CLINICAL, ENDOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF POST-COLONOSCOPY COLORECTAL ADENOCARCINOMA AT BACH MAI HOSPITAL

Nguyen Cong Long[1,2,3], Pham Thi Thanh Huong[1,4]*, Nguyen Ha Thu[1], Do Nam Khanh[1]

[1]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi city, Vietnam*
[2]*Bach Mai Gastroenterology Institute, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi city, Vietnam*
[3]*University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi city, Vietnam*
[4]*Vietnam - Sweden General Hospital Uongbi - Tue Tinh street, Uong Bi ward, Quang Ninh city, Vietnam*

Received: 26/08/2026
Reviced: 09/09/2026; Accepted: 18/11/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical, endoscopic and histopathological characteristics of post-colonoscopy colorectal cancer (PCCRC), and to compare its clinical, endoscopic and staging features with those of colorectal cancer detected at the detected colorectal cancer (D-CRC) at Bach Mai Hospital.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study with comparative analysis of 434 patients with colorectal adenocarcinoma, from January 2024 to December 2025.

Results: PCCRC accounted for 32 cases (7.4%), mean age 60.5 ± 11.1 years, with a female predominance (59.4%). Abdominal pain was the most common reason for presentation (65.6%); cancer was detected within 2 years of the previous colonoscopy in 87.5% of cases. Lesions were predominantly right-sided (59.4%). Compared with D-CRC, the PCCRC group had more females (59.4% vs. 35.6%; p = 0.007), more right-sided tumours (59.4% vs. 31.3%; p = 0.001), more poorly differentiated tumours (25.0% vs. 5.7%; p = 0.002), more cancers found incidentally at health check-ups (12.5% vs. 3.0%; p = 0.024), more non-advanced cancers (25.0% vs. 10.4%; p = 0.021) with a predominance of non-polypoid morphology (62.5% vs. 23.8%; p = 0.043), and a higher proportion of stage 0 - II disease (71.9% vs. 45.3%; p = 0.004).

Conclusion: PCCRC differed from D-CRC in sex distribution, right-sided colonic location, non-polypoid morphology and stage at diagnosis.

Keywords: Post-colonoscopy colorectal cancer, colorectal cancer detected at first colonoscopy, PCCRC, D-CRC, non-polypoid.

*Corresponding author
Email: huongphamthanh99@gmail.com **Phone**: (+84) 377259119 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7129

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN ĐẠI TRỰC TRÀNG PHÁT HIỆN SAU NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long[1,2,3], Phạm Thị Thanh Hương[1,4]*, Nguyễn Hà Thu[1], Đỗ Nam Khánh[1]

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Viện Tiêu hóa Bạch Mai, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam*
[3]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, thành phố Hà Nội, Việt Nam*
[4]*Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí - Đường Tuệ Tĩnh, phường Uông Bí, thành phố Quảng Ninh, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 26/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 09/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và so sánh đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và giai đoạn bệnh giữa ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng phát hiện sau nội soi (PCCRC) và nhóm phát hiện ở lần nội soi đầu tiên (D-CRC) tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có phân tích so sánh trên 434 người bệnh, từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Có 32 trường hợp PCCRC, chiếm 7,4%; tuổi trung bình 60,5 ± 11,1 tuổi. Lý do đi khám thường gặp nhất là đau bụng (65,6%); 87,5% được phát hiện trong vòng 2 năm sau lần nội soi trước. So với nhóm D-CRC, nhóm PCCRC có tỷ lệ nữ giới cao hơn (59,4% so với 35,6%; p = 0,007), ưu thế ở đại tràng phải (59,4% so với 31,3%; p = 0,001), kém biệt hóa nhiều hơn (25,0% so với 5,7%; p = 0,002), phát hiện tình cờ qua kiểm tra sức khỏe nhiều hơn (12,5% so với 3,0%; p = 0,024), ung thư chưa tiến triển nhiều hơn (25,0% so với 10,4%; p = 0,021) với ưu thế non-polyp (62,5% so với 23,8%; p = 0,043) và giai đoạn III-IV thấp hơn (28,1% so với 54,7%; p = 0,004).

Kết luận: PCCRC khác biệt so với D-CRC về phân bố giới, vị trí đại tràng phải, hình thái non-polyp và mức độ tiến triển khi chẩn đoán.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng phát hiện sau nội soi, ung thư đại trực tràng phát hiện ở lần nội soi đầu tiên, PCCRC, D-CRC, non-polyp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính đường tiêu hóa phổ biến hàng đầu và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ hai trên thế giới [1]. Theo ước tính GLOBOCAN 2024, toàn cầu ghi nhận khoảng 2,04 triệu ca mắc mới và 917.895 ca tử vong do ung thư đại trực tràng, chiếm 9,9% số ca ung thư mắc mới và 9,4% số ca tử vong do ung thư; tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng ghi nhận khoảng 22.584 ca mắc mới và 10.990 ca tử vong, xếp thứ ba trong các ung thư thường gặp nhất [1]. Nội soi đại trực tràng đóng vai trò then chốt trong tầm soát và phát hiện sớm ung thư đại trực tràng, song vẫn tồn tại nguy cơ bỏ sót tổn thương.

Theo đồng thuận của Tổ chức Nội soi thế giới, ung thư đại trực tràng phát hiện sau nội soi (post-colonoscopy colorectal cancer - PCCRC) là ung thư đại trực tràng được chẩn đoán sau một lần nội soi đại trực tràng mà lần nội soi đó không phát hiện ung thư [2]. Phần lớn các nghiên cứu xác định PCCRC là những trường hợp được chẩn đoán trong khoảng từ 6 tháng đến 5 năm sau lần nội soi trước. Tỷ lệ PCCRC được ghi nhận dao động từ 3-9%, nguyên nhân chủ yếu do bỏ sót tổn thương (yếu tố kỹ thuật, trình độ bác sĩ nội soi, chuẩn bị đại tràng kém, tổn thương phẳng dạng non-polyp) hoặc do đặc tính sinh học phát triển nhanh của khối u [3].

Tại Việt Nam, dữ liệu về PCCRC còn rất hạn chế, trong khi việc nhận diện các đặc điểm khác biệt của PCCRC so với ung thư phát hiện ở lần nội soi đầu tiên (detected colorectal cancer - D-CRC) có ý nghĩa quan trọng trong nâng cao chất lượng nội soi chẩn đoán. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả và so sánh đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và giai đoạn bệnh giữa nhóm PCCRC và nhóm D-CRC tại Bệnh viện Bạch Mai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu có phân tích so sánh giữa nhóm PCCRC và nhóm D-CRC.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Viện Tiêu hóa Bạch Mai và Trung tâm Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh từ 18 tuổi trở lên; có đầy đủ kết quả nội soi đại trực tràng và mô bệnh học, hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin; đồng ý tham gia phỏng vấn khai thác tiền sử nội soi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không phải ung thư biểu mô tuyến nguyên phát tại đại trực tràng; các trường hợp ung thư di

*Tác giả liên hệ
Email: huongphamthanh99@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 377259119 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7129

căn từ nơi khác đến đại trực tràng; có tiền sử ung thư đại trực tràng hoặc phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng; thiếu thông tin về lần nội soi đại trực tràng trước đó.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ. Trong 502 trường hợp thu thập được, 68 trường hợp (13,5%) bị loại do không liên lạc được, từ chối tham gia hoặc không hợp tác trả lời, hoặc người bệnh và người nhà không nắm được thông tin về lần nội soi trước. Nghiên cứu phân tích trên 434 người bệnh, gồm 32 trường hợp PCCRC và 402 trường hợp D-CRC.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới tính.
- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng chính khiến người bệnh đi khám, tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất mắc ung thư đại trực tràng, khoảng thời gian và nơi thực hiện nội soi lần trước (đối với nhóm PCCRC).
- Đặc điểm hình ảnh nội soi: vị trí u (đại tràng phải/trái), mức độ tiến triển của u, hình thái u (dạng polyp/non-polyp ở nhóm ung thư chưa tiến triển), mức độ chiếm chu vi lòng ruột, mức độ khó khăn khi đưa ống soi qua vị trí u.
- Đặc điểm mô bệnh học: mức độ biệt hóa của u.
- Đặc điểm giai đoạn bệnh: giai đoạn 0, I, II, III, IV.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

- PCCRC: các trường hợp được chẩn đoán trong khoảng từ 6 tháng đến 5 năm sau một lần nội soi đại trực tràng không phát hiện ung thư [2].
- D-CRC: các trường hợp được chẩn đoán ngay tại lần nội soi đầu tiên.
- Vị trí u: lấy góc lách làm ranh giới theo quy ước trong các nghiên cứu về PCCRC [3, 7]. Đại tràng phải (đại tràng gần) gồm manh tràng, đại tràng lên, góc gan và đại tràng ngang; đại tràng trái (đại tràng xa) gồm góc lách, đại tràng xuống, đại tràng Sigma và trực tràng.
- Hình ảnh nội soi: dựa trên phân loại Paris đối với tổn thương sớm và phân loại Borrmann đối với ung thư tiến triển.
- Giai đoạn bệnh: theo phân loại TNM với các trường hợp phẫu thuật; với các trường hợp không phẫu thuật, dựa trên siêu âm ổ bụng, siêu âm nội soi, cắt lớp vi tính ổ bụng và lồng ngực, PET/CT.

2.7. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Thu thập thông tin lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và giai đoạn bệnh từ hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.
- Toàn bộ người bệnh đều được phỏng vấn qua điện thoại (người bệnh hoặc người nhà) theo cùng một bộ câu hỏi thiết kế sẵn nhằm khai thác tiền sử nội soi đại trực tràng trước đó. Việc phân nhóm PCCRC và D-CRC dựa trên kết quả phỏng vấn này.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS. Biến định tính biểu thị dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%), so sánh bằng kiểm định Chi-square, hoặc kiểm định chính xác (Fisher's exact test) khi có ô kỳ vọng nhỏ hơn 5; biến định lượng biểu thị dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X}$ ± SD) và so sánh bằng kiểm định t-test độc lập sau khi kiểm tra tính đồng nhất phương sai bằng kiểm định Levene. Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Bạch Mai (Quyết định số 73/BM-HĐĐĐ ngày 12/02/2026). Việc trích xuất số liệu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng Đạo đức. Người bệnh được giải thích và đồng ý tham gia phỏng vấn; thông tin người bệnh được mã hóa và bảo mật hoàn toàn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi của nhóm PCCRC (n = 32)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình		60,5 ± 11,1	
Tuổi thấp nhất-cao nhất		42-82	
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	0	0
	30-39 tuổi	0	0
	40-49 tuổi	5	15,6
	50-59 tuổi	12	37,5
	≥ 60 tuổi	15	46,9

Trong 434 người bệnh ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng đủ tiêu chuẩn, 32 trường hợp được xác định là PCCRC, chiếm 7,4%. Trong 32 bệnh nhân PCCRC, tuổi trung bình là 60,5 ± 11,1 tuổi, dao động từ 42-82 tuổi. Nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,9%, tiếp theo là nhóm 50-59 tuổi với 37,5%. Nhóm 40-49 tuổi chiếm 15,6%. Không ghi nhận bệnh nhân PCCRC dưới 40 tuổi; đa số bệnh nhân PCCRC trong nghiên cứu (84,4%) có độ tuổi từ 50 tuổi trở lên.

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử nội soi của nhóm PCCRC (n = 32)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nơi thực hiện nội soi lần trước	Phòng khám tư	16	50,0
	Bệnh viện tư	12	37,5
	Bệnh viện huyện	3	9,4
	Bệnh viện tỉnh	1	3,1
Khoảng thời gian giữa hai lần nội soi	≤ 1 năm	18	56,3
	> 1-2 năm	10	31,3
	> 2-3 năm	3	9,4
	> 3-5 năm	1	3,1

Nội soi lần trước chủ yếu thực hiện tại phòng khám tư (50%) và bệnh viện tư (37,5%); khoảng thời gian giữa hai lần nội soi chủ yếu ≤ 2 năm (87,6%).

Bảng 3. So sánh đặc điểm chung và lâm sàng giữa hai nhóm

Đặc điểm		PCCRC (n = 32)	D-CRC (n = 402)	p
Tuổi trung bình (năm)		60,5 ± 11,1	63,1 ± 13,7	0,313
Giới	Nam	13 (40,6%)	259 (64,4%)	0,007
	Nữ	19 (59,4%)	143 (35,6%)	
Tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất mắc ung thư đại trực tràng	Có	2 (6,3%)	18 (4,5%)	0,652
	Không	30 (93,8%)	384 (95,5%)	
Lý do phát hiện bệnh	Đau bụng	21 (65,6%)	264 (65,7%)	0,996
	Đại tiện ra máu	3 (9,4%)	47 (11,7%)	1,000
	Rối loạn phân	4 (12,5%)	71 (17,7%)	0,457
	Gầy sút cân	0	8 (2,0%)	1,000
	Kiểm tra sức khỏe	4 (12,5%)	12 (3,0%)	0,024

Tuổi trung bình ở nhóm PCCRC thấp hơn nhóm D-CRC nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,313). Nhóm PCCRC gặp ở nữ nhiều hơn nam (59,4% so với

40,6%), ngược lại với nhóm D-CRC (35,6% so với 64,4%), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,007). Tiền sử gia đình và các triệu chứng cơ năng không khác biệt giữa hai nhóm; đau bụng là lý do đi khám thường gặp nhất ở cả hai nhóm (65,6% và 65,7%). Tuy nhiên, tỷ lệ được phát hiện tình cờ qua kiểm tra sức khỏe ở nhóm PCCRC cao hơn có ý nghĩa (12,5% so với 3,0%; p = 0,024).

Bảng 4. So sánh đặc điểm nội soi, mô bệnh học và giai đoạn bệnh giữa hai nhóm

Đặc điểm		PCCRC (n = 32)	D-CRC (n = 402)	p
Vị trí u	Đại tràng phải	19 (59,4%)	126 (31,3%)	0,001
	Đại tràng trái	13 (40,6%)	276 (68,7%)	
Mức độ tiến triển của u	Ung thư chưa tiến triển	8 (25,0%)	42 (10,4%)	0,021
	Ung thư tiến triển	24 (75,0%)	360 (89,6%)	
Hình thái u*	Dạng polyp	3 (37,5%)	32 (76,2%)	0,043
	Dạng non-polyp	5 (62,5%)	10 (23,8%)	
Mức độ chiếm chu vi lòng ruột	Chiếm < 1/4 chu vi	4 (12,5%)	48 (11,9%)	0,074
	Chiếm 1/4-1/2 chu vi	7 (21,9%)	169 (42,0%)	
	Chiếm > 1/2-3/4 chu vi	18 (56,3%)	139 (34,6%)	
	Chiếm toàn bộ chu vi	3 (9,4%)	46 (11,4%)	
Mức độ khó khăn khi đưa ống soi qua vị trí u	Dễ đưa ống soi qua được	18 (56,3%)	204 (50,7%)	0,848
	Khó đưa ống soi qua được	10 (31,3%)	143 (35,6%)	
	Không đưa ống soi qua được	4 (12,5%)	55 (13,7%)	
Mức độ biệt hóa của u	Biệt hóa cao	1 (3,1%)	7 (1,7%)	0,002
	Biệt hóa vừa	23 (71,9%)	372 (92,5%)	
	Kém biệt hóa	8 (25,0%)	23 (5,7%)	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn 0	0	7 (1,7%)	0,034
	Giai đoạn I	6 (18,8%)	33 (8,2%)	
	Giai đoạn II	17 (53,1%)	142 (35,3%)	
	Giai đoạn III	6 (18,8%)	151 (37,6%)	
	Giai đoạn IV	3 (9,4%)	69 (17,2%)	
Giai đoạn bệnh (gộp)	Giai đoạn 0-II	23 (71,9%)	182 (45,3%)	0,004
	Giai đoạn III-IV	9 (28,1%)	220 (54,7%)	

Ghi chú: *Tỷ lệ được tính trên số trường hợp còn đánh giá được hình thái đại thể của u: 8 trường hợp ở nhóm PCCRC và 42 trường hợp ở nhóm D-CRC.

PCCRC gặp ở đại tràng phải nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với D-CRC (59,4% so với 31,3%; p = 0,001). Tỷ lệ ung thư chưa tiến triển ở nhóm PCCRC cũng cao hơn (25,0% so với 10,4%; p = 0,021), và trong số này dạng non-polyp chiếm ưu thế rõ hơn (62,5% so với 23,8%; p = 0,043). Mức độ chiếm chu vi lòng ruột (p = 0,074) và mức độ khó khăn khi đưa ống soi qua vị trí u (p = 0,848) không khác biệt giữa hai nhóm; ngược lại, tỷ lệ ung thư kém biệt hóa ở nhóm PCCRC cao hơn có ý nghĩa (25,0% so với 5,7%; p = 0,002). Về giai đoạn bệnh, nhóm PCCRC có tỷ lệ giai đoạn 0-II cao hơn (71,9% so với 45,3%) và giai đoạn III-IV thấp hơn (28,1% so với 54,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,004).

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ PCCRC trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,4%, tương đồng với nhiều nhóm nghiên cứu trên thế giới. Người bệnh PCCRC có tuổi trung bình 60,5 ± 11,1 tuổi, thấp hơn nhóm D-CRC nhưng khác biệt không có ý nghĩa. Nghiên cứu tại Hàn Quốc của Kim C.J và cộng sự ghi nhận tuổi cao là yếu tố dự báo độc lập của PCCRC [4], trong khi nghiên cứu của le Clercq C.M.C và cộng sự không thấy khác biệt về tuổi giữa hai nhóm [3]. Sự khác biệt này có thể do quần thể nghiên cứu và tiêu chuẩn lựa chọn PCCRC là khác nhau.

Một kết quả đáng chú ý là PCCRC gặp ở nữ nhiều hơn nam (59,4% so với 40,6%), trái ngược với nhóm D-CRC và khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kader R và cộng sự ghi nhận tỷ lệ PCCRC cao hơn ở nữ giới (OR = 1,15) [5], song một nghiên cứu của Samadder N.J và cộng sự lại không thấy mối liên quan giữa giới và PCCRC [6]. Với chỉ 32 trường hợp, kết quả nữ giới chiếm ưu thế hơn được coi là một đặc điểm của quần thể nghiên cứu, không thể kết luận rằng nữ giới có nguy cơ PCCRC cao hơn. Tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất chỉ gặp ở 6,3% người bệnh PCCRC và không khác biệt so với nhóm D-CRC, khác với nghiên cứu của Samadder N.J và cộng sự [6]; điều này có thể do cỡ mẫu nhỏ, chưa phản ánh được hết đặc trưng của quần thể, tỷ lệ khai thác tiền sử gia đình còn thấp.

Về nội soi, vị trí u ở đại tràng phải là kết quả nổi bật, chiếm 59,4% ở nhóm PCCRC, cao hơn rõ rệt so với nhóm D-CRC (31,3%; p = 0,001); trong số các trường hợp còn đánh giá được hình thái đại thể, tỷ lệ dạng non-polyp cũng cao hơn (62,5% so với 23,8%; p = 0,043). Hai đặc điểm này phù hợp với xu hướng nhất quán trong y văn, khi nhiều nghiên cứu quần thể ghi nhận PCCRC có khả năng nằm ở đại tràng gần cao hơn [3, 7, 8]. Đại tràng phải có nhiều góc khuất, lòng rộng, chất lượng chuẩn bị thường kém hơn và là vị trí thường gặp của tổn thương răng cưa phẳng - loại tổn thương màu sắc tương đồng niêm mạc, ranh giới không rõ nên dễ bỏ sót, giải thích tại sao PCCRC vẫn xuất hiện sau một lần nội soi đầy đủ [2, 9]. Kết quả này củng cố tầm quan trọng của việc quan sát kỹ đại tràng phải và nhận diện tổn thương phẳng đối với bác sĩ nội soi. Tuy nhiên, chỉ có 8 trường hợp còn đánh giá được hình thái đại thể, nên kết quả về hình thái cần diễn giải thận trọng.

Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm ưu thế ở cả hai nhóm, song tỷ lệ kém biệt hóa ở nhóm PCCRC cao hơn rõ rệt (25,0% so với 5,7%; p = 0,002). Kết quả này gợi ý ngoài cơ chế bỏ sót tổn thương, một phần PCCRC có thể liên quan đến khối u có đặc tính sinh học tiến triển nhanh, phù hợp với đồng thuận của Tổ chức Nội soi thế giới về hai nhóm nguyên nhân của PCCRC [2].

Ngược lại, mức độ chiếm chu vi lòng ruột và mức độ khó khăn khi đưa ống soi qua vị trí u không khác biệt giữa hai nhóm. Các chỉ số này phản ánh kích thước khối u tại thời điểm chẩn đoán hơn là đặc trưng riêng của PCCRC, và không thể dùng để suy luận về lần nội soi trước.

Về giai đoạn bệnh, nhóm PCCRC có tỷ lệ giai đoạn III-IV thấp hơn rõ rệt nhóm D-CRC (28,1% so với 54,7%; p = 0,004) và tỷ lệ ung thư chưa tiến triển cao hơn (25,0% so với 10,4%; p = 0,021). Lưu ý đây là khác biệt về mức độ tiến triển chứ chưa phải bằng chứng PCCRC được phát hiện ở giai đoạn thực sự sớm, vì giai đoạn II vẫn chiếm tới 53,1%. Hai chi tiết trong nghiên cứu giúp giải thích xu hướng này: tỷ lệ phát hiện tình cờ qua kiểm tra sức khỏe ở nhóm PCCRC cao gấp 4 lần (12,5% so với 3,0%; p = 0,024), và người bệnh đã từng nội soi thường có ngưỡng đi khám lại thấp hơn khi xuất hiện triệu chứng, nhờ đó đến viện sớm hơn. Xu hướng này tương đồng với nghiên cứu của Samadder N.J và cộng

sự [6], song y văn không hoàn toàn thống nhất; nghiên cứu của Stoffel E.M và cộng sự ghi nhận PCCRC có tỷ lệ giai đoạn IV cao hơn và tiên lượng xấu hơn [10]. Do đó, kết quả này nên hiểu là đặc điểm của quần thể PCCRC tại Bệnh viện Bạch Mai, và cần thận trọng vì chưa hiệu chỉnh theo tuổi, giới và các yếu tố nhiễu.

Nghiên cứu này còn một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế hồi cứu với thông tin về lần nội soi trước dựa vào nhớ lại của người bệnh hoặc người nhà nên khó tránh sai số nhớ lại và phân loại sai giữa hai nhóm. Thứ hai, cỡ mẫu nhóm PCCRC còn nhỏ (32 ca), đặc biệt chỉ 8 ca còn đánh giá được hình thái đại thể. Thứ ba, 68 trường hợp bị loại do không khai thác được tiền sử nội soi có thể chứa tỷ lệ PCCRC không nhỏ, nên tỷ lệ 7,4% nhiều khả năng là ước lượng thấp; nghiên cứu cũng thực hiện tại một bệnh viện tuyến cuối nên có thể có sai lệch lựa chọn. Thứ tư, do không tiếp cận được hình ảnh, video và các chỉ số chất lượng của lần nội soi trước, nghiên cứu không thể phân loại nguyên nhân PCCRC theo phương pháp luận của Tổ chức Nội soi thế giới [2].

5. KẾT LUẬN

Trong 434 người bệnh ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai, 32 trường hợp (7,4%) được xác định là PCCRC. So với nhóm D-CRC, nhóm PCCRC có tỷ lệ nữ giới, u ở đại tràng phải và ung thư kém biệt hóa cao hơn. Nhóm PCCRC cũng có tỷ lệ ung thư chưa tiến triển và giai đoạn 0-II cao hơn; trong các trường hợp chưa tiến triển, hình thái non-polyp thường gặp hơn. Các biểu hiện lâm sàng cơ bản không khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Sung H et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. CA Cancer J Clin, 2026, 76 (4): e70090. doi: 10.3322/caac.70090

[2] Rutter M.D et al. World Endoscopy Organization consensus statements on post-colonoscopy and post-imaging colorectal cancer. Gastroenterology, 2018, 155 (3): 909-925. doi: 10.1053/j.gastro.2018.05.038

[3] le Clercq C.M.C et al. Postcolonoscopy colorectal cancers are preventable: a population-based study. Gut, 2014, 63 (6): 957-963. doi: 10.1136/gutjnl-2013-304880

[4] Kim C.J et al. Prevalence, clinicopathologic characteristics, and predictors of interval colorectal cancers in Korean population. Intest Res, 2013, 11 (3): 178-184. doi: 10.5217/ir.2013.11.3.178

[5] Kader R et al. Systematic review and meta-analysis: the three-year post-colonoscopy colorectal cancer rate as per the World Endoscopy Organization methodology. Clin Gastroenterol Hepatol, 2025, 23 (4): 519-530. doi: 10.1016/j.cgh.2024.06.038

[6] Samadder N.J et al. Clinical and molecular features of post-colonoscopy colorectal cancers. Clin Gastroenterol Hepatol, 2019, 17 (13): 2731-2739. doi: 10.1016/j.cgh.2019.02.040

[7] Bressler B et al. Rates of new or missed colorectal cancers after colonoscopy and their risk factors: a population-based analysis. Gastroenterology, 2007, 132 (1): 96-102. doi: 10.1053/j.gastro.2006.10.027

[8] Baile-Maxía S et al. Incidence, characteristics, and predictive factors of post-colonoscopy colorectal cancer. United European Gastroenterol J, 2024, 12 (3): 309-318. doi: 10.1002/ueg2.12522

[9] Iwatate M et al. Post-colonoscopy colorectal cancer rate in the era of high-definition colonoscopy. World J Gastroenterol, 2017, 23 (42): 7609-7617. doi: 10.3748/wjg.v23.i42.7609

[10] Stoffel E.M et al. Clinical and molecular characteristics of post-colonoscopy colorectal cancer: a population-based study. Gastroenterology, 2016, 151 (5): 870-878. doi: 10.1053/j.gastro.2016.07.010