

medicine. 6, 64 - 69.

6. **Trịnh Văn Thảo (2010)**. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. Luận án tiến sĩ. Học viện Quân Y.
7. **Kockerling F., et al (2015)**. Bilateral and Unilateral Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TEP)

have Equivalent Early Outcomes: Analysis of 9395 Cases. World J Surg. 39(8), 1887-94.

8. **Asuri Krishna, et al (2019)**. Totally Extraperitoneal Repair in Inguinal Hernia: More Than a Decade's Experience at a Tertiary Care Hospital. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 29, 247 - 251.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM NỘI SOI U MÔ ĐỆM MẠC DẠ DÀY RUỘT

Nguyễn Công Long¹, Chử Quang Huy², Vũ Trường Khanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình ảnh nội soi và siêu âm nội soi u mô đệm dạ dày ruột (GIST). **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân có u dưới niêm mạc dạ dày được đánh giá đặc điểm hình ảnh bằng siêu âm nội soi (EUS). Tất cả u được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là GIST qua sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi hoặc phẫu thuật. **Kết quả:** 28 bệnh nhân có 28 u, với 10 nam và 18 nữ được đưa vào nghiên cứu. Kích thước trung bình của u là $3,94 \pm 0,73$ cm (từ 1,8 đến 6,2 cm). Vị trí u nằm ở lớp cơ là 75%, dưới niêm mạc 21,4% và lớp cơ niêm là 3,6% các trường hợp. Tính chất âm trên siêu âm nội soi, u giảm âm chiếm 14(50%) bệnh nhân, 13(46,4%) bệnh nhân là khối hỗn hợp âm, 1(3,6%) trường hợp tăng âm. **Kết luận:** Tỷ lệ u GIST gặp cao nhất nằm ở lớp cơ của ống tiêu hóa, với tính chất giảm âm và hỗn hợp âm.

Từ khoá: U mô đệm dạ dày ruột, dạ dày, siêu âm nội soi

SUMMARY

ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF GASTRIC GASTROINTESTINAL STROMA TUMOR

Objective: To identify imaging characteristics of endoscopic and endoscopic ultrasonography for the diagnosis of gastrointestinal stromal tumors (GIST) in gastric. **Subjects and methods:** Patients who had gastric stromal tumors diagnosed by Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) or surgery were enrolled. The EUS images, procedure records and tissue histopathology were reviewed. All patients were positive for C-kit, CD34. **Results:** Of the 28 patients enrolled, 10 were males, and 18 were females. The mean size of lesion was 3.94 ± 0.73 cm (ranged from 1.8 to 6.2 cm). In total, 75%, 21.4%, and 3.6 % tumors originated from muscularis mucosa, submucosa, and muscularis propria, respectively. 50%

and 46.4% of these lesions were characterized by hypochoic, heterogeneous respectively.

Conclusion: The preliminary results show that most of the GISTs originated from muscularis mucosa with characterized by hypochoic.

Key words: GIST, gastric, endoscopic ultrasonography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các u dưới niêm mạc dạ dày (Gastric Submucosal Tumor – GSMT) hay còn gọi là các u dạ dày không biểu mô vì các u có nguồn gốc từ tổ chức liên kết và thường được chẩn đoán dựa vào nội soi dạ dày. Các GSMT hay gặp nhất trong nội soi đường tiêu hóa trên là các u mô đệm dạ dày – ruột (Gastrointestinal Stromal Tumors - GISTs). Các khối u GIST dạ dày chiếm khoảng 40- 60% của tất cả các u GIST đường tiêu hóa [1, 2]. Những khối u này có thể được chẩn đoán là u cơ trơn hay u thần kinh (Schwannoma) [2] vì có sự tương đồng về mô học. Ngoài ra u dưới niêm mạc còn được phân thành nhiều nhóm như u cơ trơn, u tế bào Schwann, u lympho nguyên phát không Hodgkin dạ dày, u xơ thần kinh, u xơ, u mỡ, các u mạch. Việc chẩn đoán u dưới niêm mạc dạ dày thường được phát hiện tình cờ khi nội soi đường tiêu hóa trên vì các triệu chứng lâm sàng thường không điển hình, u phát triển âm thầm ở dưới niêm mạc, bề mặt niêm mạc bình thường hoặc có tổn thương, nhưng thường không có hình ảnh đặc trưng mà chỉ quan sát thấy hình ảnh khối đẩy lồi vào lòng dạ dày. Việc sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học chính xác u cũng khó khăn do u nằm dưới niêm mạc dẫn đến thường được phát hiện và chẩn đoán muộn sau nhiều năm. Sự phát triển của kỹ thuật siêu âm nội soi đường tiêu hóa trên (Endoscopic Ultrasonography - EUS) [3] giúp ích rất nhiều cho việc chẩn đoán xác định lớp và có thể tiến hành chọc hút dưới kim nhỏ chính xác vị trí khối u [4]. Tuy nhiên tại Việt Nam ít có công trình nào đánh giá về nghiên cứu đặc

¹Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

²Bệnh viện phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbmb@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.7.2021

Ngày duyệt bài: 14.7.2021

điểm hình ảnh nội soi và EUS của u mô đệm dạ dày. Nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm hình ảnh nội soi và siêu âm nội soi của u mô đệm dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu 28 bệnh nhân được làm nội soi thấy có tổn thương u dưới niêm mạc, sau đó bệnh nhân được làm siêu âm nội soi mô tả vị trí lớp khối u, kích thước khối u, tính chất âm và được chẩn đoán xác định lại bằng mô bệnh học sau khi đã được phẫu thuật hoặc chọc hút là GIST tại bệnh viện Bạch mai từ năm 2015 đến năm 2017.

Phương pháp: Bệnh nhân có hình ảnh tổn thương u dưới niêm mạc của dạ dày qua siêu âm nội soi tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch mai. Bệnh nhân được khám lâm sàng và được chỉ định phẫu thuật hoặc chọc hút để làm xét nghiệm mô bệnh học và có nhuộm hóa mô C-kit, CD34. Để đánh giá mức độ tương ứng trên hình ảnh siêu âm nội soi và nội soi thường ở các bệnh nhân u mô đệm dạ dày. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân được làm siêu âm nội soi tại bệnh viện Bạch Mai và thấy tổ chức u dưới niêm mạc sau đó bệnh nhân được theo dõi cho đến khi bệnh nhân được phẫu thuật và có kết quả giải phẫu mô bệnh học được làm tại trung tâm giải phẫu bệnh Bệnh viện Bạch Mai kết luận là GIST.

Xử lý số liệu: Sau khi thu thập đầy đủ các số liệu, quá trình xử lý được làm trên máy tính với phần mềm xử lý số liệu SPSS 20, giá trị P < 0,05 được xác định là mức khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 28 bệnh nhân với 28 u dưới niêm mạc dạ dày được chẩn đoán bằng siêu âm nội soi và được chẩn đoán xác định lại bằng mô bệnh học là GIST (trong đó 24 bệnh nhân được phẫu thuật và 4 bệnh nhân chẩn đoán bằng chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm nội soi). Trên hình ảnh nội soi vị trí vị trí phình vị 5(17,9%), thân vị 18 (64,3%) và hang vị 5 (17,9%) bệnh nhân. Tổn thương quan sát trên nội soi bề mặt niêm mạc u trên 28 bệnh nhân cho thấy hầu hết trường hợp thấy niêm mạc bình thường 21(75%) bệnh nhân, 5(17,9%) bệnh nhân thấy hình ảnh loét trên bề mặt, 2(7,1%) bệnh nhân thấy hình ảnh loét chảy máu ổ loét.

Bảng 1. Kích thước và vị trí U GIST qua siêu âm nội soi

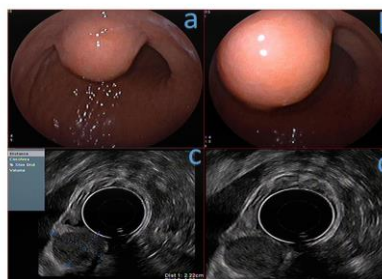
Kích thước khối U		Vị trí khối u	
	n(%)		n(%)
≤ 2cm	3(10,7%)	Lớp cơ	21(75%)
2-3 cm	8(28,6%)	Lớp dưới niêm mạc	6(21,4%)
3-5 cm	11(39,3%)	Lớp cơ niêm	1(3,6%)
≥ 5 cm	6(21,4%)		
Kích thước trung bình	3,94 ± 0,73 (1,8 -6,2)		

Tính chất âm khối U	Tính chất ranh giới khối U		
n(%)	n(%)		
Giảm âm	14(50%)	Ranh giới rõ	21(75%)
Tăng âm	1(3,6%)	Ranh giới không rõ	6(21,4%)
Hỗn hợp âm	13 (46,4%)	Hình ảnh canxi trong khối U	
		Có hình ảnh canxi	9(32,1%)
		Không có hình ảnh canxi	19(67,9%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước u GIST qua siêu âm nội soi từ 3-5cm chiếm tỉ lệ cao nhất 39,3%, tiếp đó là khối u kích thước 2-3cm chiếm 8(28,6%) trường hợp và phát hiện 6 (21,4%) trường hợp có kích thước trên 5cm (Bảng 1). Vị trí các khối GIST tập trung chủ yếu ở lớp cơ dạ dày (75%) và lớp dưới niêm mạc (21,4%), chỉ có 1(3,57%) trường hợp thấy khối u ở lớp cơ niêm.

Bảng 2. Tính chất khối U GIST qua siêu âm nội soi

Đa số các trường hợp GIST có bờ rõ nét chiếm 21(75%) trường hợp. Đặc điểm hình ảnh trên siêu âm nội soi của khối GIST thấy tỉ lệ khối giảm âm chiếm một nửa với 14(50%) trường hợp. 9(32,1%) trường hợp có hình ảnh nốt canxi hóa trong khối u (Bảng 2).



Hình 1. Hình ảnh minh họa a) Hình ảnh nội soi u dưới niêm mạc dạ dày nhìn xa. b) Hình ảnh bề mặt niêm mạc khối u bình thường; c) đo kích thước khối u trên siêu âm nội soi; d) khối u xuất phát từ lớp cơ thành dạ dày.

IV. BÀN LUẬN

U mô đệm dạ dày ruột (GIST) là loại u trung mô thường gặp nhất ở dạ dày và có nguy cơ ác tính [5, 6]. Nguồn gốc GIST xuất phát từ các tế bào kể Cajal và để chẩn đoán xác định qua nhuộm hóa mô CD34, CD 117, và protein c-kit. Nguy cơ ác tính của GIST rất khác nhau nó phụ thuộc vào hai yếu tố là kích thước khối u và tốc độ phân bào.

Hình ảnh trên nội soi của u GIST điển hình là các tổn thương dạng u dưới niêm mạc có hình lõm ở giữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở 28 bệnh nhân, trên hình ảnh nội soi dạ dày thì đều là khối u dạng dưới niêm mạc, với 75% trường hợp có niêm mạc bề mặt bình thường, 17,9% bệnh nhân có loét bề mặt u, 7,1% trường hợp có loét đang chảy máu. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ gặp loét bề mặt niêm mạc ở u GIST dạ dày tới 48% [7]. Vị trí khối u tỷ lệ gặp tại hang vị có 5(17,9%) bệnh nhân, 5(17,9%) bệnh nhân có khối u ở phình vị và 18(64,3%) bệnh nhân có u tại thân vị. Hình ảnh siêu âm nội soi điển hình là khối giảm âm, thường xuất phát từ lớp 2 (lớp cơ niêm) hoặc lớp 4 (lớp cơ của thành dạ dày). Như ảnh minh họa (Hình 1) một bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thì khối u xuất phát từ lớp cơ của thành dạ dày, khối u có tính chất giảm âm và tương đối đồng nhất đây là hình ảnh điển hình của u GIST dạ dày trên siêu âm nội soi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tới 75% khối u xuất phát từ lớp cơ của thành dạ dày và chỉ có 6 trường hợp chiếm 21,4% xuất phát từ lớp dưới niêm mạc dạ dày. EUS có thể cho phép ta đo được kích thước khối u. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước khối u từ 3-5 cm chiếm tỉ lệ cao nhất 11(39,3%), tiếp đó là khối u kích thước 2-3cm chiếm 8(28,6%) trường hợp và phát hiện 6(21,4%) trường hợp có kích thước trên 5 cm. Kích thước trung bình khối u là $3,94 \pm 0,73$ cm. Đặc điểm bờ khối u, cấu trúc trong khối u như nang trong khối u, hình ảnh khối trong khối, hoặc hình ảnh hạch bao quanh khối có hay không, các đặc điểm đó đều mang tính chất có thể gợi ý tính chất ác tính của u [8, 9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tính chất khối u GIST thường có ranh giới rõ chiếm 75% các trường hợp, và 50% các trường hợp có tính chất giảm âm. Mặc dù có thể đưa ra nhiều thông số dựa trên EUS nhưng với các khối u kích thước nhỏ cần phải chẩn đoán phân biệt với các loại u khác, nhiều khi chúng ta phải theo dõi theo thời gian về kích thước khối u. Tuy nhiên ở nghiên

cứu chúng tôi tiến hành sinh thiết khối u dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi để có chẩn đoán mô bệnh học, khi bệnh nhân có kích thước khối u lớn bệnh nhân được khuyến cáo phẫu thuật và bệnh nhân được khẳng định sau mổ là u GIST dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi siêu âm nội soi giúp làm tăng tỉ lệ chẩn đoán u mô đệm dạ dày so với nội soi thường, giúp đánh giá tiền lượng mức độ nguy cơ của các khối u qua việc biết vị trí lớp, tính chất âm của khối u, đánh giá chính xác hơn kích thước, cũng như đánh giá mức độ xâm lấn và các hạch xung quanh để có chỉ định phẫu thuật phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miettinen M, Sobin LH, Lasota J:** Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. *The American journal of surgical pathology* 2005, **29**(1):52-68.
2. **Hwang JH, Rulyak SD, Kimmey MB:** American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastric subepithelial masses. *Gastroenterology* 2006, **130**(7):2217-2228.
3. **Sepe PS, Brugge WR:** A guide for the diagnosis and management of gastrointestinal stromal cell tumors. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology* 2009, **6**(6):363-371.
4. **Akahoshi K, Sumida Y, Matsui N, Oya M, Akinaga R, Kubokawa M, Motomura Y, Honda K, Watanabe M, Nagaie T:** Preoperative diagnosis of gastrointestinal stromal tumor by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration. *World J Gastroenterol* 2007, **13**(14):2077-2082.
5. **Di Vita M, Zanghi A, Cavallaro A, Cardì F, Uhlig M, Ursi P, Lo Menzo E, Panebianco V, Cappellani A:** Gastric GIST and prognostic models. Which is the best to predict survival after surgery? *Annali italiani di chirurgia* 2019, **90**:31-40.
6. **Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Lasota J:** Gastrointestinal stromal tumors: recent advances in understanding of their biology. *Human pathology* 1999, **30**(10):1213-1220.
7. **Martinez-Ares D, Souto-Ruzo J, Yáñez López J, Vázquez Iglesias JL:** Usefulness of endoscopic ultrasonography in the preoperative diagnosis of submucosal digestive tumours. *Revista española de enfermedades digestivas : organo oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva* 2005, **97**(6):416-426.
8. **Palazzo L, Landi B, Cellier C, Cuillerier E, Roseau G, Barbier JP:** Endosonographic features predictive of benign and malignant gastrointestinal stromal cell tumours. *Gut* 2000, **46**(1):88-92.
9. **Shah P, Gao F, Edmundowicz SA, Azar RR, Early DS:** Predicting malignant potential of gastrointestinal stromal tumors using endoscopic ultrasound. *Digestive diseases and sciences* 2009, **54**(6):1265-1269.