

BÁO CÁO CA BỆNH LÂM SÀNG: MỘT TRƯỜNG HỢP U MÔ ĐỆM DẠ DÀY RUỘT (GIST) VÀ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY CÙNG TỒN TẠI TRÊN MỘT BỆNH NHÂN

Trần Nam Long, Nguyễn Minh Tuấn, Lê Văn Thực, Lò Đức Thành
Nguyễn Tiến Mạnh, Nguyễn Đình Hợp, Nguyễn Thành Luân(*)

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến dạ dày và u mô đệm dạ dày ruột là hai loại u ở dạ dày có sự khác nhau về nguồn gốc phát sinh, mức độ ác tính cũng như tần suất bắt gặp. Số các trường hợp có sự cùng phát triển của cả 2 loại u này ở dạ dày là hiếm gặp. **Mục tiêu:** Chúng tôi báo cáo một ca bệnh với sự có mặt ở dạ dày của cả u mô đệm dạ dày ruột và ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật thành công tại Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện 198 và tổng quan y văn có liên quan đến trường hợp hiếm gặp này.

SUMMARY

THE SYNCHRONOUS OCCURRENCE OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR AND ADENOCARCINOMA IN THE STOMACH: A CASE REPORT

Gastric adenocarcinoma and gastrointestinal stromal tumor (GIST) are two types of gastric tumors that differ in their origin, malignancy, and frequency of appearance. The number of cases who have the coexistence of both these two tumors in the stomach is rare. **Conclusion:** We report a case with the presence of both gastrointestinal stromal tumor (GIST) and gastric adenocarcinoma at the Department of General Surgery - Hospital 198

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhóm bệnh lý ác tính của dạ dày, ung thư dạ dày loại biểu mô tuyến (adenocarcinoma) là phổ biến nhất với khoảng 90-95% các trường hợp. Đây là dạng ung thư ác tính với các tế bào u có nguồn gốc từ những tế bào biểu mô ở lớp niêm mạc dạ dày. Khác với ung thư biểu mô tuyến, u mô đệm dạ dày ruột (GIST) được đưa vào nhóm ung thư không biểu mô, bao gồm các tế bào có nguồn gốc từ các tế bào tiền thân trung mô ở thành dạ dày [1][2][3].

Việc cùng tồn tại của nhiều khối u với bản chất khác nhau đặc biệt là sự cùng phát triển của ung thư biểu mô tuyến và u GIST ở dạ dày là không thường gặp với số lượng ca bệnh ít ỏi được báo cáo trong y văn. Đã có một số giả

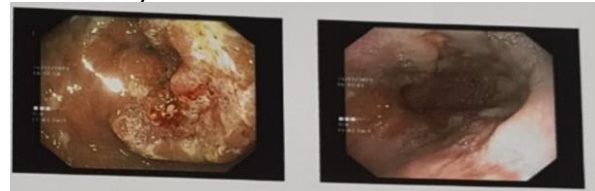
thuyết khác nhau về sự phát triển đồng thời của GIST và ung thư biểu mô tuyến là sự ngẫu nhiên hay là hai tổn thương có mối quan hệ nhân quả. Giả thuyết về đột biến gen được nhiều tác giả ủng hộ, tuy nhiên chưa có đủ dữ liệu để khẳng định [4][5].

Ở đây, chúng tôi báo cáo một ca bệnh ít gặp với sự có mặt ở dạ dày của cả u mô đệm dạ dày ruột (GIST) và ung thư biểu mô tuyến dạ dày đã được phẫu thuật thành công tại Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện 198.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn Văn T. Nam. 71 tuổi. Vào viện ngày 23/11/2021 với lý do: Đau bụng vùng thượng vị và gầy sút cân. Tiền sử: loét dạ dày nhiều năm, uống thuốc điều trị từng đợt. Khoảng 02 tháng trước khi vào viện bệnh nhân có biểu hiện chán ăn và gầy sút cân nhẹ, đau thượng vị âm ỉ. Cách vào viện 01 tuần đau thượng vị tăng lên và có sự thay đổi về tính chất đau so với trước đây, bệnh nhân uống thuốc không đỡ. Tình trạng nhập viện: tỉnh táo, thể trạng trung bình, không sốt, huyết áp 120/70 mmHg, mạch 85 lần/phút; bụng mềm, ấn thượng vị đau, không có phản ứng thành bụng; không nôn máu, đại tiện phân bình thường.

Nội soi thực quản – dạ dày ống mềm: Vùng tiền môn vị có ổ loét sùi chiếm gần hết chu vi làm hẹp lỗ môn vị, máy soi qua khó, nghi ngờ là tổn thương ác tính. Sinh thiết tổn thương làm mô bệnh học: Mô u gồm các tế bào có nhân lớn, bào tương hẹp, tỷ lệ nhân/bào tương cao, chất nhiễm sắc thô, hạt nhân rõ, nhiều nhân chia không điển hình. Các tế bào u sắp xếp tạo thành cấu trúc dạng tuyến, ống không đều. Kết luận: Ung thư biểu mô tuyến.



Hình 1. Hình ảnh khối loét sùi vùng tiền môn vị trên nội soi dạ dày

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm

(*)Bệnh viện 198

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nam Long

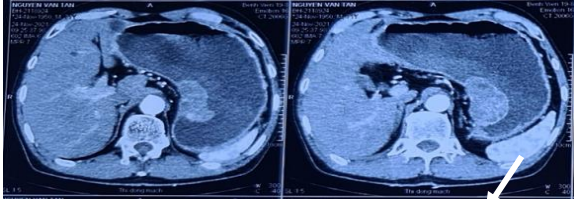
Email: namlongtran87@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.11.2021

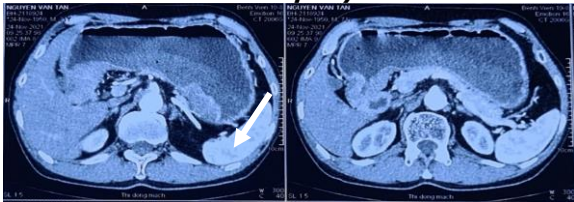
Ngày phản biện khoa học: 22.12.2021

Ngày duyệt bài: 7.01.2022

thuốc cản quang phát hiện tổn thương tại 02 vị trí. Vị trí bờ cong nhỏ dạ dày có khối tỷ trọng tổ chức kích thước 28x53 mm, lõi vào trong lòng dạ dày, bề mặt có tổn thương loét nhỏ dạng loét, không thấy thâm nhiễm xung quanh (Hình 2). Vị trí hang môn vị có hình ảnh dày thành đồng trục, chỗ dày nhất 22 mm trên đoạn dài 36 mm (Hình 3).



Hình 2. Hình ảnh khối tổn thương vị trí bờ cong nhỏ dạ dày



Hình 3. Hình ảnh dày thành đồng trục vị trí hang – môn vị dạ dày

Các xét nghiệm khác không phát hiện bất thường. Bệnh nhân được chẩn đoán: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày vị trí hang - môn vị giai đoạn cT3N0M0/U bờ cong nhỏ dạ dày chưa rõ bản chất.

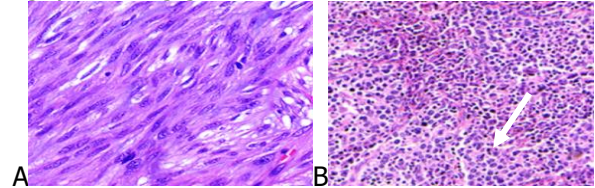
Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 29/11/2021. Đường mổ là đường trắng giữa trên – dưới rốn. Vào ổ bụng quan sát thấy: phúc mạc trơn nhẵn, ổ bụng không có dịch, dạ dày có u vùng tâm vị và môn vị chưa xâm lấn ra thanh mạc, các tạng khác bình thường. Tiến hành cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch, đặt dẫn lưu dưới gan, hố lách và Douglas, cầm máu kỹ, đóng bụng theo lớp giải phẫu.

Kết quả giải phẫu bệnh đại thể sau mổ bệnh phẩm bao gồm dạ dày và mạc nối lớn. Vị trí bờ cong nhỏ sát tâm vị có khối u kích thước 40x20x15mm, có vỏ bọc, diện cắt mềm, màu trắng đục. Vùng hang môn vị cách diện cắt 25 mm có khối loét sùi với đường kính ổ loét 30mm, thâm nhiễm cứng xung quanh.

Nhuộm Hematoxylin – Eosin cho thấy tổ chức khối u ở vùng môn vị bao gồm các tế bào có nhân lớn, bào tương hẹp, tỷ lệ nhân/bào tương cao, chất nhiễm sắc thô, hạt nhân rõ, nhiều nhân chia không điển hình. Các tế bào u sắp xếp tạo cấu trúc tuyến không đều, xâm nhập tới lớp thanh mạc và xâm nhập mạch bạch huyết. Kết luận: Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa (Hình 4). Khối u vị trí bờ cong nhỏ tổ chức u bao gồm các tế bào nhân hình thoi hoặc bầu dục, chất

nhiểm sắc không đều, có hốc, bào tương ưa toan, rải rác nhân chia (> 5 nhân chia/50 vi trường). Các tế bào u sắp xếp thành dạng bó, dài xen kẽ các mạch máu nhỏ thành mỏng. Kết luận: U tế bào hình thoi hướng đến u mô đệm dạ dày (GISTs) nguy cơ trung gian (Hình 4).

Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch u vùng bờ cong nhỏ sát tâm vị: CD117 (+); CD34 (+); S100 (-); SMA (-). Kết luận: U mô đệm dạ dày (GIST) nguy cơ trung gian.



Hình 4. Hình ảnh sau nhuộm Hematoxylin & Eosin khối u bờ cong nhỏ sát tâm vị (A) và khối u vùng hang môn vị (B)

Sau mổ bệnh nhân hồi phục tốt, không ghi nhận biến chứng hậu phẫu. Dịch qua dẫn lưu màu hồng nhạt, số lượng dịch giảm dần và được rút toàn bộ dẫn lưu vào ngày 07 sau mổ. Cắt chỉ vào ngày thứ 07 sau mổ. Ngày 10 hậu phẫu bệnh nhân ra viện. Hẹn tái khám chuyên khoa ung bướu sau 02 tuần để điều trị bổ trợ.

III. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến dạ dày (adenocarcinomas) và u mô đệm dạ dày ruột (gastrointestinal stromal tumors – GIST) là hai loại u ở dạ dày có sự khác nhau về nguồn gốc phát sinh, mức độ ác tính cũng như tần suất bắt gặp. Trong nhóm bệnh lý ác tính của dạ dày, ung thư dạ dày loại biểu mô tuyến (adenocarcinoma) là phổ biến nhất với khoảng 90-95% các trường hợp. Cùng với đó, GIST là khối u trung mô phổ biến nhất chiếm khoảng 0,1 – 3% số các trường hợp u đường tiêu hóa. Tuy nhiên, số ca bệnh cùng mắc ung thư biểu mô tuyến dạ dày và u GIST được báo cáo trong y văn là rất ít. Năm 2000, tác giả Maiorana và cộng sự báo cáo một chuỗi 05 ca bệnh có sự đồng mắc ung thư biểu mô tuyến và u GIST dạ dày trong tổng số 2035 ca bệnh nghiên cứu [6]. Các trường hợp tương tự cũng được báo cáo bởi Liu (2002) và Rauf (2006) với số lượng là 01 [5][7]. Năm 2012 tác giả Yamamoto báo cáo thêm một trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày và u GIST dạ dày cùng xuất hiện trên một bệnh nhân [1].

Về chẩn đoán trước phẫu thuật, các kỹ thuật được áp dụng bao gồm nội soi dạ dày, sinh thiết làm mô bệnh học và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Trong trường hợp của chúng tôi, nội soi dạ dày

trước mổ chỉ phát hiện và chẩn đoán được tổn thương ung thư biểu mô tuyến, không phát hiện được khối u GIST tại vị trí bờ cong nhỏ. Theo nhiều tác giả, trường hợp u GIST tồn tại ở dưới niêm mạc hoặc dưới thanh mạc hoặc khi khối u kích thước nhỏ chưa xâm lấn vào lớp niêm mạc thì khó phát hiện trên nội soi dạ dày và khó sinh thiết, đưa đến hệ quả là chẩn đoán xác định trước mổ khó khăn và phải dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau mổ để chẩn đoán xác định [2][8]. Khi chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang, khối u GIST hiện hình rõ ràng tại vị trí bờ cong nhỏ, tuy nhiên kỹ thuật này chỉ có giá trị định vị tổn thương, không khẳng định được bản chất của khối u.

Về điều trị, cho đến hiện nay chưa có đủ dữ liệu để đưa ra hướng dẫn chuẩn cho các trường hợp có nhiều u dạ dày với bản chất mô bệnh học khác nhau. Trong trường hợp của chúng tôi, các xét nghiệm và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không phát hiện tổn thương thứ phát tại hạch ổ bụng hay tại các cơ quan khác. Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ: Ung thư dạ dày loại biểu mô tuyến vị trí hang - môn vị giai đoạn cT3N0M0 / U dạ dày vị trí bờ cong nhỏ chưa rõ bản chất. Do 02 tổn thương ở dạ dày nằm cách xa nhau, trong đó có 01 tổn thương đã được khẳng định là ác tính nên việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày + nạo vét hạch vùng là cần thiết và điều này phù hợp với hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày. Trong báo cáo của các tác giả Maiorana (2000), Liu (2002), Rauf (2006) và Yamamoto (2012), đa phần các trường hợp được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày kết hợp với điều trị hỗ trợ toàn thân sau mổ [1][5][6][7].

Về đánh giá sau mổ, đối với tổn thương vị trí môn vị, hình ảnh vi thể nhuộm Hematoxylin – Eosin cho thấy hình ảnh điển hình của ung thư biểu mô tuyến. Đối với tổn thương vị trí bờ cong nhỏ sát tâm vị, hình ảnh vi thể trên nhuộm Hematoxylin – Eosin đã định hướng đến u GIST dạ dày. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch dương tính mạnh với CD117 và CD34, âm tính với S100 và SMA, từ đó khẳng định tổn thương này là u GIST dạ dày. Theo tác giả Rabin và cộng sự (2009), có khoảng 40 – 70% các trường hợp u GIST dạ dày dương tính với CD34 và CD117, 30% dương tính với S100 và 10% dương tính với SMA [3]. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định đây là trường hợp bệnh ít gặp có sự cùng tồn tại của ung thư biểu mô tuyến và u GIST dạ dày.

Về đánh giá kết quả cuộc mổ, bệnh nhân được theo dõi 10 ngày hậu phẫu, không ghi

nhận các biến chứng sau mổ. Dịch qua dẫn lưu màu hồng nhạt, số lượng dịch giảm dần và được rút toàn bộ dẫn lưu vào ngày 07 sau mổ. Cắt chỉ vào ngày thứ 07 sau mổ. Ngày 10 hậu phẫu bệnh nhân ra viện. Hẹn tái khám chuyên khoa ung bướu sau 02 tuần để điều trị hỗ trợ. Tuy nhiên đây mới chỉ là kết quả sớm, để đánh giá đầy đủ cần tiếp tục theo dõi quá trình hồi phục, diễn biến bệnh lý và kết quả điều trị hỗ trợ sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Sự cùng tồn tại của ung thư biểu mô tuyến kết hợp u GIST dạ dày là trường hợp hiếm gặp. Chẩn đoán xác định cần dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày bước đầu cho kết quả tốt cho kết quả tốt. Phẫu thuật cần được thực hiện ở những trung tâm ngoại khoa có phẫu thuật viên được đào tạo chuyên sâu, có kinh nghiệm trong phẫu thuật cắt dạ dày. Để đánh giá đầy đủ cần tiếp tục theo dõi quá trình hồi phục, diễn biến bệnh lý và kết quả điều trị hỗ trợ sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Yamamoto D, Hamada Y, Tsubota Y, Kawakami K, Yamamoto C, Yamamoto M.** Simultaneous development of adenocarcinoma and gastrointestinal stromal tumor (GIST) in the stomach: case report. *World J Surg Oncol*. 2012 Jan 9;10:6.
- 2. Pidhorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF:** Gastrointestinal stromal tumors. current diagnosis, biologic behavior, and management. *Ann Surg Oncol* 2000, 7:705-12.
- 3. Rabin I, Chikman B, Lavy R, Sandbank J, Maklakovsky M, Gold-Deutch R:** Gastrointestinal stromal tumors: a 19 year experience. *Isr Med Assoc J* 2009, 11:98-102.
- 4. Bircan S, Candir O, Aydin S, Baspinar S, Buldul M, Kapucuoglu M, Karahan N, Ciris M:** Synchronous primary adenocarcinoma and gastrointestinal stromal tumour in the stomach. a report of two cases. *Turk J Gastroenterol* 2004, 15: 187-191.
- 5. Rauf F, Ahmad Z, Muzzafar S, Hussaini AS:** Synchronous occurrence of gastrointestinal stromal tumour and gastric adenocarcinoma. a case report. *J Pak Med Assoc* 2006, 56:184-186.
- 6. Maiorana A, Fante R, Maria Cesinaro A, Adriana Fano R:** Synchronous occurrence of epithelial and stromal tumors in the stomach. a report of 6 cases. *Arch Pathol Lab Med* 2000, 124: 682-686.
- 7. Liu SW, Chen GH, Hsieh PP:** Collision tumour of the Stomach. A case report of Mixed Stromal Tumour and Adenocarcinoma. *J Clin Gastroenterol* 2002, 35:332-334.
- 8. Kaffes A, Hughes L, Hollinshead J, Katelaris P:** Synchronous primary adenocarcinoma, mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma and a stromal tumor in a *Helicobacter pylori*-infected stomach. *J Gastroenterol Hepatol* 2002, 17:1033-1036.