

## PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC CÁC TỔN THƯƠNG/POLYP RĂNG CỬA THEO CẬP NHẬT WHO 2019

Trần Hữu Thái<sup>2</sup>, Ngô Phúc Thịnh<sup>3</sup>,  
Huỳnh Thanh Phụng, Võ Thị Ngọc Diễm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hệ thống phân loại WHO 2019 đã có những thay đổi quan trọng trong danh pháp, phân loại, tiêu chuẩn chẩn đoán các tổn thương/polyp răng cửa ở đại – trực tràng (ĐTT). **Mục tiêu:** (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới tính, vị trí, kích thước). (2) Phân loại mô bệnh học theo cập nhật WHO 2019 các tổn thương/polyp răng cửa ở ĐTT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 136 trường hợp/130 bệnh nhân được sàng lọc bằng chẩn đoán, tử khóa, hình ảnh từ 1915 trường hợp đã được chẩn đoán tổn thương/polyp răng cửa ở ĐTT tại bộ môn Mô phổi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2019 đến 05/2021. **Kết quả:** Độ tuổi mắc bệnh các tổn thương/polyp răng cửa ở ĐTT được ghi nhận từ 30-92 tuổi, trong đó đỉnh tuổi từ 61 – 70. Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao gần gấp đôi nữ. Polyp tăng sản (HP), tổn thương răng cửa không cuống (SSL), u tuyến răng cửa truyền thống (TSA) thường ở vị trí đại tràng xa trong khi tổn thương răng cửa không cuống nghịch sản (SSLD) có vị trí gần tương đương nhau. HP và SSL thường có kích thước nhỏ hơn 5mm, SSLD có thể nhỏ hoặc lớn 5mm nhưng đa số nhỏ hơn 10mm, TSA thường lớn hơn 10mm. Trong 110 trường hợp đã được chẩn đoán tổn thương/polyp răng cửa, phân loại theo cập nhật WHO 2019 thu được kết quả: 25 HP, 07 SSL, 08 SSLD, 24 TSA, 01 u tuyến răng cửa không phân loại (USA) và 45 trường hợp không thuộc phân loại tổn thương/polyp răng cửa. Trong 64 trường hợp HP nghi ngờ thuộc tổn thương/polyp răng cửa khác, phân loại theo cập nhật WHO 2019 thu được kết quả: 51 HP, 08 SSL, 03 SSLD, 02 TSA. 29 trường hợp u tuyến ống – nhánh (TVA) nghi ngờ thuộc tổn thương/polyp răng cửa khác, phân loại lại theo cập nhật WHO 2019 thu được kết quả: 27 TVA, 02 TSA. **Kết luận:** Độ tuổi mắc bệnh ghi nhận được từ 30 – 92 tuổi, đỉnh tuổi mắc bệnh các nhóm tổn thương tương tự nhau từ 61 – 70 tuổi, tỷ lệ nam giới mắc bệnh gần gấp đôi nữ. HP, SSL, TSA thường có vị trí ở đại tràng xa hơn đại tràng gần, trong khi SSLD thì gần tương đương nhau. HP và SSL thường có kích thước nhỏ hơn 5mm, SSLD có thể nhỏ hơn hoặc lớn hơn 5mm nhưng đa số nhỏ hơn 10mm, TSA thường lớn hơn 10mm. Có thể chẩn đoán nhầm SSL là polyp tăng sản (HP) trên những mẫu có định hướng kém, TSA có thể bị bỏ sót từ TVA.

**Từ khoá:** Polyp tăng sản, tổn thương răng cửa không cuống, polyp răng cửa không cuống, u tuyến răng cửa truyền thống.

### SUMMARY

#### HISTOLOGICAL CLASSIFICATION ON SERRATED LESION/POLYP BY WHO 2019

**Background:** 2019 WHO classification, there have been important changes in classification, terminology, categorization, and diagnostic criteria for serrated lesions/polyps of colorectal. **Objectives:** (1) Describe some clinical characteristics (age, sex, location, size), (2) Histopathological classification according to the WHO 2019 update of serrated lesions/polyps of colorectal. **Methods:** 136 cases/130 patients are screened by diagnostic, keywords, and images from 1915 cases that have been diagnosed with serrated lesions/polyps of colorectal at the Pathology Department, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy from 01/2019 to 05/2021. **Results:** The age of infection of serrated lesions/polyps in the colorectal is recorded from 30-92 years old, of which the peak of 61-70. The proportion of men with the disease is nearly twice as high as women. Hyperplastic polyps (HP), Sessile serrated lesions (SSL), and Traditional serrated adenoma (TSA) are usually located in the distal colon while the sessile serrated lesions with dysplasia (SSLD) there in a close position. HP and SSL are usually smaller than 5mm, SSLD may be small or 5mm large, but the majority is less than 10mm, and TSA is usually larger than 10mm. In 110 cases diagnosed with serrated polyps/lesions, classified according to WHO 2019 update, the following results were obtained: 25 HP, 07 SSL, 08 SSLD, 24 TSA, 01 unclassified serrated adenoma (USA), and 45 cases were not classified as serrated polyps/lesions. In 64 cases of HP suspected of belonging to other serrated lesions/polyps, classification according to the WHO 2019 update obtained results: 51 HP, 08 SSL, 03 SSLD, 02 TSA. 29 cases of tubulovillous adenomas (TVA) suspected of belonging to other serrated lesions/polyps, reclassified according to WHO 2019 update, obtained results: 27 TVA, 02 TSA. **Conclusions:** The age of the disease was recorded from 30 to 92 years old, the peak age of the affected groups was similar from 61 to 70 years old, and the rate of men infected was nearly twice that of women. HP, SSL, and TSA are more commonly located in the distal colon than in the proximal colon, while SSLD is roughly equivalent. HP and SSL are usually smaller than 5mm, SSLD can be smaller or larger than 5mm but most are smaller than 10mm, and TSA is usually bigger than 10mm. The change in SSL and TSA diagnosis criteria led to the need to reclassify these two groups of lesions. SSL and SSLD may be omitted from the HP group, and TSA may be

<sup>1</sup>Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đà Nẵng

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Ngọc Diễm

Email: votngocdiem@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023

omitted from TVA.

**Keywords:** Hyperplastic polyps, Sessile serrated lesions, Sessile serrated polyps, Traditional serrated adenoma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bên cạnh u tuyến quy ước được công nhận là tổn thương tiền thân của ung thư biểu mô đại – trực tràng (ĐTT), có ít nhất khoảng 20% – 30% ung thư ĐTT không phát sinh thông qua u tuyến quy ước mà qua con đường tân sinh răng cưa.

Trước năm 2010, các tổn thương/polyp răng cưa không được phát hiện tốt bởi các bác sĩ nội soi và thường được hiểu là một tổn thương polyp tăng sản vô hại bởi các bác sĩ giải phẫu bệnh, không có nhiều bằng chứng mô học cho sự tiến triển trong các trường hợp này. Vẫn còn nhiều hiểu lầm xung quanh tổn thương/polyp răng cưa về mặt thuật ngữ, phân loại và đánh giá nguy cơ tiến triển. Một phần là do danh pháp khó hiểu, đa dạng, thay đổi tiêu chuẩn về bệnh lý và không có sự chắc chắn về tiên lượng. Ngoài ra, những hiểu biết về tầm quan trọng của tân sinh răng cưa trong phòng ngừa ung thư ĐTT chưa được phổ biến đầy đủ đến các bác sĩ giải phẫu bệnh và bác sĩ tiêu hóa.

Gần một thập kỷ qua đã có nhiều tiến bộ to lớn trong sự hiểu biết về con đường tân sinh răng cưa<sup>(2)</sup>. Năm 2019, WHO<sup>(5)</sup> đã cập nhật các tiêu chuẩn đánh giá mới, nhằm hướng dẫn trong việc chẩn đoán, phân loại và danh pháp thích hợp cho các tổn thương và polyp răng cưa bao gồm: thay đổi về thuật ngữ, tiêu chuẩn chẩn đoán, bỏ đi thực thể không còn phù hợp và thêm thực thể chẩn đoán mới, trong đó SSLD là một phân nhóm tiến triển của tổn thương răng cưa phù hợp nhất về mặt lâm sàng<sup>(4)</sup>.

Hệ thống phân loại mới của WHO 2019<sup>(5)</sup> đã có nhiều thay đổi trong chẩn đoán, phân loại và danh pháp cho các tổn thương/polyp răng cưa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu báo cáo loạt ca tổn thương/polyp răng cưa với các mục tiêu: (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới tính, vị trí, kích thước) các tổn thương/polyp răng cưa ở ĐTT; (2) Phân loại theo cập nhật WHO 2019 các tổn thương/polyp răng cưa ở ĐTT.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Tất cả các tổn thương có chứa cấu trúc răng cưa hoặc được chẩn đoán là polyp/u tuyến răng cưa theo phân loại WHO 2010 hoặc các tổn thương/polyp răng cưa theo phân loại WHO 2019 hoặc u tuyến ống – nhánh.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Không phân loại được

do mẫu vụn nát.

### Phương pháp nghiên cứu

- Báo cáo loạt ca, hồi cứu. Sử dụng từ khóa tìm kiếm “răng cưa”, “polyp tăng sản đại tràng”, “pôlyp tăng sản đại tràng” và “u tuyến ống – nhánh” chọn tất cả các trường hợp trong chẩn đoán có chứa các từ khóa này. Sau đó sàng lọc bằng dữ liệu hình ảnh chọn ra các trường hợp nghi ngờ là tổn thương/polyp răng cưa (có hình ảnh răng cưa và bất thường cấu trúc tuyến). Thu thập các tổn thương/polyp răng cưa từ thực hành hằng ngày tại Bộ môn Mô phôi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y Dược TP.HCM trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- Thông tin thu thập bao gồm: Họ tên, tuổi, giới, vị trí và kích thước tổn thương. Chẩn đoán lâm sàng, chẩn đoán giải phẫu bệnh và mã số giải phẫu bệnh từ dữ liệu điện tử lưu trữ của Bộ môn Mô phôi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2019 đến 05/2021.

- Thu thập dữ liệu về đặc điểm mô bệnh học trên tiêu bản Hematoxylin và Eosin, phân loại mô học các tổn thương/polyp răng cưa theo cập nhật WHO 2019.

- Kết quả thống kê đọc ở ngưỡng tin cậy 95%, với  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê. Kiểm định  $\chi^2$  dùng cho bảng  $n \times n$ , kiểm định Fisher's chính xác thay thế trong trường hợp bảng có kích thước nhỏ dưới 5 hoặc  $2 \times 2$  để tăng độ tin cậy, kiểm định Anova một yếu tố sử dụng trong trường hợp so sánh sai biệt giữa các nhóm tuổi.

**Y đức.** Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng Y đức của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định 337/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 25/03/2022.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Kết quả phân loại mô bệnh học

- 110 trường hợp được chẩn đoán tổn thương/polyp răng cưa tìm thấy từ dữ liệu lưu trữ. Sau khi phân loại lại theo cập nhật WHO 2019 có 65 trường hợp (59,1%) thỏa tiêu chuẩn, trong đó có: 25 HP, 07 SSL, 08 SSLD, 24 TSA, 01 USA và 45 trường hợp (40,2%) không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu gồm: polyp tồn dư, polyp viêm, u tuyến ống, có hiện tượng sa niêm hoặc có chứa thành phần carcinôm.

- 64 trường hợp HP nghi ngờ có đặc điểm mô học (có hình thái răng cưa và biến dạng cấu trúc tuyến) thuộc các phân loại khác (ngoài nhóm HP). Sau khi phân loại lại theo cập nhật WHO 2019 có: 51 HP (79,7%), 08 SSL (12,5%), 03 SSLD (4,7%) và 02 TSA (3,1%).

- 29 trường hợp nghi ngờ có đặc điểm mô

học (có đặc điểm của TSA hoặc SSL) thuộc các phân loại khác (ngoài nhóm TVA). Sau khi phân loại lại theo cập nhật WHO 2019 có: 27 TVA (93,1%), 02 TSA (6,9%).

- Trong quá trình thực hành tại Bộ môn Mô phôi – Giải phẫu bệnh, bắt gặp 07 trường hợp đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương/polyp răng cửa

theo cập nhật WHO 2019 bao gồm: 02 SSL, 01 SSLD, 03 TSA, 01 USA.

**Một số đặc điểm lâm sàng và các mối liên quan của mẫu nghiên cứu.** 136 trường hợp tổn thương/polyp răng cửa ở ĐTT được khảo sát có một số đặc điểm về tuổi, giới, vị trí, kích thước được trình bày ở Bảng 1.

**Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm mô bệnh học				Tổng N (%)	Giá trị p
	HP	SSL	SSLD	TSA		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
<b>Tuổi ± SD (khoảng tuổi)</b>	58 ± 13 (30 – 92)	65 ± 9 (38 – 82)	59 ± 17 (31 – 80)	61 ± 12 (42 – 87)	136 (100)	> 0,05 <sup>a</sup>
<b>Giới tính</b>	<b>Nam</b>	49 (64,5)	11 (64,7)	8 (66,7)	20 (64,5)	> 0,05 <sup>b</sup>
	<b>Nữ</b>	27 (35,5)	6 (35,3)	4 (33,3)	11 (35,5)	
<b>Vị trí</b>	<b>ĐT gần</b>	26 (34,2)	5 (29,4)	7 (58,3)	9 (29)	0,045 <sup>c</sup>
	<b>ĐT xa</b>	50 (65,8)	12 (70,6)	5 (41,7)	22 (71)	
<b>Kích thước (mm)</b>	<b>&lt;5</b>	72 (94,7)	15 (88,2)	5 (41,7)	11 (35,5)	< 0,05 <sup>d</sup>
	<b>5 - 10</b>	4 (5,3)	2 (11,8)	6 (50)	7 (22,6)	
	<b>&gt;10</b>	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	13 (41,9)	

<sup>(a)</sup>Kiểm định Anova 1 yếu tố (so sánh giữa phân bố nhóm tuổi và các nhóm tổn thương).

<sup>(b)</sup>Kiểm định  $\chi^2$  (so sánh giữa phân bố giới tính và các nhóm tổn thương).

<sup>(c)</sup>Kiểm định Fisher chính xác (so sánh vị trí SSLD với các nhóm còn lại).

<sup>(d)</sup>Kiểm định Fisher chính xác (so sánh kích thước SSL và SSLD với TSA ở hai giá trị  $\leq 10\text{mm}$  và  $> 10\text{mm}$ ; so sánh kích thước SSL với SSLD ở hai giá trị  $< 0,5\text{mm}$  và  $\geq 0,5\text{mm}$ ).

**Nhận xét:**

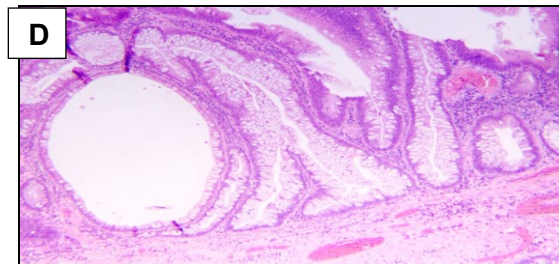
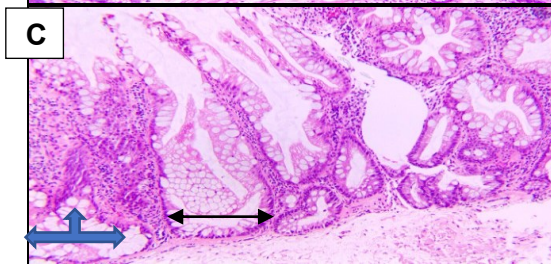
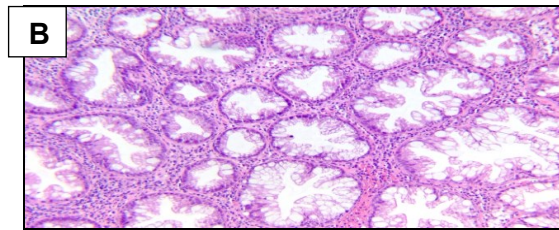
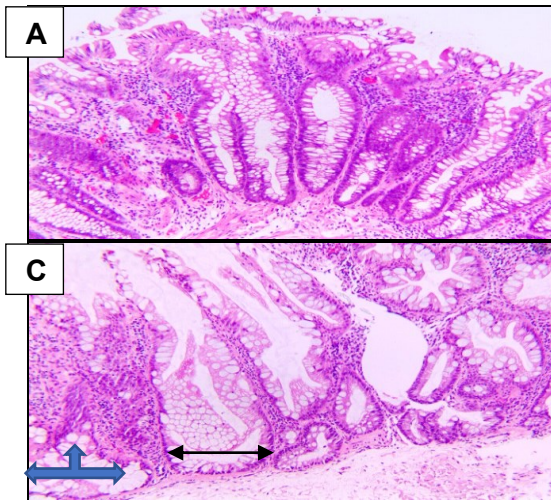
- Độ tuổi mắc bệnh ghi nhận được từ 30 – 92 tuổi. Độ tuổi mắc bệnh trung bình của các nhóm HP, SSL, SSLD, TSA lần lượt là: 58 ± 13, 65 ± 9, 59 ± 17, 61 ± 12. Đỉnh tuổi mắc bệnh các nhóm tổn thương tương tự nhau từ 61 – 70

tuổi. Khoảng tuổi có xuất độ mắc bệnh cao ở nhóm SSL, SSD bằng với đỉnh tuổi, trong khi nhóm HP và TSA thì rộng hơn và tương tự nhau lần lượt là: 51 – 70 và 41 – 70.

- Tỷ lệ nam giới mắc bệnh gần gấp đôi nữ (tỉ lệ dao động từ 1,8 – 2).

- HP, SSL, TSA thường có vị trí ở đại tràng xa hơn đại tràng gần, trong khi SSLD thì gần tương đương nhau.

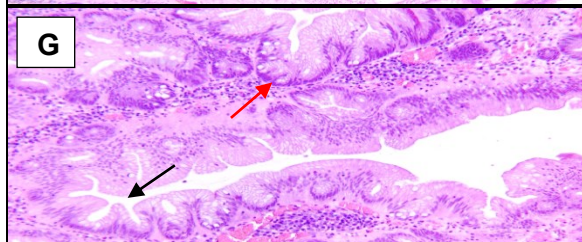
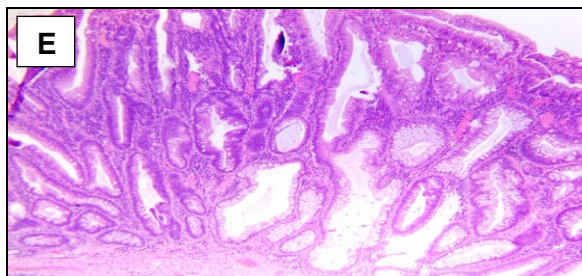
- Kích thước có sự khác biệt giữa các nhóm, xu hướng nhỏ nhất là nhóm HP, SSL, SSLD, và lớn hơn ở nhóm TSA. HP và SSL thường có kích thước nhỏ hơn 5mm, không ghi nhận trường hợp nào lớn hơn 10mm, khác biệt với nhóm SSLD có thể nhỏ hơn hoặc lớn hơn 5mm nhưng đa số nhỏ hơn 10mm, nhóm TSA thường lớn hơn 10mm.





**(A)** HP-8 H&E, x100: tuyến cao, uốn lượn, có ít răng cưa ở bề mặt (mặt cắt dọc)

**(B)** HP-5, H&E, x40: định hướng mẫu chỉ có mặt cắt ngang, lòng tuyến hình sao, không đánh giá được đặc điểm ở đáy tuyến



**(E)** SSLD-10 H&E, x100: nghịch sản không đặc hiệu với các tuyến kéo dài, phân nhánh phức tạp, tế bào nghịch sản rõ ràng.

**(F)** SSLD-4, H&E, x400: nghịch sản răng cưa với tuyến đóng, nhỏ, tập trung đồng đúc, ít răng cưa, tế bào nghịch sản rõ ràng nhân tròn, hạch nhân rõ, bào tương nhiều, ái toan, phân bào nhiều.

**(G)** TSA-7, H&E, x100: răng cưa dạng khe (mũi tên màu đen) và nụ biểu mô lạc chỗ (mũi tên màu đỏ).

**(H)** TSA-22, H&E, x40: tế bào nhân nhỏ kéo dài, bào tương nhiều, ái toan

#### IV. BÀN LUẬN

##### Phương pháp chọn mẫu và phân loại

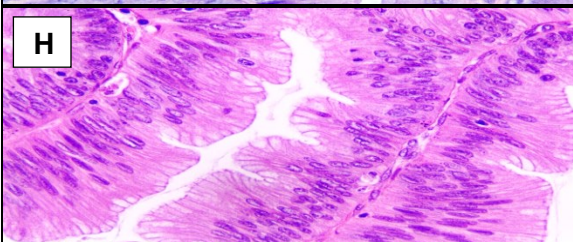
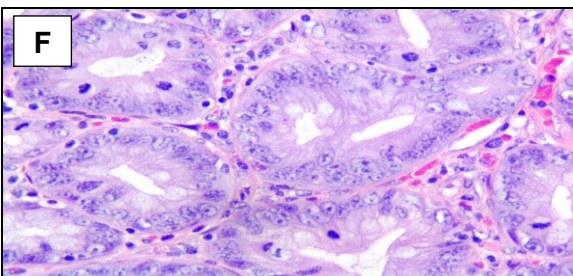
- Chúng tôi tiến hành chọn mẫu và phân loại lại từ: (1) đã được chẩn đoán là tổn thương/polyp răng cưa, (2) polyp tăng sản, (3) u tuyến ống – nhánh, (4) bắt gặp trong quá trình thực hành với lý do:

- Nhóm (1) bao gồm các trường hợp đã được chẩn đoán tổn thương/polyp răng cưa theo phân loại WHO 2010 hoặc WHO 2019. Nhưng trong cập nhật WHO 2019<sup>(4)</sup> đã có nhiều thay đổi về thuật ngữ, phân loại và tiêu chuẩn chẩn đoán nên chúng tôi muốn thống nhất chẩn đoán theo cập nhật này.

- Nhóm (2) bao gồm các trường hợp đã được chẩn đoán HP theo phân loại WHO 2010 hoặc WHO 2019. Chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất của SSL là polyp tăng sản không bào

**(C)** SSL-11, H&E, x100: giãn đáy tuyến (mũi tên màu đen), tăng trưởng dọc cơ niêm tạo hình chữ T đảo ngược (mũi tên màu xanh)

**(D)** SSLD-1, H&E, x100: giãn đáy tuyến, tuyến tăng trưởng dọc cơ niêm hình chữ L.



nhỏ (MVHP). Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc chẩn đoán hai tổn thương này gồm: thay đổi về tiêu chuẩn chẩn đoán (WHO 2019 chỉ yêu cầu  $\geq 1$  tuyến răng cưa biến dạng để chẩn đoán SSL, trong khi đó WHO 2010 yêu cầu 2 hoặc 3 tuyến răng cưa biến dạng liền kề) và định hướng mẫu. Vì vậy chúng tôi khảo sát lại nhóm này để xác định các trường hợp SSL.

- Trong nghiên cứu của Jaravaza và cs đã tiến hành khảo sát lại mô bệnh học của 147 polyp đã được chẩn đoán là HP trước đó. Kết quả có 9 trường hợp (6,1%) được phân loại lại là SSL, 103 trường hợp là HP và 35 trường hợp là phân loại khác. Trên 103 HP đã được xác nhận lại, tác giả tiến hành cắt lọc thêm mỗi trường hợp 8 lát cắt và kết quả phân loại thêm được 11 trường hợp SSL, trong đó trung bình 3,6 lát cắt có thể thay đổi chẩn đoán.

- Nghiên cứu chúng tôi tiến hành khảo sát lại mô bệnh học 65 trường hợp đã được chẩn đoán trước đó là HP và kết quả có 11 trường hợp (16,9%) được phân loại lại là SSL và SSLD. Chúng tôi tiến hành khảo sát trên toàn bộ lát cắt có sẵn (có từ 2 – 6 lát cắt mặc định trong thực hành giải phẫu bệnh hằng ngày) ở nhóm MVHP có 19/53 trường hợp mẫu chỉ có mặt cắt ngang và 20/53 trường hợp gồm cả mặt cắt ngang và dọc. Những trường hợp này rất khó để khảo sát các đặc điểm biến dạng cấu trúc ở đáy tuyến dẫn đến có thể bỏ sót chuẩn đoán SSL. Mặt hạn chế nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của Jaravaza là chưa tiến hành cắt lát mỏng thêm

trên những mẫu có định hướng kém này để tiếp tục khảo sát việc bỏ sót chẩn đoán SSL.

- Nhóm (3) bao gồm các trường hợp đã được chẩn đoán TVA. Chẩn đoán phân biệt thường gặp nhất của TSA là TVA. Trong cập nhật WHO 2019, tiêu chuẩn hình thành nụ biểu mô lạc chỗ không còn được xem là tiêu chuẩn chính chẩn đoán TSA. Những trường hợp TSA không có đặc điểm này có thể được xếp vào nhóm TVA. Vì vậy, chúng tôi muốn khảo sát lại nhóm tổn thương này để xác định các trường hợp TSA.

- Nhóm (4) bao gồm các tổn thương/polyp răng cưa bắt gặp được trong quá trình thực hành nhằm rút ngắn quá trình sàng lọc mẫu (bắt đầu từ thời điểm quyết định thực hiện đề tài đến khi kết thúc quá trình thu thập mẫu).

**Một số đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu:** - Nhóm SSL trong nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ nam cao hơn nữ (1,8:1), vị trí đại tràng xa (70,6%) và kích thước hầu hết dưới 5mm (88,2%). Trong khi các nghiên cứu được so sánh<sup>(1,7,8)</sup> có tỉ lệ nữ cao hơn nam, vị trí chủ yếu ở đại tràng gần và kích thước trung bình trên 5mm.

- Nhóm SSLD trong nghiên cứu chúng tôi có độ tuổi mắc bệnh trung bình 59 tuổi, tỉ lệ nam gấp đôi nữ (2:1), vị trí ở đại tràng gần nhiều hơn (58,3%) và hầu hết kích thước dưới 10mm (91,7%). Trong khi các nghiên cứu được so sánh<sup>(3,4,7)</sup> có tuổi mắc bệnh trung bình cao hơn, tỉ lệ nữ nhiều hơn nam, vị trí chủ yếu ở đại tràng gần và kích thước trung bình trên 10mm.

- Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt về kích thước và vị trí có thể do số lượng mẫu nghiên cứu nhỏ, không đủ phản ánh đúng các đặc điểm về lâm sàng. Hơn nữa, có một số bằng chứng cho thấy SSL và đặc biệt là SSL kích thước lớn, có thể dễ bị cắt bỏ không hoàn toàn vì SSL thường là những tổn thương nhợt nhạt, và khó phân biệt ranh giới rõ ràng giữa tổn thương và niêm mạc bình thường. Rất nhiều SSL không có chẩn đoán lâm sàng trước đó, chỉ được phát hiện tình cờ trong quá trình thực hành giải phẫu bệnh. Một nghiên cứu báo cáo<sup>(6)</sup> gần 33% SSL (và khoảng 50% SSL lớn) bị loại bỏ bằng phương pháp cắt polyp bằng thông lọng còn sót lại tổn thương. Để hạn chế tỉ lệ này cần áp dụng chủ động các phương pháp cắt bỏ niêm mạc kết hợp với nội soi nhuộm màu, sử dụng hình ảnh dải tần hẹp và hình ảnh liên kết màu có thể cải thiện việc phát hiện ranh giới trong SSL. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi (nhóm SSL và SSLD) chỉ có 01 trường hợp được thực hiện ESD và có kích thước 20mm còn lại đều là mẫu sinh thiết cắt đốt polyp.

## V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi mắc bệnh ghi nhận được từ 30 – 92 tuổi, đỉnh tuổi mắc bệnh các nhóm tổn thương tương tự nhau từ 61 – 70 tuổi, tỉ lệ nam giới mắc bệnh gần gấp đôi nữ.

- HP, SSL, TSA thường có vị trí ở đại tràng xa hơn đại tràng gần, trong khi SSLD thì gần tương đương nhau.

- HP và SSL thường có kích thước nhỏ hơn 5mm, SSLD có thể nhỏ hơn hoặc lớn hơn 5mm nhưng đa số nhỏ hơn 10mm, TSA thường lớn hơn 10mm.

- Có thể chẩn đoán nhầm SSL là polyp tăng sản (HP) trên những mẫu có định hướng kém, TSA có thể bị bỏ qua không chẩn đoán từ TVA.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Bài báo được hỗ trợ kinh phí đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh đã cấp kinh phí thực hiện đề tài theo hợp đồng số 133/2021/HĐ-DHYD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bettington, M., et al.** (2014), "Critical appraisal of the diagnosis of the sessile serrated adenoma", *Am J Surg Pathol.* 38(2), pp. 158-66.
2. **Bettington, M., et al.** (2017), "Clinicopathological and molecular features of sessile serrated adenomas with dysplasia or carcinoma", *Gut.* 66(1), pp. 97-106.
3. **Cenaj, O., Gibson, J., and Odze, R. D.** (2018), "Clinicopathologic and outcome study of sessile serrated adenomas/polyps with serrated versus intestinal dysplasia", *Mod Pathol.* 31(4), pp. 633-642.
4. **Liu, C., et al.** (2017), "Sessile serrated adenomas with dysplasia: morphological patterns and correlations with MLH1 immunohistochemistry", *Mod Pathol.* 30(12), pp. 1728-1738.
5. **Pai, R. K., J., Makinen M., and Rosty, C.** (2019), WHO classification of tumors: Digestive system tumours, 5th ed, World Health Organization Classification of Tumours, Lyon: International Agency for Research on Cancer.
6. **Pohl, H., et al.** (2013), "Incomplete polyp resection during colonoscopy-results of the complete adenoma resection (CARE) study", *Gastroenterology.* 144(1), pp. 74-80.e1.
7. **Rau, T. T., et al.** (2016), "Inflammatory response in serrated precursor lesions of the colon classified according to WHO entities, clinical parameters and phenotype-genotype correlation", *J Pathol Clin Res.* 2(2), pp. 113-24.
8. **Yozu, M., et al.** (2019), "Loss of expression of MLH1 in non-dysplastic crypts is a harbinger of neoplastic progression in sessile serrated adenomas/polyps", *Histopathology.* 75(3), pp. 376-384.