

Bài giảng sau đại học / Postgraduate lecture

Phân loại nội soi Kyoto nhiễm *Helicobacter pylori* và chẩn đoán nguy cơ ung thư dạ dày

Endoscopic Kyoto classification of *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer risk diagnosis

BÙI QUANG THẠCH, VŨ TRƯỜNG KHANH

Khoa Tiêu hóa - Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội

Abstract

*Today, endoscopy is used in the diagnosis of gastritis to determine the presence/absence of *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) infection and evaluate gastric cancer risk, based on the following five endoscopic findings: Atrophy, intestinal metaplasia, enlarged folds, nodularity, and diffuse redness. The total Kyoto score is a score ranging from 0 to 8, the total Kyoto score reflects *H.pylori* status as follows: 0, ≥ 2 , and ≥ 4 indicate a normal stomach, *H.pylori*-infected gastritis, and gastritis at risk for gastric cancer, respectively. Regular arrangement of collecting venules (RAC) predicts noninfection; enlarged folds, nodularity, and diffuse redness predict current infection; map-like redness predicts past infection; and atrophy and intestinal metaplasia predict current or past infection. Atrophy, IM, and EF all increase the incidence of *H.pylori*-infected gastric cancer. map-like redness is a specific risk factor for *H.pylori*-eradicated gastric cancer, while RAC results in less gastric cancer.*

Keywords: Endoscopy; Kyoto classification; Atrophy; Intestinal metaplasia; Enlarged fold; Nodularity; Diffuse redness; Regular arrangement of collecting venules, Gastric cancer, *Helicobacter pylori*.

Tóm tắt

Hiện nay, phân loại Kyoto được sử dụng trong chẩn đoán viêm dạ dày liên quan đến *H.pylori* với mục đích xác định tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) trong quá trình nội soi và đánh giá nguy cơ ung thư dạ dày, dựa trên năm dấu hiệu nội soi chính bao gồm: teo, dị sản ruột, phì đại các nếp niêm mạc, dạng nốt và đỏ lan tỏa. Tổng điểm Kyoto cho năm dấu hiệu từ 0 đến 8 điểm, phản ánh tình trạng *H.pylori* với các mốc đánh giá điểm số: 0, ≥ 2 và ≥ 4 tương ứng với dạ dày bình thường, viêm dạ dày do *H.pylori* và viêm dạ dày có nguy cơ ung thư dạ dày. Sắp xếp đều đặn của các mao mạch góp (regular arrangement of collecting venules: RAC) dự đoán không nhiễm *H.pylori*. Phì đại các nếp niêm mạc, dạng nốt và đỏ lan tỏa dự đoán tình trạng hiện tại đang nhiễm *H.pylori*. Đỏ giống bản đồ dự đoán nhiễm *H.pylori* trong quá khứ. Còn teo và dị sản ruột dự đoán nhiễm trùng hiện tại hoặc quá khứ đã từng nhiễm. Teo, dị sản ruột và phì đại các nếp niêm mạc có nguy cơ tăng tỷ lệ ung thư dạ dày khi

nhiễm *H.pylori*. Đồ giống bản đồ là một yếu tố nguy cơ ung thư dạ dày với trường hợp sau điều trị tiệt trừ *H.pylori*, trong khi RAC ít gây ra nguy cơ ung thư dạ dày.

Từ khóa: nội soi; phân loại Kyoto; teo; dị sản ruột; phì đại nếp niêm mạc; dạng nốt; đỏ lan tỏa; sắp xếp đều đặn của các mao mạch góp, ung thư dạ dày, *Helicobacter pylori*.

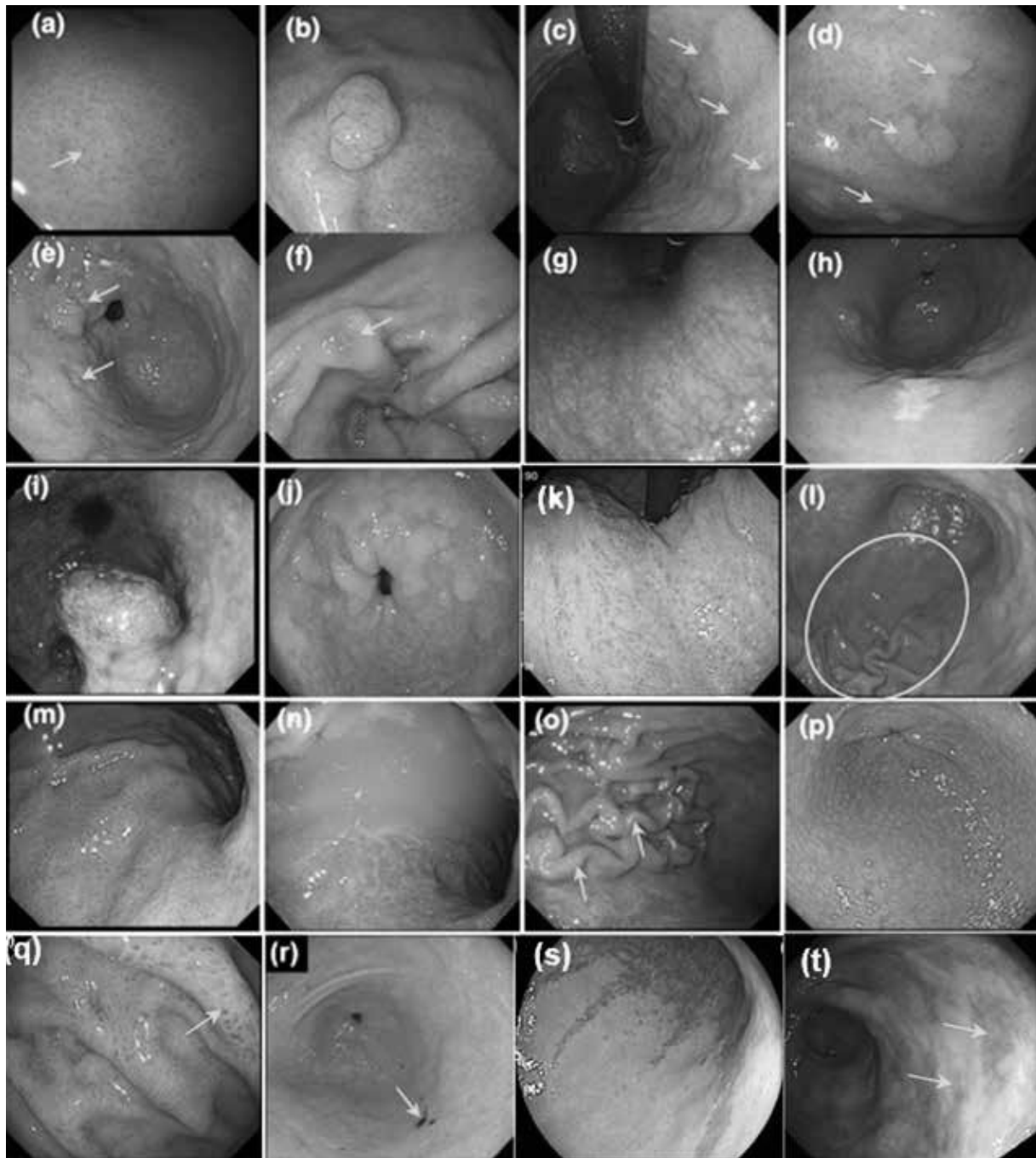
Sau khi phát hiện ra *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), hệ thống phân loại Sydney được đề xuất vào năm 1991 về viêm dạ dày mạn. Hệ thống phân loại này bao gồm các phần mô học và nội soi, về phần mô học đã được chấp nhận rộng rãi và được sử dụng trên toàn thế giới. Ngược lại, các đặc điểm nội soi tương ứng với kết quả mô học chưa được xác định trong phần nội soi và chẩn đoán nhiễm *H.pylori* ở niêm mạc dạ dày bằng các đặc điểm nội soi chưa được xác định.

Với những tiến bộ của nội soi cho phép quan sát chi tiết niêm mạc dạ dày. Hiện nay, nội soi được sử dụng chẩn đoán viêm dạ dày và xác định có hoặc không có tình trạng nhiễm *H.pylori* và đánh giá nguy cơ ung thư dạ dày. Năm 2013, hội nội soi Tiêu hóa Nhật Bản xây dựng phân loại Kyoto, một hệ thống phân loại mới cho viêm dạ dày trên nội soi và được sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng gần đây trên toàn thế giới. Phân loại Kyoto tập hợp các dấu hiệu nội soi liên quan đến nhiễm *H.pylori*. Điểm phân loại Kyoto là tổng điểm của năm dấu hiệu nội soi (teo, dị sản ruột, phì đại các nếp niêm mạc, dạng nốt (có nhiều nốt nhỏ) và đỏ lan tỏa có hoặc không có sắp xếp đều đặn của các mao mạch góp: RAC (*Regular arrangement of collecting*)) và dao động từ 0 đến 8. Teo, dị sản ruột, phì đại các nếp niêm mạc và dạng nốt góp phần vào nguy cơ ung thư dạ dày. Đỏ lan tỏa và sự sắp xếp đều đặn của các mao mạch góp liên quan đến tình trạng nhiễm *H.pylori*. Phân loại sử dụng với bệnh nhân không có tiền sử tiệt trừ *H.pylori*, tỷ lệ nhiễm khi có điểm Kyoto 0, 1 và ≥ 2 lần lượt

là 1,5%, 45% và 82%. Điểm phân loại Kyoto bằng 0 nghĩa là không nhiễm *H.pylori* và dạ dày bình thường. Điểm phân loại Kyoto ≥ 2 cho thấy hiện đang nhiễm *H.pylori* gây viêm dạ dày. Điểm phân loại Kyoto khi có và không có ung thư dạ dày lần lượt là 4,8 và 3,8. Điểm phân loại Kyoto ≥ 4 cho thấy viêm dạ dày có nguy cơ ung thư dạ dày.

Ung thư dạ dày là ung thư phổ biến và có số lượng tử vong đứng thứ ba trên thế giới. Nếu ung thư dạ dày được phát hiện ở giai đoạn sớm, có thể được chữa khỏi bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi. Mặc dù nội soi định kỳ rất quan trọng để phát hiện ung thư dạ dày sớm, hiệu quả của khám định kỳ phụ thuộc vào xác định các quần thể có nguy cơ cao. *Nguy cơ di truyền* của ung thư dạ dày bao gồm hội chứng ung thư di truyền (Hereditary cancer syndrome: HCS), đa hình đơn nucleotide (Single nucleotide polymorphisms: SNPs) và tiền sử gia đình. *Nguy cơ môi trường* bao gồm nhiễm vi khuẩn *H.pylori*, hút thuốc lá, tiêu thụ quá nhiều muối và chế độ ăn thiếu rau quả. Trong đó, mối liên quan giữa nhiễm *H.pylori* và phát triển của ung thư dạ dày đã được thiết lập rõ ràng và các yếu tố độc lực của *H.pylori* (*cagA*, *vacA*, *iceA* và *dupA*) đã được nhận biết. Cơ quan Quốc tế Nghiên cứu về Ung thư (International Agency for Research on Cancer: IARC) phân loại nhiễm *H.pylori* là tác nhân gây ung thư loại I và được coi là nguyên nhân chính gây ung thư dạ dày. Mặt khác, điều trị tiệt trừ *H.pylori* làm giảm nguy cơ ung thư dạ dày. Vì vậy, việc đánh giá chính xác tình trạng nhiễm *H.pylori* rất quan trọng.

Định nghĩa viêm dạ dày theo phân loại Kyoto



Hình 1: 19 dấu hiệu nội soi ở dạ dày liên quan đến *H.pylori* theo phân loại Kyoto².

a. RAC: sắp xếp đều đặn các mao mạch góp. b. Polyp tuyến vị. c. Sọc đỏ. d. Nhiều tổn thương phẳng nhô cao màu trắng. e. Trợt loét. f. Trợt lồi. g. Teo. h. Xanthom. i. Polyp tăng sản. j. Dị sản ruột. k, l. Đỏ lan tỏa (cần phân biệt với đỏ không đều). m. Niêm mạc phù nề. n. Chất nhầy dính. o. Phì đại nếp niêm mạc. p. Dạng nốt. q. Đốm đỏ. r. Hematin. s. Đỏ giống bản đồ. t. Đỏ không đều.

Nhờ những tiến bộ của kỹ thuật nội soi, giúp quan sát niêm mạc dạ dày một cách chi tiết. Hiện nay, nội soi được sử dụng trong chẩn đoán viêm dạ dày để xác định có hay không có nhiễm *H.pylori* và đánh giá nguy cơ ung thư dạ dày. Phân loại Kyoto các dấu hiệu nội soi được đồng thuận bởi hội Nội soi Tiêu hóa Nhật Bản tổ chức tại Kyoto vào năm 2013. Mục đích của phân loại Kyoto là đánh giá niêm mạc dạ dày, vì các biến đổi ở niêm mạc dạ dày có nguy cơ tiềm ẩn phát triển ung thư dạ dày.

Trong phân loại Kyoto, 19 dấu hiệu nội soi liên quan đến viêm dạ dày được đề xuất bao gồm: teo, dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, dạng nốt,

đỏ lan tỏa, sắp xếp đều đặn của các mao mạch góp (RAC), đỏ giống bản đồ, polyp tăng sản, xanthom, niêm mạc phù nề, đỏ không đều hay loang lổ, trợt nông, chất nhầy dính, hematin (đốm hoặc nốt xuất huyết màu nâu đen hay nâu đỏ do biến đổi huyết sắc tố), sọc đỏ, đốm đỏ, nhiều tổn thương phẳng nhô cao màu trắng, polyp tuyến đáy vị và trợt lồi. Trong đó; teo, dị sản ruột, phì đại các nếp niêm mạc, dạng nốt có thể liên quan đến nguy cơ ung thư dạ dày và đỏ lan tỏa, sự sắp xếp đều đặn của các mao mạch góp liên quan đến tình trạng nhiễm *H.pylori*, được tính điểm theo phân loại Kyoto (Bảng 1).

Bảng 1. Điểm phân loại Kyoto

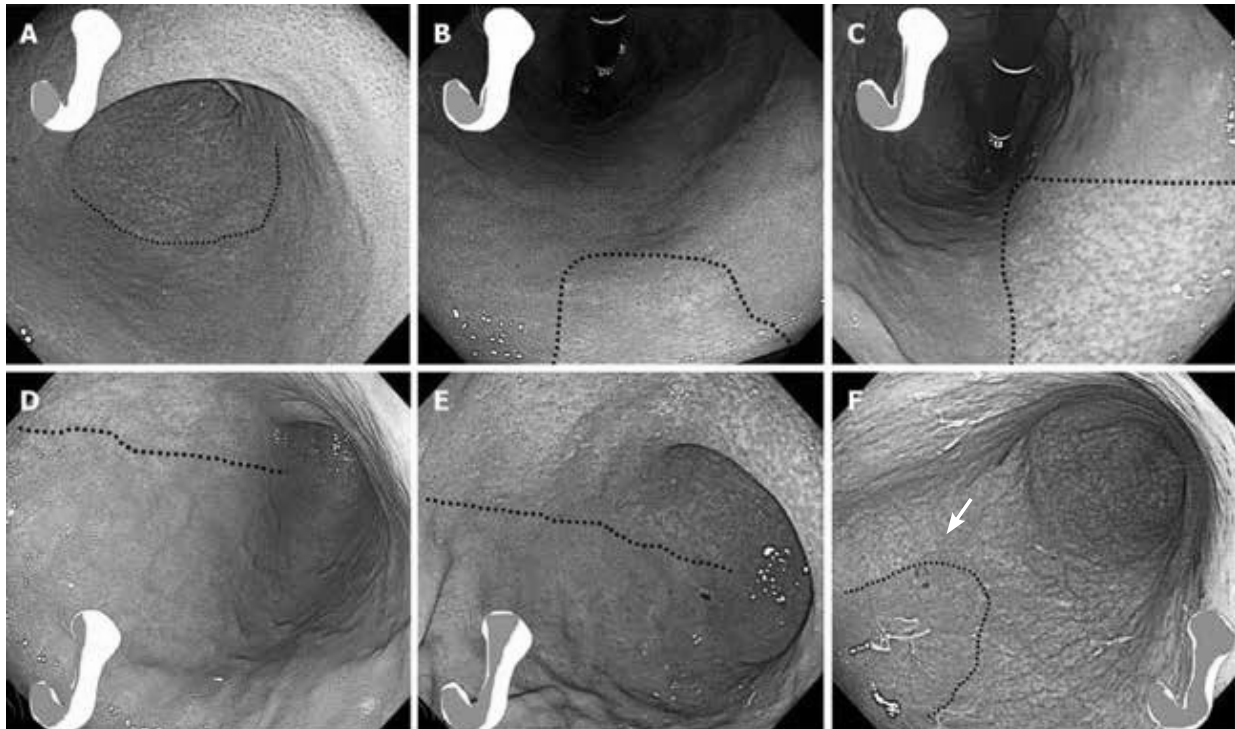
Phân loại Kyoto	Điểm
<i>Teo</i>	
Không, C1	0
C2 và C3	1
O1 - O3	2
<i>Dị sản ruột</i>	
Không	0
Hang vị	1
Thân và hang vị	2
<i>Phì đại các nếp niêm mạc</i>	
Không	0
Có	1
<i>Dạng nốt</i>	
Không	0
Có	1
<i>Đỏ lan tỏa</i>	
Không	0
Nhẹ (có RAC)	1
Nhiều	2
<i>Điểm Kyoto</i>	0 - 8

RAC: sắp xếp đều đặn của các mao mạch góp.

Teo dạ dày trên nội soi (Phân loại Kimura-Takemoto)

Teo bao gồm teo “bệnh lý” và teo “nội soi”, teo về mặt bệnh lý là mất mô tuyến. Phân loại Kyoto thông qua phân loại Kimura-Takemoto về teo trên nội soi. Kimura và cộng sự xác định các đặc điểm teo trên nội soi bao gồm: nhìn thấy mạng lưới mao mạch, niêm mạc dạ dày có màu

vàng nhạt hay nhợt màu và teo mỏng; trong khi đỏ lan tỏa với chiều cao niêm mạc dày là đặc điểm của không teo (Hình 2). Teo “nội soi” được báo cáo có tương quan chặt chẽ với teo “bệnh lý”. Tính điểm phân loại Kyoto cho teo nội soi bao gồm: không teo (C0) và C1 điểm teo là 0, C2 và C3 là điểm teo là 1 và O1 đến O3 điểm teo là 2.



Hình 2: Phân loại viêm teo nội soi theo Kimura-Takemoto

Bờ viêm teo biểu thị bằng đường chấm màu đen. A: C1 (teo giới hạn ở hang vị). B: C2 (teo lan qua góc bờ cong nhỏ nhưng chưa vượt quá $\frac{1}{2}$ thân vị dưới). C: C3 (teo lan qua góc bờ cong nhỏ, $\frac{1}{2}$ thân vị dưới và không vượt quá tâm vị). D: O1 (bờ teo lan qua tâm vị và nằm giữa bờ cong nhỏ và thành trước dạ dày). E: O2 (bờ teo lan đến giữa thành trước dạ dày). F: O3 (bờ teo nằm giữa thành trước và bờ cong lớn dạ dày).

Dị sản ruột trên nội soi

Dị sản ruột điển hình là các mảng màu trắng xám và hơi nhô cao được bao quanh bởi các

vùng niêm mạc loang lổ có màu hồng và nhợt màu, tạo thành bề mặt không đều (Hình 3A). Có nhung mao, niêm mạc màu trắng và bề mặt

niêm mạc không đều là dấu hiệu có giá trị để chẩn đoán dị sản ruột trên nội soi. Nội soi tăng cường hình ảnh bao gồm: hình ảnh dải tần hẹp (NBI), hình ảnh ánh sáng xanh laser (BLI) và hình ảnh màu liên kết (LCI), giúp cải thiện khả năng hiển thị các dấu hiệu nội soi và độ chính xác của chẩn đoán nội soi dị sản ruột. Chất trắng đục trên bề mặt biểu mô và có màu xanh nhạt trên vành biểu mô niêm mạc được hiển thị khi sử dụng NBI phóng đại có liên quan với dị sản ruột.

Điểm phân loại Kyoto cho dị sản ruột như sau: không có dị sản ruột 0 điểm, dị sản ruột giới hạn ở hang vị 1 điểm và dị sản ruột lan lên thân vị 2 điểm. Điểm dị sản ruột được chẩn đoán bằng sử dụng hình ảnh nội soi ánh sáng trắng. Chẩn đoán dị sản ruột dựa trên các phương pháp nội soi tăng cường hình ảnh: NBI, BLI, LCI và nội soi nhuộm màu không được tính vào điểm Kyoto.

Đỏ giống bản đồ là nhiều tổn thương dạng ban đỏ phẳng hoặc hơi lõm có hình dạng, kích thước khác nhau và mật độ màu đỏ (Hình 3B). Khi sinh thiết tổn thương dạng đỏ bản đồ, tần suất quan sát có dị sản ruột gặp 87,3%. Cơ chế của màu đỏ giống bản đồ do tăng cường độ tương phản giữa niêm mạc không teo và niêm mạc teo, do niêm mạc teo sau điều trị diệt trừ *H.pylori* thành công đỏ lan tỏa sẽ biến mất. Màu đỏ giống bản đồ không phải lúc nào cũng được tìm thấy sau diệt trừ *H.pylori*. Tuy nhiên, khi quan sát thấy có dấu hiệu này, thì không còn nghi ngờ gì nữa, đây là dấu hiệu của niêm mạc dạ dày sau khi điều trị diệt trừ *H.pylori*.

Phì đại các nếp niêm mạc

Phì đại nếp niêm mạc được định nghĩa khi chiều rộng nếp niêm mạc > 5 mm khi bơm hơi dạ dày không phẳng hay xẹp hoặc chỉ phẳng một phần (Hình 3C). Tăng sinh nếp niêm mạc làm nếp niêm mạc thô dày là một dạng của phì đại các nếp niêm mạc. Cho điểm trong phân loại Kyoto, không có phì đại các nếp niêm mạc là 0 điểm, còn có phì đại các nếp niêm mạc là 1 điểm.

Dạng nốt

Viêm dạ dày dạng nốt có đặc điểm niêm mạc dạ dày có nhiều nốt nhỏ như hạt kê giống như “da ngỗng”, vị trí chủ yếu ở hang vị (Hình 3D). Dạng nốt nhìn thấy rõ hơn sau khi sử dụng thuốc nhuộm màu, khi sinh thiết các nốt nhỏ thấy có nang dạng lympho và/hoặc thâm nhiễm nhiều tế bào viêm. Viêm dạ dày dạng nốt thường gặp ở nữ giới và giảm dần theo tuổi. Hiệu giá kháng thể *H.pylori* huyết thanh cao liên quan đến dạng nốt. Trong thang điểm phân loại Kyoto, có và không có dạng nốt được cho điểm lần lượt là 0 và 1.

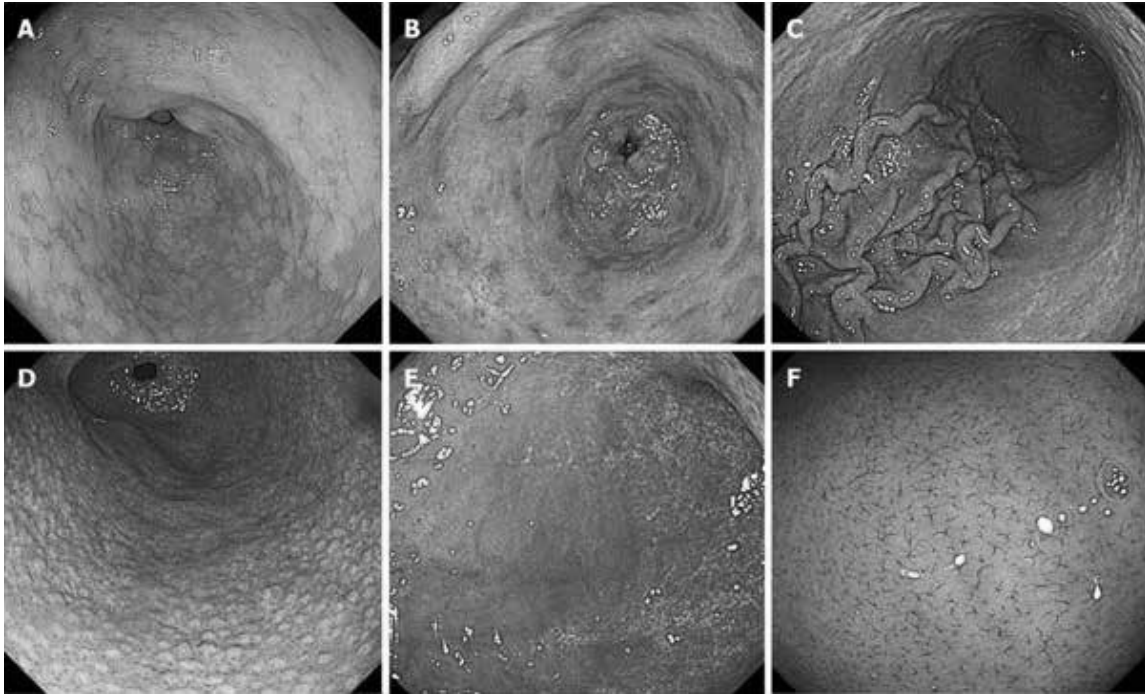
Đỏ lan tỏa

Đỏ lan tỏa nghĩa là vùng đỏ đồng nhất kèm theo mở rộng liên tục được quan sát thấy ở niêm mạc không teo, chủ yếu ở thân vị (Hình 3E), một đặc điểm điển hình chứng tỏ hiện tại đang nhiễm HP. Giãn và xung huyết mạng lưới mao mạch dưới biểu mô của niêm mạc dạ dày cùng với viêm làm thay đổi màu bề mặt niêm mạc sang màu đỏ. Bởi vì đánh giá mức độ nặng của đỏ lan tỏa bị ảnh hưởng bởi chế độ cài đặt của dây nội soi và màn hình, do đó đánh giá một cách khách quan có thể gặp khó khăn. Mặt khác, RAC là tình trạng trong đó các mao mạch góp được sắp xếp ở thân vị; nhìn xa, trông giống như nhiều dấu chấm; nhìn gần, tạo kiểu hình sắp xếp đều đặn hình dạng giống sao biển (Hình 3F).

Tính điểm trong phân loại ở Kyoto, không có đỏ lan tỏa được tính điểm đỏ lan tỏa 0 điểm, đỏ lan tỏa nhẹ hoặc đỏ lan tỏa kèm theo có RAC tính điểm đỏ lan tỏa 1 điểm, đỏ lan tỏa nhiều hoặc đỏ lan tỏa kèm theo không có RAC được tính điểm đỏ lan tỏa 2 điểm.

Điểm phân loại Kyoto

Điểm phân loại Kyoto cho viêm dạ dày dựa trên tổng điểm của năm dấu hiệu nội soi và có điểm từ 0 đến 8 (Bảng 1). Điểm số cao phản ánh tăng nguy cơ nhiễm *H.pylori* và ung thư dạ dày.



Hình 3: Các dấu hiệu nội soi của phân loại Kyoto

A: Dị sản ruột. B: Đỏ giống bản đồ. C: Phì đại các nếp niêm mạc. D: Dạng nốt. E: Đỏ lan tỏa. F: Sắp xếp đều đặn của các mao mạch góp (Regular arrangement of collecting venules: RAC).

Chẩn đoán nhiễm *Helicobacter Pylori* bằng các dấu hiệu nội soi

Hiện có một số nghiên cứu về mối liên quan giữa dấu hiệu nội soi và nhiễm *H.pylori*. (Bảng 2), cho thấy giá trị chẩn đoán của phân loại Kyoto cho nhiễm *H.pylori*. Phì đại các nếp niêm mạc có giá trị dự báo dương tính cao (56,2 - 86,0%). Mặc dù dạng nốt có độ nhạy thấp (6,4% - 32,1%) đối với nhiễm *H.pylori*, nhưng có độ đặc hiệu rất cao với tình trạng hiện tại đang có nhiễm *H.pylori* (95,8% - 98,8%). Đỏ lan tỏa có giá trị dự báo dương tính khá tốt (65,6% - 91,5%). RAC đã có độ nhạy cao khi không nhiễm *H.pylori* (86,7% - 100%).

Yoshii và cộng sự² khi nghiên cứu mối liên quan của các dấu hiệu nội soi theo phân loại Tokyo và tình trạng nhiễm *H.pylori* sử dụng các tiêu chuẩn sau để đánh giá:

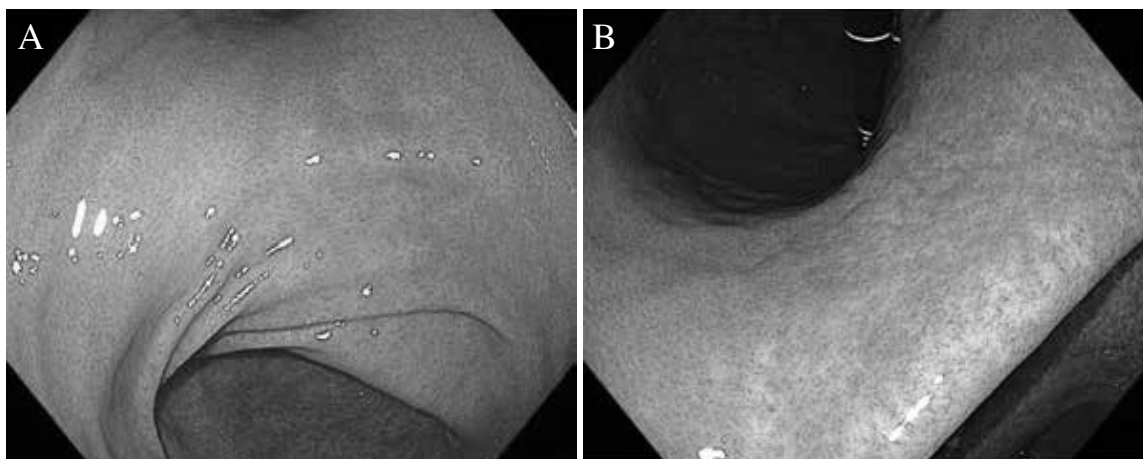
- Không nhiễm *H.pylori*: quan sát thấy RAC, vị trí quan sát nên ở niêm mạc dạ dày bình thường ở phía bờ cong nhỏ, thường từ góc bờ cong nhỏ đến

thân vị dưới dạ dày (Hình 4). Không quan sát thấy các dấu hiệu như: phì đại nếp niêm mạc, niêm mạc phù nề và chất nhầy dính.

- Đang có nhiễm *H.pylori*: có các dấu hiệu như: teo, dị sản ruột, đỏ lan tỏa từ phần vị đến thân vị dạ dày, RAC âm tính (không quan sát thấy), phì đại nếp niêm mạc, niêm mạc phù nề, dạng nốt, xanthom, polyp tăng sản và chất nhầy dính.

- Nhiễm *H.pylori* trước đây: có teo niêm mạc dạ dày và/hoặc loại trừ các dấu hiệu của đang nhiễm *H.pylori* sau: đỏ lan tỏa từ phần vị đến thân vị dạ dày, niêm mạc phù nề, chất nhầy dính và phì đại nếp niêm mạc. Sau khi tiết trừ *H.pylori*, đỏ giống bản đồ có thể quan sát thấy. Vì vậy, đỏ giống bản đồ là một dấu hiệu cho thấy đã từng nhiễm *H.pylori*.

Nghiên cứu của Yoshii thấy rằng teo trên nội soi có độ đặc hiệu 75,5% đối với chẩn đoán tiền sử nhiễm *H.pylori*. Hơn nữa, dị sản ruột và đỏ giống bản đồ có độ đặc hiệu còn cao hơn (tương ứng 92,6% và 98,0%) với chẩn đoán tiền sử nhiễm *H.pylori*.



Hình 4: Sắp xếp đều đặn của mao mạch góp (RAC) ⁷

- A. Có RAC (RAC dương tính) tại vị trí góc bờ cong nhỏ và thân vị dưới phía bờ cong nhỏ.
B. Không có RAC (RAC âm tính) vị trí góc bờ cong nhỏ.

Chẩn đoán nhiễm *H.pylori* theo điểm phân loại Kyoto

Đã có một số nghiên cứu về mối liên quan giữa tổng điểm phân loại Kyoto và nhiễm *H.pylori*. Điểm Kyoto ≥ 2 có thể dự đoán nhiễm *H.pylori* với độ chính xác 90%. Điểm Kyoto cao không phải lúc nào cũng tương xứng với tình trạng nhiễm *H.pylori* đang hoạt động. Chẩn đoán sai có thể gặp do *H.pylori* chuyển đổi âm tính tiên phát hoặc

tiệt trừ ngoài ý muốn. Trong trường hợp chuyển đổi âm tính tiên phát, dị sản ruột làm thay đổi môi trường acid trong dạ dày nên có thể loại bỏ tình trạng nhiễm *H.pylori* một cách tự phát. Còn trường hợp tiệt trừ ngoài ý muốn, *H.pylori* được tiệt trừ khi sử dụng kháng sinh điều trị một bệnh khác. Về cơ bản, tổng điểm phân loại Kyoto ≥ 2 cho thấy có nhiễm *H.pylori*. Mặt khác, điểm phân loại Kyoto 0 thì không có nhiễm *H.pylori*.

Bảng 2. Giá trị chẩn đoán phân loại Kyoto cho nhiễm *H.pylori*

Dấu hiệu nội soi	Tác giả	Năm	Số BN	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
<i>Chẩn đoán hiện tại nhiễm H.pylori</i>							
Phì đại các nếp niêm mạc	Kato et al	2013	275	58,5	79,5	76,9	62,2
Phì đại các nếp niêm mạc	Mao et al	2016	256	60,2	92,3	86,0	74,6
Phì đại các nếp niêm mạc	Yoshii et al	2019	498	23,1	96,6	56,2	87,0
Dạng nốt	Laine et al	1995	52	32,1	95,8	90,0	54,8
Dạng nốt	Kato et al	2013	275	5,3	98,8	75,0	59,4
Dạng nốt	Yoshii et al	2019	498	6,4	98,3	41,7	84,9
Đỏ lan tỏa	Kato et al	2013	275	83,4	66,9	73,8	78,4

Đỏ lan tỏa	Mao et al	2016	256	57,5	95,8	91,5	74,7
Đỏ lan tỏa	Yoshii et al	2019	498	60,0	94,7	65,6	93,3
<i>Chẩn đoán không nhiễm H.pylori</i>							
RAC	Yagi et al	2002	557	91,1	97,9	95,0	96,2
RAC	Kato et al	2013	275	93,6	48,0	87,0	66,8
RAC	Mao et al	2016	256	86,7	90,2	87,5	89,6
RAC	Garcéss-Durán et al	2019	140	100,0	49,0	47,3	100,0

PPV: giá trị dự báo dương tính. NPV: giá trị dự báo âm tính. BN: bệnh nhân.

RAC: Regular arrangement of collecting venules

Đánh giá nguy cơ ung thư dạ dày bằng các dấu hiệu nội soi phân loại Kyoto

Có một số báo cáo về nguy cơ ung thư dạ dày được đánh giá dựa trên các dấu hiệu nội soi. Ba nghiên cứu thuần tập của Nhật Bản cho thấy mối liên quan của teo trên nội soi với tỷ lệ mắc ung thư dạ dày (Bảng 3). Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ung thư dạ dày của teo nhẹ, trung bình và nặng, tương ứng là 0,04% - 0,10%/năm, 0,12% - 0,34%/năm và 0,31% - 1,60%/năm. Shichijo và cộng sự³ báo cáo tỷ lệ mắc ung thư rất cao, ảnh hưởng đến

16,0% bệnh nhân có teo nặng trong khoảng thời gian trên 10 năm. Nguy cơ ung thư dạ dày tăng theo mức độ teo của dạ dày.

(Bảng 4) cho thấy tỷ suất chênh (OR) của ung thư dạ dày tùy thuộc vào có hay không có các dấu hiệu nội soi của phân loại Kyoto. Teo dạ dày (loại mở: open (O)) có liên quan đến ung thư dạ dày với OR là 7,2 - 14,2. Sugimoto và cộng sự⁴ cho thấy dị sản ruột trên nội soi có liên quan đến với ung thư dạ dày sớm với OR là 5,0. Dị sản ruột được báo cáo là có liên quan đến ung thư type ruột.

Bảng 3. Tỷ lệ ung thư dạ dày theo teo trên nội soi

Tác giả	Quần thể nghiên cứu	Số BN	Số BN ung thư	Khoảng thời gian	Tỷ lệ ung thư dạ dày %/năm		
					Nhẹ	Trung bình	Nặng
Take et al, 2011	Sau tiết trừ có loét dạ dày	1674	28	5,6	0,04	0,28	0,62
Shichijo et al, 2016	Sau tiết trừ <i>H.pylori</i>	573	21	6,2	0,07 ¹	0,34 ¹	1,6 ¹
Kaji et al, 2019	Khám sức khỏe	12 941	63	3,7	0,10	0,16	0,31
	Sau tiết trừ <i>H.pylori</i>	2571	20	3,7	0,06	0,12	0,42

¹Tỷ lệ mắc bệnh được tính bằng cách chia tỷ lệ mắc bệnh trong 10 năm cho 10.

BN: bệnh nhân.

Nishibayashi⁵ trong nghiên cứu cắt ngang báo cáo OR là 5,0 đối với phì đại các nếp niêm mạc > 5 mm ở bệnh nhân ung thư dạ dày có kiểm soát tình trạng nhiễm *H.pylori*. Nếu độ rộng của phì đại nếp niêm mạc tăng lên ở bệnh nhân *H.pylori* dương tính có ung thư dạ dày thì tỷ số OR cũng thay đổi, OR là 35,5 ở khi chiều rộng phì đại nếp niêm mạc là 7 mm. Quá trình methyl hóa DNA do viêm của các gen khác nhau có liên quan đến phát triển của ung thư dạ dày trong viêm dạ dày có phì đại

các nếp niêm mạc. Phì đại các nếp niêm mạc được báo cáo là có liên quan đến ung thư dạ dày type lan tỏa. Nishikawa và cộng sự⁶ cũng báo cáo tỷ lệ OR là 13,9 đối với ung thư dạ dày ở bệnh nhân *H.pylori* dương tính có dạng nốt. Trong một nghiên cứu liên quan đến bệnh nhân dương tính với *H.pylori* dưới 29 tuổi, dạng nốt có tỷ số OR là 64,2 đối với ung thư dạ dày. Dạng nốt báo cáo là có liên quan đến ung thư type lan tỏa. Còn RAC được báo cáo không có liên quan đến ung thư dạ dày (tỷ lệ OR: 0,4).

Bảng 4. Tỷ số OR của các dấu hiệu nội soi cho ung thư dạ dày

Dấu hiệu nội soi	Tác giả	Quần thể nghiên cứu	Số BN	OR
Teo	Masuyama et al, 2015	Không tiết trừ <i>H.pylori</i>	27 777	14,2 ¹
Teo	Sekikawa et al, 2016	Sàng lọc	1823	7,2 ¹
Dị sản ruột	Sugimoto et al, 2017	Viêm dạ dày trên nội soi	1200	5,0
Phì đại các nếp niêm mạc	Nishbayashi et al, 2003	<i>H.pylori</i> dương tính	276	5,0
Dạng nốt	Nishbayashi et al, 2018	<i>H.pylori</i> dương tính	674	13,9
RAC	Majima et al, 2019	Sau tiết trừ <i>H.pylori</i>	194	0,4

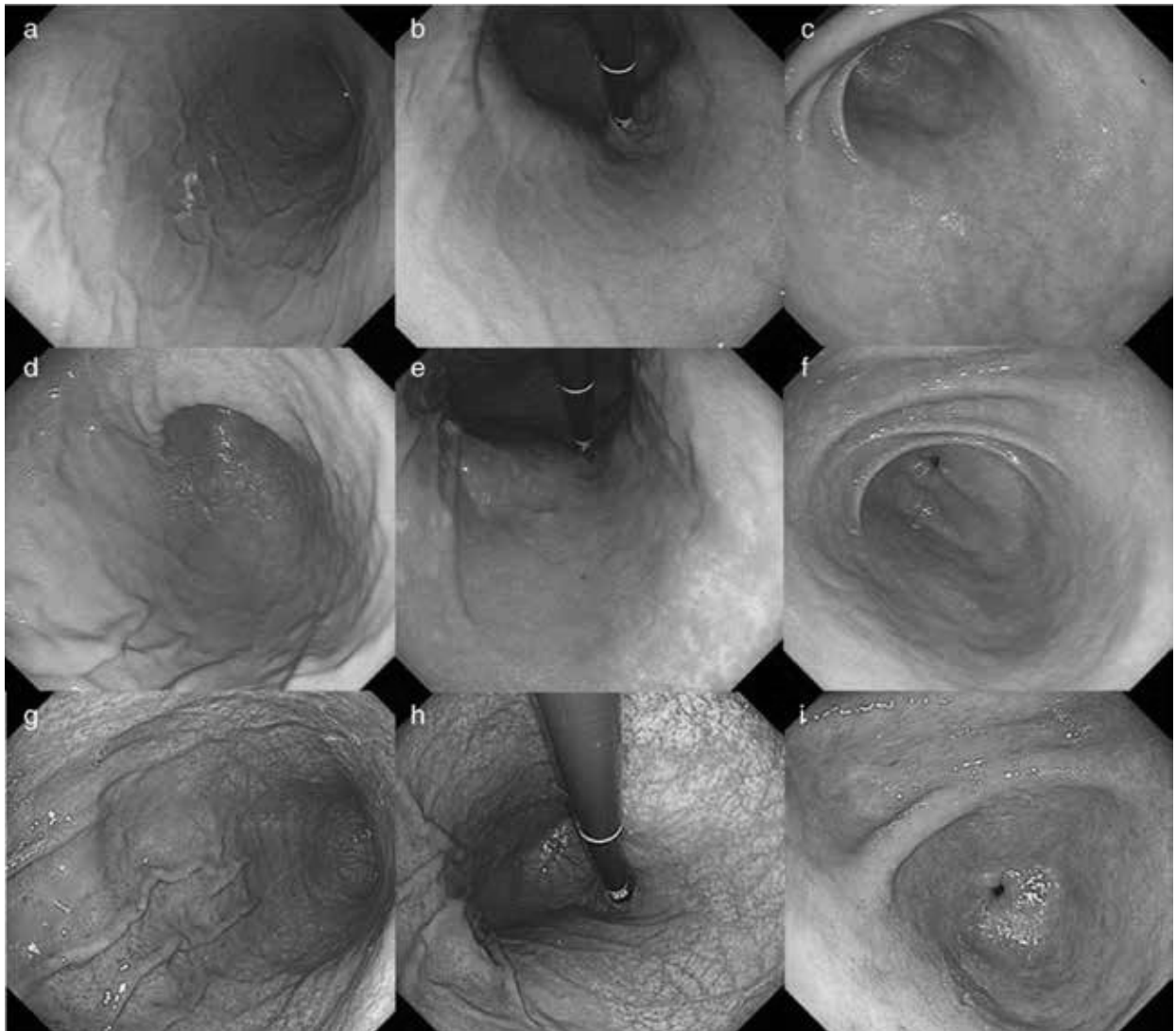
¹OR đối với teo loại mở (open:O) được tính khi sử dụng teo loại đóng (closed: C) làm tham chiếu.
BN: bệnh nhân. RAC: Regular arrangement of collecting venules.

Nguy cơ ung thư dạ dày được đánh giá bằng điểm phân loại Kyoto

Sugimoto và cộng sự⁴ nghiên cứu đánh giá mối liên qua giữa tổng điểm phân loại Kyoto và nguy cơ ung thư dạ dày. Trong nghiên cứu cắt ngang

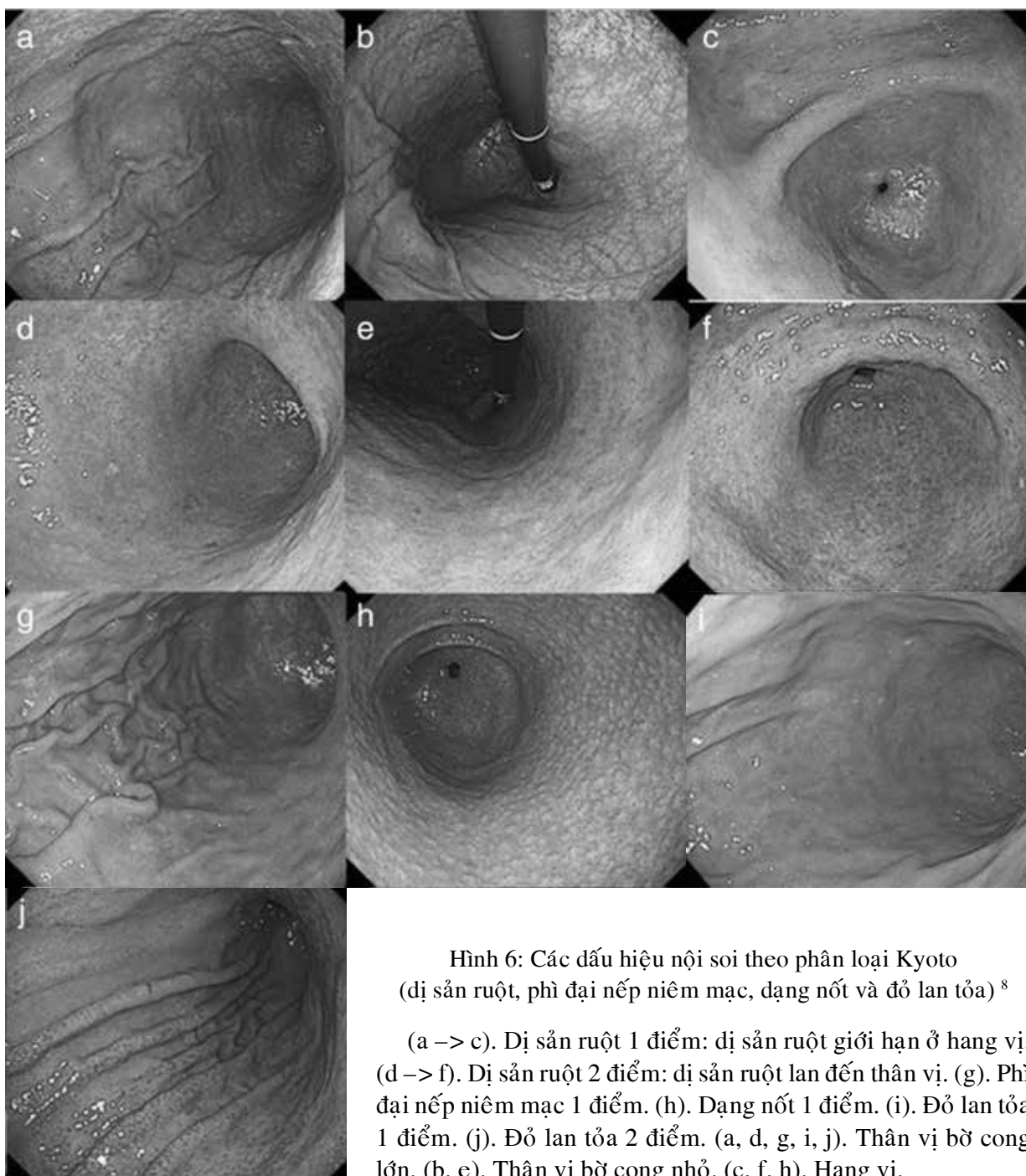
của tác giả, tổng điểm phân loại Kyoto của bệnh nhân có và không có ung thư dạ dày lần lượt là 4,8 và 3,8. Vì vậy, qua nghiên cứu này cho thấy rằng điểm phân loại Kyoto ≥ 4 có thể cho thấy nguy cơ ung thư dạ dày.

Một số ví dụ áp dụng phân loại Kyoto đánh giá viêm dạ dày



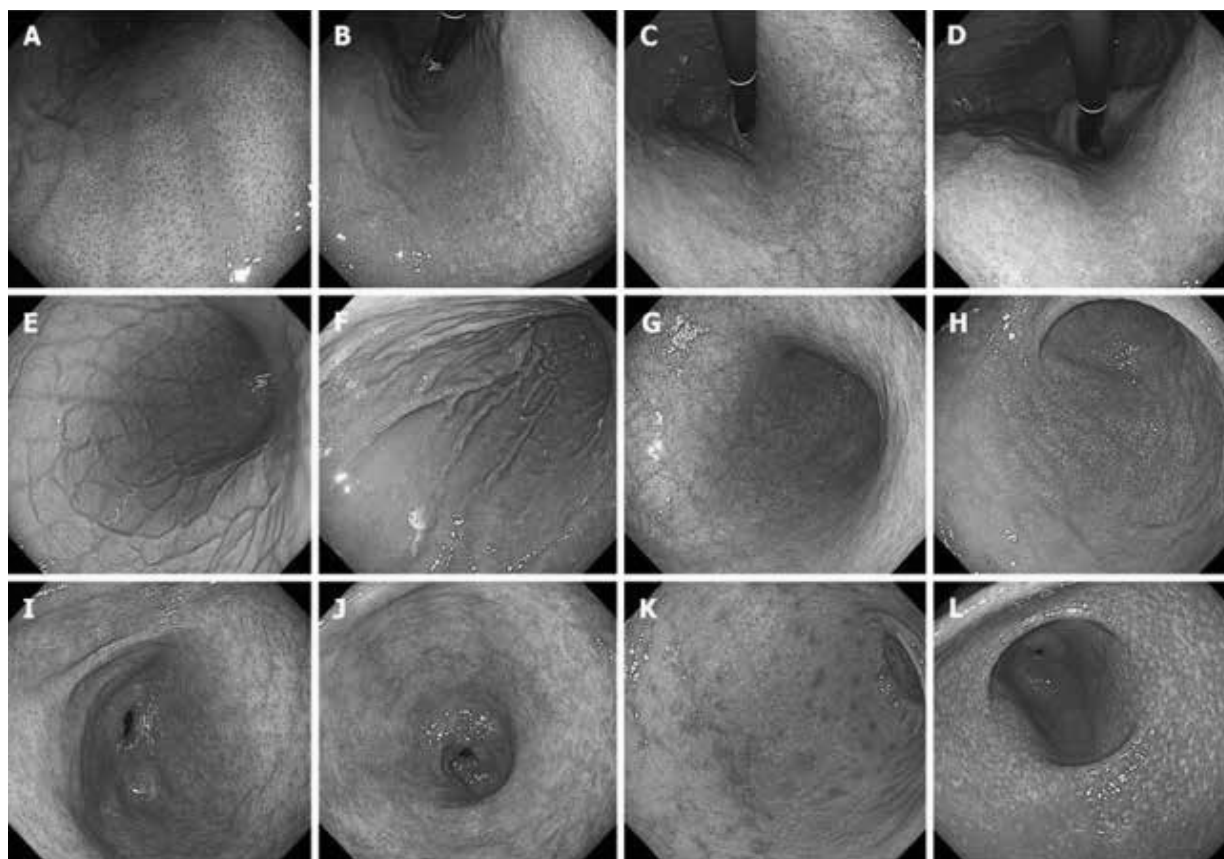
Hình 5: Các dấu hiệu nội soi theo phân loại Kyoto (các dấu hiệu bình thường và teo) ⁸

(a -> c). Các dấu hiệu bình thường: teo 0 điểm, dị sản ruột 0 điểm, phì đại nếp niêm mạc 0 điểm, dạng nốt 0 điểm và đỏ lan tỏa 0 điểm. (d -> f). Teo 1 điểm: teo giới hạn ở hang vị và thân vị bờ cong nhỏ. (g -> i). Teo 2 điểm: teo lan từ hang vị qua thân vị bờ cong nhỏ và bờ cong lớn. (a, d, g). Thân vị bờ cong lớn. (b, e, h). Thân vị bờ cong nhỏ. (c, f, i). Hang vị.



Hình 6: Các dấu hiệu nội soi theo phân loại Kyoto
(dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, dạng nốt và đỏ lan tỏa)⁸

(a → c). Dị sản ruột 1 điểm: dị sản ruột giới hạn ở hang vị.
(d → f). Dị sản ruột 2 điểm: dị sản ruột lan đến thân vị. (g). Phì đại nếp niêm mạc 1 điểm. (h). Dạng nốt 1 điểm. (i). Đỏ lan tỏa 1 điểm. (j). Đỏ lan tỏa 2 điểm. (a, d, g, i, j). Thân vị bờ cong lớn. (b, e). Thân vị bờ cong nhỏ. (c, f, h). Hang vị.



Hình 7: Các dấu hiệu nội soi theo phân loại Tokyo⁹

A: Niêm mạc dạ dày bình thường: có RAC. B: Teo 1 điểm. C: Teo 2 điểm. D: Dị sản ruột 2 điểm. E: Bình thường. F: Phì đại nếp niêm mạc 1 điểm. G: Đỏ lan tỏa 1 điểm. H: Đỏ lan tỏa 2 điểm. I: Bình thường. J: Dị sản ruột 1 điểm. K: Đỏ dạng bản đồ. L: Dạng nốt 1 điểm 1. A-D: Thân vị bờ cong nhỏ. E-H: Thân vị bờ cong lớn. I-L: Hang vị.

Kết luận

Phân loại Kyoto đưa ra các dấu hiệu nội soi liên quan đến nhiễm *H.pylori*. Điểm phân loại Kyoto ≥ 2 cho thấy có nhiễm *H.pylori*. Làm xét nghiệm *H.pylori* là cần thiết đối với những bệnh nhân chưa có tiền sử tiệt trừ *H.pylori*. Điểm phân loại Kyoto ≥ 4 có thể chỉ ra nguy cơ ung thư dạ dày, những bệnh nhân này cần theo dõi cẩn thận.

Tài liệu tham khảo

1. Osamu Toyoshima et al (2020). "Endoscopic Kyoto classification of *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer risk diagnosis". World J Gastroenterol. 26(5): 466-477.
2. Yoshii S et al (2020). "Validity of endoscopic features for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection status based on the Kyoto classification of gastritis". Dig Endosc; 32: 74-83.

3. Shichijo S et al (2016). "Histologic intestinal metaplasia and endoscopic atrophy are predictors of gastric cancer development after *Helicobacter pylori* eradication". *Gastrointest Endosc*; 84: 618-624.
4. Sugimoto M et al (2017). "Efficacy of the Kyoto Classification of Gastritis in Identifying Patients at High Risk for Gastric Cancer". *Intern Med*; 56: 579-586.
5. Nishibayashi H et al (2003). "*Helicobacter pylori*-induced enlarged-fold gastritis is associated with increased mutagenicity of gastric juice, increased oxidative DNA damage, and an increased risk of gastric carcinoma". *J Gastroenterol Hepatol*; 18: 1384-1391.
6. Nishikawa I et al (2018). "Nodular gastritis in association with gastric cancer development before and after *Helicobacter pylori* eradication". *JGH Open*; 2: 80- 86.
7. Alanna Ebigbo et al (2021). "Regular arrangement of collecting venules and the KimuraTakemoto classification for the endoscopic diagnosis of *Helicobacter pylori* infection: Evaluation in a Western setting". *Digestive Endoscopy*; 33: 587-591.
8. Osamu Toyoshima et al (2022). "Consistency between the endoscopic Kyoto classification and pathological updated Sydney system for gastritis: A cross-sectional study". *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 291-300.
9. Osamu Toyoshima, Toshihiro Nishizawa (2022). "Kyoto classification of gastritis: Advances and future perspectives in endoscopic diagnosis of gastritis". *World J Gastroenterol*; 28(43): 6078-6089.
10. G. N. J. TYTGAT (1991). "The Sydney System: Endoscopic division. Endoscopic appearances in gastritis/duodenitis". *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 6, 223-234.