

7. **Phí Mạnh Công.** Nhận Xét Kết Quả Điều Trị Bằng Phẫu Thuật Gãy Kín Monteggia ở Người Trưởng Thành Tại Bệnh Viện Việt Đức. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
8. **Konrad GG, Kundel K, Kreuz PC, Oberst M, Sudkamp NP.** Monteggia fractures in adults: Long-term results and prognostic factors. J Bone Joint Surg Br. 2007;89-B(3):354-360. doi:10.1302/0301-620X.89B3.18199
9. **Bado JL.** The Monteggia lesion. Clin Orthop. 1967;50:71-86.
10. **Suarez R, Barquet A, Fresco R.** Epidemiology and treatment of monteggia lesion in adults: series of 44 cases. Acta Ortopédica Bras. 2016;24(1):48-51. doi:10.1590/1413-785220162401152249
11. **Llombart-Blanco R, Benlloch M, Mariscal G, et al.** Brachial Plexus Blockage versus General Anesthesia for Upper Extremity Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Eur Surg Res Eur Chir Forsch Rech Chir Eur. 2026;67(1):66-76. doi:10.1159/000550121

CÁC HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG ÁC TÍNH TÁ TRÀNG, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG ÁC TÍNH TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng¹, Thái Diệp Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu với mục tiêu:

1. Mô tả các hình thái tổn thương ác tính ở tá tràng
2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các hình thái tổn thương tá tràng.

Kết quả: 34 Bệnh nhân (BN), Nam 20 bệnh nhân, Nữ 14 bệnh nhân, Tuổi trung bình 64±8,48. Tiền sử đã mổ 26,5%. Đái tháo đường 44,1%. Lâm sàng: Đau bụng 91,2%, nôn 58,8%, ỉa phân đen 8,8%, nôn máu 5,9%, tắc ruột 5,9%, Hẹp môn vị 44,1%; Lòng ruột 2,9%.

Xét nghiệm: Thiếu máu trung bình và nặng 41,2%. Bạch cầu ≥ 10 G/L 53%. Albumin ≤ 30 g/L 47%. Nội soi dạ dày chẩn đoán 50% số GIST D2, gồ dưới tá tràng, Nội soi dạ dày 100% số ung thư xâm lấn tá tràng gây biến dạng môn vị, hẹp môn vị; 14,3% (2 BN) ung thư

xâm lấn tá tràng. Chụp cắt lớp phát hiện 100% GIST tá tràng. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện 14,3 % ung thư dạ dày xâm lấn tá tràng.

Kết luận:

Các nhóm tổn thương ác tính tá tràng: 6 nhóm, nhóm GIST tá tràng (1); Nhóm ung thư dạ dày (UTDD) xâm lấn tá tràng (2) nhóm ung thư đại tràng phải (UTĐP) xâm lấn tá tràng (3); Nhóm AC tá tràng (4); Nhóm U lympho tá tràng (5); Nhóm Leiomyoma tá tràng (6)

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Nhóm GIST tá tràng (6/34 bệnh nhân, 17,6 %); 100% dưới Vater, đau bụng 100%, xuất huyết tiêu hóa (50%), Nội soi dạ dày xác định 50% GIST D2 và gồ dưới. Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán 100% GIST tá tràng.

- Nhóm UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng (10/34 bệnh nhân, 29,4%): 100% đau bụng và tắc ruột, bán tắc ruột. Khối UT ≥ 5 cm hay < 5 cm và thâm nhiễm chiếm 90%. Nội soi dạ dày lỗ rò tá tràng 10% (1 bệnh nhân).

- Nhóm UTDD xâm lấn tá tràng (14/34 bệnh nhân, 41,2%): Đau bụng 85,7%, nôn 64,3%, hẹp môn vị 78,6%. Nội soi dạ dày 100% biến dạng môn vị. Hẹp môn vị; 2 bệnh nhân (14,3%) UT dạ dày xâm lấn tá tràng.

¹Bệnh viện K.

²Trường Đại Học Y Hà Nội.

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: N754

Ngày nhận bài: 19/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 18/4/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026

- Nhóm AC tá tràng (1/34 bệnh nhân, 2,9%): NSDD khối U sùi môn vị gây hẹp môn vị.

- Nhóm U lymphô tá tràng (2/34 bệnh nhân, 5,9%): 2 bệnh nhân U lympho D4, 100% đau bụng, 1 bệnh nhân tắc ruột. Chụp cắt lớp chẩn đoán 100%.

- Nhóm Leiomyoma (2,9%): Đau bụng, nôn máu, ỉa phân đen. Chụp cắt lớp vi tính: thoát thuốc từ động mạch đầu tụy vào DII.

Từ khóa: Tổn thương ác tính tá tràng

SUMMARY

CLASSIFICATION AND CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF DUODENAL MAGNANT LESIONS

Aim of study

1. Classification of duodenal magignant lesions
2. Evaluate the clinical and paraclinical characteristics of duodenal magignant lesions.

Results: There were 34 patients, Male 20 patients, female 14 patients, mean age $64 \pm 8,48$ year; Medical history: Abdominal surgery in 26,5%. Clinical features: Abdominal pain in 91,2%, Vomiting 58,8%, Hematemese in 5,9%, melena in 8,8%, intestinal obstruction in 5,9%; Gastric outlet obstruction in 44,1%. Gastroscopy revealed submucosa tumor (GIST) in 50%; For gastric tumor invaded duodenum: Gastroscopy showed 100% stricture of pylorus, of them in 2 patients gastric tumor invading beyonds pylorus into lumen of duodenum. CTScan finding: 100% duodenal GIST; 14,3% gastric tumor invading duodenum; 14,3% colonic cancer invading duodenum.

Conclusion: There were 6 group of o duodenal magignant lesions: Duodenal GIST (1); Gastric cancer invading duodenum (2); Right colon cancer invaded or perfogated into duodenum (3); AC of duodenum (4); Lymphoma of duodenum (5); Leiomyoma of duodenum (6).

Clinical and paraclinical features:

- 100% tumor located at distal to the ampoule of Vater; abdominal pain in 100%; Hematemese in 5,9%, melena in 8,8%. CTscan revealed tumor in 100%, Gastroscopy showed submucosa tumor in 50%.

- Abdominal pain in 85,7%, vomiting in 64,3%, gastric outlet obstruction in 78,6%. Gastroscopy revealed gastric tumor invading pylorus in 100%, gastric tumor invading beyonds pylorus in 2 patients.

- Intestinal obstruction or subobstruction in 100%, Gastroscopy revealed an openning hole connecting lumen of duodenum D2 to right colonic lumen in 10%.

CTScan showed the right colonic tumor diameter > 5 cm in 50%, Irregular border of colonic tumor in 40% (< 5 cm).

- Gastroscopy revealed tumor invading pylorus .

- Abdominal pain and subobstruction in 100%; CT Scan showed tumor in 100% (located at DIV)

- Hematemese and Melena. Gastrscoy: Bleeding in D2 Duodenum. Ctscan: active bleeding from 0,6 cm actery of pancreatic head in to D2 below the ampoule of Vater.

Keywords: duodenal magignant lesions

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối ung thư (UT) ở ruột non và tá tràng được chia làm các nhóm: Khối UT xuất phát từ biểu mô, khối UT không biểu mô, U lympho ác tính, khối UT thứ phát. Trong số các khối UT không biểu mô, sarcoma chiếm 14%. Phần lớn khối u trung mô ở tá tràng là U GIST.

Các khối u thứ phát ở tá tràng chiếm tỷ lệ cao là UT đại tràng phải hay UT dạ dày xâm lấn tá tràng.

Các tổn thương ở tá tràng là các khối UT khó điều trị do đặc điểm giải phẫu của tá tràng liên quan chặt chẽ với bóng Vater, đầu tụy. Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phẫu thuật có thời gian mổ dài, tỷ lệ biến chứng cao, thời gian sống sau 5 năm không dài hơn so với cắt đoạn tá tràng hay cắt tá tràng hình chêm. Trên thế giới đã có nhiều báo cáo so sánh tỷ lệ cắt khối tá tụy so với cắt đoạn tá tràng để điều trị tổn thương ác tính tá tràng, tỷ lệ biến chứng, tử vong (TV), thời gian sống thêm... tuy nhiên ở nước ta chưa có nhiều tổng kết về các hình thái và đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các khối UT tá tràng, bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

- Tổng kết các hình thái tổn thương ác tính ở tá tràng.

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các hình thái tổn thương tá tràng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán khối ung thư

tại tá tràng hay khối ung thư ngoài tá tràng xâm lấn vào tá tràng, được điều trị tại Bệnh viện K.

- Loại trừ: Khối UT bóng Vater, phần thấp ống mật chủ hay đầu tụy.

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

- Thời gian: 2021-2026.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

34 BN, Nam 20 BN, Nữ 14 BN, Tuổi TB 64±8,48.

Bảng 1: Tiền sử bệnh lý và phẫu thuật.

TT	Bệnh lý	N
1	Cắt đoạn dạ dày do loét dạ dày, tá tràng	2
2	Nổi vị tràng	2
3	Nổi vị tràng (GIST D2 gây hẹp tá tràng)	1
4	Cắt đại tràng phải do UT đại tràng phải	1
5	Cắt thận phải	1
6	Cắt tử cung toàn bộ	1
7	PT vỡ động mạch chủ	1
Các bệnh nội khoa		
8	Loét dạ dày, tá tràng	5
9	Tai biến mạch não	1
10	Đái tháo đường	15

+ Tiền sử đã mổ bụng : 9 BN (26,5%)

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

TT	Triệu chứng	N (%)
1	Đau bụng	31 (91,2)
2	Nôn	20 (58,8)
3	Ỉa phân đen	3* (8,8)
4	Nôn máu	2 (5,9)
4	Gầy sút	26(76,5)
5	Xuất huyết tiêu hóa	3 (8,8)
6	Tắc ruột	2 (5,9)
	Lồng ruột	1**(2,9)
7	Hẹp môn vị	15 (44,1)
8	Thủng	0

* 2 xuất huyết tiêu hóa do GIST tá tràng; 1 xuất huyết tiêu hóa do leiomyoma.

** 1 lồng D3-D4 vào gói dưới do GIST

Bảng 3: Dấu hiệu lâm sàng theo nhóm

Nhóm bệnh	Dấu hiệu lâm sàng	N (%)
Nhóm GIST tá tràng	(n=6)	
	Đau bụng	6
	Nôn	1
	Ỉa phân đen	2
	Nôn máu	1
	Hẹp tá tràng	1
	Lồng ruột	1
Nhóm UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng	(n=10)	
	Đau bụng	10
	Nôn	7
	Tắc ruột	1
Nhóm UT dạ dày xâm lấn tá tràng	(n=14)	
	Đau bụng	12 (85,7)
	Nôn	9 (64,3)
	Hẹp môn vị	11 (78,6)
Nhóm AC tá tràng	N=1	
	Đau bụng, nôn, hẹp môn vị	1
U lympho tá tràng	N=2	
	Đau bụng	2
	Nôn	1
	Tắc ruột	1
Nhóm leiomyoma	N=1	
	Nôn máu, ỉa phân đen	1

Bảng 4: Xét nghiệm cận lâm sàng

TT	Kết quả xét nghiệm	N (%)	TT	Kết quả xét nghiệm	N (%)
1	Thiếu máu nhẹ	20 (58,8)	3	Albumin (g/L)	
	Thiếu máu trung bình	12 (35,3)		ALB < 25.	5 (14,7)
	Thiếu máu nặng	2 (5,9)		ALB 25-30	11(32,3)
2	Bạch cầu (BC) < 10	16 (47,0)		ALB > 30	18 (52,9)
	BC 10-15 G/L	9 (26,5)	4	Đường máu tăng	15 (44,1)
	BC > 15 G/L	9 (26,5)			

Bảng 5: Đặc điểm các xét nghiệm theo nhóm

Kết quả xét nghiệm	GIST tá tràng (n=6)	UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng (n=10)	UT dạ dày xâm lấn tá tràng (n=14)	AC tá tràng (n=1)	U lympho (n=2)	Leiomyoma (n=1)	n
Thiếu máu nhẹ	3	5	9	1	2		20
Thiếu máu trung bình	2	5	5				12
Thiếu máu nặng	1	0	0			1	2
Bạch cầu < 10 G/L	1	4	10		1		16
BC 10-15 G/L	2	2	3	1		1	9
BC> 15 G/L	3	4	1		1		9
Albumin máu < 25	0	4	0			1	5
Alb 25-30 g/L	3	6	2				11
Alb > 30 g/L	3	0	12	1	2		18
Đường máu tăng	3	4	6	1	0	1	15

Bảng 6: Nội soi dạ dày và Nội soi đại tràng

Tá tràng	Nội soi dạ dày	N
Nhóm GIST tá tràng	Khối U dưới niêm mạc D2-D3 dưới bóng vater, Kích thước U 3-4 cm	3
	Không thấy tổn thương	3*
Nhóm UT đại tràng xâm lấn tá tràng	Lỗ rò vào D2	1
Nhóm UT dạ dày xâm lấn tá tràng	Môn vị biến dạng, Khối UT xâm lấn môn vị	4
	UT hang môn vị gây hẹp môn vị	6
	Môn vị biến dạng, khối UT xâm lấn tá tràng	2
	Khối UT gây hẹp miệng nối	2**

Tá tràng	Nội soi dạ dày	N
Nhóm UTĐT xâm lấn tá tràng	Nội soi đại tràng	
	Khối UT đại tràng chít hẹp lòng đại tràng	4
AC tá tràng	Khối U sùi tiền môn vị gây hẹp môn vị.	1
U lympho D4	Không thấy tổn thương	2
U leiomyoma	Không thấy u, dạ dày và D2 tá tràng nhiều máu đỏ	1

*1 khối U ở gối dưới, 1 khối U ở D3, 1 khối ở D4.

**1 BN hẹp miệng nối có HC quai tới

Bảng 7: Chụp cắt lớp vi tính

Tá tràng	Chụp CLVT	N
Nhóm Gist tá tràng	Khối U D2	1
	Khối U D2-D3	2*
	Khối U D3	2
	Khối U D4	1
Nhóm UT dạ dày xâm lấn tá tràng	Khối UT không rõ ranh giới với tá tràng	2**
	Giãn quai tới (HC quai tới)	1
	Khối UT < 5 cm	10
	Khối UT > 5 cm	4
Nhóm UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng	Khối UT đại tràng phải > 5 cm	6****
	Khối thâm nhiễm < 5 cm	3
	Khối UT di căn gan đa ổ	1
Nhóm U lympho tá tràng	Khối U D4 tá tràng	2***
Nhóm Ung thư tá tràng	Khối UT hang môn vị < 5 cm	1
U cơ tá tràng (Leiomyoma)	Thoát thuốc từ động mạch đầu tụy vào D2 tá tràng dưới Vater	1

* 1 khối U > 10 cm D2-D3 vỡ.

+ Các khối U khác ≤ 5cm.

** 1 khối UT < 5 cm; 1 khối UT > 5 cm.

*** 1 khối UT D4 > 10 cm.

**** khối UT xâm lấn tá tràng và mạc tụy.

Kết quả GPB:

+ Nhóm GIST tá tràng: 5/6 BN (83,3%) kích thước U ≤ 5 cm; 100% HMMN < 5/25 vi trường (1 BN GIST > 10 cm, vỡ, di căn gan).

+ Nhóm UTĐT phải xâm lấn tá tràng: 7/10 BN (70%) GĐ IIC (T4bN0M0); 2/10 bệnh nhân

(20%) GĐ IIIC (T4bN2M0); 1/10 BN (10%) GĐ IV (T4BNxM1).

++ AC. BHV 60%; AC.KBH 30%; AC tuyến nhầy 10%

+ Nhóm UT dạ dày xâm lấn tá tràng:

- ++ GĐIIb: 1/14 bệnh nhân (7,1%) (T4aN0M0)
- ++ GĐIIa: 2/14 bệnh nhân (14,3%) (T4aN1M0)
- ++ GĐIIb: 6/14 bệnh nhân (42,9%) (T4aN2M0 -1 bệnh nhân; T4bN01M0-5BN)
- ++GĐ IIc: 3/14 bệnh nhân (21,4%) (T4aN3M0 -1 bệnh nhân; T4bN2M0 -2BN).
- ++ GĐ IV: 1/14 bệnh nhân (7,1%) (T4bN3M1 -1BN).
- ++ Ulympho dạ dày: 1/14 bệnh nhân (7,1%).
- GĐ II 7,1%; GĐIII 78,7 %, GĐ IV 7,1%; Ulympho 7,1%. 100% di căn hạch.
- ++ KBH: 64,3 %
- ++ TB nhũn: 14,3%
- ++ ACBHV: 7,1%
- ++ AC tế bào nhầy: 7,1% .
- + Nhóm AC tá tràng: AC.BHV (T2N0M0).
- + Nhóm U lympho TT: U lympho.

IV. BÀN LUẬN

Các loại UT tá tràng được phân loại UT biểu mô, Không biểu mô, U lympho ác tính, các loại UT thứ phát và polyps. Trong số UT không biểu mô, sarcoma chiếm 14% trong đó chiếm tỷ lệ cao là GIST. U GIST ban đầu được cho rằng xuất phát từ lớp dưới niêm mạc, trong lớp cơ hay dưới thanh mạc. GIST xuất phát từ tế bào tạo nhịp (pacemaker cell) của hệ tiêu hóa gọi là tế bào Ké Cajal.

GIST là khối U trung mô hay gặp nhất của đường tiêu hóa với tỷ lệ mắc 10-15 triệu ca/năm, thường gặp ở lứa tuổi 60, tỷ lệ nam/nữ ngang nhau. Vị trí hay gặp nhất ở dạ dày chiếm 60-70%, ruột non 25-35%, tá tràng 4,5%, trực tràng 5%, thực quản < 2%, các vị trí khác 5,5%.

+ Theo Liu Z: GIST tá tràng biểu hiện thiếu máu và ỉa phân đen (42,7%), đau bụng 18,4%, sờ thấy mass 3,7%, chán ăn 2%, phát hiện tình cờ qua chụp cắt lớp vi tính 5-40%. [1]

+ Nghiên cứu 539 GIST tá tràng (2001-2017): Triệu chứng thường gặp nhất là ỉa phân đen, đau bụng, chướng bụng, ậm ạch, các triệu chứng mệt mỏi, nôn, phù ít gặp. Trong 426 bệnh nhân: GIST

DI chiếm 11%; DII 38%; DIII 19%; DIV 41,9%. [2]

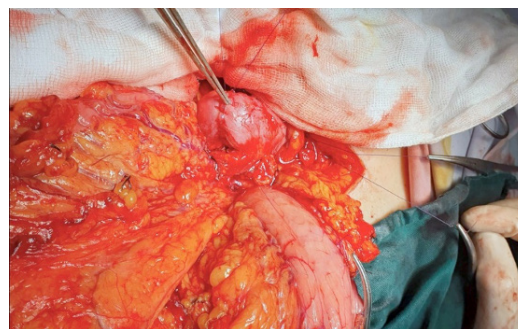
+ Hao Je Du báo cáo 142 GIST tá tràng: Triệu chứng xuất huyết tiêu hóa 44,4%; Đau bụng, bụng chướng 27,5%. Vị trí U: U ở D2 33-65,4%; GIST D3 16,22- 31,4%; D1 7-22,97%; GIST D4 3-30%. Kích thước U trung bình 3,3-6,7 cm [3].

Chụp CLVT và MRI là 2 phương pháp chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) thường sử dụng để đánh giá kích thước U (KT U), xâm lấn các tạng xung quanh và di căn. Chụp cắt lớp vi tính CLVT ở thì động mạch (ĐM) đánh giá chính xác khối u quanh Vater, phân biệt khối Adenocarcinome (AC) tá tràng với khối AC đầu tụy. Thống kê 142 GIST tá tràng: siêu âm nội soi (SANS) có độ nhạy và giá trị chẩn đoán dương tính (GTCĐ) cao hơn Chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ (MRI). Sinh thiết qua SANS có giá trị chẩn đoán mô học cao hơn ST qua NSDD (73% vs 33%, p= 0,006) [3].

+ Chúng tôi có 6 ca GIST tá tràng, 100% GIST dưới bóng Vater trong đó 5/6 BN GIST ở D2 dưới Vater, hoặc gổ dưới tá tràng hoặc D3; 1 BN GIST D4.

1 BN có U > 10 cm, đã vỡ ở gổ dưới (Ng. Văn H, 34 tuổi); 5 bệnh nhân khối U ≤ 5 cm.

Lâm sàng: Đau thượng vị, đầy tức bụng 100%; Ỉa phân đen 2/6 bệnh nhân (33,3%); 1 bệnh nhân hẹp D2 (đã nối vị tràng); 1 bệnh nhân khối U GIST gây lồng ruột từ D3 vào gổ dưới tá tràng. Chẩn đoán qua nội soi dạ dày 3/6 bệnh nhân (50%) khối U dưới niêm mạc kích thước 3-4 cm, dưới Vater. Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán được khối U tá tràng 100%.



Hình 1: Cắt đoạn D2-D3 tá tràng do GIST (Vũ Thị L. 64 T)



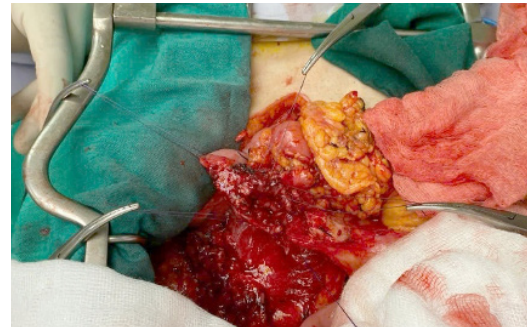
Hình 2: Đoạn D2-D3 có U GIST

- UT đại tràng phải xâm lấn các tạng lân cận chiếm 11-28%. Khi UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng hay đầu tụy, mổ cắt đại tràng phải và cắt đoạn tá tràng hay cắt khối tá tụy có thể đạt diện cắt R0.

+ Neideida tổng kết 110 ca UT đại tràng phải được phẫu thuật (PT) có 22 ca UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng hoặc tụy (19%): UT đại tràng phải góc gan 81%, UT đại tràng lên 14%, UT manh tràng 5%. Lâm sàng: đau bụng, sút cân 68%; thiếu máu 77%. Chụp cắt lớp vi tính 18 bệnh nhân thấy 11/18 (61%) ca xâm lấn tá tràng hoặc đầu tụy. Kích thước U trung bình 7,5 cm; 50% di căn hạch [4]

+ Won suk lee có 9 bệnh nhân UT đại tràng phải: U Xâm lấn tá tràng (5/9), xâm lấn đầu tụy (4/9). (9/3484 UT đại tràng phải, 0,9%). Chụp cắt lớp vi tính 6 ca xâm lấn đầu tụy, tá tràng [5].

+ Chúng tôi có 10 ca UT đại tràng phải xâm lấn đầu tụy và hoặc tá tràng: Về lâm sàng 100% các BN có tắc ruột hoặc bán tắc ruột với biểu hiện LS đau bụng cơn, nôn, bí trung tiện. Nội soi dạ dày phát hiện ổ loét thủng ở D2 (Nguyễn Thị Ch); Chụp cắt lớp vi tính phát hiện 1 ca mất ranh giới với tá tràng và xâm lấn mạc tụy (Nguyễn Thành Th). Chụp cắt lớp vi tính (bảng 7) 60% khối UT > 5 cm; 30% khối UT < 5 cm, thâm nhiễm rộng. Đối chiếu với phẫu thuật những khối UT đại tràng phải > 5 cm hay U < 5cm có thâm nhiễm rộng có thể là dấu hiệu dự báo xâm lấn tá tràng.



Hình 3: UT đại tràng phải xâm lấn gôi dưới TT (Lộc Thị X., 71 T)

- Chúng tôi có 14 ca UT dạ dày xâm lấn DI và hoặc DII. Lâm sàng: Đau bụng 85,7%, nôn 64,3%, hẹp môn vị 78,6%. Đối với UT dạ dày xâm lấn tá tràng, hẹp môn vị chiếm tỷ lệ cao. Nội soi dạ dày 6/14 BN, khối UT dạ dày gây biến dạng môn vị; Khối UT dạ dày gây hẹp môn vị (6/14 BN). NS dạ dày có 2 bệnh nhân UT dạ dày xâm lấn tá tràng qua môn vị (bảng 3).

+ Năm 1861, Rokitansky cho rằng UT dạ dày phần xa được môn vị giới hạn và không lan xuống tá tràng. Năm 1967, Paramanadhan báo cáo 20/29 BN (69%) UT hang vị xâm lấn tá tràng. Tỷ lệ UT dạ dày xâm lấn tá tràng khoảng 15-40%. Sato báo cáo 4 /22 BN (18%) UT dạ dày xâm lấn tá tràng về đại thể.

+ Theo Robert E (111 UT dạ dày): 20 UT dạ dày xâm lấn tá tràng (18%). Các tế bào UT chủ yếu ở lớp cơ và lớp dưới niêm mạc, hiếm khi thấy ở niêm mạc. Về đại thể UT dạ dày xâm lấn tá tràng 7 BN (6%). UT dạ dày xâm lấn tá tràng qua môn vị chẩn đoán qua chụp dạ dày 6 BN (5%). 1 ca hẹp môn vị, 2 ca tá tràng biến dạng. Chụp dạ dày uống Barrit 100% (11 BN) tổn thương hang vị, môn vị và hành tá tràng liên tiếp. Biến dạng hành tá tràng thay đổi từ bất thường bờ HTT (4 BN) - biến dạng hành tá tràng (3 ca), u sùi vào lòng tá tràng, hẹp tá tràng cho tới bóng Vater [6].

+ Ohta báo cáo 262 UT dạ dày hang vị chia 2 nhóm, nhóm A 65 UT dạ dày xâm lấn tá tràng qua môn vị vs nhóm B 197 UT dạ dày không xâm lấn tá tràng. Ranh giới môn vị, tá tràng xác định bằng

tuyến Brunners. Độ dài xâm lấn tá tràng đo từ môn vị đến diện cắt. Cách thức xâm lấn TT được phân loại gồm: loại khu trú, loại xâm lấn, Lymphatic type. Lâm sàng: nhóm A 45 % có hẹp môn vị; Bụng chướng, buồn nôn, nôn vs nhóm B 9 %. Về đại thể nhóm B có tỷ lệ Mode xâm lấn tá tràng khu trú > nhóm A trong khi nhóm A có tỷ lệ cao loét thâm nhiễm hoặc thâm nhiễm cứng [7].

+ UT ruột non chiếm 2% UT đường tiêu hóa. Xuất hiện với tỷ lệ cao nhất là UT hồi tràng, rồi đến UT tá tràng, hỗng tràng. AC tá tràng chiếm 55,7% AC ruột non. Lâm sàng: đau bụng, buồn nôn, nôn, mệt mỏi. Thiếu máu, vàng da, tắc ruột thường ở giai đoạn muộn [8].

+ Chúng tôi có 1 AC DII: BN nam, 63 T vào viện vì hẹp môn vị. Nội soi dạ dày u sùi môn vị. Tổn thương: khối UT 3,5-2 cm DI-DII tá tràng thủng vào đầu tụy, xâm lấn sát Vater. Mổ cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD), vét hạch, cắt đoạn DII, dẫn lưu mỏm (DLM) tá tràng.

V. KẾT LUẬN

Các nhóm tổn thương ác tính tá tràng:

6 nhóm, nhóm GIST tá tràng (1); Nhóm UT dạ dày xâm lấn tá tràng (2); nhóm UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng (3); Nhóm AC tá tràng (4); Nhóm U lympho tá tràng (5); Nhóm Leiomyoma tá tràng (6)

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

+ Nhóm GIST tá tràng (6/34 bệnh nhân, 17,6%); 100% dưới Vater, đau bụng 100% và xuất huyết tiêu hóa (50%), nội soi dạ dày xác định 50% GIST D2 và gối dưới. Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán 100% GIST tá tràng.

+ Nhóm UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng (10/34 bệnh nhân, 29,4%): 100% đau bụng và tắc ruột hoặc bán tắc ruột. Khối UT ≥ 5 cm hay < 5 cm và thâm nhiễm chiếm 90%. Nội soi dạ dày thấy lỗ rò tá tràng 10%. (1 BN).

+ Nhóm UT dạ dày xâm lấn tá tràng (14/34 BN, 41,2%): Đau bụng 85,7%, nôn 64,3%, hẹp môn vị

78,6%. Nội soi dạ dày 100% biến dạng môn vị hay hẹp môn vị; 2 bệnh nhân (14,3%) ung thư dạ dày xâm lấn tá tràng.

+ Nhóm AC tá tràng (1/34 bệnh nhân, 2,9%): Nội soi dạ dày khối u sùi môn vị gây hẹp môn vị.

+ Nhóm U lympho tá tràng (2/34 bệnh nhân, 5,9%): 2 bệnh nhân U lympho D4, 100% đau bụng, 1 bệnh nhân tắc ruột cao. Nội soi dạ dày không thấy khối u ở tá tràng; Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán 100%.

+ Nhóm Leiomyoma (2,9%): Đau bụng, nôn máu, ỉa phân đen. Nội soi dạ dày không thấy U. Chụp cắt lớp vi tính thoát thuốc từ động mạch đầu tụy vào D2 dưới bóng Vater.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu Z, Zheng G, Lui J et al. Clinicopathological features, surgical strategy and prognosis of duodenal gastrointestinal stromal tumor. A series of 300 patients. BMC cancer 2018, 18: 563.
2. Georgi Popivanov et al. Surgical Treatment of Gastrointestinal stromal tumor Of the duodenum: A literature review. Translational Gastroenterology and Hepatology 2018, 3 (71): 1-19.
3. HaoJie Du et al. Diagnosis and treatment of Duodenal Gastrointestinal Stromal Tumors. Clin Transl Gastroenterol 2020 11 (3):1-10
4. Nadeida Cojocari et al. Right- sided colon cancer with invasion of the duodenum or pancreas: A glimpse into experience. Experimetal and Therapeutic Medicine 22:178. 2021.
5. Won Suk Lee et al. En Block Resection for Right Colon Cancer invading duodenum or pancreatic head. Yonsei Medical Journal 2009, 50 (6): 803.
6. Robert E Koehler et al. Invasion of the duodenum by Carcinoma of the stomach. Am J Roentgerol 128: 201-205, february 1977.
7. JunJi Ohta et al. A Clinicopathological Study of Distal Advanced Gastric Carcinoma with Duodenal Invasion. The Kurume Medical Journal Vol 43,p 189-198, 1996.
8. Jordan M Cloyd, Elizabeth George, Bredan C Visser. Duodenal adenocarcinoma: Advances in diagnosis and surgical management. World J Gastrointest Surg. 2016 Mar 27; 8(3): 212-221.