ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY SỚM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phan Nhật Tân[1], Trần Như Nguyên Phương[1],
Hồ Ngọc Sang[1], Lê Phước Anh[1], Nguyễn Văn Duy[1],
Trần Hiếu[1], Nguyễn Văn Trường[1]

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.60.8

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả chẩn đoán, điều trị ung thư dạ dày sớm tại Bệnh viện Trung ương Huế.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu hồi cứu trên bệnh nhân có thương tổn nghi ngờ trên nội soi ánh sáng trắng được chỉ định làm nội soi phóng đại tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2017 đến 12/2018. Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư sớm sẽ được điều trị cắt bỏ bằng kỹ thuật phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi (ESD- Endoscopic Submucosal Dissection) nếu có chỉ định và được theo dõi sau điều trị 06 tháng.*

Kết quả: *Chúng tôi thu thập và phân tích số liệu từ 104 bệnh nhân nội soi phóng đại sàng lọc ung thư sớm, có 24 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư sớm, 15 nam, 9 nữ; 12 bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) từ 1/2017-12/2018. Không có triệu chứng đặc hiệu cho ung thư dạ dày sớm. Type lõm nhẹ (0-IIc) và type biệt hóa chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị bằng phương pháp ESD, có 01 bệnh nhân xuất huyết trong thủ thuật và phải can thiệp bằng Coagrasper Hemostatic Forceps, không có biến chứng thủng trong và sau thủ thuật. Chẩn đoán trước và sau can thiệp là đồng nhất. Trong quá trình theo dõi, không có bệnh nhân nào được phát hiện tái phát tại chỗ hoặc di căn xa.*

Kết luận: *Ung thư dạ dày sớm vẫn có thể điều trị tốt bằng các kỹ thuật nội soi. Cần có sự phối hợp đa chuyên ngành để phát triển chẩn đoán và điều trị ung thư giai đoạn sớm.*

Từ khóa: *ung thư dạ dày sớm, kỹ thuật phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi*

ABSTRACT

TO EVALUATE THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EARLY GASTRIC CANCER AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Phan Nhat Tan[1], Tran Nhu Nguyen Phuong[1],
Ho Ngoc Sang[1], Le Phuoc Anh[1], Nguyen Van Duy[1],
Tran Hieu[1], Nguyen Van Truong[1]

Objective: *To evaluate the diagnosis and treatment of early gastric cancer at Hue Central Hospital.*

Material and methods: *A retrospective study on patients with suspected lesions on white light*

1. Khoa Nội soi, Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 14/01/2020; Ngày phản biện (Revised): 21/02/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 24/04/2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Như Nguyên Phương
- Email: trannhunguyenphuong@yahoo.com; SĐT: 0913 493 404

endoscopy were performed magnifying endoscopy at Hue Central Hospital from January 2017 to December 2018. Patients who were diagnosed with early cancer will be removed with ESD treatment if indicated and surveiled after 06 months of treatment.

Results: *We collected and analyzed data from 104 endoscopic patients who screening for early cancer by magnifying endoscopy, 24 patients were diagnosed with early cancer, 15 men, 9 women;12 patients were treated with the Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) method from January 2017 to December 2018. There are no specific symptoms for early stomach cancer. Superficial depressed-type (0-IIc) and Differentiated type account for the highest proportion. The patients in the study were treated with ESD, had a hemorrhage patient in the procedure and had to intervene with Coagrasper Hemostatic Forceps, without perforation complications during and after the procedure. The Diagnosis before and after treatment is consistent. During follow-up, no patients were found to have recurrence or distant metastasis.*

Conclusion: *Early gastric cancer can still be treated well with endoscopic techniques. Multi-disciplinary coordination is needed to develop early diagnosis and treatment of cancer.*

Keywords: *early gastric cancer, Endoscopic submucosal dissection (ESD)*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến trên thế giới. Năm 2018 có 1.033.701 (5.7%) trường hợp phát hiện mắc mới ung thư dạ dày, xếp thứ 5 trong các loại ung thư phổ biến. Tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư dạ dày cao nhất được ghi nhận ở các quốc gia Đông Á [3].

Tử vong do ung thư vẫn là một gánh nặng lớn ở các quốc gia trên thế giới, do đó sàng lọc ung thư ở giai đoạn sớm là một chiến lược thiết thực để giảm tỷ lệ tử vong do ung thư.

Ung thư dạ dày được phân thành hai nhóm chính: giai đoạn sớm và giai đoạn tiến triển. Ung thư dạ dày sớm (EGC) là các khối u được giới hạn ở lớp niêm mạc (Tm1) và dưới niêm mạc (T1sm). Tỷ lệ sống sau 5 năm ở những bệnh nhân mắc ung thư dạ dày sớm là 85-100%, trong khi đó chỉ là 5 - 20% cho giai đoạn tiến triển [2], [12]. Việc phát hiện và chẩn đoán sớm ung thư dạ dày giúp cải thiện kết quả điều trị, thời gian sống kéo dài, chất lượng sống tốt hơn.

Nội soi và sinh thiết chủ yếu được khuyến cáo là xét nghiệm chẩn đoán ung thư dạ dày. Tuy nhiên, vì một số EGC được chẩn đoán dựa trên những thay đổi rất nhỏ ở niêm mạc, nên cần phải theo dõi cực kỳ cẩn thận và kiểm tra sinh thiết chặt chẽ. Theo tác giả Menon và Trudgill, khoảng 11,3% ung thư tiêu hóa trên bị bỏ sót khi nội soi đến 3 năm trước khi được chẩn đoán [17]. Để cải thiện tiên lượng xấu của bệnh nhân ung thư tiêu hóa trên, cần nỗ lực cải thiện chất lượng nội soi tiêu hóa trên và tạo cơ hội chẩn đoán sớm hơn.

Phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) đã trở thành một phương thức điều trị phổ biến cho EGC không có di căn hạch. Nội soi tiêu hóa là một kỹ thuật rất tốt để sàng lọc và điều trị. Tỷ lệ chẩn đoán liên quan đến nội soi của EGC gần đây ở Nhật Bản và Hàn Quốc đạt 80% và tỷ lệ tử vong của ung thư dạ dày đang giảm dần [4], [5], [14].

Việt Nam là một quốc gia có tỷ lệ mắc (15,9%) và tỷ lệ tử vong (13,4%) do ung thư dạ dày cao. Ung thư dạ dày ở Việt Nam thường được phát hiện và chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển nên việc điều trị thường khó khăn, chi phí cho việc điều trị cao, tiên lượng sống trên 5 năm thấp. Việc ứng dụng những kỹ thuật mới để phát hiện, chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày ở giai đoạn sớm là rất cần thiết, cần được triển khai rộng rãi.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chẩn đoán, điều trị ung thư dạ dày sớm tại Bệnh viện Trung Ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có thương tổn nghi ngờ trên nội soi ánh sáng trắng được chỉ định làm nội soi phóng đại tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2017 đến 12/2018.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chống chỉ định nội soi.
- Những bệnh nhân không đồng ý thủ thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Ghi nhận đặc điểm những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm, tỷ lệ thành công thủ thuật ESD, tỷ lệ biến chứng, đánh giá hiệu quả và theo dõi sau điều trị.

Dụng cụ

Hệ thống nội soi dạ dày ánh sáng trắng Fujinon 2200, 2500 và 4450.

Hệ thống nội soi phóng đại Fujinon 4450.

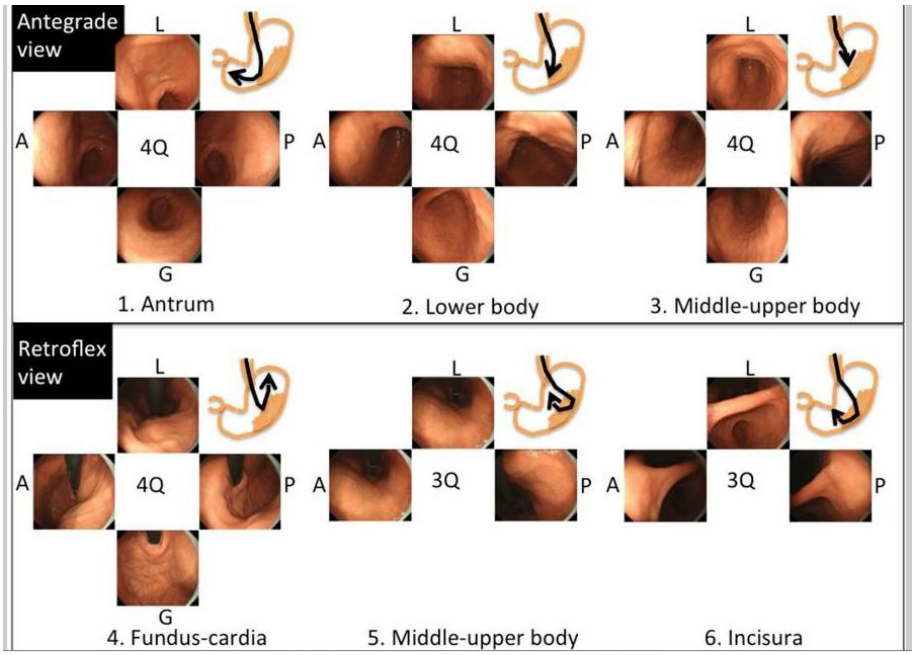
Các dụng cụ làm ESD: IT knife, dual knife...

Các phương tiện cầm máu: Coagrasper Hemostatic Forceps, Hemoclip...

Quy trình

- Chuẩn bị bệnh nhân nội soi dạ dày bằng ánh sáng trắng như nội soi thường quy.

Nội soi sàng lọc theo hệ thống protocol sàng lọc dạ dày (Systematic screening protocol for the stomach - SSS) của Nhật Bản. [7,9]



Systematic screening protocol for the stomach (SSS)

A anterior wall, G greater curvature, L lesser curvature, P posterior wall, Q quadrant

Hình 1: Hệ thống protocol sàng lọc dạ dày (SSS) Nhật Bản

- Những bệnh nhân được phát hiện thương tổn nghi ngờ sẽ được bấm sinh thiết 3-5 mẫu ở những vị trí nghi ngờ và chỉ định tiếp sàng lọc nội soi phóng đại bằng hệ thống Fujinon 4450.

- Chúng tôi sử dụng hệ thống VS (Vessels plus Surface classification) [9] để phân tích kết quả nội soi phóng đại thu được. Hệ thống chẩn đoán này được đưa ra bởi giáo sư Kenshi Yao và các cộng sự. Theo đó cấu trúc vi bề mặt (microsurface) và vi mạch máu (microvascular) sẽ được phân loại thành 1 trong 3 type: đều/ không đều/ mất. Chẩn đoán ung thư dạ dày sẽ được đưa ra khi thỏa mãn 1 trong 2 tiêu chí sau:

+ Cấu trúc vi mạch máu không đều với đường bờ rõ.

+ Cấu trúc vi bề mặt không đều với đường bờ rõ.

- Những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm sẽ phân loại chỉ định ESD dựa theo guidelines điều trị ung thư dạ dày Nhật Bản [7] và được tiếp tục cắt bỏ thương tổn bằng phương pháp ESD nếu có chỉ định. Chẩn đoán cuối cùng được thiết lập trên cơ sở kết quả mô bệnh học thu được từ các mẫu phẫu tích qua nội soi.Mẫu bệnh phẩm sau cắt ESD sẽ được đánh giá các tiêu chí: type mô học; kích thước; độ xâm lấn; sự hiện diện của loét; toàn bộ lề của mẫu cắt. Giai đoạn ung thư được thực hiện dựa trên kiểm tra bệnh lý theo phân loại TNM hiện tại.

- Bệnh nhân được cắt bỏ thương tổn bằng phương pháp ESD được kiểm tra nội soi theo dõi sau cắt 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập và phân tích số liệu từ 104 bệnh nhân nội soi phóng đại sàng lọc ung thư sớm, có 24 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư sớm nhưng chỉ 12 bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) từ 1/2017-12/2018.

Trong 24 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm gồm 15 (62,5%) nam và 9 (37,5%) nữ, độ tuổi trung bình là 57 tuổi. Có 16 (66,7%) bệnh nhân đi nội soi vì đau thượng vị, 6 (25%) bệnh nhân đi khám sức khỏe, không có triệu chứng và có 2(8,3%) bệnh nhân đi khám vì tiền sử người thân bị ung thư dạ dày.

Bảng 1. Giới tính

Giới	n (%)
Nam	15 (62,5%)
Nữ	9 (37,5%)

Tỷ lệ mắc ung thư dạ dày ở nam cao gần gấp đôi so với nữ.

Bảng 2. Lý do đi nội soi

Lý do	n (%)
Tiền sử gia đình bị ung thư dạ dày	6 (25%)
Đau thượng vị	16 (66,7%)
Khám sức khỏe	2 (8,3%)

Không có triệu chứng đặc hiệu cho ung thư dạ dày sớm, bệnh nhân thường được phát hiện tình cờ qua nội soi.

Bảng 3. Dấu hiệu nghi ngờ ung thư sớm

Dấu hiệu	n (%)
màu sắc bất thường	21 (87,5%)
bề mặt bất thường	20 (83,3%)
đường bờ không đều	15 (62,5%)
chảy máu tự nhiên	9 (37,5%)
nếp niêm mạc gián đoạn bất thường	6 (25%)
Yếu tố nguy cơ cao ung thư dạ dày trên niêm mạc nền	23 (95,8%)

Ung thư dạ dày thường gặp ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao, nên tầm soát kỹ ở nhóm bệnh nhân này.

Bảng 4. Vị trí thương tổn

Vị trí thương tổn	n (%)
Tâm vị	0
Phình vị	0
Thân vị	3 (12,5%)
Góc bờ cong nhỏ	4 (16,7%)
Hang vị	17 (70,8%)

Phần lớn thương tổn tập trung chủ yếu ở hang vị.

Bảng 5. Phân loại type đại thể của ung thư dạ dày sớm theo phân loại Nhật Bản [6]

Type	0-I	0-IIa	0-IIb	0-IIc	0-III
n (%)	0	3 (12,5%)	6 (25%)	13 (54,2%)	2 (8,3%)

Type lõm nhẹ (0-IIc) chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong các thương tổn ung thư dạ dày sớm.

Bảng 6. Kích thước thương tổn

Kích thước	n (%)
≤ 20mm	21 (87,5%)
>20mm	3 (12,5%)

Ung thư dạ dày sớm thường có kích thước nhỏ

Bảng 7. Độ biệt hóa

Mức độ biệt hóa	n (%)
Biệt hóa tốt/vừa	22 (91,7%)
Biệt hóa kém (không biệt hóa)	2 (8,3%)

Phần lớn các thương tổn ung thư sớm thuộc type biệt hóa.

Bảng 8. Độ xâm lấn

Độ xâm lấn	n (%)
Niêm mạc (M)	19 (79,2%)
Dưới niêm mạc (SM)	5 (20,8%)

Bảng 9. Một số chỉ tiêu đánh giá kết quả ESD

Chỉ tiêu đánh giá	n (%)
Tỉ lệ phẫu tích nguyên khối (en bloc)	12 (100%)
Tỉ lệ viền dương tính sau ESD	0 (0%)
Tỉ lệ phù hợp chẩn đoán trước và sau can thiệp	12 (100%)
Tỉ lệ chảy máu cần can thiệp	1 (0%)
Tỉ lệ thủng	0 (0%)
Tỉ lệ tái phát (đã theo dõi đến tháng thứ 6)	0 (0%)

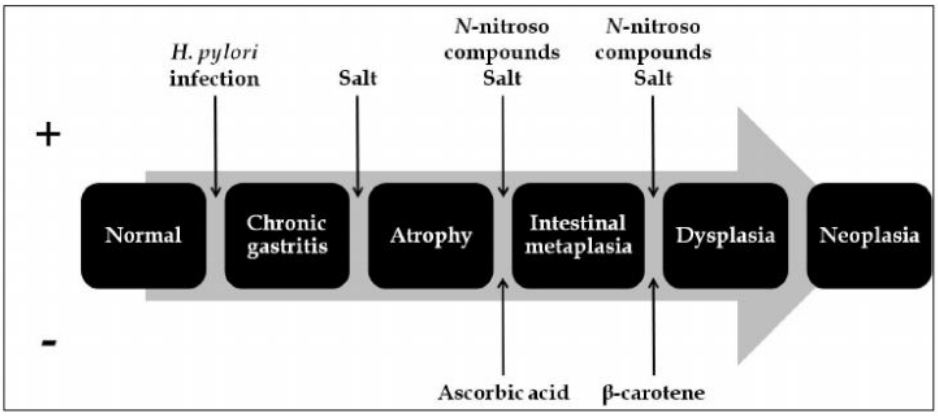
Các bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị bằng phương pháp ESD, có 01 bệnh nhân xuất huyết trong thủ thuật và phải can thiệp bằng Coagrasper Hemostatic Forceps, không có biến chứng thủng trong và sau thủ thuật. Chẩn đoán trước và sau can thiệp là đồng nhất. Kết quả mô bệnh học của bệnh phẩm sau ESD cho thấy 11 (91,7%) trường hợp ung thư biểu mô tuyến biệt hóa tốt, 1 (8,3%) trường hợp ung thư biểu mô tuyến biệt hóa kém. Trong quá trình theo dõi, không có bệnh nhân nào được phát hiện tái phát tại chỗ hoặc di căn xa.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao

Trong nhóm nghiên cứu nhỏ của chúng tôi, tỷ lệ mắc ung thư dạ dày ở nam cao gần gấp đôi so với nữ (62,5%/37,5%). Tỷ lệ mắc ung thư dạ dày tăng gấp hai đến ba lần ở những người có tiền sử gia đình mắc bệnh [4], [20]. Trong nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm có 6/24 bệnh nhân (25%) có tiền sử gia đình mắc ung thư dạ dày.

Nhiễm HP gây viêm dạ dày mãn tính, sau đó phát triển thành viêm teo, chuyển sản ruột, loạn sản và cuối cùng dẫn đến ung thư biểu mô tuyến dạ dày.



+ positive associations (increase the risk of gastric cancer); – negative associations (decrease the risk of gastric cancer).

Fig. 1. Gastric carcinogenesis model for the carcinomas of Laurén intestinal type, according to the proposed by Pelayo Correa (Correa, 1992)

Hình 2. Mô hình Correa của ung thư biểu mô dạ dày [1]

Nhiễm HP chiếm khoảng 90% các trường hợp ung thư dạ dày không phải type tâm vị trên toàn thế giới [13].

Tỷ lệ mắc ung thư dạ dày cũng gia tăng theo tuổi, do đó sàng lọc hàng năm với kỹ thuật nội soi được khuyến nghị cho những người trên 40 tuổi [8]. Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư sớm của chúng tôi có độ tuổi trung bình 57 tuổi.

Ung thư dạ dày thường mắc phải ở nhóm bệnh có nguy cơ cao nên những bệnh nhân cần được kiểm tra định kỳ và theo dõi chặt chẽ.

4.2. Đặc điểm thương tổn nghi ngờ

Sau khi quan sát cẩn thận toàn bộ niêm mạc dạ dày bằng SSS, chúng tôi chú ý đến những thay đổi tinh tế của màu sắc và hình thái niêm mạc. Trong nghiên cứu của chúng tôi những tổn thương nghi ngờ chủ yếu được phát hiện qua sự đổi màu niêm mạc (ban đỏ hoặc nhạt màu) và thay đổi hình thái của bề mặt niêm mạc (lồi, lõm) chiếm tỷ lệ chủ yếu, 87,5% và 83,3% tương ứng ngoài ra những dấu hiệu như đường bờ không đều (62,5%), nếp niêm mạc bị gián đoạn bất thường (25%), chảy máu tự nhiên (37,5%) cũng rất quan trọng.

Phần lớn ung thư dạ dày phát triển trên một nền niêm mạc có yếu tố nguy cơ cao như nhiễm HP, viêm teo mức độ nặng, dị sản ruột. Hầu hết các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm tại bệnh viện chúng tôi đều có các yếu tố này (95,8%).

Vị trí thương tổn được phát hiện chủ yếu ở vùng hang vị (70,8%). Thương tổn ở góc bờ cong nhỏ (16,7%) và thân vị (12,5%) chiếm tỷ lệ thấp. Chúng tôi chưa phát hiện được thương tổn ở tâm vị và phình vị có lẽ do cỡ mẫu còn thấp, ngoài ra Việt Nam có tỷ lệ nhiễm HP cao, ung thư dạ dày thường mắc type không tâm vị (non-cardia type), type tâm vị ít gặp hơn.

Phần lớn ung thư dạ dày sớm có hình thái giống viêm (like-gastritis), type lõm nhẹ (0-IIc) chiếm tỷ lệ nhiều nhất (54,2%) type phẳng (25%) hoặc lồi nhẹ (12,5%) chiếm tỷ lệ ít hơn. Chúng tôi ít gặp type polyp (0-I) hoặc type loét (0-III).

Những bệnh nhân được khảo sát lại bằng nội soi phóng đại và đánh giá theo hệ thống phân loại VS có 21/24 (87,5%) bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm phù hợp với hệ thống phân loại này. Theo nghiên cứu của GS Yao thì có 97% thương tổn ung thư dạ dày sớm được phân loại theo hệ thống VS [9].

Nghiên cứu của chúng tôi là thương tổn thường nhỏ ≤ 20mm (87,5%), khu trú niêm mạc (79,2%) chiếm tỷ lệ chủ yếu. Do chúng tôi chỉ mới bắt đầu làm, kinh nghiệm còn ít nên thường chú ý đến thương tổn nhỏ. Những thương tổn lớn, nghi ngờ xâm lấn sâu không chắc chắn thường chỉ định ngoại khoa can thiệp.

Mẫu mô bệnh học thu được của các thương tổn ung thư sớm chủ yếu thuộc type biệt hóa (91,7%) phù hợp với yếu tố nguy cơ nhiễm HP cao ở Việt Nam.

4.3. Chẩn đoán độ xâm lấn

Có 2 phương pháp thường được sử dụng để đánh giá độ xâm lấn của ung thư dạ dày sớm là siêu âm nội soi và nội soi thông thường ánh sáng trắng. Ở Nhật Bản, độ xâm lấn của EGC được xác định bằng cách sử dụng phương pháp nội soi nhuộm màu và sử dụng siêu âm nội soi (EUS) được khuyến nghị khi độ sâu xâm lấn khó đánh giá bằng nội soi nhuộm màu đơn độc.

Tại bệnh viện của chúng tôi không có đầu dò EUS-miniprobe nên việc xác định độ xâm lấn của thương tổn thường được xác định dựa trên các dấu hiệu "không dãn rộng" (non-extension sign) khi bơm đầy khí trên nội soi ánh sáng trắng [18].

Khối u xâm lấn dưới niêm mạc được chẩn đoán khi một trong hai tiêu chí được thực hiện theo kết quả nội soi: (1) vùng xâm lấn SM không được nở rộng khi bơm căng khí tạo thành độ cao hình thang; và (2) nếp niêm mạc hội tụ và lồi lên tại khu vực xâm lấn SM.

Những phát hiện này liên quan đến độ dày và độ cứng tăng lên do sự xâm lấn dưới niêm mạc lớn của ung thư.

Trong nhóm nghiên cứu có 19/24 (79,2%) bệnh nhân được chẩn đoán xâm lấn ở lớp niêm mạc, 5/24 (20,8%) được chẩn đoán xâm lấn dưới niêm mạc.

4.4. Chỉ định ESD

ESD được xem xét là phương pháp phù hợp cắt bỏ khối u ở giai đoạn sớm, có khả năng di căn hạch rất thấp [11], [12]. Tại bệnh viện chúng tôi sử dụng chỉ định điều trị chuẩn của ESD để điều trị ung thư dạ dày sớm. Các tiêu chuẩn này gồm: ung thư biểu mô tuyến biệt hóa, xâm lấn khu trú niêm mạc, kích thước khối u ≤ 2cm.

Ngoài ra, các tiêu chuẩn mở rộng áp dụng cho chỉ định tương đối như các khối u được chẩn đoán lâm sàng là T1a và

(a) type biệt hóa, UL (-), đường kính> 2 cm

(b) type biệt hóa, UL (+) và đường kính <3 cm

(c) type không biệt hóa, UL (-) và đường kính <2 cm.

Các chỉ định này có tỷ lệ di căn hạch cao hơn, chúng tôi còn dè dặt nên không điều trị bằng phương pháp ESD cho những trường hợp này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16/24 trường hợp được chỉ định làm ESD nhưng chỉ có 12 trường hợp đồng ý thực hiện thủ thuật, còn 4 trường hợp còn lại không đồng ý thực hiện và không điều trị, 8 trường hợp ung thư sớm ngoài chỉ định ESD được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.

4.5. Đánh giá kỹ thuật, biến chứng và theo dõi

Phần lớn các thương tổn được chỉ định làm ESD nằm ở vùng hang vị và góc bờ cong nhỏ, vị trí thường dễ thực hiện. Có 01 thương tổn nằm ở vùng thân vị, vị trí tương đối khó. Ban đầu chúng tôi còn ít kinh nghiệm nên có 01 trường hợp có xuất huyết trong khi làm thủ thuật, phải cầm máu bằng forcep và hemoclip. Không có biến chứng thủng. Các thương tổn đều được cắt nguyên khối. Viền thương tổn sau mẫu ESD đều âm tính. Nội soi kiểm tra lại sau ESD 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng thấy sẹo lành tốt, không có biểu hiện tái phát tại chỗ.

V. KẾT LUẬN

Những tiến bộ trong kỹ thuật nội soi giúp ích rất nhiều cho bác sĩ để phát hiện và chẩn đoán chính xác ung thư sớm. Ung thư dạ dày sớm vẫn có thể điều trị tốt bằng các kỹ thuật nội soi.

Cần có sự phối hợp đa chuyên ngành để phát triển chẩn đoán và điều trị ung thư giai đoạn sớm. Nâng cao nhận thức về sức khỏe trong xã hội, thúc đẩy các chương trình sàng lọc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Correa P. Helicobacter pylori and gastric cancer: state of the art. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1996;5:477–481.
2. Correa P, Fontham ET, Bravo JC, et al. "Chemoprevention of gastric dysplasia: randomized trial of antioxidant supplements and anti-helicobacter pylori therapy". J Natl Cancer Inst. 2000; 92(23): 1881–8.
3. GLOBOCAN 2018 : IARC (http://gco.iarc.fr/today) World Health Organization.
4. Hee Seok Moon. "Improving the Endoscopic Detection Rate in Patients with Early Gastric Cancer". Clinical Endoscopy 2015; 48(4): 291-296.
5. Hosokawa O, Miyanaga T, Kaizaki Y, et al. Decreased death from gastric cancer by endoscopic screening: association with a population-based cancer registry. Scand J Gastroenterol 2008;43:1112-1115.
6. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. Gastric Cancer. 2011 Jun;14(2):101-12.
7. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). Gastric Cancer (2017) 20:1–19.
8. Katherine D Crew, Alfred I Neugut. "Epidemiology of gastric cancer". World J Gastroenterol 2006 January 21; 12(3): 354-362.

9. Kenshi Yao. The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Ann Gastroenterol. 2013; 26(1): 11–22.
10. Kenshi Yao, Noriya Uedo, Manabu Muto, and Hideki Ishikawa. Development of an e-learning system for teaching endoscopists how to diagnose early gastric cancer: basic principles for improving early detection. Gastric Cancer. 2017; 20(Suppl 1): 28–38.
11. Kenshi Yao, Takashi Nagahama, Toshiyuki Matsui and Akinori Iwashita. "Detection and characterization of early gastric cancer for curative endoscopic submucosal dissection". Digestive Endoscopy2013;25(Suppl. 1): 44–54.
12. Marqués-Lespier JM, González-Pons M, Cruz-Correa M. "Current Perspectives on Gastric Cancer". Gastroenterol Clin North Am. 2016 Sep;45(3):413-28.
13. Martyn Plummer, Silvia Franceschi, Jérôme Vignat, David Forman, Catherine de Martel. "Global burden of gastric cancer attributable to Helicobacterpylori". Int. J. Cancer:136, 487–490 (2015).
14. Nam SY, Choi IJ, Park KW, et al. Effect of repeated endoscopic screening on the incidence and treatment of gastric cancer in health screenees. Eur J Gastroenterol Hepatol 2009;21:855-860.
15. Ren W, Yu J, Zhang ZM, Song YK, Li YH, Wang L. Missed diagnosis of early gastric cancer or high-grade intraepithelial neoplasia. World J Gastroenterol 2013;19:2092-2096.
16. Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, 7-14 June 1994.
17. Shyam Menon, Nigel Trudgill. "How commonly is upper gastrointestinal cancer missed at endoscopy? A meta-analysis". Endoscopy International Open 2014; 02: E46–E50
18. Takashi Nagahama, Kenshi Yao, Kentaro Imamura, Toshiki Kojima, Kensei Ohtsu, Kenta Chuman, Hiroshi Tanabe, Rino Yamaoka, Akinori Iwashita. Diagnostic performance of conventional endoscopy in the identification of submucosal invasion by early gastric cancer-the non-extension sign as a simple diagnostic marker. Gastric Cancer (2017) 20:304–313
19. Tomohiro Matsuda, Kumiko Saika. "Cancer burden in Japan based on the latest cancer statistics: need for evidence-based cancer control programs". Ann Cancer Epidemiol 2018;2:2.
20. Zanghieri G, Di Gregorio C, Sacchetti C, et al. Familial occurrence of gastric cancer in the 2-year experience of a population-based registry. Cancer 1990;66:2047-2051.