

9. Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Hà Nội) (2019).
10. Cao Thị Thanh Thủy, Ngô Văn Toàn, Phan Thị Nga. Tình trạng nhiễm HIV và chăm sóc,

điều trị ARV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm tại Việt Nam, 2010-2013. Luận án Tiến sỹ Y tế Công cộng. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; 2015.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA TỔN THƯƠNG ĐƯỜNG TIÊU HOÁ DO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN

Đào Việt Hằng^{1,2,3}, Trần Thị Thu Trang^{3,5}, Nguyễn Thu Thương³, Nguyễn Phúc Bình^{3,4}, Đinh Duy Hải^{3,4}, Nguyễn Thanh Tùng^{3,4}, Nguyễn Văn Thiên^{3,4}, Đào Văn Long^{2,3,4}

TÓM TẮT

Tổng quan: Các báo cáo về tổn thương đường tiêu hóa do tăng bạch cầu ái toan (BCAT) tại Việt Nam đang ngày được quan tâm và chủ yếu ở dạng ca lâm sàng. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của nhóm bệnh nhân (BN) này. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thiết kế là chuỗi ca bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện nghiên cứu và đào tạo tiêu hóa gan mật từ 6/2021 đến 12/2023. Nghiên cứu thu thập tất cả các BN có chẩn đoán xác định là viêm đường tiêu hóa (thực quản/dạ dày/tá tràng/đại tràng) do tăng BCAT. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi được ghi nhận, hình ảnh mô bệnh học được đánh giá kèm theo đếm số lượng BCAT. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 21 BN, trong đó phân bố tổn thương ở các vị trí bao gồm thực quản (11 BN, 52,4%), dạ dày (5 BN, 23,8%), đại tràng (3 BN, 14,3%), tá tràng (2 BN, 9,5%). Triệu chứng gặp nhiều nhất của đường tiêu hóa trên là trào ngược (19,0%), của đường tiêu hóa dưới là đau bụng (23,8%). Phân loại EREFS trên nội soi đối với viêm thực quản BCAT ghi nhận đặc điểm gặp nhiều nhất là hình ảnh vòng tròn đồng tâm (R); chấm, mảng trắng (E). Đối với dạ dày, đặc điểm nội soi gặp nhiều nhất là phù nề và trợt lồi rải rác ở toàn bộ niêm mạc dạ dày. Đối với đại tràng có các tổn thương như loét sâu ở van hồi manh tràng, mảng viêm dọc lòng đại tràng. Các BN chủ yếu được sinh thiết từ 2 mảnh trở lên, số lượng BCAT trung vị (IQR) từ các mẫu sinh thiết là 27,0 (20,0-38,5), min-max 15-150. **Kết luận:** Đây là nhóm bệnh lý có triệu chứng lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu, cần chú ý tới một số đặc điểm nội soi điển hình để tiến hành sinh thiết và làm mô bệnh học, từ đó có thêm căn cứ trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi BN.

Từ khóa: nội soi, mô bệnh học, viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan, bạch cầu ái toan, viêm đường tiêu hóa.

SUMMARY

THE CLINICAL SYMPTOMS, ENDOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS

Background: Eosinophilic gastrointestinal diseases (EGIDs) are getting more recognition, but data in Vietnam are mainly from case studies. Our study aims to describe the clinical symptoms, endoscopic and histopathological features of EGID patients. **Method:** A case series was conducted at Hanoi Medical University Hospital and Institute of Gastroenterology and Hepatology from 6/2021 to 12/2023 in all patients diagnosed with EGIDs (esophagus/stomach/small intestine/colon). Clinical characteristics and endoscopic images were recorded, histopathological images were assessed, and the number of eosinophils was counted. **Results:** A total of 21 patients were included, with GI lesions found in the following locations: esophagus (11 patients, 52.4%), stomach (5 patients, 23.8%), duodenum (2 patients, 9.5%), colon (3 patients, 14.3%). The most common symptoms of the upper GI tract was reflux (19.0%), and abdominal pain (23.8%) was the most prevalent symptom of the lower GI tract. The EREFS classification for eosinophilic esophagitis showed that the most common features were Rings (R: trachealization); Exurade (E: dots, white plaques). For the stomach, the most common endoscopic features were edematous and multiple raised erosions in the whole stomach. For the colon, the lesions include deep ulcers near the ileocecal valve and multiples patchy inflammation in the colon. Patients were mainly biopsied with 2 pieces (8 patients, 38.1%) or more than 4 pieces (8 patients, 38.1%) for histopathological examination. Regarding histopathological features, the median (IQR) eosinophil count at locations was 27.0 (20.0-38.5), min-max 15-150. The study recorded 3 patients with histopathological results after treatment, all showing responses. **Conclusion:** EGIDs is a group of diseases with diverse and non-specific clinical symptoms. Some typical endoscopic features should be noted for taking biopsies and histopathological examinations, then providing additional evidence for

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

⁴Phòng khám Đa khoa Hoàng Long

⁵Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

diagnosis, treatment, and monitoring of this patient group. **Keywords:** endoscopy, histopathology, eosinophilic esophagitis, eosinophil, gastroenteritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo đồng thuận quốc tế 2022, bệnh lý đường tiêu hoá do tăng bạch cầu ái toan (BCAT), Eosinophilic gastrointestinal diseases (EGIDs), là các rối loạn mạn tính qua trung gian miễn dịch, đặc trưng bởi các triệu chứng lâm sàng đường tiêu hoá và hình ảnh mô bệnh học có sự gia tăng của tình trạng viêm có tăng BCAT ở bất kỳ vị trí nào đường tiêu hoá; đồng thời loại trừ được nguyên nhân thứ phát gây tăng BCAT [1]. Đây là một bệnh lý hiếm gặp và đang có xu hướng tăng dần trong các năm qua. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ ước tính viêm dạ dày do tăng BCAT ước tính là 22-28/100.000 người. Tỷ lệ này ước tính tại từng vị trí thực quản, dạ dày tá tràng, và đại tràng lần lượt là 6.3/100,000, 8.4/100,000, và 3.3/100,000 [2]. Tại Việt Nam, các dữ liệu về bệnh lý này còn khá hạn chế, chỉ ghi nhận các báo cáo ca lâm sàng ở một số bệnh lớn.

Đây là nhóm bệnh lý có triệu chứng lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu, khi chẩn đoán của bệnh rất dễ nhầm với các đặc điểm của các bệnh khác ở đường tiêu hoá trên và tiêu hoá dưới. Bên cạnh một số hướng dẫn trên thế giới liên quan đến viêm thực quản do BCAT (VTQDBCAT) [3-5], thì cho đến nay vẫn chưa có đồng thuận hay hướng dẫn cụ thể về chẩn đoán trong viêm dạ dày ruột do BCAT (VDDRDBCAT). Do đó, tiếp cận chung cho nhóm bệnh lý này là cần khai thác kỹ bệnh sử, đặc điểm lâm sàng, phối hợp các kết quả xét nghiệm, thăm dò chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt kết quả nội soi và mô bệnh học đếm số lượng BCAT.

Theo tiến triển tự nhiên của bệnh, nếu không điều trị, các triệu chứng sẽ dai dẳng và tình trạng viêm mạn tính sẽ dẫn đến các rối loạn chức năng tại đường tiêu hoá. Điều này ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như sinh hoạt xã hội và tâm sinh lý của người bệnh. Do đó việc chẩn đoán được bệnh để định hướng điều trị phù hợp cũng giúp cải thiện được tình trạng bệnh. Nhằm cung cấp thêm dữ liệu cho những nhóm bệnh nhân (BN) Việt Nam có tình trạng này, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu mô tả các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của nhóm BN có tổn thương đường tiêu hoá do tăng BCAT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thiết kế là chuỗi ca bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện nghiên cứu và đào tạo tiêu hóa gan mật từ 6/2021 đến

12/2023. Chúng tôi thu thập tất cả các BN có chẩn đoán xác định là viêm đường tiêu hoá do tăng BCAT tại các vị trí thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi được ghi nhận, hình ảnh mô bệnh học được đánh giá kèm theo đếm số lượng BCAT. Chẩn đoán xác định được ghi nhận theo chẩn đoán cuối cùng của bác sĩ lâm sàng.

Đánh giá tổn thương trên nội soi: Tại thực quản theo thang điểm EREFS (Endoscopic Reference Score) để phân loại, đánh giá mức độ nặng trên nội soi của viêm thực quản do BCAT [6]. *Trong đó:*

- Hình ảnh chính bao gồm
 - E - Edema - Phù nề (mạng lưới mao mạch giãn, niêm mạc nhợt): 2 mức độ - có/không
 - R - Ring - Vòng tròn đồng tâm (hình ảnh thực quản bị khí quản hóa): 4 mức độ từ độ 0 đến độ 3
 - E - Exudates - Chấm, mảng trắng: 3 mức độ từ độ 0 đến độ 2
 - F - Furrow - Vết chạy dọc: 2 mức độ - có/không
 - S - Stricture - Hẹp: 2 mức độ - có/không
- Hình ảnh phụ (thực quản mỏng như giấy (niêm mạc mỏng, loét sau khi đưa ống soi qua, không tính những trường hợp sau nong thực quản): 2 mức độ - có/không

Tại dạ dày, đại tràng ghi nhận các tổn thương được sinh thiết.

Ngưỡng chẩn đoán theo số lượng BCAT: được xác định trên mỗi vi trường với kích thước chuẩn ~0,3 mm² với số lượng tối thiểu tương ứng tại từng vị trí như sau [3-5]: tại thực quản ≥ 15 /vi trường; các vị trí dạ dày, tá tràng, hồi tràng, đại tràng là >20 – 30/vi trường.

Xử lý số liệu: Các số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 23.0. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình ± SD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

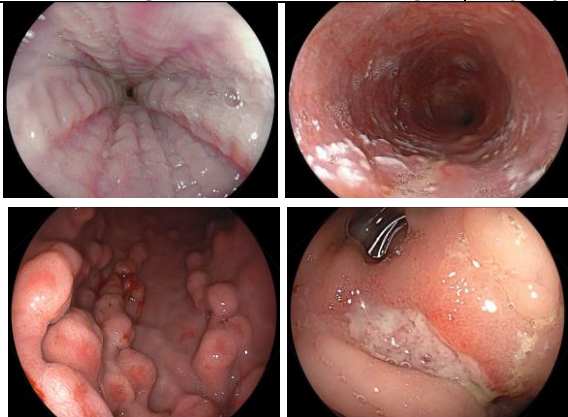
3.1. Đặc điểm bệnh nhân. Nghiên cứu thu thập được 21 BN, trong đó tình trạng tăng BCAT được phát hiện ở các vị trí bao gồm thực quản (11 BN, 52,4%), dạ dày (5 BN, 23,8%), đại tràng (3 BN, 14,3%), tá tràng (2 BN, 9,5%). Tuổi trung bình là 42,3 ± 18,8, min-max: 6-72 tuổi, với 57,1% là nam giới. Triệu chứng gặp nhiều nhất ở đường tiêu hóa trên là trào ngược (4 BN, 19,0%), đường tiêu hóa dưới là đau bụng (5 BN, 23,8%). Một số BN có triệu chứng như đau thượng vị, ợ hơi, đau ngực, ợ chua, đầy bụng, nuốt vướng, tiêu chảy, táo bón, đi ngoài ra máu. Nghiên cứu ghi nhận 5 BN có kết quả xét

nghiệm bạch cầu ưa acid tăng so với giới hạn bình thường, tuy nhiên có 2 BN tăng rất cao (38,1% và 40,7%).

3.2. Đặc điểm nội soi. Trên nội soi, 17 BN có tổn thương nghi ngờ tăng BCAT hoặc có tổn thương bất thường cần tiến hành sinh thiết, 4 BN không có tổn thương nghi ngờ trên nội soi nhưng vẫn được sinh thiết vì có tiền sử dị ứng, tăng BCAT hoặc kết quả xét nghiệm máu có tình trạng tăng BCAT. Các tổn thương được ghi nhận ở thực quản bao gồm phù nề niêm mạc, hình thành vòng tròn đồng tâm, chấm, mảng trắng, và vết chạy dọc. Ở dạ dày, tổn thương điển hình được ghi nhận là các nốt lồi hay khối lồi lớn xuất hiện rải rác toàn bộ niêm mạc dạ dày. Tổn thương này thường đi kèm các dấu hiệu không điển hình như phù nề, xung huyết toàn bộ niêm mạc dạ dày. Đối với tổn thương ở đại tràng, có một trường hợp đặc biệt là tổn thương loét sâu kích thước ~ 2cm ở gần van hồi manh tràng, bờ phù nề, gồ cao. BN này đã được làm các xét nghiệm phát hiện lao và ký sinh trùng nhưng đều cho kết quả âm tính. Kết quả sinh thiết cho thấy tình trạng tăng BCAT (150 BCAT/vi trường).

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương trên nội soi

Tổn thương trên nội soi (n=17)	Kết quả, n (%)
Tổn thương thực quản	
Phù nề niêm mạc	2 (11,8)
Vòng tròn đồng tâm	8 (47,0)
Chấm, mảng trắng	5 (29,4)
Vết chạy dọc	3 (17,6)
Tổn thương dạ dày	
Trợt lồi lớn rải rác toàn bộ niêm mạc dạ dày	4 (23,5)
Tổn thương đại trực tràng	
Mảng viêm dọc lòng đại tràng	1 (5,9)
Loét sâu gần van hồi manh tràng	1 (5,9)



Hình 1. Hình ảnh tổn thương trên nội soi

3.3. Đặc điểm mô bệnh học. Các BN chủ yếu được sinh thiết từ 2 mảnh trở lên (20 BN,

95,2%), trong đó có 9 BN (42,9%) sinh thiết từ 4 mảnh trở lên. Số lượng BCAT trung vị (IQR) từ các mẫu sinh thiết là 27,0 (20,0-38,5), min -max 15-150. Cụ thể số lượng BCAT từng vị trí trình bày tại bảng 3.

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học

Số lượng BCAT tại mỗi vị trí	Kết quả
Thực quản (n=11)	
15	4/11 BN
25	2/11 BN
30	2/11 BN
35	1/11 BN
37	1/11 BN
45	1/11 BN
Dạ dày (n=5)	
20-30	3/5 BN
>30	2/5 BN
Tá tràng (n=2)	
20-30	2/2 BN
Đại tràng (n=2)	
20-50	1/2 BN
100	1/2 BN
Manh tràng (n=1)	
150 BCAT	1/1 BN

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm ghi nhận đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của các BN tổn thương tại các vị trí ở đường tiêu hóa có tăng BCAT. Nghiên cứu thu thập được 21 BN, trong đó phân bố tổn thương ở các vị trí bao gồm thực quản (11 BN, 52,4%), dạ dày (5 BN, 23,8%), đại tràng (3 BN, 14,3%), tá tràng (2 BN, 9,5%).

Triệu chứng lâm sàng. Về triệu chứng lâm sàng, các BN có đặc điểm lâm sàng đa dạng với triệu chứng gặp nhiều nhất ở đường tiêu hóa trên là trào ngược (19,0%), đường tiêu hóa dưới là đau bụng (23,8%). Các nghiên cứu cũng chỉ ra sự đa dạng của các triệu chứng và phụ thuộc vào vị trí tổn thương [7]. Tại thực quản, các hướng dẫn có gợi ý một số triệu chứng thường gặp ở người lớn là nuốt khó, nuốt nghẹn với thức ăn và đau ngực; trong khi ở trẻ em, triệu chứng hay gặp giống với trào ngược dạ dày thực quản, bao gồm nôn, đau bụng, không muốn ăn, tăng cân chậm,...[3-5]. Đối với các vị trí ngoài thực quản, BN có thể có các triệu chứng lâm sàng khác nhau phụ thuộc vào vị trí và tình trạng thâm nhiễm BCAT như: đau bụng, tiêu chảy, gầy sút cân, triệu chứng của hội chứng kém hấp thu như thiếu máu, mất protein ruột, phù ngoại biên, cổ trướng, thiếu máu do thiếu sắt, xuất huyết tiêu hóa, hẹp, loét, thủng và tắc nghẽn... Như vậy, các triệu chứng lâm sàng ở nhóm BN này

rất đa dạng, mức độ từ nhẹ đến nặng, không đặc hiệu có thể nhầm lẫn với các bệnh lý đường tiêu khác; dẫn đến việc khó khăn trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán muộn. Do đó nếu nghi ngờ các triệu chứng lâm sàng và đã loại trừ các nguyên nhân khác, có thể tiến hành các phương pháp thăm dò khác chuyên sâu hơn.

Đặc điểm nội soi. Hình ảnh nội soi cũng giúp đánh giá tổn thương ở đường tiêu hóa, đồng thời để lấy sinh thiết kiểm tra số lượng BCAT và thay đổi khác trên mô bệnh học. Hiện tại, trong khuyến cáo của Hội tiêu hóa Mỹ (2013) và Hội tiêu hóa châu Âu (2017), thang điểm EREFS có độ tin cậy cao và có thể dùng để theo dõi đáp ứng điều trị [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các tổn thương điển hình trên nội soi theo thang điểm EREFS như vòng tròn đồng tâm, chấm, mảng trắng. Tuy nhiên, không phải tất cả BN tăng BCAT đều có tổn thương trên nội soi và việc điều trị PPI cũng có thể làm che lấp các tổn thương điển hình ở nhóm BN này. Vì vậy, BN cần phải dùng sử dụng PPI trong vòng 2-4 tuần đồng thời kết hợp kết quả nội soi và mô bệnh học để chẩn đoán chính xác nhất.

Hình ảnh nội soi của các BN có tổn thương ở các vị trí ngoài thực quản trong nghiên cứu của này rất đa dạng. Trong đó, đặc điểm nội soi gặp nhiều nhất trên dạ dày là phù nề và trợt lõi rải rác ở toàn bộ niêm mạc dạ dày. Đối với đại tràng có các tổn thương như loét sâu ở van hồi manh tràng, mảng viêm dọc lòng đại tràng. Các đặc điểm này cũng đã được ghi nhận ở các nghiên cứu trước đó [8, 9]. Tuy nhiên, hình ảnh nội soi trong VDDRBCAT cũng có thể bình thường, đã ghi nhận ở 4 BN trong nghiên cứu này. Do không có đặc điểm có đủ độ nhạy và độ đặc hiệu cao, nên những phát hiện từ hình ảnh mô bệnh học thông qua sinh thiết nội soi có thể đóng một vai trò thiết yếu trong chẩn đoán.

Đặc điểm mô bệnh học. Khuyến cáo sinh thiết làm mô bệnh học để chẩn đoán các tổn thương viêm do tăng BCAT là cần thiết, phối hợp với triệu chứng lâm sàng và đánh giá rối loạn chức năng. Ngoài ra, đặc điểm mô bệnh học cũng rất quan trọng trong theo dõi đáp ứng điều trị. Tuy nhiên, vẫn chưa có đồng thuận rõ ràng về số lượng và vị trí sinh thiết cũng như cách xử lý mẫu, đặc biệt đối với các vị trí không phải thực quản. Đồng thời, do tính không đặc hiệu của hình ảnh nội soi và sự phân bố không đồng đều của BCAT ở các vị trí nên khuyến cáo chung cho những trường hợp nghi ngờ tổn thương đường tiêu hóa do tăng BCAT là lấy sinh thiết nhiều mảnh từ cả niêm mạc bình thường và bất

thường [7].

Các BN trong nghiên cứu chủ yếu được sinh thiết từ 2 mảnh trở lên, trong đó trên 4 mảnh là 38,1%. Tại thực quản, cần lấy ít nhất 6 mẫu sinh thiết từ các vị trí giải phẫu khác nhau để chẩn đoán và theo dõi VTQDBCAT theo khuyến cáo của Hiệp hội tiêu hoá châu Âu [3]. Đối với dạ dày ruột, cho đến nay vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể, nên những trường hợp nghi ngờ lâm sàng cần được lấy sinh thiết nhiều mảnh để khẳng định (4-5 mảnh/mỗi vị trí). Ngay cả trong trường hợp sinh thiết ban đầu âm tính nhưng nếu có mức độ nghi ngờ cao, có thể cân nhắc nội soi lặp lại. Siêu âm nội soi cũng là một công cụ hữu ích để đánh giá sự liên quan đến lớp cơ và lớp dưới niêm mạc.

Ngưỡng chẩn đoán của viêm thực quản BCAT ≥ 15 tế bào BCAT/vi trường với kích thước chuẩn $\sim 0,3$ mm² hoặc có thể >60 BCAT/mm² [3]. Theo khuyến cáo của Hội Tiêu hóa Mỹ đã nhấn mạnh nếu tăng BCAT chỉ tìm thấy ở thực quản cần đặt ra 3 khả năng gồm viêm thực quản tăng BCAT, GERD và tăng BCAT ở thực quản đáp ứng với PPI (PPI REE) [4]. Với ngưỡng này, giúp phân biệt được với GERD rõ hơn, số lượng BCAT thường < 5 tế bào/vi trường. Tuy nhiên hai bệnh lý đôi khi có thể cùng tồn tại và không phải là chẩn đoán loại trừ lẫn nhau. Do đó điều trị thử bằng PPI vẫn là cần thiết giúp loại trừ các bệnh lý khác như GERD vì các BN có thể có đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học khá tương đồng.

Khẳng định chẩn đoán VDDRBCAT cũng dựa vào kết quả mô bệnh học của mảnh sinh thiết lấy ở các vị trí dạ dày, ruột non (thường là tá tràng), đại tràng hoặc trực tràng, tuy nhiên chưa có khuyến cáo rõ ràng như đối với thực quản. Trong các đoạn của đường tiêu hóa, manh tràng và ruột thừa là vị trí có số lượng BCAT cao nhất (có thể lên đến 30 tế bào/vi trường) [30]. Dạ dày và đại tràng có số lượng BCAT thấp hơn; do vậy tiêu chuẩn được thống nhất để chẩn đoán VDDRBCAT ở hầu hết các nghiên cứu là khi số lượng BCAT trên 20 tế bào/vi trường [31]. Ngoài ra, khai thác kĩ bệnh sử, phối hợp kết quả xét nghiệm, thăm dò chẩn đoán hình ảnh và nội soi giúp loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây tăng BCAT ở đường tiêu hóa [7].

Trên thực tế, vẫn còn một số điểm hạn chế trong đánh giá mô bệnh học như chưa thật sự thống nhất về số lượng BCAT trong lớp biểu mô khi nhuộm hematoxylin; chưa có sự chuẩn hóa kích thước của vi trường, có thể sử dụng khái niệm "mật độ BCAT" tính theo số lượng BCAT/mm² bên cạnh đếm số lượng BCAT/vi

trường. Do đó, sự trao đổi giữa các nhà giải phẫu bệnh và lâm sàng là cần thiết trong những trường hợp khó.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả một số đặc điểm của nhóm BN có tổn thương tăng BCAT tại một số vị trí trên đường tiêu hoá (thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng,...). Đây là nhóm bệnh lý có triệu chứng lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu, cần chú ý tới một số đặc điểm nội soi điển hình để tiến hành sinh thiết và làm mô bệnh học, từ đó có thêm căn cứ trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dellon, E.S., et al.,** International Consensus Recommendations for Eosinophilic Gastrointestinal Disease Nomenclature. Clin Gastroenterol Hepatol, 2022. 20(11): p. 2474-2484.e3.
2. **Jensen, E.T., et al.,** Prevalence of Eosinophilic Gastritis, Gastroenteritis, and Colitis: Estimates From a National Administrative Database. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2016. 62(1): p. 36-42.
3. **Dhar, A., et al.,** British Society of Gastroenterology (BSG) and British Society of

- Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults. Gut, 2022. 71(8): p. 1459-1487.
4. **Lucendo, A.J., et al.,** Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. United European Gastroenterol J, 2017. 5(3): p. 335-358.
 5. **Dellon, E.S., et al.,** ACG clinical guideline: Evidence based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). Am J Gastroenterol, 2013. 108(5): p. 679-92; quiz 693.
 6. **Warners, M.J., et al.,** Systematic Review: Disease Activity Indices in Eosinophilic Esophagitis. Am J Gastroenterol, 2017. 112(11): p. 1658-1669.
 7. **Redd, W.D. and E.S. Dellon,** Eosinophilic Gastrointestinal Diseases Beyond the Esophagus: An Evolving Field and Nomenclature. Gastroenterol Hepatol (N Y), 2022. 18(9): p. 522-528.
 8. **Uppal, V., P. Kreiger, and E. Kutsch,** Eosinophilic Gastroenteritis and Colitis: a Comprehensive Review. Clin Rev Allergy Immunol, 2016. 50(2): p. 175-88.
 9. **Alfadda, A.A., M.A. Storr, and E.A. Shaffer,** Eosinophilic colitis: an update on pathophysiology and treatment. Br Med Bull, 2011. 100: p. 59-72.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT BỎ NHÂN CẦU Ở TRẺ EM BẰNG KỸ THUẬT ĐÍNH CƠ VÀO KẾT MẠC CÙNG ĐỒ VÀ ĐẶT IMPLANT HỐC MẮT

Nguyễn Chí Trung Thế Truyền¹, Đoàn Kim Thành², Võ Ngọc Bích Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định kết quả thẩm mỹ và tính an toàn của kỹ thuật cắt bỏ nhân cầu đặt implant hốc mắt bằng kỹ thuật đính cơ vào kết mạc cùng đồ so với kỹ thuật cột 4 cơ kinh điển. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân ung thư nguyên bào võng mạc không thể điều trị bảo tồn tại khoa Mắt Nhi bệnh viện Mắt trong thời gian từ tháng 02/2021 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Sau 6 tháng theo dõi, không ghi nhận sự khác biệt về đặc điểm hình thể mi mắt như chiều cao khe mí, hõm mí trên, xệ mí dưới và tình trạng cận cùng đồ kết mạc giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Tỷ lệ di lệch bi hốc mắt ở nhóm đính cơ vào kết mạc cùng đồ là 15,6%, còn nhóm cột 4 cơ kinh điển là 37,5% ($p = 0,048$); tỷ lệ lộ bi hốc mắt ghi nhận 01 trường hợp ở nhóm đính cơ vào kết mạc cùng đồ với 3,1% ($p > 0,05$) và tỷ lệ thái bi hốc mắt ở nhóm đính cơ vào kết mạc cùng đồ là 3,1% còn ở nhóm cột 4 cơ

kinh điển là 6,2% ($p > 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật cắt bỏ nhân cầu đặt implant hốc mắt bằng kỹ thuật khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ có tỷ lệ thành công về mặt thẩm mỹ tương đương với kỹ thuật cột 4 cơ kinh điển. Tuy nhiên nhóm khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ giúp giảm tỷ lệ di lệch bi hốc mắt đáng kể so với nhóm cột 4 cơ kinh điển.

Từ khóa: Cắt bỏ nhân cầu; implant hốc mắt; ung thư nguyên bào võng mạc; kỹ thuật đính cơ vào kết mạc cùng đồ; kỹ thuật cột cơ kinh điển

SUMMARY

EVALUATION THE RESULT OF MYOCONJUNCTIVAL ENUCLEATION WITH ORBITAL IMPLANT IN CHILDREN

Purpose: To evaluate the cosmetic results and safety of myoconjunctival enucleation with orbital implant compared with the traditional enucleation with muscle imbrication. **Method:** Serial cases report of unilateral enucleation patients, including retinoblastoma patients who failed conservative therapy, treated at the Pediatric ophthalmology department of Ho Chi Minh City Eye Hospital from 02/2021 to 09/2022. **Result:** After 6 months of follow-up, there are no differences between the two groups about cosmetic results (palpebral high, upper eyelid shallow, lower eyelid laxity, and socket

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Ngọc Bích Minh

Email: vongocbichminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024