

## CÁC LOẠI KHỐI U DẠ DÀY HIẾM GẶP, BÁO CÁO NHÂN 10 TRƯỜNG HỢP

Lê Quốc Phong, Lê Lộc, Lê Mạnh Hà<sup>1</sup>,  
Dương Mạnh Hùng, Đặng Ngọc Hùng, Hoàng Trọng Nhật Phương

---

### TÓM TẮT

Từ tháng 1.2008 - 12.2008 chúng tôi đã điều trị 10 trường hợp u dạ dày gồm 3 u cơ trơn lành tính (leiomyoma), 5 u cơ trơn ác tính (leiomyosarcoma) và 2 u xơ ác tính (fibrosarcoma.), tuổi nhỏ nhất là 35 lớn nhất là 82, trung bình 60,9. Chẩn đoán nhờ vào siêu âm, nội soi dạ dày và chụp cắt lớp vi tính. Vị trí của các khối u gồm 8 nằm ở đáy vị và 2 nằm ở thân vị. Phương pháp phẫu thuật được thực hiện gồm: bóc u cơ dạ dày đối với u cơ lành tính, cắt toàn bộ dạ dày hoặc cắt cục trên dạ dày đối với các khối u ác tính.

### SUMMARY

#### RARE GASTRIC TUMORS, PROPOSITION OF 10 CASES

Le Quoc Phong, Le Loc, Le Manh Ha<sup>1</sup>,

Duong Manh Hung, Dang Ngoc Hung, Hoang Trong Nhat Phuong

*Background: Gastric cancer is a common malign disease, mainly adenocarcinoma 96%, the first position in digestive cancer and the second in other cancers. Gastric fibrosarcoma and leiomyosarcoma are rarer 1-3%. Diagnosis of gastric leiomyoma and leiomyosarcoma are based on clinic and para-clinic signes. Commending the results by operative methods*

*Materials and method: Material: 10 patients gastric leiomyoma and leiomyosarcoma, from January to December 2008 operated at the digestive surgical department of Hue central hospital. Method: Retrospective study in 10 patients who had been examined by gastroscopy, computed tomography, abdominal ultrasonography and operation.*

*Result: There were 4 males and 6 females. The mean age at the time of diagnosis was 60,9 years. Eighty percent (8/10) of the tumors were located in the fundus, 20% (2/10) in the body. Treatment is by curative surgical resection, there were 4 distal gastrectomies, 3 total gastrectomies and 3 tumorectomies. Histologic results who there were 3 leiomyomas, 5 leiomyosarcomas and 2 fibrosarcomas.*

*Conclusion: Leiomyoma, leiomyosarcoma and fibrosarcoma are the rare tumors of stomach with complication of haemorrhage. The gastroscopy, computed tomography, abdominal ultrasonography are helpful in establishing diagnosis. Treatment is by blood transfusion, and curative surgical resection.*

---

1. Trường ĐH Y Dược Huế

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư dạ dày là một bệnh thường gặp, chiếm vị trí hàng đầu trong các ung thư đường tiêu hoá và hàng thứ nhì trong tất cả các loại ung thư, chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến Adenocarcinoma chiếm từ 96%[1,2,3]. Các khối u cơ dạ dày hiếm gặp leiomyoma và leiomyosarcoma, xuất phát từ lớp cơ trơn dạ dày đội vào lòng dạ dày xâm lấn ra thanh mạc, tổ chức xung quanh như: lách, tụy, đại tràng, cơ hoành trái, phúc mạc thành sau chiếm tỉ lệ 1-3% ung thư dạ dày[9,10], biến chứng xuất huyết tiêu hoá, nôn ra máu và đại tiện phân đen, dễ nhầm lẫn với loét dạ dày tá tràng nên bỏ sót, hơn nữa khối u phần lớn nằm ở phình vị nên khi nội soi phát hiện khó khăn, khi nghi ngờ cần nội soi nhiều lần, kết hợp chụp cắt lớp dạ dày để chẩn đoán xác định và điều trị[4,5,6,7]. Đề tài nhằm phân tích nhân 10 trường hợp được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật:

1. Các đặc điểm lâm sàng và giá trị của chẩn đoán hình ảnh

2. Chỉ định phương pháp phẫu thuật

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

10 trường hợp được chẩn đoán u dạ dày không phải adenocarcinoma tại khoa ngoại tiêu hoá-gan mật BVTW Huế từ 1.2008 đến 12.2008

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi dạ dày, siêu âm bụng, chụp cắt lớp, chỉ định, phẫu thuật, theo dõi sau mổ

**\* Kỹ thuật**

- Bóc khối u cơ dạ dày
- Cắt cực trên dạ dày, nối dạ dày -thực

quản bụng bằng EEA hoặc khâu tay và tạo hình môn vị

- Cắt toàn bộ dạ dày, nối hồng tràng-thực quản bụng có tạo túi thay thế dạ dày

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

*Bảng 3.1. Phân bố theo giới*

Giới	N	(%)
Nam	4	40
Nữ	6	60

*Bảng 3.2. Phân bố theo tuổi*

Tuổi	N	(%)
30-50	4	40
51-70	1	10
71-90	5	50

*Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng*

Lâm sàng	N	(%)
Đau vùng thượng vị	9	90
Chán ăn	4	40
Đầy bụng, khó tiêu	5	50
Gầy sút	7	70
Khối gồ thượng vị	7	70
Nôn ra máu	8	80
Đại tiện phân đen	8	80

*Bảng 3.4. Số lượng hồng cầu khi vào*

Số lượng hồng cầu (triệu/ml)	N	(%)
2.0 -2,5	6	60
2,5-3.0	3	30
3.0-3,5	1	10

*Bảng 3.5. Số đơn vị máu chuyển*

Số đơn vị (250ml)	2	4	6	8	10
N	1	2	4	2	1
(%)	10	20	40	20	10

*Bảng 3.6. Kích thước khối u và giai đoạn (TNM)*

Giai đoạn	Kích thước khối u (cm)			
	0-3	3-6	6-9	≥10
I	0	0	0	0
II	1	1	0	0
III	0	4	1	0
IV	0	1	1	1

Bảng 3.7. Vị trí khối u

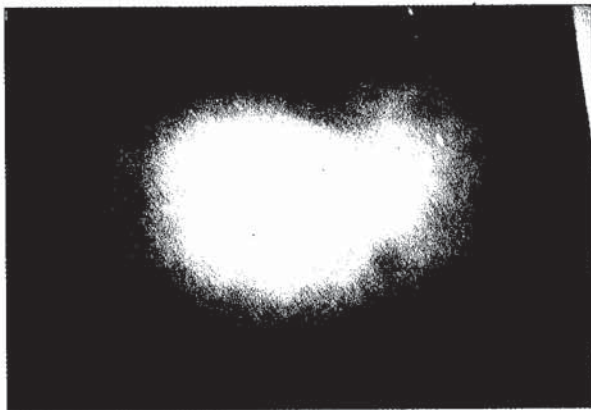
Vị trí khối u	N	(%)
Đáy vị	8	80
Thân vị	2	20
Hang vị	0	0
Tâm vị	0	0

Bảng 3.8. Phương pháp phẫu thuật

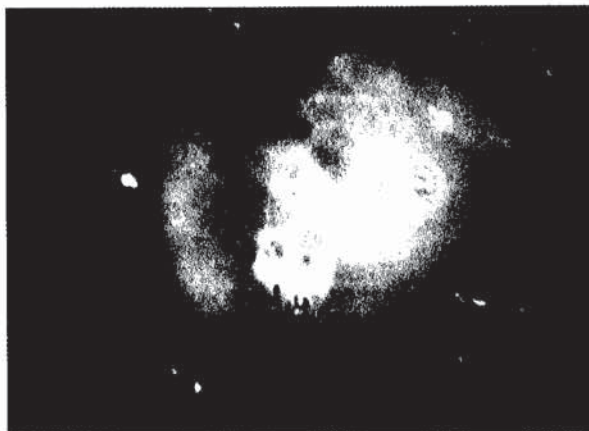
Phương pháp	N	(%)
Bóc u cơ dạ dày	3	30
Cắt cực trên dạ dày	4	40
Cắt toàn bộ dạ dày	3	30

Bảng 3.9. Kết quả giải phẫu bệnh

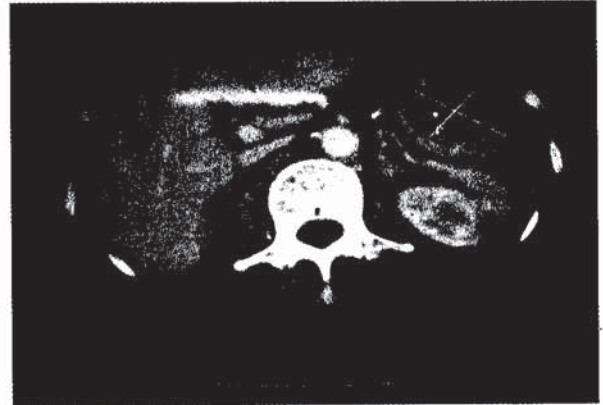
Giải phẫu bệnh	N	(%)
Leiomyoma	3	30
Leiomyosarcoma	5	50
Fibrosarcoma	2	20



Nội soi khối u đội vào lòng dạ dày



Loét bề mặt



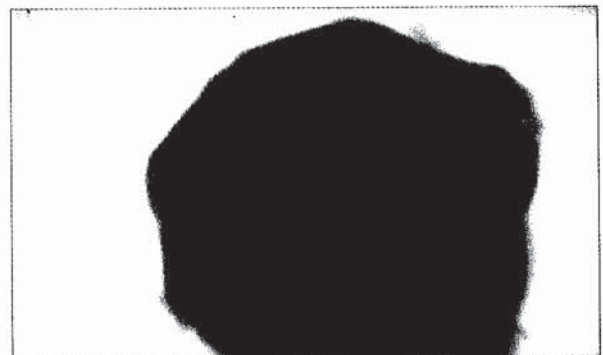
Hình ảnh leiomyoma



Hình ảnh leiomyosarcoma



Hình ảnh đại thể thể loét bề mặt



Khối u leiomyosarcoma

#### IV. BÀN LUẬN

Các khối u cơ trơn dạ dày leiomyoma và leiomyosarcoma hiếm gặp chiếm tỉ lệ từ 1-3% ung thư dạ dày. Nhờ sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, nội soi sinh thiết dạ dày, siêu âm nội soi, chụp cắt lớp vi tính, giúp chúng ta chẩn đoán và có kế hoạch điều trị phù hợp, sinh thiết tức thời trong mổ để quyết định phẫu thuật. Chúng tôi đã vận dụng để chẩn đoán và điều trị.

##### 4.1. Tuổi và giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi n=10 có 4 nam và 6 nữ, tuổi từ 35-82 trung bình 60,9. Theo Nauert et al n=28 có 18 nam và 10 nữ, tuổi từ 18-78 tuổi trung bình là 60. Theo Jin Suk Hu et al n=33 có 23 nam và 10 nữ, tuổi trung bình là 57[8,10]. Qua đó chúng tôi thấy rằng tuổi trung bình của tác giả nước ngoài tương đương với chúng tôi, tuổi mắc bệnh cũng tương đối cao, về giới của chúng tôi nữ nhiều hơn nam.

##### 4.2. Lâm sàng

Những bệnh nhân nhập viện với dấu hiệu xuất huyết tiêu hoá, hồng cầu thấp, nôn ra máu đi cầu phân đen, phải chuyển máu ít nhất là 2 đơn vị, nhiều nhất là 10 đơn vị, cũng có trường hợp khối u vỡ vào trong ổ phúc mạc gây chảy máu trong ổ bụng[9]. Vì vậy, phải được theo dõi chặt chẽ tại phòng cấp cứu, để xử trí kịp thời. Ngoài ra, đau vùng thượng vị, khó tiêu, chán ăn, gầy sút, mệt mỏi, masse thượng vị thường gặp khi thăm khám. Đây là những dấu hiệu gợi ý, chúng tôi tiến hành nội soi dạ dày, phát hiện khối u cơ đội vào lòng dạ dày nằm ở phình vị 80% và thân vị 20%, ở bề mặt có loét nông hoặc sâu, nếu có thể chúng tôi kết hợp sinh thiết khi làm nội soi để đánh giá bản chất của khối u. Siêu âm cho thấy dày thành dạ dày, xác định vị trí, đo kích

thước khối u. Chỉ định chụp cắt lớp vi tính để đánh giá kích thước của khối u, mức độ xâm lấn của khối u ra phúc mạc thành sau, cơ hoành trái, lách, tụy, đại tràng ngang, mạc treo đại tràng ngang, di căn gan cho biết tỉ trọng của khối u đa số tổ chức đặc. Một số tác giả để chẩn đoán trước mổ bản chất của khối u, bằng cách chọc kim qua da lấy mẫu để làm giải phẫu bệnh lý nhưng chúng tôi không thực hiện [6,7,8,10,11].

##### 4.3. Chẩn đoán

Kết hợp lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh chúng tôi đã tìm thấy vị trí 8 u cơ ở đáy vị, 2 u cơ ở thân vị chưa tìm thấy khối u ở tâm vị và hang vị chắc có lẽ số lượng bệnh nhân ít, kích thước 0-3cm 10%, 3-6cm 60%, 6-9cm 20%, trên 10cm 10%, giai đoạn II 20%, III 50%, IV 30%. Theo Nauert et al nghiên cứu n=28 bn thì có 46,4%(13/28) ở đáy vị, 50%(14/28) ở thân vị, 3,6%(1/28) ở hang vị, 2 khối u ở đáy vị xâm lấn về phía tâm vị, không phát hiện khối ở tâm vị khối u có kích thước trên 10-19 cm chiếm 71,4%(20/28), 0-2cm chiếm 10,7%(3/28), 3-9cm chiếm 17,9%(5/28)[10]. Jin Suk Huetal nghiên cứu 33 trường hợp thì có 40%(13/33) thân vị, 30%(10/33) đáy vị, 21%(7/33) tâm vị, 9%(1/33) hang vị[8]. Frank I.Lee gặp 5 trường hợp u cơ trơn dạ dày thì có 2/5 bờ cong lớn 3/5 đáy vị[7]. Như vậy, các khối u cơ dạ dày đều tìm thấy ở các phần của dạ dày nhưng chủ yếu là đáy vị và thân vị chiếm tỉ lệ cao. Chúng tôi cũng muốn thực hiện sinh thiết trong lúc làm nội soi dạ dày để xác định bản chất của khối u nhưng tổ chức quanh ổ loét trên nền u dễ chảy máu khó cầm nên chúng tôi không thực hiện. Chúng tôi chỉ thực hiện sinh thiết tức thì tại phòng mổ xác định khối u lành tính hay ác tính để chọn lựa phương pháp phẫu thuật phù hợp.

### 4.4. Điều trị

Đa số bệnh nhân nhập viện với dấu hiệu xuất huyết tiêu hoá cần điều trị nội khoa tích cực, chuyển máu tươi đồng nhóm bệnh ổn định tiến hành mổ chương trình sau khi đã làm các xét nghiệm đánh giá chức năng gan thận, tim mạch, chức năng hô hấp, không có trường hợp nào mổ cấp cứu. Các khối u ác tính leiomyosarcoma và fibrosarcoma có kích thước trên 6cm chúng tôi cắt toàn bộ dạ dày vét các nhóm hạch kèm theo, tái lập lưu thông tiêu hoá nối thực quản đoạn bụng với hồng tràng có tạo hình túi thay thế dạ dày bằng hồng tràng. Nếu kích thước nhỏ hơn 6cm nằm ở đáy vị chúng tôi cắt cực trên dạ dày vét các nhóm hạch kèm theo, tái lập lưu thông tiêu hoá nối thực quản đoạn bụng với phần dạ dày còn lại và tạo hình môn vị [12,13,15]. Những khối u cơ lành tính leiomyoma chúng tôi cắt bỏ u cầm máu đóng lại thành dạ dày với những khối u mặt trước dạ dày xác định chắc chắn lành tính chúng ta có thể bóc u qua nội soi ổ bụng. Những khối u cơ ác tính xâm lấn vào lách, đuôi tụy, đại tràng thì nên cắt lách, cắt đuôi tụy, cắt đại tràng kèm theo gọi là cắt “enbloc”[6]. Theo dõi hậu phẫu ổn định, không có trường hợp nào biến chứng xảy ra.

Nauert et al thời gian sống trung bình sau mổ là 22 tháng, thời gian sống thêm 5 năm chiếm tỉ lệ 30%-40%. Jin Suk Hu et al thời gian sống thêm 5 năm là 79% và 5 năm không bệnh là 52%, với những khối u có kích thước nhỏ hơn 10cm thời gian sống thêm 5 năm là 100% và khối u có kích thước lớn hơn 10cm thời gian sống thêm 5 năm là 55%[8,10]. 10 trường hợp của chúng tôi bệnh nhân được tái khám định kỳ 3 tháng một lần hiện tại còn sống chưa có bệnh nhân tử vong.

## V. KẾT LUẬN

1. Các khối u cơ trơn dạ dày leiomyoma và leiomyosarcoma gây biến chứng xuất huyết tiêu hoá, cần nội soi dạ dày kết hợp sinh thiết, chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán xác định, đo kích thước khối u, đánh giá mức độ xâm lấn và phát hiện di căn gan đôi với các loại u ác tính.

2. Cần chuyển máu tươi và điều trị nội khoa tích cực, khối u cơ ác tính có kích thước trên 6cm cắt toàn bộ dạ dày, nhỏ hơn 6cm cắt từng phần dạ dày, u cơ lành tính nên bóc khối u.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Mạnh Hà (2004), *Kết quả bước đầu điều trị ung thư dạ dày*, Y học Việt Nam số đặc biệt, 85-90.
2. Hà Văn Quyết (2008), *Nghiên cứu ung thư dạ dày sớm chẩn đoán, tổn thương GPBL và kết quả điều trị phẫu, ngoại khoa số 6*, 19-28.
3. Đỗ Văn Tráng, Trịnh Hồng Sơn (2009), *Kết quả bước đầu nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị*, Y học thực hành số 1, 11-14
4. Lâm Thị Vinh (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nội soi ung thư dạ dày tại bệnh viện Trung ương Huế*, Y học Việt Nam số đặc biệt, 102-105
5. Ayobanji Ayoola Epharaim (2003), *Multicentric Leiomyosarcoma of the stomach- Case report*, Volume 9, Issue 2, 79-81
6. Biswas Met Al (2006), *Leiomyosarcoma of stomach: A case report*, Kathmandu university Medical Journal, vol 4, N0.4, Issue 16, 510-512
7. Frank I. Lee (1979), *Gastric leiomyoma and leiomyosarcoma-five cases*, Postgraduate Medical Journal 55, 575-578

8. Jin Suk Hu et Al (1996), *Prognostic Factor in Gastric Leiomyosarcoma*, *Journal of Korean Cancer association* 28, 6, December, 1055-1060
9. Oshiro Takafumi et Al (1999), *A case of gastric leiomyosarcoma with intraabdominal heamorrhage*, *Japanese journal of gastroenterological surgery*, vol 32.No 7, 1995-1999
10. Nauert et Al (1982), *Gastric leiomyosarcomas*, *AJR* 139, 281-297
11. Uncu .H et Al (2003), *Epithelioid Leiomyosarcoma of the Gastrocolic Ligament*, *Acta chir belg*, 103, .105-107
12. Caillot JL, Baulieux J (1999), *Gastretomies pour cancer gastrique*, EMC 40-330, 1-3
13. Mutter, Marescaux (2001), *Gastretomies pour cancer principe g én éraux, anatomie vasculaire, anatomie lyphatique, curages*, EMC 40-330-A, 1-8
14. Prost P, Ychou M, Azria, Topart D (2002), *Marqueurs tumoraux et cancer du tractus gastro-intestinal*, EMC 9-014-C-10, 1-9
15. Sledzianowski, Fourtanier G, Suc B (2002), *Traitement chirurgical des ulcères gastroduodénaux non compliqué*, EMC 9-022-A-15, 1-8