

kết quả phục hồi rối loạn nuốt ($p < 0,05$). Thời gian can thiệp nuốt càng sớm khả năng hồi phục rối loạn nuốt càng cao, tỷ lệ hồi phục chức năng nuốt cao hơn ở nhóm bệnh nhân can thiệp sớm dưới 1 tháng. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và giới đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Katan M, Luft A (2018).** Global Burden of Stroke. *Semin Neurol*;38(2):208-211.
- Johnson CO, Nguyen M, Roth GA et al (2019).** Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*;18(5):439-458.
- Bath PMW, Bath–Hextall FJ, Smithard DG (1999).** Interventions for Dysphasia after Hemispheric stroke. *J Neurol.* 52, 236-241.
- National Stroke foundation (2010).** Clinical guidelines for stroke Management 2010. Melbourne, Australia.

- Newman Rea (2016).** Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*; 31,2:232-49.
- Mann et al (2002).** Mann of Assessment and Management of Dysphagia Post Stroke. *Northeast Florida Medicine* 58(2).
- Bùi Thị Hồng Thúy (2019).** Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều bằng các bài tập nuốt kết hợp liệu pháp phản hồi sinh học. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
- Hughes TA, Wiles CM (1996).** Clinical measurement of swallowing in health and in neurogenic dysphagia. *QJM: An International Journal of Medicine*,89(2):109-116.
- Kwakkel G, Lindeman E (2004).** Understanding the pattern of functional recovery after stroke: Facts and theories. *Restorative Neurology and Neuroscience.* 2004;22:281-299.

TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ MÔ BỆNH HỌC CỦA U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TẠI DẠ DÀY

Nguyễn Văn Sang^{1,3}, Ngô Văn Hùng², Trần Phan Ninh^{2,3}, Nguyễn Minh Châu^{1,3}, Nguyễn Anh Tuấn⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây và phân tầng nguy cơ mô bệnh học của u mô đệm đường tiêu hoá tại dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ năm 2016 đến năm 2023, 105 bệnh nhân được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hoá đã được khám và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện E. Dữ liệu lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và mô bệnh học của các bệnh nhân này được mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu được lấy số liệu hồi cứu và tiến cứu. Mối quan hệ giữa tiềm năng ác tính và các đặc điểm đặc trưng của CLVT (bao gồm vị trí khối u, kích thước, hướng phát triển, hoại tử hoặc thoái hoá nang, sự xuất hiện của hạch bạch huyết) được phân tích bằng cách sử dụng phân tích đơn biến. Đường cong ROC được sử dụng để đánh giá giá trị dự đoán của kích thước khối u trong phân tầng nguy cơ ác tính. **Kết quả:** Nghiên cứu

được thực hiện trên 105 bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hoá (50 nam, 55 nữ; độ tuổi trung bình 62.06±9.05 tuổi), trong đó có 55 bệnh nhân thuộc nhóm tiềm năng ác tính thấp và 50 bệnh nhân thuộc nhóm tiềm năng ác tính cao. Không có sự khác biệt đáng kể về tuổi, giới, vị trí khối u giữa hai nhóm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước, hướng phát triển, hoại tử hoặc thoái hoá nang, hạch bạch huyết giữa hai nhóm. Phân tích đường cong ROC cho thấy ngưỡng kích thước khối u cho phép tiên lượng tiềm năng ác tính cao là 77.5cm với độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 45%. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính đa dây được xem là phương tiện đầu tay trong chẩn đoán và phân tầng nguy cơ u mô đệm đường tiêu hoá.

Từ khóa: U mô đệm đường tiêu hoá (GIST), cắt lớp vi tính đa dây (CLVT).

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING FEATURES AND HISTOLOGICAL RISK STRATIFICATION OF GASTRIC GASTROINTESTINAL STROMAL STROMAL TUMORS

Objective: To analyze the correlation between multi-slice computed tomography imaging features and stratify the histological risk of gastric gastrointestinal stromal tumors. **Materials and methods:** From 2016 to 2023, 105 patients diagnosed with gastric gastrointestinal stromal tumors were examined and surgically treated at 108 Military

¹Bệnh viện E

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Đại học Y - Dược Thái Nguyên

⁴Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024

Central Hospital and E Hospital. These patients' clinical data, computed tomography imaging, and histopathology were described cross-sectionally. Study populations were collected data retrospectively and prospectively. The relationship between malignant potential and characteristic features of CT (including tumor location, size, direction of growth, necrosis or cystic degeneration, and presence of lymph nodes) was analyzed using univariate analysis. ROC curves were used to evaluate the predictive value of tumor size in stratifying the risk of malignancy. **Results:** The study was conducted on 105 gastrointestinal stromal tumor patients (50 men, 55 women; average age 62.06±9.05 years), including 55 patients in the low malignant potential group and 50 patients in the high malignant potential group. There were no significant differences in age, gender, or tumor location between the two groups. The two groups had statistically significant differences in size, growth direction, necrosis or cystic degeneration, and lymph nodes. ROC curve analysis showed that the tumor size threshold that allows predicting high malignant potential is 77.5cm with a sensitivity of 78% and a specificity of 45%. **Conclusion:** Multi-slice computed tomography is considered the first choice in diagnosing and stratifying the risk of gastric gastrointestinal stromal tumors.

Keywords: Gastrointestinal stromal tumors (GIST), multi-slice computed tomography (MSCT).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumors - GIST) là những khối u hiếm gặp, chiếm khoảng 1% các khối u nguyên phát ở đường tiêu hóa¹. Tuy nhiên, chúng là những khối u trung mô được chẩn đoán thường xuyên nhất liên quan đến đường tiêu hóa. GIST có nguồn gốc từ tế bào gốc đa năng trung mô, được lập trình để biệt hóa thành tế bào kể Cajal. Để phân biệt các khối u này, thuật ngữ "khối u mô đệm" lần đầu tiên được Mazur sử dụng vào năm 1983. GIST có thể phát sinh từ bất kỳ vị trí nào của ống tiêu hóa, nhưng chủ yếu ở dạ dày (50-60%), sau đó là ruột non (30-35%), đại tràng và trực tràng (5%), thực quản (<5%)². Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán thường trên 50 tuổi, độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 50-60 tuổi. Tuy nhiên có khoảng 20% trường hợp gặp ở độ tuổi <40³. Do có nguồn gốc xuất phát chủ yếu từ lớp cơ của ống tiêu hóa nên nó từng được xếp vào u cơ trơn hoặc sarcoma cơ trơn.

GIST nguyên phát được phân loại theo các nhóm nguy cơ bao gồm nguy cơ rất thấp, nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình, nguy cơ cao. Năm 2007, hướng dẫn của Mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) đã đưa ra cơ sở chẩn đoán mức độ nguy cơ của GIST, xác định dựa trên kích thước và vị trí khối u, tỷ lệ nhân chia của

khối u, hoại tử hoặc thoái hoá nang trong khối u, mật độ tế bào, xâm lấn các cấu trúc lân cận, thâm nhiễm thanh mạc, tính chất giàu mạch máu. Tỷ lệ sống sót không tái phát trong 10 năm của bệnh nhân có GIST có nguy cơ rất thấp, thấp và trung bình lần lượt là 94,9%, 89,7% và 86,9%, và thấp hơn ở những bệnh nhân GIST có nguy cơ cao (36,2%)². Đánh giá chính xác nhóm nguy cơ đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị, quản lý và theo dõi tái phát GIST sau phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá mối tương quan giữa hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đã dãy và nguy cơ mô bệnh học trong tiên lượng bệnh GIST dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 105 bệnh nhân được chẩn đoán xác định GIST dạ dày trên mô bệnh học, đến khám và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 và Bệnh viện E từ năm 2016 đến năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân được chụp CLVT đa dãy ổ bụng có tiêm thuốc cản quang trong vòng 15 ngày trước phẫu thuật; (2) Không có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán; (3) Bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 hoặc Bệnh viện E; (3) Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u GIST và có kết quả hoá mô miễn dịch phân loại mức độ nguy cơ.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân được điều trị trước khi chụp cắt lớp vi tính và phẫu thuật; (2) Bệnh nhân có vỡ khối u trước hoặc trong khi phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Dữ liệu của bệnh nhân được lấy hồi cứu và tiến cứu.

Phân tầng nguy cơ theo mô bệnh học và đánh giá tương quan với các đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính.

Phân tầng nguy cơ mô bệnh học được chia thành nhóm có tiềm năng ác tính thấp (gồm nguy cơ rất thấp và nguy cơ thấp) và nhóm có tiềm năng ác tính cao (gồm nguy cơ vừa và nguy cơ cao)². Các đặc điểm hình ảnh CT được đánh giá bao gồm: Kích thước khối u, vị trí u (tâm-phình vị, thân vị, hang vị), thoái hoá nang hoặc hoại tử (có/không), hướng phát triển (ngoài lòng ruột, vào lòng ruột hoặc hỗn hợp), mức độ ngấm thuốc (nhẹ, trung bình, mạnh) và hạch bạch huyết (có/không). Kích thước khối u được định nghĩa là đường kính lớn nhất trên một trong ba mặt phẳng. Đường kính khối u lớn nhất được

phân loại là ≤ 5, 5-10 hoặc > 10 cm. Hạch bạch huyết vùng được xem là có nếu đường kính trục ngắn > 1 cm. Hoại tử được đặc trưng bởi vùng tỷ trọng thấp không đều mà không có ngấm thuốc rõ ràng (chênh lệch ≤ 10 HU) với tỷ trọng CT ≤ 20 HU. Thoái hóa nang được đặc trưng bởi một cấu trúc tỷ trọng dịch có đường viền mỏng đều.

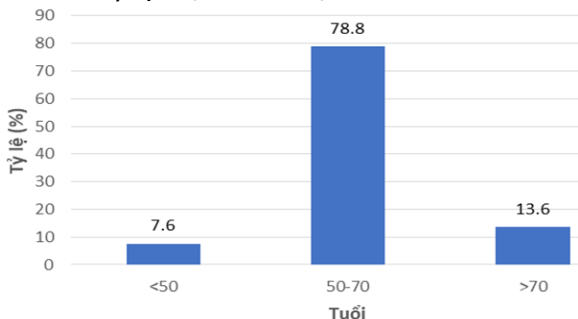
2.3. Protocol chụp cắt lớp vi tính. Sử dụng 2 máy CLVT 16 dãy đầu dò GE tại bệnh viện E và bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Các thông số: độ dày lát cắt 5 mm, thời gian quay 1 giây, pitch 1.75, 120 kVp và 250 mAs, recons 1.25mm. Bệnh nhân nhịn ăn ít nhất 6 giờ và được uống khoảng 500–800 ml nước trước khi chụp. Sau đó tiêm tĩnh mạch 100 ml iobitridol (Xenetix 300, Guerbet, Pháp), sử dụng thiết bị bơm tự động, với vận tốc 3ml/s. Hình ảnh pha động mạch và tĩnh mạch được quét lần lượt tại thời điểm 30 và 70 giây sau khi tiêm thuốc cản quang.

Kết quả CLVT được đọc độc lập bởi hai bác sĩ Xquang có >15 năm kinh nghiệm, không được biết trước thông tin bệnh nhân.

2.4. Phân tích thống kê. Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Các biến phân loại được so sánh bằng Fisher’s exact test. Đánh giá vai trò của kích thước khối u liên quan đến tiềm năng ác tính dựa trên phân tích diện tích dưới đường cong (AUROC). Điểm cắt tối ưu được xác định dựa trên chỉ số Youden, sau đó được sử dụng để tính toán độ nhạy, độ đặc hiệu của kích thước u trong tiên lượng tiềm năng ác tính trên CLVT. Giá trị p <0.05 được coi là có ý nghĩa đối với tất cả các phân tích thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình 62.06±9.05 tuổi, trong đó độ tuổi từ 50-70 tuổi chiếm đa số (78.8%), nhóm <50 tuổi chiếm 7.6% và nhóm >70 tuổi chiếm 13.6%, thấp nhất là 42 tuổi và cao nhất là 88 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam = 55/50 = 1.1.



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi của nhóm nghiên cứu

3.2. Đặc điểm hình ảnh trên CLVT của GIST dạ dày. Kích thước trung bình 73.46±

25.07mm, trong đó <5cm chiếm 20%, từ 5-10cm chiếm 66.2%, >10cm chiếm 13.8%.

Phát triển vào trong lòng dạ dày có 2 trường hợp (1.9%), ra ngoài lòng dạ dày có 36 trường hợp (34.3%), thể hỗn hợp có 68 trường hợp (64.8%).

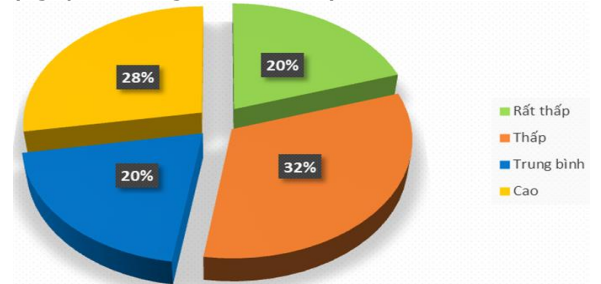
Sự khác biệt về tuổi, giới và kích thước khối u giữa nhóm có tiềm năng ác tính thấp và nhóm có tiềm năng ác tính cao được mô tả trong bảng 1.

Bảng 3.1. Khác biệt về tuổi, giới và kích thước khối u giữa các nhóm nguy cơ của GIST dạ dày

Yếu tố	Nhóm tiềm năng ác tính thấp	Nhóm tiềm năng ác tính cao	Giá trị p
Tuổi	61.18±9.30	63.02±8.76	0.301
Giới	Nam	22	0.120
	Nữ	33	
Kích thước (mm)	57.55±19.89	90.96±17.37	0.000

Qua bảng trên có thể thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi và phân bố giới giữa nhóm GIST dạ dày có tiềm năng ác tính thấp và nhóm có tiềm năng ác tính cao (p>0.05). Tuy nhiên có sự khác biệt đáng kể về kích thước giữa hai nhóm, nhóm có tiềm năng ác tính cao có kích thước trung bình lớn hơn so với nhóm có tiềm năng ác tính thấp (p<0.05).

3.3. Phân loại nhóm nguy cơ theo mô bệnh học. Trong 105 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu, có 55 bệnh nhân thuộc nhóm tiềm năng ác tính thấp (nguy cơ thấp và rất thấp) và 50 bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ ác tính cao (nguy cơ trung bình và cao).



Biểu đồ 3.2. Phân tầng nhóm nguy cơ mô bệnh học

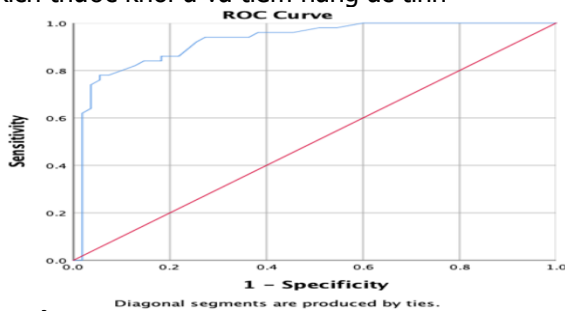
Đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm nguy cơ thấp (chiếm 32%). Tuy nhiên tỷ lệ giữa nhóm tiềm năng ác tính thấp và nhóm tiềm năng ác tính cao gần tương đương nhau (52% và 48% theo thứ tự).

3.4. Tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh CLVT và phân tầng nguy cơ mô bệnh học
Bảng 3.2. Liên quan giữa đặc điểm hình ảnh CLVT và tiềm năng ác tính theo mô bệnh học

Yếu tố	Nhóm tiềm năng ác tính thấp	Nhóm tiềm năng ác tính cao	X ²	Giá trị p
Vị trí - Phình vị - Thân vị - Hang vị	10 28 17	3 30 17	3.608	0.165
Kích thước - <5cm - 5-10cm - >10cm	21 33 1	21 70 14	31.347	0.000
Thoái hoá hoặc hoại tử nang - Có - Không	13 42	43 7	40.926	0.000
Hướng phát triển - Ra ngoài - Vào trong - Hỗn hợp	30 21 4	13 4 33	40.865	0.000
Hạch bạch huyết - Có - Không	7 48	23 27	14.207	0.000

Vị trí u không có liên quan có ý nghĩa thống kê tiềm năng ác tính của GIST dạ dày ($p > 0.05$). Ngược lại các yếu tố như kích thước u, thoái hoá hoặc hoại tử nang, hướng phát triển, sự xuất hiện của hạch bạch huyết có liên quan đến tiềm năng ác tính của GIST dạ dày ($p < 0.05$).

Đường cong ROC về mối tương quan giữa kích thước khối u và tiềm năng ác tính



Biểu đồ 3.3. Đường cong ROC về mối tương quan giữa kích thước u và tiềm năng ác tính của GIST dạ dày

Diện tích dưới đường cong 0.924 (95%CI: 0.872-0.977, $p = 0.000$). Ngưỡng kích thước u có tiềm năng ác tính cao là 77.5mm, với độ nhạy 78% và độ đặc hiệu là 45%.

IV. BÀN LUẬN

U mô đệm đường tiêu hoá (Gastrointestinal stromal tumors – GIST) là một loại u hiếm gặp, tuy nhiên là loại u trung mô phổ biến nhất của

đường tiêu hoá. GIST có kích thước từ 2 cm trở xuống thường không có triệu chứng lâm sàng. Bệnh nhân có thể biểu hiện đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu, khối u ở bụng, khó tiêu. Mặc dù chúng có thể trở thành khối lớn nhưng các dấu hiệu tắc ruột tương đối ít được nhìn thấy hơn. Do khởi phát sớm và biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, khối u thường lớn khi được chẩn đoán và tỷ lệ chẩn đoán sớm tương đối thấp.

CLVT được xem là phương tiện đầu tay trong chẩn đoán, tiên lượng nguy cơ vỡ u và xâm lấn của khối u, lập kế hoạch và đánh giá đáp ứng điều trị, theo dõi sau phẫu thuật. Đã có một số nghiên cứu về mối tương quan giữa các đặc điểm CLVT và tỷ lệ nhân chia, tuy nhiên các kết quả không được thống nhất, có thể là do các tiêu chí đánh giá chủ quan khác nhau².

Về mặt lý thuyết, tất cả các GIST đều được coi là có khả năng ác tính. Vì lý do này, việc sử dụng các định nghĩa nguy cơ rất thấp, nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình và nguy cơ cao trong đánh giá mô bệnh học thay vì phân biệt lành tính hay ác tính là chính xác hơn. Di căn không phổ biến, mặc dù khối u ác tính có thể đạt kích thước lớn. Các vị trí di căn phổ biến nhất là gan và phúc mạc, cũng như các hạch bạch huyết, phổi và tủy xương⁴. Tại thời điểm chẩn đoán, sau khi hỏi bệnh và khám lâm sàng, nên thực hiện các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Có thể thực hiện nội soi, siêu âm nội soi nếu có yêu cầu. Chụp cắt lớp vi tính phát xạ positron (PET/CT) giúp phát hiện các tổn thương ác tính và di căn nếu có.

GIST gặp ở cả nam giới và nữ giới, tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 1.1/1, chủ yếu ở trung niên và người già, hiếm gặp ở người dưới 35 tuổi. Tuy nhiên, bệnh nhân càng trẻ thì khả năng bị tổn thương ác tính càng cao. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 62.06±9.05 tuổi, phù hợp với nghiên cứu của tác giả J-K Wang (2017) với độ tuổi trung bình là 60.90±13.35 tuổi⁵. GIST dạ dày có nguy cơ như nhau đối với cả hai giới, và mặc dù chúng xảy ra trên một khoảng tuổi rộng, 75% trường hợp được chẩn đoán ở độ tuổi trên 50 tuổi. Phân tích đơn biến cho thấy tiên lượng của GIST không phụ thuộc vào độ tuổi và giới tính⁶.

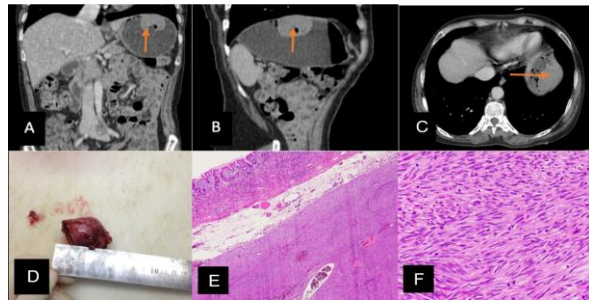
Vị trí thường gặp của khối u là dạ dày (60-70%), ruột non (20-30%), đại tràng (5%), trực tràng và thực quản (5%)⁷. Tại dạ dày, khối u thường xuất hiện ở thân vị, sau đó là hang vị, ít khi gặp ở phình vị, phù hợp với số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ u gặp ở thân vị, hang vị và phình vị lần lượt là 55.2%, 32.4%

và 12.4%. Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể giữa vị trí của GIST dạ dày và phân tầng nguy cơ mô bệnh học ($p > 0.05$).

Về mối quan hệ giữa hướng phát triển và mức độ nguy cơ, đã có những kết quả nghiên cứu khác nhau. Kim và cộng sự (2004)⁸ thấy rằng sự phát triển hướng ra ngoài lòng ống tiêu hoá không phải là một dấu hiệu ác tính tiềm tàng, trong khi Tateishi và cộng sự⁹ lại tin là như vậy. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan giữa hướng phát triển và mức độ nguy cơ ($p < 0.05$), tuy nhiên mối quan hệ cụ thể vẫn cần được nghiên cứu thêm.

Ngoài ra các dấu hiệu khác như kích thước khối u $> 5\text{cm}$, ngấm thuốc không đồng nhất, tăng sinh mạch trong và quanh khối u là các dấu hiệu CLVT của GIST nguy cơ cao, phù hợp với nghiên cứu của tác giả T-T Wang (2023)². Kích thước khối u được xem là một trong những chỉ số được sử dụng phổ biến và đáng tin cậy trong đánh giá nguy cơ của GIST dạ dày. Phân tích đơn biến và đường cong ROC trong nghiên cứu này cho thấy kích thước khối u là một yếu tố ảnh hưởng đối với sự phân tầng nguy cơ mô bệnh học, với giá trị ngưỡng là 77.5mm và diện tích dưới đường cong là 0.924 với độ nhạy 74% và độ đặc hiệu 45%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hướng phát triển hỗn hợp là yếu tố dự báo độc lập cho tiềm năng ác tính cao. Phát triển hướng ra ngoài lòng dạ dày được phát hiện trong 43/105 (41.0%) trường hợp, hướng vào trong lòng dạ dày trong 25/105 (23.8%) trường hợp và 37/105 bệnh nhân thấy khối u có hướng phát triển hỗn hợp, chiếm 35.2%.

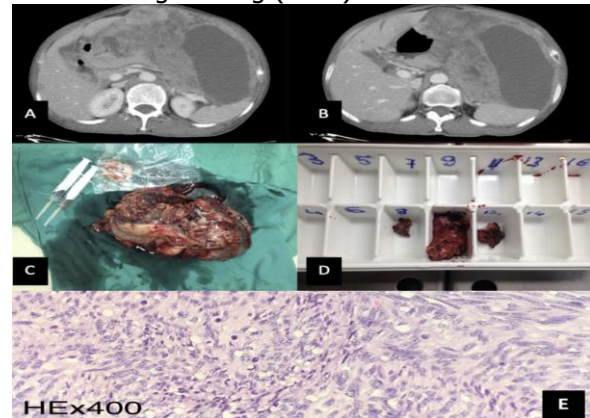


Hình 1. GIST dạ dày ở bệnh nhân nữ, 57 tuổi, được phân loại nguy cơ ác tính thấp trên mô bệnh học

(A, B, C) Hình ảnh CLVT đa dãy trên mặt phẳng coronal, sagittal và axial cho thấy khối u vị trí phình vị (mũi tên), kích thước 48mm, ngấm thuốc đồng nhất không thấy ổ hoại tử hay thoái hoá nang, hướng phát triển vào trong, không có hạch bạch huyết nghi ngờ; (D) Hình ảnh giải phẫu đại thể khối u trong phẫu thuật; (E, F) Hình

ảnh vi thể độ phóng đại $\times 40$ và $\times 400$.

Theo nghiên cứu của tác giả Nadir (2017), hoại tử trong u gặp trong 27% trường hợp, trong đó gây rò sang cấu trúc giải phẫu kế cận trong 4% trường hợp⁷. Cũng theo tác giả này, tỷ lệ di căn gan là 24%, di căn phúc mạc chiếm 9%, xâm lấn cơ quan lân cận trong 27% trường hợp. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hoại tử trong u cao hơn (53.3%), trong đó gặp chủ yếu ở nhóm tiềm năng ác tính cao (86%) so với nhóm tiềm năng ác tính thấp (31%). Theo tác giả Tang và cộng sự, hoại tử khối u được xem là một yếu tố dự báo độc lập về tiên lượng xấu cho khả năng sống sót không bệnh sau phẫu thuật GIST dạ dày, có thể là do hoại tử xuất hiện nhiều hơn ở nhóm GIST dạ dày có tiềm năng ác tính cao¹⁰. Hình ảnh ngấm thuốc không đồng nhất thường thấy ở các GIST dạ dày nguy cơ cao, ngược lại các khối u thuộc nhóm nguy cơ thấp thường có hình ảnh ngấm thuốc đồng nhất. Mức độ ngấm thuốc mạnh được xem là một đặc điểm hoạt động sinh học của khối u, tuy nhiên không liên quan đến phân tầng nguy cơ trong nghiên cứu của chúng tôi, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Wang (2023)².



Hình 2. GIST dạ dày ở một bệnh nhân nữ, 62 tuổi, được phân loại nguy cơ ác tính cao trên mô bệnh học

(A,B) Hình ảnh CLVT đa dãy trên mặt phẳng axial cho thấy khối u tại thân vị, có kích thước lớn 91mm, hướng phát triển hỗn hợp, có hoại tử trong u và xâm lấn nhu mô tụy; (C) Hình ảnh giải phẫu đại thể khối u; (D) Hạch bạch huyết nhóm 8, 10, 12 không thấy tế bào ác tính trên mô bệnh học; (E) Hình ảnh vi thể độ phóng đại $\times 400$.

Di căn hạch bạch huyết là cực kỳ hiếm. Theo nghiên cứu của Wang và cộng sự cho thấy hạch bạch huyết có liên quan đến sự phân tầng nguy cơ. Có sự khác biệt đáng kể về sự xuất hiện của hạch bạch huyết giữa nhóm có tiềm năng ác tính thấp và nhóm có tiềm năng ác tính cao (18.81%

so với 36.96%)², phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của tác giả Tang và cộng sự cho thấy chỉ có kích thước khối u, hoại tử và mức độ ngấm thuốc là các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến phân tầng nguy cơ của GIST dạ dày¹⁰. Tác giả Wang (2023) nghiên cứu trên 147 trường hợp GIST dạ dày cho thấy kích thước khối u, bờ khối u, hoại tử hoặc tạo nang, loét, hạch bạch huyết, hướng phát triển và mức độ ngấm thuốc là các yếu tố quan trọng liên quan đến phân tầng nguy cơ của GIST. Tuy nhiên chỉ có các yếu tố kích thước khối u >5cm, bờ u không đều và hướng phát triển hỗn hợp là các yếu tố dự báo độc lập cho tiềm năng ác tính cao trong phân tích hồi quy logistic đa biến².

V. KẾT LUẬN

Phân tích các đặc điểm cắt lớp vi tính đa dãy trước phẫu thuật có ý nghĩa lâm sàng trong chẩn đoán mức độ nguy cơ và tiên lượng u GIST. Kích thước khối u, hướng phát triển, hoại tử hoặc thoái hoá nang, hạch bạch huyết là các yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê cho tiềm năng ác tính của GIST dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bachmann R, Strohäker J, Kraume J, Königsrainer A, Ladurner R.** Surgical treatment of gastrointestinal stromal tumours combined with imatinib treatment: a retrospective cohort analysis. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2018;3:108-108.

2. **Wang TT, Liu WW, Liu XH, et al.** Relationship between multi-slice computed tomography features and pathological risk stratification assessment in gastric gastrointestinal stromal tumors. *World J Gastrointest Oncol.* 2023;15(6):1073-1085.
3. **Duffaud F, Blay JY.** Gastrointestinal Stromal Tumors: Biology and Treatment. *Oncology.* 2003;65(3):187-197.
4. **Egger J.** Management of gastrointestinal stromal tumors: from diagnosis to treatment. *Swiss Med Wkly.* Published online March 20, 2004.
5. **Wang JK.** Predictive value and modeling analysis of MSCT signs in gastrointestinal stromal tumors (GISTs) to pathological risk degree. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2017;21(5):999-1005.
6. **Rubin BP, Heinrich MC, Corless CL.** Gastrointestinal stromal tumour. *The Lancet.* 2007;369(9574):1731-1741.
7. **Sezer N, Deniz MA, Taş Deniz Z, Göya C, Araç E, Adin ME.** Multislice Computed Tomography Imaging Of Gastrointestinal Stromal Tumors. *Eastern J Med.* 2017;22(3):97-102.
8. **Kim HC, Lee JM, Kim KW, et al.** Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: CT findings and prediction of malignancy. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;183(4):893-898.
9. **Tateishi U, Hasegawa T, Satake M, Moriyama N.** Gastrointestinal stromal tumor. Correlation of computed tomography findings with tumor grade and mortality. *J Comput Assist Tomogr.* 2003;27(5):792-798.
10. **Tang B, Feng Q xia, Liu X sheng.** Comparison of Computed Tomography Features of Gastric and Small Bowel Gastrointestinal Stromal Tumors With Different Risk Grades. *J Comput Assist Tomogr.* 2022;46(2):175-182.

U MÔ ĐỆM DẠ DÀY, MỘT SỐ QUAN ĐIỂM MỚI VỀ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG

Nguyễn Hoàng¹, Vũ Tiến Tùng²

và dựa vào hóa mô miễn dịch là tiêu chuẩn vàng. **Từ khóa:** U mô đệm, dạ dày, cập nhật chẩn đoán.

SUMMARY

GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS OF THE STOMACH, SOME NEW PERSPECTIVE IN DIAGNOSIS, TREATMENTS AND PROGNOSIS

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) of the stomach is the most common mesenchymal tumor in the digestive tract. Tumors often progress silently, with few clear symptoms in the early stages, so they are often discovered by chance or can be detected through clinical symptoms when the tumor is in a late stage. Imaging diagnostic tools that suggest diagnosis are gastric endoscopy, abdominal ultrasound, gastric radiography, computed tomography or abdominal magnetic resonance imaging. Most gastric stromal tumors are diagnosed by suspected on imaging and

TÓM TẮT

U mô đệm tại dạ dày (GIST-Gastrointestinal stromal tumors) là khối u trung mô phổ biến nhất ở đường tiêu hóa. U thường tiên triển âm thầm, ít có triệu chứng rõ ràng ở giai đoạn đầu nên thường được phát hiện một cách tình cờ hoặc có thể phát hiện được nhờ triệu chứng lâm sàng khi u đã ở giai đoạn muộn. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gợi ý chẩn đoán là nội soi dạ dày, siêu âm ổ bụng, chụp dạ dày có cản quang, chụp cắt lớp vi tính hay chụp cộng hưởng từ ổ bụng. Hầu hết các u mô đệm dạ dày được chẩn đoán sau mổ

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024