

## NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH MALT LYMPHOMA DẠ DÀY

Nguyễn Thanh Ái<sup>1</sup>, Phạm Như Hiệp<sup>1</sup>, Phạm Nguyên Tường<sup>1</sup>,  
Phan Cảnh Duy<sup>1</sup>, Trần Đại Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Hành<sup>1</sup>, Nguyễn Cao Dũng<sup>1</sup>

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.59.13

### TÓM TẮT

*U lympho ngoại hạch vùng rìa của mô bạch huyết liên quan đến niêm mạc (EMZL-MALT) có liên quan đến kích thích miễn dịch mãn tính do nhiễm trùng hoặc kích thích tự miễn dịch. Mối liên hệ giữa nhiễm khuẩn *Helicobacter pylori* (HP) và MALT lymphoma dạ dày đã được chứng minh. Việc loại trừ vi khuẩn HP bằng kháng sinh được nổi bật lên là một liệu pháp tiêu chuẩn trong điều trị MALT lymphoma dạ dày giai đoạn sớm HP dương tính. Tỷ lệ đáp ứng cao và tỷ lệ sống lâu dài đã được báo cáo trong các trường hợp bệnh nhân MALT lymphoma dạ dày tại chỗ điều trị với xạ trị liều thấp. Liệu pháp kháng thể đơn dòng và hóa trị được dành riêng cho bệnh nhân thất bại hoặc tái phát sau xạ trị và những người mắc bệnh giai đoạn tiến triển.*

**Từ khóa:** Mô bạch huyết liên quan đến niêm mạc, lymphoma dạ dày

### ABSTRACT

#### CASE STUDY: GASTRIC MUCOSA-ASSOCIATED LYMPHOID TISSUE (MALT) LYMPHOMA

Nguyen Thanh Ai<sup>1</sup>, Pham Nhu Hiep<sup>1</sup>, Pham Nguyen Tuong<sup>1</sup>,  
Phan Canh Duy<sup>1</sup>, Tran Dai Hung<sup>1</sup>, Nguyen Minh Hanh<sup>1</sup>, Nguyen Cao Dung<sup>1</sup>

*Extranodal marginal zone lymphomas of mucosa-associated lymphoid tissue (EMZL-MALT) have been linked to chronic immune stimulation due to infection or autoimmune stimuli. The causal association between *Helicobacter pylori* (HP) and gastric MALT lymphoma has been well demonstrated. HP eradication with antibiotics has emerged as the standard therapy for early stage HP positive gastric MALT lymphoma. High response rates and long-term survival have been reported in patients with localized gastric MALT lymphoma treated with low-dose radiation therapy. Monoclonal antibody and chemotherapy are reserved for patients failing or recurring after RT and those with advanced stage disease.*

**Key words:** Mucosa-associated lymphoid tissue, gastric lymphoma

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ngoại hạch vùng rìa của mô bạch huyết liên quan đến niêm mạc (EMZL-MALT) là một phân nhóm tương đối hiếm gặp của u lympho

không Hodgkin thể tiến triển chậm [1]. Chiếm xấp xỉ 3-7% của tất cả trường hợp u lympho tế bào B [1],[2]. Có nguồn gốc từ các tế bào B nhớ ở vùng rìa của các tổ chức lympho thứ cấp liên kết với niêm

1. TT Ung Bướu, BVTW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 29/9/2019; Ngày phản biện (Revised): 15/01/2020;

- Ngày đăng bài (Accepted): 20/02/2020

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Ái

- Email: [bacsiai@gmail.com](mailto:bacsiai@gmail.com); SĐT: 0905994545

mạc của nhiều cơ quan khác nhau [3],[4], các dòng tế bào B này không chỉ tái phát tại chỗ mà còn có thể chuyển dạng thành tế bào B lớn lan tỏa với nguy cơ lan truyền toàn thân [4]. MALT lymphoma xuất hiện ở các tổ chức lympho ngoài hạch, trong đó MALT lymphoma dạ dày (GML - Gastric MALT lymphoma) là phổ biến nhất (70%), ngoài ra còn xuất hiện phổi (14%), tổ chức phụ của nhãn cầu (12%), tuyến giáp (4%) và ruột non (1%)[5].

Dạ dày là cơ quan thường bị ảnh hưởng nhất và HP là nguyên nhân của 90% các trường hợp MALT lymphoma dạ dày [6]. Trong 10% các trường hợp còn lại không phát hiện HP được cho là điều trị không hiệu quả với liệu pháp kháng sinh [4],[7]. Mặc dù đã có báo cáo về các trường hợp MALT lymphoma dạ dày âm tính HP đã được điều trị thành công bằng liệu pháp kháng sinh [8], một số tác giả cho rằng là do âm tính giả. Xạ trị có hiệu quả đối với bệnh nhân MALT lymphoma dạ dày tại chỗ và được chỉ định cho các trường hợp đáp ứng kém với liệu pháp kháng sinh, HP âm tính. Tỷ lệ sống 5 năm không bệnh là 97% với liều xạ thấp hơn hoặc bằng 30Gy dựa trên thời gian theo dõi trung bình là 7,5 năm [9].

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân MALT lymphoma dạ dày đã được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế nhằm chia sẻ thông tin cùng quý đồng nghiệp.

## **II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

### **2.1. Lịch sử**

HP được phát hiện bởi Marshall và Warren năm 1980 từ niêm mạc dạ dày của bệnh nhân viêm dạ dày mãn tính. Nhiễm HP của dạ dày được coi là nguyên nhân chính của viêm dạ dày mãn tính và là tác nhân chính của MALT lymphoma dạ dày. Kể từ khi Isaacson và Wright báo cáo đầu tiên về MALT vào năm 1983, từ đó đã có nhiều nghiên cứu làm sáng tỏ nhiều khía cạnh của bệnh này.

### **2.2. Lâm sàng:**

Triệu chứng lâm sàng của Malt lymphoma dạ dày thường mờ nhạt không đặc hiệu, có thể có đau

bụng vùng thượng vị, nôn dai dẳng, gầy sút cân, xuất huyết tiêu hóa, trong một số ít trường hợp: sốt hoặc đổ mồ hôi đêm có thể xuất hiện (biểu hiện điển hình của hội chứng B)... thậm chí được phát hiện tình cờ mà không có biểu hiện triệu chứng.

### **2.3. Giải phẫu bệnh**

Hình thái tổn thương được mô tả bởi Isaacson và Wright bao gồm:

+ Diễn tiến bệnh kéo dài với viêm niêm mạc mạn tính tiến triển

+ Xu hướng lan tỏa và phá hủy hình thái biểu mô, tổn thương đó gọi là “biểu mô thâm nhiễm lympho” (lymphoepithelial)

+ Tế bào MALT lymphocyte có hình dạng “homing” với tổn thương lan tỏa đa ổ điển hình.

MALT lymphoma dạ dày không có dấu ấn miễn dịch đặc hiệu nhưng nó dương tính với các marker : CD19, CD 20, CD 22, CD 79a, âm tính với CD 10, CD 5, Cyclin D1 giúp phân biệt với u lympho thể nang và tế bào Mantle.

Các đột biến chuyển đoạn chính liên quan đến cơ chế bệnh sinh của MALT lymphoma dạ dày, bao gồm: t (11, 18) (q21,q21), t (1, 14) (p22, q32) t (14; 18) (q32, q21), t(3;14) (p13;q32) [10]. Trong số những bất thường di truyền này, t (11; 18) (q21; q21) là đột biến có tần suất cao nhất và thường được phát hiện trong MALT lymphoma dạ dày HP âm tính.

Hơn 90% u lympho dạ dày được chia đều cho hai loại mô học[11]: MALT lymphoma: tỉ lệ 38 - 48%, U lympho tế bào B lớn lan tỏa: tỉ lệ 45 - 59%; các trường hợp còn lại của u lympho dạ dày có thể đại diện cho bất kỳ mô học lympho nào, nhưng thường thấy nhất là: Mantle cell lymphoma: 1%, Lymphoma thể nang: 0.5 - 2 %, U lympho tế bào T ngoại biên: 1,5 - 4%.

### **2.4. Chẩn đoán**

Chẩn đoán HP kết hợp một phương pháp không xâm lấn và phương pháp xâm lấn (ví dụ: hơi thở urê kiểm tra và clotest), để loại trừ khả năng một kết quả âm tính giả ở bệnh nhân teo niêm mạc dạ dày và

## Bệnh viện Trung ương Huế

bệnh nhân dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI). Sự tham gia của một type vi khuẩn khác với HP gây ra tình trạng viêm mạn tính dạ dày ở những trường hợp MALT lymphoma HP âm tính nhưng dương tính với *H. heilmannii* [12].

Kiểm tra nội soi kết hợp sinh thiết và mô bệnh học là một thực hành tiêu chuẩn trong chẩn đoán của MALT lymphoma dạ dày HP âm tính tương tự như những gì quan sát thấy ở các đối tượng dương tính với HP[13]. Ngoài mô bệnh học, hóa mô miễn dịch cho các dấu ấn tế bào B có thể hỗ trợ chẩn đoán.

Những thay đổi đại thể của niêm mạc dạ dày là không đặc hiệu bao gồm: dày lên của nếp gấp niêm mạc, các nốt xuất huyết không đều, lymphomatous polyposis, phù nề, sùi và loét. Sự phân bố của các tổn thương thường loang lổ, với nhiều vị trí. Do đó lấy mẫu ở sinh thiết ở nhiều vị trí khác nhau được khuyến cáo trong khi kiểm tra nội soi dạ dày, phải thực hiện đầy đủ số lượng sinh thiết từ các tổn thương cả để thực hiện chẩn đoán chính xác và loại trừ khả năng u lympho tế bào B lớn lan tỏa, tác giả Fischbach đề xuất rằng ít nhất mười sinh thiết được yêu cầu. Nhiều tổn thương MALT lymphoma dạ dày tương tự như ung thư dạ dày giai đoạn đầu, viêm dạ dày hay loét dạ dày nhưng phân biệt giữa hai nhóm này là rất quan trọng bởi vì điều trị cho những bệnh này là khác nhau.

### 2.5. Phân giai đoạn

Siêu âm nội soi được sử dụng để xác định sự xâm nhập vào thành dạ dày, sự thâm nhiễm của các hạch bạch huyết khu vực và nó cũng được sử dụng trong theo dõi thuyên giảm.

Phân độ Ann Arbor hiệu chỉnh cho MALT lymphoma dạ dày:

Stage I: Khối u giới hạn trong dạ dày (niêm mạc, dưới niêm mạc, cơ niêm).

Stage II: Khối u xâm lấn, thâm nhiễm hạch bạch huyết.

II1: Thâm nhiễm hạch bạch huyết quanh dạ dày.

II2: Thâm nhiễm hạch bạch huyết xa (ĐM-TM

chủ bụng, ĐM-TM chậu..).

III: Xâm lấn qua thanh mạc tới cơ quan hay mô xung quanh.

Stage IV: Thâm nhiễm lan tỏa hạch ổ bụng, thâm nhiễm hạch trên cơ hoành.

### 2.6. Điều trị

Diệt trừ HP đã trở thành liệu pháp đầu tay trong điều trị MALT lymphoma dạ dày được chấp nhận trong các tài liệu hướng dẫn điều trị Mạng lưới Ung thư Quốc gia Mỹ (NCCN), Hiệp hội Ung thư châu Âu (ESMO). Nhiều nghiên cứu đã nhấn mạnh mức đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học của việc loại bỏ HP, thuyên giảm trong tối đa 80% bệnh nhân mà không cần thêm phương pháp điều trị khác [14]. Khoảng thời gian cần thiết để có được một sự đáp ứng mô bệnh học có thể kéo dài từ vài tháng đến hơn một năm. Liệu pháp kháng sinh tiêu chuẩn 3 thuốc bao gồm sự kết hợp của amoxicillin, clarithromycin và PPI. Tại Việt Nam, do sự kháng thuốc của HP ngày càng tăng, điều trị thay thế được đề xuất, chẳng hạn như sử dụng metronidazole thay vì clarithromycin [15]. Có tới 20% số lượng bệnh nhân cần một phác đồ diệt HP thứ 2 với phác đồ điều trị ba hoặc bốn thuốc thay thế trước khi lựa chọn phương pháp điều trị khác, nên thực hiện liệu pháp bậc hai.

Các lựa chọn điều trị sau khi thất bại trong việc loại bỏ HP bao gồm quan sát, xạ trị, phẫu thuật, hóa trị liệu, điều trị kháng thể đơn dòng. Phẫu thuật không còn đóng vai trò quan trọng trong điều trị MALT lymphoma dạ dày, ngoại trừ xuất hiện các biến chứng ít gặp như: xuất huyết, hẹp môn vị hoặc thủng không thể kiểm soát được bằng nội soi. Đối với trường hợp MALT lymphoma dạ dày HP âm tính hoặc những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị kháng sinh thì xạ trị liều 30Gy, trường xạ gồm dạ dày và hạch bạch huyết quanh dạ dày đã được chấp nhận như một phương thức điều trị tại chỗ. Một số nghiên cứu hồi cứu đã báo cáo rằng xạ trị có kết quả rất tốt, đáp ứng 93-100% và độc tính tối thiểu ở bệnh nhân MALT lymphoma dạ dày [9].

Hóa trị và kháng thể đơn dòng Rituximab có thể

được sử dụng trong tất cả các giai đoạn của bệnh hoặc kết hợp cả hai. Kết hợp Rituximab (trường hợp CD20 dương tính) cải thiện đáp ứng bệnh và tỉ lệ sống còn, dành cho những trường hợp bệnh nhân có khối u xâm lấn, mô bệnh học chuyển dạng, hay thang điểm tiên lượng không thuận lợi, một phác đồ kết hợp Anthracycline nên được sử dụng. Bendamustine là một lựa chọn tốt cho bệnh nhân trẻ tuổi được chẩn đoán MALT lymphoma.

### **2.7. Theo dõi điều trị**

Bốn tuần sau khi hoàn tất phác đồ diệt HP nên thực hiện các xét nghiệm để xác nhận loại trừ HP. Theo dõi đánh giá nội soi sinh thiết sau khi diệt HP, thực hiện mỗi 3 tháng 1 lần đến khi đạt đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học dựa theo thang điểm GELA và sau đó nội soi mỗi 6 tháng đến ít nhất 2 năm, tiếp theo là mỗi 18 tháng hay khi có chỉ định lâm sàng. Sự giám sát này có thể dừng lại khi không có triệu chứng bất thường (đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học) qua 2 lần nội soi sinh thiết liên tiếp. Kết thúc điều trị, PET-CT được sử dụng để xác định sự thuyên giảm hoàn toàn, và dựa trên các khuyến nghị mới, không có chỉ định để chụp CT hay PET-CT trừ khi bệnh nhân có triệu chứng mới [16].

### **2.8. Tiên lượng**

MALT lymphoma dạ dày được coi là một loại ung thư có tiên lượng tốt, có xu hướng duy trì tại chỗ trong một thời gian dài hơn là di căn xa. Theo thang điểm tiên lượng MALT-IPI, ở giai đoạn sớm yếu tố nguy cơ thấp tỷ lệ 5 năm sống bệnh không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ lần lượt là 76% và 99%. Đột biến gen cũng là một yếu tố đáng quan tâm trong tiên lượng MALT lymphoma dạ dày. Đột biến (11,18) là yếu tố tiên lượng không đáp ứng với liệu pháp điều trị diệt HP ở mọi giai đoạn MALT lymphoma dạ dày.

### **2.9. Kết luận**

MALT lymphoma dạ dày là một thể bệnh hiếm gặp, liên quan đến nhiễm HP. Bệnh đáp ứng hoàn toàn với liệu pháp kháng sinh diệt trừ HP ở giai đoạn đầu. Phần lớn các trường hợp mắc MALT lymphoma dạ dày được chữa khỏi bằng liệu pháp

diệt trừ HP, nhưng có những trường hợp cần phải kết hợp với hóa và xạ trị. Điều cần thiết là phải theo dõi nội soi thích hợp và theo dõi hồi quy mô học, ngăn chặn sự biến đổi mô học và tiến xa lan rộng. Xạ trị là phương pháp được sử dụng trong MALT lymphoma dạ dày khi tổn thương còn khu trú.

## **III. BỆNH ÁN BÁO CÁO**

### **3.1. Hành chính**

Bệnh nhân: PHAN XUÂN D. Sinh năm 1948.  
Nghề nghiệp: Quân nhân

Nơi ở: Phú Thuận - Thành phố Huế

Ngày vào viện: 03/04/2014. Lý do vào viện: Đau thượng vị

### **3.2. Tiền sử và bệnh sử**

Bệnh nhân đau thượng vị 6 tháng, tự điều trị nội khoa theo hướng viêm dạ dày nhưng không đỡ, khám phát hiện bệnh nên vào xạ trị.

### **3.3. Lâm sàng**

Thể trạng tốt, KPS=100%, không có hạch thượng đòn hai bên, không có hạch bẹn, hạch nách hai bên.

### **3.4. Cận lâm sàng**

a) Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng:

+ Thực quản, tâm vị, hang môn vị, hành tá tràng: Niêm mạc bình thường.

+ Thân vị, phình vị: Có tổn thương nhỏ ở bờ cong lớn cách ranh giới hang - thân vị 2cm, nghi tới Malt lymphoma dạ dày hoặc viêm.

+ Bờ cong nhỏ: Tổn thương lớn hơn nằm ở góc bờ cong nhỏ lên tới cách 2 cm so với lỗ tâm vị, mất màu, bờ ít đều và bất thường bề mặt, bờ trên nghi tới MALT hoặc Lymphoma ác tính. Sinh thiết 1 mẫu từ vị trí nghi âm tính, 5 mẫu từ khối u

Clotest: âm tính

Kết luận: Viêm xước niêm mạc hang vị. U dạ dày TD Malt lymphoma

b) Mô bệnh học: MALT lymphoma dạ dày.

c) HMMD: CD3: âm tính, CD20: dương tính, CD79a: Dương tính.

Kết luận: U lympho ác tính mô lympho niêm mạc dạ dày không - Hodgkin tế bào B (MALT lymphoma)

## Bệnh viện Trung ương Huế

d) CTScan bụng ghi nhận: Dày khu trú thành dạ dày ở bờ cong nhỏ và mặt sau vùng hang vị, kích thước 40x50mm, bề dày 10-15mm, ngấm thuốc đồng nhất sau tiêm, không thấy thâm nhiễm xung quanh. KL: dày dạng mảng thành dạ dày vùng hang vị.

c) Siêm âm nội soi: Tổn thương ở bờ cong nhỏ, sườn sau, sát góc, xâm lấn qua lớp thứ 5 (thanh mạc), bờ ngoài dạ dày không đều, hiện chưa có hạch vùng.

Tổn thương phù hợp MALT Lymphoma, xâm lấn qua lớp thanh mạc, hiện chưa có hạch vùng.

### 3.5. Điều trị và kết quả

Chúng tôi tiến hành xạ trị liều 30 Gy chia thành 15 phân liều

Kết hợp với điều trị nội khoa hai tuần.

Kết thúc điều trị, bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng

Quá trình theo dõi tái khám bệnh nhân từ 2014 đến 2019, bệnh kiểm soát tốt, không xuất hiện triệu chứng và tổn thương di căn xa. Kiểm soát tại chỗ lâu dài tốt đã được quan sát thấy ở bệnh nhân bị MALT lymphoma dạ dày tại chỗ sau khi xạ trị.

## IV. BÀN LUẬN

Theo phân độ Ann Arbor cho MALT lymphoma dạ dày, bệnh nhân xếp vào giai đoạn I, tổn thương còn khu trú, chưa có thâm nhiễm hạch bạch huyết lân cận, hay các cơ quan xa. Xét nghiệm phát hiện HPLà clotest thực hiện trong nội soi âm tính. Mặc dù kết quả âm tính nhưng không thể chắc chắn không nhiễm HPdo sử dụng PPI, kháng sinh hoặc các hợp chất có chứa bismuth mà bệnh nhân đã điều trị trước đó. Điều trị MALT lymphoma dạ dày ở giai đoạn sớm có thể lựa chọn: Thực hiện liệu pháp diệt trừ HPVà chiến lược theo dõi và chờ đợi đánh giá đáp ứng. Ở bệnh nhân của chúng tôi, sau khi đánh giá các yếu tố: Tuổi, giai đoạn bệnh, triệu chứng lâm sàng, hiệu quả đáp ứng điều trị. Liều xạ trị 30Gy chia làm 15 phân liều trong 3 tuần, chúng tôi lựa chọn do hiệu quả cao và độc tính có thể chấp nhận được. Tác dụng phụ bao gồm chán ăn, khó tiêu, buồn nôn. Tuy nhiên, cần theo dõi suốt đời để phát hiện các trường hợp tái phát muộn, đặc biệt là di căn xa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asano N, Iijima K, Koike T, Imatani A, Shimosegawa T. Helicobacter pylori-negative gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphomas: A review. *World J Gastroenterol*. 2015.
2. Khalil MO, Morton LM, Devesa SS, et al. 2001 – 2009 With a Focus on Primary Anatomic Site. 2015.
3. Li P, Cheung L, Chiu B. Early Bronchus-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma Diagnosed with Immunoglobulin Heavy Chain Molecular Testing. *Can Respir J*. 2016.
4. Joshi M, Sheikh H, Abbi K, et al. Marginal zone lymphoma: Old, new, targeted, and epigenetic therapies. *Ther Adv Hematol*. 2012.
5. Isaacson PG, Du M-Q. MALT lymphoma: from morphology to molecules. *Nat Rev Cancer*. 2004;4(8):644-653. doi:10.1038/nrc1409
6. Stolte M, Bayerdorffer E, Morgner A, et al. Helicobacter and gastric MALT lymphoma. *Gut*. 2008.
7. Ye H, Liu H, Raderer M, et al. gastric MALT lymphoma Brief report High incidence of t (11 ;18) (q21;q21) in Helicobacter pylori – negative gastric MALT lymphoma. 2013.
9. Raderer M, Streubel B, Wöhrer S, Häfner M, Chott A. Successful antibiotic treatment of Helicobacter pylori negative gastric mucosa associated lymphoid tissue lymphomas. *Gut*. 2006;55(5):616. doi:10.1136/GUT.2005.083022
10. Nakamura S, Ye H, Bacon CM, et al. Clinical impact of genetic aberrations in gastric MALT lymphoma: a comprehensive analysis using interphase fluorescence in situ hybridisation. *Gut*. 2007;56(10):1358-1363. doi:10.1136/gut.2007.123729

11. Koch P, del Valle F, Berdel WE, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: I. Anatomic and histologic distribution, clinical features, and survival data of 371 patients registered in the German Multicenter Study GIT NHL 01/92. *J Clin Oncol*. 2001;19(18):3861-3873. doi:10.1200/JCO.2001.19.18.3861
12. O'Rourke J, Dixon M, Jack A, Enno A, Lee A. Gastric B-cell mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma in an animal model of 'Helicobacter heilmannii' infection. *J Pathol*. 2004;203(4):896-903. doi:10.1002/path.1593
13. Ruskone-Fourmesttraux A, Lavergne A, Aegerter PH, et al. Predictive factors for regression of gastric MALT lymphoma after anti-Helicobacter pylori treatment. *Gut*. 2001;48(3):297-303. doi:10.1136/gut.48.3.297
14. T. W, C. T, A. M, et al. Long-term follow-up of gastric MALT lymphoma after Helicobacter pylori eradication. *J Clin Oncol*. November 2005.
15. Miftahussurur M, Yamaoka Y. Appropriate First-Line Regimens to Combat Helicobacter pylori Antibiotic Resistance: An Asian Perspective. *Molecules*. 2015;20(4):6068-6092. doi:10.3390/molecules20046068.
16. Wu J, Zhu H, Li K, Wang X-G, Gui Y, Lu G-M. 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography findings of gastric lymphoma: Comparisons with gastric cancer. *Oncol Lett*. 2014;8(4):1757-1764. doi:10.3892/ol.2014.2412.