

hiều với các nghiên cứu trên thế giới, đa số các bệnh nhân đều đạt thẩm mỹ đẹp và tốt đặc biệt trên những bệnh nhân có phẫu thuật cân chỉnh vú đối bên.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn ung thư vú ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở nước ta. Phụ nữ Việt Nam có tuyến vú tương đối nhỏ, thách thức đặt ra khi phẫu thuật bảo tồn là vừa phải đảm bảo an toàn về ung thư học vừa phải đảm bảo tính thẩm mỹ, đặc biệt là ở các vị trí ít mô. Các kỹ thuật tạo hình ung thư như vạt xoay, tạo hình chữ V, chữ J đã giúp giải quyết những khó khăn này, đem lại kết quả thẩm mỹ tốt, an toàn về mặt ung thư và có tỷ lệ biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Veronesi U., Cascinelli N., Mariani L., et al. (2002). Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*, **347**(16), 1227–1232.
2. Bodilsen A., Bjerre K., Offersen B.V., et al. (2016). Importance of margin width in breast-

conserving treatment of early breast cancer. *J Surg Oncol*, **113**(6), 609–615.

3. Chan S., Chen J.-H., Li S., et al. (2017). Evaluation of the association between quantitative mammographic density and breast cancer occurred in different quadrants. *BMC Cancer*, **17**(1), 274.
4. Lowery J.C., Wilkins E.G., Kuzon W.M., et al. (1996). Evaluations of aesthetic results in breast reconstruction: an analysis of reliability. *Ann Plast Surg*, **36**(6), 601–606; discussion 607.
5. Clough K.B., Oden S., Ihrai T., et al. (2013). Level 2 oncoplastic surgery for lower inner quadrant breast cancers: the LIQ-V mammoplasty. *Ann Surg Oncol*, **20**(12), 3847–3854.
6. Clough K.B., Kaufman G.J., Nos C., et al. (2010). Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Ann Surg Oncol*, **17**(5), 1375–1391.
7. Yang J.D., Lee J., Cho Y., et al. (2012). Surgical Techniques for Personalized Oncoplastic Surgery in Breast Cancer Patients with Small- to Moderate-Sized Breasts (Part 1): Volume Displacement. *Journal of breast cancer*, **15**, 1–6.
8. Munhoz A.M., Montag E., Arruda E.G., et al. (2006). Superior-medial dermoglandular pedicle reduction mammoplasty for immediate conservative breast surgery reconstruction: technical aspects and outcome. *Ann Plast Surg*, **57**(5), 502–508.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA KHỐI U PHÁT TRIỂN BÊN ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Công Long<sup>1</sup>, Lê Phú Tài<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu với mục đích nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân có khối u phát triển bên ở đại trực tràng (LSTs). **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 42 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u phát triển bên ở đại trực tràng tại Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai được đưa vào nghiên cứu từ tháng 11/2018 đến 8/2021. **Kết quả:** Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu ghi nhận kích thước trung bình khối u là  $38,2 \pm 18,4$  cm. Phần loại KUDO của LSTs type III, IV là 66,7% và 42,9%. Bệnh nhân có khối u lớn trên 40 mm, có tỷ lệ là 38,1%. Về kết quả mô bệnh học của LST thì chiếm đa số là u tuyến 69%, trong đó tổn thương ác tính là 31%. **Kết luận:** Tổn thương LST có xu hướng ác tính khi tăng kích thước vị trí và hình ảnh nội soi.

**Từ khóa:** khối u phát triển bên ở đại trực tràng, nội soi đại tràng, mô bệnh học

### SUMMARY

#### ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS AND PATHOLOGICAL ANALYSIS OF COLORECTAL LATERALLY SPREADING TUMORS

**Objectives:** his study aims to analyze the endoscopic and pathological characteristics of colorectal laterally spreading tumors (LSTs) to assist malignant risk stratification. **Method:** A total of 42 patients were enrolled with colorectal laterally spreading tumors from 11/2018 to 8/2021 in Bachmai hospital. **Results:** LSTs with mean diameters were  $38.2 \pm 18.4$  cm. KUDO classification rate of LSTs type III, IV were 66.7% and 42.9, respectively. Patients with tumor diameter  $\geq 40$  mm accounted for 38.1%. Adenoma was the main histological type in patients with tumors of all diameters, accounting for 69%, malignancy lesion was 31%. **Conclusion:** LST malignancy was found to be correlated with lesion diameter, location, and morphological appearance.

**Key words:** colorectal laterally spreading tumors, colonoscopy, pathological features

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, các tổn thương khối u phát triển bên (Laterally spreading tumors-LST)

<sup>1</sup>Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

<sup>2</sup>Khoa tiêu hóa bệnh viện Việt xô

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

được đặc biệt quan tâm trong tầm soát UTĐTT. Theo Kudo[1] (2008), khối u phát triển bên được định nghĩa là khối u có kích thước  $\geq 10\text{mm}$ , phát triển chủ yếu theo chiều ngang của lòng đại trực tràng. Các khối u phát triển bên (LST) có nguy cơ cao tiến triển thành ung thư đại trực tràng, tỉ lệ xâm lấn dưới niêm mạc của LST khoảng 8,5%, trong đó có sự khác nhau giữa các type tổn thương và tăng lên theo kích thước tổn thương. Nội soi đại trực tràng ra đời và được sử dụng phổ biến từ những năm 60 của thế kỷ XX là phương pháp quan trọng nhất để chẩn đoán bệnh. Nhiều hệ thống phân loại tổn thương được xây dựng để dự đoán khả năng xâm lấn qua nội soi như JNET, KUDO, NICE... Trong đó, phân tích khe tuyến theo KUDO được sử dụng chủ yếu trong thực hành lâm sàng. Li[2] và cs (2014) nhận thấy có sự tương đồng giữa phân loại KUDO và các đặc điểm trên mô bệnh học: type I và II thường lành tính, type III, IV và V có thể là u tuyến ống hoặc ung thư. Mặc dù vậy, cho đến nay, chưa có nhiều nghiên cứu về mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học cũng như kết quả nội soi của các tổn thương LST. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi theo phân loại KUDO và mối tương quan với mô bệnh học ở tổn thương LST.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- **Đối tượng:** 42 bệnh nhân Bệnh nhân có tổn thương dạng LST tại đại trực tràng tại khoa Tiêu Hóa bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2018 đến tháng 8/2020.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.** Khối u phát triển bên được chẩn đoán theo Kudo[1] (2008) như sau: Khối u có kích thước  $\geq 10\text{mm}$ , phát triển chủ yếu theo chiều ngang của lòng đại trực tràng.

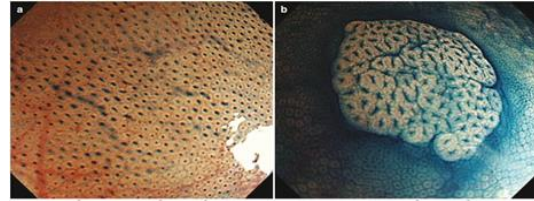
**Phân loại hình thái tổn thương theo phân loại của Paris và Nhật Bản[1]**

Tổn thương LST		Phân loại theo Paris - Nhật bản
LST - G	Đồng nhất	IIa
	Hỗn hợp	IIa, Is + IIa,
LST - NG	Lồi	IIa
	Giả lõm	IIa + IIc,

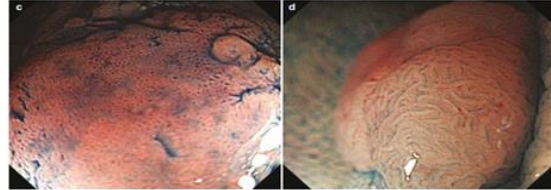
**❖ Phân loại tổn thương theo KUDO:**

Nội soi phóng đại kết hợp với nhuộm màu được KUDO và các cs phát triển với độ chính xác cao, có thể dự đoán được bản chất của tổn thương cũng như độ xâm lấn giúp ích cho việc chẩn đoán cũng như điều trị cho bệnh nhân. Pit có thể phân biệt u tuyến với polyp tăng sản lên

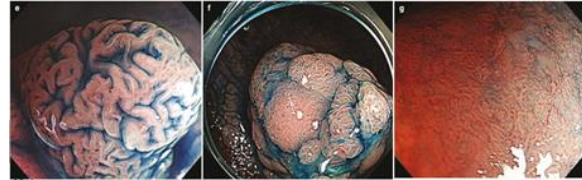
tới (85 – 96%), hoặc các trường hợp ung thư đại trực tràng xâm lấn hoặc di căn (76,4 – 89,3%) [3, 4].



(a) type I, khe tuyến tròn đều  
(b) type II, khe tuyến hình sao



(c) type III, khe tuyến tròn nhỏ hơn khe tuyến bình thường  
(d) type IIIIL, khe tuyến hình ống dài



(e) type IV, khe tuyến dạng nhánh hoặc cuộn; (f) type VI, khe tuyến không đều  
(g) type VN, khe tuyến không có cấu trúc và vài vùng không có khe

- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

- Vị trí tổn thương: đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng

- Kích thước tổn thương: 20-29 mm, 30-39mm,  $\geq 40\text{mm}$ , trung bình

- Hình thái tổn thương: IIa (NG), IIc + IIa (NG), IIa (G), IIa + Is (G)

- Phân loại tổn thương theo KUDO: IIIs, IIIIL, IV, VI

**Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, với giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

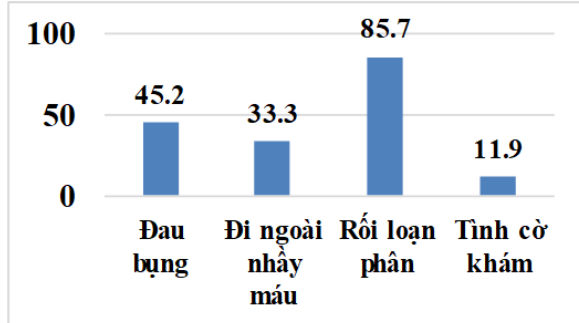
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Phân bố bệnh theo tuổi (n=42)**

Nhóm tuổi	n	%
$\leq 39$	1	2,4
40 - 49	1	2,4
50- 59	12	28,6
$\geq 60$	28	66,6
Tổng số	42	100
X $\pm$ SD (Min-max)	65,7 $\pm$ 11,0 (36-88)	

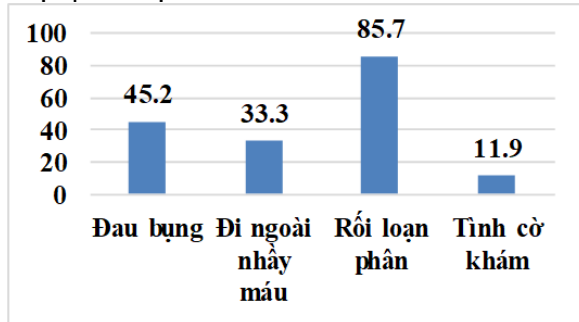
Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 66,6%, tiếp theo là nhóm tuổi từ 50-59 chiếm

28,6%. Nhóm tuổi dưới 40 tuổi và 40-49 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,4%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 65,7±11,0, tuổi cao nhất là 88 tuổi, thấp nhất là 36 tuổi.



**Biểu đồ 1: Triệu chứng cơ năng (n=42)**

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng rối loạn phân cao nhất với 85,7%. Có 5 bệnh nhân (11,9%) được phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe.



**Biểu đồ 2: Triệu chứng cơ năng (n=42)**

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng rối loạn phân cao nhất với 85,7%. Có 5 bệnh nhân (11,9%)

**Bảng 3: Phân loại tổn thương KUDO liên quan đến kích thước tổn thương (n=42)**

Phân loại KUDO	≤29 mm		30-39 mm		≥40 mm		p
	n	%	n	%	n	%	
III <sub>s</sub>	3	21,4	1	8,3	0	0	0,13
III <sub>L</sub>	11	78,6	9	75,0	8	50,0	0,23
IV	4	28,6	4	33,3	10	62,5	0,17
V <sub>i</sub>	1	7,1	1	8,3	0	0	0,52
<b>Tổng số</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>--</b>

Với kích thước ≤29 mm thì type III<sub>L</sub> chiếm tỉ lệ cao nhất 78,6%, tiếp theo là IV 28,6%. Với kích thước 30-39mm thì type III<sub>L</sub> chiếm chủ yếu 75,0%, tiếp theo là type IV 33,3%. Với kích thước ≥40 mm thì type IV chiếm chủ yếu 62,5%, type III<sub>L</sub> xếp thứ hai 50%.

**Bảng 4: Kết quả giải phẫu bệnh (n=42)**

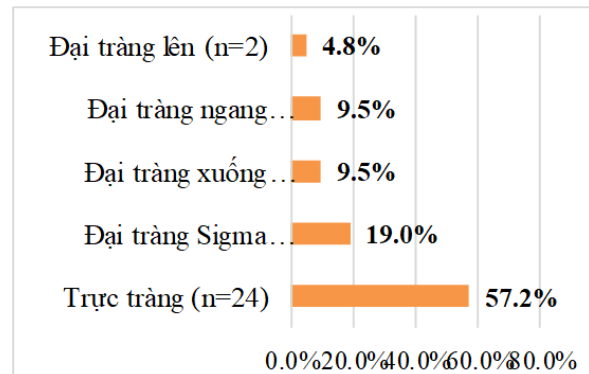
Kết quả giải phẫu bệnh	n	%
U tuyến	29	69,0
Ung thư biểu mô	13	31,0
<b>Tổng số</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ u tuyến chiếm 69,0% và tỷ lệ ung thư biểu mô chiếm 31,0%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, có 42 bệnh nhân

được phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe.



**Biểu đồ 3. Phân bố vị trí tổn thương (n=42)**

Vị trí hay gặp tổn thương được can thiệp ESD nhất là trực tràng chiếm 57,2%. Vị trí gặp ít nhất đó là đại tràng lên chiếm 4,8%.

**Bảng 2: Phân bố kích thước tổn thương (n=42)**

Kích thước tổn thương (mm)	n	%
≤ 29	14	33,3
30-39	12	28,6
≥ 40	16	38,1
<b>Tổng số</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
X±SD (min-max)	38,2±18,4 (20-90)	

Kích thước tổn thương hay gặp nhất là ≥40 mm chiếm 38,1%. Kích thước tổn thương ít gặp nhất là nhóm kích thước từ 30-39mm chiếm 28,6%. Tổn thương nhỏ nhất là 20mm và tổn thương lớn nhất là 90mm. Kích thước trung bình của tổn thương 38,2±18,4 mm.

**Bảng 3: Phân loại tổn thương KUDO liên quan đến kích thước tổn thương (n=42)**

Phân loại KUDO	≤29 mm		30-39 mm		≥40 mm		p
	n	%	n	%	n	%	
III <sub>s</sub>	3	21,4	1	8,3	0	0	0,13
III <sub>L</sub>	11	78,6	9	75,0	8	50,0	0,23
IV	4	28,6	4	33,3	10	62,5	0,17
V <sub>i</sub>	1	7,1	1	8,3	0	0	0,52
<b>Tổng số</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>--</b>

Với kích thước ≤29 mm thì type III<sub>L</sub> chiếm tỉ lệ cao nhất 78,6%, tiếp theo là IV 28,6%. Với kích thước 30-39mm thì type III<sub>L</sub> chiếm chủ yếu 75,0%, tiếp theo là type IV 33,3%. Với kích thước ≥40 mm thì type IV chiếm chủ yếu 62,5%, type III<sub>L</sub> xếp thứ hai 50%.

**Bảng 4: Kết quả giải phẫu bệnh (n=42)**

Kết quả giải phẫu bệnh	n	%
U tuyến	29	69,0
Ung thư biểu mô	13	31,0
<b>Tổng số</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

đủ tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Kết quả bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình là 65,7, thấp nhất 36 tuổi và cao nhất 88 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi chiếm 66,6% và nhóm tuổi từ 50 đến 59 tuổi chiếm 28,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Terasaki và cs (2012) [5]. Người bệnh đến khám với triệu chứng rối loạn phân là chính chiếm 85,7%, nhóm bệnh nhân không có triệu chứng tình cờ đi khám chiếm 11,9%, chiếm tỷ lệ thấp. Hai triệu chứng

cũng gặp khá nhiều như đau bụng hoặc đi ngoài phân máu hoặc nhày máu lần lượt chiếm tỷ lệ là 45,2% và 33,3%. Ngoài ra, trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 9,5% trường hợp bệnh nhân không triệu chứng, phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe định kỳ. Nhóm nghiên cứu cho rằng, chính sự quan tâm tới sàng lọc sớm, đặc biệt khám bệnh định kỳ thường xuyên đã giúp phát hiện sớm các tổn thương LST và ung thư sớm ở đại trực tràng. Vị trí gặp tổn thương thường gặp là trực tràng chiếm 57,2%, tiếp đó là đại tràng Sigma chiếm 19,0% và tỷ lệ gặp giảm dần theo vị trí giải phẫu đến đại tràng lên. Nghiên cứu của Kobayashi và cs (2020) thực hiện trên 1236 trường hợp tổn thương LST có kích thước từ 20mm trở lên, tác giả nhận thấy trực tràng là vị trí gặp tỷ lệ cao nhất 26%[6]. Trong nghiên cứu này, nhóm kích thước  $\geq 40$ mm chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,1% tiếp theo đến nhóm kích thước từ 20 – 29 mm chiếm 33,3%. Trong đó kích thước nhỏ nhất là 20mm và kích thước lớn nhất là 90 mm. Theo Kobayashi và cs, kích thước tổn thương LST trung bình là 35mm[6]. Tổn thương gặp nhiều nhất là hình thái dạng IIa + Is (G) chiếm tỷ lệ 45,8%, hai hình thái tổn thương còn lại tỷ lệ gần tương đương nhau là IIa (NG) chiếm 29,2% và IIa (G) chiếm 25%. Tại đại tràng Sigma tổn thương chiếm tỷ lệ cao nhất là dạng IIa (NG) chiếm tỷ lệ 50%, hai dạng tổn thương còn lại đều chiếm tỷ lệ 25%. Tại đại tràng xuống và đại tràng lên, chỉ gặp hai dạng tổn thương là IIa(NG) và IIa + Is (G) và tại hai vị trí này, tỷ lệ hai tổn thương này gặp là như nhau. Yype tổn thương gặp nhiều nhất là type IIIIL chiếm 66,7%, tiếp theo là type IV 42,9% và type Vi chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,8%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi

nhận 9 trường hợp tổn thương khi phân tích bề mặt khe tuyến trên nội soi nhuộm màu có sự kết hợp giữa hai type trên cùng một tổn thương. Kết quả tỷ lệ các tổn thương u tuyến chiếm tỷ lệ cao với 69,0% các tổn thương và ung thư biểu mô chiếm 31,0%. Điều này phù hợp với đặc điểm dự đoán mô bệnh học của tổn thương thông qua phân loại của KUDO.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 42 bệnh nhân hình thái tổn thương theo phân độ khối u lan rộng LST. tổn thương theo KUDO, type IIIIL chiếm 66,7%, type IV chiếm 42,9%, type Vi 4,8%. Trong đó, type IIIIL chủ yếu ở hình thái IIa (NG).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kudo, S.-e., O. Takemura, and K. Ohtsuka, Flat and depressed types of early colorectal cancers: from East to West. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America*, 2008. **18**(3): p. 581-593.
2. Li, M., et al., Kudo's pit pattern classification for colorectal neoplasms: a meta-analysis. *World J Gastroenterol*, 2014. **20**(35): p. 12649-56.
3. Kobayashi, Y., et al., Clinical usefulness of pit patterns for detecting colonic lesions requiring surgical treatment. 2011. **26**(12): p. 1531-1540.
4. Sakamoto, T., et al., Comparison of magnifying chromoendoscopy and narrow-band imaging in estimation of early colorectal cancer invasion depth: a pilot study. 2011. **23**(2): p. 118-123.
5. Terasaki, M., et al., Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for laterally spreading tumors larger than 20 mm. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 2012. **27**(4): p. 734-740.
6. Kobayashi, K., et al., Predictors of invasive cancer of large laterally spreading colorectal tumors: A multicenter study in Japan. *JGH Open*, 2020. **4**(1): p. 83-89.

## GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT U BAO THẦN KINH DÂY VIII VÀ U MÀNG NÃO VÙNG GÓC CẦU TIỂU NÃO

Nguyễn Hà Khương<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Hùng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu để so sánh sự khác biệt về đặc điểm hình ảnh cầu màng não (UMN) và u bao thần kinh số VIII (UBTK8) trên

CHT với các chuỗi xung thường quy và chuỗi xung khuếch tán. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 72 bệnh nhân có chẩn đoán giải phẫu bệnh (36 UMN vùng góc cầu tiểu não, 36 UBTK8). Chúng tôi thực hiện nghiên cứu để so sánh sự khác biệt về các đặc điểm hình thái và cấu trúc của hai loại u, đặc điểm tín hiệu u trên các chuỗi xung thường quy và xung khuếch tán, định lượng các giá trị đường kính lớn nhất của u, chiều dài đuôi màng não và chiều dài u xâm lấn vào ống tai trong. Phân tích và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0 sử dụng các test Mann-Whitney U test, ROC curve analyses, và Spearman correlation test. **Kết quả:** Nghiên cứu của

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung\_84@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022