

đặt lưới dự phòng thường qui sẽ có ý nghĩa khi dân số nghiên cứu có tỉ lệ thoát vị cạnh HMNT cao, chi phí lưới thấp và tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng lưới thấp [10].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt lưới theo kĩ thuật Sugarbaker ở người bệnh ung thư trực tràng có phẫu thuật Miles giảm tỉ lệ tích lũy thoát vị cạnh HMNT so với nhóm không đặt lưới sau thời gian theo dõi 12 tháng, không làm tăng tỉ lệ tai biến – biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nauven SM, Deppen S, Nauven GH, Pham DX, Bui TD, Tran TV.** Projecting Cancer Incidence for 2025 in the 2 Largest Populated Cities in Vietnam. *Cancer Control.* 2019;26(1)
2. **Campos, F.G., The life and legacy of William Ernest Miles (1869-1947):** a tribute to an admirable surgeon. *Revista da Associação Médica Brasileira,* 2013. 59: p. 181-185.
3. **Voitk, A.,** Simple technique for laparoscopic paracolostomy hernia repair. *Dis Colon Rectum,* 2000. 43(10): p. 1451-3.
4. **Hauters, P., et al.,** Long-term assessment of parastomal hernia prevention by intra-peritoneal mesh reinforcement according to the modified Sugarbaker technique. *Surg Endosc,* 2016. 30

(12): p. 5372-5379.

5. **López-Cano, M., et al.,** Use of a prosthetic mesh to prevent parastomal hernia during laparoscopic abdominoperineal resection: a randomized controlled trial. *Hernia,* 2012. 16(6): p. 661-7.
6. **López-Cano, M., et al.,** Preventing Parastomal Hernia Using a Modified Sugarbaker Technique With Composite Mesh During Laparoscopic Abdominoperineal Resection: A Randomized Controlled Trial. *Ann Surg,* 2016. 264(6): p. 923-928.
7. **Pham Ngoc Truong Vinh, N.H.T., Hoang Danh Tan, Le Minh Triet, Tran Duc Huy, Le Trung Kien, Le Trinh Ngoc An, Ung Van Viet,** Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo theo kĩ thuật Sugarbaker ở người bệnh ung thư trực tràng có phẫu thuật Miles. *Y Học TP. Hồ Chí Minh,* 2021. 6(25): p. 309-315.
8. **Antoniou, S.A., et al.,** European Hernia Society guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias. *Hernia,* 2018. 22(1): p.183-198.
9. **Vierimaa, M., et al.,** Prospective, Randomized Study on the Use of a Prosthetic Mesh for Prevention of Parastomal Hernia of Permanent Colostomy. *Dis Colon Rectum,* 2015. 58(10): p. 943-9.
10. **Figel, N.A., J.W. Rostas, and C.N. Ellis,** Outcomes using a bioprosthetic mesh at the time of permanent stoma creation in preventing a parastomal hernia: a value analysis. *Am J Surg,* 2012. 203(3): p. 323-6; discussion 326.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC LỚN

Đoàn Vũ Nam¹, Đào Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước lớn và mối liên quan giữa mô bệnh học với một số yếu tố. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 30 bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước ≥ 20 mm, điều trị tại bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. Chẩn đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (2019). **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,47 ± 10,52, tỷ lệ nam/nữ là 2,75/1. Polyp phân bố chủ yếu ở đại tràng sigma (46,7%) và trực tràng (30%). Polyp không cuống chiếm 40%. Tỷ lệ carcinoma tuyến là 20%, polyp tuyến ống nhánh là 20%. Tỷ lệ polyp không cuống ở nhóm carcinoma tuyến cao hơn so với nhóm polyp tân sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p

< 0,05). Không có mối liên quan giữa tuổi, giới, đặc điểm bề mặt với mô bệnh học polyp đại trực tràng kích thước lớn. **Kết luận:** Tỷ lệ carcinoma tuyến của polyp đại trực tràng kích thước lớn là 20%. Tỷ lệ polyp không cuống ở nhóm carcinoma tuyến cao hơn so với nhóm polyp tân sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05). **Từ khóa:** polyp đại trực tràng kích thước lớn, hình ảnh nội soi, mô bệnh học.

SUMMARY

ENDOSCOPIC IMAGING AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LARGE COLORECTAL POLYPS

Objectives: To describe the endoscopic imaging and histopathological characteristics of large colorectal polyps and the relationship between histopathology and some factors. **Materials and methods:** Cross-sectional study on 30 patients with colorectal polyps ≥ 20 mm, treated at Military Hospital 175, from January 2022 until December 2023. The histopathological diagnosis of colorectal polyps was based on the standards of the World Health Organization in 2019. **Results:** The average age of patients was 59.47 ± 10.52, the male/female ratio was 2.75/1. Polyps were mainly distributed in the sigmoid colon (46.7%) and

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

rectum (30%), respectively. The sessile polyps accounted for 40%. The adenocarcinoma and tubulovillous adenoma polyp rates were 20% and 20%. The rate of sessile polyps in the colorectal adenocarcinoma group was higher than that in the neoplastic polyp group, the difference was statistically significant ($p < 0.05$). There was no relationship between age, gender, surface characteristics on endoscopy and the histopathology of large colorectal polyps. **Conclusion:** The adenocarcinoma rate of large colorectal polyps was 20%. The rate of sessile polyps in the colorectal adenocarcinoma group was higher than in the neoplastic polyp group, the difference was statistically significant (with $p < 0.05$).

Keywords: Large colorectal polyps, endoscopic images, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng kích thước lớn qua nội soi được xác định là các polyp có kích thước ≥ 20 mm [1]. Nhiều nghiên cứu chứng minh ung thư đại trực tràng phần lớn phát sinh từ polyp tuyến do tích lũy đủ đột biến, biến đổi thành loạn sản và xâm nhập vào lớp dưới niêm mạc. Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng cao cũng được báo cáo ở các polyp kích thước lớn. Trước đây, kích thước của polyp được coi là yếu tố quan trọng nhất trong việc đánh giá khả năng ác tính của polyp đại trực tràng. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho rằng kích thước polyp đơn thuần là một yếu tố dự đoán kém về sự xâm lấn dưới niêm mạc (đặc biệt đối với polyp không cuống) khi so sánh với các đặc điểm khác của polyp [2]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu liên quan giữa mô bệnh học và các đặc điểm của polyp kích thước lớn chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước lớn" nhằm khảo sát tỷ lệ carcinoma tuyến đại trực tràng và đánh giá ảnh hưởng của một số yếu tố đến mô bệnh học polyp, từ đó đưa ra chiến lược quản lý và điều trị phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 30 bệnh nhân có polyp đại trực tràng có kích thước ≥ 20 mm trên nội soi, điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175, thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có polyp kích thước ≥ 20 mm trên nội soi, có đủ hồ sơ bệnh án, kết quả nội soi, kết quả xét nghiệm mô bệnh học.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không có polyp kích thước ≥ 20 mm trên nội soi, không có đủ hồ sơ bệnh án, kết quả nội soi và xét nghiệm mô bệnh học, bệnh nhân dưới 18 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang phân tích.

- Chẩn đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (2019) [3].

- Phương pháp tiến hành: Lựa chọn các bệnh nhân có polyp đại trực tràng có kích thước ≥ 20 mm. Tiến hành khai thác các thông tin về tuổi, giới của bệnh nhân và các đặc điểm của polyp trên nội soi, bao gồm:

Vị trí theo mô tả giải phẫu của đại trực tràng.

Đặc điểm cuống: Có cuống, bán cuống, không cuống.

Đặc điểm bề mặt: Nhẵn, sần sùi, chảy máu, loét.

Khai thác phân loại mô bệnh học của polyp đại trực tràng và mức độ loạn sản theo phân loại của WHO năm 2019 [3].

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 22.0. Phân tích thống kê bằng tính tần suất, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T test. So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định chi bình phương hoặc Fisher test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	31 - 40	2	6,7
	41 - 50	2	6,7
	51 - 60	13	43,3
	> 60	13	43,3
	Tổng	30	100
Trung bình		59,47 ± 10,52	
Giới	Nam	22	73,3
	Nữ	8	26,7
	Nam/ Nữ	2,75/1	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,47 ± 10,52. Bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 86,6%. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,75/1.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh nội soi của polyp đại tràng kích thước lớn (n=30)

Đặc điểm		n	%
Vị trí	Trực tràng	9	30
	ĐT sigma	14	46,7
	ĐT xuống	3	10
	ĐT ngang	1	3,3
	ĐT lên	3	10
Cuống	Có	18	60
	Không	12	40
Bề mặt	Nhẵn	24	80
	Sần sùi	4	13,3

	Chảy máu	5	16,7
	Loét	1	3,3

Nhận xét: Polyp phân bố chủ yếu ở đại tràng sigma (46,7%) và trực tràng (30%). Tỷ lệ polyp có cuống là 60%, không cuống là 40%. Phần lớn polyp có bề mặt nhẵn (80%), tỷ lệ polyp có bề mặt sần sùi, chảy máu và loét lần lượt là 13,3%, 16,7% và 3,3%.

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước lớn (n=30)

Đặc điểm		n	%	
Mô bệnh học	Tân sinh	Tuyến ống	18	60
		Tuyến ống nhúng mao	6	20
		Không tân sinh	0	0
		Carcinoma tuyến	6	20
Mức độ nghịch sản (polyp tân sinh)	Thấp	23	95,83	
	Cao	1	4,17	

Nhận xét: Tỷ lệ carcinoma tuyến đại trực tràng là 20%. Tỷ lệ polyp tân sinh là 80%, trong đó có 60% polyp tuyến ống và 20% polyp tuyến ống nhánh. Trong số các polyp tân sinh, 95,83% polyp có nghịch sản mức độ thấp và 4,17% polyp có nghịch sản mức độ cao.

Bảng 4. Mối liên quan giữa mô bệnh học polyp đại trực tràng kích thước lớn với một số yếu tố (n = 30)

Đặc điểm	Mô bệnh học	Tân sinh		Carcinoma tuyến		P
		n	%	n	%	
Tuổi	≤ 60	13	54,2	4	66,7	0,469*
	> 60	11	45,8	2	33,3	
	Trung bình	60,00 ± 11,28		57,33 ± 7,09		
Giới	Nữ	8	33,3	0	0	0,126*
	Nam	16	66,7	6	100	
Cuống	Không	7	29,2	5	83,3	0,026*
	Có	17	70,8	1	16,7	
Bề mặt	Nhẵn	20	83,3	4	66,7	0,344*
	Không	4	16,7	2	33,3	

*: Phép kiểm định Fisher test,

** : Phép kiểm định T student

Nhận xét: Sự khác biệt về tuổi, giới, đặc điểm bề mặt giữa nhóm polyp tân sinh và carcinoma tuyến không có ý nghĩa thống kê (với p > 0,05). Tỷ lệ polyp không cuống ở nhóm carcinoma tuyến đại tràng cao hơn so với nhóm polyp tân sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05).

Bảng 5. Mối liên quan giữa mô bệnh học polyp đại trực tràng tân sinh kích thước lớn với một số yếu tố (n = 24)

Mô bệnh học	Tuyến ống	Tuyến ống nhánh	P
-------------	-----------	-----------------	---

Đặc điểm		n		%		
		n	%	n	%	
Tuổi	≤ 60	8	44,4	5	83,3	0,118*
	> 60	10	55,6	1	16,7	
	Trung bình	61,61 ± 11,71		55,17 ± 8,90		
Giới	Nữ	4	22,2	4	66,7	0,069*
	Nam	14	77,8	2	33,3	
Cuống	Không	5	27,8	2	33,3	0,586*
	Có	13	72,2	4	66,7	
Bề mặt	Nhẵn	14	77,8	6	100	0,288*
	Không	4	22,2	0	0	

Nhận xét: Sự khác biệt về tuổi, giới, cuống, đặc điểm bề mặt giữa nhóm polyp tuyến ống và polyp tuyến ống nhánh không có ý nghĩa thống kê (với p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu. Phân bố tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ahlawat, S. K. (2011) trên 183 polyp đại trực tràng có kích thước ≥ 2 cm với tuổi trung bình của bệnh nhân là 64 [1] và tác giả Trần Quốc Đệ (2023) với độ tuổi thường gặp của bệnh nhân là 61 – 70 tuổi (30,9%) và 51 – 60 tuổi (27,9%), tuổi trung bình của bệnh nhân là 57,14 ± 12,42 [4]. Tỷ lệ polyp đại trực tràng tăng theo tuổi, do đó, nội soi đại trực tràng là xét nghiệm được chỉ định ở người lớn tuổi để sàng lọc và phát hiện polyp và ung thư đại trực tràng.

Tỷ lệ nam/ nữ trong nghiên cứu là 2,75/1. Theo nghiên cứu của tác giả Ahlawat, S. K. và cộng sự (2011), nam giới chiếm 55% và nữ giới chiếm 45% [1]. Tỷ lệ nam/ nữ trong nghiên cứu của Trần Quốc Đệ [4] là 4,2. Kết quả này được cho là liên quan đến thói quen sinh hoạt như ăn nhiều thịt đỏ, thịt chế biến, hút thuốc, uống rượu, xu hướng tích mỡ nội tạng làm tăng khả năng mắc polyp và ung thư đại trực tràng.

4.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước lớn. Vị trí phân bố của polyp trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ahlawat, S. K. và cộng sự (2011) với 56% polyp nằm bên phải đại tràng [1]. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Đệ và cộng sự (2023), polyp kích thước ≥ 2 cm hay gặp ở đại tràng sigma (47,1%), trực tràng (14,7%) [4]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm mô bệnh học polyp trong nghiên cứu, với tỷ lệ polyp tuyến ống nhưng mao khá cao, trong khi polyp tuyến nhưng mao có xu hướng thường xuất hiện ở đại tràng sigma.

Tỷ lệ carcinoma tuyến của polyp kích thước lớn được cắt bỏ qua nội soi trong các nghiên cứu rất khác nhau, dao động từ 12% đến 68% [1], có thể do sự khác nhau của quần thể nghiên cứu. Một số nghiên cứu tiến hành trên các bệnh nhân có polyp kích thước $\geq 3\text{cm}$ hoặc polyp không cuống. Perez Roldan và cộng sự (2004) nghiên cứu trên những bệnh nhân có polyp có kích thước $\geq 2\text{ cm}$, tỷ lệ ác tính được báo cáo là 18%; tuy nhiên, nghiên cứu đã bao gồm bệnh nhân ung thư biểu mô tại chỗ [5] trong khi một số nghiên cứu cho rằng ung thư biểu mô tại chỗ không có khả năng di căn nên được xếp vào nhóm lành tính. Tỷ lệ ung thư ở polyp kích thước lớn trong nghiên cứu của Kanamori T là 44%, tuy nhiên nghiên cứu này tiến hành ở những bệnh nhân có polyp không cuống [6]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Đệ (2023), tỷ lệ ác tính ở bệnh nhân polyp đại trực tràng có kích thước $\geq 2\text{ cm}$ là 11,8% [4]. Tỷ lệ carcinoma tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,5%, phù hợp với nhận định tỷ lệ polyp ác tính cao ở các polyp kích thước lớn, vì vậy, khi tiến hành nội soi cần đánh giá đầy đủ đặc điểm của polyp, sinh thiết làm mô bệnh học để có chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị phù hợp.

Tỷ lệ polyp tân sinh trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao (80%). Các polyp tân sinh có vai trò rất quan trọng vì chúng chứa đựng tiềm năng ác tính, đại diện cho một giai đoạn phát triển của ung thư đại trực tràng. Mặc dù hầu hết các polyp tân sinh không tiến triển thành ung thư, nhưng người ta chấp nhận rằng phần lớn các ung thư biểu mô đại trực tràng tiến triển từ các polyp tuyến; chuỗi các sự kiện dẫn đến sự chuyển đổi này được gọi là trình tự từ u tuyến thành ung thư biểu mô. Do đó các tác giả cho rằng điều cần thiết là phải xác định các polyp này ở giai đoạn đủ sớm, việc loại bỏ các polyp này có thể làm gián đoạn sự phát triển của ung thư đại trực tràng và ngăn ngừa bệnh tật cũng như tử vong [7].

Tỷ lệ polyp tuyến ống nhung mao trong nghiên cứu là 20%. Đây là thể mô bệnh học cần được theo dõi vì các u tuyến nhung mao có liên quan đến việc tăng nguy cơ phát triển loạn sản và ung thư cao hơn so với các dạng khác. Tổn thương nhung mao có nguy cơ chứa ung thư biểu mô tuyến tương ứng với kích thước cụ thể, với nguy cơ 10% đến 20% ở các u tuyến lớn hơn 2 cm và nguy cơ 5% ở các u tuyến có kích thước từ 1 cm đến 2 cm [8].

Loạn sản mức độ cao được coi là tình trạng tiền ung thư, tuy nhiên, tỷ lệ này trong nghiên

cứu của chúng tôi là 4,17%, thấp hơn so với một số tác giả khác như trong nghiên cứu của Tamanna K (2016) với tỷ lệ loạn sản mức độ cao là 10,2% [6]. Như vậy, đối với polyp có kích thước lớn, mô bệnh học có vai trò rất quan trọng, xác định polyp ác tính và mức độ loạn sản, từ đó có biện pháp điều trị phù hợp cũng như theo dõi, tầm soát sau này.

4.3. Môi liên quan giữa mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước lớn với một số yếu tố. Tỷ lệ polyp không cuống ở nhóm carcinoma tuyến đại tràng cao hơn so với nhóm polyp tân sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Theo nghiên cứu của tác giả Ahlawat, S. K. và cộng sự (2011), tỷ lệ ung thư biểu mô xâm lấn ở nhóm polyp không cuống cao hơn so với nhóm polyp có cuống (10% so với 7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$) [1]. Cuống là một trong những đặc điểm hình thái dự đoán khả năng ác tính của polyp. Các tổn thương có cuống phát triển từ niêm mạc bên dưới bằng một cuống hẹp, từ đó tạo ra sự tách biệt giữa biểu mô tân sinh và niêm mạc đại tràng bên dưới. Các tổn thương không cuống có khoảng cách gần hơn giữa mô tân sinh và mô bình thường bên dưới, do đó khoảng cách khối u di chuyển xuống dưới niêm mạc gần hơn. Các tổn thương dạng lõm (0-IIc theo phân loại Paris) có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh ác tính (nguy cơ $> 40\%$ nếu kích thước polyp từ 6–10 mm; nguy cơ khoảng 90% nếu kích thước polyp trên 20 mm). Gần như tất cả các tổn thương không có cuống có loét (0-III) đều phát triển thành ung thư giai đoạn muộn [9].

Sự khác biệt về tuổi, giới, cuống, đặc điểm bề mặt giữa nhóm polyp tuyến ống và polyp tuyến ống nhánh không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hà và cộng sự (2022) trên các bệnh nhân có polyp kích thước trên 10 mm, sự khác biệt giữa vị trí, kích thước và hình dạng cuống giữa polyp tuyến ống và polyp tuyến có nhung mao không có ý nghĩa thống kê [10].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ carcinoma tuyến của polyp đại trực tràng kích thước lớn là 20%. Không có liên quan giữa mô bệnh học polyp tuyến kích thước lớn với tuổi, giới, đặc điểm bề mặt trên nội soi, tuy nhiên, tỷ lệ polyp không cuống ở nhóm carcinoma tuyến đại tràng cao hơn so với nhóm polyp tân sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahlawat, S.K., et al.,** Large colorectal polyps: endoscopic management and rate of malignancy: does size matter? *J Clin Gastroenterol*, 2011. 45(4): p. 347-54.
2. **Park, W., et al.,** Conventional endoscopic features are not sufficient to differentiate small, early colorectal cancer, *World J Gastroenterol*, 2014. 20(21): p. 6586-93.
3. **Nagtegaal, I.D., et al.,** The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*, 2020. 76(2): p. 182-188.
4. **Trần Quốc Đệ, Đào Việt Hằng, Vũ Văn Khiên,** Hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp đại trực tràng có cuống kích thước ≥ 2 cm bằng endoloop, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, tập 531, tháng 10, số 01B.
5. **Pérez Roldán, F., et al.,** Endoscopic resection of large colorectal polyps, *Rev Esp Enferm Dig*, 2004. 96(1): p. 36-47.
6. **Khanam, T., et al.,** Histological Profile and Risk Factor Analysis of Colonic Polyp: Distal Villous type is Common Predictor of High Grade Cytological Dysplasia., 2016.
7. **Shussman, N. and S.D. Wexner,** Colorectal polyps and polyposis syndromes, *Gastroenterol Rep (Oxf)*, 2014. 2(1): p. 1-15.
8. **Myers DJ, Arora K, Villous Adenoma, in StatPearls [Internet],** 2023, Treasure Island (FL), StatPearls Publishing; 2024 Jan.
9. **Inoue, H., et al.,** The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointestinal endoscopy*, 2003. 58 6 Suppl: p. S3-43.
10. **Trần Thanh Hà, Nguyễn Linh Toàn, Nguyễn Quang Duật, Dương Quang Huy,** Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước trên 10 mm, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, tháng 8, số 02.

HIỆU QUẢ VINORELBINE DẠNG VIÊN UỐNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT, DI CĂN TRONG ĐẠI DỊCH COVID-19

Châu Đỗ Trường Vi¹, Lê Tuấn Anh¹, Nguyễn Hà Gia Hưng¹,
Nguyễn Thị Bích Liên¹, Đào Nguyễn Hằng Nguyễn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú là bệnh lý ác tính chiếm tỉ lệ cao nhất ở nữ giới tại Việt Nam. Đối với giai đoạn bệnh di căn, có rất nhiều lựa chọn điều trị. Các thuốc điều trị ung thư đường uống xuất hiện ngày càng nhiều và chứng minh hiệu quả tương đương nhưng tiện dụng, giảm thời gian đến cơ sở y tế và các chi phí nằm viện. Trên thế giới và trong nước, việc sử dụng thuốc hóa trị vinorelbine dạng uống đơn trị đã được áp dụng từ lâu. Tuy nhiên đến nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu ghi nhận về hiệu quả và tác dụng phụ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả điều trị và độc tính của vinorelbine đơn trị dạng uống trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 23 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn tái phát/di căn được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh và được điều trị đơn trị vinorelbine đơn trị dạng uống tại Trung Tâm Ung Bướu – Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2021-31/12/2021. **Kết quả:** Thời gian điều trị trung bình là 4,7 tháng. Tỷ lệ bệnh ổn định sau 3 tháng là 52,2%; đáp ứng một phần là 13%; đáp ứng hoàn toàn là 4,3%. Tỷ lệ bệnh ổn định sau 6 tháng là 40%. Trung vị thời gian sống còn không bệnh 4,0 tháng. Độc tính giảm bạch cầu chiếm 39,1%; độ 2 và 3 chiếm lần lượt

là 44,4% và 33,3%. Tăng men gan chiếm 34,8%; độ 1 chiếm 87,5%. **Kết luận:** Phác đồ vinorelbine đơn trị cho kết quả điều trị khả quan và an toàn. **Từ khóa:** vinorelbine dạng uống, ung thư vú tái phát, di căn

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES AND TOXICITY OF ORAL VINORELBINE MONOTHERAPY IN PATIENTS WITH RECURRENT AND METASTATIC BREAST CANCER DURING COVID-19 PANDEMIC

Background: Breast cancer ranks among the most prevalent cancers in women. There are many options of treatment for patients in stage IV. Many trials show the non inferior between oral and intravenous administration. Oral regimens show benefit in saving patient's time, finance and convenience. However there are not many researches about efficacy and toxicity. **Objective:** Evaluate the efficacy and toxicity of oral vinorelbine monotherapy in treating patients with recurrent and metastatic breast cancer. **Material and Methods:** The study entails a case series of 23 patients diagnosed with recurrent/metastatic breast cancer confirmed via pathology and imaging, treated with oral vinorelbine monotherapy at the Oncology Center - Cho Ray Hospital from January 1, 2021, to December 31, 2021. **Results:** The average treatment duration was 4.7 months. The disease stabilization rate after 3 months was 52.2%, with partial response at 13% and complete response at 4.3%. The disease stabilization rate after 6 months was 40%. The median disease-free survival time was 4.0 months. Leukopenia toxicity

¹Trung tâm Ung Bướu – Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hà Gia Hưng
Email: nhghung@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024
Ngày duyệt bài: 9.9.2024