ĐIỀU TRỊ U DƯỚI NIÊM MẠC TÁ TRÀNG BẰNG ESD: BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG

Nguyễn Hữu Thành[1], Nguyễn Xuân Mười[1], Hà Văn Quốc[1], Phạm Thị Thu Hương[1], Trần Văn Quốc Thịnh[1], Vũ Mạnh Hà[1], Tạ Quế Phương[1], Nguyễn Huyền Nhung[1], Nguyễn Văn Nam[1], Ninh Công Linh[1]

TÓM TẮT

Giới thiệu: U dưới niêm mạc tá tràng ngày càng được phát hiện nhiều nhờ nội soi tầm soát và chẩn đoán hình ảnh. Do phẫu thuật tá tràng có tính xâm lấn và nguy cơ biến chứng đáng kể, cắt bỏ qua nội soi ngày càng được ưu tiên ở các trường hợp được lựa chọn phù hợp.

Ca lâm sàng: Chúng tôi báo cáo 5 trường hợp u dưới niêm mạc tá tràng được điều trị bằng cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD). Cắt en bloc đạt 4/5 ca, diện cắt R0 đạt 3/5 ca. Không ghi nhận chảy máu hay thủng. Tất cả trường hợp đều được đóng clip dự phòng khuyết niêm mạc sau cắt. Vết loét liền sẹo sau 4 tuần.

Thảo luận: Đánh giá trước thủ thuật bằng siêu âm nội soi giúp lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. ESD tá tràng cho phép cắt trọn tổn thương nhưng là kỹ thuật khó, nguy cơ biến chứng muộn cao; đóng kín khuyết niêm mạc có thể làm giảm biến chứng.

Kết luận: Trong loạt ca này, ESD điều trị u dưới niêm mạc tá tràng cho thấy tính khả thi, an toàn và kiểm soát tại chỗ tốt sau 2-3 năm theo dõi khi được thực hiện bởi bác sĩ nội soi có kinh nghiệm.

Từ khóa: *U dưới niêm mạc tá tràng, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi, nội soi can thiệp*

SUMMARY

ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION FOR DUODENAL SUBEPITHELIAL LESIONS: A CASE SERIES

Introduction: Duodenal subepithelial lesions are increasingly detected due to widespread screening endoscopy and imaging. Because duodenal surgery is invasive and carries substantial risk, endoscopic resection is preferred in selected cases.

Case series: We report five duodenal SELs treated with endoscopic submucosal dissection (ESD). En bloc resection was achieved in 4/5 cases, and R0 resection in 3/5. No bleeding or perforation occurred. All mucosal defects were prophylactically closed with clips. Ulcer healing was observed at 4 weeks.

Discussion: Pre-procedural evaluation with endoscopic ultrasonography is essential for treatment selection. Duodenal ESD enables en bloc resection but is technically demanding and associated with delayed adverse events; prophylactic closure may reduce complications.

Conclusion: In this case series, duodenal ESD appeared feasible and safe, providing good local control during 2-3 years of follow-up when performed by experienced endoscopists.

Keywords: *Duodenal subepithelial lesion, Endoscopic Submucosal Dissection, Interventional endoscopy*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới niêm mạc tá tràng (duodenal subepithelial lesions - SEL) là các tổn thương xuất phát từ các lớp sâu của thành tá tràng như lớp dưới niêm mạc hoặc lớp cơ của thành tá tràng, được bao phủ bởi niêm mạc bình thường. Nhóm bệnh này có bản chất mô học đa dạng, bao gồm các tổn thương lành tính như tăng sản tuyến Brunner, u mỡ, tụy lạc chỗ, cũng như các tổn thương có tiềm năng ác tính như u thần kinh nội tiết và u mô đệm đường tiêu hóa. Phần lớn u dưới niêm mạc tá tràng không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ trong quá trình nội soi chẩn đoán hoặc tầm soát. [1]

Chiến lược tiếp cận điều trị tổn thương dưới niêm mạc tá tràng vẫn còn tranh cãi. Theo dõi định kỳ có thể áp dụng cho tổn thương nhỏ, song điều này có thể gây lo lắng cho bệnh nhân và trì hoãn chẩn đoán xác định. Trước đây, các u tá tràng có chỉ định điều trị thường được phẫu thuật cắt bỏ, tuy nhiên phẫu thuật tá tràng là thủ thuật xâm lấn với nguy cơ biến chứng đáng kể. Trong những năm gần đây, các phương pháp cắt bỏ qua nội soi, đặc biệt là cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD), ngày càng được áp dụng nhiều hơn nhằm đạt được cắt trọn tổn thương và chẩn đoán mô học chính xác với mức độ xâm lấn tối thiểu. Đối với các tổn thương phù hợp, cắt bỏ nội soi hiện được xem là lựa chọn điều trị ưu tiên. Tuy nhiên, ESD tá tràng là kỹ thuật khó do thành tá tràng mỏng, nguy cơ chảy máu và thủng cao, vì vậy tính an toàn của phương pháp này vẫn còn được bàn luận. Đến nay, dữ liệu về điều trị

[1] *Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Mười
Email: drxuanmuoivn@gmail.com
Mã bài: **N656**
Ngày nhận bài: 2.2.2026
Ngày phản biện khoa học: 2.3.2026
Ngày duyệt bài: 2.4.2026

nội soi các u dưới niêm mạc tá tràng tại Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi báo cáo 5 trường hợp u dưới niêm mạc tá tràng được điều trị thành công bằng cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) nhằm đánh giá tính khả thi và an toàn của kỹ thuật này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng báo cáo loạt ca lâm sàng tại một trung tâm nội soi can thiệp.

2.1. Thủ thuật

Tất cả các bệnh nhân được thực hiện nội soi tiêu hóa trên bằng hệ thống nội soi Olympus CV-190. Trong quá trình nội soi, vị trí tổn thương, kích thước ước lượng, đặc điểm bề mặt, dấu ấn lõm (pillow sign) và dấu lăn (rolling sign) được ghi nhận. Sau đó, nội soi siêu âm (EUS) với đầu dò radial được thực hiện nhằm đánh giá kích thước khối u, lớp xuất phát và đặc điểm hồi âm của tổn thương.

Tổn thương được cân nhắc cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) khi khu trú tại tá tràng, không có bằng chứng di căn xa trên đánh giá trước thủ thuật và được hội chẩn chỉ định can thiệp nội soi. Các trường hợp nghi ngờ xâm lấn sâu hoặc không phù hợp điều trị qua nội soi không được đưa vào loạt ca này.

Tất cả người bệnh đều được giải thích về thủ thuật và ký cam kết đồng ý can thiệp. Dữ liệu lâm sàng được sử dụng cho mục đích nghiên cứu sau khi đã loại bỏ các thông tin nhận dạng cá nhân.

Dung dịch tiêm nâng dưới niêm mạc được sử dụng là 50 mL Gelofusine pha với 1 mL Indigo Carmine. Các dao cắt tách sử dụng bao gồm Dual Knife J (KD-655U, Olympus Medical Systems, Tokyo, Japan), IT Knife 2 (KD-611L, Olympus) và Triangle Tip Knife J (KD-645L, Olympus). Coagrasper hemostatic forceps (FD-411QR, Olympus) được sử dụng để đông cầm máu các mạch máu có đường kính lớn hơn 1 mm. Nguồn đốt điện sử dụng là máy ERBE VIO 200D.

Sau khi cắt bỏ tổn thương, khuyết niêm mạc được đóng bằng clip nội soi có thể mở lại (ROCC-D-26-230-C-S, Micro-Tech Endoscopy). Sau thủ thuật, tất cả bệnh nhân được điều trị thường quy với thuốc ức chế bơm proton (Rabeprazole 20 mg hoặc Esomeprazole 40 mg, 1 lần/ngày trong 4 tuần). Bệnh nhân được nội soi kiểm tra sau 4 tuần để đánh giá tình trạng liền sẹo và được theo dõi định kỳ bằng nội soi trong thời gian 2-3 năm nhằm phát hiện tái phát tại chỗ.

2.2. Định nghĩa biến số

Trong nghiên cứu này:

- Cắt en bloc được định nghĩa là cắt trọn tổn thương thành một mảnh.
- Cắt R0 được xác định khi cả diện cắt bên và diện cắt đáy đều âm tính trên mô bệnh học.
- Chảy máu muộn được định nghĩa là tình trạng chảy máu xảy ra sau thủ thuật và cần can thiệp nội soi, truyền máu hoặc nhập viện.
- Thủng được xác định khi phát hiện trong hoặc sau thủ thuật bằng nội soi và/hoặc hình ảnh học.

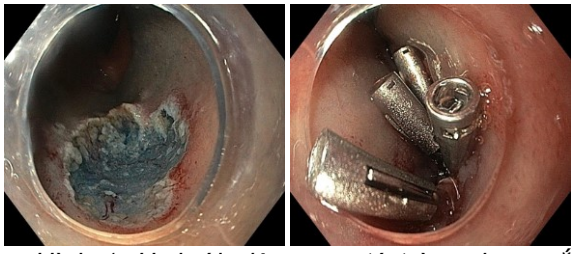
III. CA LÂM SÀNG

Ca 1: Bệnh nhân nam 31 tuổi, nhập viện vì đau bụng thượng vị 2 tuần. Nội soi dạ dày ghi nhận có u khoảng 2 cm ở D2 tá tràng, có hình ảnh bán cuống (Paris type 0-Isp). Thực hiện cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) để cắt u. Tổn thương được cắt en bloc kích thước 1,8 x 1,1 cm, được kẹp 4 clip đóng mép niêm mạc. Kết quả giải phẫu bệnh phù hợp u thần kinh nội tiết độ 1. Hóa mô miễn dịch: dương tính với CK AE1/AE3, CD56, Synaptophysin, Chromogranin, Ki67 (+) < 1%. Sau 3 năm theo dõi, tổn thương không tái phát.

Ca 2: Bệnh nhân nữ 34 tuổi, nhập viện vì đau bụng thượng vị 3 tuần. Nội soi dạ dày ghi nhận có u khoảng 2 cm bề mặt nhẵn, sung huyết ở D1 tá tràng, sinh thiết âm tính với tế bào ác tính. Thực hiện ESD cắt u bằng dao IT và dao TT, tổn thương được cắt en bloc 2,2 x 1,5 cm, kẹp 4 clip đóng mép niêm mạc, kết quả giải phẫu bệnh phù hợp u cơ trơn - mạch (angioleiomyoma). Sau 3 năm theo dõi, tổn thương không tái phát.

Ca 3: Bệnh nhân nữ 31 tuổi, khám tổng quát được nội soi dạ dày, ghi nhận có u khoảng 1,2 x 1,5 cm bề mặt nhẵn, ấn mềm mặt trước hành tá tràng. Thực hiện ESD cắt u bằng dao Dual, cắt tổn thương en bloc kích thước 1,2 x 1,5 cm, kẹp 4 clip đóng mép niêm mạc. Kết quả giải phẫu bệnh phù hợp u tuyến Brunner. Sau 3 năm theo dõi, tổn thương không tái phát.





Hình 1. U dưới niêm mạc tá tràng được cắt qua nội soi bằng kỹ thuật ESD và kẹp clip đóng khuyết niêm mạc

Ca 4: Bệnh nhân nữ 54 tuổi, khám tổng quát được cắt lớp vi tính bụng, ghi nhận có u 1,5 cm ở hành tá tràng. Bác sĩ thực hiện ESD cắt u bằng dao TT, bệnh phẩm en bloc 1,5 cm, kẹp 6 clip đóng mép niêm mạc. Kết quả giải phẫu bệnh phù hợp u tuyến Brunner. Sau 3 năm theo dõi, tổn thương không tái phát.

Ca 5: Bệnh nhân nam 46 tuổi, khám tổng quát được nội soi dạ dày, ghi nhận có u 1 cm ở hành tá tràng, sinh thiết gợi ý u thần kinh nội tiết. Thực hiện ESD cắt u: mở lớp niêm mạc bằng dao TT cách tổn thương 3 mm. Bóc tách lớp dưới niêm mạc bằng dao TT và IT, cắt tổn thương thành 2 mảnh (piecemeal), kích thước 1,4 x 1,4 cm, kẹp 4 clip đóng mép niêm mạc. Kết quả giải phẫu bệnh phù hợp u thần kinh nội tiết (NET) độ 2. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy: CK AE1/AE3: dương tính dạng hạt trong bào tương. CD56, Chrommogranin A, Synaptophysin: dương tính. Sau 2 năm theo dõi, tổn thương không tái phát.

Bảng 1. Tóm tắt các ca lâm sàng

	Ca 1	**Ca 2**	**Ca 3**	**Ca 4**	**Ca 5**
Tuổi/giới	31/nam	34/nữ	31/nữ	54/nữ	46/nam
Vị trí	D2 tá tràng	D1 tá tràng	Hành tá tràng	Hành tá tràng	Hành tá tràng
Kích thước (cm)	1,8	2,2	1,5	1,5	1,4
	Trung vị kích thước: 1,5 cm				
Thời gian cắt (Phút)	20	35	40	10	90
	Trung vị thời gian cắt: 35 phút				
Lớp xuất phát trên EUS	Dưới niêm mạc	Dưới niêm mạc	Dưới niêm mạc	Dưới niêm mạc	Dưới niêm mạc
Đóng khuyết niêm mạc sau cắt	Có	Có	Có	Có	Có
Thời gian nằm viện (ngày)	1	2	1	0,5	2
Giải phẫu bệnh	U thần kinh nội tiết độ 1	U cơ trơn - mạch	U tuyến Brunner	U tuyến Brunner	U thần kinh nội tiết độ 2
Diện cắt mô bệnh học	R0	R1 (dương tính diện cắt đáy)	R0	R0	R1 (dương tính diện cắt đáy)
En bloc	Có	Có	Có	Có	Không
Biến chứng (chảy máu, thủng)	Không	Không	Không	Không	Không
Thời gian liền sẹo	4 tuần	4 tuần	4 tuần	4 tuần	4 tuần
Tái phát (Theo dõi)	Không (3 năm)	Không (3 năm)	Không (3 năm)	Không (3 năm)	Không (2 năm)

IV. BÀN LUẬN

Về mặt kỹ thuật, ESD có xu hướng cho phép cắt trọn tổn thương với tỷ lệ en bloc cao hơn so với EMR, đặc biệt đối với các tổn thương cần cắt trọn để chẩn đoán mô học chính xác và giảm nguy cơ tái phát.

Trong loạt ca của chúng tôi, các tổn thương mô bệnh học bao gồm u thần kinh nội tiết, u cơ trơn - mạch và u tuyến Brunner. Trong đó, u thần kinh nội tiết là nhóm tổn thương có tiềm năng ác tính. Tỷ lệ cắt trọn en bloc đạt 4/5 trường hợp, và diện cắt âm tính đạt 3/5 trường hợp. Hai trường hợp có diện cắt đáy dương tính bao gồm một u thần kinh nội tiết và một u cơ trơn - mạch. Trường hợp u thần kinh nội tiết được cắt piecemeal, có thể làm hạn chế khả năng đánh giá chính xác diện cắt. Tuy nhiên, trong thời gian theo dõi 2-3 năm, không ghi nhận tái phát tại chỗ. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy cắt nội soi các tổn thương SEL tá tràng, đặc biệt là ở các u thần kinh nội tiết tá tràng kích thước nhỏ có tiên lượng dài hạn thuận lợi.[2]

Mặc dù ESD cho phép cắt trọn tổn thương với tỷ lệ en bloc cao hơn EMR, kỹ thuật này thường phức tạp và kéo dài thời gian thủ thuật. Trong loạt ca của chúng tôi, thời gian thực hiện dao động từ 10 đến 90 phút, phản ánh sự khác biệt về kích thước, vị trí và mức độ bóc tách của từng tổn thương. Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận biến chứng chảy máu hay thủng trong bất

kỳ trường hợp nào. Điều này có thể liên quan đến kích thước tổn thương tương đối nhỏ (1-2,2 cm) và việc đóng kín khuyết niêm mạc dự phòng sau cắt. [3]

Tá tràng là vị trí khó trong can thiệp nội soi do thành ruột mỏng, lòng ruột hẹp và giàu mạch máu dưới niêm mạc. Ngoài ra, ổ loét sau thủ thuật còn tiếp xúc với acid dạ dày, dịch mật và dịch tụy, làm tăng nguy cơ chảy máu hoặc thủng muộn. Vì vậy, việc đóng kín khuyết niêm mạc sau ESD được xem là biện pháp quan trọng giúp giảm biến chứng muộn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được đóng khuyết niêm mạc sau cắt bằng clip, có thể góp phần làm giảm nguy cơ biến chứng và giúp vết loét liền sẹo sau 4 tuần. [4]

Kết quả của chúng tôi cho thấy ESD có thể là phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị các u dưới niêm mạc tá tràng kích thước nhỏ, đặc biệt khi được thực hiện bởi bác sĩ nội soi có kinh nghiệm. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là báo cáo loạt ca với số lượng bệnh nhân nhỏ nên chưa thể đánh giá đầy đủ các yếu tố nguy cơ biến chứng. Thứ hai, hầu hết các tổn thương trong nghiên cứu đều có kích thước nhỏ, điều này có thể làm giảm tỷ lệ biến chứng. Cuối cùng, nghiên cứu chưa so sánh ESD với các phương pháp điều trị khác như EMR hoặc phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Trong loạt ca này, ESD điều trị u dưới niêm mạc tá tràng cho thấy tính khả thi và độ an toàn chấp nhận được ở các trường hợp được lựa chọn phù hợp. Đóng kín khuyết niêm mạc dự phòng sau thủ thuật có thể góp phần giảm nguy cơ chảy máu và thủng muộn. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn tại Việt Nam để đánh giá thêm hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li C, Chu Y, Lv L, et al.** Safety and efficacy of endoscopic resection for the treatment of duodenal subepithelial lesions. J Gastrointest Oncol. 2021;12(2):856-863. doi:10.21037/jgo-20-301
2. **Yi K, Kim GH, Kim SJ, et al.** Long-term outcomes of endoscopic resection for duodenal neuroendocrine tumors. *Sci Rep*. 2023;13(1):17908. Published 2023 Oct 20. doi:10.1038/s41598-023-45243-8
3. **Uozumi T, Abe S, Makiguchi ME, et al.** Complications of endoscopic resection in the upper gastrointestinal tract. *Clin Endosc*. 2023;56(4):409-422. doi:10.5946/ce.2023.024
4. **Kato M, Ochiai Y, Fukuhara S, et al.** Clinical impact of closure of the mucosal defect after duodenal endoscopic submucosal dissection. *Gastrointest Endosc*. 2019;89(1):87-93. doi:10.1016/j.gie.2018.07.026

BÁO CÁO CA BỆNH U BUỒNG TRỨNG XOẮN Ở THAI PHỤ 35 TUẦN

Đoàn Văn Nam[1,2], Nguyễn Thị Hân[1,2], Phạm Thị Thùy Linh[1], Nguyễn Thị Thúy Vân[1]
Lâm Thị Ngân[1], Nông Thị Thanh Quý[1], Phạm Thị Thu[1], Trần Thị Thu Trang[1]

TÓM TẮT

U buồng trứng xoắn là bệnh lý cấp cứu phụ khoa, phẫu thuật là bắt buộc. U buồng trứng xoắn trong thai kỳ hiếm gặp, khó chẩn đoán và xử trí phẫu thuật cũng gặp phải khó khăn nhất định. Hầu hết bệnh lý u buồng trứng xoắn xảy ra ở quý 1 và quý 2 thai kỳ, tuy nhiên đã có một số tác giả báo cáo trường hợp xoắn u buồng trứng và xoắn phần phụ ở quý 3. Trong bài này, chúng tôi trình bày một ca bệnh U buồng trứng xoắn trên thai phụ 35 tuần - một trường hợp hiếm gặp - cũng như cách xử lý và kết cục thai kỳ trong trường hợp này.

Từ khóa: *u buồng trứng xoắn, xoắn phần phụ, thai kỳ.*

[1] Trung tâm sức khỏe phụ nữ, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hệ thống chăm sóc sức khỏe Vinmec
[2] Trường khoa học sức khỏe, Đại học VinUni
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Nam
Email: doannam249@gmail.com

Mã bài: **N683**
Ngày nhận bài: 3.2.2026
Ngày phản biện khoa học: 3.3.2026
Ngày duyệt bài: 3.4.2026

SUMMARY

OVARIAN TORSION IN A PREGNANCY AT 35 WEEKS: A CASE - REPORT

Ovarian torsion is a gynecological emergency requiring surgery. Ovarian torsion during pregnancy is rare, difficult to diagnose, and presents significant surgical challenges. Most cases of ovarian torsion