

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ THỰC QUẢN

Research on imaging characteristic of endoscopic ultrasound in esophageal cancer

Lê Đặng Thành Công, Hoàng Đình Anh

SUMMARY

Purpose: The aim of study was described the imaging characteristics of endoscopic ultrasound in esophageal cancer.

Methods and materials: A cross-sectional descriptive study on 40 patients with esophageal cancer were assigned to endoscopic ultrasound.

Results: All study subjects were male with mean age 58.33 ± 7.24 . 97.5% of SCC; 2.5% were high-grade dysplasia, none of the patients had adenocarcinoma. Moderately differentiated dominate 55%, 25% highly differentiated and 20% poorly differentiated. Location of lesions on endoscopy is common in the middle and lower thirds of the esophagus. 85% of esophageal cancer lesions are hypoechoic, 7.5% hyperechoic, and 7.5% mixed. Of which, 70% are heterogeneous, the remaining are homogenous. The lesion size is less than half the circumference accounting for 62.5% and larger than half the circumference accounting for 32.5%. TNM classification on endoscopic ultrasound according to AJCC 8th stage T: Tis (7.5%), T1a (45%), T1b (30), T2 (10%), T3(7.5%). Stage N: N0 (70%), N1 (27.5%), N2 (2.5%). TNM stage: Stage 0 (5%), IA (15%), IB (47.5%), IIB (25%), IIIA (5%), IIIB (2.5%).

Conclusion: Endoscopic ultrasound plays an important role in diagnosis and staging in patients with esophageal cancer

Key words: *endoscopic ultrasound, esophageal cancer, squamous cell carcinoma (SCC), adenocarcinoma.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là một trong những bệnh lý ác tính có tỷ lệ tử vong cao nhất thế giới. Theo GLOBOCAN năm 2020, ung thư thực quản đứng thứ bảy về tỷ lệ mắc (604.000 ca mới) và thứ sáu về tỷ lệ tử vong (544.000 ca tử vong) [1].

Chẩn đoán ung thư thực quản trước đây người ta thường dựa vào nội soi dạ dày thực quản bằng ống soi mềm đánh giá tại chỗ, cắt lớp vi tính, PET/CT để đánh giá xâm lấn, di căn xa. Tuy nhiên, các phương pháp trên đều có những hạn chế là không quan sát thực sự rõ các lớp của thành thực quản vì vậy cần có phương pháp chẩn đoán hình ảnh mới ra đời, nhằm cải thiện tỷ lệ phát hiện UTTQ ở giai đoạn sớm cũng như đánh giá chính xác hơn giai đoạn của UTTQ. Đó chính là siêu âm nội soi

Siêu âm nội soi là sự kết hợp tuyệt vời giữa đầu dò siêu âm tần số cao được đưa vào lòng ống tiêu hóa thông qua một hệ thống nội soi ống mềm. Do đặc tính quan sát được chi tiết, rõ ràng các lớp của thành thực quản và đánh giá các cơ quan xung quanh, siêu âm nội soi giúp chẩn đoán sớm và chính xác bệnh ung thư thực quản và giai đoạn bệnh, tiên lượng bệnh cũng như giúp xác định phác đồ điều trị phù hợp cho bệnh nhân ung thư thực quản. Độ chính xác của SANS trong chẩn đoán UTTQ là 87,5% cao hơn so với 43,8% của CT [2]. Trong chẩn đoán giai đoạn là 72 - 76%, chẩn đoán đúng tình trạng hạch 66 - 89% [3]. Khi kết hợp với chọc hút kim nhỏ tỷ lệ này còn tăng lên 90%. Không chỉ ưu việt trên lĩnh vực chẩn đoán, SANS còn là phương pháp điều trị can thiệp ít xâm lấn, đem lại hiệu quả cao và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân mắc ung thư thực quản.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh vai trò, giá trị của SANS trong chẩn đoán UTTQ và đều nhận định rằng SANS là phương pháp có ý nghĩa rất lớn. Tuy nhiên ở Việt Nam kỹ thuật này chưa thực sự phổ biến và cũng chưa có nhiều nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này. Nên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư thực quản" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư thực quản.



Hình 1. Hình ảnh siêu âm nội soi

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 40 bệnh nhân ung thư thực quản được chỉ định siêu âm nội soi tại Khoa Nội Soi, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 09/2020 đến tháng 08/2022.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản dựa trên kết quả mô bệnh học, có siêu âm nội soi tại Khoa Nội Soi, Bệnh viện K - Cơ sở Tân Triều.

Hồ sơ của những bệnh nhân trên phải đầy đủ và lưu trữ tại phòng hồ sơ của bệnh viện K.

Bệnh nhân không phân biệt tuổi giới và nghề nghiệp.

* Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Các bệnh nhân nghi ngờ ung thư thực quản trên nội soi nhưng kết quả mô bệnh học âm tính.

Bệnh nhân dị ứng với thuốc tiền mê.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

* *Các bước tiến hành:*

+ Thu thập thông tin hành chính của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo bệnh án mẫu.

+ Các bệnh nhân ung thư thực quản được chẩn đoán bằng sinh thiết hoặc phẫu thuật làm mô bệnh học, có tiến hành siêu âm nội soi theo quy trình của Bộ y tế.

+ Các tiêu chuẩn đánh giá trên siêu âm nội soi:

- Vị trí tổn thương: trên, giữa, dưới. Trên: bắt đầu từ miệng thực quản tới bờ trên quai động mạch chủ. Giữa: tiếp theo tới bờ dưới tĩnh mạch phổi. Dưới: tiếp theo tới tâm vị.

- Kích thước khối: là biến định lượng, được đo bằng SANS đánh giá theo chu vi thực quản (< 1/2 chu vi, > 1/2 chu vi).

- Đặc điểm hồi âm: giảm âm, hỗn hợp và tăng âm.

- Cấu trúc âm: đồng nhất và không đồng nhất.

- Đánh giá giai đoạn khối u và hạch di căn theo hệ thống phân loại TNM AJCC 8th.

*Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý số liệu dựa vào phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

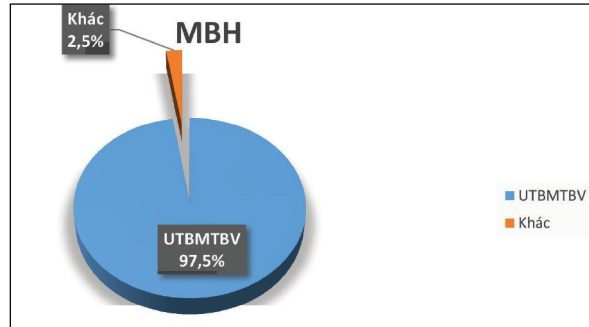
1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
40-50	4	10
51-60	20	50
61-70	15	37,5
>70	1	2,5
Tổng	40	100
Tổng trung bình	58,33 ± 7,24	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,33 ± 7,24 tuổi. Lớn nhất là 76 tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 41 tuổi.

* **Giới:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phân bố bệnh theo giới là không đều nhau với tỷ lệ 100% là nam giới.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo mô bệnh học

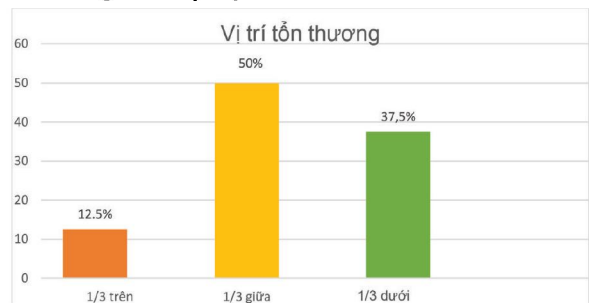
Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy 39/40 trường hợp là ung thư biểu mô vảy chiếm 97,5%, 1/40 trường hợp là loạn sản độ cao chiếm 2,5% và không có bệnh nhân nào là ung thư biểu mô tuyến.

Bảng 2. Phân bố mức độ biệt hóa tế bào

Mức độ biệt hóa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biệt hóa tốt	10	25
Biệt hóa vừa	22	55
Biệt hóa kém	8	20
Tổng	40	100

Hầu hết các bệnh nhân ung thư thực quản có độ biệt hóa vừa với 55%. Mức độ biệt hóa tốt cao có tỷ lệ cao hơn mức độ biệt hóa kém.

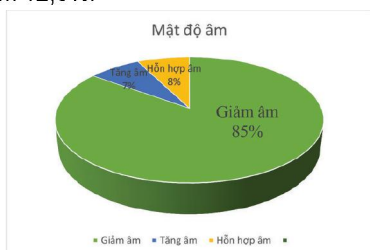
2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư thực quản



Biểu đồ 2. Vị trí phân bố ung thư thực quản

Vị trí ung thư thực quản hay gặp nhất là 1/3 giữa 50% và 1/3 dưới 37,5%

Khoảng 5/40 ca ung thư thực quản nằm ở đoạn 1/3 trên chiếm 12,5%.



Biểu đồ 3. Đặc điểm hồi âm của tổn thương

Tổn thương ung thư thực quản gặp chủ yếu trên SANS là giảm âm khoảng 85%.

6/40 tổn thương là hỗn hợp âm và tăng âm.

Bảng 3. Cấu trúc âm của tổn thương

Cấu trúc âm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đồng nhất	12	30
Không đồng nhất	28	70
Tổng	40	100

Đa số tổn thương ung thư là không đồng nhất chiếm 70%. 30% là đồng nhất.

Bảng 4. Kích thước khối u

Kích thước khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<1/2 chu vi	27	67,50
>1/2 chu vi	13	32,50
Tổng	40	100

Các tổn thương trong nghiên cứu chủ yếu có kích thước < ½ chu vi với 67,5%.

Bảng 5. Đánh giá giai đoạn T của khối u trên SANS

T	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tis	3	7,50
T1a	18	45
T1b	12	30
T2	4	10
T3	3	7,5
Tổng	40	100

Giai đoạn T1a là 45% và T1b là 30%. Tỷ lệ giai đoạn T2 là 10%. T3 và Tis chiếm tỷ lệ ngang nhau 7,5%. Không có trường hợp nào thuộc giai đoạn T4.

Bảng 6. Đánh giá giai đoạn N trên siêu âm nội soi ở bệnh nhân UTTQ

N	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
N0	28	70
N1	11	27,5
N2	1	2,5
N3	0	0
Tổng	40	100

70% bệnh nhân UTTQ trong nghiên cứu thuộc giai đoạn chưa có hạch lympho. 30% bệnh nhân có hạch. Phân loại theo AJCC8 theo số lượng hạch, giai đoạn N1 chiếm tỉ lệ cao nhất với 11/12 trường hợp.

Bảng 7. Đánh giá giai đoạn trên siêu âm nội soi theo AJCC8

Giai đoạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn 0	2	5
Giai đoạn IA	6	15
Giai đoạn IB	19	47,5
Giai đoạn IIA	0	0
Giai đoạn IIB	10	25
Giai đoạn IIIA	2	5
Giai đoạn IIIB	1	2,5
Giai đoạn IIIC	0	0
Tổng	40	100

Đánh giá giai đoạn TNM theo AJCC8, giai đoạn IB chiếm tỷ lệ cao nhất 47,5%

Sau đó là giai đoạn IIB với 25%. Không bệnh nhân nào thuộc giai đoạn IV.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

* **Tuổi:** Theo nhiều nghiên cứu, tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ mắc bệnh ung thư thực quản. Kết

qua nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng độ tuổi trung bình của bệnh nhân UTTQ là $58,33 \pm 7,24$, trong đó nhóm tuổi 51-60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 50 %. Tuy nhiên lại thấp hơn một vài các nghiên cứu của tác giả nước ngoài như tác giả Ananya Das, trung bình người mắc UTTQ là 73 tuổi, dao động từ 69- 78 tuổi [4].

* **Giới:** Tất cả đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều là nam giới. Kết quả này tương đồng với xu hướng chung của thể giới và trong nước, tỷ lệ mắc và tử vong của UTTQ ở nam giới cao hơn nữ giới. Dustin J. Uhlenhopp¹ cập nhật về dịch tễ học của UTTQ năm 2020, nhận thấy nam giới có nguy cơ mắc UTTQ gấp 2- 8 lần so với nữ giới. Điều này lại ngược lại ở có một số lãnh thổ như Tây/Trung Phi, Bán đảo Ả Rập, nơi phụ nữ UTTQ phổ biến hơn nam giới. Sự khác biệt lớn nhất là ở Yemen, nữ mắc bệnh >nam ~ 1,8 lần [5].

* **Đặc điểm giải phẫu bệnh:** Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy 39/40 trường hợp là ung thư biểu mô vảy chiếm 97,5%, 1/40 trường hợp là loạn sản độ cao chiếm 2,5% và không có bệnh nhân nào là ung thư biểu mô tuyến. Hầu hết các bệnh nhân ung thư thực quản có độ biệt hóa vừa với 55%. Mức độ biệt hóa tốt cao có tỷ lệ cao hơn mức độ biệt hóa kém.

2. Đặc điểm siêu âm nội soi ở bệnh nhân UTTQ

* **Vị trí khối u:** SANS dựa trên khoảng cách từ cung răng trên đến vị trí khối u, nên nó xác định một cách chính xác vị trí khối u. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy vị trí ung thư thực quản hay gặp nhất là 1/3 giữa 50% và 1/3 dưới 37,5%. Khoảng 5/40 ca ung thư thực quản nằm ở đoạn 1/3 trên chiếm 12,5%. Trái ngược với kết quả của nhiều tác giả, khi càng xuống thấp thì tần xuất mắc ung thư thực quản càng cao. Carri L trong nhóm nghiên cứu các tổn thương chỉ nằm ở thực quản 1/3 giữa 8% và thực quản 1/3 dưới chiếm 92% [6].

* Đặc điểm siêu âm nội soi của tổn thương ung thư

Khi phân tích hình ảnh siêu âm nội soi ở 40 ung thư thực quản đã được xác định bằng mô bệnh học, chúng tôi nhận thấy hầu hết các tổn thương ung thư thực quản là giảm âm (85%), không đồng nhất (70%). Đây cũng là đặc trưng thấy được trong nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước.

Tuy nhiên cũng có một vài sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân Hương, 82,4% tổn thương ung thư là giảm âm và đồng nhất [7]. Theo nhóm tác giả Thomas W. Rice, tổn thương đồng nhất, không cản âm, đồng âm hoặc tăng âm thì thường là lành tính. Hồi âm không đồng nhất cũng có thể gặp ở các tổn thương lành tính, nhưng thường gặp ở các tổn thương ác tính hơn đặc biệt những trường hợp khối u đường kính 3-4cm [8].

Kích thước khối u trên siêu nội soi < ½ chu vi là 67,5 %, > ½ chu vi là 32, 5%. Theo nhiều nghiên cứu thống kê kích thước khối u có mối liên quan với mức độ xâm lấn và giai đoạn của bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các tổn thương được xếp vào giai đoạn Tis, T1a, T1b, T2, T3, T4 theo AJCC 8 lần lượt lần lượt là 7,5%, 45%, 30%, 10% và 7,5%. Patrick năm 2007 thực hiện đánh giá vai trò của siêu âm nội soi, cắt lớp vi tính, PET-CT trong giai đoạn UTTQ, nhận thấy siêu âm nội soi là phương pháp đánh giá chính xác nhất với độ chính xác của giai đoạn T là từ 75-85%, tỷ lệ tổn thương phân bố theo các giai đoạn T lần lượt là 12,5% T1, 10,7% T2, 76,8% T3 không có tổn thương nào thuộc giai đoạn T4[9]. Do sử dụng dò với tần số cao mà hình ảnh bình thường của các lớp thành thực quản hiện ra rất gần với cấu trúc mô học được quan sát dưới kính hiển vi. Chính bởi vậy mà siêu âm nội soi chẩn đoán khá chính xác vị trí, tính chất xâm lấn của khối u.

Các đặc điểm của hạch trên siêu âm nội soi bao gồm hạch tròn, ranh giới rõ, giảm âm và đường kính trực ngắn > 1cm được coi là những dấu hiệu xác định hạch lành tính hay ác tính. Tuy nhiên đặc điểm hạch có đường kính > 10mm làm tăng nguy cơ ác tính nhưng không phải là yếu tố cần thiết tuyệt đối [9]. Kết quả của chúng tôi cho thấy hầu hết các hạch thấy được trên siêu âm nội soi là giảm âm đồng nhất, ranh giới tương đối rõ, có 70% N0, 27,5% N1, 2,5% N2 không có trường hợp nào thuộc N3. Theo Rice và cộng sự, khi có đủ 4 đặc điểm của hạch ác tính trên thì khả năng dự đoán hạch di căn của siêu âm nội soi lên tới 100% đặc biệt là những hạch xung quanh thực quản. Siêu âm nội soi có độ chính xác cao hơn CLVT trong chẩn đoán giai đoạn hạch 72-80% so với 48-56%. Tuy nhiên độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm nội

soi trong chẩn đoán giai đoạn hạch nó còn phụ thuộc vào vị trí hạch. SANS xác định hạch tạng, hạch vùng tốt hơn hạch ở trung thất [10].

Đánh giá giai đoạn theo TNM chúng tôi thu được 5% giai đoạn 0, 15% giai đoạn IA, 47,5% IB, 0 IIA, 25% IIB, 5% IIIA, 2,5% IIIB không có bệnh nhân nào thuộc giai đoạn IIIC và IV qua đó có thể thấy được các bệnh nhân chủ yếu được phát hiện ở giai đoạn sớm. Stephen G. Swisher và cộng sự, trên cơ sở mẫu 103 bệnh nhân, có 42% giai đoạn IIA 5% IIB, 50% III, 6% IVA [11]. Việc đánh giá giai đoạn của ung thư thực quản rất quan trọng, nó giúp lựa chọn các phương pháp điều trị. Để cải thiện khả năng sống sót nhiều phương thức điều trị ung thư thực quản được sử dụng như phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và kết hợp các phương pháp nói trên. Đối với UTTQ ở giai đoạn sớm, các nghiên cứu gần đây khảo sát việc cắt bỏ niêm mạc qua nội soi cho thấy tỷ lệ sống sót qua 5 năm là 98% và tỷ lệ tái phát thấp. Mặc dù cơ nhiều phác đồ điều trị và chúng chồng chéo lên nhau cho từng giai đoạn nhưng giai đoạn bệnh rất quan trọng trong việc hướng dẫn điều trị và tiên lượng. Srinivas R Pulri năm 2008, cho thấy tỷ lệ sống sót 5 năm của ung thư thực quản ở Hoa Kỳ: giai đoạn 0 (TisN0M0) là 52%, giai đoạn I (T1N0M0) là 42%, giai đoạn II (T2N0M0 hoặc T3N0M0) hoặc (T1N1M0) hoặc (T2N1M0) là 29%, giai đoạn III (T3N1M0 hoặc T4NxM0) là 15%, và giai đoạn IV (TxNxM1) là 3% [12]. Sự thay đổi rõ rệt khả năng sống được thể hiện qua từng giai đoạn do vậy việc đánh giá giai đoạn là thật sự cần thiết. SANS có nhiều ưu thế trong chẩn đoán giai đoạn T, N nhưng lại

hạn chế trong đánh giá di căn xa so với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như CLVT, PET/CT. Bởi vậy, cần phối hợp nhiều biện pháp trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của UTTQ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân ung thư thực quản chúng tôi rút ra kết luận như sau:

- Tuổi trung bình là $58,33 \pm 7,24$, nam giới là 100%, mô bệnh học tıp tế bào vảy là chủ yếu chiếm 97,5%.
- UTTQ hay gặp ở 1/3 giữa và 1/3 dưới với tỷ lệ là 50% và 37,5%; UTTQ đoạn 1/3 trên chiếm 12,5%.
- Tổn thương trên siêu âm nội soi giảm âm với 85%, 15% là tăng âm và hỗn hợp âm. 70% hồi âm không đồng nhất, 30% đồng nhất.
- Kích thước khối u < 1/2 chu vi chiếm 67,5% cao hơn kích thước > 1/2 chu vi với 32,5%.
- 75% bệnh nhân giai đoạn T1, T2 với 10%, T3 và Tis ngang nhau 7,5%.
- Giai đoạn N0 chiếm 70%, 30% bệnh nhân có hạch, trong đó N1 là 27,5%, N2 là 2,5%.
- Phân chia giai đoạn theo AJCC 8th, giai đoạn I phổ biến nhất với 47,5% T1b và 15% T1a. Sau đó là giai đoạn II với 25%. Giai đoạn III và 0 có tỷ lệ ngang nhau 5% cho từng giai đoạn. Không có bệnh nhân nào thuộc giai đoạn IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3): 209-249.
2. Helmut masmann, Klaus scholotmann (2001). Role of Endoscopy in the Staging of Esophageal and Gastric Cancer. *Seminars in Surgical Oncology*, 20: 78-81.
3. Stephanie G. Worrell, Daniel S. Oh, Christina L. Greene, et al. (2014). Endoscopic Ultrasound Staging of Stenotic Esophageal Cancers May Be Unnecessary to Determine the Need for Neoadjuvant Therapy. *J Gastrointest Surg*, 18(2): 318-320.
4. Ananya Das 1, Amitabh Chak, Michael V Sivak, et al. (2006). Endoscopic ultrasonography and prognosis of esophageal cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 4(6): 695-700.

5. Dustin J. Uhlenhopp, Eric Omar Then², Tagore Sunkara³, et al. (2020). Epidemiology of esophageal cancer: update in global trends, etiology and risk factors. *Clinical Journal of Gastroenterology*, 13(6): 1010-1021.
6. Carrie Luu, Marisa Amaral, Jason Klapman, et al. (2017). Endoscopic ultrasound staging for early esophageal cancer: Are we denying patients neoadjuvant chemo-radiation? *World J Gastroenterol*, 23(46): 8193-8199.
7. Nguyễn Thị Xuân Hương (1999). Nghiên cứu hình ảnh siêu âm nội soi trong chẩn đoán ung thư thực quản. *Luận án thạc sỹ y khoa*.
8. Thomas W. Rice (2003). Benign Esophageal Tumors: Esophagoscopy and Endoscopic Esophageal Ultrasound. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*, 15(1): 20-6.
9. Patrick R. Pfau, Scott B. Perlman, Peter Stanko, et al. (2007). The role and clinical value of EUS in a multimodality esophageal carcinoma staging program with CT and positron emission tomography. *Gastrointest Endosc*, 65(3): 377-384.
10. Kim T. J, Kim H. Y, Lee K. W, et al. (2009). Multimodality assessment of esophageal cancer: preoperative staging and monitoring of response to therapy", . *Radiographics*, 29(2): 403-421.
11. Stephen G. Swisher, Mary Maish, Jeremy J. Erasmus, et al. (2004). Utility of PET, CT, and EUS to Identify Pathologic Responders in Esophageal Cancer. *General thoracic*, 78: 1152-1160.
12. Srinivas R Puli, Jyotsna BK Reddy, Matthew L Bechtold, et al. (2008). Staging accuracy of esophageal cancer by endoscopic ultrasound: A meta-analysis and systematic review. *World Journal of Gastroenterology*, 14(10): 1479 - 1490.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: mô tả đặc điểm hình ảnh của siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư thực quản.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân ung thư thực quản được chỉ định siêu âm nội soi

Kết quả: Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều là nam giới với tuổi trung bình $58,33 \pm 7,24$. 97,5% UTBMTBV; 2,5% là loạn sản độ cao, không có bệnh nhân nào là ung thư biểu mô tuyến. Độ biệt hóa vừa chiếm ưu thế 55%, 25% biệt hóa cao và 20% biệt hóa kém. Vị trí tổn thương trên nội soi thường gặp ở 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản. 85% tổn thương UTTQ giảm âm, 7,5% tăng âm và 7,5% hỗn hợp âm. Trong đó, 70% có cấu trúc âm không đồng nhất, còn lại 30% là đồng nhất. Kích thước tổn thương < ½ chu vi chiếm 62,5% và > ½ chu vi chiếm 32,5%. Phân độ TNM trên siêu âm nội soi theo AJCC 8th giai đoạn T: Tis (7,5%), T1a (45%), T1b (30), T2 (10%), T3(7,5%). Giai đoạn N: N0 (70%), N1 (27,5%), N2 (2,5%). Giai đoạn TNM: Giai đoạn 0 (5%), IA (15%), IB (47,5%), IIB (25%), IIIA (5%), IIIB (2,5%).

Kết luận: Siêu âm nội soi đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ở bệnh nhân ung thư thực quản.

Từ khóa: siêu âm nội soi, ung thư thực quản, ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMTBV), ung thư biểu mô tế bào tuyến.

Người liên hệ: Lê Đăng Thành Công, Email: lecongppqkg@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/9/2022. Ngày gửi phản biện: 10/9/2022.

Ngày nhận phản biện: 16/9/2022. Ngày chấp nhận đăng: 19/9/2022