

và hàm dưới đều có chiều cao xương phù hợp cho việc đặt implant tức thì. Tuy nhiên với kích thước xương vùng chẻ nhỏ, mật độ xương thấp sẽ là thách thức cho các nhà lâm sàng đặt implant đúng vị trí và đạt được ổn định sơ khởi tốt. Ở hàm trên có thể sử dụng kỹ thuật nâng xoang để implant gài vào sàn xoang làm tăng ổn định sơ khởi và chiều dài implant. Ở hàm dưới, trong những trường hợp kích thước xương vùng chẻ chân răng nhỏ, ta có thể đặt implant ở vị trí chân gần để tăng ổn định sơ khởi và giảm nguy cơ tổn thương ống thần kinh răng dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lazzara RJ.** Immediate implant placement into extraction sites: surgical and restorative advantages. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1989;9(5):332-43. PMID: 2640210.
2. **Chu SJ.** Salama MA, Salama H, Garber DA, Saito H, Sarnachiaro GO, Tarnow DP. The dual-zone therapeutic concept of managing immediate implant placement and provisional restoration in anterior extraction sockets. *Compend Contin Educ Dent.* 2012 Jul-Aug;33(7):524-32, 534. PMID: 22908601.
3. **Đỗ Đình Hùng** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị trên bệnh nhân cấy ghép nha khoa có ứng dụng công nghệ thông

tin. Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.

4. **Hoàng Xuân Hùng** (2021). Sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật cấy ghép implant miệng cho bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng sau. Đại học Y Hà Nội. Luận án Thạc sĩ Y học
5. **Agostinelli C,** Agostinelli A, Berardini M, Trisi P: Anatomical and radiologic evaluation of the dimensions of upper molar alveoli. *Implant Dent.* 2018. 27:171-6. 10.1097/ID.0000000000000747
6. **Aldahlawi S,** Nourah DM, Azab RY, Binvaseen JA, Alsehli EA, Zamzami HF, Bukhari OM. Cone-Beam Computed Tomography (CBCT)-Based Assessment of the Alveolar Bone Anatomy of the Maxillary and Mandibular Molars: Implication for Immediate Implant Placement. *Cureus.* 2023 Jul 9;15(7):e41608. doi: 10.7759/cureus.41608. PMID: 37565092; PMCID: PMC10409627.
7. **Padhve NM,** Shirsekar VU, Bhatavadekar NB. Three-Dimensional Alveolar Bone Assessment of Mandibular First Molars with Implications for Immediate Implant Placement. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2020 Jul/Aug;40(4):e163-e167. doi: 10.11607/prd.4614. PMID: 32559042.
8. **Aksoy U,** Aksoy S, Orhan K: A cone-beam computed tomography study of the anatomical relationships between mandibular teeth and the mandibular canal, with a review of the current literature. *Microsc Res Tech.* 2018, 81:308-14. 10.1002/jemt.22980

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KẾT QUẢ NỘI SOI TĂNG CƯỜNG HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC CỦA TỔN THƯƠNG LOẠN SẢN VÀ UNG THƯ THỰC QUẢN TẾ BÀO VÂY GIAI ĐOẠN SỚM

Thái Doãn Kỳ¹, Đào Việt Hằng², Nguyễn Thanh Nam³,
Đinh Thị Ngà¹, Phạm Minh Ngọc Quang¹, Trương Văn Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu kết quả nội soi tăng cường hình ảnh với kết quả mô bệnh học trên tổn thương loạn sản và ung thư thực quản tế bào vảy giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, hình ảnh nội soi nhuộm màu phóng đại (M-NBI, M-BLI) được chia thành 4 type dựa trên hình thái vòng nhú mao mạch trong biểu mô (IPCL), bệnh nhân được thực hiện cắt bỏ niêm mạc qua nội soi hoặc cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi, lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh qua đó đối chiếu đặc điểm hình ảnh nội soi

với kết quả mô bệnh học, đánh giá giá trị của nội soi nhuộm màu phóng đại trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của ung thư thực quản tế bào vảy. **Kết quả:** 52 tổn thương ở 45 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu từ ngày 01/07/2022 đến ngày 30/09/2023, trong đó có 28 tổn thương ung thư thực quản tế bào vảy chiếm 53,8%, 20 tổn thương loạn sản vảy độ cao chiếm 38,5% và 4 tổn thương loạn sản vảy độ thấp chiếm 7,7%. Trong nhóm tổn thương ung thư thực quản tế bào vảy có 15 tổn thương type B1 trên nội soi nhuộm màu phóng đại chiếm 53,6% và 13 tổn thương type B2 chiếm 46,4%. Độ chính xác của type B1 trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của ung thư thực quản tế bào vảy là 85,7%, độ nhạy là 82,4%, độ đặc hiệu là 90,9%, giá trị dự báo dương tính là 93,3%, giá trị dự báo âm tính là 76,9%. Độ chính xác của type B2 là 82,1%, độ nhạy là 90%, độ đặc hiệu là 77,8%, giá trị dự báo dương tính là 69,2%, giá trị dự báo âm tính là 93,3%. **Kết luận:** Nội soi nhuộm màu phóng đại có giá trị cao trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của ung thư thực quản tế bào vảy. **Từ khóa:** Nội soi nhuộm màu phóng đại, ung thư thực quản tế bào vảy.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Phong

Email: bsphong89@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

SUMMARY**THE RELATIONSHIP BETWEEN IMAGE-ENHANCED ENDOSCOPY FINDINGS AND HISTOPATHOLOGICAL RESULTS OF DYSPLASTIC LESIONS AND EARLY-STAGE ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA**

Objective: Compare image-enhanced endoscopy findings with histopathological results on dysplastic lesions and early-stage esophageal squamous cell carcinoma. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study, magnified stained endoscopic images (M-NBI, M-BLI) were divided into 4 types based on the morphology of intraepithelial capillary papillary loops (IPCL), patients were performed on endoscopic mucosal resection or endoscopic submucosal dissection, taking specimens for pathology, thereby comparing the endoscopic image characteristics with histopathological results, and evaluating the value of magnified stained endoscopy in diagnosing the depth of invasion of esophageal squamous cell carcinoma. **Results:** 52 lesions in 45 patients were included in the study from July 1, 2022, to September 30, 2023, of which 28 squamous cell carcinoma lesions accounted for 53.8%, 20 dysplastic lesions with high-grade squamous dysplasia accounted for 38.5%, and 4 low-grade squamous dysplasia lesions accounted for 7.7%. In the group of squamous cell carcinoma lesions, there were 15 type B1 lesions on magnified stained endoscopy, accounting for 53.6%, and 13 type B2 lesions, accounting for 46.4%. The accuracy of type B1 in diagnosing the depth of invasion of squamous cell carcinoma is 85.7%, the sensitivity is 82.4%, the specificity is 90.9%, the positive predictive value is 93.3%, and the negative predictive value is 76.9%. The accuracy of type B2 is 82.1%, the sensitivity is 90%, the specificity is 77.8%, the positive predictive value is 69.2%, and the negative predictive value is 93.3%. **Conclusion:** Magnified stained endoscopy has high value in diagnosing the depth of invasion of esophageal squamous cell carcinoma.

Keywords: Magnified stained endoscopy, esophageal squamous cell carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh ung thư phổ biến thứ 7 trên toàn thế giới và là nguyên nhân thứ 6 gây tử vong do ung thư. Khoảng 604.000 trường hợp mắc mới và 544.000 ca tử vong trên toàn thế giới đã được chẩn đoán trong năm 2020. Tại Việt Nam, UTTQ đứng hàng thứ 4 trong các ung thư đường tiêu hóa và nằm trong số 10 loại ung thư thường gặp nhất ở nam giới¹.

Đa số UTTQ được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Việc phát hiện sớm ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản liên quan trực tiếp đến việc cải thiện tiên lượng. Loạn sản biểu mô vảy thực quản được coi là tổn thương tiền thân của UTTQ tế bào vảy². Các tổn thương giới hạn ở lớp niêm

mạc có thể được điều trị bằng cách cắt bỏ niêm mạc qua nội soi (EMR) hoặc cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) thay vì phẫu thuật.

Nội soi thực quản kết hợp sinh thiết làm giải phẫu bệnh được coi là phương pháp tốt nhất cho phép chẩn đoán và lựa chọn biện pháp điều trị loạn sản vảy và UTTQ tế bào vảy giai đoạn sớm. Các báo cáo trước đây đã chứng minh hiệu quả của nội soi kết hợp nhuộm màu Lugol trong chẩn đoán UTTQ. Trong những năm gần đây, kỹ thuật nội soi tăng cường hình ảnh (Image-Enhanced Endoscopy) đã được phát triển cho phép phân tích cấu trúc bề mặt niêm mạc và hình thái vi mạch máu nhằm dự đoán mô bệnh học và độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy. Trong đó kỹ thuật nội soi nhuộm màu ảo sử dụng dải ánh sáng hẹp (NBI) và ánh sáng laser xanh (BLI) kết hợp với phóng đại hình ảnh đã tạo ra một phương pháp chẩn đoán mới dựa trên quan sát hình thái các vòng nhú mao mạch trong biểu mô (IPCL). Những biến đổi của IPCL trên nội soi M-NBI, M-BLI góp phần dự đoán độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu cho thấy nội soi dải tần hẹp, nội soi ánh sáng laser xanh kết hợp phóng đại hình ảnh có giá trị trong việc chẩn đoán độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy. Tại Việt Nam, kỹ thuật nội soi nhuộm màu phóng đại được đưa vào sử dụng tại các bệnh viện lớn những năm gần đây, bước đầu cho thấy hiệu quả trong chẩn đoán sớm các bệnh lý đường tiêu hóa nhưng chưa có nghiên cứu nào về giá trị trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy³.

Chính vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đối chiếu đặc điểm hình ảnh nội soi với kết quả mô bệnh học, qua đó đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và âm tính của nội soi nhuộm màu phóng đại trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Điều trị bệnh Ổng tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Trung tâm Tiêu hóa - gan mật, Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ ngày 01/07/2022 đến ngày 30/09/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Tất cả bệnh nhân loạn sản biểu mô vảy và UTTQ tế bào vảy giai đoạn sớm được nội soi thực quản bằng kỹ thuật nội soi ánh sáng trắng, nội soi nhuộm màu

phóng đại (M-NBI hoặc M-BLI), nội soi nhuộm màu Lugol.

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, được điều trị bằng phương pháp cắt bỏ niêm mạc qua nội soi (EMR) hoặc cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD).

Mảnh cắt nguyên khối, có tiêu bản lưu trữ, đảm bảo chất lượng chẩn đoán.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp không đầy đủ thông tin như trên hoặc tiêu bản, khối nén bị hỏng, mốc, không đảm bảo chất lượng.

Bệnh nhân suy gan, suy thận, suy tim nặng không thể thực hiện nội soi.

Bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu.

Bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao: tiểu cầu <100 G/L, INR>1,5.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, khai thác tiền sử, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng cũng như các bệnh đồng mắc. Bệnh nhân được nội soi thực quản bằng máy nội soi Olympus- CV 190 hoặc máy nội soi Fujifilm Eluxeo ® 7000. Lần lượt đưa ống soi ánh sáng trắng quan sát tỉ mỉ toàn bộ bề mặt thực quản. Khi phát hiện tổn thương nghi ngờ, tiến hành đánh giá đặc điểm đại thể: type 0I- type lõm, type 0IIa- type phẳng gồ, type 0IIb- type phẳng dẹt, type 0IIc- type phẳng lõm, type 0III- type loét (theo Hội thực quản Nhật- JES)⁴.

Bật chế độ M-NBI, M-BLI quan sát kỹ bề mặt niêm mạc thực quản, tập trung quan sát tỉ mỉ niêm mạc tại vị trí nghi ngờ. Hình ảnh nội soi nhuộm màu phóng đại (NMPĐ) quan sát được đánh giá bởi ít nhất 2 bác sĩ nội soi có nhiều năm kinh nghiệm. Dựa trên hình thái IPCL, chúng tôi phân loại hình ảnh nội soi NMPĐ thành 4 type dựa trên phân loại nội soi của JES.

Type A: IPCL bình thường.

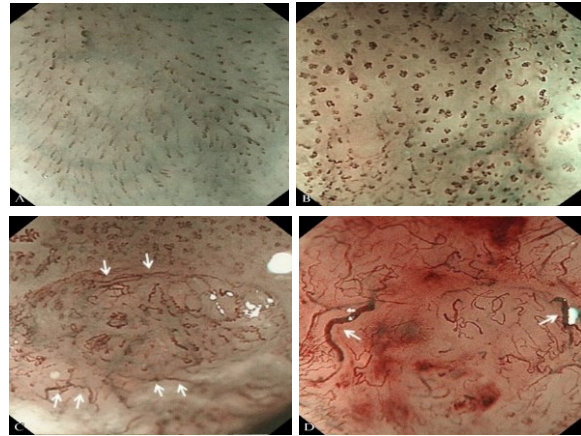
Type B1: IPCL giãn ra nhiều và có cấu trúc vòng lặp.

Type B2: IPCL giãn ra nhiều và mất cấu trúc vòng lặp.

Type B3: IPCL giãn nở cao với kích thước gấp hơn 3 lần các vi mạch loại B2 xung quanh.

Tiêu chuẩn nội soi chẩn đoán niêm mạc thực quản bình thường, viêm hoặc loạn sản vảy độ thấp là IPCL xếp loại type A.

Tiêu chuẩn nội soi chẩn đoán loạn sản vảy độ cao và UTTQ tế bào vảy là IPCL xếp vào 1 trong 3 type: type B1 hoặc type B2 hoặc type B3.



Hình 1. Một số hình ảnh niêm mạc thực quản dưới nội soi nhuộm màu phóng đại

A: Type A: IPCL bình thường.

B: Type B1: IPCL giãn ra nhiều và có cấu trúc vòng lặp.

C: Type B2: IPCL giãn ra nhiều và mất cấu trúc vòng lặp.

D: Type B3: IPCL giãn nở cao với kích thước gấp hơn 3 lần các vi mạch loại B2 xung quanh.

Tiến hành nhuộm Lugol. Thuốc nhuộm màu Lugol được bơm qua kênh bơm nước sao cho thuốc nhuộm trải đều trên bề mặt niêm mạc thực quản. Đánh giá hình ảnh tổn thương sau 30 giây, ghi nhận tổn thương có bắt màu thuốc nhuộm hay không. Tiêu chuẩn chẩn đoán loạn sản vảy và UTTQ tế bào vảy là tổn thương không bắt màu thuốc nhuộm.

Tiến hành sinh thiết tổn thương. Lấy tối thiểu 3 mảnh sinh thiết ở các vị trí khác nhau trên tổn thương. Cố định bệnh phẩm bằng dung dịch Formalin trung tính 10%. Gửi xét nghiệm mô bệnh học.

Sau khi bệnh nhân có kết quả mô bệnh học xác định loạn sản vảy độ cao hoặc UTTQ tế bào vảy và có chỉ định cắt bỏ niêm mạc qua nội soi hoặc cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi. Lấy mảnh cắt gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh, đánh giá độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy theo JES và WHO 2019⁵: T1a-EP, ung thư tại chỗ; T1a-LPM, u xâm lấn lớp cận niêm; T1a-MM, u xâm lấn cơ niêm; T1b-SM1, u xâm lấn 1/3 trên của lớp hạ niêm; T1b-SM2, u xâm lấn 1/3 giữa của lớp hạ niêm; T1b-SM3, u xâm lấn 1/3 dưới của lớp hạ niêm. Đối chiếu đặc điểm hình ảnh nội soi với kết quả giải phẫu bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân.

Trong 45 bệnh nhân của nghiên cứu, toàn bộ là nam giới chiếm tỷ lệ 100%, không có trường hợp

nào là nữ giới. Tuổi trung bình là 57 ± 7,09 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 34 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 69 tuổi.

3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi nhuộm màu phóng đại

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương trên nội soi nhuộm màu phóng đại

Hình thái IPCL	Tần số	Tỷ lệ (%)
Type B1	39	75%
Type B2	13	25%

Nhận xét: Type B1 hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 75%, type B2 chiếm tỷ lệ 25%, không gặp tổn thương type B3.

3.3. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học của 52 tổn thương

Type mô bệnh học	Tần số	Tỷ lệ (%)
Loạn sản biểu mô vảy độ thấp	4	7,7%
Loạn sản biểu mô vảy độ cao	20	38,5%
UTTQ tế bào vảy	28	53,8%

UTTQ tế bào vảy chiếm tỷ lệ cao nhất với 28 trường hợp (chiếm 53,8%), tiếp theo là loạn sản biểu mô vảy độ cao chiếm 38,5%.

Về độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy

Bảng 4. Đặc điểm về độ sâu xâm lấn của 28 tổn thương UTTQ tế bào vảy

Độ sâu xâm lấn	Tần số	Tỷ lệ (%)
T1a-EP	11	39,3%
T1a-LPM	6	21,4%
T1a-MM	8	28,6%
T1b-SM1	2	7,1%
T1b-SM2	1	3,6%

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 trường hợp UTTQ tế bào vảy, trong đó tỷ lệ ung thư biểu mô vảy tại chỗ (T1a-EP) gặp nhiều nhất với 11 trường hợp chiếm 39,3%, tiếp đến là nhóm T1a-MM có 8 trường hợp chiếm 28,6%, nhóm T1a-LPM có 6 trường hợp chiếm 21,4%, nhóm T1b-SM1 có 2 trường hợp chiếm 7,1%, tỷ lệ thấp nhất là nhóm T1b-SM2 với 1 trường hợp chiếm 3,6%.

3.4. Đối chiếu đặc điểm hình ảnh nội soi với kết quả giải phẫu bệnh.

Bảng 5. Liên quan giữa nội soi NMPĐ và mô bệnh học

Mô bệnh học	Loạn sản vảy độ thấp	Loạn sản vảy độ cao	UTTQ tế bào vảy	p
Type B1	4	20	15	0,000
Type B2	0	0	13	

Trong nhóm nội soi NMPĐ thuộc type B1 có 20 trường hợp loạn sản vảy độ cao chiếm 51,3%, 15 trường hợp UTTQ tế bào vảy chiếm

38,5%, 4 trường hợp loạn sản vảy độ thấp chiếm 10,3%. Trong nhóm nội soi NMPĐ thuộc type B2 có 13 trường hợp UTTQ tế bào vảy chiếm 100%, không có trường hợp nào loạn sản vảy độ cao và loạn sản vảy độ thấp. Kết quả nội soi NMPĐ có liên quan với kết quả mô bệnh học với p < 0,05.

Bảng 6. Liên quan giữa nội soi NMPĐ và độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy

Độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy	T1a-EP	T1a-LPM	T1a-MM	T1b-SM1	T1b-SM2	p
Type B1	11	3	1	0	0	0,000
Type B2	0	3	7	2	1	

Trong nhóm nội soi NMPĐ thuộc type B1 có 11 trường hợp ung thư biểu mô vảy tại chỗ chiếm 73,3%, 3 trường hợp u xâm lấn lớp cận niêm chiếm 20%, 1 trường hợp u xâm lấn cơ niêm chiếm 6,7%. Trong nhóm nội soi NMPĐ thuộc type B2 có 7 trường hợp u xâm lấn cơ niêm chiếm 53,8%, 3 trường hợp u xâm lấn lớp hạ niêm mạc chiếm 23,1%. Kết quả nội soi NMPĐ có liên quan với độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy với p < 0,05.

Độ chính xác, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự báo âm tính (NPV) của nội soi NMPĐ trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy được trình bày trong Bảng 7.

Bảng 7. Độ chính xác, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự báo âm tính (NPV) của nội soi NMPĐ trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy

Nội soi nhuộm màu phóng đại	Độ chính xác (%)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)
Type B1	85,7%	82,4%	90,9%	93,3%	76,9%
Type B2	82,1%	90%	77,8%	69,2%	93,3%

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hyung Chul Park và cộng sự năm 2016, các tác giả nghiên cứu trên 225 trường hợp ESD thực quản với tuổi trung bình của bệnh nhân là 65 tuổi, nam giới chiếm chủ yếu (tỷ lệ nam:nữ là 21,5:1)⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào là nữ, một phần có thể vì cỡ mẫu của chúng tôi còn hạn chế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tổn

thương trên nội soi NMPĐ hay gặp nhất là type B1 chiếm 75%, type B2 chiếm 25%, không gặp tổn thương thuộc type B3. Trong nghiên cứu của Tsuneo Oyama và cộng sự năm 2017, các tác giả nghiên cứu trên 211 trường hợp ESD thực quản cho thấy tỷ lệ tổn thương trên nội soi NMPĐ gặp nhiều nhất là type B1 chiếm 81,5%, tiếp đến là type B2 chiếm 13,3%, type B3 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,2%⁷. Về độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy trên mô bệnh học, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm T1a-EP hoặc T1a-LPM chiếm 60,7%, nhóm T1a-MM hoặc T1b-SM1 chiếm 35,7%, nhóm T1b-SM2 chiếm 3,6%. Còn trong nghiên cứu của Tsuneo Oyama và cộng sự, tỷ lệ của các nhóm này lần lượt là 77,3%, 13,3% và 9,5%.

Ước tính độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy trên nội soi là yếu tố chính để đưa ra chỉ định điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả nội soi NMPĐ có liên quan chặt chẽ với độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy với $p=0,000$. Độ chính xác tổng thể của các vi mạch loại B1 và B2 là 83,9%, có độ chính xác đủ cao để sử dụng trong lâm sàng. Độ nhạy và giá trị dự báo dương tính của vi mạch loại B1 với khối u T1a-EP hoặc T1a-LPM lần lượt là 82,4% và 93,3%. Do đó, mạch B1 sẽ đưa ra quyết định đáng tin cậy về chỉ định EMR hay ESD. Độ nhạy của vi mạch loại B2 đối với khối u T1a-MM hoặc T1b-SM1 là 90%, nhưng giá trị dự báo dương tính là 69,2%, ở dưới mức tối ưu 75,0%. Các báo cáo trước đây đã cho thấy khối u T1a-MM hoặc T1b-SM1 không xâm lấn mạch bạch huyết có nguy cơ di căn hạch thấp và tiên lượng tốt. Do đó, khối u T1a-MM hoặc T1b-SM1 là những tổn thương có khả năng cao để điều trị khỏi bệnh bằng EMR hay ESD. Trong nghiên cứu của Tsuneo Oyama và cộng sự, độ chính xác tổng thể của các vi mạch loại B là 90,5%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính của các vi mạch loại B1 lần lượt là 97,5%, 72,9%, 92,4%, 89,7%, của vi mạch loại B2 là 75%, 96,2%, 75%, 96,2% và của vi mạch loại B3 là 55,0%, 100%, 100%, 95,5%. Một nghiên cứu của Su Jin Kim và cộng sự năm 2017 trên 70 tổn thương ở 69 bệnh nhân bao gồm 32 tổn thương được điều trị bằng EMR hay ESD, 38 tổn thương được điều trị bằng phẫu thuật cho thấy độ chính xác tổng thể của các vi mạch loại B để ước tính độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy là 78,6%. Trong nghiên cứu này, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính của vi mạch loại B1 lần lượt là 71,4%, 100%, 100%, 84,0%, của vi mạch loại

B2 là 94,4%, 73,1%, 54,8%, 97,4% và của vi mạch loại B3 là 75,0%, 97,8%, 94,7%, 88,2%⁸.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn, cần có thêm thời gian để đánh giá bệnh nhân. Thứ hai là trong nghiên cứu của chúng tôi không bao gồm các khối u được cắt bỏ bằng phẫu thuật, không có tổn thương thuộc type vi mạch B3, do đó chưa đánh giá được tổng thể giá trị của các vi mạch nhóm B trong ước tính độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy. Cần có nghiên cứu sâu hơn bao gồm số lượng lớn hơn hoặc đầy đủ các khối u bao gồm cả các khối u được điều trị bằng phẫu thuật để xác nhận kết quả của nghiên cứu hiện tại.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 52 tổn thương ở 45 bệnh nhân, trong đó tất cả bệnh nhân là nam giới chiếm 100%. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 57 tuổi.

Trên nội soi NMPĐ có 39 tổn thương được xếp loại type B1 chiếm 75%, 13 tổn thương xếp loại type B2 chiếm 25%. Độ nhạy của type B1 trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy là 82,4%, độ đặc hiệu là 90,9%, độ chính xác là 85,7%, giá trị dự báo dương tính là 93,3%, giá trị dự báo âm tính là 76,9%. Độ nhạy của type B2 là 90%, độ đặc hiệu là 77,8%, độ chính xác là 82,1%, giá trị dự báo dương tính là 69,2%, giá trị dự báo âm tính là 93,3%. Nội soi nhuộm màu phóng đại là một công cụ hữu ích, đáng tin cậy trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của UTTQ tế bào vảy. Nghiên cứu cần có thêm thời gian để đánh giá chính xác hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 71(3):209-249.
2. **Codipilly D, Qin Y, Dawsey SM, et al** (2018). Screening for Esophageal Squamous Cell Carcinoma: Recent Advances. *Gastrointest Endosc.* 88(3):413-426.
3. **Phạm Bình Nguyên** (2017). Nghiên Cứu Giá Trị Của Nội Soi Phóng Đại, Nhuộm Màu Trong Chẩn Đoán Polyp Đại Trục Tràng. Luận án Tiến sỹ y học.
4. **Japan Esophageal Society** (2017). Japanese Classification of Esophageal Cancer, 11th Edition: part I.
5. **WHO**. Classification of Tumors. Digestive System Tumours (2019), 5th Edition.
6. **Park HC, Kim DH, Gong EJ, et al** (2016). Ten-year experience of esophageal endoscopic submucosal dissection of superficial esophageal neoplasms in a single center. *Korean J Intern Med.* 31(6):1064-1072.
7. **Oyama T, Inoue H, Arima M, et al** (2017).

Prediction of the invasion depth of superficial squamous cell carcinoma based on microvessel morphology: magnifying endoscopic classification of the Japan Esophageal Society. *Esophagus*. 14(2):105-112.

8. Kim SJ, Kim GH, Lee MW, et al (2017). New magnifying endoscopic classification for superficial esophageal squamous cell carcinoma. *World J Gastroenterol*. 23(24):4416-4421.

KHẢO SÁT HÌNH THÁI XƯƠNG BÁNH CHÈ NGƯỜI VIỆT NAM

Phạm Quốc Quan Sang¹, Lê Ngọc Quyên¹, Trần Gia Hân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thay khớp gối là phẫu thuật phổ biến nhưng trong đó việc thay mới mặt khớp bánh chè là thách thức đối với các phẫu thuật viên. Việc thay mới mặt khớp bánh chè làm giảm tỷ lệ phẫu thuật lại, đau phía trước gối sau phẫu thuật và tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân. Tuy nhiên, có thể gặp các biến chứng như: trật khớp chèn dùi, tăng mài mòn và lỏng dụng cụ, gãy bánh chè, hoại tử vô mạch. Để khắc phục các biến chứng này cần phải hiểu rõ các đặc điểm giải phẫu của xương bánh chè. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm hình thái của xương bánh chè trên phim chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca. Khảo sát 100 xương bánh chè từ phim chụp cắt lớp vi tính 2 chân của 50 người Việt Nam trên 18 tuổi tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Dụng hình xương bánh chè trong mặt phẳng 3 chiều bằng Mimics Software System 21.0, thực hiện đo 7 chỉ số xương bánh chè. Dùng kiểm định t để so sánh biến định lượng phân phối chuẩn, Mann-Whitney khi phân phối không chuẩn qua phần mềm thống kê STATA 14.0. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình là 51,2, tỉ lệ nam:nữ là 1:1. Chiều cao và chiều rộng xương bánh chè trung bình lần lượt là 40,13 mm và 43,07 mm. Độ dày phần cắt xương bánh chè trung bình là 9,88 mm. Độ dày phần còn lại xương bánh chè trung bình là 11,39 mm. Chiều cao và chiều rộng mặt cắt xương bánh chè trung bình lần lượt là 34,89 mm và 41,24 mm. Vị trí tương quan của điểm trung tâm của gối bánh chè so với điểm trung tâm của mặt cắt bánh chè: 98% trên - trong, 2% trên - ngoài. **Kết luận:** Các dữ liệu từ nghiên cứu này có thể hữu ích trong việc lên kế hoạch trước mổ và ứng dụng trong xác định vị trí đặt bánh chè nhân tạo khi phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Đồng thời, kết quả của nghiên cứu là nền tảng để tiến hành các thiết kế của dụng cụ bánh chè nhân tạo phù hợp cho người Việt Nam.

Từ khóa: xương bánh chè, cắt lớp vi tính

SUMMARY

SURVEY OF PATELLA BONE MORPHOLOGY

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Trường Phổ thông Năng khiếu, Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Quan Sang

Email: pqqsang1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

IN VIETNAMESE POPULATION

Background: Total knee replacement is a common surgery, wherein patellar resurfacing poses a challenge for surgeons. Patellar resurfacing reduces the rate of revision, anterior knee pain, and increases patient satisfaction. However, accompanying complications such as: patellar instability, increased wear and loosening of instruments, patellar fracture, and avascular necrosis are shortcomings that have limited the widespread approval of patellar resurfacing. To overcome these complications, a clear understanding of the anatomical characteristics of the patella is essential. **Objective:** To determine the morphological characteristics of the patella using computed tomography scans. **Methods:** This study describes a series of cases involving the survey of 100 patellas from computed tomography scans of both legs of 50 Vietnamese individuals over 18 years old at the Department of Imaging Diagnostics, University of Medicine and Pharmacy Hospital, Ho Chi Minh City. The patella was reconstructed in a 3-dimensional model using Mimics Software System 21.0, and 7 patella indices were measured. A t-test was used to compare the normal distribution of quantitative variables, and the Mann-Whitney test was employed when the distribution was not normal through STATA 14.0 statistical software. **Results:** This study had an average age of 51.2 years old, and a male-to-female ratio of 1:1. The average patellar height and width were 40.13 mm and 43.07 mm, respectively. The average patellar section thickness was 9.88 mm, and the average patellar residual thickness was 11.39 mm. The average patellar cut height and width were 34.89 mm and 41.24 mm, respectively. The relative position of the center point of the patellar ridge compared to the center point of the patellar cut was 98% superior-medial and 2% superior-lateral. **Conclusions:** The data from this study may be valuable in preoperative planning and determining the location of the patella component during total knee replacement surgery. Additionally, the results of this study serve as the foundation for designing suitable artificial patellar devices for the Vietnamese population.

Keywords: patella, CT-scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp gối là phẫu thuật phổ biến và ngày càng tăng. Một trong những vấn đề chính còn tranh cãi là có nên thay mới mặt khớp bánh chè khi thay khớp gối hay không¹. Việc thay mới mặt khớp bánh chè có ưu điểm làm