

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH GIẢI PHẪU BỆNH HỌC UNG THƯ DẠ DÀY SAU PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN TW HUẾ (2002 - 2008)

Nguyễn Văn Bằng¹, Đoàn Phước Thi¹, Phạm Nguyên Cường¹

TÓM TẮT

Trên thế giới, ung thư dạ dày là một trong những ung thư phổ biến. Qua 398 trường hợp ung thư dạ dày chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ nam/nữ là 1.44/ 1. Tuổi thường gặp nhất là 50-59 (24.87%), sau đó là các lứa tuổi 60-69 (23.62 %), và 70-79 (23.12%), ít gặp ở lứa tuổi dưới 30 (1.76 %)

Về đặc điểm tổn thương: Vị trí hay gặp nhất là ở hang vị 42.96%, sau đó là bờ cong nhỏ 25.88%. Kích thước ổ loét thường gặp dưới 3 cm (36.43 %) và 3-6 cm (52.01 %). Đại thể chủ yếu là thể loét (54.77%). Vi thể hầu hết các trường hợp là ung thư biểu mô (96.73%), biểu mô tuyến chiếm (93,46 %), tổ chức liên kết (2,47 %). Ung thư biểu mô có độ biệt hóa cao (42.77%), biệt hóa vừa (25.72%), biệt hóa kém (31.51%), không biệt hóa (2.51%).

SUMMARY

REMARKS ON STOMACH CANCER AFTER GASTRECTOMY AT HUE CENTRAL HOSPITAL (2002 - 2008)

Nguyen Van Bang¹, Doan Phuoc Thi¹, Pham Nguyen Cuong¹

Stomach cancer is one of the most common cancers in the world. The research was made on 398 stomach cancer cases (2002 - 2008): Result: Male: 59.05%, Female: 40.95%. The most common age is from 50 - 59 (24.87%), and the next ages are from 60-69 (23.62%), and from 70-79 (23.12%). The least common age is under 30 (1.76%).

The most common area is fundus (42.96%), the next is Lesser curvature (25.88%). The common ulcer size is under 3cm (36.43%) and 3-6cm (52.01%). The Gross is the ulcer (54.77%). The Microscopic in most of the cases is epithelial cancer (96.73%). Adenocarcinoma: 93.46%, Sarcoma: 2.51%. Differentiation: Well differentiated: 42.77%, Moderately differentiated: 25.72%. Poorly differentiated: 31.51%, Undifferentiated: 2.51%

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới: Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những ung thư (UT) phổ biến, đứng hàng thứ tư trong số các loại UT hay gặp nhất. Hai phần ba các UT dạ dày xảy ra ở các nước đang phát triển [10]. Ở Việt Nam theo Phạm Hoàng Anh, UT dạ dày đứng hàng thứ hai ở

nam giới sau K phổi và đứng hàng thứ ba ở nữ giới sau UT vú và cổ tử cung[8].

Tại Bệnh viện TW Huế mỗi năm có trên một trăm trường hợp UTDD được điều trị phẫu thuật và cũng là loại UT chiếm hàng đầu ung thư đường tiêu hoá.

Vấn đề phân loại giải phẫu bệnh đang

1. BVTW Huế

Bệnh viện Trung ương Huế

ngày càng được nhiều người quan tâm nhất là nhà lâm sàng và điều trị vì chẩn đoán xác định và phân loại độ biệt hóa và mô học đúng là quyết định cho việc điều trị và tiên lượng bệnh. Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Tìm hiểu những đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của UTDD ở Bệnh viện Trung ương Huế.*

2. *Phân loại độ mô học, độ biệt hóa của UTDD.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 398 trường hợp ung thư dạ dày, được điều trị và xét nghiệm GPB tại Bệnh viện TW Huế từ 6/2002 đến 12/2008 và có đủ các tiêu chuẩn:

- Chẩn đoán vi thể là UTDD.

- Được cắt đoạn dạ dày hoặc cắt toàn bộ dạ dày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu.

Toàn bộ bệnh phẩm đều được quan sát, cắt lọc, phân tích, đo kích thước, nhận xét, đánh giá và phân loại tổn thương đại thể, làm tiêu bản vi thể, phương pháp nhuộm HE, đánh giá, phân loại tổn thương vi thể và giai đoạn mô học bệnh.

Xử lý số liệu bằng chương trình Epi-information 6.

Tiêu chuẩn phân loại:

* Phân loại hình ảnh đại thể: (Borrmann. 1926) (TL)

* Phân loại hình ảnh vi thể: WHO 1977)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về giới

Giới	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Nam	235	59.05
Nữ	163	40.95
Tổng số	398	100

Bảng 1 cho thấy UTDD gặp ở nam nhiều hơn nữ, (tỷ lệ nam: nữ là 1.44)

Bảng 2. Đặc điểm về tuổi

Tuổi	Số trường hợp	Tỷ lệ %
<30	7	1.76
30-39	21	5.28
40-49	73	18.34
50-59	99	24.87
60-69	94	23.62
70-79	92	23.12
>=80	12	3.02
Tổng số	398	100.00

Bảng 2 cho thấy K dạ dày gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 50-59 (24.87%), sau đó là các lứa tuổi 60-69 (23.62%), và 70-79 (23.12%), dưới 30 tuổi (1.76%).

Bảng 3. Phân bố tổn thương theo vị trí

Vị trí ổ loét	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tâm vị	14	3.52
Thân vị	41	10.30

Bờ cong lớn	5	1.26
Bờ cong nhỏ	103	25.88
Hang vị	171	42.96
Môn vị	64	16.08
Tổng số	398	100.00

Kết quả ở bảng 3 cho thấy vị trí phổ biến nhất của UTDD là hang vị (42.96%), tính chung cho cả hang vị và môn vị là 59.04%.

Bảng 4. Kích thước khối u

Kích thước ổ loét	Số trường hợp	Tỷ lệ %
< 3cm	145	36.43
3 ≤ 6cm	207	52.01
>= 6cm	46	11.56
Tổng số	398	100.00

Bảng 4 cho thấy kích thước ổ loét phần lớn dưới 3 cm (36.43%), từ 3 - 6 cm tỷ lệ (52.01%), trong đó kích thước ổ loét trên 6 cm chỉ chiếm (11.56%).

Bảng 5. Hình ảnh đại thể

Ung thư thể sùi	125	31.41
Ung thư thể loét không xâm nhập	128	32.16
Ung thư thể loét xâm nhập	90	22.61
Ung thư thể xâm nhập	55	13.82
Tổng số	398	100.00

Bảng 5 cho thấy hình ảnh đại thể chúng tôi gặp chủ yếu là UTDD thể loét (54.77%), tiếp đến là UTDD thể sùi (31.41%), thể xâm nhập chiếm (13.82%).

Bảng 6. Hình ảnh vi thể

Phân loại mô học	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô tuyến ống	311	78.14
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	29	7.29
Ung thư biểu mô tế bào nhẵn	26	6.53
Ung thư biểu mô tuyến nhú	5	1.26
Ung thư biểu mô vảy	3	0.75
Ung thư biểu mô tuyến-vảy	2	0.50
Ung thư biểu mô không biệt hóa	10	2.51
U cơ trơn ác tính	6	1.51
U lympho ác tính	2	0.50
U mô đệm	3	0.75
U mạch ác tính	1	0.25
Tổng số	398	100.00

Kết quả nghiên cứu ở bảng 6 cho thấy UT biểu mô nói chung là (96.73 %); UT tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (78.14%), thứ hai là UT biểu mô tuyến nhầy (7.29%), thấp nhất là UT tuyến- vảy và UT tế bào vảy (0,50 %).

Bảng 7. Phân loại theo độ biệt hóa

Độ biệt hóa	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Ung thư tuyến biệt hóa tốt	133	42.77
Ung thư tuyến biệt hóa vừa	80	25.72
Ung thư tuyến biệt hóa kém	98	31.51
Tổng số	311	100

Bảng 7 cho thấy UT biểu mô tuyến ống biệt hóa cao chiếm tỷ lệ cao nhất (42.77%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Giới

Trong số 398 trường hợp UTDD thì nam chiếm 235 ca chiếm 59.05%, nữ 163 trường hợp chiếm 40.95%, tỷ lệ nam - nữ là 1.44/1. Chúng tôi thấy tần suất UTDD ở nam cao hơn so với nữ.

Kết quả này cũng tương đương như thống kê của Trịnh Hồng Sơn (3) bệnh viện Việt Đức là 1.7/1, Ngô Quang Dương (2) là 1.8/1, Nguyễn Phúc Cường (4) là 1.47/1, Robbin là 2/1. Điều này được nhiều tác giả lý giải do nam giới có thói quen ăn nhiều chất kích thích, uống nhiều bia rượu, hút thuốc lá (8). Một số tác giả cho rằng chính thói quen ăn uống: ăn nhiều thực phẩm ướp muối, dưa muối,... là một trong những nguyên nhân làm cho K dạ dày có tần suất cao ở các nước Trung Quốc, Nhật Bản và Việt Nam, ... (7), (8), (10).

4.2. Tuổi

Chúng tôi thấy lứa tuổi thường gặp nhất là 50-59 (24.87%), sau đó là các lứa tuổi 60-69 (23.62%), và 70-79 (23.12%), dưới 30 tuổi (1.76%). Tuổi thấp nhất chúng tôi gặp là 29, cao nhất là 88 tuổi. Theo Nguyễn Lam Hồ ở Bệnh viện Việt Tiệp tuổi trung bình là 58. Kết quả này cũng tương tự như của một số tác giả trong và ngoài nước đưa số liệu cũng như trong y văn (2), (3), (4), (8).

4.3. Vị trí u

Khối u hay gặp nhất của UTDD là hang vị (42.96%), (hang - môn vị 59.04%), sau đó là bờ cong nhỏ 25.88% và thân vị 10.30%.

Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trịnh Quốc Hoàn, Nguyễn Phúc Cường (4) (Hang- môn vị chiếm 68.02%), của Đỗ Đức Vân (1) (Hang- môn vị chiếm 62%). Phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Đình Roanh, Đặng Thế Căn và CS là hang vị chiếm 47.93%, bờ cong nhỏ là 26.99%; theo SICHUNMING, MASAYUKI ITABASH qua 6439 ca UTDD (1962-1991) đã được phẫu thuật thì hang vị chiếm 44.6%; Riêng ở tâm vị chiếm 4.41% (TL). Kết quả nghiên cứu của Trịnh Quốc Hoàn, Nguyễn Phúc Cường (9.73%) (TL) và kết quả nghiên cứu của Lê Đình Roanh, Đặng Thế Căn (2.23%) (TL).

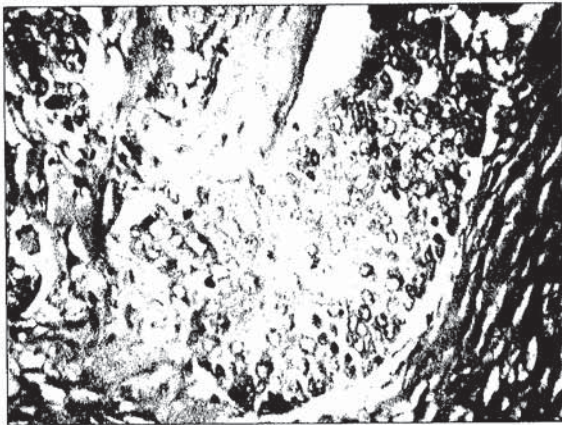
4.4. Kích thước u

Chúng tôi thấy UTDD có kích thước dưới 3 cm chiếm tỷ lệ 36.43%, tiếp theo là 3 - 6 cm chiếm 52.01 %. (U có kích thước trên 3cm chiếm 63.57%).

Kết quả này thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Đỗ Đức Vân (1) là u có kích thước trên 3 cm là 95.4% (TL) và của Trịnh Quốc Hoàn, Nguyễn Phúc Cường (4) tại Bệnh viện Việt Đức u có kích thước trên 3 cm chiếm 85.87%. Điều này cũng có một lý do là tại Bệnh viện TW Huế phần lớn các trường hợp UTDD giai đoạn muộn và khi phẫu thuật thấy xâm lấn rộng thường cắt sinh thiết mà không phẫu thuật cắt bỏ dạ dày.

4.5. Hình ảnh đại thể

Hình ảnh đại thể chúng tôi gặp chủ yếu là UTDD thể loét (54.77%), tiếp đến là UTDD thể sùi (31.41%), thể xâm nhập chiếm 13.82%.



Hình vi thể UT biểu mô tuyến kém biệt hóa



Hình ảnh đại thể thể loét sùi

Kết quả này so với kết quả nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (3) UTDD thể sùi chiếm 21.34%; nhưng so với kết quả nghiên cứu của Trịnh Quốc Hoàn, Nguyễn Phúc Cường (4) UTDD thể sùi chiếm 52.26%, thể loét 33.16%, thể thâm nhập 10.58%.

4.6. Vi thể

Hầu hết các trường hợp là UT biểu mô 96.73%, trong đó UT biểu mô tuyến chiếm 93.46 %.

Theo (J.P.KIM và C.D SHERMAN, JP trên 90%). Kết quả này tương đương với số liệu của Đỗ Đức Vân (1) là 95%, của Trịnh Quốc Hoàn, Nguyễn Phúc Cường (4) 96.52%, của Lê Đình Roanh, Đặng Thế Căn và CS (6) 96.68%, Nguyễn Lam Hồ (97,1%). Phần lớn chúng tôi gặp UTDD là UT biểu mô tuyến ống (78.14%) sau đó là UT biểu mô tuyến nhầy (7.29%), và UT biểu mô không biệt

hoá (2.51 %). Riêng có hai trường hợp UT tế bào sáng, hai trường hợp U lympho ác tính (0.50%) và một trường hợp U mạch ác tính (0.25%).

4.7. Độ biệt hóa

UT có độ biệt hóa cao (42.77%), biệt hóa vừa (25.72%), biệt hóa kém (31.51%), không biệt hóa (2.51%).

Phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Đình Roanh, Đặng Thế Căn và CS: 40.24% UT biểu mô tuyến ống có độ biệt hóa cao, 30.48% UT biểu mô tuyến ống có độ biệt hóa kém. (6)

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nam/nữ là 1.44/1. Tuổi thường gặp nhất là 50-59 (24.87%), sau đó là các lứa tuổi 60-69 (23.62 %), và 70-79 (23.12 %), ít gặp ở lứa tuổi dưới 30 (1.76 %), tuổi thấp nhất là 29, tuổi cao nhất là 88.

2. Vị trí hay gặp nhất là ở hang vị 42.96%, (hang - môn vị 59.04%), sau đó là bờ cong nhỏ 25.88% và thân vị 10.30%. Kích thước ổ loét thường gặp dưới 3 cm là (36.43%) và 3-6 cm (52.01 %), trên 3cm (63.57%).

3. Hình ảnh đại thể chủ yếu là thể loét (54.77%), tiếp đến là thể sùi (31.41%), thể xâm nhập chiếm 13.82%. Hình ảnh vi thể hầu hết các trường hợp là UT biểu mô (96.73%) , biểu mô tuyến chiếm (93,46 %), tổ chức liên kết (3.52 %). UT biểu mô có độ biệt hóa cao (42.77%), biệt hóa vừa (25.72%), biệt hóa kém (31.51%), không biệt hóa (2.51%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đức Vân: "Điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Việt Đức, 1970-1992" Y học Việt Nam tập 7, tr 45-50, 1993.
2. Ngô Quang Dương: "Nghiên cứu phương pháp hình thái học chẩn đoán ung thư dạ dày" Luận án phó tiến sĩ y học Hà Nội, 1996.

3. Trịnh Hồng Sơn: "*Vai trò của nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày*". Luận án tiến sĩ y học, 2000.

4. Trịnh Quốc Hoàn, Nguyễn Phúc Cường: "*Nghiên cứu hình ảnh giải phẫu bệnh học của ung thư dạ dày*", 1991-2001.

5. Trần Văn Hợp: "*Bệnh ung thư dạ dày*". Giải phẫu bệnh học - Nhà xuất bản y học, 1998.

6. Lê Đình Roanh, Đặng Thế Căn và CS: "*Phân loại mô bệnh học ung thư dạ dày*" Tập san Hội thảo lần 2- trung tâm hợp tác nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới về ung thư dạ dày.

7. David A. Owen: "*Carcinoma of the*

stomach", Diagnostic Surgical Pathology Vol 2, 1999; p.1330-1340.

8. Phạm Thị Hoàng Anh: "*Cancer in HaNoi population*". Submitted as partial fulfilment of the requirements for degree of master of Epidermiology, 1992.

9. L.H Sobin and C.H Wittekind: "*TMN Classification of Malignant Tumours*" UICC Sixth Edition 2000.

10. Parkin M, *Global Cancer statistics in the year 2000*. The Lancet oncology Vol 2, September, 2001.

11. John H. Sinard, MD, PhD: *Out lines in pathology*. 1996; p.121-124.