

Craniofac Surg. United States; 2019;30:377–83. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005057>

6. Quittkat HL, Hartmann AS, Düsing R, Buhlmann U, Vocks S. Body Dissatisfaction, Importance of Appearance, and Body Appreciation in Men and Women Over the Lifespan. *Front Psychiatry*. 2019;10:864. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00864>

7. Liu X, Han Y, Shen Q, Xu Y, Yang S, Zhang J, et al. Factors Affecting Patient Satisfaction with Double-Eyelid Blepharoplasty. *Aesth Plast Surg* [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 16]; <https://doi.org/10.1007/s00266-024-04127-6>
8. Oestreicher J, Mehta S. Complications of blepharoplasty: prevention and management. *Plast Surg Int. United States*; 2012;2012:252368. <https://doi.org/10.1155/2012/252368>

SCHWANNOMA DẠ DÀY, BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Thái Nguyên Hưng¹, Thái Diệp Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu ca lâm sàng Schwannoma dạ dày hiếm gặp với 2 mục tiêu:

- Báo cáo ca lâm sàng schwannoma dạ dày.
- Điểm lại Y văn.

Kết quả nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) nam, 49 tuổi (T), Tiền sử: Viêm dạ dày tá tràng (DD-TT). Đau thượng vị không rõ, khám sức khỏe phát hiện khối U mặt sau hang vị và môn vị. Triệu chứng lâm sàng: Đau thượng vị không rõ, không sốt, không nôn, khám không sờ thấy mass thượng vị. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT): Dạ dày không đều quanh chu vi hang môn vị dạ dày 15mm-40mm, vùng rốn gan, đầu tụy và dọc theo bờ cong nhỏ (BCN) có hạch kích thước 40-35 mm. Nội soi dạ dày (NSDD): Viêm niêm mạc dạ dày. Xét nghiệm (XN): Hồng cầu 4,26 T/L; Huyết sắc tố 112 g/L; Bạch cầu: 8,7 G/L; Tiểu cầu 280 G/L. Sinh hóa: Urê 6.20 mmol/L. Creatinin 86,84 μ mol/L; Bilirubine 16,57 μ mol/L; AST 25,22 μ mol/L; ALT 16,14 μ mol/L; Đường3,83 mmol/L. Tổn thương trong mổ: khối U mặt sau hang, môn vị dạ dày kích thước (KT) 10-6 cm, chắc, lan rộng, không có chân, nằm trước đầu tụy nhưng không xâm lấn đầu tụy, mặt độ chắc, ranh giới khá rõ, U ăn sâu vào mặt sau

hang môn vị, chân rộng. Mổ cắt 2/3 dạ dày (DD), nối DD-Hổng tràng Finsterer. Hậu phẫu bình thường.

Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): U tế bào hình thoi. Hóa mô miễn dịch (HMMD): S100 (+); SOX 10(+); Ki 67(+)<3%; CD117(-); CD 34(-), DOG-1(-). HMMD phù hợp với Schwannoma dạ dày.

Kết luận: Schwannoma dạ dày là khối U lành tính hiếm gặp xuất phát từ tế bào Schwann của bao thần kinh ngoại vi. Schwannoma DD thường chẩn đoán nhầm với các khối U dưới niêm mạc như GIST dạ dày, Leiomyoma dạ dày hay các khối U trung mô khác. Chẩn đoán xác định bằng hóa mô miễn dịch. Schwannoma dạ dày là khối U lành tính, tiên lượng tốt, không xâm lấn hạch. Phẫu thuật lấy hết khối U với diện cắt R0 là phương pháp điều trị triệt căn.

Từ khóa: Schwannoma dạ dày, U dưới niêm mạc dạ dày; U trung mô dạ dày.

SUMMARY

GASTRIC ANTRAL SCHWANNOMA: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Aim of Study:

- Case Report of Gastric Antral Schwannoma.
- Review of the Literature.

Patient and method: Retrospective study (case report)

Result: A 49 year-old male, presented with epigastric pain and weight loss, No mass palpable on physical examination.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: N809

Ngày nhận bài: 8/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/5/2026

Ngày duyệt bài: 20/6/2026

CTscan revealed a well defined, exophytic tumor located at posterior-antral gastric wall mesousing 15-40mm, lymph nodes along lesser curvature.

Gastroduodenoscopy: Gastritis.

Intra operation findings: Tumor 8-10 cm located at posterior wall of antral region, solid exophytic mass. The anterior face of pancreatic body was intact.

Surgical Procedure: 2/3 Gastrectomy with Finsterer reconstruction.

No complication post operation.

Histopathologic findings: Nodular mass, Spindle cells; 17/17 lymphnode negative

Immunohistochemical finding: S100 (+); SOX 10(+), Ki67(+) < 3%; CD 117(-); CD 34(-)

Conclusion: Gastric antral schwannoma is rare. The symptoms are not specific. These tumors are often misidentified as submucosal tumors such as gastrointestinal stromal tumors Leiomyomas or other mesenchymal tumors. Definitive diagnosis may require immunohistochemical analysis. Gastric Schwannoma provides the patient with an excellent prognosis as these lesions are generally benign and do not invade lymphatics. Currently, the recommended treatment is complete surgical resection.

Keywords: Gastric schwannoma; subepithelial gastrictumor; Gastric mesenchymal tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Schwannoma dạ dày là những khối u trung mô phát triển từ tế bào (TB) Schwann của bao dây thần kinh (TK) ngoại vi trong thành dạ dày. Schwannoma DD chiếm 2-6% tổng số U trung mô của dạ dày, chiếm 0,2%-1% tổng số khối U dạ dày [1]

Khối U xuất hiện ít gây ra biểu hiện lâm sàng với triệu chứng không đặc hiệu, thường được phát hiện tình cờ. Chẩn đoán trước mổ thường nhầm với khối U GIST dạ dày (DD). Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng (LS) BN nam, 49 T được phẫu thuật cắt dạ dày với chẩn đoán U GIST dạ dày. Kết quả giải phẫu bệnh là khối U Schwannoma dạ dày với mục tiêu:

- Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp U Schwannoma dạ dày.
- Điểm lại Y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả ca lâm sàng hiếm gặp.

Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán Schwannoma dạ dày, được điều trị và phẫu thuật tại BV K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

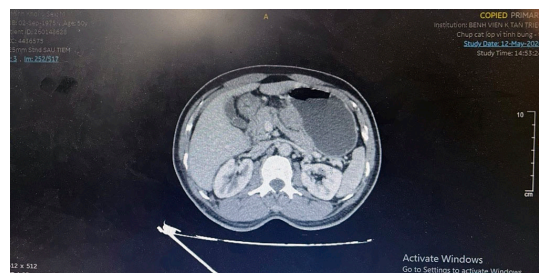
Bệnh án nghiên cứu:

BN nam, 49 T, đau thượng vị không rõ, khám sức khỏe phát hiện khối U mặt sau hang vị và môn vị.

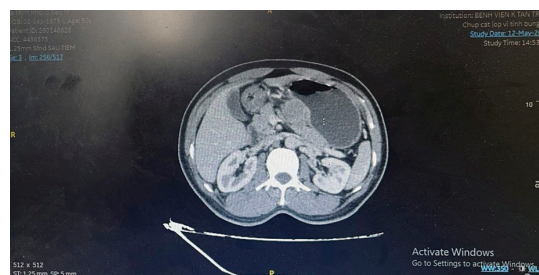
Tiền sử: Viêm DD-TT

Triệu chứng lâm sàng: Đau thượng vị không rõ, không sốt, không nôn, khám không sờ thấy mass thượng vị.

Chụp CLVT: Dày không đều quanh chu vi hang môn vị dạ dày 15mm-40mm, vùng rốn gan, đầu tụy và dọc theo BCN, có hạch KT" 40-35 mm.



Ảnh 1. Chụp CLVT khối U mặt sau hang vị, ranh giới rõ với mặt trước tụy.



Ảnh 2. Khối U mặt sau hang vị phát triển lên phía thân vị.

NSDD: Viêm niêm mạc dạ dày

Xét nghiệm (XN): Hồng cầu 4,26 T/L; Huyết sắc tố 112 g/L; Bạch cầu: 8,7 G/L; Tiểu cầu 280 G/L

Sinh hóa: Urê 6,20 mmol/L. Creatinin 86,84 μmol/L; Bilirubine 16,57 μmol/L; AST 25,22 μmol/L; ALT 16,14 μmol/L; Đường 3,83 mmol/L

Phẫu thuật: Mở bụng đường giữa, không thấy khối U ở mặt trước dạ dày. Vào hậu cung mạc

nổi (HCMN), khối U mặt sau hang, môn vị dạ dày KT: 10-6 cm, chắc, lan rộng, không có chân, nằm trước đầu tụy nhưng không xâm lấn đầu tụy, mật độ chắc, cứng, ranh giới khá rõ, U ăn sâu vào mặt sau hang môn vị, chân rộng, mật độ cứng, chắc.

Mổ cắt 2/3 DD, nối DD-Hỗng tràng Finsterer Hậu phẫu bình thường.



Hình 3: Tổn thương Schwannoma mặt sau hang vị DD

Kết quả GPB: U tế bào hình thoi. HMMD: S100(+); SOX 10(+); Ki 67(+) (3%) HMMD phù hợp với Schwannoma dạ dày .

IV. BÀN LUẬN

Schwannoma dạ dày (GS) là khối U trung mô lành tính chiếm tỷ lệ 0,2%-1% các khối U dạ dày, chiếm 2-6% khối U trung mô dạ dày. Khối U này rất ít khi biến đổi ác tính. Tuổi mắc bệnh thường gặp trong khoảng 50-60 T, nữ chiếm tỷ lệ cao. Các triệu chứng lâm sàng (LS) không đặc hiệu, thường được phát hiện tình cờ do đau bụng hoặc xuất huyết tiêu hóa (XHTH).

Đặc điểm lâm sàng: Schwannoma DD thường gây ra khó chịu vùng thượng vị, đau bụng không rõ ràng, đầy bụng, buồn nôn, trào ngược DD, chán ăn. Khối U ở môn vị hay tâm vị sẽ gây buồn nôn, nôn. Khi khối U lớn, có thể gây triệu chứng do chèn ép hay hoại tử như đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, thủng, hẹp, đau ngực, tràn dịch màng phổi.

Các nghiên cứu thấy rằng các khối U > 5cm có nguy cơ cao gây ra biến chứng, cần phẫu thuật triệt căn. Nếu không được phẫu thuật cắt bỏ, các khối Schwannoma DD lớn có khuynh hướng ác tính hóa.

Một số báo cáo ca LS cho thấy Schwannoma DD có thể gây biến chứng như bệnh nhược cơ, hội chứng cận U, viêm cầu thận màng, protein niệu hay phù chi [2]

Các phương pháp chẩn đoán

Phương pháp nội soi dạ dày (NSDD) và siêu âm nội soi: Là các phương pháp được dùng thường qui để xác định vị trí khối U, KT" U, tình trạng niêm mạc.

NSDD: Được ứng dụng nhiều nhất, Schwannoma DD là khối U lồi dưới niêm mạc, ranh giới rõ, đường viền mềm mại, niêm mạc phủ bình thường. Do Schwannoma DD thường xuất phát dưới niêm mạc hoặc lớp cơ nên thường được chẩn đoán GIST dạ dày. Khi KT U lớn, 25%-50% khối U có loét ở trung tâm gây XHTH, hoại tử u hoặc các biến đổi do loét. Sinh thiết qua NSDD thường cho kết quả viêm dạ dày.

Siêu âm nội soi (SANS): Đánh giá các lớp của DD với độ phân giải cao, đánh giá được nguồn gốc tổn thương dưới niêm mạc. Schwannoma DD qua SANS là khối giảm âm đồng nhất, ranh giới rõ. SANS và sinh thiết (ST) dưới SANS nâng khả năng chẩn đoán trước mổ của Schwannoma DD lên 10%. Độ nhạy của SANS và ST là 52% vs 55% của SANS và trucutbiopsy. Các nghiên cứu mới nhất cho rằng sinh thiết qua SANS có thể cung cấp RNA cho các phân tích đột biến gen. Bởi vậy SANS và ST qua SANS được khuyến dùng thường qui trước mổ.

Các nghiên cứu cho thấy SANS cho hình ảnh đồng nhất, ranh giới rõ vs GIST cho hình ảnh SA không đồng nhất, bờ không đều nhất là khối U GIST nguy cơ cao.[3]

Chụp CLVT: Hình ảnh qua CLVT thường là hình tròn hoặc oval, đồng nhất, mật độ thấp hơn mô mềm, ranh giới rõ, phát triển từ thành DD, là khối lồi ra ngoài, lớp mỡ xung quanh khá rõ. Không thấy hạch vùng và di căn xa.

Các nghiên cứu đưa ra đặc điểm hình ảnh để chẩn đoán phân biệt giữa schwannoma vs GIST theo đó Schwannoma DD có hình ảnh đồng nhất trước tiêm thuốc sau đó tăng đậm trung bình và dần dần ở thì động mạch và tĩnh mạch trong khi GIST DD là khối tăng tỷ trọng không đồng nhất do hoại tử, chảy máu và nang hóa, nhất là những khối U GIST kích thước lớn. Không có hoại tử trong khối U, ngấm thuốc đồng nhất là hình ảnh

gợi ý hỗ trợ chẩn đoán Schwannoma DD. Mặt khác khối U phát triển theo 2 hướng là đặc điểm của Schwannoma DD trong khi GIST phát triển đa dạng, chủ yếu là phát triển ra ngoài (exophytic). Tuy nhiên các tác giả nhận thấy không có đặc điểm CLVT đặc hiệu phân biệt Schwannoma DD vs GIST DD [4]

Chụp cộng hưởng từ (MRI) có giá trị chẩn đoán phân biệt Schwannoma vs GIST cao hơn CLVT. Hình ảnh T1 cho thấy tín hiệu MRI thấp trong khi ở T2 có tín hiệu MRI cao.[2]

Chẩn đoán xác định schwannoma DD gặp nhiều khó khăn do là bệnh rất hiếm gặp, triệu chứng không đặc hiệu. Các khối U này thường được chẩn đoán là u dưới niêm mạc do đặc điểm LS, điện quang, NSDD rất giống với GIST DD hay U Leiomyomas.

Các khối Schwannoma DD thường được chẩn đoán sau mổ qua GPB và hóa mô miễn dịch (HMMD) S100+; SOX10+, CD117(-).

Chụp CLVT được sử dụng trong 87,5% có thể chẩn đoán vị trí khối U, kích thước khối U.

SANS được sử dụng trong 60% các trường hợp, có thể xác định nguồn gốc xuất phát khối U.

Vị trí khối U: Các báo cáo cho thấy khối U khu trú chủ yếu ở phình vị, thân vị, hang vị, không thấy có trường hợp nào vị trí u ở tâm vị hay môn vị.[2]

Các đặc điểm giải phẫu bệnh (GPB) và Hóa mô miễn dịch (HMMD)

Đặc điểm GPB quyết định chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt Schwannoma DD vs GIST dạ dày và các khối U trung mô dạ dày khác.

Về đại thể: Schwannoma DD là khối U ranh giới rõ, có vỏ bọc, mật độ chắc, bề mặt nhẵn, không thâm nhiễm, có vòng lympho bao quanh, vòng lympho này (phản ứng miễn dịch) là đặc điểm đặc trưng của Schwannoma DD hiếm khi có ở GIST hay các u trung mô dạ dày khác

Về vi thể: Schwannoma là tế bào hình thoi, được chia 2 dạng là Antoni A và Antoni B. Antoni A tập trung dày đặc tế bào hình thoi nhân kéo dài tạo thành cụm. Antoni B tập trung ít TB hình thoi, lỏng lẻo.

HMMD: Có vai trò quyết định chẩn đoán. Schwannoma DD biểu hiện phản ứng miễn dịch mạnh và lan rộng với S100 (biểu hiện nguồn gốc tế bào Schwann).

SOX10 (+): Biểu hiện khối U xuất phát từ mào thần kinh, là dấu ấn có độ nhạy và độ đặc hiệu cao biểu hiện sự biệt hóa của tế bào schwann, thường dương tính với GS.

Ki67 < 5%: biểu hiện các khối U phát triển chậm, âm thầm

Mặt khác, Schwannoma DD (-) với CD1177 (KIT), DGO-1, CD34 là các dấu ấn có độ nhạy và đặc hiệu cao với GIST.(6)

SMA (-), Desmin (-) chẩn đoán phân biệt với Leiomyomas và Leiomyosarcomas [5]

Điều trị phẫu thuật schwannoma dạ dày.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn chính cho phần lớn các trường hợp Schwannoma DD.

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày hình chêm: Là lựa chọn chính cho hầu hết các schwannoma DD đạt kết quả sớm và lâu dài rất tốt. Phẫu thuật này lấy enblock khối U nguyên trong bao, không cần cắt dạ dày. Các báo cáo cho thấy thời gian mổ từ 60-150 phút, tỷ lệ chuyển mổ 5%, tỷ lệ biến chứng 0-10% chủ yếu là biến chứng nhẹ như nhiễm trùng vết mổ hay chậm rỗng DD. Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt DD hình chêm an toàn và có thể thực hiện với khối U 5-6 cm với điều kiện là vị trí u cho phép lập lại lưu thông và đảm bảo chức năng dạ dày. Vị trí U thuận lợi cho PTNS này là khối U ở bờ cong lớn hay mặt trước DD. Các vị trí khó khăn là tâm vị, môn vị và bờ cong nhỏ DD dễ gây hẹp và làm tổn thương chức năng. PTNS không cần nạo hạch và điều trị hóa chất sau mổ. Các báo cáo cho thấy tỷ lệ tái phát bằng 0% nếu đạt được R0.

Cắt U qua NSDD: Cắt hớt dưới niêm mạc DD (Endoscopic submucosal resection: ESD) và ESE (endoscopic submucosal excavation) chỉ định cho khối U xuất phát từ lớp cơ, phát triển vào trong lòng DD, KT khối U < 2cm.

So sánh phẫu thuật với các phương pháp cắt nội soi, kết quả cho thấy ESD hay ESE có thời gian nằm viện ngắn, phục hồi nhanh, giá thành thấp tuy nhiên phẫu thuật là phương pháp đạt kết quả tốt hơn đối với khối U lồi ra ngoài hay khối U ở vị trí giải phẫu khó như tâm vị, môn vị. Mặt khác cắt U qua NSDD (ESD) có tỷ lệ tái phát 5-15% đòi hỏi cắt lại.

Một số ca lâm sàng:

Rebarz M.Ali và CS báo cáo BN nữ, 50 T, đau thượng vị, buồn nôn, ỉa phân đen. Chụp CLVT và MRI cho thấy khối u ranh giới rõ vùng môn vị. Sinh thiết qua NSDD cho kết quả schwannoma. BN được mổ cắt DD hình chêm (mặt trước DD sát góc BCN). GPB là tế bào hình thoi. HMMD (+) với S100.[6]

Amine Majdoubi et al báo cáo ca LS nữ, 50 T đau thượng vị sau ăn liên tục 1 tháng, ỉa phân đen, Hemoglobin 7,3 g, truyền 2 ĐV máu, gầy sút, suy nhược. NSDD có loét DD, mass phình vị lớn lồi ra ngoài. CLVT thấy khối U Bờ cong lớn (BCL) dạ dày kích thước 35-32-31mm. PTNS cắt DD hình chêm. GPB và HMMD (+) S100; CD117(-), DOG-1 (-).[1]

Apurva S Shah et al báo cáo BN nữ, 37 T, tình

cờ phát hiện mass thượng vị. CLVT phát hiện khối tăng tỷ trọng vừa KT 3,8 cm ở thân vị và phình vị lớn, đẩy thùy gan trái. Sinh thiết dưới CLVT là tế bào hình thoi. Chẩn đoán trước mổ GIST DD. Mổ cắt khối U DD kích thước 5-5 cm. GPB là U tế bào hình thoi. HMMD (+) với S100, (-) với CD -117, CD- 34, SMA; Desmin [7]

Chen Sung Lin và cs báo cáo ca BN nữ, 24 T, xuất hiện đau tức vùng thượng vị không liên tục 1 tháng, nôn máu tươi 1 tuần trước nhập viện. NSDD là khối U lồi 4 cm ở phình vị lớn với loét ở trung tâm được cục máu đông phủ. CLVT thấy khối u thành trước thân vị. Chẩn đoán trước mổ là GIST DD, BN được cắt gần toàn bộ DD (Bilroth II). KT* U là 3,8-3,5-3,2cm mặt trước thân vị. Kết quả HMMD: S100(+); CD34, CD117(-) [8]

Bảng 1: Các ca lâm sàng trên thế giới [6]

Tác giả	N	Tuổi/ Giới	Lâm sàng	Chẩn đoán	HMMD	Phẫu thuật
Sorial et al 2024	1	82/ Nam	Đau bụng không rõ	CLVT: Khối 3,2 cm bờ cong lớn (BCL)	S100 (+) CD 34, CD117, DoG-1, DS, SMA (-)	PTNS cắt U hình chêm
Maidoubi et al,2024	1	50/ Nam	Đau bụng sau ăn kéo dài, ỉa phân đen, chán ăn,suy kiệt.	CLVT, NSDD Khối U 33 mm ở phình vị lớn và BCL	S100+ CD117- DOG- DS- AML-	PTNS cắt DD hình chêm
Manjesh et al,2024	1	62/ Nữ	Gầy sút, đầy bụng	CLVT,SANS, NSDD: U 83mm phình vị lớn	S100+, GFAP & P16(+), CD117(-) DOG-1(-). SMA-, CD34-	Mổ mở, cắt U
Huang et al: 2024	1	72/ Nữ	Bụng chướng	CLVT, SANS: U 55 mm mặt trước thân vị, gần BCL	S100+, SDHB+, SOX10+. CD34 -, CD117-DOG-.DS-, Ki-67<1%	EFTR*
Kostovsk et al ,2024	1	68/ Nam	Đau bụng, khó chịu	CLVT: Khối U hang vị phía BCL 62 mm. NSDD: U dưới niêm mạc	S100+, S10DHB+,SOX10+ CD34-, CD117-, DOG10- Ki-67< 1%	Mổ mở cắt U
Koman et al, 2024	1	67/ Nam	Mệt mỏi, nhợt, ỉa máu đỏ	SANS: Khối hang vị 9 mm	S100+	Cắt hớt niêm mạc (ESD), EFTR
Lin et al 2024	1	66/ Nữ	Khối lồi dưới niêm mạc	CLVT, SANS, NSDD: U 25 mm, phình vị lớn	S100+	PTNS Cắt U
Huang et al 2024	1	31/ Nữ	Sờ thấy mass	CLVT, NSDD: khối U mặt sau DD, sát BCN 64 mm		PTNS cắt U

* Cắt toàn bộ khối U qua NSDD.

BN của chúng tôi không có triệu chứng đặc hiệu, đầy tức nhẹ thượng vị, kém ăn, không rõ gầy sút. Khám không sờ thấy U.

CLVT là khối nằm giữa thành sau phần thấp hang vị, gần môn vị, ranh giới không rõ với dạ dày, có ranh giới khá rõ với mặt trước thân tụy.

Đánh giá trong mổ cho thấy đây là khối U dưới niêm mạc DD, kích thước 8-10 cm từ hang vị gần môn vị (khối U ở mặt sau hang vị) phát triển lên cao phía thân vị, ranh giới khá rõ với phần DD lành, cứng, chắc, lồi nhô gồm các vùng lồi và phẳng xen kẽ. Tính chất này khác hẳn với khối U GIST dạ dày mềm, mủn, dễ vỡ, chân khối U GIST thường hẹp. Khối U này chân rộng chiếm toàn bộ kích thước U, khi kéo ra không tách hẳn khỏi các lớp thành DD.

Chúng tôi cắt 2/3 DD có khối u, nối DD-HT Finsterer.

Kết quả GPB: U Tế bào hình thoi, KT” 7,3-4,5-2 cm; 17/17 hạch viêm mạn tính.

Kết quả HMMD: S100(+); SOX 10(+), Ki67(+)< 3%; CD117 (-), CD 34 (-), DOX-1(-).

V. KẾT LUẬN

Schwannoma dạ dày là khối U lành tính hiếm gặp xuất phát từ tế bào Schwann của bao thần kinh ngoại vi. Schwannoma DD thường chẩn đoán nhầm với các khối U dưới niêm mạc như GIST dạ dày, Leiomyoma dạ dày hay các khối U trung mô khác. Chẩn đoán xác định bằng hóa mô miễn dịch. Schwannoma dạ dày là khối U lành tính, tiên lượng

tốt, không xâm lấn hạch. Phẫu thuật lấy hết khối U với diện cắt R0 là phương pháp điều trị triệt căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amine Majdoubi et al.** Gastric schwannoma: the gastrointestinal tumor simulator-Case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports* 116(2024) 109389
2. **Zhiyong Qi et al:** Current status of the diagnosis and treatment of gastrointestinal Schwannoma. *Oncology Lett.*2021 Mar 16;21(5):384.
3. **Atmatzidis S et al.** Gastric schwannoma. A case report and Literature review. *Hippokratia.* 2012; 16: 280-282.
4. **Loo et al.** Gastric Schwannoma: diagnostic challenges, pathological features and surgical management: a narrative review. *World Journal of Surgical Oncology* (2026) 24: 225.
5. **Kwon MS et al.** Schwannomas of the gastrointestinal tract: Clinicopathological features of 12 cases including a case of esophageal tumor compared with gastrointestinal tumor and leiomyomas of the gastrointestinal tract. *Pathol Res Pract.*2002; 198(9) 605-13.
6. **Rebaz M.Ali et al.** Gastric pyloric schwannoma: A Case report and Review of the Literature . *BARW Medical Journal* 2025; 3 (2):70-74.
7. **Apurva S Shah et al.** Gastric schwannoma: A Benign tumor Often Misdiagnosed as Gastrointestinal Stromal Tumor. *ClinPract.*2015 Oct 12;5(3): 775.
8. **Chen Sung Lin et al.** Gastric schwannoma. Case Report. *J Chin Med Assoc.* 2004 67: 583-586.