

Nghiên cứu / Original Research Articles

Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày sớm tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

Results of early gastric cancer treatment at Hue University of Medicine and pharmacy Hospital

NGUYỄN THỊ HUYỀN THƯƠNG¹, TRẦN VĂN HUY²

1. Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, 2. Bộ môn Nội, Đại học Y - Dược Huế

Abstract

Background/Aim: According to GLOBOCAN 2020, gastric cancer ranks the fourth in mortality rate. Almost the cases of gastric cancer were diagnosed at late stages with poor prognosis. Prognosis of this cancer could be improved and patients' quality of life must be better if it was diagnosed and treated at early stages. In Vietnam, diagnosis and treatment of early gastric cancer has just been in concern in recent years. This study aimed to assess the results of diagnosis and treatment of early gastric cancer at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Patients and Methods:** a cohort prospective study. From Jan 20016 to April 2022, all patients with early gastric cancer suspected on white light endoscopy would be recruited and further evaluated by magnifying chromoendoscopy and abdominal CT scan. The patients were treated by endoscopic submucosal dissection (ESD) to removed gastric lesions and then strictly followed-up. Gastric lesions were re-evaluated and confirmed by histopathology. **Results:** 64 early gastric cancer lesions were detected. Most of the lesions were located at the antrum and less curvature of stomach (79.6%). Type 0-IIc was predominant. On magnifying chromoendoscopy, 58 out of 64 gastric lesions were assessed as pre-malignant or early cancer according to VS classification. The mean time of follow-up after ESD was 24.7 months (4-74 months). There were 4 cases with new gastric dysplasia lesions and 3 out of them had the second ESD to remove the recurrent lesions. **Conclusion:** This study demonstrates promising results of endoscopic treatment for early gastric cancer.

Keywords: early gastric cancer, magnification endoscopy, chromoendoscopy, endoscopic submucosal dissection.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày hiện đang là một gánh nặng toàn cầu. Theo thống kê của GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam tỷ lệ mắc ung thư dạ dày đứng hàng thứ 4 trong các loại ung thư tính chung cho cả 2 giới. Đa số ung thư ở dạ dày thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, tiên lượng xấu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh nếu phát hiện và điều trị các ung thư này ở giai đoạn sớm giúp cải thiện tiên lượng, nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. Ở Việt Nam và đặc biệt là tại Huế, ung thư dạ dày sớm mới được chú trọng trong vài năm gần đây. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị các tổn thương ung thư dạ dày sớm tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu. Từ 1/2016 đến

tháng 4/2022, tất cả các bệnh nhân nội trú và ngoại trú có tổn thương ở dạ dày gợi ý tiền ung thư hoặc ung thư sớm được chỉ định nội soi phóng đại, nhuộm màu, sinh thiết làm giải phẫu bệnh và chụp cắt lớp ổ bụng. Những bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư dạ dày sớm được thực hiện kỹ thuật phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi (ESD). Đánh giá lại giải phẫu bệnh sau khi cắt và theo dõi định kỳ bằng nội soi cho tất cả các trường hợp được thực hiện thủ thuật. **Kết quả:** 64 bệnh nhân có tổn thương ở dạ dày được đưa vào nghiên cứu. Hầu hết các tổn thương nằm tại hang vị và bờ cong nhỏ (79,6%) với tổn thương chủ yếu là dạng 0-IIc. 58/64 bệnh nhân có hình ảnh phù hợp loạn sản độ cao/UTDD sớm theo phân loại VS. Theo dõi định kỳ sau can thiệp trung bình $24,74 \pm 9,76$ tháng (ngắn nhất là 4 tháng, dài nhất là 74 tháng). Có 4 trường hợp xuất hiện tổn thương mới và 3/4 trường hợp được thực hiện ESD loại bỏ tổn thương. **Kết luận:** Nội soi chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày sớm qua nội soi cho kết quả khả quan.

Từ khoá: ung thư sớm ống tiêu hoá, nội soi phóng đại, nhuộm màu, phẫu tích dưới niêm mạc

I. Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những ung thư phổ biến trên lâm sàng, theo dữ liệu của GLOBOCAN 2020, UTDD tại Việt Nam xếp hàng thứ 4 trong các loại ung thư tính chung cho cả 2 giới [11]. Do triệu chứng nghèo nàn nên đa phần phát hiện là ở giai đoạn muộn, việc điều trị không những khó khăn, tốn kém mà hiệu quả lại thấp, tỉ lệ sống sót sau 5 năm không cao < 25% nếu giai đoạn IV [9]. Tuy nhiên, nếu UTDD phát hiện ở giai đoạn sớm việc điều trị mang lại kết quả rất khả quan. Đặc biệt hơn, nếu phát hiện ở giai đoạn ung thư rất sớm (ung thư ở niêm mạc) có thể ứng dụng kỹ thuật phẫu tích dưới niêm mạc (endoscopic submucosal dissection - ESD) điều trị ung thư mà vẫn bảo tồn được dạ dày, không cần hoá trị, thời gian sống kéo dài (> 98% sống sau 5 năm), chất lượng sống bệnh nhân được đảm bảo [9]. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm UTDD rõ ràng là nhu cầu hết sức cấp thiết và mang lại nhiều lợi ích.

Chiến lược khả thi nhất để chẩn đoán sớm UTDD là xác định nhóm đối tượng có nguy cơ cao và tiến hành nội soi sàng lọc cho các đối tượng này. Nhóm đối tượng có nguy cơ bao gồm: người trên 50 tuổi, nhiễm *Helicobacter pylori*, tiền sử gia đình có người bị UTDD, hút thuốc lá, có tiền sử cắt

dạ dày, nội soi dạ dày ánh sáng trắng có tổn thương gợi ý viêm teo niêm mạc dạ dày mạn/dị sản ruột, thiếu máu hồng cầu to, chế độ ăn nhiều thịt đỏ, thịt xông khói,...[3, 10]. Về nội soi sàng lọc, trên thế giới, việc ứng dụng nội soi phóng đại, nhuộm màu và nhuộm màu ảo cho phát hiện UTDD đã trở nên thường quy. Ở Việt Nam, nội soi chẩn đoán UTDD mà đặc biệt là UTDD sớm vẫn là thách thức lớn với hầu hết các bác sĩ kể cả bác sĩ chuyên ngành nội soi tiêu hoá [5, 8]. Nội soi phóng đại, nội soi nhuộm màu ảo NBI vẫn còn là những khái niệm mới với không ít các bác sĩ Việt Nam.

Tại Trung tâm Nội soi Tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, với những trang thiết bị nội soi hiện đại đã tiến hành mạnh mẽ việc chẩn đoán và điều trị ung thư sớm và thu được những kết quả khả quan. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu (1) Đánh giá hiệu quả của nội soi phóng đại và nhuộm màu để chẩn đoán UTDD sớm và (2) Ghi nhận hiệu quả bước đầu của kỹ thuật ESD trong điều trị UTDD sớm tại BV ĐHYD Huế.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú được nội soi sàng lọc sàng lọc ung thư sớm.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi, không muốn tham gia và/hoặc không hợp tác nghiên cứu. Bệnh nhân có chống chỉ định với tiền mê và/hoặc gây mê.

Phương pháp

- Thiết kế nghiên cứu tiến cứu
- Phương tiện và dụng cụ:
 - + Các dàn máy: Fuji (530 CT), Olympus (HQ190 EVIS EXERA III), miniprobe nội soi siêu âm.
 - + Các dụng cụ làm phẫu tích dưới niêm mạc
 - + Các thuốc nhuộm màu, thuốc tiêm dưới niêm mạc
 - + Các phương tiện cầm máu: coagrasper, hemoclip, kim tiêm...

Các bước tiến hành

- Chẩn đoán:
 - + Tất cả các bệnh nhân nội trú và ngoại trú sau nội soi ánh sáng trắng nếu có tổn thương dạ dày như: viêm dạ dày mạn teo, dị sản ruột hoặc các tổn thương khu trú (chảy máu tự nhiên, tổn thương đổi màu niêm mạc, tổn thương với rìa rõ nhưng nhám nhở, hoặc tổn thương có tình trạng hội tụ niêm mạc) đều được được chỉ định nội soi dạ dày sàng lọc/chẩn đoán ung thư sớm.
 - + Tiến hành nội soi phóng đại, nhuộm màu (indigocarmine), nhuộm màu ảo với (FICE hoặc NIB) ghi nhận: vị trí, hình dạng, kích thước tổn thương và đặc điểm của tổn thương trên nội soi phóng đại nhuộm màu (giới hạn tổn thương (DL), các bất thường vi cấu trúc bề mặt (MS), bất thường vi cấu trúc mạch máu (MV)). Tổn thương UTDD sớm theo phân loại VS khi tổn thương có 2 trong 3 tiêu chuẩn trên [14]. Sinh thiết làm giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán cho tất cả các trường hợp có tổn thương đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo phân loại VS.
 - + Viêm niêm mạc dạ dày mạn teo dựa vào hình ảnh nội soi theo phân loại của Kimura Takemoto: viêm teo mức độ nhẹ (C1, C2); viêm teo mức độ vừa (C3, O1); viêm teo mức độ nặng (O2, O3) [12]
 - + UTDD sớm là ung thư ở giai đoạn Tis (ung

thư trong niêm mạc) hoặc T1 (khối u chưa đến lớp cơ)

+ Theo đồng thuận Châu Á (2018), loạn sản độ cao được xem như tổn thương ung thư sớm cần được loại bỏ [3].

+ Nội soi siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để chẩn đoán các trường hợp ung thư để chẩn đoán độ xâm lấn và di căn của tổn thương.

+ Hội chẩn đa chuyên khoa

- Điều trị bằng phẫu tích dưới niêm mạc:

+ Chỉ định cho các trường hợp loạn sản độ cao và ung thư giai đoạn T1a (với những ung thư biệt hoá kém chỉ thực hiện cho các tổn thương < 2 cm) [14]

+ Chuẩn bị bệnh nhân, phương tiện, tiến hành phẫu tích dưới niêm mạc, xử trí biến chứng nếu có.

- Sau ESD ghi nhận: kết quả giải phẫu bệnh (dị sản ruột, loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao, ung thư và mức độ xâm lấn của ung thư), định kỳ theo dõi nội soi, CT scan bụng, các nghiệm khác như: công thức máu, CEA... nếu cần.

+ Ung thư tái phát: tổn thương ung thư hoặc loạn sản độ cao ngay tại vị trí làm ESD [13].

+ Ung thư đồng thời bị bỏ sót (synchronous): ung thư phát hiện trong thời gian 6 tháng kể từ thời điểm chẩn đoán và điều trị bằng ESD [13].

+ Ung thư mới xuất hiện (metachronous): ung thư phát hiện sau 6 tháng kể từ thời điểm chẩn đoán và điều trị bằng ESD [13].

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0, excel.

III. Kết quả

Đặc điểm nhóm nghiên cứu

- Tổng số bệnh nhân nội soi dạ dày ánh sáng trắng từ 1/2016 - 4/2022: 53 892.

- Tổng số trường hợp có nghi ngờ với nội soi ánh sáng trắng được chuyển sang nội soi phóng đại và nhuộm màu: 417 bệnh nhân.

- Số trường hợp phát hiện UTDD sớm: 64 bệnh nhân

+ 31 bệnh nhân UTDD sớm.

+ 33 bệnh nhân có loạn sản độ cao.

Bảng 1: Lý do đi nội soi của các trường hợp UTDD sớm

Lí do đi nội soi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đau thượng vị	35	54,7
Tiền sử gia đình	14	21,9
Kiểm tra sức khỏe	15	23,4
Tổng cộng	64	100

Lí do đi nội soi chủ yếu là đau thượng vị, tuy nhiên gần 1/3 trường hợp (23,4%) chỉ là phát hiện tình cờ (kiểm tra sức khỏe).

Đặc điểm các tổn thương ung thư dạ dày sớm

Vị trí và hình thái các ung thư dạ dày sớm

Bảng 2: Vị trí phát hiện UTDD sớm

Vị trí	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Hang, môn vị	28	43,8
Bờ cong nhỏ	22	34,4
Bờ cong lớn	8	12,5
Tâm vị	6	9,3
Tổng cộng	64	100

Đa phần UTDD sớm là ở hang, môn vị và bờ cong nhỏ (78,2%).

Bảng 3: Hình thái các tổn thương UTDD sớm

	0-IIa	0-IIb	0-IIc	0-III	0-I	Tổng
Hang, môn vị	3	2	19	4	0	28
Bờ cong nhỏ	0	0	17	4	1	22
Bờ cong lớn	0	1	6	1	0	8
Tâm vị	0	0	4	1	1	6
Tổng cộng	3	3	46	10	2	64

0-IIc là típ chủ yếu (46/64 trường hợp chiếm 71,9%), tiếp đến là típ 0-III (15,6%)

Các đặc điểm khác của thương tổn UTDD sớm

Bảng 4: Đặc điểm khác của thương tổn UTDD sớm

Đặc điểm	Kết quả
Nền niêm mạc viêm teo	(63/64) có viêm teo niêm mạc: (41/63) 65,1% VDDM teo nhẹ, (18/63) 28,6% teo vừa, (4/63) 6,3% teo nặng
Đặc trưng nội soi nhuộm màu, phóng đại (phân loại VS)	(58/64) 90,6% điển hình theo phân loại
Độ xâm lấn	(58/64) 90,6% niêm mạc; (6/64) 9,4% dưới niêm mạc

(*) VDDM: viêm dạ dày mạn

Các tổn thương đều xuất phát trên nền dạ dày viêm teo mạn tính.

Đa phần ung thư sớm qua nội soi phóng đại và siêu âm nội soi là ở lớp niêm mạc 90,6% và có hình ảnh tổn thương điển hình theo phân loại VS.

Điều trị UTDD sớm

Bảng 5: Điều trị sau chẩn đoán UTDD sớm

Chỉ định	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Phẫu tích dưới niêm mạc (ESD)	56	87,5
Phẫu thuật do ngoài chỉ định ESD	6	9,4
Phẫu thuật dù có chỉ định ESD	2	3,1
Tổng cộng	64	100

6/64 (9,4%) tổn thương vượt quá chỉ định ESD đã được phẫu thuật. UTDD sớm trong chỉ định ESD sau khi hội chẩn đa chuyên khoa hầu hết được thống nhất thực hiện ESD 56/64 (87,5%).

Phẫu tích dưới niêm mạc điều trị ung thư sớm ống tiêu hóa
Vị trí phẫu tích dưới niêm mạc

Bảng 6: Vị trí phẫu tích dưới niêm mạc

Vị trí	n	Tỷ lệ (%)
Hang – môn vị	26	46,5
Góc bờ cong nhỏ	20	35,7
Tâm vị	4	7,1
Bờ cong lớn	6	10,7
Tổng cộng	56	100

ESD chủ yếu ở hang, môn vị và bờ cong nhỏ 46/56 chiếm 82,2%. Tuy nhiên, cũng đã thực hiện thành công ở những vị trí khó khác.

Kết quả phẫu tích dưới niêm mạc điều trị UTDD sớm

Bảng 7: Kết quả phẫu tích dưới niêm mạc

Đặc điểm	Kết quả
Tỷ lệ phẫu tích nguyên khối	100,0 %
Tỷ lệ viền dương tính	0%
Tỉ lệ dị sản ruột	(49/56) 87,5%
Sự phù hợp chẩn đoán trước và sau ESD	(51/56) 91,1%
Tỷ lệ chảy máu nặng cần can thiệp	(4/56) 7,1%
Tỷ lệ thủng	0%

Tỷ lệ phẫu tích dưới niêm mạc thành công (lấy nguyên khối) đạt 100%, không có trường hợp nào viền tổn thương dương tính, tỷ lệ chảy máu nặng cần can thiệp thấp 7,1% và kiểm soát thành công bằng nội soi. Không có trường hợp nào xuất hiện biến chứng thủng.

2 trường hợp chẩn đoán trước ESD là ung thư tại chỗ (lớp niêm mạc), sau ESD kết quả giải phẫu bệnh là loạn sản độ cao, 3 trường hợp chẩn đoán trước ESD là loạn sản độ thấp nhưng giải phẫu bệnh sau ESD là loạn sản độ cao.

Theo dõi sau phẫu tích dưới niêm mạc điều trị UTDD sớm

Bảng 8. Theo dõi sau phẫu tích dưới niêm mạc

Thời gian theo dõi trung bình	24,74 ± 9,76 tháng (ngắn nhất 4 tháng, dài nhất 74 tháng)
Tái phát tại chỗ	0%
Tỉ lệ ung thư sớm bị chẩn đoán sót (synchronous cancer)	0%
Tỉ lệ ung thư sớm phát hiện thêm trong thời gian theo dõi (metachronous cancer)	(4/56) 7,1%

Trong thời gian theo dõi, 4/56 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,1% phát hiện tổn thương loạn sản độ cao ở vị trí khác với vị trí làm ESD lần trước (2 trường hợp sau 2 năm theo dõi, 1 trường hợp sau 3 năm theo dõi và 1 trường hợp sau 4 tháng). 3/4 trường hợp được làm ESD lần 2 thành công.

IV. Bàn luận

Trong khoảng thời gian 6 năm, Trung tâm Nội soi Bệnh viện Đại học Y Dược Huế đã từng bước nỗ lực áp dụng kiến thức và kỹ thuật mới trong chẩn đoán UTDD sớm, để từ đó phát hiện 64 trường hợp (31 bệnh nhân ung thư sớm và 33 bệnh nhân loạn sản độ cao). Số lượng còn khiêm tốn so với tần suất UTDD ở Việt Nam (UTDD xếp thứ 4 trong các ung thư phổ biến) [11], điều này có thể là do kiến thức của người dân về UTDD sớm chưa đầy đủ nên làm chậm cho chẩn đoán, thứ 2 là do của mô hình chẩn đoán và điều trị UTDD sớm chỉ thực hiện trên những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, trong khi đó Bệnh viện Đại học Y Dược Huế chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho số lượng người dân không lớn tại địa bàn của tỉnh. Từ đó có thể thấy rằng, rất cần chính sách cụ thể từ các ban ngành có liên quan để hỗ trợ nhân rộng mô hình chẩn đoán và điều trị UTDD sớm nhằm mang lại lợi ích nhiều hơn.

Xét về lý do đi khám và nội soi, gần 1/3 trường hợp UTDD sớm không hề có triệu chứng. Vì vậy,

điều quan trọng đối với các bác sĩ lâm sàng là cần hỏi kỹ để phát hiện các yếu tố nguy cơ của UTDD từ đó khuyến khích bệnh nhân tham gia vào chương trình sàng lọc UTDD sớm. Đây có lẽ là bước quan trọng nhất trong chiến lược chẩn đoán và điều trị UTDD sớm.

Các tổn thương chủ yếu ở hang vị và bờ cong nhỏ 78,2% trường hợp và dạng tổn thương chủ yếu là 0-IIc (71,9%), kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Lê Minh Sơn và cộng sự [1]. Ứng dụng cho thực hành lâm sàng, cần cẩn thận khi khảo sát khu vực của hang vị - bờ cong nhỏ; thêm vào đó thương tổn 0-IIc rất dễ bỏ sót cần cẩn thận đặc biệt ở những bệnh viện không có sẵn nội soi nhuộm màu.

Phân loại VS qua nội soi phóng đại có tăng cường hình ảnh là phân loại quan trọng cho chẩn đoán UTDD sớm, các đặc điểm của tổn thương với giới hạn (DL) rõ, bất thường vi cấu trúc bề mặt (MS) và cấu trúc vi cấu trúc mạch máu (MV) là những tiêu chuẩn quan trọng cho chẩn đoán [5, 14]. Tuy nhiên, cũng có tỷ lệ khoảng 9,4% không điển hình và do đó vai trò của giải phẫu

bệnh vẫn rất quan trọng để tránh bỏ sót. Dù rằng phân loại VS hỗ trợ cho chẩn đoán nhiều nhưng điều quan trọng khi thực hành là phải nhận ra tổn thương bằng ánh sáng trắng trước, nghiên cứu của chúng tôi tất cả các thương tổn đều xuất phát trên nền viêm niêm mạc dạ dày mạn teo. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả Cheung và cộng sự ghi nhận chỉ có khoảng 0,1% tổn thương tân sinh dạ dày là xuất phát từ niêm mạc bình thường [4, 10]. Có thể tạm khẳng định rằng, trong quá trình nội soi, nếu gặp thương tổn viêm dạ dày mạn teo, cần khảo sát tỉ mỉ, cẩn thận để có thể phát hiện tổn thương và thậm chí phải có chiến lược theo dõi liên tục cho nhóm bệnh nhân này nhằm phát hiện sớm tổn thương tân sinh.

Bàn thêm về tổn thương tiền ung thư, 49/56 trường hợp chiếm tỉ lệ 87,5% có tổn thương dị sản ruột kèm theo (kết quả giải phẫu bệnh sau ESD). Như vậy, trong thực hành lâm sàng, nếu trên nội soi có hình ảnh dị sản ruột, cần hết sức cẩn thận khi khảo sát dạ dày để tránh bỏ sót tổn thương UTDD sớm. Trước đây, rất khó để nhận biết được tổn thương dị sản ruột. Tuy nhiên, với tiến bộ trong chất lượng hình ảnh của ống nội soi hiện nay, việc phát hiện dị sản là hoàn toàn có thể. Sự tương ứng giữa các hình ảnh trên nội soi như: mảng màu trắng hoặc mất màu trên nền niêm mạc dạ dày bình thường, hoặc trên hình ảnh phóng đại là hình ảnh “light blue crest” với giải phẫu bệnh có độ đặc hiệu > 90% [6].

Có 6 trường hợp (9,4%) UTDD sớm nhưng đã xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc vượt quá chỉ định ESD do đó đã được chuyển phẫu thuật cắt bỏ dạ dày. Các tổn thương ung thư xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc (T1b) nguy cơ di căn tại chỗ lên đến > 20% do đó việc phẫu thuật cắt dạ dày là cần thiết tuy nhiên sau cắt không cần phải hoá trị nên chất lượng và tiến lượng sống vẫn tốt [1, 2].

56 trường hợp (87,5%) ESD, đa phần tổn thương ở hang vị (vị trí dễ tiếp cận nhất), sau khi kỹ thuật thành thực, chúng tôi cũng đã bắt đầu thực hiện ESD ở những vị trí khó hơn như thân vị, tâm vị. Kết quả bước đầu là rất khả quan với tỉ lệ lấy nguyên khối 100%, không trường hợp nào bị tái phát tại chỗ, tỉ lệ biến chứng liên quan đến

thủ thuật là 7,1% (4 trường hợp có chảy máu trong quá trình thực hiện thủ thuật tuy nhiên can thiệp thành công qua nội soi). Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với những trung tâm khác trên thế giới với tỉ lệ lấy nguyên khối 78 - 94%, tỉ lệ tai biến khoảng 7% [2, 7, 8].

Theo dõi sau ESD, hầu hết các trường hợp chẩn đoán trước và giải phẫu bệnh sau ESD đều phù hợp (kể cả độ xâm lấn). Không có trường hợp nào tái phát tại chỗ hay chẩn đoán sót tổn thương ung thư, 4 trường hợp (7,1%) xuất hiện ung thư mới (metachronous cancer). Như vậy, chẩn đoán giai đoạn ung thư trước ESD sử dụng các trang thiết bị mới như sử dụng siêu âm nội soi góp phần tăng sự chính xác tránh gây tổn kém vô ích trên lâm sàng. Ngoài ra, theo dõi định kì sau ESD để phát hiện các tổn thương ung thư mới là hết sức quan trọng [2, 7, 8].

Để có được kết quả bước đầu trong thực hiện chẩn đoán - điều trị UTDD sớm khả quan như vậy, Trung tâm Nội soi Bệnh viện Đại học Y Dược Huế cũng phải trải qua một quá trình lâu dài, cẩn thận từ khâu đào tạo (tham gia liên tục các khóa đào tạo ngắn hạn, dài hạn; xen kẽ đó là các hội thảo, hội nghị trực tuyến cũng như các khóa cầm tay chỉ việc trên mô hình và sau đó là trên bệnh nhân), chuẩn bị phương tiện dụng cụ đến khâu hợp tác với các tổ chức tiêu hóa có uy tín để được hỗ trợ về chuyên môn, cũng như giải quyết các vấn đề pháp lý đi kèm với việc triển khai phương pháp điều trị mới. Những thành công bước đầu là tiền lệ tốt để nhân rộng mô hình chẩn đoán và điều trị UTDD sớm góp phần vào nâng cao chất chăm sóc sức khỏe cho người dân Việt Nam.

V. Kết luận

Chiến lược chẩn đoán UTDD sớm đã có được những kết quả bước đầu với việc phát hiện được 64 trường hợp (31 ung thư sớm và 33 trường hợp loạn sản độ cao).

Nội soi phóng đại-nhuộm màu và siêu âm nội soi đã giúp chẩn đoán chính xác UTDD sớm: 91,1% có sự phù hợp giữa trước và sau can thiệp.

Việc điều trị UTDD sớm bằng nội soi với kỹ thuật phẫu tích dưới niêm mạc đạt hiệu quả cao:

- Tỷ lệ phẫu tích nguyên khối và rìa tổn thương âm tính là 100%.
- Biến chứng thấp: 7,1% chảy máu sau ESD và đã được cầm máu qua nội soi.
- Theo dõi sau ESD trung bình $24,74 \pm 9,76$ tháng: không có trường hợp tái phát tại chỗ, có 4 trường hợp xuất hiện tổn thương loạn sản độ cao mới và 3/4 trường hợp đã được ESD loại bỏ tổn thương.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Minh Sơn (2008), “Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày sớm”, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện quân y.
2. Con S.A. et al. (2009), “Endoscopic submucosal dissection for the curative treatment of early gastric cancer: initial experience in Costa Rica,” *Rev Gastroenterol Peru.*;29(3):276-80
3. Chiu PWY, et al. (2018), “An Asian consensus on standards of diagnostic upper endoscopy for neoplasia.” *Gut* 0:1–12. doi:10.1136/gutjnl-2018-317111
4. Dae Young Cheung et al. (2017), “Atrophic gastritis Increase the risk of gastric Cancer in Asymptomatic Population in Korea,” *Gut and Liver*, 11 (5), p. 612
5. Ezoe Y. et al. (2011), “Magnifying Narrowband Imaging Is More Accurate Than Conventional White-Light Imaging in Diagnosis of Gastric Mucosal Cancer,” *GASTROENTEROLOGY*;141:2017–2025
6. Lim JH, et al. (2013), “Correlation between Endoscopic and Histological Diagnoses of Gastric Intestinal Metaplasia” *Gut and Liver*, Vol. 7, No. 1, pp. 41-50.
7. Ichiro Oda et al. (2013), “Preliminary results of multicenter questionnaire study on long-term outcomes of curative endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer,” *Digestive Endoscopy Volume 26, Issue 2*, pages 214–219.
8. Muto M. et al. (2010), “Early Detection of Superficial Squamous Cell Carcinoma in the Head and Neck Region and Esophagus by Narrow Band Imaging: A Multicenter Randomized Controlled Trial,” *Volume 28 number 9*.
9. Japanese Gastric Cancer Association (2011), “Classification of gastric carcinoma,” 3rd English edition, *Gastric Cancer*, 14:101–112
10. Song JH et al. (2017), “Risk factors for gastric tumorigenesis in underlying gastric mucosal atrophy,” *Gut Liver*, 11:612–619.
11. The Global Cancer Observatory (2022), International Agency for Research on Cancer, WHO
12. Takemoto T, Kimura K, An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis. *Endoscopy*.1969;1:87–97
13. Whiting JL, Sigurdsson A, Rowlands DC, Hallissey MT, Fielding JW (2002), “The long term results of endoscopic surveillance of premalignant gastric lesions” *Gut*;50:378–381.
14. Yao K. (2013), “The endoscopic diagnosis of early gastric cancer,” *annals of Gastroenterology*, 26, 11-22.