

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KỸ THUẬT CẮT QUA NỘI SOI VÀ MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA TỔN THƯƠNG DƯỚI NIÊM MẠC THỰC QUẢN

Đào Việt Hằng<sup>1,2</sup>, Trần Thị Thu Trang<sup>2</sup>, Nguyễn Thu Trang<sup>2</sup> và Đào Văn Long<sup>1,2,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Nghiên cứu mô tả hình ảnh siêu âm nội soi, kết quả kỹ thuật cắt tổn thương qua nội soi (tỉ lệ thành công, tai biến) và đặc điểm mô bệnh học của tổn thương dưới niêm mạc thực quản, thực hiện tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long. Nghiên cứu thu thập được 120 bệnh nhân với kích thước tổn thương trung bình  $0,80 \pm 0,43$  cm. Phần lớn bệnh nhân có khối dưới 1cm (75,8%). Khối giảm âm, tăng âm và hỗn hợp âm có tỉ lệ là 84,2%, 2,5% và 13,3%. Kết quả mô bệnh học của các tổn thương: 76 u cơ trơn, 3 trường hợp quá sản lớp cơ niêm, 24 nang biểu mô, 4 u bạch mạch, 3 ổ vôi hóa lớp hạ niêm mạc thực quản, và 10 tổn thương lạc chỗ. Tỉ lệ bệnh nhân cắt không biến chứng và cắt có biến chứng nhưng được xử lý ngay trong nội soi chiếm tỉ lệ là 94,2% và 5,8%. 7 trường hợp (5,8%) chảy máu khi cắt được can thiệp cầm máu. Cắt tổn thương dưới niêm mạc thực quản qua nội soi là kỹ thuật điều trị hiệu quả và an toàn.

**Từ khóa:** Tổn thương dưới niêm mạc thực quản, Siêu âm nội soi, cắt qua nội soi, Mô bệnh học

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dạng u dưới niêm mạc thực quản là khối xuất phát từ lớp dưới niêm mạc của thành thực quản, nằm trên lớp cơ và bề mặt phủ trên khối u là niêm mạc thực quản bình thường.<sup>1</sup> Người bệnh thường không có triệu chứng mà chỉ tình cờ phát hiện khối u khi nội soi đường tiêu hóa trên. Khi đã có triệu chứng như nuốt khó, nuốt vướng, bệnh nhân cần được tiến hành siêu âm nội soi để xác định bản chất khối u và làm thêm các thăm dò khác để cân nhắc chỉ định phẫu thuật hoặc cắt qua nội soi để loại bỏ.

Kỹ thuật siêu âm nội soi ra đời giúp bác sĩ xác định được nhiều đặc điểm của tổn thương, trong đó quan trọng nhất là khối đó xuất phát từ lớp nào của thành thực quản, mức độ đồng nhất, tính chất tăng sinh mạch, ranh giới, có đặc điểm nghi ngờ ác tính như xâm lấn qua

các lớp hoặc có hạch xung quanh. Từ các đặc điểm đó giúp đánh giá khối có tính chất lành tính hay nguy cơ ác tính, và khả năng có thể cắt bỏ được hoàn toàn khối tổn thương qua nội soi hay cần phải phẫu thuật.<sup>1</sup>

Tại Việt Nam gần đây đã có một số đơn vị sử dụng siêu âm nội soi để chẩn đoán, đánh giá đặc điểm các khối u đường tiêu hóa bao gồm cả u dưới niêm mạc thực quản.<sup>2,3</sup> Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu liên quan đến kỹ thuật cắt khối u qua nội soi, xây dựng được quy trình thủ thuật thống nhất và đối chiếu với kết quả mô bệnh học. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu sau:

1. Mô tả hình ảnh siêu âm nội soi và typ mô bệnh học của tổn thương dưới niêm mạc thực quản.

2. Đánh giá kết quả kỹ thuật cắt tổn thương dưới niêm mạc thực quản qua nội soi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Tác giả liên hệ: Đào Văn Long,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: bsdaolong@yahoo.com

Ngày nhận: 07/07/2020

Ngày được chấp nhận: 05/08/2020

Nghiên cứu mô tả trên các bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long từ 10/2016 đến 12/2019 thỏa mãn tiêu chuẩn: phát hiện có khối tổn thương dưới niêm mạc thực quản trên nội soi, được tiến hành siêu âm nội soi, có chỉ định và đủ điều kiện cắt qua nội soi (các chỉ số tiêu cầu, đông máu trong giới hạn bình thường), có kết quả mô bệnh học sau cắt toàn bộ tổn thương. Bệnh nhân được giải thích về tình trạng bệnh, lợi ích, nguy cơ của thủ thuật và đồng ý tiến hành.

## 2. Phương pháp

*Quy trình cắt khối u qua nội soi:*

**Bước 1:** Nội soi đường tiêu hóa trên

Người bệnh nội soi đường tiêu hóa trên thấy hình ảnh nghi ngờ khối dưới niêm mạc thực quản, đã có xét nghiệm đông máu, viêm gan B, C và HIV.<sup>3</sup> Không có chống chỉ định can thiệp.

**Bước 2:** Siêu âm nội soi (siêu âm nội soi)

Mục đích: nhằm đánh giá vị trí, kích thước, khối có tính chất liên tục với lớp nào của thành thực quản, đặc điểm âm của khối, đo độ đàn hồi của mô bằng chế độ Elastography, đặc điểm mạch máu của khối bằng chế độ Doppler. siêu âm nội soi xác định thêm một số đặc điểm khác như vị trí, hình dạng, kích thước hạch nếu có.<sup>1,3,4</sup>

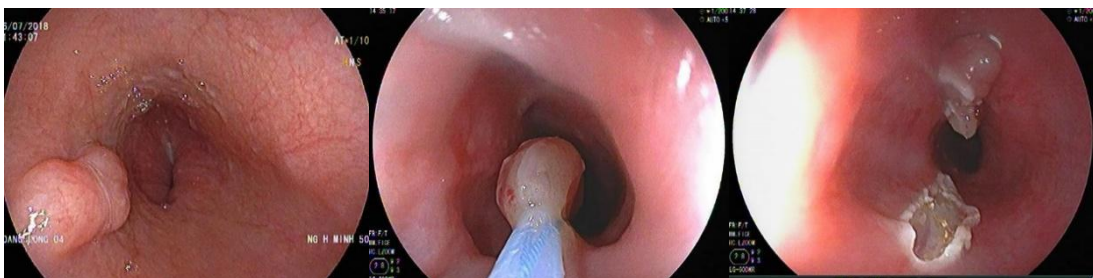
Người bệnh và người nhà được giải thích

về mục đích của kĩ thuật siêu âm nội soi và tự nguyện ký giấy đồng ý thực hiện kĩ thuật này.

**Bước 3:** Cắt tổn thương qua nội soi ống mềm

Các tổn thương có bề mặt nhẵn, ở lớp dưới niêm mạc (gồm lớp đệm, lớp cơ niêm) của thành thực quản, ranh giới tương đối rõ, không có tính chất xâm lấn, phá hủy giữa các lớp, echo đồng nhất, tính chất nhu mô mềm trên chế độ Elastography và có kích thước  $\leq 3$  cm được tiến hành cắt qua nội soi.

Đối với những trường hợp có thể cắt được tổn thương qua nội soi, bệnh nhân được giải thích kỹ về quy trình, các nguy cơ rủi ro cho người nhà và người bệnh trước khi thực hiện thủ thuật. Người bệnh/người nhà của người bệnh ký bản cam kết đồng ý cắt tổn thương qua nội soi và được hướng dẫn tư vấn chăm sóc sau khi thực hiện thủ thuật. Kỹ thuật cắt tổn thương dưới niêm mạc thực quản qua nội soi bằng phương pháp hot snare đối với các khối kích thước nhỏ  $< 1$ cm. Đối với các khối ở vị trí khó cắt và kích thước  $u \geq 1$ cm áp dụng phương pháp tiêm phồng bằng Adrenalin 1/10.000, sau đó cắt bằng hot snare. Quy trình này được thực hiện tương tự như quy trình kĩ thuật chuyên môn cắt polyp không cuống có kích thước từ 1cm trở lên đã được Bộ Y tế phê duyệt.<sup>3</sup>



Sau thủ thuật, bệnh nhân được hướng dẫn ăn ít, thức ăn nguội, lỏng, trong ngày đầu sau thủ thuật để theo dõi. Các dấu hiệu bất thường sau khi thực hiện thủ thuật được bác sĩ giải thích và mô tả chi tiết trong tờ hướng dẫn chăm sóc sau can thiệp đưa cho người bệnh. Bệnh nhân

được hẹn lịch tái khám nội soi sau 2 tháng.

**Bước 4:** Phân tích mô bệnh học

Mảnh cắt của tổn thương được cố định trong Formalin 10% và chuyển đến khoa Giải phẫu bệnh của Bệnh viện K Trung Ương đúc paraffin, cắt tiêu bản, nhuộm hematoxylin và

eosin. Đọc kết quả do Chuyên gia Giải phẫu bệnh thực hiện.

*Quy trình nghiên cứu:*

Dựa vào hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng khám, nhóm nghiên cứu thiết kế mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất bao gồm các thông tin sau:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới.
- Đặc điểm siêu âm nội soi: vị trí, kích thước, đặc điểm echo, độ đồng nhất, mức độ xâm lấn, hạch trung thất.
- Đặc điểm mô bệnh học.
- Đặc điểm quá trình cắt tổn thương qua nội soi ống mềm: phương pháp tiến hành kĩ thuật, biến chứng.

*Các tiêu chuẩn đánh giá:*

Đánh giá về mức độ thực hiện kĩ thuật cắt tổn thương dưới niêm mạc thực quản qua nội soi:

- Tốt: lấy được toàn bộ khối và không xảy ra tai biến trong quá trình làm thủ thuật.
- Trung bình: lấy được hết toàn bộ khối nhưng xảy ra biến chứng trong quá trình làm thủ thuật và xử lý được can thiệp, không phải nằm viện.
- Không đạt: không lấy được hết khối hoặc sau can thiệp bệnh nhân gặp biến chứng lớn cần phải nhập viện.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Hình ảnh siêu âm nội soi và đặc điểm mô bệnh học

Trong thời gian từ 10/2016 đến 12/2019, nghiên cứu thu tuyển được 120 bệnh nhân: tuổi trung bình là  $49,4 \pm 10,6$  (min - max, 20 - 77), 60 nam và 60 nữ. Đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi của các tổn thương trước khi cắt được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1. Kết quả siêu âm nội soi tổn thương dưới niêm mạc thực quản**

Kết quả siêu âm nội soi	Số ca	Tỉ lệ (%)
<i>Vị trí khối ở thành thực quản</i>		
Đoạn 1/3 trên thực quản	33	27,5
Đoạn 1/3 giữa thực quản	34	28,3
Đoạn 1/3 dưới thực quản	53	44,2

Đánh giá lấy được hết tổn thương dựa trên kết quả mô bệnh học.

Đánh giá biến chứng: ghi nhận biến chứng trong và ngay sau quá trình làm thủ thuật cần can thiệp khi bệnh nhân được dõi tại đơn vị và trong vòng 1 tuần sau đó.<sup>1,4</sup>

#### 3. Xử lý số liệu

Các số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm SPSS.

#### 4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không thu thập các thông tin nhạy cảm. Các số liệu có thể xác định được danh tính của đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ bị loại bỏ khi phân tích số liệu và không được đưa vào bất kì một công bố nào liên quan tới nghiên cứu.

Do đây là nghiên cứu hồi cứu trên số liệu thu thập trong thực hành thường quy của đơn vị y tế, chúng tôi không tiến hành lấy chấp thuận tham gia nghiên cứu. Hội đồng Khoa học - kĩ thuật của Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật đã thông qua đề cương nghiên cứu về mặt khoa học. Trước khi thu thập số liệu, phòng khám Hoàng Long đồng ý cho nghiên cứu viên chính được truy cập vào số liệu lâm sàng hồi cứu.

Kết quả siêu âm nội soi	Số ca	Tỉ lệ (%)
<i>Kích thước khối</i>		
Dưới 1cm	91	75,8
Từ 1 - dưới 2cm	24	20,0
Từ 2 - 3cm	5	4,2
Kích thước trung bình: 0,80cm ± 0,43cm; (min - max, 0,4 - 3,0cm)		
<i>Đặc điểm Echo</i>		
Giảm âm	101	84,2
Hỗn hợp âm	16	13,3
Tăng âm	3	2,5
<i>Độ đồng nhất</i>		
Đồng nhất	94	78,3
Tương đối đồng nhất	15	12,5
Không đồng nhất	11	9,2
<i>Mức độ xâm lấn</i>		
Khối có ranh giới rõ	114	95,0
Khối có ranh giới không rõ	6	5,0
<i>Hạch trung thất</i>		
Không thấy hạch	113	94,2
Có hạch	7	5,8

(quan sát được các trường hợp đều là hạch nhỏ, cấu trúc đồng nhất)

Kết quả phân tích đặc điểm mô bệnh học của các tổn thương cho thấy u cơ trơn lành tính thành thực quản chiếm tỉ lệ cao nhất là 63,3%. Tổn thương lạc chỗ chiếm tỉ lệ 8,3% với đặc điểm đa dạng (bảng 2).

**Bảng 2. Typ mô bệnh học của các tổn thương được cắt bỏ**

Kết quả giải phẫu bệnh	Số lượng (n = 120)	Tỉ lệ (%)
U cơ trơn lành tính	76	63,3
Quá sản xơ, cơ niêm thành thực quản	3	2,5
Nang biểu mô	24	20,0
U bạch mạch, giãn bạch mạch	4	3,3
Ồ vôi hóa lớp hạ niêm mạc thực quản	3	2,5
Các tổn thương dạng lạc chỗ	10	8,4
Biểu mô hô hấp	2	1,7

Kết quả giải phẫu bệnh	Số lượng (n = 120)	Tỉ lệ (%)
Tuyến nước bọt	3	2,5
Niêm mạc hành tá tràng	2	1,7
Niêm mạc dạ dày	3	2,5

## 2. Đánh giá kết quả kĩ thuật cắt tổn thương dưới niêm mạc thực quản qua nội soi

Trên 120 bệnh nhân được chỉ định thực hiện thủ thuật, tỉ lệ cắt tổn thương qua nội soi có kĩ thuật tốt và trung bình lần lượt là 94,2%, 5,8%. Có 7 ca có biến chứng chảy máu trong quá trình cắt và đã được cầm máu bằng 2 kĩ thuật thông dụng là quét Argon plasma (3 ca) và kẹp clip cầm máu (4 ca); không có biến chứng nặng cần nhập viện hoặc can thiệp lần 2 (Bảng 3).

**Bảng 3. Kết quả cắt tổn thương dưới niêm mạc thực quản qua nội soi ống mềm**

Đặc điểm	Số ca	Tỉ lệ (%)
<i>Đặc điểm kĩ thuật cắt</i>		
Cắt bằng hot snare, không tiêm adrenalin	105	87,5
Tiêm nhắc bằng adrenalin, sau đó cắt bằng hot snare	15	12,5
<i>Biến chứng chảy máu chân cắt và cầm máu trong quá trình cắt</i>		
Không có biến chứng chảy máu cần can thiệp	113	94,2
Có biến chứng chảy máu	7	5,8
Cần cầm máu bằng quét Argon plasma (APC)	3	2,5
Cần kẹp clip cầm máu	4	3,3

Chúng tôi mô tả đặc điểm cụ thể của 7 bệnh nhân cần can thiệp cầm máu trong quá trình cắt tại bảng 4.

**Bảng 4. Mô tả 7 ca bệnh cần can thiệp trong quá trình cắt**

Bệnh nhân (BN)	Giới	Tuổi	Vị trí (cm)	Kích thước khối		Echo	Cầm máu
				Trước cắt	Sau cắt		
BN1	Nam	36	40	1,4	2,0	Giảm âm	Kẹp clip
BN2	Nữ	73	20	0,5	0,5	Giảm âm	Quét APC
BN3	Nam	42	15	0,6	0,6	Giảm âm	Quét APC
BN4	Nam	48	35	1,5	1,5	Tăng âm	Kẹp clip
BN5	Nam	60	35	0,6	0,6	Tăng âm	Quét APC
BN6	Nam	48	38	0,9	1,0	Giảm âm	Kẹp clip
BN7	Nữ	53	20	1,2	1,5	Giảm âm	Kẹp clip

Theo dõi tại thời điểm bệnh nhân tái khám sau 2 tháng thấy tất cả các bệnh nhân sau can thiệp chân cắt tổn thương lành tốt, không có tổn thương thứ phát và phát hiện 02 bệnh nhân (1,7%) xuất hiện tổn thương mới tại vị trí khác ở thực quản.

#### IV. BÀN LUẬN

Quy trình chẩn đoán u dưới niêm mạc thực quản đã được Hyun và cộng sự công bố năm 1997.<sup>5</sup> Theo hướng dẫn của tài liệu này, các khối u của thành thực quản được chẩn đoán dựa vào đặc điểm hình ảnh nội soi và siêu âm nội soi. Các khối u ở lớp dưới niêm mạc có kích thước  $\leq 2$ cm sẽ được cắt qua nội soi bằng snare. Tất cả các mẫu bệnh phẩm của u cắt ra được làm mô bệnh học, người bệnh được theo dõi tình trạng tái phát sau cắt.<sup>5</sup> Năm 2016 Weon Jin Ko và cộng sự đã công bố quy trình đánh giá và quản lý các khối u lớp niêm mạc thực quản gồm các bước nội soi, siêu âm nội soi (có thể có chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi), chỉ định cắt u qua nội soi.<sup>1</sup> Chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi có thể làm tăng độ chính xác của chẩn đoán từ 52% - 86%.<sup>1</sup> Hiện nay, có thể sinh thiết khối u  $> 2$ cm qua nội soi ống mềm bằng phương pháp đào hầm sau khi đã xác định đặc điểm trên siêu âm nội soi. Đối với các khối u dưới niêm mạc thực quản có kích thước  $\leq 2$ cm, cắt toàn bộ hoặc từng phần khối u qua nội soi sẽ an toàn hơn với kỹ thuật tiêm dung dịch adrenalin 1/10000 vào dưới niêm mạc, sau đó dùng snare cắt. Các mảnh cắt của khối u được làm kết quả mô bệnh học. Dựa theo quy trình kỹ thuật tại Việt Nam<sup>3</sup> và các hướng dẫn từ một số nghiên cứu nước ngoài,<sup>1,4-7</sup> chúng tôi đã xây dựng quy trình chẩn đoán và cắt các tổn thương dưới niêm mạc thực quản.

Về đặc điểm vị trí, trong nghiên cứu của chúng tôi xác định phần lớn các tổn thương nằm ở 1/3 đoạn thực quản dưới, tương tự các nghiên cứu của tác giả Hyun<sup>5</sup> và Vũ Hồng Anh.<sup>2</sup> Kết quả này khác với nghiên cứu của Cheol Woong Choi khi chủ yếu khối u nằm tại 1/3 giữa thực quản (41,7%). Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng không có sự khác biệt về tỉ lệ thành công khi thực hiện cắt hút niêm mạc qua nội soi giữa các bệnh nhân có khối u tại các vị trí khác nhau.<sup>8</sup>

Trên thực tế khi tiến hành kỹ thuật, nhóm tác giả nhận thấy vị trí ở 1/3 trên của thực quản hoặc ngay trên đường Z gây khó khăn hơn khi thực hiện thủ thuật do gần vị trí các cơ thắt và nhu động của thực quản.

Chúng tôi ghi nhận các khối u có kích thước trung bình  $0,80 \pm 0,43$  cm, chủ yếu là dưới 1cm (75,8%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Cheol Woong Choi trên các bệnh nhân có kích thước khối u  $< 1$ cm, trung bình là  $0,66 \pm 0,41$ cm.<sup>8</sup> Các nghiên cứu của nhiều nhóm tác giả như Cheol Woong Choi,<sup>8</sup> Hyun,<sup>5</sup> Weon Jin Ko<sup>1</sup> đều chỉ ra rằng khối u càng lớn thì quá trình cắt càng phức tạp và có tỉ lệ biến chứng cao hơn.

Kết quả mô bệnh học cho thấy 63,3% tổn thương là u cơ trơn lành tính. Chúng tôi tìm thấy 10 tổn thương lạc chỗ với các đặc điểm tại bảng 2. Kết quả mô bệnh học ghi nhận trong nghiên cứu này tương đối phong phú và có sự khác biệt so với nghiên cứu của Hyun,<sup>5</sup> (tỉ lệ u cơ trơn chiếm 90,3%, u tế bào hạt 6,5%, u tế bào thần kinh 1,6%, nang 1,6%) và Cheol Woong<sup>8</sup> (tỉ lệ u cơ trơn 25% và 75% là u tế bào hạt).

Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu thực hiện kỹ thuật cắt tổn thương dưới niêm mạc thực quản qua nội soi ở mức tốt 94,2%. So với biện pháp phẫu thuật truyền thống, đây là kỹ thuật ít xâm lấn, chi phí thấp hơn và bệnh nhân có chất lượng cuộc sống cao hơn sau khi cắt,<sup>9</sup> giảm tái phát sau khi cắt bỏ toàn bộ.<sup>10</sup> Chúng tôi áp dụng phương pháp cắt hút niêm mạc qua nội soi (endoscopic mucosal resection - EMR). Mặc dù kỹ thuật cắt tách u dưới niêm mạc qua nội soi (endoscopic submucosal dissection - ESD) cũng đã được áp dụng để tăng tỉ lệ cắt bỏ hoàn toàn khối u (OR 13,9 và 3,5, tương ứng với ESD và EMR) và có thể áp dụng cho khối u kích thước lớn hơn; tuy nhiên, đây là kỹ thuật phức tạp, có tỉ lệ biến chứng cao hơn và thời

gian thực hiện lâu hơn.<sup>11</sup> Vì vậy, kĩ thuật này thường có nhiều lợi ích hơn đối với các khối u > 2cm hoặc khi nghi ngờ các tổn thương là ung thư sớm khu trú ở lớp niêm mạc.<sup>1</sup> Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các tổn thương kích thước < 2cm với những đặc điểm trên siêu âm nội soi nghĩ đến lành tính nên lựa chọn phương pháp EMR vẫn có thể đảm bảo được hiệu quả cũng như độ an toàn, đặc biệt đối với bệnh nhân lớn tuổi hoặc có tình trạng tim phổi kém.<sup>9,10,12</sup> Đây cũng có thể là một điểm giải thích tỉ lệ đáp ứng tốt về mặt kĩ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao là do phần lớn các tổn thương có kích thước < 2cm.

Các nghiên cứu của các tác giả Nhật Bản, Hàn Quốc ghi nhận cắt khối u dưới niêm mạc thực quản qua nội soi là một kĩ thuật an toàn với tỉ lệ tai biến dao động từ 2 - 24%<sup>10,12,13</sup> và hầu hết có thể xử lý ngay trong quá trình thực hiện thủ thuật. Các biến chứng có thể gặp bao gồm thủng hoặc chảy máu trong đó một số yếu tố được chỉ ra có liên quan đến tỉ lệ xuất hiện biến chứng bao gồm khối u lớn > 2cm, tình trạng dính của khối u với lớp cơ niêm, kĩ thuật sử dụng có/không tiêm adrenalin, có/không dùng đầu đốt cầm máu trong quá trình thực hiện. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 7 bệnh nhân (5,8%) cần cầm máu ngay trong quá trình làm thủ thuật sau khi cắt tổn thương (3 trường hợp cầm máu bằng quét laser Argon, 4 trường hợp kẹp clip). Tất cả các trường hợp này tổn thương đều xuất phát từ lớp dưới niêm mạc và không có sự khác biệt về vị trí cũng như kích thước khối. Tuy nhiên một số bệnh nhân tổn thương nhỏ nhưng vẫn chảy máu, theo chúng tôi là do siêu âm nội soi sẽ khó đánh giá phân bố mạch máu trong những trường hợp này. Đối với những tổn thương có nguy cơ cao có thể sử dụng các biện pháp cầm máu dự phòng sau cắt. Biến chứng thủng hiếm gặp hơn và trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp nào gặp phải biến chứng này.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu cho thấy phương pháp cắt tổn thương dưới niêm mạc qua nội soi là kĩ thuật an toàn và hiệu quả với tỉ lệ đạt kết quả tốt là 94,2 %. Tỉ lệ biến chứng chảy máu trong quá trình cắt thấp (5,8%). Kết quả mô bệnh học sau cắt ghi nhận tỉ lệ cao nhất là u cơ trơn (63,3%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ko WJ, Song GW, Cho JY. Evaluation and Endoscopic Management of Esophageal Submucosal Tumor. *Clin Endosc.* 2017;50(3):250 - 253.
2. Vũ Hồng Anh, Đỗ Thị Hương và cs. Nhận xét hình ảnh các khối u dưới niêm mạc đường tiêu hóa trên bằng siêu âm nội soi đầu dò nhỏ. *Báo cáo Hội nghị khoa học Tiêu hóa toàn quốc năm 2018.*
3. Đào Văn Long và cs. Quy trình kĩ thuật nội khoa chuyên ngành Tiêu hóa. *Nhà xuất bản Y học.* 2015, 178 - 185.
4. Eckardt AJ, Wassef W. Diagnosis of subepithelial tumors in the GI tract. Endoscopy, EUS, and histology: bronze, silver, and gold standard? *Gastrointestinal endoscopy.* 2005;62(2):209 - 212.
5. Hyun JH, Jeon YT, Chun HJ, et al. Endoscopic resection of submucosal tumor of the esophagus: results in 62 patients. *Endoscopy.* 1997;29(3):165 - 170.
6. Lee JH, Choi KD, Kim MY, et al. Clinical impact of EUS - guided Trucut biopsy results on decision making for patients with gastric subepithelial tumors  $\geq 2$  cm in diameter. *Gastrointestinal endoscopy.* 2011;74(5):1010 - 1018.
7. Li QL, Yao LQ, Zhou PH, et al. Submucosal tumors of the esophagogastric junction originating from the muscularis propria layer: a large study of endoscopic submucosal dissection (with video). *Gastrointestinal*

*endoscopy*. 2012;75(6):1153 - 1158.

8. Choi CW, Kang DH, Kim HW, Park SB, Kim SJ. Endoscopic resection for small esophageal submucosa tumor: Band ligation versus conventional endoscopic mucosal resection. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(31):e7574 - e7574.

9. Conio M, Ponchon T, Blanche S, Filiberti R. Endoscopic mucosal resection. *The American journal of gastroenterology*. 2006;101(3):653 - 663.

10. Ishihara R, Iishi H, Uedo N, et al. Comparison of EMR and endoscopic submucosal dissection for en bloc resection of early esophageal cancers in Japan. *Gastrointestinal endoscopy*. 2008;68(6):1066 - 1072.

11. Cao Y, Liao C, Tan A, Gao Y, Mo Z, Gao F. Meta - analysis of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for tumors of the gastrointestinal tract. *Endoscopy*. 2009;41(9):751 - 757.

12. Conio M. Endoscopic mucosal resection. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2011;7(4):248 - 250.

13. Takahashi H, Arimura Y, Masao H, et al. Endoscopic submucosal dissection is superior to conventional endoscopic resection as a curative treatment for early squamous cell carcinoma of the esophagus (with video). *Gastrointestinal endoscopy*. 2010;72(2):255 - 264. e251 - 252.

## Summary

# TECHNICAL RESULTS OF ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ESOPHAGEAL SUBMUCOSAL LESIONS

This study described endoscopic ultrasound (EUS), technical results of endoscopic mucosal resection (EMR) and histologic features of esophageal submucosal lesions at Hoang Long Clinic. The study collected lesion size of  $0.80 \pm 0.43$  cm from 120 patients. Most lesions were  $< 1$  cm (75.8%). The echogenicity of the lesions were 84.2% hypoechoic, 2.5% hyperechoic, and 13.3% mixed. Histopathology results showed 76 leiomyomas, 3 muscularis mucosae hyperplasia, 24 epithelial cysts, 4 lymphangiomas, 3 submucosal calcifications, and 10 ectopic tissues. The percentages of procedures with and without complications during endoscopy were 5.8% and 94.2%, respectively; all complications were controlled by endoscopic interventions. Coagulation after resection were performed in 7 cases (5.8%). We conclude that EMR was a safe and effective intervention for esophageal submucosal lesions.

**Keywords:** Esophageal submucosal tumors; endoscopic ultrasound, endoscopy mucosal resection, histopathology.