

thì có 16% hạch vùng bị di căn thêm ngoài HLG và hiện chưa thể bỏ NHB sau đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1/6 trường hợp (16,7%) có di căn hạch khác HLG khi HLG bị di căn.

V. KẾT LUẬN

1/ Tỷ lệ nhận diện HLG lúc phẫu thuật: 100% BN, 94% bệnh.

Vị trí HLG thường gặp nhất là ¼ trên trong chiếm 92,3%, có 3,9% ở vị trí hạch chậu.

2/ Giá trị của STHLG dưới hướng dẫn của Tc-99m khá cao:

Độ nhạy STHLG: 85,7%.

Độ đặc hiệu STHLG: 100%.

Giá trị tiên đoán âm STHLG: 98,9%.

Tỷ lệ âm tính giả STHLG: 14,3%.

Độ chính xác STHLG: 98,9%.

Do đó tình trạng HLG có thể chỉ điểm cho tình trạng hạch vùng trên BN ung thư dương vật cN0 nguy cơ cao.

KIẾN NGHỊ

Áp dụng kết quả sinh thiết hạch lymphatic dưới hướng dẫn Tc-99m trên BN ung thư dương vật cN0 nguy cơ cao tại các trung tâm chuyên sâu: không cần nạo hạch vùng khi hạch lymphatic không bị di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hakenberg. OW CE, Minhas. S.** EAU Guidelines on Penile Cancer. European Association of Urology. 2022. Updated 2022. 2023. <https://uroweb.org/guidelines/penile-cancer>
2. **Flaig. T, Spiess PE.** NCCN Guidelines Penile Cancer Version 1.2023. 2023.

3. **Leijte JA, Kroon BK, Valdes Olmos RA, Nieweg OE, Horenblas S.** Reliability and safety of current dynamic sentinel node biopsy for penile carcinoma. *Eur Urol.* Jul 2007;52(1):170-7. doi:10.1016/j.eururo.2007.01.107
4. **Lee EWC, Issa A, Oliveira P, et al.** High diagnostic accuracy of inguinal ultrasonography and fine-needle aspiration followed by dynamic sentinel lymph node biopsy in men with impalpable and palpable inguinal lymph nodes. *BJU international.* Sep 2022;130(3):331-336. doi:10.1111/bju.15700
5. **Omorphos S, Saad Z, Arya M, et al.** Feasibility of performing dynamic sentinel lymph node biopsy as a delayed procedure in penile cancer. *World journal of urology.* Mar 2016;34(3):329-35. doi:10.1007/s00345-015-1577-5
6. **Whitman G, AlHalawani R, N K, R K.** Sentinel Lymph Node Evaluation: What the Radiologist Needs to Know. *Diagnostics.* 2019;9(12):12.
7. **Omorphos S, Saad Z, Kirkham A, et al.** Zonal mapping of sentinel lymph nodes in penile cancer patients using fused SPECT/CT imaging and lymphoscintigraphy. *Urologic oncology.* 2018;36(12):530.e1 - 530.e6.
8. **O'Brien JS, Teh J, Chen K, Kelly B, Chee J, Lawrentschuk N.** Dynamic Sentinel Lymph Node Biopsy for Penile Cancer: Accuracy is in the Technique. *Urology.* Mar 11 2022;doi:10.1016/j.urology.2022.02.014
9. **Kirrandar P, Andren O, Windahl T.** Dynamic sentinel node biopsy in penile cancer: initial experiences at a Swedish referral centre. *BJU international.* Mar 2013;111(3 Pt B):E48-53.
10. **de Vries HM, Lee HJ, Lam W, et al.** Clinicopathological predictors of finding additional inguinal lymph node metastases in penile cancer patients after positive dynamic sentinel node biopsy: a European multicentre evaluation. *BJU international.* Jul 2022;130(1):126-132. doi:10.1111/bju.15678

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN DII TÁ TRÀNG ĐIỀU TRỊ U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GIST) DII TÁ TRÀNG DƯỚI BÓNG VATER

Thái Nguyên Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) DII tá tràng dưới bóng Vater. 2. Kết quả phẫu thuật cắt đoạn DII dưới bóng Vater. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** + Đối tượng NC: Những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u mô

đệm đường tiêu hóa (GIST) DII tá tràng dưới bóng Vater, được điều trị phẫu thuật cắt đoạn DII hoặc cắt đoạn DII-DIII tại bệnh viện K. + Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu (từng trường hợp). + Thời gian: 1/2022 - 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Có 3 bệnh nhân, 2BN nam (1BN 38T, 1BN 50T), 1BN nữ (66T). + Biểu hiện lâm sàng: Cả 3BN đều có đau bụng, gầy sút, 2BN có hẹp tá tràng (đau bụng, nôn), 1BN có triệu chứng vỡ U (Đau bụng, bụng chướng, thiếu máu, CLVT có nhiều dịch ổ bụng). + Nội soi dạ dày (NSDD): 2BN thấy u lồi vào lòng DII gây hẹp (U dưới niêm mạc), 1BN soi chỉ có loét HTT. + CLVT: 3BN có U nằm vị trí DII tá tràng, 2BN có giãn DII tá tràng. Phẫu thuật: 1BN được cắt U - cắt đoạn DII dưới bóng Vater (BN 3) nối DII - nối dưới tá tràng tận tận 2 lớp, cắt hang vị, dẫn lưu móm tá tràng, nối vị tràng. 2 BN

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

(BN1; BN2) được cắt đoạn DII - gổ dưới tá tràng - DIII (bên phải bó mạch mạc treo tràng trên, cắt hang vị, dẫn lưu mòm tá tràng, nối vị tràng (BN1 cắt gan HPTVI do ổ di căn 32-36mm). Kết quả PT: Không có TV. Có 1BN rò < 50 ml dịch/ngày được điều trị nội khoa (BN2). **Kết luận:** - U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) DII tá tràng dưới bóng Vater là loại U hiếm gặp với tỷ lệ thấp (< 3,5% - 3,7%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là hẹp tá tràng (đau bụng, gầy sút, nôn). Chụp CLVT có độ chính xác cao trong chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa DII-DIII tá tràng. Phẫu thuật cắt đoạn DII, DIII tá tràng, cắt hang vị, dẫn lưu mòm tá tràng, nối vị tràng (triệt căn) có thể thực hiện an toàn, ít biến chứng.

SUMMARY

THE RESULT OF DII DUODENAL SEGMENTECTOMY IN SURGICAL MANAGEMENT OF GASTRO INTERTINAL STROMAL TUMOR LOCATING BELOW THE PAPILLARY ORIFICE

Study aim: 1. Evaluation of clinic feature of Gastrointestinal stromal tumor located at DII Duodenum below the papillary orifice. 2. The result of DII Duodenum segmentectomy. **Patient and method:** + Restrospective study. + Time: 2022. **Result:** There were 3 patients, 2 male, 1 female. + **Surgical history:** 1 patient had history of gastroenterostomy one month preoperative for duodenal outlet obstruction. + **Symptoms:** abdominal pain and weigh loss in 100%, nausea and vomiting in 2 patients, none of them had hematemesis or melena, one had hemoperitoneum. Gastro duodenum scopy preoperative revealed tumor DII duodenum in 2 patients, the other had duodenum ulcer only. CTScanner detected tumor of DII duodenum in all patients. + **Operation performed:** DII Duodenal segmentectomy in 3 patients in combination with antrectomy and duodenostomy with 16 fr tube and gastro enterostomy anatomosis. Partial Hepatectomy (subsegment VI) was performed in 1 patient for hepatic metastasis. **Death and complication:** + No death per and post operative. + There was 1 patient having duodenal fistulas that stopped by medical treatment. **Conclusion:** We conclude that Gastrointestinal stromal tumor in DII duodenum below the billiary orifice is low proportion. The clinical manifestation basically is gastric outlet obstruction. CTScan play an important role in diagnosis. DII duodenal segmentectomy in combination with antrectomy, duodenostomy and Gastroenterostomy is surgical procedure having satisfactory result and low proportion of complication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) có thể gặp ở tất cả các vị trí trên đường tiêu hóa, chủ yếu ở dạ dày 50-70%, ruột non 20-30%, đại trực tràng 5-15%, và thực quản < 5%. U Gist ở tá tràng hiếm gặp chiếm tỷ lệ < 5,0%, đặc biệt là U xuất hiện ở DII, dưới bóng Vater. Việc chẩn đoán U GIST ở DII không khó nhưng điều trị triệt căn U

GIST ở vị trí này còn gặp nhiều khó khăn. Phẫu thuật cắt đoạn DII-DIII dưới bóng Vater là phẫu thuật có nguy cơ khá cao do vị trí đặc biệt về giải phẫu nằm ở hội lưu giữa các ống mật, tụy và tá tràng, thường xuyên phải chịu một lượng dịch lớn đi qua miệng nối... Bởi vậy chúng tôi báo cáo kết quả phẫu thuật cắt đoạn DII tá tràng để điều trị U GIST DII dưới bóng Vater.

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật U GIST DII tá tràng dưới bóng Vater.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những BN được chẩn đoán U GIST DII, dưới bóng Vater, được PT phẫu thuật triệt căn tại khoa ngoại bụng 2, bệnh viện K.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp U GIST trên bóng Vater hoặc U tá tràng nhưng bên trái bó mạch mạc treo tràng trên.

Phương pháp NC: + Mô tả hồi cứu (mô tả từng trường hợp)

+ Thời gian: năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 3 BN được đưa vào NC, trong đó nam 2BN, Nữ 1BN.

* Bệnh nhân 1 (BN1)

Họ và tên: Lê Văn H, Nam, SN 1985

VV: 19/9/022. Mổ 14/10/022. Ra viện 29/10/022 (chuyển khoa điều trị hóa chất)

- Chẩn đoán trước mổ GIST DII vỡ

- Chẩn đoán sau mổ: GIST DII, gổ dưới tá tràng, DIII tá tràng vỡ, di căn gan (1 ổ)

+ Biểu hiện lâm sàng: Đau bụng DSP 2 tháng, không sốt, khám thấy khối lớn DSP, ít di động.

- Kết quả xét nghiệm (XN)

+ XN: Hồng cầu (HC) 5,3 T/l. Huyết sắc tố (Hb): 10,2 g/l, Hematocrit (HC): 33,5L/L. Bc: 7600/G/l, TC:349 G/l...

+ Đông máu: Fibrinogen 3,32 g/L, prothrombin 83%, IRN 1,13. APTT: 30 giây, APTT bệnh/chứng 0,98.

+ XN Sinh hóa: Creatinin: 72 Mmol/L Ure 8,9 Mmol/L GOT:24 U/L, GPT 34 U/Lbil: 3,4 Mmol/l, albumin: 50,1.g/L

+ Soi Dạ dày: Không thấy U, loét hành tá tràng.

+ Chụp CLVT: Vùng bụng phải nằm phía trước trong ĐT góc gan, phía trước ngoài DII tá tràng có khối kích thước (KT) 74-81mm, bờ ko đều, sau tiêm ngấm thuốc ko đồng nhất, không rõ ranh giới với tá tràng. Gan HPTVI có nốt 32-36mm. Bụng có dịch tăng tỷ trọng chỗ dày nhất 36mm (dịch máu).

Mổ: Bụng nhiều máu, đỏ, U lớn KT 10-8cm (ảnh) xuất phát từ DII lan xuống gổ dưới và D3,

xâm lấn mạc treo đại tràng phải, u đã vỡ, mụn nát, thăm dò phần D2 dưới và sát bóng Vater.

Phẫu tích u, cắt mạc treo ĐT phải (sau cắt mạch máu còn đập). U dưới bóng Vater 2cm -3cm.

Phẫu thuật giải phóng DII-DIII (tìm bóng Vater luôn sylet, cắt đoạn DII-DIII, nối trực tiếp DII với phần DIII còn lại, cắt hang vị, DL móm tá tràng (luôn sond qua miệng nối D2-3), nối vị tràng. Cắt HPT VI (có nhân di căn).

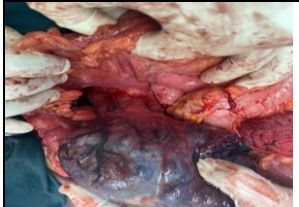
Ảnh tổn thương trong mổ (BN 1).



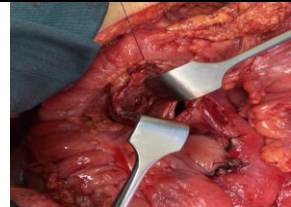
Ảnh 1: Tổn thương GIST DII và gôi dưới đã vỡ



Ảnh 2: U GIST DII và gôi dưới

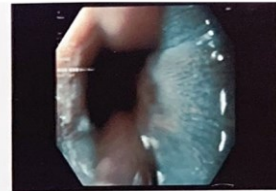
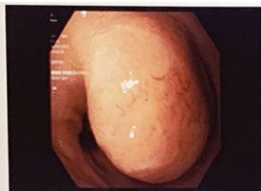
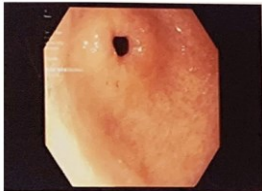


Ảnh 3: GIST DII - DIII sau khi giải phóng đại tràng và DII-DIII



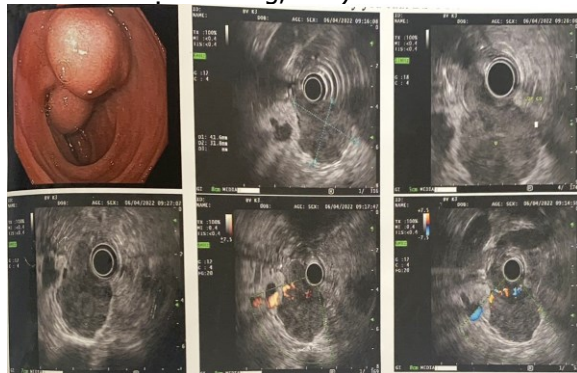
Ảnh 4: Sau khi cắt đoạn DII-gôi dưới. - DIII dưới Vater

Diễn biến sau mổ: DL móm tá tràng ra tốt,



Ảnh 6. Soi Dạ dày (Đoàn Thị H) u dưới niêm mạc tá tràng > 2 cm

+ SA NS: khối 4-3 cm xuất phát từ lớp cơ (U dưới niêm mạc tá tràng, Gist)



Ảnh 7: Siêu âm nội soi (SANS): U dưới niêm mạc tá tràng 4-3 cm (GIST)

+ CLVT: U D2-D3: 3,5 - 4,5cm, bờ ngoài

ko sốt, ổn định.

GPB: U TB hình thoi, hướng tới GIST.

Hóa mô miễn dịch: (+) với CD 117, (+) DOG-1, BN này tiếp tục điều trị hóa chất



Ảnh 5: U GIST DII-DIII (dưới bóng Vater) nhìn từ bờ ngoài tá tràng DII

***Bệnh án 2 (BN2):** BN Đoàn Thị H, Nữ, 66 tuổi (SN 1956). ĐC: Quảng Lăng, Ân Thi, Hưng Yên. VV: 6/4/022. Mã: HS 220064425.

- Biểu hiện lâm sàng:

+ Đau bụng phải, nôn, ko sốt.

+ Khám: Bụng xẹp, lõm (hẹp tá tràng) Không sờ thấy u.

- Kết quả xét nghiệm (XN)

+ XN máu: HC 4,14 T/L, Hb 13,2 g/L. HC: 0,38 L/L. BC 20,53 G/L. TC: 259.G/L

+ Đông máu: Prothrombin: 96%, IRN: 1,03.

Fibrinogen: 2,43 g/L. APTT 23,4 giây. Tỷ lệ B/c: 0,87.

+ Sinh Hóa: Ure: 3,4 Mmol/L. Cre: 40 Mmol/lL GOT: 9,4 U/l. GPT: 18 U/l, albumin 28,8 Mmol/l.

+ Soi dạ dày: Khối lồi vào lòng tá tràng > 2cm

gọn, ngấm thuốc cản quang mạnh sau tiêm.

+ Mổ: U D2 và gôi dưới 5 - 3,5cm, dưới bóng Vater. Cắt túi mật, luồn stylet xuống OMC qua papille thấy u không xâm lấn bóng Vater, cắt đoạn D2-D3, DL móm tá tràng, luồn sond qua miệng nối D2-D3, cắt hang vị, nối vị tràng.



Ảnh 8: Tổn thương trong mổ GIST DII dưới bóng Vater-gôi dưới tá tràng



Ảnh 9: Nối DII-DIII tận tận

- Hậu phẫu ổn định. DL mềm tá tràng ra tốt
 + GPB: U tế bào hình thoi, hướng tới GIST.
 + Từ chối XN hóa mô MD và từ chối điều trị hóa chất.

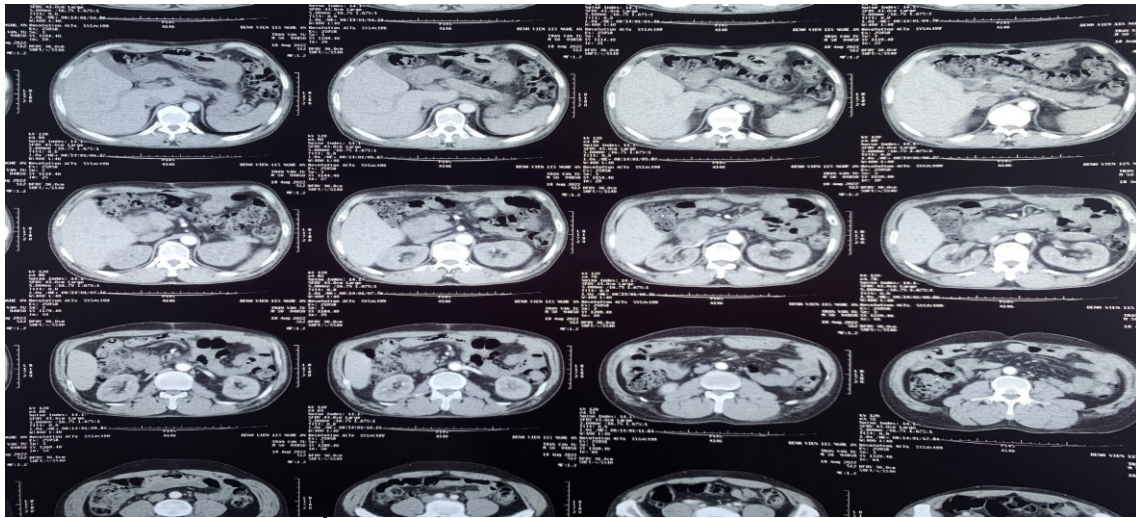
* **Bệnh án 3 (BN3):** Trần Văn T, SN 1972.
 ĐC: Tiên Sơn, Tây Thành, Yên Thành, Nghệ An.
 V: 23/8/22. Mổ: 9/9/22. Ra viện: 24/9/23
 - Chẩn đoán trước mổ: GIST DII/đã nổi vị tràng (Tại BV Tỉnh).
 - Tiền sử: Đã PT tại BV tỉnh cách 1 tháng, nổi vị tràng với chẩn đoán hẹp DII tá tràng do U

tá tràng.

+ LS: Đau bụng thượng vị, nôn, gầy sút, không sốt, không vàng da. Khám bụng lõm, không sờ thấy u.

+ SA: Cận giường túi mật có khối hỗn hợp ranh giới rõ, không tăng sinh mạch KT: 47-32mm.

+ CLVT: khối cấu trúc mô mềm ở D2 dày 40mm, lòng tá tràng hẹp, lệch trục, mất cấu trúc niêm mạc, hành tá tràng giãn to. Kết luận: khối 40mm vùng D2 tá tràng.

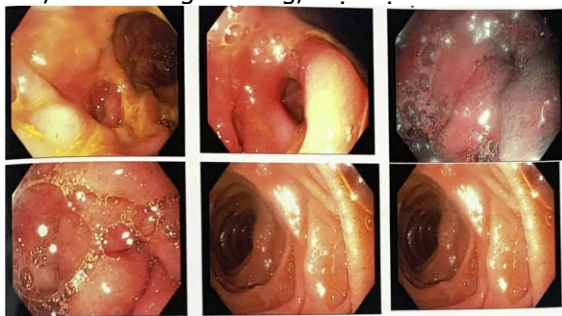


Ảnh 10: Chụp CLVT: U 40mm-DII (BN3)

- Kết quả XN:
 + XN máu HC: 4,33 T/L, Hb g/L: 140, Hematocrit 42,6 L/L.BC: 10,2. G/LTC: 262 G/L.
 + XN Sinh hóa: 4,1 Mmol/l, Creatinin 65 Mmol/l, GOT 13,3 U/l, GPT 16,5 U/l, Albumin 33,2 g/l.
 + Nội soi dạ dày (NS DD): DII có khối > 2cm, lồi vào lòng tá tràng, mật độ mềm.

lườn sond qua miệng nổi D2.

- Sau mổ ổn định. DL mềm tá tràng ra tốt
 GPB: u TB hình thoi, hướng tới Gist.
 BN xin về BV địa phương điều trị tiếp.



Ảnh 11: NSDD, khối lồi vào lòng tá tràng > 2cm (BN3)

- Mổ: D2-D3 khối lồi sát Vater. Kích thước: 3-5cm, đã nổi vị tràng. Cắt túi mật (TM), luồn sond qua ống cổ TM-papille, xác định lỗ đổ vào tá tràng của papil. Cắt đoạn D2-D3, nối D2 với đoạn D3 sát D4. Cắt hang vị, DL mềm tá tràng

IV. BÀN LUẬN

U mô đệm đường tiêu hóa (GIST: Gastrointestinal Stromal Tumor) là u trung mô xuất phát từ tế bào Cajal.

Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là 10-20 trường hợp/triệu dân. Tuy nhiên con số thực còn cao hơn do người bệnh chung sống với U nhiều năm không có triệu chứng lâm sàng. Biểu hiện lâm sàng thường gặp của U GIST là đau bụng, gầy sút, thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa thường được phát hiện khi u có KT lớn, vỡ u gây chảy máu trong ổ bụng nhiều trường hợp phải mổ cấp cứu vì sốc mất máu [7] [8].

Số liệu của chúng tôi cho thấy về lâm sàng GIST DII-DIII dưới bóng Vater thường có triệu chứng hẹp môn vị, hẹp tá tràng biểu hiện lâm sàng đau dưới sườn phải (DSP), nôn. Chúng tôi có 2BN xuất hiện nôn, NSDD chẩn đoán u dưới niêm mạc tá tràng. Tuy nhiên chúng tôi có 1BN Lê Văn H (BN1) NSDD trước mổ có loét hành tá tràng

(HTT), không thấy u trong lòng tá tràng (ảnh)

Chụp CLVT cho thấy chỉ có 1 BN (Đoàn Thị H; BN2) được chẩn đoán là nghi ngờ GIST DII-DIII (gõi dưới) là khối vùng DII-DIII, KT 3,5-4,5cm, bờ ngoài gọn, ngấm thuốc cản quang mạnh sau tiêm. BN này trên soi dạ dày cũng thấy u dưới niêm mạc (ảnh); Siêu âm nội soi (SANS) thấy u phát triển từ lớp cơ tá tràng KT 4-3cm.

Ở BN 3 (Trần Văn T) chúng tôi cũng thấy soi dạ dày là U dưới niêm mạc KINH TẾ > 2cm vùng D2. (ảnh) chụp CLVT là u 4 - 5cm vùng D2, trường hợp này đã được mổ cách 1 tháng nổi vị tràng tại địa phương do hẹp tá tràng (U DII tá tràng).

Trường hợp BN 1 NSDD ko thấy u nhưng CLVT cho thấy 1 khối 74-81mm nằm trước ngoài D2, không rõ ranh giới với D2, có dịch ổ bụng, có khối di căn gan HPTVI: KT 32-36mm.

Cả 3 BN đều được chẩn đoán trước mổ là GIST D2.

Tổn thương trong mổ:

Bảng 1. Tổn thương trong mổ

TT	Đặc điểm tổn thương	Khoảng cách tổn thương so với papil	Kích thước tổn thương
1. Lê Văn H. (BN 1)	Đã vỡ vào ổ bụng, chảy máu trong ổ bụng	Gõi dưới, tổn thương bao gồm phần DII dưới Vater và DIII, cách papil 2,5-3cm	10-8 cm
2. Đoàn Thị H (BN 2)	Chưa vỡ, gây hẹp DII, tá tràng trên hẹp giãn to	Gõi dưới tá tràng, xâm lấn DII và DIII, cách papil 2,5 cm	5-3,5 cm
3. Trần Văn T (BN 3)	Gây hẹp tá tràng, giãn to trên hẹp	Dưới Papil 2cm, nằm ở DII	5-3cm

Xử trí phẫu thuật

Bảng 2. Xử trí phẫu thuật:

TT	Xử trí phẫu thuật	Các phẫu thuật kèm theo
1. BN 1	Cắt U, Cắt đoạn DII, DIII, nối tận tận, cắt hang vị, nối vị tràng, dẫn lưu (DL) móm tá tràng	Cắt gan HPT VI (khối di căn)
2. BN 2	Cắt u, cắt đoạn DII, DIII tá tràng nối tận tận, cắt hang vị, nối vị tràng, DL móm tá tràng	Cắt túi mật, luồn sond và Stylet thăm dò đường mật
3. BN 3	Cắt đoạn DII dưới Vater, nối tận tận, cắt hang vị, nối vị tràng, DL móm tá tràng	Cắt túi mật, luồn sond và stylet thăm dò đường mật

- Đặc điểm lâm sàng và phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy trong 3 BN thì có 2 trường hợp đau bụng phải, gầy sút, nôn, kết hợp với soi dạ dày tổn thương là u dưới niêm mạc lồi vào lòng DII tá tràng và cực trên U chỉ cách papille 2 cm- 2,5cm. Khoảng cách này khá sát Papille đòi hỏi phải tìm thấy lỗ đổ vào tá tràng mới có thể cắt đoạn được tá tràng, bởi vậy đối với 2 BN này (BN2, BN3) chúng tôi đã cắt túi mật, qua ống cổ túi mật chúng tôi luồn sond plastic số 8 (8FR) tìm thấy Papille bởi vậy có thể thực hiện được cắt đoạn DII.

Trường hợp BN 1, U > 8-10cm (ảnh), tuy nhiên U phát triển ra ngoài tá tràng nhiều, trong mổ sau khi mở bờ tự do DII tá tràng chúng tôi tìm thấy Papille bởi vậy có thể cắt DII. Tuy nhiên U này xâm lấn mạc treo đại tràng ngang và ĐT phải, sau khi giải phóng U ra khỏi mạc treo đại tràng thấy đại tràng hồng, mạch đập rõ nên không chỉ định cắt đại tràng

Có 2 BN (BN1, BN2) chúng tôi cắt đoạn DII và gõi dưới và cắt đoạn DIII, nối tận tận vạt 2 lớp chỉ PDS 4.0, đồng thời cắt hang vị, luồn sond DL móm tá tràng qua miệng nối tá tràng để giảm áp lực miệng nối. Diễn biến sau mổ cho thấy các sond này DL khá tốt dịch. Chỉ có BN số 2 có rò dịch số lượng < 50ml ngày và tự hết khi điều trị nội và sandostatin.

BN còn lại được cắt đoạn DII dưới bóng Vater, nối phần còn lại của DII với DIII

+ Đối với BN1, U GIST kích thước >10cm mặc dù NSDD trong lòng tá tràng không rõ U nhưng khi mổ U chiếm toàn bộ mặt trước, bờ ngoài và bờ trong DII, gõi dưới và phần đầu DIII, U dưới bóng Vater 2,5cm nên chúng tôi chỉ định cắt đoạn tá tràng.

+ BN 2: U chiếm toàn bộ bờ trong và bờ ngoài của DII và Gõi dưới tá tràng (ảnh) nên được chỉ định cắt đoạn tá tràng. U dưới Papille khoảng 2cm bởi vậy sau khi tìm được lỗ Papille và luồn sond vào Papille, chúng tôi cắt đoạn Tá tràng DII, gõi dưới và 1 phần DIII nối tận tận 2 lớp bằng chỉ PDS 4.0.

+ BN 3 thăm dò trong mổ cho thấy U nằm ở bờ trong tá tràng, dưới Papille < 2cm (kích thước U khoảng 4-5 cm), BN này sau khi cắt túi mật và luồn Stylet từ ống cổ túi mật xuống tìm thấy Papille chúng tôi cắt đoạn DII nối tận tận 2 lớp chỉ PDS 4.0.

Chúng tôi nhận thấy U GIST DII dưới bóng Vater là tổn thương có thể cắt đoạn DII hoặc cắt DII và DIII mà không cần cắt khối tá tụy nếu U không xâm lấn Papille.

Kết quả phẫu thuật cho thấy cả 3 BN đều

diễn biến lâm sàng tốt, không sốt, DL mềm tá tràng ra tốt, ăn được từ ngày thứ 4-5 sau mổ.

Không có BN tử vong. Một BN rò nhỏ qua DL, điều trị nội hết rò (BN2)

Kết quả GPB cho thấy BN 1 hóa mô miễn dịch (+) với CD 117; < 5 nhân chia /25 vi trường.

2 BN còn lại (BN2, BN3) U tế bào hình thoi hướng tới GIST, tuy nhiên BN 2 từ chối xét nghiệm thêm và từ chối điều trị hóa chất. BN 3 xin về địa phương điều trị tiếp.

- Trịnh Hồng Sơn [4] báo cáo 1 trường hợp số mất máu, XHTH do u cơ trơn DII tá tràng KT 1,5 cm đối diện với bóng Vater có loét niêm mạc 2mm đang phun máu, mổ cắt tá tràng hình chêm, khâu ngang 3 lớp vết. GPB là Leiomyosarcome.

Cũng theo tác giả, U tá tràng chỉ chiếm 2,4%. Tổng kết trong 10 năm (1990-1999) tại BV Việt Đức ghi nhận:

+ 12 u cơ trơn ác tính hồng tràng, chỉ có 1 BN có XHTH, các BN khác biểu hiện lâm sàng là u bụng hay tắc ruột.

+ 13 u lympho ác tính (2 ở tá tràng, 2 ở hồng tràng, 9 ở hồi tràng).

+ 11 u biểu mô ruột non (3 BN có XHTH mổ cấp cứu, 1 BN 57 tuổi U D2 tá tràng, 2 BN u hồng tràng).

- NC của Bùi Trung Nghĩa trên 84 BN điều trị PT GIST đường tiêu hóa tại BV Việt Đức cho thấy tuổi TB là 54,8+/- 15T, Tỷ lệ Nam Nữ 51/49, các triệu chứng thường gặp là đau bụng: 78,6%; sờ thấy U 41,7%, xuất huyết tiêu hóa: 29,8%, thiếu máu 28,6%, Bán tắc ruột 27,4%. Chụp CLVT 72,7% là khối đặc giảm âm, 30,3% hoại tử trong U, 72,7% ranh giới rõ. KT tổn thương ở Dạ dày có 54,5% < 5cm; 55,6 GIST trực tràng từ 5-10cm, 58,5% GIST hồi tràng >10 cm. Trong 3 trường hợp GIST tá tràng có 1 BN KT < 2-5cm, còn lại 2 BN có GIST tá tràng > 10cm. Tuy nhiên NC này không mô tả rõ vị trí GIST ở đoạn nào tá tràng và phẫu thuật chỉ cắt U tại chỗ [3]. (GIST tá tràng 3/84 BN chiếm 3,5%).

- Tổng kết của Phạm Văn Trường 94 BN Gist đường tiêu hóa di căn gan cho thấy tuổi TB 53,3± 11,3T, Nam: Nữ 1,85: 1. Triệu chứng đau bụng 59,6%, khám thấy u bụng chiếm 30,9%. Các vị trí U là: Dạ dày 43,6%, ruột non 30,9%, đại trực tràng 9,6%, mạc treo 11,7%, tá tràng 4,2%. Mô bệnh học tế bào hình thoi 71,3%, chỉ số nhân chia >5/50 vi trường 52,1%. Kích thước U từ 5-10cm chiếm 53,2%. Tổn thương qua NSDD là lồi và loét bề mặt chiếm 81,9%. 75,5% chỉ có di căn gan.[6]

- NC trên 50 BN Gist DD được mổ tại bệnh viện Bạch mai cho thấy tuổi TB 56,3± 12,6, đau

bụng chiếm 94,0%, NSDD thấy loét trên U là 52,0%, vị trí chủ yếu ở hang và thân vị (74,0%), KT U (CLVT) 9,2 ± 9,0cm; Dấu ấn CD117 và CD 34 + 100%, DOG1 92,0%, Desmin 36%. Phẫu thuật 76% cắt DD hình chêm, còn lại là cắt đoạn và cắt toàn bộ dạ dày. Không có BN nào GIST tá tràng được mô tả [2].

- NC trên 188 BN giai đoạn không mổ được hay di căn nhiều tại bệnh viện K trong 10 năm, nhóm NC nhận thấy tuổi TB là 55,3 ± 11,3, tỷ lệ Nam/Nữ 1,85/1, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng 54,8%, sờ thấy u 30,3%, XHTH 14,9%. Vị trí hay gặp ở dạ dày 43,1%; ruột non 26,1%, đại trực tràng 12,8%, mạc treo 13,8%; tá tràng 3,7%; thực quản 0,5%. Kích thước U TB: 11,3±2,3 cm, U>10 cm chiếm 53,2%; Có 85,1% hoại tử trong U. Mô bệnh học tế bào hình thoi chiếm 68,6% chỉ số nhân chia cao > 5/50 vi trường là 51,1%[1]. Tuy nhiên nghiên cứu không mô tả U đoạn nào của tá tràng.

V. KẾT LUẬN

U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) DII tá tràng dưới bóng Vater là loại U hiếm gặp với tỷ lệ thấp (< 3,5%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là hẹp tá tràng (đau bụng, gầy sút, nôn). Chụp CLVT có độ chính xác cao trong chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa. DII-DIII tá tràng Phẫu thuật cắt đoạn DII, DIII tá tràng, cắt hang vị, dẫn lưu mòm tá tràng, nối vị tràng (triệt căn) có thể thực hiện an toàn, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Hùng Kiên:** Nghiên cứu kết quả điều trị u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs) giai đoạn muộn bằng imatinib tại bệnh viện K. Luận văn Tiến Sĩ Y học. Hà Nội, 2017
- Lun Panha, Trần Quế Sơn, Trần Hiếu Học:** Kết quả sớm phẫu thuật cắt u mô đệm (GIST) dạ dày tại khoa ngoại, bệnh viện Bạch mai. Tạp chí Y học Việt nam tập 506, tháng 9-2021, 27-31.
- Bùi Trung Nghĩa:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) tại bệnh viện Việt-Đức từ tháng 1/2005- 12/2010. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Hà Nội, 2011.
- Trịnh Hồng Sơn:** U cơ trơn tá tràng gây xuất huyết tiêu hóa nặng. Tuyển tập các bài viết thông báo lâm sàng. NXB giáo dục Việt Nam 2017, 23-27.
- Trịnh Hồng Sơn:** Chẩn đoán và điều trị u mô đệm ruột non. Tuyển tập các bài viết thông báo lâm sàng. NXB giáo dục Việt Nam 2017, 98-102. Tuyển tập các bài viết thông báo lâm sàng. NXB giáo dục Việt Nam.
- Phạm Văn Trường:** Đánh giá kết quả điều trị U mô đệm đường tiêu hóa di căn gan tại bệnh viện K. Luận văn chuyên khoa cấp II, Hà Nội 2020.
- Markku Miettinen, Jerzy Lasota:** Gastrointestinal stromal tumors. Gastroenterol Clin North Am. 2013 Jun; 42(2) 399-415.