

DOI: 10.58490/ctump.2024i74.2421

**CÁC HÌNH THÁI POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG THEO PHÂN LOẠI PARIS
VÀ ĐỐI CHIẾU KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2023-2024**

Lê Huyền Trân^{1}, Huỳnh Hiếu Tâm², Lương Thị Thúy Loan¹,
Trần Y Đức¹, Đặng Như Lan¹*

1. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lhtran.bv@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/4/2024

Ngày phản biện: 26/5/2024

Ngày duyệt đăng: 27/5/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phân loại quốc tế Paris (2002) là một trong những phân loại đơn giản thường được áp dụng trên lâm sàng, phân loại này gợi ý loại hình thái tổn thương polyp trên niêm mạc đường tiêu hóa có nguy cơ ác tính cao thấy được khi nội soi tiêu hóa. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định tỷ lệ các dạng hình thái polyp đại trực tràng theo phân loại Paris. 2. Đối chiếu kết quả mô bệnh học của polyp đại trực tràng với phân loại Paris. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 188 bệnh nhân được nội soi đại tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2023 đến năm 2024. Tất cả tổn thương polyp được xếp loại theo phân loại Paris và lấy mẫu làm mô bệnh học. **Kết quả:** Nhóm tuổi 41-65 chiếm tỷ lệ cao nhất, vị trí polyp thường gặp nhất là trực tràng 36,7%, đơn polyp thường gặp 52,7%, chủ yếu polyp 6 – 9mm chiếm 41,5%. Phân loại Paris típ 0-Is thường gặp nhất 55,9%. Typ 0-Ip có tỷ lệ tổn thương tân sinh cao nhất 70,4%. Polyp tại manh tràng và kích thước ≥ 20 mm tỷ lệ tổn thương tân sinh cao nhất 80%. **Kết luận:** Polyp đại trực tràng có cuồng típ 0-Ip theo phân loại Paris và polyp có kích thước lớn có tỷ lệ tân sinh cao.

Từ khóa: Phân loại Paris, nội soi đại tràng, polyp đại trực tràng.

ABSTRACT

**MORPHOLOGY OF COLORECTAL POLYPS CLASSIFIED BY PARIS
CLASSIFICATION AND CORRELATION WITH
HISTOPATHOLOGICAL RESULTS AT CAN THO UNIVERSITY OF
MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2023-2024**

Le Huyen Tran^{1}, Huynh Hieu Tam², Luong Thi Thuy Loan¹,
Tran Y Duc¹, Dang Nhu Lan¹*

1. Can Tho University Of Medicine And Pharmacy Hospital

2. Can Tho University Of Medicine And Pharmacy

Background: The Paris international classification (2002) is a widely adopted system in clinical practice, indicating mucosal lesion types in the gastrointestinal tract with a predisposition for malignancy observed during gastrointestinal endoscopy. **Objectives:** 1. To ascertain the prevalence of rectal polyp subtypes based on the Paris classification. 2. To correlate the histopathological of colorectal polyps with Paris classification. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 188 patients undergoing colonoscopy at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2023 to 2024. Lesions were categorized per the Paris classification and subjected to histopathological examination. **Results:** The 41-65 age group had the highest incidence, with the rectum being the most prevalent site for polyps at 36.7%, solitary polyps at 52.7%, and predominantly 6-9mm polyps at 41.5%. Paris classification type 0-Is was the most frequent at 55.9%. Type 0-Ip exhibited the

highest rate of neoplastic lesions at 70.4%. Polyps in the sigmoid colon and those ≥ 20 mm in size demonstrated the highest rate of neoplastic lesions at 80%. **Conclusions:** Colorectal polyps with a Paris classification of type 0-Ip and larger-sized demonstrated the high rate of neoplastic lesions.

Keywords: Paris classification, gastrointestinal endoscopy, colorectal polyps

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là tổn thương phổ biến nhất trong các bệnh lý đại tràng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Các polyp đại trực tràng có khả năng phát triển thành ung thư đại trực tràng, là loại ung thư thường gặp xếp hàng thứ 3 trên thế giới theo Globocan năm 2020. Nội soi đại tràng là phương tiện thích hợp nhất để phát hiện polyp đại trực tràng, cho phép sinh thiết và cắt polyp qua nội soi. Phân loại quốc tế Paris (2002) là một trong những phân loại đơn giản thường được áp dụng trên lâm sàng, phân loại này gợi ý loại hình thái tổn thương polyp có nguy cơ ác tính cao thấy được khi nội soi tiêu hóa, giúp bác sĩ nội soi quyết định phương pháp can thiệp tổn thương bằng nội soi hay phẫu thuật [1]. Tại Cần Thơ, hiện các nghiên cứu về ứng dụng của phân loại Paris trên tổn thương đại trực tràng chưa được triển khai rộng rãi nên nghiên cứu này: “Khảo sát các dạng tổn thương đại trực tràng theo phân loại Paris và đối chiếu kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023 – 2024” được thực hiện mục tiêu nghiên cứu: 1) Xác định tỷ lệ các dạng hình thái polyp đại trực tràng theo phân loại Paris. 2) Đối chiếu kết quả mô bệnh học của polyp đại trực tràng với phân loại Paris.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được nội soi đại tràng phát hiện có tổn thương polyp hoặc tổn thương nghi u đại trực tràng.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thỏa các tiêu chuẩn sau:

+ Bệnh nhân được nội soi đại tràng phát hiện có tổn thương polyp hoặc tổn thương nghi u đại trực tràng.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Các tổn thương viêm, đang chảy máu nhiều không thể thấy rõ vùng tổn thương để xếp loại theo phân loại Paris.

+ Bệnh nhân có rối loạn tâm thần hoặc trí nhớ không minh mẫn.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Nội soi – Nội soi can thiệp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** 188 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tục theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, tiền sử bệnh lý mắc ung thư đại trực tràng, đã cắt polyp đại trực tràng, tăng huyết áp, bệnh mạch vành. Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng đau bụng, rối loạn đi tiêu, rối loạn tính chất phân, không triệu chứng/ tầm soát.

+ Trên nội soi đại tràng, hình ảnh polyp sẽ được mô tả theo các đặc điểm như sau: số lượng polyp, vị trí polyp, kích thước (đo bằng milimét), tổn thương phân nhóm theo phân loại Paris.

Mô tả tổn thương bề mặt	Phân nhóm
Tổn thương dạng polyp: là tổn thương nhô lên $\geq 2,5\text{mm}$ so với bề mặt	Týp 0-Ip: Có cuống Týp 0-Is: Không cuống
Tổn thương dạng phẳng	Týp 0-IIa: phẳng – hơi nhô lên $< 2,5\text{mm}$. Týp 0-IIb: phẳng – phẳng Týp 0-IIc: phẳng – lõm $\leq 1,2\text{mm}$
Tổn thương dạng loét	Týp 0-III: sâu $> 1,2\text{mm}$
Dạng hỗn hợp giữa các nhóm	Týp 0-Isp Týp 0-IIa+c Týp 0-IIa+Is Týp 0-IIa+b

+ Kết quả mô bệnh học: nhóm không tân sinh (polyp thiếu niên, polyp Peutz-Jeghers, polyp tăng sản, polyp viêm,...), nhóm tổn thương tiền ung thư (u tuyến ống, u tuyến nhánh, u tuyến ống – nhánh), nhóm ung thư (carcinoma).

- Phương pháp tiến hành:

+ Trực tiếp hỏi bệnh và thăm khám bệnh nhân để phát hiện các triệu chứng cơ năng, thực thể và toàn thân.

+ Ghi nhận hình ảnh nội soi đại tràng, xếp loại các dạng tổn thương theo phân loại Paris, kết quả mô bệnh học.

+ Phân tích số liệu thu thập bằng phần mềm SPSS 26.0.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt tại giấy chấp thuận đạo đức nghiên cứu số 23.034.GV/PCT-HĐĐĐ ngày 12/5/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
16 – 40	10	9,8	7	8,1	17	9,0
41 – 65	68	66,7	54	62,8	122	64,9
>65	24	23,5	25	29,1	49	26,1
Tổng	102	100	86	100	188	100
Tuổi trung bình			57,56 ± 11,87 (Nam/Nữ : 1,18)			

Nhận xét: Nhóm tuổi 41-65 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai giới nam và nữ.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng		n	%
Có triệu chứng	Đau bụng	107	56,9
	Rối loạn đi tiêu	78	41,5
	Rối loạn tính chất phân	36	19,1
	Nhiều triệu chứng	68	36,1
Không triệu chứng hoặc tầm soát		35	18,6

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng chiếm 56,9%.

3.2. Đặc điểm nội soi và dạng tổn thương theo phân loại Paris

Bảng 3. Đặc điểm nội soi

Vị trí polyp			
Manh tràng	5 (2,7%)	Đại tràng góc lách	3 (1,6%)
Đại tràng lên	38 (20,2%)	Đại tràng xuống	28 (14,9%)
Đại tràng góc gan	8 (4,3%)	Đại tràng sigma	50 (26,6%)
Đại tràng ngang	33 (17,6%)	Trực tràng	69 (36,7%)
Số lượng polyp			
Đơn polyp	99 (52,7%)	Đa polyp (≥ 2 polyp)	89 (47,3%)
Kích thước polyp			
≤ 5 mm	61 (32,4%)	10 – 19mm	39 (20,7%)
6 – 9mm	78 (41,5%)	≥ 20 mm	10 (5,3%)
Phân loại Paris			
Týp Ip	27 (14,4%)	Týp IIb	0 (0%)
Týp Is	105 (55,9%)	Týp IIc	0 (0%)
Týp Isp	46 (24,5%)	Týp III	0 (0%)
Týp Ila	8 (4,3%)	Dạng hỗn hợp: Ila+c, Is+c	2 (1,0%)

Nhận xét: Vị trí phát hiện polyp thường gặp nhất là trực tràng chiếm 36,7%. Đơn polyp thường gặp nhất chiếm 52,7%. Kích thước polyp 6 – 9mm thường gặp nhất chiếm 41.5%. Phân loại Paris týp 0-Is thường gặp nhất chiếm 55,9%.

3.3. Kết quả mô bệnh học, đối chiếu phân loại Paris và mô bệnh học

Bảng 4. Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học		n	%
Tổn thương không tân sinh (Polyp tăng sản lành tính)		107	56,9
Tổn thương tân sinh	U ống tuyến	79	42,0
	Ung thư	2	1,1
Tổng		188	100

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương không tân sinh cao nhất chiếm 56,9%.

Bảng 5. Đối chiếu phân loại Paris, vị trí, kích thước polyp và kết quả mô bệnh học

	Tổn thương không tân sinh		Tổn thương tân sinh		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Phân loại Paris						
Týp Ip	8	29,6	19	70,4	27	100
Týp Is	68	64,8	37	35,2	105	100
Týp Isp	24	52,2	22	47,8	46	100
Týp Ila	6	25	2	75	8	100
Tổng	107	56,9	81	43,1	188	100
Vị trí polyp						
Manh tràng	1	20	4	80	5	100
Đại tràng lên	20	52,6	18	47,4	38	100
Đại tràng góc gan	3	37,5	5	62,5	8	100
Đại tràng ngang	15	45,5	18	54,5	33	100
Đại tràng góc lách	3	100	0	0	3	100
Đại tràng xuống	13	46,4	15	53,6	28	100
Đại tràng sigma	23	46,0	27	54,0	50	100

	Tổn thương không tân sinh		Tổn thương tân sinh		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Trực tràng	45	65,2	24	34,8	69	100
Kích thước polyp						
≤5mm	47	77,0	14	23,0	61	100
6 – 9mm	45	57,7	33	42,3	78	100
10 – 19mm	13	33,3	26	66,7	39	100
≥20mm	2	20,0	8	80,0	10	100

Nhận xét: Trong phân loại Paris, typ 0-Ip có tỷ lệ tổn thương tân sinh cao nhất chiếm 70,4% (19/27). Trong các vị trí phát hiện polyp, polyp tại manh tràng có kết quả mô bệnh học là tổn thương tân sinh cao nhất chiếm 80%. Kích thước polyp rất lớn (≥20mm) có tỷ lệ tổn thương tân sinh cao nhất chiếm 80%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $57,56 \pm 11,87$. Trong đó, nhóm tuổi 41-65 chiếm tỷ lệ cao nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Kiệt và cộng sự, tuổi trung bình là $54,6 \pm 10,9$, nhóm tuổi ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 89,7% [2]. Nguyễn Trường Sơn và cộng sự, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu $55,32 \pm 14,62$, trong đó tuổi trên 40 với tỷ lệ 85,9% [3]. Said A. Ooda và cộng sự, tuổi trung bình phát hiện polyp đại trực tràng là $55,14 \pm 10,36$ tuổi [4]. Có sự tương đồng về kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trong và ngoài nước về độ tuổi thường gặp polyp đại trực tràng là 41-65 tuổi. Vì thế nên tầm soát polyp đại trực tràng ở nhóm đối tượng trên 40 tuổi.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng chiếm 56,9%, kế đến là triệu chứng rối loạn đi tiêu, rối loạn tính chất phân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự đồng nhất với các nghiên cứu trong nước khác như Phạm Bình Nguyên và cộng sự, Thái Thị Hồng Nhung và cộng sự [5], [6]. Sự khác biệt về tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng có thể do triệu chứng đường tiêu hóa thường không đặc hiệu cho bệnh lý polyp đại trực tràng và nhiều người bệnh có nhu cầu tầm soát bệnh lý ung thư sẽ được chỉ định nội soi đại tràng kiểm tra kỹ cả không có triệu chứng.

4.2. Đặc điểm nội soi và dạng tổn thương theo phân loại Paris

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện polyp cao nhất tại vị trí trực tràng là 36,7%, kế đến là đại tràng xuống 26,7%, đại tràng sigma 26,6%, đại tràng lên 20,2%, đại tràng ngang 17,6%, đại tràng góc gan 4,3% và đại tràng góc lách 1,6%. Theo Phạm Bình Nguyên và cộng sự, vị trí phát hiện polyp phổ biến nhất là trực tràng 37,4% và đại tràng sigma 26,8% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Thái Thị Hồng Nhung và cộng sự ghi nhận polyp ở đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất là 29%, tiếp theo đó là polyp trực tràng chiếm 25,8% [6]. So sánh với nghiên cứu nước ngoài của Iravani và cộng sự cho thấy polyp ở trực tràng và đại tràng sigma chiếm cao nhất với 63,1% [7]. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ polyp tại trực tràng và đại tràng sigma ưu thế hơn các polyp vị trí khác. Sự khác biệt về tần suất phát hiện các polyp ở các vị trí khác nhau của đại tràng có thể do không tương đồng về chủng tộc, thói quen ăn uống hoặc liên quan đến khả năng sàng lọc của người bác sĩ nội soi đối với các đoạn đại tràng dễ bỏ sót thương tổn.

Tỷ lệ phát hiện 1 polyp (đơn polyp) và từ 2 polyp trở lên (đa polyp) gần tương đương nhau, lần lượt là 52,7% và 47,3%, polyp có kích thước 6 – 9mm chiếm tỷ lệ cao nhất là

41,5%, kể đến là polyp nhỏ $\leq 5\text{mm}$ (32,4%), polyp lớn 10 – 19mm (20,7%) và polyp rất lớn $\geq 20\text{mm}$ (5,3%). Kết quả nghiên cứu của Phạm Bình Nguyên và cộng sự, bệnh nhân đơn polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 77,8%, đa polyp là 22,2%, polyp có kích thước $\leq 10\text{mm}$ có số lượng nhiều nhất 40,1%, nhóm polyp có kích thước 11-20mm và $>20\text{mm}$ có tỷ lệ thấp hơn tương ứng 30,1% và 29,8% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân loại Paris typ 0-Is thường gặp nhất chiếm 55,9%, các nhóm khác 0-Isp, 0-Ip, 0-IIa lần lượt có tỷ lệ là 24,5%, 14,4% và 4,3%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả gần tương đồng với tác giả Nguyễn Thanh Tùng, tỷ lệ polyp typ 0-Is chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,0% nhưng tiếp đó là typ 0-IIa với tỷ lệ 36,1% [8]. Có sự khác biệt nhiều với các tác giả Phạm Bình Nguyên polyp typ 0-Ip có tỷ lệ lớn nhất 32,2%, polyp 0-Is, polyp 0-Isp, typ 0-IIa có tỷ lệ thấp hơn tương ứng là 28,3%, 21,4% và 18,1%, và tác giả Nguyễn Anh Kiệt, số polyp typ 0-II chiếm đa số với 69% [2],[5]. Có sự khác biệt này do phân loại Paris mặc dù có nhiều ưu điểm, đơn giản và được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng, tuy nhiên hoàn toàn dựa trên hình thái polyp, có thể có những điểm không thống nhất nhận định giữa các nhà nội soi, nhất là tổn thương typ 0-Is và 0-IIa.

4.3. Kết quả mô bệnh học, đối chiếu phân loại Paris và mô bệnh học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tổn thương không tân sinh cao hơn tổn thương tân sinh lần lượt là 56,9% và 43,1%. Trong đó polyp tăng sản lành tính là 56,9%, u tuyến là 42,0% và ung thư là 1,1%. Theo tác giả Thái Thị Hồng Nhung sau thống kê kết quả mô bệnh học có 62,9% là polyp u tuyến ống, 37,1% polyp tăng sản, tuy nhiên đây là nghiên cứu chủ yếu ở các polyp kích thước trung bình lớn [6]. Tác giả Tống Văn Lược có kết quả polyp u tuyến chiếm tỷ lệ 24,41%, polyp không tân sinh chiếm 75,59% và tác giả Lê Minh Tuấn polyp tuyến chiếm 21%, polyp không tân sinh chiếm 79% [9],[10]. Có sự khác biệt về tỷ lệ polyp tân sinh chủ yếu do khác về đối tượng nghiên cứu ở một số nghiên cứu chủ yếu trên polyp kích thước trung bình lớn, hoặc do tỷ lệ polyp kích thước nhỏ ngày nay được phát hiện cao hơn do chất lượng hình ảnh nội soi được cải tiến.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đối chiếu các đặc điểm nội soi, phân loại Paris với kết quả mô bệnh học. Trong phân loại Paris, polyp có cuồng typ 0-Ip có tỷ lệ tổn thương tân sinh cao nhất 70,4% và polyp typ 0-Is có tỷ lệ tổn thương tân sinh thấp nhất 35,2%. Trong các vị trí phát hiện polyp, polyp tại manh tràng có tỷ lệ tổn thương tân sinh cao nhất 80%. Kích thước polyp $\geq 20\text{mm}$ có tỷ lệ tổn thương tân sinh cao nhất 80%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả như Moss A và cộng sự polyp Paris typ 0-Is có tỷ lệ polyp ung thư thấp 7,5%, trong khi polyp 0-IIc hoặc 0-IIa+ c có tỷ lệ polyp ung thư lên tới 31,8% [11].

Trong các vị trí thường phát hiện polyp, polyp tại đại tràng ngang, đại tràng sigma, đại tràng xuống có tỷ lệ polyp tân sinh gần tương đương và cao hơn so với polyp trực tràng với tỷ lệ polyp tân sinh lần lượt là 54,5%, 54,0%, 53,6% và 34,8%. Đánh giá này cho thấy tỷ lệ phát hiện polyp nhiều nhất ở đoạn trực tràng, nhưng tỷ lệ polyp ở trực tràng là tổn thương tân sinh không cao bằng các polyp ở đoạn đại tràng ngang, đại tràng sigma và đại tràng xuống.

Chúng tôi thấy rằng tỷ lệ polyp tân sinh tăng dần từ nhóm polyp kích thước nhỏ đến lớn, cụ thể polyp $\leq 5\text{mm}$ (23,0%, 14/61), 6 – 9mm (42,3%, 33/78), 10 – 19mm (66,7%, 26/39), $\geq 20\text{mm}$ (80,0%, 8/10). Đánh giá này cho thấy polyp kích thước càng to thì tỷ lệ là tổn thương tân sinh càng cao, có thể lên đến 80%, và polyp kích thước rất nhỏ $\leq 5\text{mm}$ vẫn có nguy cơ là u tuyến khoảng 23,5%. Điều này khuyến nghị cho các nhà nội soi không nên bỏ qua bất kỳ tổn thương nào khi nội soi đại tràng dù kích thước nhỏ, nên có bước thực hiện sinh thiết làm mô bệnh học nhằm loại trừ tổn thương tiền ung thư, cũng như điều trị cắt bỏ

polyp sớm để dự phòng polyp tăng trưởng và ung thư hóa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với một số tác giả trong nước và nước ngoài. Theo Phạm Bình Nguyên và cộng sự đã đánh giá 332 polyp đại trực tràng thấy rằng kích thước polyp cũng có mối tương quan với mức độ mô bệnh học polyp [5]. Tác giả Nusko G và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu đánh giá trên 11.188 polyp u tuyến đại trực tràng cho thấy, polyp có kích thước càng lớn thì càng làm tăng nguy cơ ung thư xâm lấn [12].

V. KẾT LUẬN

Polyp đại trực tràng có cường độ 0-1p theo phân loại Paris và polyp có kích thước lớn có nguy cơ ung thư cao hơn. Tuy nhiên, các nhóm polyp còn lại đều có tỷ lệ nguy cơ ung thư khoảng 20-40%. Vì vậy khi phát hiện polyp qua nội soi đều nên sinh thiết hoặc cắt polyp qua nội soi để làm mô bệnh học nhằm tránh bỏ sót tổn thương tiền ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Endoscopic Classification Review Group. Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. *Endoscopy*. 2005. 37 (06), 570-578, <https://doi.org/10.1055/s-2005-861352>.
2. Nguyễn Anh Kiệt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi phóng đại kết hợp nhuộm màu bằng chế độ BLI và mô bệnh học của bệnh nhân polyp đại - trực tràng tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và bệnh viện Đa khoa Quốc Tế SIS Cần Thơ năm 2021 - 2022. Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2022.
3. Nguyễn Trường Sơn, Hoàng Mai Hương, Đỗ Khắc Trường, và cs. Nghiên cứu tỷ lệ polyp đại trực tràng ung thư theo kích thước. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. Tập 507 Số 2, 123-126, <https://doi.org/10.51298/vmj.v507i2.1417>.
4. Said A. Ooda1.MD, Mohamed L. Asser1.MSc, et al. Distribution of colorectal polyps according to Paris and Vienna classification systems: a prospective cohort single center study. *Senses and Sciences*. 2023. 10 (2), 87-98, <https://doi.org/10.14616/sands-2023-1-8798>.
5. Phạm Bình Nguyên. Nghiên cứu giá trị của nội soi phóng đại, nhuộm màu trong chẩn đoán polyp đại trực tràng. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2021.
6. Thái Thị Hồng Nhung, Lương Thị Thúy Loan. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp cắt đốt kết hợp kẹp clip ở bệnh nhân có polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. Số 40, 237-243. <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/827>.
7. Irvani, S., Kashfi, S. M. H., Azimzadeh, P., & Lashkari, M. H.. Prevalence and Characteristics of Colorectal Polyps in Symptomatic and Asymptomatic Iranian Patients Undergoing Colonoscopy from 2009-2013. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014. 15 (22), 9933-9937, <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.22.9933>.
8. Thanh Tùng Nguyễn, Việt Hằng Đào. Khảo sát polyp đại-trực tràng bằng phương pháp phóng đại BLI theo phân loại BASIC. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2022. 512 (1), 271-275, <https://doi.org/10.51298/vmj.v512i1.2250>.
9. Tổng Văn Lược. Kết quả cắt đốt polyp đại trực tràng bằng thông lọng điện theo hình ảnh nội soi mô mềm và xét nghiệm mô bệnh học. Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.
10. Lê Minh Tuấn. Nhận xét hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại tràng và kết quả cắt polyp bằng nguồn cắt endoplasma. Luận văn Thạc sĩ Y Học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
11. Moss, A., Bourke, M. J., Williams, S. J., Hourigan, L. F., Brown, G., et al. Endoscopic mucosal resection outcomes and prediction of submucosal cancer from advanced colonic mucosal neoplasia. *Gastroenterology*. 2011. 140 (7), 1909-1918, <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.02.062>.
12. Nusko, G., Mansmann, U., Altendorf-Hofmann, A., Groitl, H., et al. Risk of invasive carcinoma in colorectal adenomas assessed by size and site. *International journal of colorectal disease*. 1997. 12, 267-27, <https://doi.org/10.1007/s003840050103>.