

# UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY THỂ TỤY – BẦY CHẨN ĐOÁN TRONG GIẢI PHẪU BỆNH: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Lương Việt Bằng<sup>1</sup>, Hoàng Thị Duyên, Nguyễn Thị Lam<sup>1</sup>,  
Ngô Thị Thu Hà<sup>1</sup>, Phạm Thị Thảo Phương<sup>1</sup>, Trịnh Tuấn Dũng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Ung thư biểu mô dạ dày thể tụy là một dưới nhóm mô học hiếm gặp của ung thư biểu mô tuyến dạ dày, thường liên quan đến virus Epstein-Barr và có thể bị chẩn đoán sai. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nam giới 60 tuổi có ổ loét dạ dày và đã được chẩn đoán là viêm loét dạ dày mạn tính hoạt động tại một cơ sở khác. Kết quả sinh thiết lại chưa loại trừ u ác tính. Bệnh nhân được làm cắt hết dưới niêm mạc. Hình ảnh mô bệnh học tổn thương là một u ác tính với hình thái kém biệt hóa, có mô đệm giàu lympho bào. Các xét nghiệm hỗ trợ cho thấy tế bào u dương tính với các dấu ấn biểu mô và lai tại chỗ EBER. Chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày thể tụy được xác lập. Bệnh nhân sau đó được cắt bán phần dạ dày kèm nạo vét hạch. Theo dõi 18 tháng sau mổ không thấy tái phát hoặc di căn xa. Trường hợp này cho thấy ung thư biểu mô dạ dày thể tụy có thể bị nhầm lẫn với các bệnh lý khác và chẩn đoán xác định bệnh cần sự kết hợp mô bệnh học thường quy và các xét nghiệm hỗ trợ, đặc biệt là lai tại chỗ EBER.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô dạ dày thể tụy, ung thư biểu mô tuyến dạ dày, Epstein-Barr virus, EBER ISH.

## SUMMARY

### GASTRIC MEDULLARY CARCINOMA - DIAGNOSTIC PITFALL IN PATHOLOGY: A CASE REPORT

Gastric medullary carcinoma is a rare histological subtype of gastric adenocarcinoma which is usually associated with Epstein-Barr virus and could be misdiagnosed. We reported a case of a 60-year-old

man having a gastric ulcer with a previous diagnosis of chronic active ulcerative gastritis from another facility. Malignancy could not be excluded on re-biopsied specimen. Endoscopic submucosal dissection was performed. The histopathological examination revealed a malignant tumor with poorly differentiated morphology and lymphoid stroma. Ancillary studies revealed tumor cells were positive for epithelial markers and EBER in situ hybridization. A diagnosis of gastric medullary carcinoma was established. The patient had undergone partial gastrectomy with lymphadenectomy. 18 months after surgery, neither locoregional recurrence nor distant metastasis was found. This case highlights that gastric medullary carcinoma could mimic other entities and the definitive diagnosis requires combination of routine histopathological examination and ancillary studies, especially EBER in situ hybridization.

**Keywords:** Gastric medullary carcinoma, Gastric adenocarcinoma, Epstein-Barr virus, EBER-ISH

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô (UTBM) dạ dày thể tụy, còn gọi là UTBM dạ dày với mô đệm giàu lympho bào hoặc UTBM dạng lympho biểu mô, là một dưới nhóm của UTBM tuyến dạ dày và là thể mô bệnh học đại diện cho dưới nhóm phân tử dương tính với Epstein-Barr virus (EBV) của ung thư dạ dày.<sup>1</sup> UTBM dạ dày thể tụy chiếm khoảng 1-7% các trường hợp UTBM dạ dày và là một thực thể có tiên lượng tốt.<sup>1-3</sup>

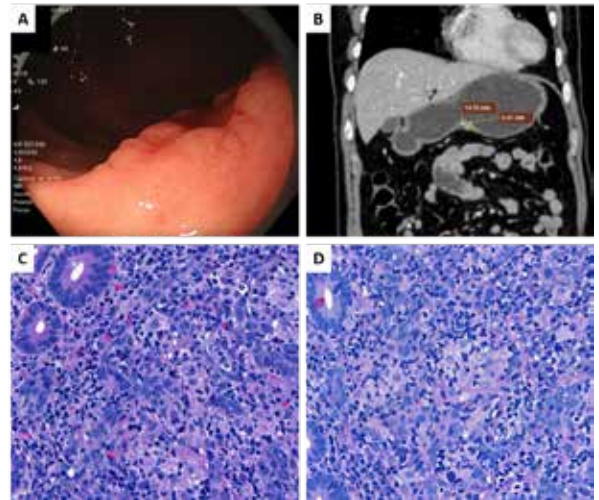
Trên vi thể, UTBM dạ dày thể tụy được đặc trưng bởi các tế bào u kém biệt hóa trên

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh  
Tác giả liên hệ: ThS.BSNT. Lương Việt Bằng  
Email: banglv@tamanhhospital.vn  
Ngày nhận bài: 13/5/2026  
Ngày phản biện khoa học: 17/7/2026  
Ngày duyệt bài: 5/8/2026

nền mô đệm giàu lympho bào.<sup>1,3,4</sup> Thực thể này do đó là một bẫy chẩn đoán trong thực hành giải phẫu bệnh vì có thể bị nhầm với các bệnh lý khác như viêm dạ dày mạn tính, UTBM kém biệt hóa hoặc u lympho. Chẩn đoán UTBM dạ dày thể tủy cần sự hỗ trợ từ các xét nghiệm chuyên sâu trong đó có lai tại chỗ EBER (EBER-ISH). Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo một trường hợp UTBM dạ dày thể tủy được phát hiện và điều trị tại cơ sở của mình.

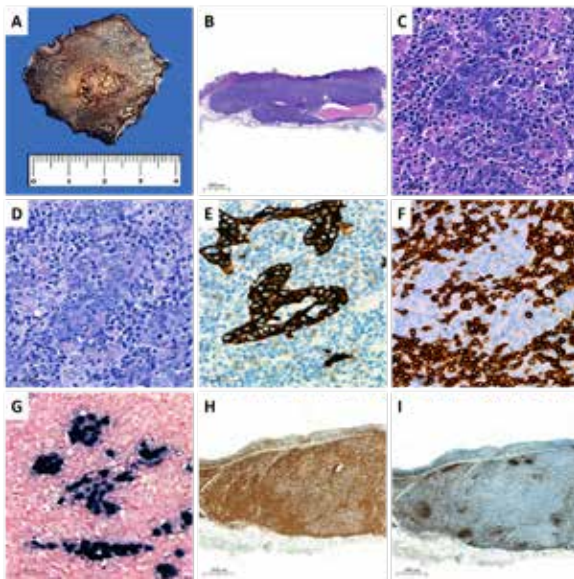
### Ca bệnh

Nam giới 60 tuổi, có loét dạ dày được phát hiện tại một cơ sở y tế khác, đã được sinh thiết và chẩn đoán là viêm loét dạ dày mạn tính hoạt động, đi khám vì điều trị nội khoa không đáp ứng. Khám lâm sàng và kết quả xét nghiệm máu không có gì đặc biệt. Nội soi dạ dày thấy mặt trước thân vị có tổn thương phẳng gồ (Paris 0-IIa) kích thước 1,2 x 1 cm (Hình 1A). Trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (Hình 1B) thấy thân vị có dày thành khu trú tạo nốt kích thước 1,4 x 0,8 cm, ngấm thuốc sau tiêm, chưa thâm nhiễm mỡ xung quanh. Bệnh nhân được nội soi dạ dày và sinh thiết lại tổn thương (Hình 1C, 1D) thấy trên nền thâm nhiễm rất nhiều bạch cầu đơn nhân có tế bào có nhân khá lớn, không đều, tăng sắc, có hạt nhân rõ, rải rác có nhân chia, bào tương không bắt màu PAS, sắp xếp lộn xộn không có cấu trúc nang tuyến. Chẩn đoán giải phẫu bệnh trên mẫu sinh thiết lại là niêm mạc dạ dày có tổn thương nghi ngờ ác tính chưa loại trừ là ung thư biểu mô kém biệt hóa.



Hình 1: A – Tổn thương Paris 0-IIa ở thân vị dạ dày; B – Thân vị có dày thành khu trú tạo nốt; C – Các tế bào u kém biệt hóa trên nền mô đệm thâm nhiễm nhiều tế bào viêm các loại (HE  $\times$  200); D – Các tế bào u không bắt màu PAS (PAS  $\times$  200).

Bệnh nhân được lấy trọn toàn bộ tổn thương bằng cắt hót dưới niêm mạc (ESD) (Hình 2A). Hình ảnh mô bệnh học của tổn thương (Hình 2B, 2C) là một u ác tính với các tế bào kém biệt hóa trên nền mô đệm giàu lympho bào, xâm nhập sâu đến lớp hạ niêm mạc, vượt qua cơ niêm 3 mm. Các tế bào u không bắt màu PAS (Hình 2D), dương tính với CK, EBER-ISH và âm tính với LCA (Hình 2E, 2F, 2G). Thành phần lympho bào trong mô đệm u chủ yếu là lympho T (Hình 2H, 2I). Kết quả giải phẫu bệnh là Ung thư biểu mô dạ dày thể tủy, xâm nhập đến lớp hạ niêm mạc, không xâm nhập mạch hoặc quanh thần kinh, các diện cắt âm tính. Đánh giá nguy cơ sau ESD thuộc nhóm eCuraC-2.



Hình 2: A – Bệnh phẩm ESD tổn thương thân vị; B – U có ranh giới khá rõ, mô đệm giàu lympho bào, xâm nhập đến hạ niêm mạc (HE  $\times 4$ ); C – Mô u gồm các tế bào kém biệt hóa trên nền mô đệm thâm nhiễm nhiều tế bào viêm các loại (HE  $\times 400$ ); Các tế bào u không bắt màu PAS (D) (PAS  $\times 400$ ) dương tính với CK (E) (CK  $\times 400$ ), âm tính với LCA (F) (LCA  $\times 400$ ) và dương tính với EBER-ISH (G) (EBER-ISH  $\times 400$ ); Thành phần lympho của mô đệm chủ yếu là lympho T dương tính với CD3 (H) (CD3  $\times 10$ ) và âm tính với CD20 (I) (CD20  $\times 10$ ).

Bệnh nhân được cắt dạ dày bán phần và nạo vét hạch sau đó 1 tháng. Xét nghiệm mô bệnh học phần dạ dày sau ESD không có tế bào u và 11 hạch vùng tìm được đều âm tính. Kết quả giải phẫu bệnh sau cùng của bệnh nhân là: *Ung thư biểu mô dạ dày thể tủy (Gastric medullary carcinoma; ICD-O: 8512/3), xâm nhập đến lớp hạ niêm mạc, 11 hạch vùng không có tế bào u, không xâm nhập mạch hoặc quanh thần kinh, các diện cắt âm tính, pT1b pN0 cM0*. Bệnh nhân được làm xét nghiệm

giải trình tự gene thể hệ mới (K-Track™, hệ thống NextSeq, Illumina) và không phát hiện đột biến có ý nghĩa điều trị nhắm trúng đích cũng như không có tình trạng mất ổn định vi vệ tinh. Bệnh nhân từ chối điều trị hỗ trợ mà chỉ theo dõi sau phẫu thuật, do đó không có xét nghiệm thêm về PD-L1. 18 tháng sau phẫu thuật các lần tái khám đều cho thấy không có dấu hiệu của tái phát hoặc di căn xa.

### Y đức

Việc sử dụng các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng trong bài báo cáo ca bệnh này đã được sự đồng thuận của người bệnh.

## IV. BÀN LUẬN

Trong ca bệnh của chúng tôi, khối u trong lần sinh thiết đầu đã bị chẩn đoán là tổn thương lành tính và trong lần sinh thiết thứ hai thì chẩn đoán UTBM dạ dày thể tủy cũng không được đặt ra ngay từ đầu. Điều này có thể do đặc trưng của UTBM dạ dày thể tủy là các tế bào u kém biệt hóa trên nền mô đệm giàu lympho bào.<sup>1,3,4</sup> Đặc điểm này khiến UTBM dạ dày thể tủy một mặt có thể bị nhầm là viêm dạ dày mạn tính, một mặt có thể bị nhầm với các u ác tính khác như UTBM kém biệt hóa hoặc u lympho. Việc phát hiện một quần thể tế bào biểu mô kém biệt hóa và nhiễm EBV (dương tính với CK và EBER) giúp phân biệt UTBM dạ dày thể tủy với viêm dạ dày lành tính và với UTBM kém biệt hóa khác. Mô đệm giàu lympho với thành phần lympho T chiếm ưu thế (dương tính với CD3) cũng giúp loại trừ u lympho ở dạ dày, vốn thường gặp là u lympho tế bào B (dương tính với CD20).

Theo Atlas hệ gene ung thư (The Cancer Genome Atlas – TCGA), UTBM dạ dày được chia làm 4 dưới nhóm phân tử là nhóm EBV

duy tính, nhóm mất ổn định vi vệ tinh, nhóm hệ gene ổn định và nhóm bất ổn định nhiễm sắc thể.<sup>1</sup> UTBM dạ dày thể tủy là hình ảnh mô bệnh học đại diện cho dưới nhóm EBV dương tính và là dưới nhóm có tiên lượng tốt của UTBM tuyến dạ dày, có tỷ lệ di căn hạch thấp và đáp ứng tốt với liệu pháp miễn dịch.<sup>1-3</sup> Vì vậy chẩn đoán xác định được UTBM dạ dày thể tủy có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng. Chẩn đoán UTBM dạ dày thể tủy cần có sự kết hợp giữa hình ảnh mô bệnh học và các xét nghiệm bổ sung, đặc biệt là các xét nghiệm cho biết tình trạng nhiễm EBV, một hiện tượng phổ biến ở thực thể này với tỷ lệ có thể lên đến 100%.<sup>1</sup> EBER-ISH là phương pháp có khả năng phát hiện EBV cao nhất với tỷ lệ > 80%.<sup>1</sup> Tuy nhiên các xét nghiệm này khó thực hiện được trong trường hợp mô u hạn chế như trên sinh thiết nhỏ.

Bệnh nhân của chúng tôi đã được thực hiện ESD với hai mục đích, lấy mẫu bệnh phẩm lớn đủ để chẩn đoán và để điều trị triệt căn nếu có thể. Chỉ định ESD này phù hợp với hướng dẫn của Hội Ung thư dạ dày Nhật Bản khi mà chẩn đoán trên mẫu sinh thiết nội soi chưa rõ ràng và tổn thương đơn ổ ở dạ dày  $\leq 2$  cm.<sup>5</sup> Trên mẫu ESD, chúng tôi đã thu được hình ảnh mô bệnh học đặc trưng của UTBM dạ dày thể tủy cũng như làm thêm được hóa mô miễn dịch và EBER-ISH để xác lập chẩn đoán. Mục đích thứ hai không đạt được do u đã xâm nhập qua cơ niêm quá 500  $\mu$ m, không đạt tiêu chuẩn điều trị triệt căn trên ESD và xếp vào nhóm nguy cơ eCuraC-2.<sup>5</sup> Vì vậy bệnh nhân đã được điều trị tiếp bằng cắt dạ dày bán phần và nạo vét hạch. Kết quả giải phẫu bệnh trên mẫu phẫu thuật cho thấy phần dạ dày sau ESD và các hạch vùng đều không có tế bào u. Giai

đoạn TNM sau cùng của bệnh nhân là pT1b pN0 cM0, và có thể theo dõi mà không bắt buộc phải điều trị bổ trợ theo khuyến cáo của NCCN.<sup>6</sup> Kết quả theo dõi sau 18 tháng cũng không có dấu hiệu của tái phát hoặc di căn xa mặc dù không có điều trị gì thêm.

## V. KẾT LUẬN

UTBM dạ dày thể tủy là một dưới nhóm hiếm gặp của UTBM tuyến dạ dày với tiên lượng tốt. Chẩn đoán thực thể này cần được đặt ra trong các trường hợp có hình ảnh ung thư biểu mô kém biệt hóa với mô đệm giàu lympho bào.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rugge M, Carneiro F, eds.** Gastric adenocarcinoma. In: *WHO Classification of Digestive System Tumours*. Vol 1. 5th ed. World health organization classification of tumours. International agency for research on cancer; 2019.
2. **Cheng Y, Zhou X, Xu K, Huang J, Huang Q.** Very low risk of lymph node metastasis in Epstein-Barr virus-associated early gastric carcinoma with lymphoid stroma. *BMC Gastroenterol*. 2020;20(1):273. doi:10.1186/s12876-020-01422-9
3. **Petrillo A, Ottaviano M, Pompella L, et al.** Rare epithelial gastric cancers: a review of the current treatment knowledge. *Ther Adv Med Oncol*. 2025;17:17588359241255628. doi:10.1177/17588359241255628
4. **Uprak TK, Akmercan A, Coşkun M, Attaallah W.** Gastric medullary carcinoma: clinicopathological features and prognosis-a single-center study. *ANZ J Surg*. 2021;91(11):2425-2429. doi:10.1111/ans.17129
5. **Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018** (5th edition). *Gastric Cancer*. 2021;24(1):1-21. doi:10.1007/s10120-020-01042-y
6. **National Comprehensive Cancer Network - Clinical Practice Guideline in Oncology: Gastric Cancers** (Version 3.2026). Accessed August 4, 2026. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/gastric.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf)