

8. **Wong E, Smith M, Stone DB, Palme CE, Smith MC, Riffat F.** Arytenoid vertical height discrepancy in predicting outcomes after unilateral vocal cord medialization. *Laryngoscope*. 2020; 130(2):418-422. doi:10.1002/lary.27900
9. **Chow XH, Johari SF, Rosla L, Wahab AFA, Azman M, Baki MM.** Early Transthyroid Injection Laryngoplasty Under Local Anaesthesia in a Single Tertiary Center of Southeast Asia: Multidimensional Voice Outcomes. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. 2021;59(4): 271-281. doi:10.4274/tao.2021.2021-8-12
10. **Asik MB, Karasimav O, Birkent H, Merati AL, Gerek M, Yildiz Y.** Airway and Respiration Parameters Improve Following Vocal Fold Medialization: A Prospective Study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2015;124(12):972-977. doi: 10.1177/0003489415593558

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI THEO JNET VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC $\geq 2$ CM

Lê Thị Ánh Tuyết<sup>1</sup>, Đồng Đức Hoàng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm nội soi theo JNET và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước  $\geq 2$  cm. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, thiết kế tiến cứu, ngẫu nhiên, thực hiện trên 88 bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước  $\geq 2$  cm, từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. Sử dụng máy nội soi Olympus CV-190 để đánh giá polyp theo phân loại JNET. **Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ 72,7%, cao hơn tỷ lệ nữ giới. Nhóm tuổi  $> 60$  có tỷ lệ cao nhất là 52,3%. Tỷ lệ polyp ở đại tràng sigma là cao nhất với 48,9%. Kích thước trung bình của polyp là  $2,53 \pm 0,78$  cm. Phân loại JNET 1 có tỷ lệ 4,5%, JNET 2A có tỷ lệ 61,4%, JNET 2B có tỷ lệ 21,6%, JNET 3 có tỷ lệ 12,5%. 100% tổn thương JNET 1 là polyp tăng sản, 100% tổn thương JNET 2A là loạn sản độ thấp và cao, 31,6% tổn thương JNET 2B là ung thư, 100% JNET 3 là ung thư biểu mô tuyến ống và ống nhú, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Phân loại JNET có mối liên quan có ý nghĩa với các phân loại mô bệnh học polyp đại trực tràng, độ JNET càng cao thì mức độ tổn thương càng ác tính. **Từ khóa:** Cắt polyp bằng snare lạnh, polyp đại trực tràng

### SUMMARY

#### RELATIONSHIP BETWEEN ENDOSCOPIC FEATURES ACCORDING TO JNET AND HISTOLOGY OF COLECTAL POLYP SIZE $\geq 2$ CM

**Objectives:** Analyze the relationship between endoscopic features according to Japan NBI Expert Team (JNET) and histopathology of colorectal polyps  $\geq 2$  cm in size. **Methods:** This is a cross-sectional study, prospective, randomized design, performed on 88 patients with colorectal polyps  $\geq 2$  cm in size, from June 2023 to June 2024. Using the machine Olympus CV-190 endoscopy to evaluate polyps according to

JNET classification. **Results:** Men accounted for 72.7%, higher than the rate of women. The age group  $> 60$  had the highest rate of 52.3%. The rate of polyps in the sigmoid colon was the highest at 48.9%. The average size of polyps was  $2.53 \pm 0.78$  cm. JNET 1 classification had a rate of 4.5%, JNET 2A had a rate of 61.4%, JNET 2B had a rate of 21.6%, JNET 3 had a rate of 12.5%. 100% of JNET 1 lesions were hyperplastic polyps, 100% of JNET 2A lesions were low and high grade dysplasia, 31.6% of JNET 2B lesions were cancers, 100% of JNET 3 were tubular and tubulovillous adenocarcinomas, these differences were statistically significant,  $p < 0.05$ . **Conclusion:** JNET classification has a significant relationship with histopathological classification of colorectal polyps; the higher the JNET grade, the more malignant the lesion.

**Keywords:** Japan NBI Expert Team, colorectal polyp, colorectal polyp histopathology

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) là một tổn thương có thể bắt nguồn từ biểu mô hoặc từ các lớp sâu hơn của thành đại trực tràng tăng sinh tạo thành. U tuyến là loại polyp thường gặp nhất ở đại trực tràng. Chúng có liên quan đến chứng loạn sản và tiềm ẩn nguy cơ ác tính, là tổn thương báo trước của hầu hết các bệnh ung thư đại trực tràng. Polyp tăng sản cũng thường xuyên gặp phải, mặc dù chúng ít hoặc không có tiềm năng ác tính. Cắt bỏ các khối u tuyến đại trực tràng có thể làm giảm nguy cơ ung thư đại trực tràng. Nhưng nếu chẩn đoán các polyp không chính xác, có thể dẫn đến phải cắt bỏ nhiều polyp không cần thiết trong thực hành lâm sàng, gây ra những hậu quả tiêu cực tiềm ẩn cho bệnh nhân và chi phí y tế cao hơn [1].

Nội soi đại tràng là phương pháp chẩn đoán chính đối với polyp đại trực tràng. Để đánh giá độ ác tính, thường phải sinh thiết hoặc cắt polyp rồi làm xét nghiệm mô bệnh học. Tuy nhiên, sinh thiết được thực hiện trong quá trình nội soi có thể gây ra các tắc dụng cụ và tăng chi phí khám bệnh [2]. Vì vậy, các phương pháp nội soi

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Ánh Tuyết

Email: Leantuyet108@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

cải tiến để đánh giá polyp đã được áp dụng. Phân loại nội soi đại trực tràng quốc tế bằng hình ảnh dải tần hẹp dự đoán polyp tân sinh dựa trên màu sắc, mạch máu và hình ảnh bề mặt được đánh giá thông qua công cụ hình ảnh dải tần hẹp (NBI) trong quá trình nội soi. Hiện nay với sự tiến bộ của công nghệ, máy nội soi có chức năng phóng đại hoặc đổi màu, cho phép chẩn đoán polyp theo các phân loại mới như JNET, KUDO để dự đoán dạng mô học polyp và giúp bác sĩ nội soi đưa ra phương pháp điều trị cho phù hợp [3]. Các tổn thương tương đối lớn nhưng nông có thể được điều trị thành công bằng các phương pháp như bóc tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD), cắt bỏ niêm mạc qua nội soi (EMR) [4].

Tại Việt Nam, hệ thống nội soi phóng đại được triển khai khá rộng rãi, nhưng phân loại JNET chưa được sử dụng thành thạo, bên cạnh đó các nghiên cứu về kết quả mô bệnh học polyp đại trực tràng theo phân loại JNET chưa được công bố nhiều. Để có thêm bằng chứng cho giá trị tiên đoán mô bệnh học của phân loại JNET, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm nội soi theo JNET và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước  $\geq 2$  cm.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được phát hiện polyp đại trực tràng  $\geq 2$  cm qua nội soi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, rối loạn đông máu, tiểu cầu  $< 100$  G/l, PT  $< 50\%$ , bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện trung ương quân đội 108, Hà Nội.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang. Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu.

### 2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu thuận tiện. Cách chọn mẫu: chọn ngẫu nhiên tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

### 2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

\* Mỗi bệnh nhân có một bệnh án theo mẫu bệnh án chung thống nhất.

\* Bệnh nhân được bác sĩ Tiêu hóa khám lâm sàng, làm xét nghiệm máu cơ bản.

\* Sau đó được nội soi đại tràng (ĐT), khi

phát hiện polyp sẽ cắt và lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học (MBH).

\* Nội soi đại trực tràng:

- Bệnh nhân được giải thích, làm sạch đại tràng bằng Fortrans trước soi.

- Soi đại tràng bằng máy Olympus, trong quá trình soi các polyp được mô tả, chụp ảnh, cắt bằng dụng cụ phù hợp. Đánh giá polyp theo phân loại JNET. Lấy mẫu sinh thiết khi đã thực hiện xong qui trình cắt polyp, dùng rọ hoặc kim lấy dị vật gắp polyp ra cho vào lọ formol 10% để làm xét nghiệm mô bệnh học.

\* Mô bệnh học:

- Các mẫu polyp ĐTT được xử lý bằng máy xử lý mô tự động STP 120, rồi đúc bằng máy EC 350-2, sau đó gắn lên máy Microtome Cool Cut để cắt thành những lớp mỏng khoảng 3µm, được nhuộm Hematoxylin-Eosin (HE) và Periodic Acid Schiff (PAS) bằng máy nhuộm tiêu bản tự động HMS 70, đọc kết quả trên kính hiển vi quang học Axioscope 40.

### 2.6. Chỉ tiêu nghiên cứu

\* Chỉ tiêu chung: Tuổi, giới.

\* Chỉ tiêu nội soi đại tràng:

- Vị trí polyp: Trực tràng, ĐT Sigma, ĐT xuống, ĐT góc lách, ĐT ngang, ĐT góc gan, ĐT lên, manh tràng.

- Hình dạng polyp, phân loại theo Paris 2002 [5]:

+ Ip (Có cuống), Isp (nửa cuống), Is (không cuống).

+ IIa (lồi phẳng đều), IIa+dep (lồi phẳng đều lõm giữa), IIb (đẹt phẳng), IIa+c (lồi phẳng đều lõm giữa nhiều), IIc (lõm).

+ III (lõm, loét).

- Kích thước:  $\geq 2$  cm.

- Phân loại JNET [6]:

+ Type 1: Mạch máu bình thường.

+ Type 2A: Mạch máu hình xoắn ốc/lưới.

+ Type 2B: Mạch máu kích thước biến đổi, phân bố bất thường.

+ Type 3: Mạch máu thưa thớt, gián đoạn.

- Tổn thương khác kèm theo: viêm, loét, xuất huyết.

\* Chỉ tiêu mô bệnh học polyp đại trực tràng [7]:

- U biểu mô:

+ Polyp tăng sản, polyp mô thừa (Peutz-Jeghers), polyp thiếu nhi.

+ U biểu mô tuyến lành tính: Dạng tuyến ống, dạng tuyến nhú, dạng tuyến ống-nhú, dạng tuyến răng cưa.

+ Tân sản nội biểu mô tuyến (loạn sản):

Loạn sản độ thấp (Biểu mô tuyến của polyp quá sản vài ba hàng tế bào với nhân tăng sắc và không đều nhẹ, ít nhân chia), loạn sản độ cao (Khi các tế bào tuyến của polyp không biệt hóa

hoàn toàn và chiếm toàn bộ polyp hoặc polyp u tuyến nhung mao).

- Ung thư biểu mô: Ung thư biểu mô tuyến (ống/nhú), ung thư biểu mô tuyến nhầy, ung thư biểu mô tế bào nhẵn, ung thư biểu mô tế bào nhỏ, ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tuyến-vảy, ung thư biểu mô tủy, ung thư biểu mô không biệt hóa.

**2.7. Xử lý số liệu.** Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1: Phân bố đối tượng theo tuổi, giới**

Đặc điểm		N (88)	%
Giới	Nam	64	72,7
	Nữ	24	27,3
Nhóm tuổi	< 40	4	4,5
	41-60	38	43,2
	> 60	46	52,3

**Nhận xét:** Nam giới chiếm tỷ lệ 72,7%, cao hơn tỷ lệ nữ giới. Nhóm tuổi > 60 có tỷ lệ cao nhất là 52,3%.

**Bảng 2: Vị trí, kích thước của polyp**

Đặc điểm		N (88)	%
Vị trí	Đại tràng lên	3	3,4
	Đại tràng góc gan	1	1,1
	Đại tràng ngang	12	13,6
	Đại tràng xuống	9	10,2
	Đại tràng sigma	43	48,9
	Trực tràng	20	22,7
Kích thước trung bình (cm, min-max)		2,53 ± 0,78 (2-5)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ polyp ở đại tràng sigma là cao nhất với 48,9%. Kích thước trung bình của polyp là 2,53 ± 0,78.

**Bảng 3: Phân loại polyp theo JNET**

Đặc điểm	N (88)	%
Type 1	4	4,5
Type 2A	54	61,4
Type 2B	19	21,6
Type 3	11	12,5

**Nhận xét:** Polyp thuộc type 2A theo JNET chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,4%.

**Bảng 4: Liên quan giữa phân loại JNET và phân loại MBH polyp**

Phân độ JNET	JNET 1	JNET 2A	JNET 2B	JNET 3	P
Phân loại MBH					
Polyp tăng sản	4 100%	0	0	0	< 0,05
U tuyến ống	0	32 59,3%	8 42,1%	0	
U tuyến ống nhú	0	20 37%	4 21,1%	0	
U tuyến nhú	0	0	1	0	

			5,3%	
U tuyến răng cửa	0	2 3,7%	0	0
K BM tuyến ống	0	0	3 15,8%	7 63,6%
K BM tuyến ống nhú	0	0	3 15,8%	4 36,4%
Tổng	4 100%	54 100%	19 100%	11 100%

**Nhận xét:** Toàn bộ 11 polyp JNET 3 có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến. Có 6 polyp JNET 2B có kết quả là ung thư biểu mô tuyến. Toàn bộ 4 polyp JNET 1 là polyp tăng sản. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

**Bảng 5: Liên quan giữa phân loại JNET và mức độ loạn sản của polyp**

Phân độ JNET	JNET 1	JNET 2A	JNET 2B	JNET 3	P
Phân loại MBH					
Không loạn sản	4 100%	0	0	0	< 0,05
Loạn sản thấp	0	28 51,9%	9 47,4%	0	
Loạn sản cao	0	26 48,1%	4 21,1%	0	
Ung thư	0	0	6 31,6%	11 100%	
Tổng	4 100%	54 100%	19 100%	11 100%	

**Nhận xét:** 100% polyp JNET 1 ở mức không loạn sản. 31,6% polyp JNET 2B là ung thư. 100% polyp JNET 3 là ung thư. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

**Bảng 6: Liên quan giữa phân loại JNET và dạng polyp ung thư**

Phân độ JNET	JNET 1	JNET 2A	JNET 2B	JNET 3	P
Phân loại MBH					
Không ung thư	4 100%	54 100%	13 68,4%	0	< 0,05
Ung thư biểu mô tuyến ống	0	0	3 15,8%	7 63,6%	
Ung thư biểu mô tuyến ống nhú	0	0	3 15,8%	4 36,4%	
Tổng	4 100%	54 100%	19 100%	11 100%	

**Nhận xét:** 63,6% polyp JNET 3 là dạng ung thư biểu mô tuyến ống, 36,4% polyp JNET 3 là dạng ung thư biểu mô tuyến ống nhú. Polyp JNET 1 và 2A không phải ung thư. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

### IV. BÀN LUẬN

Những năm gần đây mô tả đặc điểm của polyp đại trực tràng theo phân loại JNET ngày càng phổ biến trên thế giới. Chẩn đoán polyp đại

tràng bằng cách sử dụng phân loại JNET có thể làm giảm việc cắt bỏ không cần thiết trong quá trình nội soi phóng đại. Nghiên cứu của Sugimoto, S. (2020) cho thấy số lượng u tuyến được cắt bỏ qua nội soi ở nhóm phân loại theo JNET (1,7) cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (1,2;  $p < 0,01$ ), trong số các tổn thương được cắt bỏ, 8,9% ở nhóm JNET và 17% ở nhóm đối chứng là các tổn thương không phải ung thư không cần cắt bỏ ( $p < 0,01$ ) [4].

Nghiên cứu của chúng tôi là một vấn đề khá mới tại Việt Nam, thu thập được 88 polyp đại trực tràng có cuống, kích thước  $\geq 2$  cm. Kết quả ghi nhận tổn thương này gặp chủ yếu ở nam giới (72,7%), độ tuổi  $> 60$  (52,3%), tỷ lệ polyp ở đại tràng sigma là cao nhất với 48,9%, kích thước trung bình của polyp là  $2,53 \pm 0,78$  cm. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Hamada, Y. (2021), có tỷ lệ nam là 71,2%, tuổi trung vị là 69 [3].

Phân loại JNET dựa vào hình ảnh mạch máu và bề mặt của polyp, có ý nghĩa tiên đoán đặc điểm mô bệnh học của tổn thương. Trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán các tổn thương ác tính sớm yêu cầu độ nhạy cao, bên cạnh đó để xử trí đúng cần độ đặc hiệu cao khi sử dụng các công cụ chẩn đoán. Kết quả nghiên cứu có 4,5% là tổn thương JNET 1, đối sánh với kết quả mô bệnh học thì 100% là polyp tăng sản. Nghiên cứu của Hamada, Y. (2021), thấy 94,8% theo phân loại JNET 1 là polyp tăng sản [3]. Nghiên cứu của Buitrago-Tamayo, A. C. (2024), chỉ ra phân loại polyp theo JNET và mô bệnh học đã chứng minh sự phù hợp ở mức độ vừa phải ( $\kappa$  trọng số bậc hai 0,36,  $\kappa$  trọng số tuyến tính 0,43). Trong số các polyp được phân loại là JNET 1, 49,2% tương ứng chính xác với polyp tăng sản và 50% là u tuyến [2]. Theo công bố của Ahire, Dipak Sudam (2020), về mô bệnh học, phần lớn 51 (59,3%) được phát hiện là u tuyến với tân sinh trong niêm mạc mức độ thấp. Khi đối chiếu kết quả của tác giả với JNET loại 1 và polyp tăng sản, độ nhạy là 90%, độ đặc hiệu là 97%, giá trị tiên đoán âm tính là 97%, giá trị tiên đoán dương tính là 90% và độ chính xác chẩn đoán là 96% [8].

Phân độ theo JNET 2 có độ nhạy cao hơn trong chẩn đoán các tổn thương tân sinh, chúng tôi ghi nhận được 61,4% tổn thương thuộc JNET 2A, 21,6% thuộc JNET 2B. Đối với chẩn đoán các tổn thương loạn sản độ thấp, JNET 2A có độ nhạy cao nhất nhưng độ đặc hiệu là khá thấp, kết quả cho thấy có 51,9% polyp thuộc JNET 2A là loạn sản độ thấp. Phân độ JNET 2B gợi ý các tổn thương tân sinh trong niêm mạc mức độ cao hoặc các ung thư xâm lấn dưới niêm nông, một

số trường hợp có thể là tổn thương ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc, kết quả có 21,1% là loạn sản độ cao, 31,6% là ung thư, tuy nhiên cũng có 47,4% là loạn sản thấp. Kết quả nghiên cứu của Hamada, Y. (2021) hơi khác khi ghi nhận các trường hợp JNET 2 có 87,8% là loạn sản độ thấp, 9,7% là loạn sản độ cao, chỉ có 1,2% là ung thư xâm lấn nông và sâu [3]. JNET 2B là nhóm có độ nhạy thấp và độ đặc hiệu thấp trong chẩn đoán tổn thương loạn sản độ thấp, độ cao và ung thư do tiêu chí chẩn đoán là kích thước mạch máu biến đổi, phân bố mạch máu bất thường và hình ảnh bề mặt bất thường, khá khó để sử dụng với các bác sĩ nội soi không có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực này. Với các tổn thương dạng này, cần kết hợp nội soi phóng đại với nhuộm màu crystal violet sẽ quan sát rõ hơn cấu trúc hốc tuyến giúp chẩn đoán chính xác hơn các tổn thương xâm lấn sâu.

Polyp theo phân độ JNET 3 có hình ảnh các vùng mạch máu thưa thớt, có sự gián đoạn mạch máu, trên bề mặt có các vùng vô định hình thường được dự đoán là tổn thương ung thư xâm lấn dưới niêm sâu. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 11/88 polyp theo JNET 3 là ung thư, trong đó 63,6% polyp JNET 3 là dạng ung thư biểu mô tuyến ống, 36,4% polyp JNET 3 là dạng ung thư biểu mô tuyến ống nhú,  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Buitrago-Tamayo, A. C. (2024), chỉ ra JNET 3 phát hiện ung thư xâm lấn sâu với độ nhạy 90% và độ đặc hiệu 99%. Các nghiên cứu của Nhật Bản được đề cập trước đây đã chứng minh độ đặc hiệu là 99,6% đối với JNET 3 và ung thư xâm lấn sâu. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác đã chứng minh độ đặc hiệu thấp hơn (81,5%) và khác nhau ngay cả giữa các chuyên gia (52,2%–96,4%). Do đó, những phát hiện của Buitrago-Tamayo, A. C. cho thấy rằng polyp JNET 3 không phải là đặc điểm bệnh lý của ung thư xâm lấn sâu. Tuy nhiên, việc đánh giá và theo dõi mô bệnh học kịp thời được nhấn mạnh ở polyp JNET 3 [2].

NBI là công cụ hữu ích để loại trừ khả năng ung thư biểu mô dựa trên những thay đổi về đặc điểm niêm mạc polyp đại trực tràng. Do độ nhạy thấp hơn một chút đối với loại JNET 2B nên cần nhiều dữ liệu nghiên cứu hơn. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu suất cao của NBI trong việc chẩn đoán chính xác ung thư đại trực tràng sớm trong nội soi. Nghiên cứu của chúng tôi còn có hạn chế, đó là khi đọc kết quả mô bệnh học, chưa phân loại được các polyp có ung thư xâm lấn nông, ung thư xâm lấn sâu và số lượng bệnh nhân chưa thật nhiều.

## V. KẾT LUẬN

100% tổn thương JNET 1 là polyp tăng sản, 100% tổn thương JNET 2A là loạn sản độ thấp và cao, 31,6% tổn thương JNET 2B là ung thư, 100% JNET 3 là ung thư biểu mô tuyến ống và ống nhú.

Phân loại JNET có mối liên quan có ý nghĩa với các phân loại mô bệnh học polyp đại trực tràng, độ JNET càng cao thì mức độ tổn thương càng ác tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson Ggrj, Helewa R., Moffatt D. C., et al (2023). Colorectal polyp classification and management of complex polyps for surgeon endoscopists, *Can J Surg*, 66(5), pp. E491-E498.
2. Buitrago-Tamayo A. C., Lombo-Moreno C. E., Ursida V., et al (2024). Concordance between nice classification and histopathology in colonic polyps: a tertiary center experience, *Ther Adv Gastrointest Endosc*, 17, pp. 26317745241231102.
3. Hamada Y., Tanaka K., Katsurahara M., et al (2021). Utility of the narrow-band imaging international colorectal endoscopic classification for optical diagnosis of colorectal polyp histology

in clinical practice: a retrospective study, *BMC Gastroenterol*, 21(1), pp. 336.

4. Sugimoto S., Yabana T., Nomura T., et al (2020). Can Non-expert Physicians Use the Japan Narrow-band Imaging Expert Team Classification to Diagnose Colonic Polyps Effectively?, *J Anus Rectum Colon*, 4(3), pp. 100-107.
5. Workshop Participants in the Paris (2003). The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002, *Gastrointest Endosc*, 58(6 Suppl), pp. S3-43.
6. Kobayashi S., Yamada M., Takamaru H., et al (2019). 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*, 7(7), pp. 914-923.
7. Nagtegaal I. D., Odze R. D., Klimstra D., et al (2020). The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system, *Histopathology*, 76(2), pp. 182-188.
8. Ahire Dipak Sudam, Rathi Pravin M, Banka Niranjana, et al (2020). Utility of Japan Narrow Band Imaging Expert Team Classification Using Narrow Band Imaging for Evaluation of Colonic Polyps, *Journal of Digestive Endoscopy*, 11, pp. 138 - 145.

# VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Duyên<sup>1</sup>, Nguyễn Trường Giang<sup>2</sup>, Vũ Thị Kim Hải<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh và phân tích vai trò của siêu âm trong chẩn đoán và phân độ tổn thương thoái hóa khớp gối nguyên phát ở đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu và hồi cứu các bệnh nhân từ 01/01/2022 đến 30/08/2024 được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thấp khớp học Mỹ (ACR) -1991 và được chụp X-quang, siêu âm và chụp cộng hưởng từ khớp gối tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là  $71,18 \pm 1,59$  tuổi. Độ phù hợp mức độ trung bình giữa lâm sàng và siêu âm trong chẩn đoán tràn dịch khớp gối và kén khoeo với chỉ số Kappa lần lượt là 0,375 ( $p < 0,05$ ) và 0,398 ( $p < 0,05$ ). Siêu âm phát hiện tỷ lệ gai xương, dày màng hoạt dịch và tổn

thương sụn tăng dần theo giai đoạn tổn thương x-quang ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ). Có sự phù hợp cao giữa siêu âm và cộng hưởng từ trong chẩn đoán gai xương ( $Kappa = 0,643$ ;  $p < 0,05$ ), tổn thương sụn ( $Kappa = 0,931$ ;  $p < 0,001$ ), tràn dịch ( $Kappa = 0,643$ ;  $p < 0,05$ ), kén khoeo ( $Kappa = 0,844$ ;  $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Siêu âm có khả năng phát hiện những tổn thương thoái hóa khớp gối tốt hơn so với X-quang và lâm sàng, tuy nhiên không đánh giá được một số tổn thương chỉ phát hiện trên cộng hưởng từ.

**Từ khóa:** Thoái hóa khớp gối nguyên phát, siêu âm khớp gối.

## SUMMARY

### THE ROLE OF ULTRASOUND IN DIAGNOSING PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** Describe the imaging characteristics and analyze the role of ultrasound in the diagnosis and grading of primary knee osteoarthritis in research subjects at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects and Research Methods:** This is a descriptive, prospective, and retrospective study of patients from January 1, 2022, to August 30, 2024, diagnosed with primary knee osteoarthritis according to the American College of Rheumatology (ACR) 1991 criteria. All patients underwent complete X-ray, ultrasound, and MRI scans of the knee joint at the Center for

<sup>1</sup>Trường Đại học Y dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Duyên

Email: duyennguyen97pt@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024