

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ U DƯỚI NIÊM MẠC Ở ĐƯỜNG TIÊU HÓA BẰNG KỸ THUẬT NỘI SOI CẮT U QUA ĐƯỜNG HẦM DƯỚI NIÊM MẠC

La Vinh Phúc¹, Phạm Văn Linh²

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại Học Quốc Tế Hồng Bàng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U dưới niêm mạc - Submucosal Tumor (SMT) được định nghĩa là bất kỳ tổn thương nào phát triển bên dưới lớp niêm hay lớp cơ của thành ống tiêu hóa. Nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm mạc - Submucosal Tunneling Endoscopy Resection (STER) là phương pháp mới hiện nay có thể được thực hiện mà không cần sự hỗ trợ của nội soi ổ bụng, nhiều nghiên cứu đã chứng minh tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này trong điều trị u dưới niêm đường tiêu hóa.

ĐỐI tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân được chẩn đoán u dưới niêm mạc đường tiêu hóa được thực hiện kỹ thuật STER tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2020 - 2023.

Kết quả: 23 bệnh nhân (nam: nữ 15:8) với độ tuổi trung bình $51,35 \pm 15,86$ được thực hiện STER. 6 khối u nằm ở thực quản, 1 u nằm ở trực tràng, các khối u còn lại nằm ở dạ dày. Kích thước khối u trung bình $14,7 \pm 7,41$ mm. Thời gian thực hiện STER trung bình là $81,59 \pm 50,32$ phút. Điểm VAS là $0,27 \pm 0,46$. Không có biến chứng chu phẫu. Thời gian nằm viện trung bình là $5,36 \pm 3,13$ ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,64 \pm 2,59$ ngày.

Kết luận: STER là kỹ thuật hiệu quả và an toàn trong điều trị tổn thương u dưới niêm mạc đường tiêu hóa. Các nghiên cứu sâu hơn là cần thiết để đánh giá kết quả của kỹ thuật này.

Từ khóa: U dưới niêm mạc đường tiêu hóa, nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm mạc.

ABSTRACT

OUTCOMES OF TREATMENT GASTROINTESTINAL SUBMUCOSAL TUMOR BY SUBMUCOSAL TUNNELING ENDOSCOPIC RESECTION

La Vinh Phuc¹, Pham Van Linh²

Background: Submucosal tumor (SMT) is defined as any lesion that develops below the mucosal or muscularis propria of the gastrointestinal tract wall. Submucosal tunneling endoscopic resection (STER) is a new method that can now be performed without the support of laparoscopy, many studies have demonstrated the safety and effectiveness of this method in the treatment of gastrointestinal submucosal tumor.

Methods: A retrospective descriptive study on patients with gastrointestinal submucosal tumor treated by submucosal tunneling endoscopic resection at the Hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy from 2020 to 2023.

Results: 23 patients (M:F 15:8) with mean age $51,35 \pm 15,86$ years old underwent STER. 6 tumors located at esophagus, 1 tumors located at rectum, all the remains tumors were in the stomach with the mean tumor size $14,7 \pm$

Ngày nhận bài: 01/10/2023. Ngày chỉnh sửa: 15/11/2023. Chấp thuận đăng: 10/12/2023

Tác giả liên hệ: Phạm Văn Linh. Email: linhphamvanprof@yahoo.com. SĐT: 0913425422

Kết quả bước đầu điều trị u dưới niêm mạc ở đường tiêu hóa...

7,41mm. Mean procedure time was $81,59 \pm 50,32$ minutes. VAS score were $0,27 \pm 0,46$. No perioperative complication. Mean length of stay in hospital was $5,36 \pm 3,13$ days. Mean postoperative length of stay was $3,64 \pm 2,59$ days.

Conclusions: STER is an effective and relatively safe technique in the treatment of gastrointestinal submucosal tumor. Further studies are necessary to evaluate the results of these techniques.

Keywords: Submucosal tumor, Submucosal tunneling endoscopic resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới niêm mạc - Submucosal Tumor (SMT) được định nghĩa là bất kỳ tổn thương nào phát triển bên dưới lớp niêm hay lớp cơ của thành ống tiêu hóa. Tỷ lệ mắc u dưới niêm mạc trong toàn bộ đường tiêu hóa hiện nay chưa được biết rõ ràng. Tuy nhiên, u dưới niêm mạc tại dạ dày xuất hiện với tỷ lệ nhiều nhất, với tỷ lệ khoảng 0,4% phát hiện được khi nội soi chẩn đoán [1].

Phần lớn u dưới niêm không biểu hiện triệu chứng lâm sàng và được phát hiện tình cờ qua nội soi hoặc chẩn đoán hình ảnh. Với thể mô bệnh học đa dạng, bao gồm cả các bệnh lý lành tính cho tới ác tính, lại tương đối khó khăn trong tiếp cận sinh thiết nên việc định hướng chẩn đoán và lựa chọn thái độ xử trí u dưới niêm phụ thuộc nhiều vào đánh giá của bác sĩ lâm sàng dựa trên vị trí u, đặc điểm u qua hình ảnh nội soi và các kết quả chẩn đoán hình ảnh [2].

Điều trị u dưới niêm đường tiêu hóa là một trong những bước phát triển thú vị nhất của nội soi can thiệp. U dưới niêm mạc đường tiêu hóa thường được phát hiện một cách tình cờ khi nội soi. Dữ liệu hiện có về dịch tễ học, cách tiếp cận hoặc phương pháp can thiệp thích hợp của u dưới niêm mạc đường tiêu hóa còn khiêm tốn. Đa số u dưới niêm mạc ở đường tiêu hóa trên là u mô đệm đường tiêu hóa, tiếp theo là u cơ trơn, ít gặp hơn là u trung mô đường tiêu hóa khác như u thần kinh nội tiết, u tế bào hạt, u tế bào cận hạch thần kinh và nhiều bệnh lý khác [3]. Điều quan trọng là phải phân biệt các bệnh lý này, vì u mô đệm đường tiêu hóa và u thần kinh nội tiết có tiềm năng ác tính, do đó nên can thiệp hoặc giám sát tương đối tích cực [1].

Kỹ thuật nội soi tiêu hóa với đường hầm - Digestive endoscopic tunnel technique (DETT) lần đầu tiên được báo cáo bởi Ling-Hu và cộng sự vào năm 2009. Năm 2012, Inoue và cộng sự báo cáo

kỹ thuật mở cơ qua nội soi đường miệng - Peroral endoscopic myotomy (POEM). Sau đó, nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm mạc (STER) được lấy cảm hứng từ DETT, ban đầu được báo cáo bởi Xu và cộng sự vào năm 2012 để loại bỏ 1 khối u dưới niêm có nguồn gốc từ lớp cơ. Một đường hầm nằm giữa lớp niêm mạc và lớp cơ được hình thành và quá trình phẫu tích được thực hiện bên trong đường hầm này. Khối u dưới niêm được cắt bỏ trong khi vẫn bảo tồn toàn vẹn lớp niêm mạc. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh được tính hiệu quả và an toàn của STER, tuy nhiên một số nghiên cứu khác cũng cho thấy độ hiệu quả và an toàn của STER là khác nhau đối với các khối u dưới niêm ở các vị trí khác nhau trên đường tiêu hóa [4, 5].

Trong nghiên cứu hồi cứu này, chúng tôi sẽ đánh giá tính hiệu quả và an toàn của STER đối với các khối u dưới niêm đường tiêu hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán u dưới niêm mạc đường tiêu hóa được thực hiện nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm mạc (STER) tại khoa Ngoại Tổng Hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2021 - 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán u dưới niêm mạc đường tiêu hóa qua nội soi. Bệnh nhân đồng thuận thực hiện STER.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; Tổn thương kích thước > 3cm; Bệnh nhân có rối loạn đông máu (INR > 1,5 hoặc tiểu cầu < 40.000/mm³)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu
Phương tiện nghiên cứu: Dàn máy nội soi tiêu hóa trên có sử dụng máy bơm CO₂, máy cắt đốt nội

Kết quả bước đầu điều trị u dưới niêm mạc ở đường tiêu hóa...

soi, bộ dụng cụ thường dùng trong phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi: mũ silicone chụp đầu ống nội soi, kim chích dưới niêm, nước muối sinh lý, dung dịch gelofusine, splash-M-knife, dao tam giác, dual - knife, dao IT-2, kèm sinh thiết nóng, clip cầm máu loại dùng một lần.

Quy trình nghiên cứu:

- Bệnh nhân được nhịn ăn trên 8 giờ trước thủ thuật, được gây mê tĩnh mạch hoặc mê nội khí quản.

- Chúng tôi chỉ dùng hệ thống bơm khí CO2.

- Chích kháng sinh dự phòng 5 - 30 phút trước thủ thuật.

- Tiến hành kỹ thuật STER: Chích dưới niêm mạc cách u khoảng 2 - 5cm. Cắt niêm mạc khoảng 2cm tại vị trí tiêm. Phẫu tích lớp dưới niêm mạc ở vị trí sát lớp cơ để tạo đường hầm tiếp cận u. Phẫu tích quanh khối u: từ đỉnh đến hết chân khối u. Lấy u ra ngoài làm xét nghiệm mô bệnh học. Dùng clip khép vết thương.

- Bệnh nhân được uống nước đường sau thủ thuật. Nếu không có dấu hiệu nghi ngờ viêm phúc mạc thì được ăn thức ăn mềm trong 1 tuần.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi thực hiện STER ở 23 bệnh nhân, bao gồm nam 15 (65,22%) và nữ 8 (34,78%): Tỷ lệ nam/nữ là 15/8. Độ tuổi trung bình là $51,35 \pm 15,86$ (17 - 74) tuổi. Kích thước u trung bình: $14,7 \pm 7,41$ (5 - 30) mm.

Bảng 1: Vị trí của u

Vị trí	Số BN	Tỷ lệ %
1/3 giữa thực quản	6	26,09
Hành tá tràng	1	4,35
Hang vị	6	26,09
Phình vị	1	4,35
Tâm vị	4	17,39
Thân vị	4	17,39
Trực tràng	1	4,35
Tổng	23	100,00

Về vị trí, đa số u dưới niêm được thực hiện STER nằm ở 1/3 giữa thực quản và hang vị với tỷ lệ lần lượt là 26,09 %; u ở thân vị và tâm vị chiếm 17,39 %; các vị trí như hành tá tràng, phình vị và trực tràng chiếm tỷ lệ 4,35%.

Bảng 2: Kết quả giải phẫu bệnh học

Kết quả GPB	Số BN	Tỷ lệ %
Carcinoid	1	4,35
U mô đệm đường tiêu hóa	3	13,04
Mô thừa dạng bướu	1	4,35
Tụy lạc chỗ	3	13,04
U cơ trơn	15	65,22
Tổng	23	100,00

Về kết quả giải phẫu bệnh học sau cắt trọn u, đa số u là u cơ trơn với tỷ lệ 65,22%. U mô đệm đường tiêu hóa và tụy lạc chỗ chiếm tỷ lệ khoảng 13,04%, còn lại là u carcinoid và mô thừa dạng bướu.

Cắt trọn u chiếm tỷ lệ 100%.

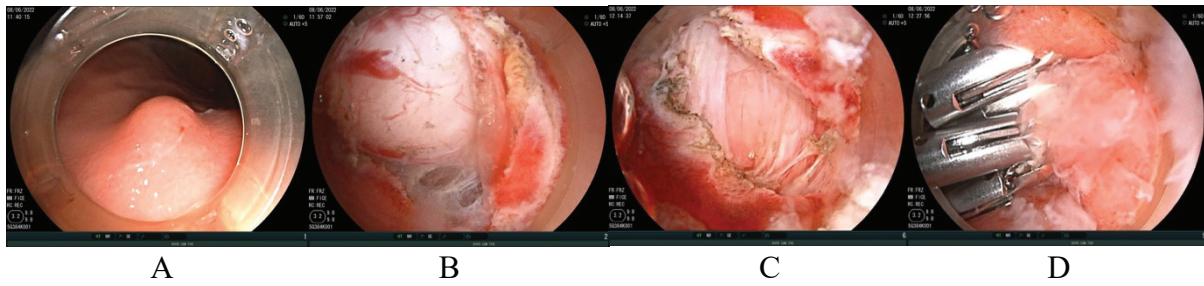
Có 1 (4,35%) trường hợp chuyển mổ nội soi u dưới niêm to 2cm ở hang vị, được cắt xuyên thành. Bệnh nhân chuyển mổ nội soi để kiểm tra vết thương sau khi đã kẹp clip khép kín vết thương. Bệnh nhân được khâu thanh mạc và cơ 4 mũi, không có biến cố bất lợi.

Thời gian thủ thuật $81,59 \pm 50,32$ (30 - 205) phút. Thang điểm VAS $0,27 \pm 0,46$ (0 - 1) điểm. Không có biến chứng chu phẫu. Thời gian nằm viện: $5,36 \pm 3,13$ (1 - 14) ngày. Thời gian nằm viện sau thủ thuật: $3,64 \pm 2,59$ (1 - 11) ngày.

IV. BÀN LUẬN

U dưới niêm mạc đường tiêu hóa có nhiều chẩn đoán phân biệt và chủ yếu được chia thành u cơ trơn, u mô đệm đường tiêu hóa, và u carcinoid,... Với sự phát triển của các kỹ thuật hình ảnh, tỷ lệ phát hiện u dưới niêm mạc ngày càng tăng và tỷ lệ mắc u dưới niêm mạc được báo cáo là 0,3%. U dưới niêm mạc được bao phủ bởi niêm mạc nguyên vẹn, làm tăng độ khó của siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ và sinh thiết, đặc biệt khi các khối u bắt nguồn từ lớp cơ. Mặc dù u cơ trơn lành tính là loại u dưới niêm mạc phổ biến nhất trong đường tiêu hóa, nhưng cần lưu ý tới u mô đệm đường tiêu hóa - Gastrointestinal stromal tumor (GIST) có khả năng ác tính và là loại u dưới niêm mạc phổ biến thứ hai [1].

Kết quả bước đầu điều trị u dưới niêm mạc ở đường tiêu hóa...



Hình 1: Kỹ thuật STER. U dưới niêm mạc sau thân vị d # 10mm (A). U dưới niêm mạc được bộc lộ sau khi cắt niêm mạc và phẫu tích (B). U dưới niêm mạc đã được phẫu tích lấy trọn và thanh mạc đã lộ ra (C). Vết thương sau khi lấy u được khép kín bằng clip (D).

Với sự phát triển của kỹ thuật, trang thiết bị và dụng cụ trong nội soi tiêu hóa, ngày càng nhiều kỹ thuật mới đã được áp dụng trên lâm sàng. Kỹ thuật STER điều trị u dưới niêm mạc là nhóm kỹ thuật can thiệp mới trong nội soi dựa trên nguyên lý của kỹ thuật phẫu tích dưới niêm mạc.

Hiện tại, số bài báo về STER điều trị u dưới niêm mạc đường tiêu hóa trên thế giới chủ yếu ở tập trung ở Nhật Bản, Trung Quốc, Đài Loan và Hoa Kỳ [6]. Chúng tôi cũng chưa ghi nhận bài báo nào trong nước về kỹ thuật STER điều trị u dưới niêm mạc đường tiêu hóa dù một số trung tâm nội soi trên toàn quốc cũng đã triển khai như Bệnh Viện Bạch Mai, Bệnh Viện K.

Về kỹ thuật STER, đa số là bài báo hồi cứu loạt ca bệnh [6]. Theo một nghiên cứu phân tích tổng hợp, tỷ lệ cắt trọn u từ 83-100% [6], tỷ lệ tràn khí dưới da và/hoặc tràn khí màng phổi là khoảng 15% và đa số tự hấp thu [2, 7]. Tỷ lệ cắt trọn u của chúng tôi là 100%, cũng tương tự như các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới [7, 8]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận STER là an toàn, chưa ghi nhận biến cố bất lợi và thời gian thủ thuật trung bình ngắn [9].

Hầu hết nghiên cứu chưa ghi nhận tỷ lệ tái phát sau cắt u dưới niêm mạc bằng kỹ thuật STER hoặc tỷ lệ tái phát rất thấp [6, 10]. Đa số u dưới niêm mạc là những u có nguy cơ thấp và tăng trưởng chậm nên khó đánh giá là thành công nếu không theo dõi được lâu dài. Bên cạnh đó, u dưới niêm mạc khi tái phát sẽ khó phát hiện do mô tại vị trí cắt đã trở nên xơ dính và nằm ở dưới niêm mạc. Và tỷ lệ bệnh nhân chấp nhận nội soi định kỳ theo

dõi cũng là một vấn đề cần thảo luận. Vì vậy, chúng ta cần thêm nhiều thông tin nữa mới có thể đánh giá hết được hiệu quả ngắn hạn và lâu dài của phương pháp này.

5. KẾT LUẬN

Kỹ thuật STER trong điều trị các trường hợp u dưới niêm mạc có hiệu quả cao và an toàn. Các nghiên cứu sâu hơn là cần thiết để đánh giá kết quả của các kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Standards of Practice C, Faulx AL, Kothari S, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH, et al. The role of endoscopy in subepithelial lesions of the GI tract. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(6):1117-1132.
- Asge Technology Committee. ASGE guideline for endoscopic full - thickness resection and submucosal tunnel endoscopic resection. *VideoGIE.* 2019;4(8):343-350.
- Humphris JL, Jones DB. Subepithelial mass lesions in the upper gastrointestinal tract. *J Gastroenterol Hepatol.* 2008;23(4):556-66.
- Lu J-X, Tan Y-Y, Liu D-L. Efficacy and safety of submucosal tunneling endoscopic resection for gastric submucosal tumors: a systematic review and meta-analysis. *Revista Espanola de Enfermadades Digestivas (REED).* 2021;11352-60.
- Du C, Chai NL, Ling-Hu EQ, Li ZJ, Li LS, Zou JL, et al. Submucosal tunneling endoscopic resection: An effective and safe therapy for upper gastrointestinal submucosal tumors originating from the muscularis propria layer. *World J Gastroenterol.* 2019;25(2):245-257.
- Zhang X, Modayil R, Criscitelli T, Stavropoulos SN. Endoscopic resection for subepithelial lesions-pure

Kết quả bước đầu điều trị u dưới niêm mạc ở đường tiêu hóa...

- endoscopic full-thickness resection and submucosal tunneling endoscopic resection. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2019;439.
7. Chen T, Zhang C, Yao LQ, Zhou PH, Zhong YS, Zhang YQ, et al. Management of the complications of submucosal tunneling endoscopic resection for upper gastrointestinal submucosal tumors. *Endoscopy.* 2016;48(2):149-55.
 8. Tan Y, Tang X, Guo T, Peng D, Tang Y, Duan T, et al. Comparison between submucosal tunneling endoscopic resection and endoscopic full-thickness resection for gastric stromal tumors originating from the muscularis propria layer. *Surg Endosc.* 2017;31(8):3376-3382.
 9. Zhou H, Tan Y, Wang C, Yang J, Zhou Y, Liu D. Removal of an extraluminal gastric gastrointestinal stromal tumor: the role of submucosal tunneling endoscopic resection. *Endoscopy.* 2017;49(S 01):E11-E13.
 10. Chen T, Zhou P, Chu Y, Zhang Y-Q, Chen W-F, Ji Y, et al. Long-term outcomes of submucosal tunneling endoscopic resection for upper gastrointestinal submucosal tumors. *Annals of Surgery.* 2017;265(2):363-369.