

CHẨN ĐOÁN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG DỰA TRÊN MẪU NỘI SOI SINH THIẾT, NHỮNG KHÓ KHĂN VÀ SAI LẦM MẮC PHẢI

NGUYỄN THANH HẢI VÀ CỘNG SỰ

1

NỘI DUNG

1_ĐẶT VẤN ĐỀ

2_TỔNG QUÁT

3_ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

4_KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

5_KẾT LUẬN

KIẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

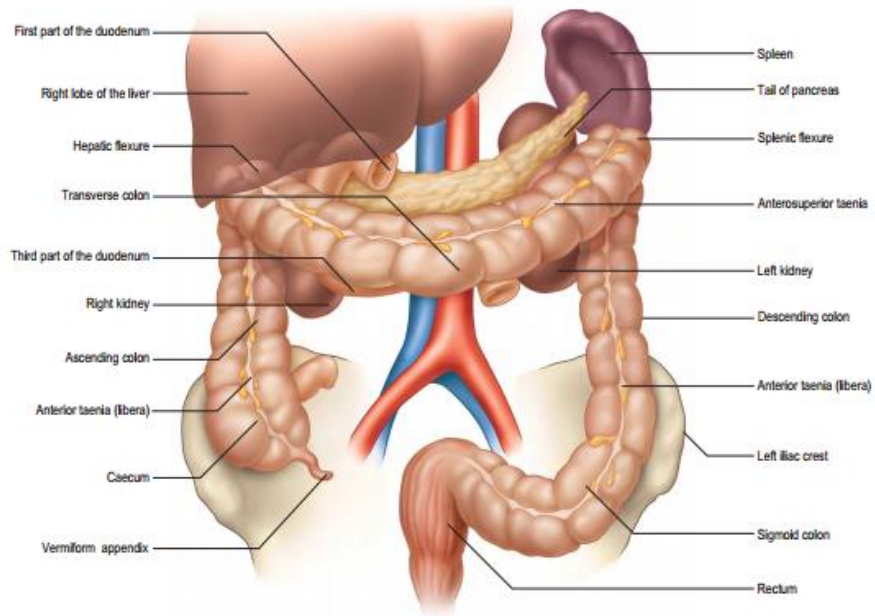
- ➡ Hiệp hội Ung thư Mỹ (2013) ước tính ung thư đại trực tràng (UTĐTT) ở Hoa Kỳ
 - + 102480 trường hợp mắc mới bệnh UTĐTT;
 - + 40340 trường hợp UTĐTT, 50830 người chết.
- ➡ Tại Việt Nam năm (2018) theo BHYT ung thư đại trực tràng nằm trong số 10 bệnh ung thư thường gặp, có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 10,1/100.000 dân, đứng hàng thứ sáu trong các bệnh ung thư của cả 2 giới, theo ghi nhận ung thư đại trực tràng Hà Nội tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 7,5/100.000

- ➡ Tại Tp Hồ Chí Minh 2007-2011 có 33.126 trường hợp ung thư.
 - + Ở nam giới, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 sau ung thư phổi và gan
 - + Ở giới nữ ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 sau ung thư vú và cổ tử cung
- ➡ Hiện tại, bệnh viện chẩn đoán tổn thương đại trực tràng thường dựa vào nội soi mềm sinh thiết, làm xét nghiệm mô bệnh học.

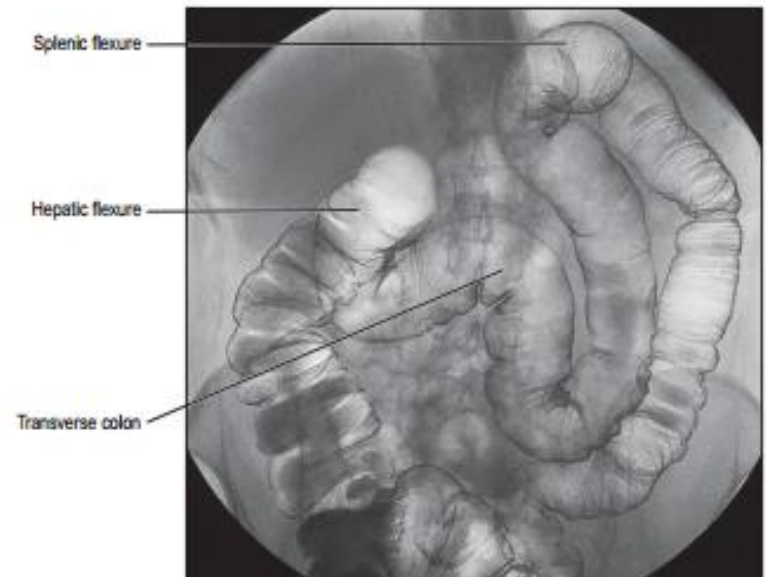
Tuy nhiên, với mẫu mô sinh thiết nhỏ không định hướng tốt, việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Kết quả chẩn đoán có thể cao hơn hay thấp hơn bản chất của tổn thương.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Chẩn đoán ung thư Đại trực tràng dựa trên mẫu nội soi sinh thiết, những khó khăn và sai lầm mắc phải” với mục tiêu cụ thể như sau: Xác định những khó khăn và sai lầm mắc phải trong chẩn đoán ung thư Đại-trực tràng dựa vào mẫu sinh thiết nội soi.

II. TỔNG QUAN



Nguồn: Gray's Anatomy (2008)



Nguồn: Gray's Anatomy (2008)



Fig. 67.4 Endoscopic appearance of the caecum. The characteristic trefoil appearance of the confluence of the three taeniae is usually obvious.

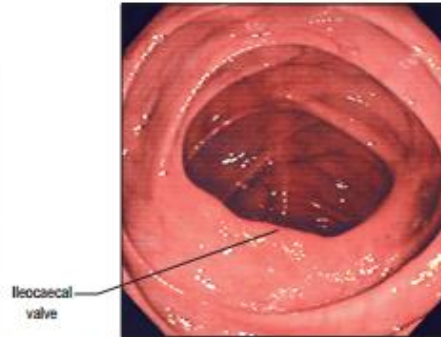


Fig. 67.5 Endoscopic appearance of the ascending colon.



Fig. 67.6 Endoscopic appearance of the transverse colon. Note the characteristic triangular appearance of the haustrations when viewed collectively (see also Fig. 67.10C).



Fig. 67.7 Endoscopic appearance of the descending colon. The lumen tends to look rather more featureless than the more proximal colon.



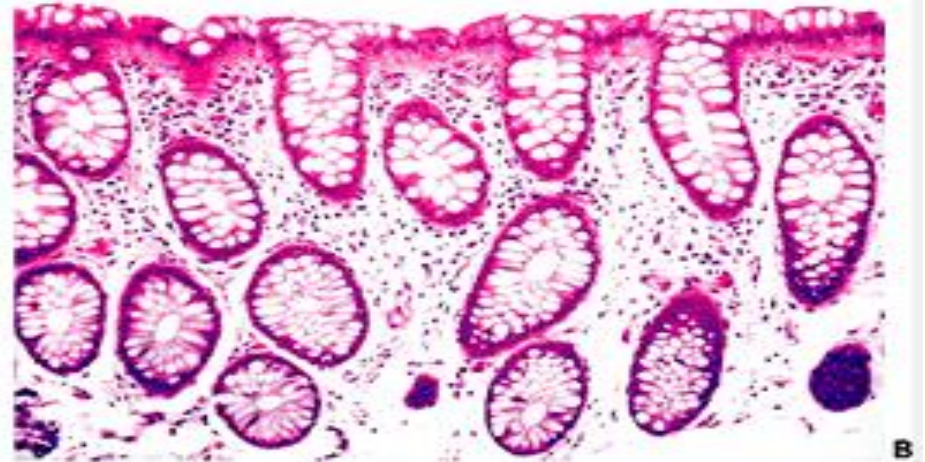
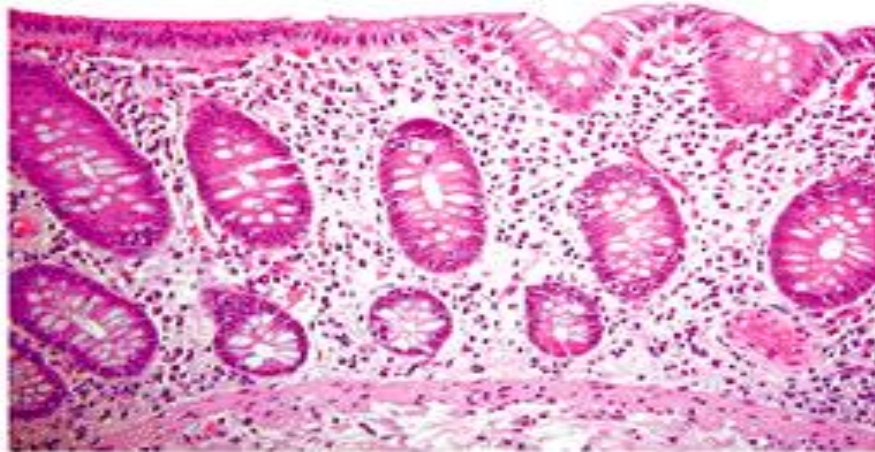
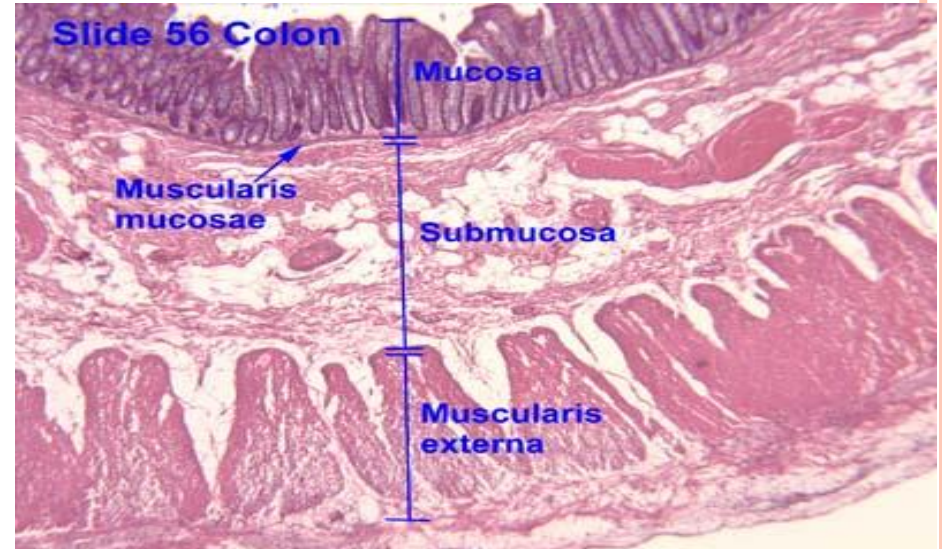
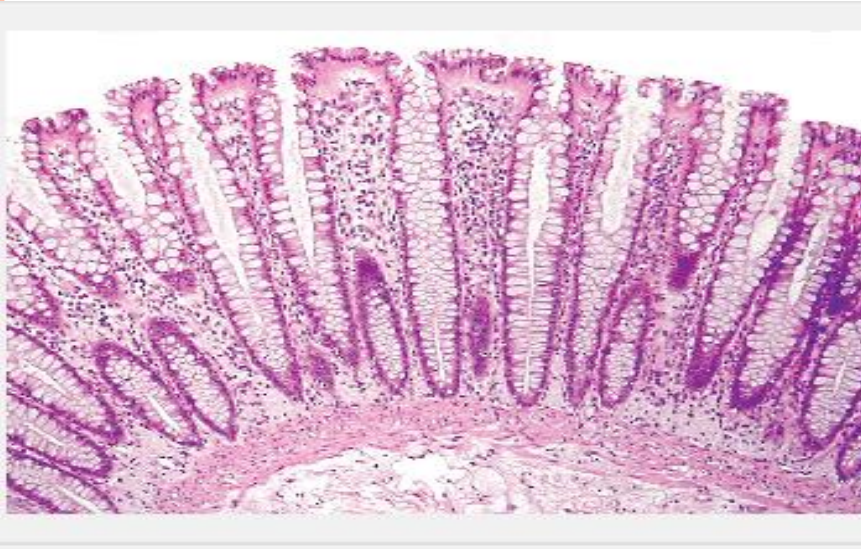
Fig. 67.8 Endoscopic appearance of the sigmoid colon. Multiple large mucosal folds are characteristic.



Fig. 67.9 Endoscopic appearance of the rectum. Note the large transverse folds, with little else in the way of mucosal

Nguồn: Gray's Anatomy (2008)

II. TỔNG QUAN



Nguồn: Biopsy Pathology in Colorectal Disease (2007)

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

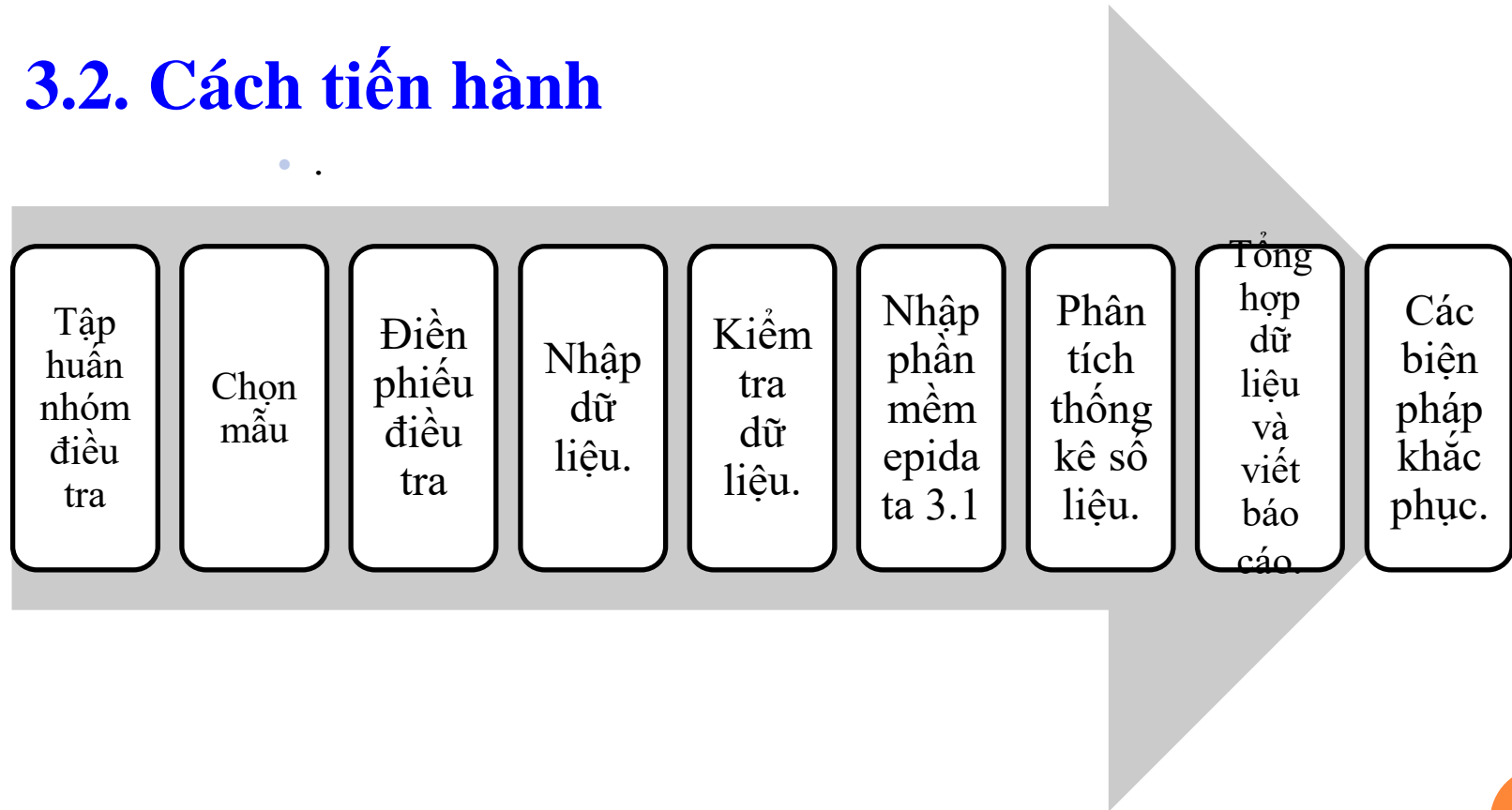
3.1 Đối tượng nghiên cứu

- + Dân số mục tiêu: Chọn các bệnh nhân nghi ngờ ung thư Đại trực tràng trong khi nội soi tại khoa Nội Soi.
- + Dân số chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân nghi ngờ ung thư Đại trực tràng trong khi nội soi được đưa vào nghiên cứu tại Khoa Nội soi Bệnh viện Đa Khoa Thống Nhất Đồng Nai, từ 01/01/2014 đến 31/12/2018.
- + Tiêu chí chọn mẫu:
 - Tiêu chí đưa vào: chọn những bệnh nhân nội soi nghi ngờ sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học trước mổ và được mổ cắt tổn thương làm xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ.
 - Tiêu chí loại trừ: Không phải carcinnôm tuyến

Cách chọn mẫu: chọn mẫu trọn

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

3.2. Cách tiến hành



QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU:



- DÂN SỐ MỤC TIÊU

- DÂN SỐ CHỌN MẪU

- ĐIỀN PHIẾU ĐIỀU TRA

- HOÀN TẤT CÁC PHIẾU ĐIỀU TRA

- KIỂM TRA CÁC PHIẾU ĐIỀU TRA

- NHẬP SỐ LIỆU EPIDATA 3.1

- XỬ LÝ SỐ LIỆU VÀ VIẾT BÁO CÁO

Những sai lầm mắc phải trong chẩn đoán ung thư Đại-trực tràng dựa vào mẫu sinh thiết nội soi.

1. Số mẫu nội soi sinh thiết

Bảng phân bố mẫu theo tổn thương

Số mẫu	Đại thể				Tổng số
	Sùi	Loét	Vòng siết	Xơ chai	
3 mẫu	0	1	1	1	3
4 mẫu	1	1	0	0	2
5 mẫu	7	0	0	0	7
6 mẫu	6	0	0	0	6
Tổng số	14	2	1	1	18

Nội soi Đại trực tràng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư đại trực tràng. Trong quá trình nội soi, việc lấy mẫu đôi khi gặp khó khăn như tổn thương vòng siết, xơ chai chúng tôi chỉ lấy được 03 mẫu vì không thể đưa kim qua được hoặc tổn thương loét chỉ thực hiện được 3-4 mẫu do bị chảy máu.

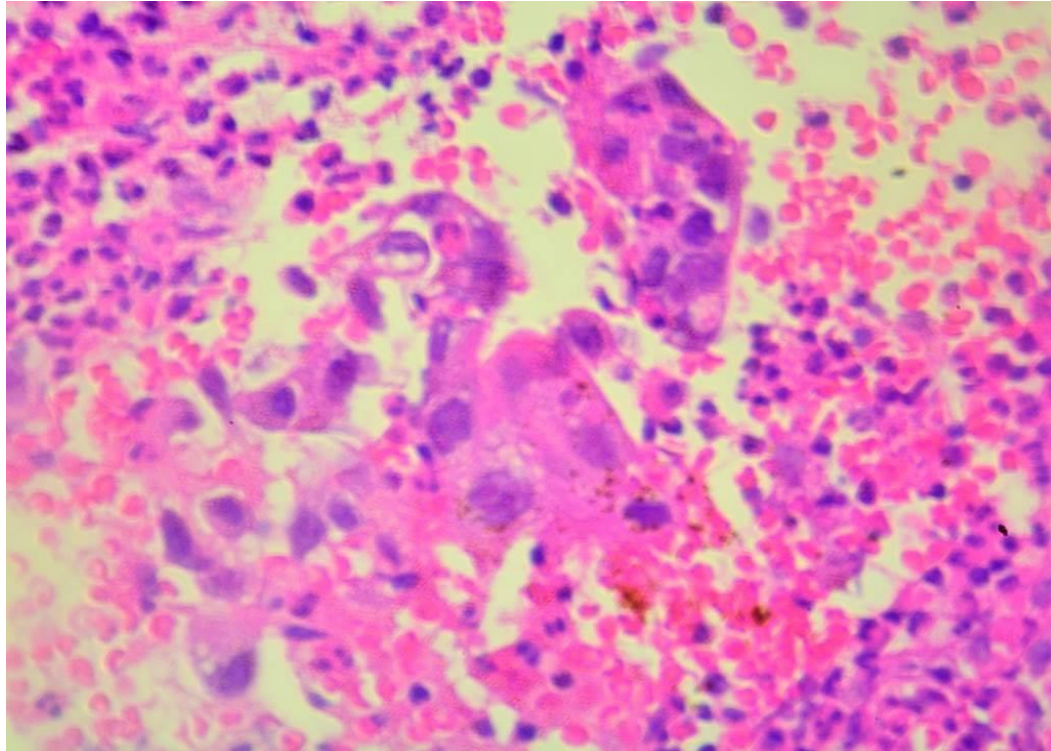
Những sai lầm mắc phải trong chẩn đoán ung thư Đại-trực tràng dựa vào mẫu sinh thiết nội soi.

2. Mẫu nội soi sinh thiết nhỏ

	Lần sinh thiết	Số mẫu	Không chẩn đoán	Nghi ngờ
Nghiên cứu của chúng tôi	Lần 1	127	13,4% (17/127)	9,45% (12/127)
	Lần 2	18	5,56% (1/18)	11,11% (2/18)

Mẫu nhỏ có thể có 3 trường hợp khó khăn xảy ra

Trường hợp thứ 1: Mẫu sinh thiết quá nông không đủ cơ sở đánh giá khả năng xâm nhiễm. **Trường hợp thứ 2:** Mẫu sinh thiết hiện diện u tuyến ống, tuyến nhánh hoặc tuyến ống nhánh không thấy bằng chứng ung thư mặc dù bệnh nhân được chẩn đoán ung thư sau mổ. Do bác sĩ nội soi sinh thiết vào phần u tuyến còn lại vì theo tác giả (Muto et al., 1975) phần lớn ung thư Đại trực tràng phát sinh từ u tuyến trước đó vì thế sinh thiết vào rìa ung thư là khó tránh khỏi. **Trường hợp thứ 3** Sinh thiết vào một phần ung thư biệt hóa rõ, vì thế rất khó phân biệt với u tuyến hay tuyến loạn sản. Chìa khóa duy nhất để giải thích cho trường hợp này là phản ứng mô đệm giữa các tuyến. Trái lại không có mô đệm bất thường thì nên chẩn đoán nghi ngờ.

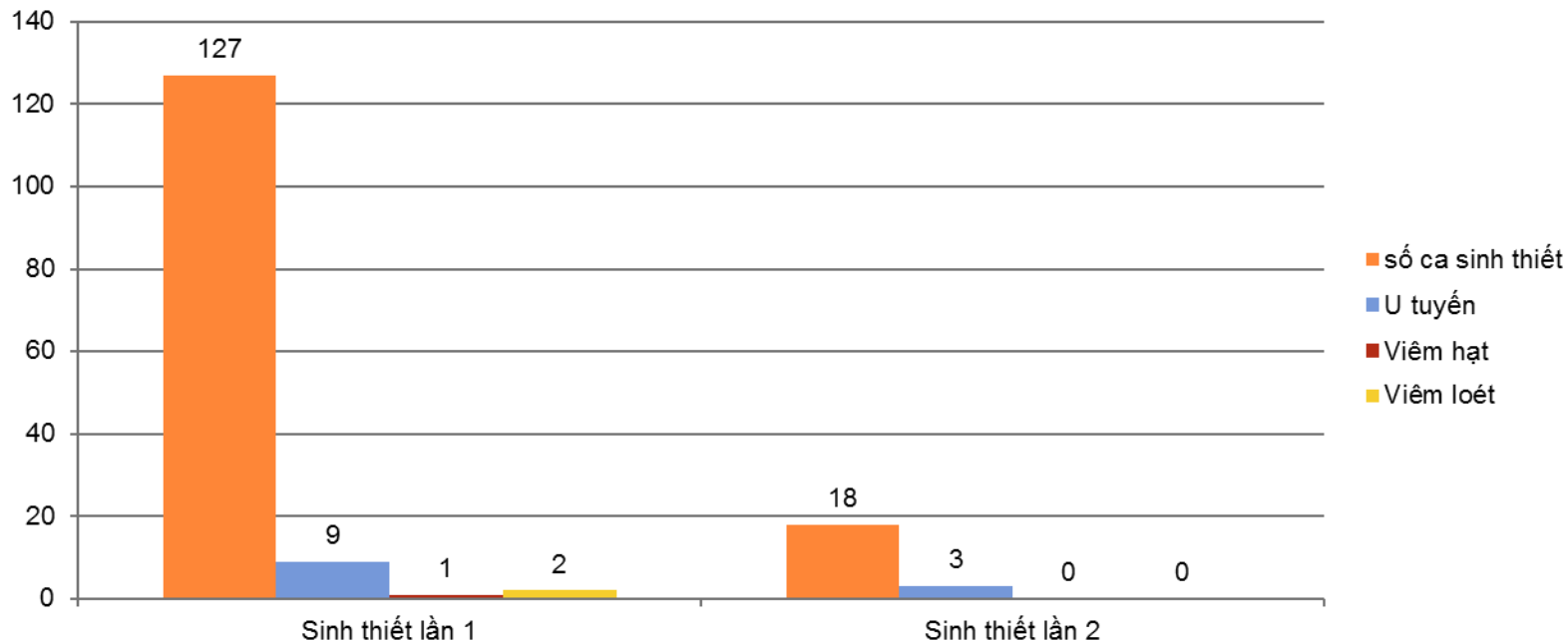


**Hình mẫu nội soi sinh thiết không đầy đủ
(Nguồn: 3647H17: HE X 1000)**

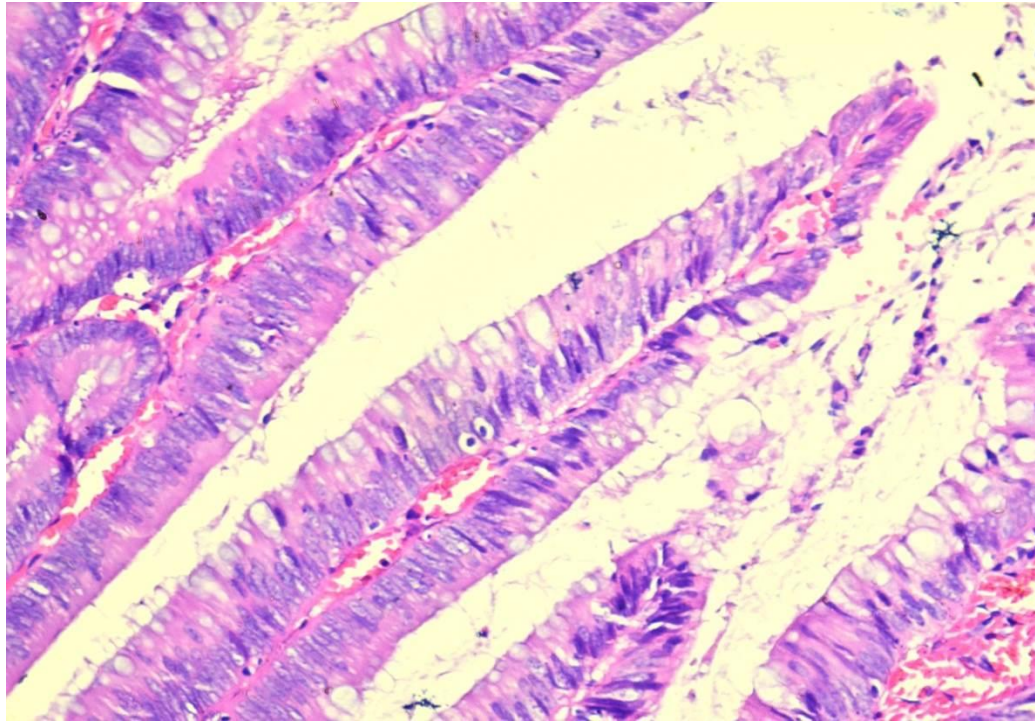
Mẫu nội soi sinh thiết này của một khối u trực tràng chứa tuyến không điển hình mô giống như mô hạt, nghi ngờ ác tính. Tuy nhiên, mô đậm không đủ bằng chứng xếp phản sợi và không đủ mô để xác định liệu có ung thư xâm lấn hay không

Những sai lầm mắc phải trong chẩn đoán ung thư Đại-trực tràng dựa vào mẫu sinh thiết nội soi.

3. Loạn sản biểu mô trong u tuyến



Biểu đồ phân bố kết quả chẩn đoán u tuyến ở lần sinh thiết thứ nhất và thứ hai

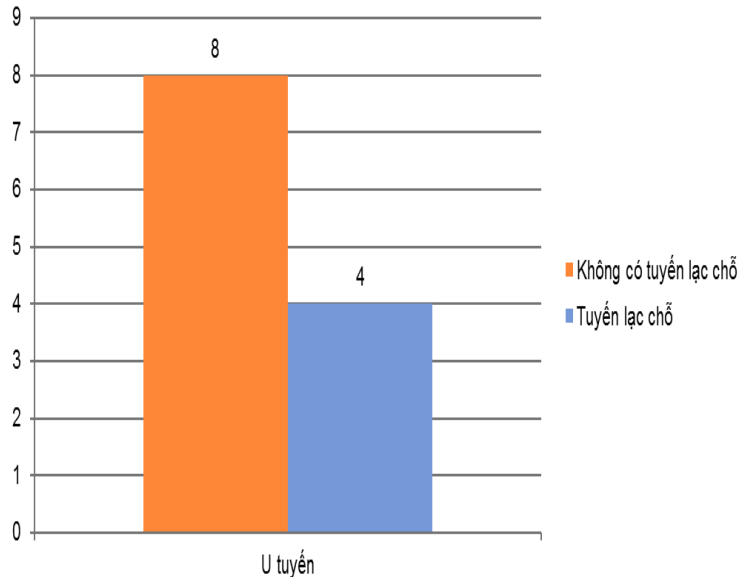


**Hình U tuyến nhánh
(Nguồn: 2049H17: HE X 400)**

Hiện diện những vùng loạn sản khác nhau từ nhẹ đến trung bình

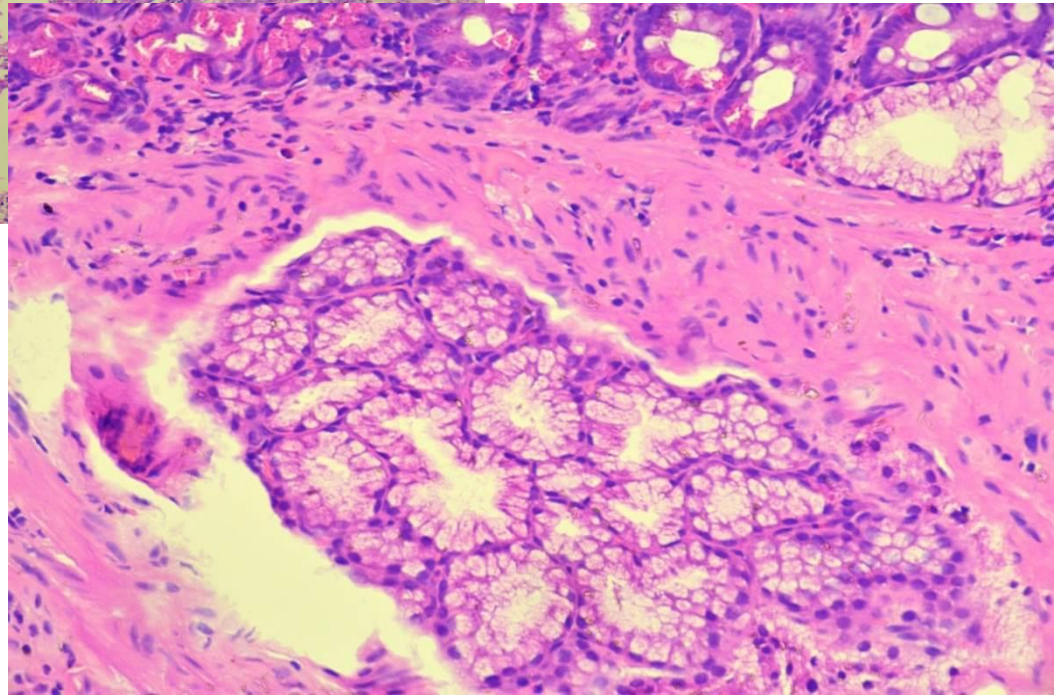
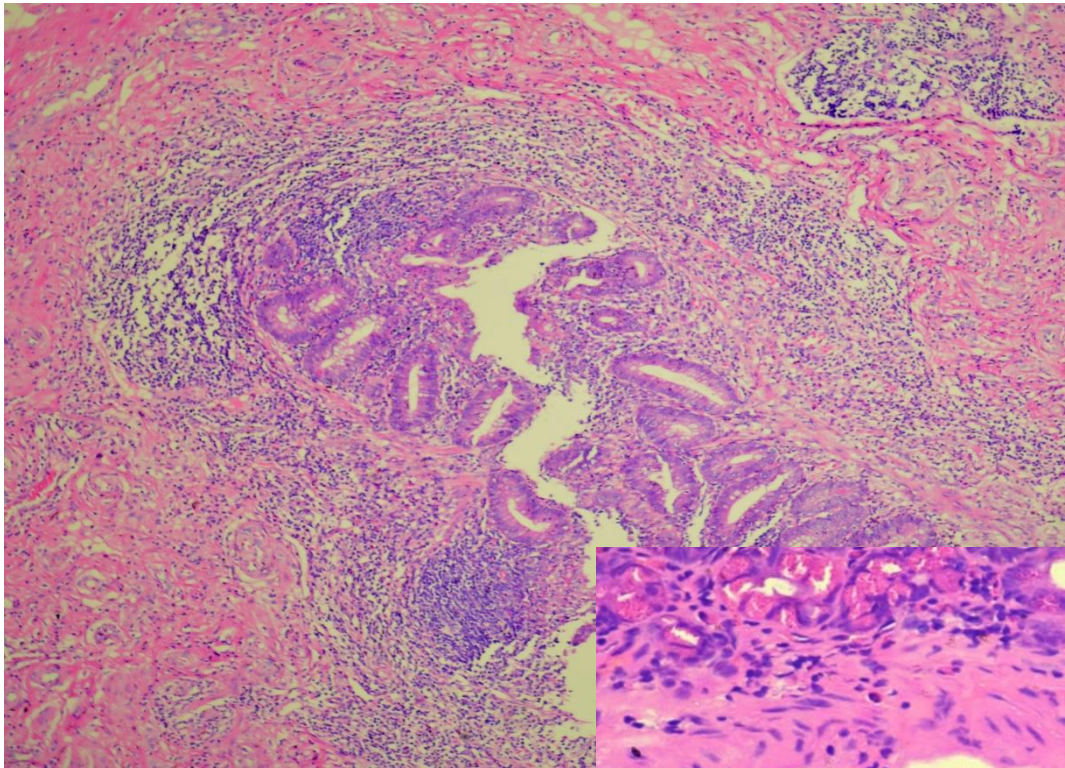
Những sai lầm mắc phải trong chẩn đoán ung thư Đại-trực tràng dựa vào mẫu sinh thiết nội soi.

4. Biểu mô lạc chỗ (giả xâm nhiễm)



Biểu đồ phân bố tuyến lạc chỗ trong u tuyến

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 4/12 (33,33) trường hợp tuyến lạc chỗ. Thật là quan trọng nhận biết tuyến lành tính lạc chỗ để không mắc sai lầm chẩn đoán ung thư. Tuyến bình thường nằm sâu trong lớp cơ niêm là kết quả của quá trình tái tạo sau tổn thương. Theo tác giả (Muto et al., 1973) hình ảnh này gọi là giả xâm nhiễm và tác giả (Greene, 1974; Qizilbash et al., 1980) quan sát có từ 3-10% hình ảnh này trong u tuyến.



Những sai lầm mắc phải trong chẩn đoán ung thư Đại-trực tràng dựa vào mẫu sinh thiết nội soi.**5. Đánh giá độ mô học của u dựa trên mẫu nội soi sinh thiết**

Độ mô học chẩn đoán ở mẫu mô nội soi sinh thiết	Độ mô học chẩn đoán ở mẫu mô sau mổ			Tổng số
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	
Độ 1	2	2		4
Độ 2	0	72	16	88
Độ 3	0	3	3	6
Tổng số	2	77	19	98

Sự không đồng nhất của u có thể làm cho việc phân loại mô học khó khăn, đặc biệt ở mẫu sinh thiết, do mẫu sinh thiết không đại diện cho toàn bộ khối u (Qualheim and Call, 1953). Trong một nghiên cứu đánh giá độ mô học của ung thư Đại trực tràng bởi 5 bác sĩ Giải phẫu bệnh nhiều kinh nghiệm, tác giả Thomas et al. (1983) đã tìm thấy sự thống nhất 56-69% cho tất cả các trường hợp. Chỉ có 52% ung thư kém biệt hóa được xác định là đúng trên mẫu sinh thiết. Hơn nữa, cũng có sự khác biệt ở một bác sĩ khi quan sát lại trên cùng một ung thư.

V. KẾT LUẬN:

Năm khó khăn và những sai lầm mắc phải trong chẩn đoán ung thư đại trực tràng dựa vào mẫu nội soi sinh thiết

- + Số lượng mẫu sinh thiết
- + Mẫu sinh thiết nhỏ
- + Loạn sản biểu mô trong u tuyến
- + Biểu mô lạc chỗ (giả xâm nhiễm)
- + Đánh giá độ mô học của u dựa trên mẫu nội soi sinh thiết

KIẾN NGHỊ:

Nội soi sinh thiết tối thiểu là 6 mẫu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế. (2018). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng (Ban hành kèm theo Quyết định số 2549/QĐ-BYT ngày 19 tháng 4 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
2. Nguyễn Chấn Hùng và cs. (2010). Làm nhẹ gánh nặng ung thư. Tạp chí Y học TP.HCM(4), i-vi.
3. Lê Hoàng Minh và cs. (2013). Xuất độ ung thư Thành Phố Hồ Chí Minh: Kết quả từ ghi nhận ung thư quần thể 2007 - 2011. Tạp chí Y học TP.HCM(4), 19-27.
4. Ahmed Gado et al. (2011). Improving the Yield of Histological Sampling in Patients With Suspected Colorectal Cancer During Colonoscopy by Introducing a Colonoscopy Quality Assurance Program. Gastroenterology Res, 4(4), 157–161.
5. Classen M et al. (2010). Gastroenterological Endoscopy. 2nd edition. Stuttgart. Georg Thieme Verlag, p. 222.
6. Ian Talbot. (2007). Biopsy Pathology in Colorectal Disease. book, This second edition published in 2006 by Hodder Arnold, an imprint of Hodder Education and a member of the Hodder Headline Group,.
7. Marshall JB et al. (1993). Prospective evaluation of optimal number of biopsy specimens and brush cytology in the diagnosis of cancer of the colorectum. Am J Gastroenterol, 88(9), 1352–1354.

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN
QUÍ HỘI ĐỒNG

