

DOI: 10.58490/ctjump.2026i101.4991

# ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, GIẢI PHẪU BỆNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLYP LỚN VÀ UNG THƯ SỚM ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024 – 2026

Nguyễn Xuân Huy<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Phong<sup>1</sup>, Đỗ Đức Trí Nhân<sup>2</sup>,  
La Vinh Phúc<sup>1</sup>, Phạm Công Khanh<sup>3\*</sup>

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

3. Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

\*Email: khanhphammd1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/4/2026

Ngày phản biện: 14/7/2026

Ngày duyệt đăng: 20/8/2026

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Polyp đại trực tràng lớn có nguy cơ chứa tổn thương tân sinh tiến triển và ung thư sớm. Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic Submucosal Dissection – ESD) cho phép cắt trọn tổn thương theo khối và đánh giá chính xác mô bệnh học. Phân loại JNET hỗ trợ dự đoán bản chất mô học trước can thiệp, tuy nhiên giá trị ứng dụng tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm nội soi, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị bằng ESD; đồng thời đánh giá giá trị tiên đoán mô bệnh học của phân loại JNET đối với polyp đại trực tràng lớn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 polyp đại trực tràng lớn được điều trị bằng ESD. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $60,7 \pm 13,7$  tuổi; nam chiếm 52,4%. Tổn thương thường gặp tại trực tràng (28,6%), đại tràng góc gan (19,0%) và đại tràng chậu hông (16,7%). Dạng LST chiếm 52,4%. JNET 2A chiếm 61,9% và JNET 2B chiếm 38,1%. Giải phẫu bệnh ghi nhận u tuyến ống 50,0%, u tuyến ống nhánh 26,2%, u tuyến nhánh 4,8% và carcinoma 19,0%. JNET 2B dự đoán tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm với độ nhạy 80,0%, độ đặc hiệu 85,2%, giá trị tiên đoán dương 75,0%, giá trị tiên đoán âm 88,5% và độ chính xác 83,3%. Thời gian thủ thuật trung bình  $72,98 \pm 38,15$  phút. Tỷ lệ cắt trọn khối đạt 97,6%. Chảy máu trong thủ thuật ghi nhận 9,5%; không có thủng trong thủ thuật. Sau thủ thuật có 1 trường hợp thủng (2,4%), được xử trí thành công bằng phẫu thuật nội soi. **Kết luận:** ESD là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với polyp đại trực tràng lớn, với tỷ lệ cắt trọn cao và biến chứng chấp nhận được. Phân loại JNET có giá trị hỗ trợ dự đoán tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm trước can thiệp, nhưng giải phẫu bệnh sau ESD vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán.

**Từ khóa:** Polyp đại trực tràng lớn, ung thư sớm đại trực tràng, ESD, JNET, nội soi phóng đại.

## ABSTRACT

### ENDOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF LARGE COLORECTAL POLYPS AND EARLY COLORECTAL CANCER USING ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION IN CAN THO CITY, 2024–2026

Nguyen Xuan Huy<sup>1</sup>, Nguyen Hong Phong<sup>1</sup>, Do Duc Tri Nhan<sup>2</sup>,  
La Vinh Phuc<sup>1</sup>, Pham Cong Khanh<sup>3\*</sup>

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Phung Chau International Hospital

3. Tam Anh General Hospital

**Background:** Large colorectal polyps have a high risk of harboring advanced neoplasia and early colorectal cancer. Endoscopic submucosal dissection (ESD) allows en bloc resection of lesions and accurate histopathological assessment. The JNET classification supports the prediction of histopathological characteristics before intervention; however, its clinical applicability in Vietnam has not been fully evaluated. **Objectives:** To describe the endoscopic characteristics, histopathological findings, and treatment outcomes of ESD, and to evaluate the predictive value of the JNET classification for histopathological diagnosis in large colorectal polyps. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 42 large colorectal polyps treated with ESD. **Results:** The mean age was  $60.7 \pm 13.7$  years, and males accounted for 52.4%. The most common lesion location was the rectum (28.6%), followed by the hepatic flexure (19.0%) and sigmoid colon (16.7%). Laterally spreading tumors (LSTs) accounted for 52.4% of lesions. According to the JNET classification, JNET 2A and JNET 2B accounted for 61.9% and 38.1%, respectively. Histopathological examination revealed tubular adenoma in 50.0%, tubulovillous adenoma in 26.2%, villous adenoma in 4.8%, and carcinoma in 19.0%. JNET 2B predicted precancerous lesions and early colorectal cancer with a sensitivity of 80.0%, specificity of 85.2%, positive predictive value of 75.0%, negative predictive value of 88.5%, and accuracy of 83.3%. The mean procedure time was  $72.98 \pm 38.15$  minutes. The en bloc resection rate was 97.6%. Intra-procedural bleeding occurred in 9.5% of cases, with no intra-procedural perforation. Post-procedural perforation occurred in one case (2.4%) and was successfully managed by laparoscopic surgery. **Conclusion:** ESD is an effective and safe treatment for large colorectal polyps, with a high en bloc resection rate and an acceptable complication rate. The JNET classification is useful in supporting the prediction of precancerous lesions and early colorectal cancer before intervention; however, post-ESD histopathological examination remains the gold standard for definitive diagnosis.

**Keywords:** large colorectal polyps, early colorectal cancer, endoscopic submucosal dissection (ESD), JNET classification, magnifying endoscopy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới, với xu hướng gia tăng tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư đại trực tràng ghi nhận khoảng 1,9 triệu ca mắc mới và hơn 900.000 ca tử vong trên toàn cầu [1]. Phần lớn ung thư đại trực tràng phát triển từ polyp tuyến thông qua quá trình tiến triển từ tổn thương tiền ung thư đến ung thư xâm lấn [2]. Do đó, phát hiện và điều trị triệt để các polyp đại trực tràng, đặc biệt là polyp kích thước lớn, có vai trò quan trọng trong dự phòng ung thư và cải thiện tiên lượng người bệnh. Polyp đại trực tràng lớn ( $\geq 20$  mm) có nguy cơ cao chứa tổn thương tân sinh tiến triển hoặc ung thư sớm [3]. Trong những năm gần đây, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic Submucosal Dissection – ESD) đã trở thành phương pháp điều trị ít xâm lấn cho phép cắt trọn tổn thương theo khối (en-bloc), đảm bảo đánh giá chính xác diện cắt và mức độ xâm lấn mô học. So với cắt niêm mạc thông thường (EMR), ESD giúp giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ và tăng khả năng đạt diện cắt âm tính (R0), đặc biệt đối với các tổn thương lớn hoặc nghi ngờ xâm lấn nông [4]. Bên cạnh kỹ thuật can thiệp, việc đánh giá bản chất mô học của tổn thương trước thủ thuật có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Phân loại JNET (Japan NBI Expert Team) dựa trên nội soi phóng đại kết hợp ánh sáng dải hẹp (NBI) được phát triển nhằm dự đoán đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng [6]. Tuy nhiên, giá trị tiên đoán của phân loại JNET trong thực hành lâm sàng, đặc biệt tại Việt Nam, vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Sự khác biệt về kinh nghiệm nội soi, trang thiết bị và đặc điểm dân số có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của hệ thống phân loại này. Tại thành phố Cần Thơ, kỹ thuật ESD đã được triển khai trong điều trị các polyp

đại trực tràng lớn và ung thư sớm, tuy nhiên các dữ liệu về đặc điểm nội soi, kết quả điều trị cũng như mối tương quan giữa phân loại JNET và mô bệnh học sau can thiệp còn hạn chế. Việc đánh giá một cách hệ thống các yếu tố này không chỉ giúp xác định hiệu quả và độ an toàn của ESD trong thực hành lâm sàng tại địa phương, mà còn góp phần làm rõ giá trị tiên đoán của phân loại JNET trong bối cảnh thực tế. Xuất phát từ những vấn đề trên, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm nội soi của polyp đại trực tràng lớn và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp ESD. 2) Xác định giá trị tiên đoán mô bệnh học của phân loại JNET so với kết quả giải phẫu bệnh sau ESD.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa tất cả các tiêu chí sau:

+ Có polyp đại trực tràng kích thước  $\geq 20$  mm và/hoặc tổn thương được phân loại trên nội soi là JNET type 2A/2B.

+ Được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD).

+ Có kết quả mô bệnh học sau cắt.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp sau:

+ Bất thường về đông cầm máu, bao gồm: rối loạn đông máu chưa được kiểm soát, đang sử dụng thuốc kháng đông hoặc kháng kết tập tiểu cầu chưa ngưng theo khuyến cáo, hoặc mắc bệnh nội khoa nặng không đủ điều kiện can thiệp (tim mạch, hô hấp, gan, thận...).

+ Mẫu bệnh phẩm không đảm bảo chất lượng để đánh giá giải phẫu bệnh, không xác định được diện cắt bên hoặc diện cắt sâu).

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên các trường hợp polyp đại trực tràng được điều trị bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) tại Bệnh viện Quốc Tế Phương Châu và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong giai đoạn 2024 – 2026.

- **Cỡ mẫu:** Công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ : hệ số tin cậy ứng với mức tin cậy 95%.

$p = 0,973$ : tỷ lệ cắt trọn khối (en bloc resection) theo nghiên cứu của Chow CW và cộng sự (2023), ghi nhận tỷ lệ en bloc resection là 97,3% [5].

$d = 0,05$ : sai số mong muốn.

Thay số vào công thức trên ta được  $n = 40,36$ . Do đó cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 41 tổn thương.

- **Quy trình thực hiện:** Tất cả bệnh nhân được nội soi đại tràng bằng hệ thống nội soi có chức năng phóng đại và ánh sáng dải hẹp (NBI). Tổn thương được đánh giá hình thái và phân loại theo hệ thống JNET trước can thiệp. Thủ thuật ESD được thực hiện theo quy trình chuẩn: đánh dấu rìa tổn thương, tiêm dung dịch nâng niêm mạc, rạch niêm mạc và cắt tách dưới niêm mạc cho đến khi lấy trọn tổn thương theo khối. Mẫu bệnh phẩm được gửi giải phẫu bệnh để đánh giá bản chất mô học và diện cắt.

- **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 thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.423.HV/PCT-HĐĐĐ. Tất cả người bệnh đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 42 polyp đại trực tràng được điều trị bằng kỹ thuật ESD.

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân và tổn thương

| Đặc điểm                   | Giá trị         | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|-----------------|-----------|
| Tuổi (trung bình $\pm$ SD) | 60,7 $\pm$ 13,7 |           |
| Nam                        | 22              | 52.4      |
| Nữ                         | 20              | 47.6      |
| Kích thước polyp (mm)      | 24,2 $\pm$ 8,1  |           |

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,7  $\pm$  13,7 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (52,4% so với 47,6%). Kích thước polyp trung bình là 24,2  $\pm$  8,1 mm.

#### 3.2. Đặc điểm nội soi và phân loại JNET

Bảng 2. Vị trí polyp trên khung đại tràng được làm ESD

| Vị trí tổn thương   | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---------------------|--------------|---------|
| Manh tràng          | 2            | 4.8     |
| Đại tràng lên       | 5            | 11.9    |
| Đại tràng góc gan   | 8            | 19.0    |
| Đại tràng ngang     | 5            | 11.9    |
| Đại tràng góc lách  | 0            | 0       |
| Đại tràng xuống     | 3            | 7.1     |
| Đại tràng chậu hông | 7            | 16.7    |
| Trực tràng          | 12           | 28.6    |
| Tổng                | 42           | 100.0   |

Nhận xét: Polyp được ESD thường gặp nhất ở trực tràng (28,6%), tiếp theo là đại tràng góc gan (19,0%) và đại tràng chậu hông (16,7%). Ít gặp nhất là manh tràng (4,8%).

Bảng 3. Phân loại JNET trước can thiệp

| Phân loại | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-----------|----------|---------|
| JNET2A    | 26       | 61.9    |
| JNET2B    | 16       | 38.1    |
| Total     | 42       | 100.0   |

Nhận xét: Theo phân loại JNET trước can thiệp, JNET 2A chiếm tỷ lệ cao hơn (61,9%), trong khi JNET 2B chiếm 38,1%.

#### 3.3. Kết quả giải phẫu bệnh và mối liên quan giữa phân loại JNET và giải phẫu bệnh

Bảng 4. Giải phẫu bệnh của bệnh phẩm sau làm ESD

| Độ mô học     | Tần số | Tỷ lệ % |
|---------------|--------|---------|
| Loạn sản thấp | 27     | 64.3    |
| Loạn sản cao  | 7      | 16.7    |
| Ung thư       | 8      | 19.0    |

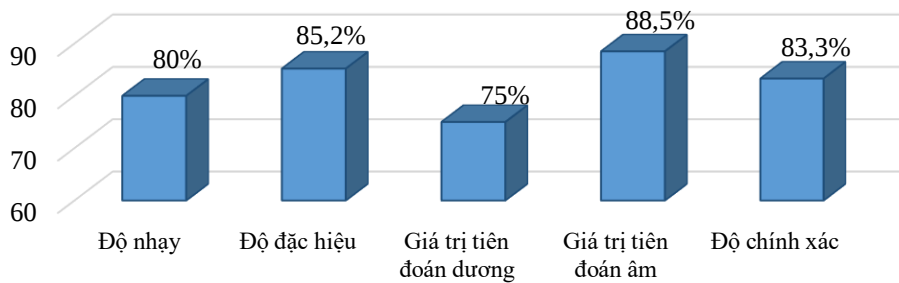
Nhận xét: Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy loạn sản độ thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (64,3%), tiếp theo là ung thư (19,0%) và loạn sản độ cao (16,7%).

Bảng 5. So sánh phân loại JNET với kết quả mô bệnh học

| Phân loại JNET | U tuyến loạn sản thấp | Loạn sản cao/Ung thư sớm (Tis +T1) | Tổng | p      |
|----------------|-----------------------|------------------------------------|------|--------|
| JNET 2A        | 23                    | 3                                  | 26   |        |
| JNET 2B        | 4                     | 12                                 | 16   |        |
| Tổng           | 27                    | 15                                 | 42   | <0,001 |

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương có loạn sản cao hoặc ung thư sớm ở nhóm JNET 2B cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm JNET 2A (75,0% so với 11,5%;  $p < 0,001$ ).

Giá trị chẩn đoán của JNET (%)



Biểu đồ 1. Giá trị chẩn đoán của phân loại JNET trong dự đoán loạn sản cao và ung thư sớm

Nhận xét: Phân loại JNET có giá trị chẩn đoán tốt với độ chính xác 83,3% và mức độ phù hợp tốt với giải phẫu bệnh ( $Kappa = 0,642$ ).

### 3.4. Kết quả điều trị bằng ESD

Bảng 6. Kết quả điều trị bằng ESD

| Chỉ số                                          | Giá trị           | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------------------|-------------------|-----------|
| Thời gian thủ thuật (phút, trung bình $\pm$ SD) | 72,98 $\pm$ 38,15 |           |
| Cắt trọn en-bloc                                | 41                | 97,6      |
| Cắt trọn về mặt mô học (R0)                     | 40                | 95,2      |
| Không đạt R0                                    | 2                 | 4,8       |

Nhận xét: Thời gian thực hiện ESD trung bình là 72,98  $\pm$  38,15 phút. Tỷ lệ cắt trọn khối (en bloc) đạt 97,6%, trong đó tỷ lệ cắt trọn về mặt mô học (R0) đạt 95,2%. Có 2 trường hợp không đạt R0 (4,8%).

Bảng 7. Biến chứng sau điều trị ESD (n = 42)

| Biến chứng | Số trường hợp | Tỷ lệ (%) |
|------------|---------------|-----------|
| Chảy máu   | 4             | 9,5       |
| Thủng      | 1             | 2,4       |

Nhận xét: Biến chứng chảy máu trong lúc can thiệp ESD chiếm 9,5% (4/42), tất cả được xử trí thành công bằng kèm nhiệt và kẹp clip qua nội soi. Có 1 trường hợp (2,4%) ghi nhận biến chứng thủng vào ngày thứ nhất sau làm ESD, được xử trí phẫu thuật cắt đoạn đại tràng qua nội soi. Phần lớn trường hợp không ghi nhận biến chứng (88,1%).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,7  $\pm$  13,7 tuổi, nam giới chiếm 52,4%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh lý polyp và ung thư đại trực tràng. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu tương đồng với nhiều nghiên cứu gần đây về ESD đại trực tràng tại châu Á và châu Âu.

Kích thước polyp trung bình là  $24,2 \pm 8,1$  mm. Đây là nhóm tổn thương có nguy cơ cao chứa loạn sản độ cao hoặc ung thư sớm và là đối tượng phù hợp với chỉ định ESD. Theo Gauci và cộng sự, các polyp không cuống có kích thước từ 20 mm trở lên có tỷ lệ đáng kể chứa ung thư sớm nhưng vẫn có khả năng điều trị triệt để bằng nội soi nếu được đánh giá và lựa chọn thích hợp [3]. Do đó, việc áp dụng ESD cho nhóm tổn thương này vừa có giá trị điều trị vừa có giá trị chẩn đoán mô bệnh học.

#### 4.2. Đặc điểm nội soi và phân loại JNET

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trực tràng là vị trí tổn thương thường gặp nhất (28,6%), tiếp theo là đại tràng góc gan (19,0%) và đại tràng chậu hông (16,7%). Kết quả này tương tự nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy các tổn thương tân sinh tiến triển thường tập trung ở trực tràng và đại tràng trái. Vị trí tổn thương có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn kỹ thuật can thiệp, đánh giá mức độ khó của thủ thuật và nguy cơ biến chứng.

Theo phân loại JNET, nhóm JNET 2A chiếm 61,9% và JNET 2B chiếm 38,1%. Hệ thống phân loại JNET hiện được xem là một trong những công cụ đánh giá nội soi tiên tiến nhất dựa trên hình ảnh NBI phóng đại. Ahmed và Bechara ghi nhận JNET giúp định hướng lựa chọn phương pháp điều trị trước can thiệp, đặc biệt trong việc phân tầng nguy cơ xâm lấn của tổn thương đại trực tràng [7]. Tương tự, Sumimoto và cộng sự cho thấy JNET có khả năng dự đoán xâm lấn dưới niêm mạc với độ chính xác tương đối cao khi được thực hiện bởi các nhà nội soi có kinh nghiệm [8].

#### 4.3. Kết quả giải phẫu bệnh và mối liên quan giữa phân loại JNET và giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh sau ESD ghi nhận loạn sản độ thấp chiếm 64,3%, loạn sản độ cao chiếm 16,7% và ung thư chiếm 19,0%, cho thấy các polyp đại trực tràng kích thước lớn có nguy cơ đáng kể chứa tổn thương tân sinh tiến triển. JNET 2B dự đoán tổn thương ác tính với độ nhạy 80,0%, độ đặc hiệu 85,2%, giá trị tiên đoán dương 75,0%, giá trị tiên đoán âm 88,5% và độ chính xác 83,3%. Lê Quang Nhân và cộng sự cũng ghi nhận hiệu năng của JNET thay đổi theo từng nhóm tổn thương và kinh nghiệm người thực hiện [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân loại JNET và kết quả giải phẫu bệnh sau ESD ( $p < 0,001$ ), với hệ số Kappa = 0,642. Mặc dù phân loại JNET có giá trị trong định hướng chẩn đoán trước can thiệp, kết quả giải phẫu bệnh của bệnh phẩm sau ESD vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định bản chất tổn thương.

#### 4.4. Kết quả điều trị bằng ESD

Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình trong nghiên cứu là  $72,98 \pm 38,15$  phút. Tỷ lệ cắt trọn theo khối (en-bloc) đạt 97,6% và tỷ lệ cắt trọn về mặt mô học (R0) đạt 95,2%. Đây là những kết quả khả quan và tương đồng với các báo cáo quốc tế gần đây.

Theo phân tích gộp của Shahini và cộng sự, ESD có tỷ lệ cắt trọn en-bloc và R0 cao hơn đáng kể so với EMR đối với các tổn thương đại trực tràng lớn hoặc không cuống [4]. Tỷ lệ R0 cao giúp giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và nâng cao giá trị đánh giá mô bệnh học sau điều trị.

Về biến chứng, nghiên cứu ghi nhận 4 trường hợp chảy máu (9,5%) và 1 trường hợp thủng (2,4%). Tất cả các trường hợp đều được xử trí thành công. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Arezzo, trong đó chảy máu và thủng là hai biến chứng thường gặp nhất của ESD đại trực tràng nhưng đa số có thể được kiểm soát hiệu quả nếu được phát hiện sớm [10].

Yamamoto và cộng sự cho rằng kết quả điều trị ESD phụ thuộc đáng kể vào đường cong học tập và kinh nghiệm của trung tâm thực hiện [11]. Ngoài ra, các khuyến cáo cập nhật của ESGE năm 2024 tiếp tục khẳng định ESD là phương pháp điều trị ưu tiên đối với các tổn thương đại trực

tràng lớn nghi ngờ tân sinh tiến triển hoặc ung thư sớm có nguy cơ thấp di căn hạch [12],[13].

## **V. KẾT LUẬN**

Phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với polyp đại trực tràng kích thước lớn, với tỷ lệ cắt trọn en-bloc đạt 97.6% và tỷ lệ diện cắt âm tính (R0) cao (95,2%). Tỷ lệ biến chứng thấp và có thể kiểm soát được qua nội soi. Phân loại JNET có giá trị hỗ trợ tốt trong dự đoán loạn sản cao và ung thư sớm, tuy nhiên vẫn cần kết quả giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán cuối cùng. Việc triển khai ESD trong thực hành lâm sàng tại thành phố Cần Thơ cho thấy tính khả thi và hiệu quả, góp phần nâng cao chất lượng điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm của đại trực tràng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, *et al.* Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024. 74(3), 229-263, doi:10.3322/caac.21834.
  2. Li X, Hu M, Wang Z, Liu M, Chen Y. Prevalence of diverse colorectal polyps and risk factors for colorectal carcinoma in situ and neoplastic polyps. *J Transl Med.* 2024. 22(1), 361, doi:10.1186/s12967-024-05091-5.
  3. Gauci JL, Whitfield A, Medas R, Kerrison C, Mandarino FV, *et al.* Prevalence of Endoscopically Curable Low-Risk Cancer Among Large ( $\geq 20$  mm) Nonpedunculated Polyps in the Right Colon. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025. 23(4), 555-563, doi: 10.1016/j.cgh.2024.07.026.
  4. Shahini E, Passera R, Lo Secco G, Arezzo A. A systematic review and meta-analysis of endoscopic mucosal resection versus endoscopic submucosal dissection for colorectal sessile/non-polypoid lesions. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2022. 31(6), 835-847, doi: 10.1080/13645706.2021.1933459.
  5. Chow CWS, Fung TLD, Chan PT, Kwok KH. Endoscopic submucosal dissection for colorectal polyps: outcome determining factors. *Surg Endosc.* 2023. 37(2), 1293-1302, doi: 10.1007/s00464-022-09672-2.
  6. Kobayashi S, Yamada M, Takamaru H, *et al.* Diagnostic yield of the Japan NBI Expert Team (JNET) classification for endoscopic diagnosis of superficial colorectal neoplasms in a large-scale clinical practice database. *United European Gastroenterol J.* 2019. 7(7), 914-923, doi:10.1177/2050640619845987.
  7. Ahmed N, Bechara R. Endoscopic submucosal dissection and JNET classification for colorectal neoplasia: A North American academic center experience. *DEN Open.* 2024. 4(1), e322, doi: 10.1002/deo2.322.
  8. Sumimoto K, Tanaka S, Shigita K, Kobayashi T, Hirata M, *et al.* Accuracy of the Japan NBI Expert Team classification in predicting submucosal invasion of colorectal tumors. *Endosc Int Open.* 2021. 9(3), E368-E376, doi:10.1055/a-1349-1386.
  9. Lê Quang Nhân, Lê Quang Nghĩa. Nghiên cứu giá trị của phân loại JNET trong tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023. 525(1B), doi: 10.51298/vmj.v525i1B.5037.
  10. Arezzo A, Passera R, Saito Y, Kobayashi N, Takamaru H, *et al.* Complications of colorectal endoscopic submucosal dissection: a systematic review and meta-analysis. *Endoscopy.* 2022. 54(5), 489-503, doi:10.1055/a-1703-3366.
  11. Yamamoto K, Hayashi Y, Tomita Y, Kato M, Yoshii S, *et al.* Learning curve and proficiency in colorectal endoscopic submucosal dissection. *Endoscopy.* 2021. 53(11), 1113-1122, doi: 10.1055/a-1342-4588.
  12. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau JM, Repici A, Bretthauer M, *et al.* Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Update 2024. *Endoscopy.* 2024. 56(6), 563-582.
  13. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, Dumonceau JM, Repici A, *et al.* Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: ESGE Guideline Update 2024. *Endoscopy.* 2024. 56(7), 685-712.
-