cắt trọn cao, tỉ lệ biến chứng thấp trong đó chảy máu tức thì sau cắt có liên quan đến polyp có không cuống. Tỉ lệ cắt không nguyên khối trên nội soi có liên quan đến polyp kích thước từ 10 -15 mm.

Từ khoá: Cắt polyp không dùng nhiệt, cắt lạnh polyp, polyp nhỏ đại tràng, polyp đại tràng có kích thước dưới 15 mm.

I. Tổng quan

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) vẫn là ung thư phổ biến xếp hàng thứ 3 trên thế giới, và thứ 5 tại Việt Nam [1]. Nội soi đại trực tràng (NSĐTT) phát hiện các polyp đại trực tràng và cắt bỏ chúng được báo cáo làm giảm tỉ lệ mắc và tử vong do UTĐTT[2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 80% các polyp đại trực tràng được phát hiện và cắt bỏ qua nội soi có kích thước <10 mm [3]. Trước đây, cắt polyp bằng phương pháp

dùng nhiệt được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên, biến chứng chảy máu muộn và thủng của phương pháp này có thể xảy ra do nhiệt làm tổn thương các mạch máu ở lớp dưới niêm mạc cũng như gây bỏng thành của đại tràng [4]. Gần đây, cắt polyp bằng phương pháp không dùng nhiệt hay còn gọi là cắt polyp bằng thông lọng lạnh (CSP, cold snare polypectomy) trở nên phổ biến vì tính an toàn và hiệu quả. Ưu thế của cắt polyp bằng thông lọng lạnh là hạn chế được các tổn thương

lớp dưới niêm mạc hay thành đại tràng do nhiệt gây ra [5]. Hiện nay, cắt polyp bằng thông lọng lạnh đã được Hội Tiêu hóa Nhật Bản, Hội nội soi Châu Âu, Hiệp Hội đa ngành nghề của Mỹ khuyến cáo thực hiện trên các polyp nhỏ dưới 10 mm [4].

Cho đến nay, Việt Nam có vài nghiên cứu về tính hiệu quả và an toàn của cắt polyp bằng thông lọng lạnh trên các polyp nhỏ dưới 10 mm [6]. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy rằng, cắt bỏ các polyp có kích thước lớn hơn 10 mm bằng cắt polyp bằng thông lọng lạnh cũng khá an toàn [7, 8]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá về tính hiệu quả và an toàn của cắt polyp bằng thông lọng lạnh qua nội soi trên các polyp có kích thước từ 4 mm đến 15 mm.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân có chỉ định NSĐTT cắt polyp với kích thước polyp từ 4-15 mm tại Đơn vị Nội Soi-Bệnh Viện Tâm Anh TP.HCM sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân có chỉ định NSĐTT và có polyp kích thước từ 4-15 mm.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý huyết học, hoặc bệnh lý khác gây rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân có nhiều polyp (>3 polyp) hay đa polyp đại trực tràng hoặc xuất huyết tiêu hóa.
- Bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống đông máu (kháng kết tập tiểu cầu, kháng đông...).
- Bệnh nhân có chống chỉ định chung cho NSĐTT như:

- + Bệnh lý nội khoa nặng: nhồi máu cơ tim cấp, suy tim nặng, suy hô hấp cấp, choáng.

- + Thủng đại tràng, mới phẫu thuật đại tràng, viêm túi thừa cấp.

- Polyp có phân loại JNET tít 2b và tít 3.
- Polyp dạng lõm (Paris 0-IIc hoặc 0-III).
- Polyp có cuống với đường kính cuống > 2,3 mm (tương đương đường kính vỏ nhựa catheter

của thông lọng) vì có khả năng xuất huyết cao.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh của nghiên cứu sẽ được can thiệp, theo dõi và thu thập số liệu bằng bảng thu thập.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Tiến hành giải thích phương pháp cắt polyp không dùng nhiệt qua nội soi trước khi bệnh nhân được NSĐTT. Sau khi bệnh nhân đồng ý, ký tên xác nhận. Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh, tiến hành thu nhập thông tin bệnh nhân theo mẫu sẵn có: họ và tên, tuổi, giới tính. Trong quá trình NSĐTT ghi nhận:

- Số lượng polyp được phát hiện.

- Vị trí polyp: trực tràng, đại tràng sigma, đại tràng xuống, đại tràng góc lách, đại tràng ngang, đại tràng góc gan, đại tràng lên và manh tràng.

- Kích thước polyp: tính theo milimet (mm).

- Hình dạng đại thể polyp: Theo phân loại Paris [9]

- + Dạng 0-I: polyp có cuống (0-Ip), polyp cuống ngắn (0-Isp), không cuống (0-Is) (polyp cuống lớn, cuống dài, đường kính > 2,3 mm không nằm trong tiêu chuẩn chọn bệnh).

- + Dạng 0-II: polyp dẹt hay hơi nhô cao (0-IIa), polyp phẳng (0-IIb).

- Đặc điểm polyp: theo Phân loại NICE và JNET [10]

- + NICE 1, JNET I: polyp tăng sản hay u tuyến răng cưa.

- + JNET IIa: polyp tuyến nghịch sản nhẹ lành tính.

Trong và sau cắt polyp ghi nhận:

- Cắt nguyên khối polyp: cắt hết polyp thành một mảnh trên nội soi.

- Cắt tron polyp trên giải phẫu bệnh: bờ an toàn, không còn mô u.

- Biến chứng:

- + Chảy máu tức thì: vẫn chảy máu sau cắt polyp 60 giây.

- + Chảy máu sớm: chảy máu trong vòng 48h sau cắt polyp.

+ Chảy máu muôn: chảy máu từ giờ 48h đến 2 tuần sau cắt polyp.

+ Thủng.

+ Hội chứng sau cắt polyp: xuất hiện triệu chứng như đau bụng, sốt nhưng không có hơi trong ổ bụng sau cắt polyp.

Phương tiện kỹ thuật

Phương tiện:

- Hệ thống nội soi đại tràng Fuji 7000 ELUXEO, Olympus EVIS- X1 (CV 1500)

- Thông lộng chuyên dụng hình bầu dục và hình tròn. Kích thước 10 mm và 15 mm với thông lộng làm bằng sợi đơn, mỏng.

Kỹ thuật [2]: (Hình minh họa)

- Thì chuẩn bị: bệnh nhân được chuẩn bị đại tràng giống như nội soi đại tràng thường qui.

- Thì nội soi: phát hiện polyp và đánh giá bằng nội soi nhuộm màu điện tử (NBI, BLI), có hay không có phóng đại để xác định các polyp nằm trong tiêu chuẩn chọn bệnh hoặc loại trừ.

- Thì định vị polyp: điều chỉnh ống soi sao cho

polyp về vị trí 5 - 6h là tốt nhất.

- Thì cắt polyp: đưa thông lộng vào qua kênh thủ thuật, mở thông lộng sao cho thông lộng bao quanh polyp, giữ thông lộng tì nhẹ vào phần mô xung quanh polyp bằng cách “down” nhẹ máy soi đồng thời đẩy nhẹ thông lộng áp vào thành đại tràng. Điều chỉnh để thông lộng sao cho phải cắt được phần niêm mạc lành cách chân polyp khoảng 1-2 mm trở lên. Động tác siết thông lộng (bắt polyp) được thực hiện chậm để đảm bảo polyp không lọt ra ngoài. Động tác cắt polyp (đóng thông lộng) được thực hiện nhanh và không kéo polyp về phía đầu ống nội soi. Tránh hút hơi nhiều khi cắt vì có thể làm chệch hướng và bắt nhiều mô dưới niêm mạc vào thông lộng.

- Thì lấy mẫu: polyp được hút ra qua kênh sinh thiết một cách nhẹ nhàng để tránh làm nát mẫu, sau đó được cố định trong dung dịch Formone 10% và được gửi làm xét nghiệm mô bệnh học.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm của nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

		n	%
Giới tính	Nam	484	61
	Nữ	309	39
	Tổng cộng	793	100
Tuổi trung bình		57,32 ± 11,38	(Nhỏ nhất: 23 tuổi; lớn nhất: 91 tuổi)
Nhóm tuổi	21 - 49	209	23,8
	≥ 50 - 91	668	76,2

Tổng cộng có 793 bệnh nhân, nam chiếm tỉ lệ 61,0% (484/793); nữ chiếm tỉ lệ 39,0%. Tuổi trung bình 57,32 ± 11,38. Nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 91 tuổi.

Đặc điểm của polyp**Số lượng và kích thước của polyp**

Bảng 2: Số lượng và kích thước của polyp

Tổng số bệnh nhân		793
Tổng số polyp		877
Kích thước polyp		4 – 15 mm
Kích thước trung bình polyp		$6,8 \pm 1,93$ mm
Nhóm polyp 4-9 mm	Tổng số Polyp	768 (87,6%)
	Kích thước trung bình	$6,1 \pm 1,15$ mm
Nhóm polyp 10 -15 mm	Tổng số Polyp	109 (12,4%)
	Kích thước trung bình	$10,8 \pm 1,39$ mm

Tổng cộng có 877 polyp đại trực tràng được phát hiện từ 793 bệnh nhân đã được cắt bằng phương pháp không dùng nhiệt. Các polyp có kích thước từ 4 mm đến 15 mm, kích thước trung bình là $6,8 \pm 1,93$ mm, trong đó polyp có kích thước từ 4 - 9 mm chiếm 87,6%, polyp từ 10 – 15 mm chiếm 12,4%.

Vị trí polyp

Bảng 3: Vị trí polyp

Vị trí	n	%
Trực tràng	83	9,5
Đại tràng sigma	271	30,9
Đại tràng xuống	123	14,0
Đại tràng góc lách	27	3,1
Đại tràng ngang	125	14,3
Đại tràng góc gan	96	10,9
Đại tràng lên	114	13,0
Manh tràng	38	4,3
Tổng cộng	877	100

Đại tràng bên trái (gồm trực tràng, đại tràng sigma – đại tràng xuống – đại tràng góc lách) chiếm 57,5%. Trong đó, đa số polyp phát hiện được ở đại tràng sigma (đại tràng chậu hông) 30,9%, kể đến là đại tràng ngang chiếm 14,3%.

Phân loại đại thể của polyp (theo phân loại Paris)

Bảng 4: Phân loại đại thể của polyp

Paris	n	%
0-IIa	343	39,1
0-IIb	28	3,2
0-Ip	3	0,3
0-Isp	63	7,2
0-Is	440	50,2
Tổng cộng	877	100

Về mặt đại thể, polyp thuộc nhóm không cuống (0-Is) chiếm nhiều nhất (50,2%), polyp hơi nhô cao hay polyp dẹt (0-IIa) đứng thứ hai (39,1%). Polyp có cuống (0-Ip) chiếm ít nhất (0,3%).

Phân loại polyp trên nội soi (JNET)

Bảng 5: Phân loại polyp trên nội soi

Phân loại nội soi	n	%
JNET 1	244	27,8
JNET 2a	604	68,9
NICE 1	6	0,7
NICE 2	23	2,6
Tổng cộng	877	100

Polyp được xếp loại JNET 2a và NICE 2 (u tuyến ống nghịch sản nhẹ lành tính) chiếm nhiều nhất 71,5%; JNET 1 và NICE 1 chiếm 28,5%.

Kết quả sau cắt polyp

Tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi và tỉ lệ cắt hoàn toàn trên giải phẫu bệnh

Bảng 6: Tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi và tỉ lệ cắt hoàn toàn trên giải phẫu bệnh

	Diện cắt	n	%
Trên nội soi	Cắt nguyên khối	877	97,9
	Không cắt hết nguyên khối	18	2,1
Trên giải phẫu bệnh	Cắt với bờ an toàn (hết tổn thương)	841	95,9
	Khó đánh giá (không xác định được bờ)	36	4,1

Về mặt nội soi, có 97,9% (859/877) polyp được cắt nguyên khối; 2,1% (18/877) polyp không cắt được nguyên khối. Cả 18 trường hợp này đều được cắt bổ sung để lấy hết mô polyp còn sót lại. Trên giải phẫu bệnh, tỉ lệ cắt hết polyp với bờ an toàn là 95,9%, trong đó 36 polyp chiếm 4,1% trường hợp khó đánh giá được bờ bao gồm cả các trường hợp cắt được nguyên khối hay không nguyên khối trên nội soi.

Phân loại polyp dựa trên kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 7: Phân loại trên giải phẫu bệnh

Phân loại giải phẫu bệnh	n	%
U tuyến ống nghịch sản độ thấp	709	80,8
U tuyến ống nghịch sản độ cao	2	0,2
U tuyến ống nhánh nghịch sản độ thấp	16	1,8
U tuyến ống nhánh nghịch sản độ cao	1	0,1
U tế bào tuyến răng cưa	12	1,4
Polyp tăng sản	137	15,6
Tổng cộng	877	100,0

U tuyến ống nghịch sản sản chiếm nhiều nhất 80,8%; polyp tăng sản chiếm 15,6%; u tuyến có nghịch sản cao chiếm ít nhất (0,3%).

Mối liên hệ giữa diện cắt trên nội soi, giải phẫu bệnh và nhóm kích thước polyp

Bảng 8: Mối liên hệ giữa diện cắt trên nội soi và kích thước polyp

Diện cắt \ Kích thước		4 - 9 mm	10 -15 mm	Tổng cộng (4 - 15 mm)
Nội soi	Cắt nguyên khối	760 (99%)	99 (90,8%)	859 (97,9%)
	Cắt không nguyên khối	8 (1%)	10 (9,2%)	18 (2,1%)
Giải phẫu bệnh	Cắt hoàn toàn	745(97%)	96(88,1%)	841(95,9%)
	Khó đánh giá	23(3%)	13(11,9%)	36(4,1%)

Tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi ở nhóm polyp có kích thước từ 4 - 9 mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm kích thước từ 10 - 15 mm (99% vs 90,8%, $p < 0,05$). Tỉ lệ cắt hoàn toàn trên giải phẫu bệnh ở nhóm polyp 4 - 9 mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có kích thước 10 -15 mm (97% vs 88,1%, $p < 0,05\%$).

Mối liên hệ giữa diện cắt trên nội soi và trên giải phẫu bệnh

Bảng 9: Mối liên hệ giữa diện cắt trên nội soi và trên giải phẫu bệnh

Diện cắt trên giải phẫu bệnh \ Diện cắt trên nội soi	Cắt hoàn toàn	Khó đánh giá	Tổng cộng
Cắt nguyên khối	833 (97%)	26 (3%)	859 (100%)
Không cắt nguyên khối	8 (44,4%)	10 (55,6%)	18 (100%)
Tổng cộng	841 (95,9%)	36 (4,1%)	877 (100%)

Trong nhóm cắt nguyên khối, có 26 trường hợp cho kết quả khó đánh giá trên giải phẫu bệnh (3%, 26/833). Ngược lại, trong nhóm cắt không nguyên khối trên nội soi, 44,4% (8/18) trường hợp cho tỉ lệ cắt hoàn toàn trên giải phẫu bệnh.

Biến chứng

Bảng 10: Biến chứng sau cắt polyp

Biến chứng		n	%
Chảy máu tức thì	Có	22	2,5
	Không	855	97,5
Chảy máu muộn	Có	0	0,0
	Không	877	100,0
Thủng	Có	0	0,0
	Không	877	100,0
Hội chứng sau cắt polyp	Có	0	0,0
	Không	877	100,0

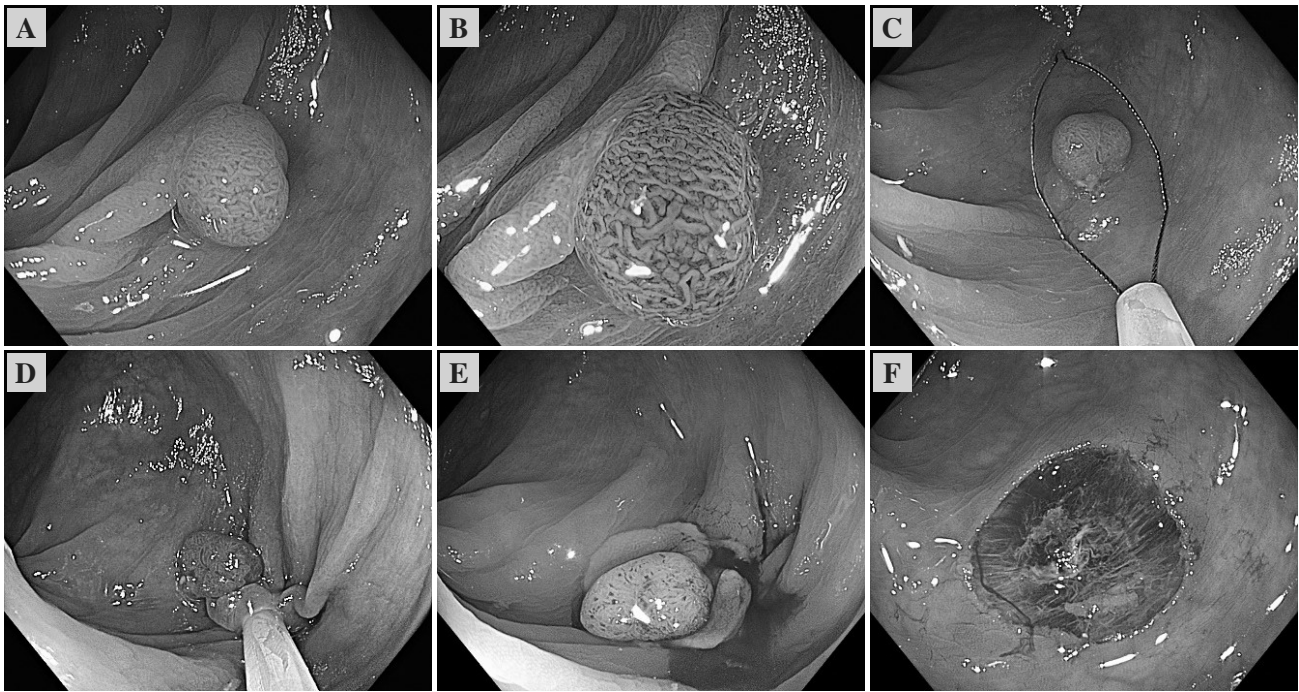
Chảy máu tức thì chiếm 2,5% (22/877). Tất cả các trường hợp này đều được kẹp clip cầm máu an toàn. Không có trường hợp nào xuất hiện biến chứng chảy máu muộn, thủng hay hội chứng sau cắt polyp.

Mối liên hệ giữa chảy máu tức thì và phân loại đại thể trên nội soi

Bảng 11: Mối liên hệ giữa chảy máu tức thì và phân loại đại thể trên nội soi

Phân loại trên nội soi	0-IIA	0-IIB	0-IP	0-Isp	0-Is	Tổng cộng
Chảy máu tức thì						
Có	6 (27,3%)	2 (9,1%)	0 (0%)	1 (4,5%)	13 (59,1%)	22 (100%)
Không	337 (39,4%)	26 (3%)	3 (0,4%)	62 (7,3%)	427 (49,9%)	855 (100%)
Tổng cộng	343 (39,1%)	28 (3,2%)	3 (0,3%)	63 (7,2%)	440 (50,2%)	877 (100%)

Trong nhóm có chảy máu tức thì, phân loại 0-Is chiếm tỉ lệ cao nhất (59,1%, 13/22) so với các phân loại khác mặc dù không đạt được ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Hình minh họa: Kỹ thuật cắt polyp không dùng nhiệt một trường hợp lâm sàng.

IV. Bàn luận

NSĐTT là phương tiện duy nhất cho chiến lược phát hiện sớm và cắt bỏ các polyp đại trực tràng. Đây được xem là phương pháp tốt nhất để làm giảm tỉ lệ mắc và tử vong do UTĐTT [2, 4]. Trước đây, cắt polyp được thực hiện chủ yếu bằng đốt điện, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng của nó như chảy máu muộn và thủng đã phần nào gây ra nhiều mối lo ngại cho phương pháp này [4]. Việc ra đời của phương pháp cắt polyp bằng thông lọng lạnh được xem là cuộc cách mạng trong việc loại bỏ các polyp nhỏ ở đại trực tràng góp phần làm giảm tỉ lệ mắc và tử vong do UTĐTT trong tương lai [2, 4]. Lợi điểm của cắt polyp bằng thông lọng lạnh là ít gây chảy máu, nếu có thường chỉ chảy máu lượng ít và tự giới hạn hay nếu chảy máu tức thì xảy ra việc can thiệp cầm máu ngay trong thủ thuật sẽ ngăn ngừa chảy máu muộn sau đó. Đặc biệt, thủng đại tràng gần như không xảy ra với cắt polyp bằng thông lọng lạnh

[2, 11]. Ngoài ra, bên cạnh việc áp dụng an toàn với các polyp <10 mm, cắt polyp bằng thông lọng lạnh còn cho thấy khá an toàn với các polyp kích thước ≤ 15 mm [7, 8]. Trong nghiên cứu ngày chúng tôi đã tiến hành sử dụng cắt polyp bằng thông lọng lạnh trên các polyp có kích thước ≤ 15 mm.

Nghiên cứu của chúng tôi có 877 polyp được phát hiện và cắt bỏ từ 793 bệnh nhân, nam chiếm 61% (484/793) và nữ chiếm 39% (309/793). Độ tuổi trung bình là $57,3 \pm 11,3$; nhóm tuổi ≥ 50 chiếm đa số (76,2%) (Bảng 1). Số liệu của chúng tôi này cho thấy, một bệnh nhân có thể có nhiều polyp và tần suất bệnh nhân nam tuổi từ 50 trở lên sẽ có polyp đại trực tràng cao hơn so với nữ hay người trẻ tuổi, điều này tương ứng với tỉ lệ UTĐTT hay gặp ở nam trung niên trở lên [1]. Từ kết quả này giúp chúng ta chú ý hơn vào các đối tượng nguy cơ và từ đó làm giảm tỉ lệ bỏ sót các polyp hơn trong thực hành lâm sàng.

Kích thước trung bình của polyp trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,8 \pm 1,93$ mm. Nếu chỉ tính riêng nhóm polyp từ 4-9 mm, kích thước trung bình polyp là $6,1 \pm 1,9$ mm. Kết quả của chúng tôi lớn hơn so với kết quả của tác giả Lê Minh Tâm ($4,83 \pm 1,232$ mm), nhưng gần tương tự với kích thước của Asuyuki Ichise và cộng sự ($5,7 \pm 4$ mm) [6, 12]. Đa phần polyp trong nghiên cứu này có kích thước từ 4- 9mm (87,6%), polyp có kích thước từ 10 -15 mm chỉ chiếm 12,4% (Bảng 2). Điều này cũng tương tự với các nghiên cứu trên thế giới khi thấy rằng có đến 80% polyp quan sát được trong nội soi là polyp <10 mm [3].

Về vị trí phát hiện polyp, phần lớn polyp nằm ở phần đại tràng bên trái (57,5%), kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu trên thế giới và có thể giải thích phần nào rằng UTĐTT ưu thế ở đại tràng trái. Như vậy, cùng với các yếu tố như đã đề cập phía trên, khi nội soi đại tràng chúng ta cần chú ý hơn vị trí polyp ở đại tràng phía bên trái, đặc biệt là đại tràng sigma hay xoắn vặn, gấp góc nhưng có tỉ lệ polyp cao nhất và đây cũng là vị trí dễ bỏ sót nhất (Bảng 3).

Mặc dù đa phần polyp được phát hiện trong nghiên cứu này thuộc phân loại polyp không cuống (0-Is, 50,2%) thường tương đối dễ để phát hiện, nhưng polyp dạng hơi nhô cao hay polyp dẹt (0-IIa) vốn là dạng polyp khó phát hiện hơn chiếm tỉ lệ cũng khá cao (39,1%). Một điều may mắn hơn là tỉ lệ polyp dạng phẳng (0-IIb) chiếm tương đối thấp (3,2%) (Bảng 4). Đây là dạng dễ bỏ sót nhất do polyp nằm lẩn vào bề mặt niêm mạc hay sau các nếp gấp. Như vậy, để tăng tỉ lệ phát hiện các polyp, đại tràng cần phải được chuẩn bị sạch, thời gian nội soi phải đủ, và quan sát phải thật kỹ càng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ chung của cắt nguyên khối polyp trên nội soi đạt 97,9% (859/877). Có 2,1% (18/877) các trường hợp không cắt nguyên khối và tất cả đều được cắt thêm bằng thông lòng từ một đến hai lần bổ sung. Tỉ lệ cắt nguyên khối riêng ở nhóm kích thước 4-9 mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm

polyp 10 - 15 mm (99% vs 90,5%, $p < 0,05$). Vì vậy nên chọn thông lòng và điều chỉnh đóng mở một cách hợp lý khi cắt các trường hợp polyp lớn để tránh cắt không hết polyp một lần. Trong 18 trường hợp cắt không nguyên khối, có 44,4% (8/18) trường hợp kết quả giải phẫu bệnh cho kết quả đã cắt hết mô polyp. Như vậy, mặc dù cắt với nhiều mảnh, nhưng nếu chúng ta lấy hết các mảnh cắt đi đọc tế bào và ghi chú cụ thể tình trạng cắt thì có đến gần phân nửa các trường hợp này có thể xác định được độ an toàn sau cắt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng kết quả giải phẫu bệnh như là tiêu chuẩn vàng để đánh giá mức độ an toàn sau cắt polyp không dùng nhiệt. Tổng cộng có 95,9% (841/877) trường hợp cắt hoàn toàn và 4,1% (36/877) trường hợp khó đánh giá được độ an toàn. Tỉ lệ cắt an toàn trên giải phẫu bệnh ở nhóm polyp kích thước 4 - 9 mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm 10 - 15mm (97% vs 88,1%, $p < 0,05$). Như vậy, từ kết quả này chúng tôi thấy rằng tỉ lệ cắt trọn và cắt an toàn hết polyp trên nhóm polyp kích thước 10 - 15 mm cũng khá cao, tuy nhiên, với kích thước càng nhỏ tỉ lệ cắt nguyên khối và cắt an toàn sẽ cao hơn và ngược lại (Bảng 6 và 8). Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy có mối tương quan thuận giữa tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi với tỉ lệ cắt an toàn trên giải phẫu bệnh, trong đó có 3% (26/859) trường hợp dù đã cắt nguyên khối nhưng không thể xác định được bờ cắt (Bảng 9). Từ đó, chúng tôi cho là có thể có các nguyên nhân như: bờ cắt quá gần với mô polyp, do lực hút mạnh khi lấy mẫu hay khi hút các mẫu cắt lớn làm nát mẫu. Vì vậy chúng tôi khuyến cáo rằng, ngoài lựa chọn kích thước thông lòng phù hợp, khi cắt nên điều chỉnh sao cho cắt được phần mô lành cách polyp từ 2mm trở lên, khi hút lấy mẫu cần hút nhẹ nhàng cùng với một ít nước và cần thiết nên dùng thông lòng hay lưới để lấy các mẫu polyp lớn.

Trong nghiên cứu này, phần lớn polyp thuộc phân loại NICE 2 (2,6%) và JNET IIa (68,9%), kể đến là NICE 1 và JNET I. Kết quả dựa trên giải

phẫu bệnh của chúng tôi phù hợp vì đa phần là u tuyến có nghịch sản nhẹ hay polyp tăng sản lành tính trên giải phẫu bệnh (82,6%) (Bảng 5 và 7). Điều có thể được giải thích vì CSP sử dụng thông lộng chuyên dụng, không dùng nhiệt và thường sẽ cắt lớp niêm mạc hay một phần nông lớp dưới niêm nên chỉ thích hợp để cắt các polyp có tiên lượng lành tính trên nội soi [2].

Về biến chứng trong và sau cắt, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến chứng chảy máu tức thì xảy ra trong 2,5% (22/877) các trường hợp, tương tự như của tác giả Lê Minh Tân và các tác giả khác [6]. Trong nghiên cứu này, mặc dù chảy máu tức thì không liên quan đến độ tuổi, giới tính, vị trí, kích thước hay phân loại giải phẫu bệnh của polyp, tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rằng tỉ lệ chảy máu tức thì trong phân loại 0-Is chiếm cao nhất (59,1%) so với các phân loại còn lại mặc dù không đạt được ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 11). Nguyên nhân chính xác còn chưa rõ ràng, nhưng rất có thể do polyp dạng không cuống (0-Is) chiếm phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi và do tính chất đáy rộng của nó chứa nhiều mạch máu hơn chẳng. Cần có thêm nhiều dữ liệu để xác định kết quả này trong tương lai. Đặc biệt, không có trường hợp chảy máu muộn, thủng hay hội chứng sau cắt polyp nào được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 10). Kết quả này cho thấy tương đồng với nhiều nghiên cứu khác và đây cũng là ưu điểm vượt trội của cắt polyp bằng thông lộng lạnh so với phương pháp cắt đốt [2, 11].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ polyp kích thước từ 10 -15 mm còn hạn chế (12,4%) nên sự diễn giải kết quả đôi khi còn chưa khách quan. Trong tương lai, cần có nhiều nghiên cứu hơn trên các polyp trong khoảng kích thước này tại Việt Nam.

V. Kết luận

Cắt polyp đại trực tràng không dùng nhiệt qua nội soi với polyp có kích thước ≤ 15 mm là kỹ thuật hiệu quả và an toàn với tỉ lệ cắt trọn cao, tỉ lệ biến chứng thấp trong đó chảy máu tức thì sau cắt

có liên quan đến polyp có không cuống. Tỉ lệ cắt không nguyên khối trên nội soi có liên quan đến polyp kích thước từ 10 - 15 mm.

Tài liệu tham khảo

1. W. H. O. (2020), "International Agency for Research on Cancer , Viet Nam, Globocan," ed, 2020.
2. Ishibashi F., Suzuki S., Nagai M., Mochida K., and Morishita T., "Colorectal cold snare polypectomy: Current standard technique and future perspectives," (in eng), Dig Endosc, Aug 13 2022.
3. Aoki T. et al., "Analysis of predictive factors for R0 resection and immediate bleeding of cold snare polypectomy in colonoscopy," (in eng), PLoS One, vol. 14, no. 3, p. e0213281, 2019.
4. Uraoka T. et al., "Guidelines for Colorectal Cold Polypectomy (supplement to "Guidelines for Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection/ Endoscopic Mucosal Resection")," (in eng), Dig Endosc, vol. 34, no. 4, pp. 668-675, May 2022.
5. Shinozaki S., Kobayashi Y., Hayashi Y., Sakamoto H., Lefor A.K., and Yamamoto H., "Efficacy and safety of cold versus hot snare polypectomy for resecting small colorectal polyps: Systematic review and meta-analysis," (in eng), Dig Endosc, vol. 30, no. 5, pp. 592-599, Sep 2018.
6. Lê and N. T. H. T. v. T. V. Minh Tân, "Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp cắt lạnh polyp đại tràng dưới 1cm qua nội soi," vol. tập 8(3), ed: Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 2018, pp. tr.54-59
7. Takeuchi Y. et al., "Safety and efficacy of cold versus hot snare polypectomy including colorectal polyps ≥ 1 cm in size," (in eng), Dig Endosc, vol. 34, no. 2, pp. 274-283, Jan 2022.
8. Piraka C., Saeed A., Waljee A.K., Pillai A., Stidham R., and Elmunzer B. J., "Cold snare polypectomy for non-pedunculated colon polyps greater than 1cm," (in eng), Endosc Int Open, vol. 5, no. 3, pp. E184 - E189, Mar 2017.
9. "The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002," (in eng),

- Gastrointest Endosc, vol. 58, no. 6 Suppl, pp. S3-43, Dec 2003.
10. Sano Y. et al., "Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team," (in eng), Dig Endosc, vol. 28, no. 5, pp. 526-33, Jul 2016.
 11. Gao T. and Ding X., "Cold snare polypectomy for colorectal polyps: current uses and development," (in eng), Chin Med J (Engl), vol. 135, no. 1, pp. 20-22, Nov 22 2021.
 12. Ichise Y., Horiuchi A., Nakayama Y., and Tanaka N., "Prospective randomized comparison of cold snare polypectomy and conventional polypectomy for small colorectal polyps," (in eng), Digestion, vol. 84, no. 1, pp. 78-81, 2011.