

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đinh Văn Chiến¹, Hồ Văn Linh²

¹Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, Nghệ An, Việt Nam.

²Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm đánh giá tính an toàn, hiệu quả trong điều trị u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) bằng các phương pháp phẫu thuật và kết hợp điều trị liệu pháp đích.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán GIST và được chỉ định phẫu thuật và kết hợp điều trị liệu pháp đích khi có chỉ định tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình là 58,65 tuổi, Nữ (55%) nhiều hơn Nam (45%), 80% là ASA1. 85% vị trí u ở dạ dày, 15% ở ruột non. Kích thước trung bình $5,2 \pm 5,26\text{cm}$. Dấu ấn hoá mô miễn dịch: 90% DOG-1 (+), 100% CD-117 (+), 100% CD-34 (+), 10% Desmin (+), 10% S100 (+), 15% có độ phân chia u cao. 80% GIST ở giai đoạn I và độ phân chia thấp, 15% GIST ở giai đoạn IV, độ phân chia cao, kích thước lớn, ở cực trên dạ dày, ruột non di căn gan và phúc mạc. 80% được thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn và PTNS xuyên thành, 70% được cắt u hình chêm và bóc u. 15% phục hồi tiêu hóa theo Double-tract và Double-flap để chống trào ngược. 15% cắt đoạn ruột non và nối lại lưu thông tiêu hóa tận tận, trong đó có 10% phải cắt hết mạc nối lớn và bóc nốt phúc mạc do di căn. 100% diện cắt không còn tế bào u. Thời gian phẫu thuật trung bình là $97,75 \pm 45,7$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $6,6 \pm 1,4$ ngày. Không có tai biến, biến chứng và tử vong trong và sau mổ. 100% còn sống và được khám lại theo hẹn định kỳ sau mổ, thời gian theo dõi trung bình $11,57 \pm 8,34$ (1,6 - 30,0) tháng. 15% có chỉ định điều trị liệu pháp đích sau mổ với Imatinib, 5% tái phát do ngừng điều trị Imatinib.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị GIST là phương pháp an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, phục hồi sức khỏe sớm cho người bệnh, đảm bảo triệt căn cho GIST giai đoạn sớm, độ phân chia thấp. GIST kích thước lớn, di căn, độ phân chia cao thì phẫu thuật vừa góp phần làm giảm kích thước u, làm giảm các biến chứng từ u, và làm tăng cơ hội tiếp cận cũng như hiệu quả giảm liều của liệu pháp điều trị đích.

Từ khóa: GIST, phẫu thuật GIST, Imatinib.

ABSTRACT

RESULTS OF SURGERY AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Đinh Văn Chiến¹, Hồ Văn Linh²

Objective: The study aimed to evaluate the safety and efficacy of surgical treatment of gastrointestinal stromal tumor (GIST) and combined targeted therapy.

Methods: Prospective descriptive study, including 20 patients diagnosed with GIST and indicated for surgery and combined targeted therapy when indicated at Nghe An Friendship General Hospital from January 2023 to June 2025.

Ngày nhận bài: 06/7/2025. Ngày chỉnh sửa: 11/8/2025. Chấp thuận đăng: 18/8/2025

Tác giả liên hệ: Đinh Văn Chiến. Email: chienbvna@gmail.com. ĐT: 0963311668

Kết quả phẫu thuật và điều trị u mô đệm đường tiêu hóa...

Results: The average age was 58.65 years old, with more women (55%) than men (45%), 80% were ASA1. 85% of tumors were located in the stomach, 15% in the small intestine. The average size was 5.2cm. Immunohistochemical markers: 90% DOG-1 (+), 100% CD-117 (+), 100% CD-34 (+), 10% Desmin (+), 10% S100 (+), 15% had high mitotic index. 80% of GISTs are stage I and low mitotic index, 15% of GISTs are stage IV, high grade, large in size, in the upper pole of the stomach, small intestine, liver and peritoneal metastases. 80% were performed by totally laparoscopic and laparoscopic transgastric, 70% had wedge resection and enucleation. 15% had double-tract and double-flap anastomosis to prevent reflux. 15% had small bowel resection and complete gastrointestinal anastomosis, of which 10% had to have the greater omentum completely resected and peritoneal debridement due to metastasis. 100% of the resection area was free of tumor cells. The average surgical time was 97.75 minutes. The average hospital stay was 6.6 days. There were no complications, adverse events, or deaths during and after surgery. Mean follow-up time was 11.57 (1.6 - 30.0) months. 15% were indicated for postoperative targeted therapy with Imatinib, 5% relapsed due to discontinuation of Imatinib treatment.

Conclusion: Surgery to treat GIST is a safe and effective method, with low rates of complications and adverse events, early recovery of health for patients, ensuring radical treatment for early-stage, low-grade GIST. For large-sized, metastatic, high-grade GIST, surgery not only helps reduce tumor size, reduce complications from the tumor, but also increases the opportunity to access and reduce the dose of targeted therapy.

Keywords: GIST, GIST surgery, Imatinib.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa (GastroIntestinal Stromal Tumors - GIST) là nhóm u trung mô phổ biến của ống tiêu hoá, được định nghĩa là dạng u Sarcom mô mềm đường tiêu hóa bao gồm các tế bào hình thoi, biểu mô hoặc đôi khi là các tế bào trung mô đa hình và chủ yếu biểu hiện protein c-KIT (CD117, thụ thể yếu tố tế bào gốc) [1]. GIST được cho là có nguồn gốc từ tế bào kẽ của Cajal hoặc các tế bào gốc tương tự [2]. Mặc dù tỷ lệ bệnh nhân được ghi nhận là GIST chỉ chiếm 1 - 3% tổng số các khối u đường tiêu hoá tuy nhiên bệnh có ý nghĩa lâm sàng quan trọng do khả năng ác tính và nguy cơ tái phát cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. GIST có thể gặp ở bất kỳ đoạn nào của ống tiêu hoá, nhưng thường gặp ở dạ dày (60%), hỗng tràng và hồi tràng (30%), tá tràng (4 - 5%), trực tràng (4%), đại tràng và ruột thừa (1-2%) và thực quản (< 1%) và hiếm khi là khối u ngoài đường tiêu hóa [3,4]. Tỷ lệ mắc GIST hàng năm ước tính là 10 - 20/triệu người, với 20 - 30% các trường hợp có biểu hiện di căn khi được chẩn đoán lần đầu [5]. GIST thường xảy ra ở những người trên 50 tuổi với độ tuổi trung bình từ 55 đến 65. Một số cho thấy nam giới chiếm ưu thế mắc bệnh hơn nữ giới [3]. Biểu hiện lâm sàng của GIST rất đa dạng và thường không đặc hiệu, bao gồm đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, hoặc khối u ổ bụng được phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh.

Hiện nay điều trị GIST là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật cắt bỏ khối u là phương pháp điều trị cơ bản và quan trọng nhất, đặc biệt ở giai đoạn khu trú tại chỗ [6]. Mục tiêu là cắt bỏ toàn bộ khối u với diện cắt an toàn (R0), vấn đề nạo vét hạch thường quy là không cần thiết do GIST ít di căn hạch. Hoặc phẫu thuật làm giảm kích thước khối u cũng rất quan trọng trong chiến lược điều trị, nhất là khi GIST có biến chứng như chảy máu, thủng hoặc di căn. Sau phẫu thuật điều trị đích bằng liệu pháp toàn thân sử dụng thuốc (liệu pháp nhắm đích) đóng vai trò quan trọng trong chống di căn và tái phát, đặc biệt với sự ra đời của các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI) như Imatinib. Trường hợp GIST kích thước lớn, chưa có biến chứng, có thể điều trị tân bổ trợ bằng liệu pháp nhắm đích trước mổ để giảm kích thước u trước mổ, sau đó tiếp tục duy trì điều trị đích sau mổ. Với sự tiến bộ trong sinh học phân tử, đặc biệt là việc phát hiện đột biến gen KIT và PDGFRA (platelet-derived growth factor receptor alpha), đã giúp cải thiện đáng kể khả năng chẩn đoán và phân loại GIST, đồng thời mở ra hướng điều trị mới bằng liệu pháp nhắm trúng đích với thuốc ức chế tyrosine kinase như imatinib [2]. Tuy nhiên, tiên lượng và đáp ứng điều trị vẫn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí khối u, kích thước, chỉ số phân bào, và đặc điểm đột biến gen.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật và điều trị u mô đệm

Kết quả phẫu thuật và điều trị u mô đệm đường tiêu hóa...

đường tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 20 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u dưới niêm mạc đường tiêu hóa, có chỉ định phẫu thuật và có kết quả nhuộm hoá mô miễn dịch sau mổ là GIST tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả can thiệp lâm sàng tiền cứu không nhóm chứng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán u dưới niêm mạc đường tiêu hóa, có chỉ định phẫu thuật, sau mổ có kết quả nhuộm hoá mô miễn dịch là GIST.

Các biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, ASA, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn, số lần phẫu thuật.

- Kết quả phẫu thuật: vị trí u, kích thước u, tình trạng di căn, phương pháp phẫu thuật, thời gian mổ, lượng máu mất, tai biến trong mổ, kết quả diện cắt.

- Kết quả điều trị sau phẫu thuật: thời gian trung tiện, rút thông dạ dày, cho ăn sau mổ, biến

chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ, kết quả hóa mô miễn dịch.

- Kết quả theo dõi sau mổ: thời gian theo dõi trung bình sau mổ, tái phát sau mổ, thời gian tái phát sau mổ,

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng đạo đức và nghiên cứu khoa học bệnh viện thông qua, mọi thông tin chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và bí mật cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của BN là 58,65 tuổi, dao động từ 35 đến 84 tuổi. Chỉ số BMI trung bình là 20,59 kg/m². Nữ (55,0%) nhiều hơn Nam (45,0%). Sức khỏe BN trước gây mê phẫu thuật chủ yếu là ASA1, chiếm 80%. 85% tổn thương là ở dạ dày, 15% là ruột non và hình ảnh nội soi dạng u lồi chiếm 76,5%. Kích thước u ≤ 5cm chiếm 75% (T1, T2) và kích thước trung bình 5,2 ± 5,26cm. Dấu ấn hoá mô miễn dịch: 90% DOG-1 (+), 100% CD-117 (+), 100% CD-34 (+), 10% Desmin (+), 10% S100 (+), 80% SMA (-) và có 4 (20%) BN không làm SMA. Có 3 BN có độ phân chia cao, chiếm 15% (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi (năm)	58,65 ± 14,9 (Min 35; Max 84)			
BMI	20,59 ± 2,43 (Min 14,78; Max 25.81) kg/m ²			
Giới tính	Nam		9 (45%)	
	Nữ		11 (55%)	
ASA	ASA1		16 (80%)	
	ASA2		4 (20%)	
Hình ảnh nội soi	U dạng lồi		13 (76,5%)	
	U dạng lồi và loét		4 (24,5%)	
Vị trí u	Dạ dày	Mặt trước	17 (85%)	3 (18,6%)
		Mặt sau		1 (5,9%)
		Bờ cong nhỏ		3 (18,6%)
		Bờ cong lớn		3 (18,6%)
		Tâm vị		3 (18,6%)
		Phình vị		4 (23.5%)

Kết quả phẫu thuật và điều trị u mô đệm đường tiêu hóa...

Vị trí u	Ruột non	Hỗng tràng	3 (15%)	1 (5%)
		Hồi tràng		2 (10%)
Kích thước u	T1 ≤ 2cm		3 (15%)	
	2cm < T2 ≤ 5cm		12 (60%)	
	5cm < T3 ≤ 10cm		3 (15%)	
	T4 > 10cm		2 (10%)	
	Trung bình		5,2 ± 5,26 (1 - 25) cm	
Dấu ấn miễn dịch	DOG-1		Dương tính 18 (90%)	
			Âm tính 2 (10%)	
	CD-117		Dương tính 20 (100%)	
	CD-34		Dương tính 20 (100%)	
	Desmin		Dương tính 2 (10%)	
			Âm tính 18 (90%)	
	S100		Dương tính 2 (10%)	
			Âm tính 18 (90%)	
	SMA		Âm tính 16 (80%)	
			Không làm 4 (20%)	
Độ phân chia	Thấp (≤ 5 phân chia/50 vi trường)		17 (85%)	
	Cao (> 5 phân chia/50 vi trường)		3 (15%)	

Phần lớn BN ở giai đoạn I, chiếm 80%. 1 bệnh nhân giai đoạn IIIA, chiếm 5%. Có 3 BN giai đoạn IV, chiếm 15%, trong đó có 1 BN GIST lớn ở cực trên dạ dày di căn gan và 2 trường hợp GIST lớn ruột non di căn phúc mạc (Bảng 2).

Bảng 2: Phân giai đoạn bệnh theo AJCC 2017 [7]

Dạ dày			Ruột non	
Giai đoạn bệnh	IA	13 (65%)	I	1 (5%)
	IB	2 (10%)		
	II	0 (0%)	II	0 (0%)
	IIIB	1 (5%)	IIIA	0 (0%)
	IIIB	0 (0%)	IIIB	0 (0%)
	IV	1 (5%)	IV	2 (10%)

PTNS hoàn toàn và PTNS xuyên thành chiếm tỷ lệ cao nhất. Phần lớn BN được cắt u hình chêm và bóc u qua PTNS xuyên thành nên không phải làm miệng nối lưu thông tiêu hóa, chiếm (70%). Có 3 BN cắt cực trên dạ dày nên phải phục hồi tiêu hóa theo Double-tract và Double-flap để chống trào ngược. 3 BN cắt đoạn ruột non và nối lại lưu thông tiêu hóa tận tận, trong đó có 2 BN phải cắt hết mạc nối lớn và bóc nốt phúc mạc do di căn. Lượng máu mất trung bình là 37 ± 30,3ml. Thời gian phẫu thuật trung bình là 97,75 ± 45,7 (45 - 220) phút. 100% diện cắt không còn tế bào u. 45% BN không đặt sonde dạ dày sau mổ, 85% không đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ và không có trường hợp nào có tai biến và tử vong trong mổ (Bảng 3).

Kết quả phẫu thuật và điều trị u mô đệm đường tiêu hóa...

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	PTNS hoàn toàn	10 (50%)
	PTNS hỗ trợ	1 (5%)
	PTNS xuyên thành dạ dày	5 (25%)
	Mổ mở	4 (20%)
Phương pháp cắt u	Cắt u hình chêm	9 (45%)
	Bóc u tâm vị qua PTNS xuyên thành dạ dày	5 (25%)
	Cắt phân trên dạ dày	3 (15%)
	Cắt đoạn ruột non	1 (5%)
	Cắt đoạn ruột non, mạc nối lớn, bóc nốt phúc mạc	2 (10%)
Kỹ thuật phục hồi tiêu hóa	Không phải phục hồi lưu thông	14 (70%)
	Double-tract	2 (10%)
	Double-flap	1 (5%)
	Nối ruột tận tận	3 (15%)
Thông dạ dày sau mổ	Không	9 (45%)
	Có	11 (55%)
Dẫn lưu ổ bụng sau mổ	Không	17 (85%)
	Có	3 (15%)
Diện cắt âm tính	20 (100%)	
Lượng máu mất trong mổ	37 ± 30,3 (Min20; Max150) ml	
Thời gian phẫu thuật	97,75 ± 45,7 (Min 45; Max 220) phút	
Tai biến trong mổ	0 (0%)	

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật trung bình $49,7 \pm 3,65$ giờ, thời gian rút sonde dạ dày trung bình sau $21,91 \pm 1,13$ giờ, Thời gian ăn lại đường miệng sau mổ trung bình $2,35 \pm 0,49$ ngày và thời gian nằm viện trung bình là $6,6 \pm 1,4$ ngày. Không có BN nào có biến chứng và tử vong sau mổ (Bảng 4).

Bảng 4: Kết quả điều trị sau mổ

Thời gian trung tiện sau mổ	$49,7 \pm 3,65$ (Min 46; Max 60) giờ
Thời gian rút sonde dạ dày sau mổ	$21,91 \pm 1,13$ (Min 20; Max 24) giờ
Thời gian ăn lại đường miệng sau mổ	$2,35 \pm 0,49$ (Min 2; Max 3) ngày
Thời gian nằm viện sau mổ	$6,6 \pm 1,4$ (Min 4; Max 10) ngày
Biến chứng sau mổ	0 (0%)
Tử vong sau mổ	0 (0%)

Kết quả phẫu thuật và điều trị u mô đệm đường tiêu hóa...

100% BN còn sống đến thời gian kết thúc nghiên cứu và được khám lại theo hẹn định kỳ sau mổ để theo dõi. Thời gian theo dõi trung bình $11,57 \pm 8,34$ (1,6 - 30,0) tháng. Có 3 BN có chỉ định điều trị liệu pháp đích sau mổ với Imatinib. Có 1 trường hợp tái phát sau mổ do ngừng điều trị đích ở thời điểm 24 tháng, BN được phẫu thuật lại cắt đoạn ruột non, cắt toàn bộ mạc nối lớn và bóc nốt di căn phúc mạc, sau đó tiếp tục điều trị liệu pháp đích với Imatinib (Bảng 5).

Bảng 5: Kết quả theo dõi và điều trị sau mổ

Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	$11,57 \pm 8,34$ (1,6 - 30,0)
Điều trị liệu pháp đích sau mổ (Imatinib)	3 (15%)
Tái phát sau	1 (5%)
Phẫu thuật lại sau mổ và điều trị đích do tái phát	1 (100%)
Tử vong	0 (0%)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả về độ tuổi $58,65 \pm 14,9$ trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất 35 tuổi cao tuổi nhất là 84 tuổi. Điều này cho thấy độ tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu gặp chủ yếu ở nhóm đối tượng trung niên và cao tuổi. Theo nghiên cứu năm 2017 của tác giả Đỗ Hùng Kiên [7] với độ tuổi mắc bệnh trung bình $55,3 \pm 11$, ghi nhận tuổi cao nhất mắc bệnh là 84 và thấp nhất là 25 tuổi. Kết quả nghiên cứu có 9 nam đạt 45% so với 11 nữ chiếm 55%. Theo công bố năm 2017 tác giả Diệp Bảo Tuấn có tỷ lệ nam, nữ mắc bệnh lần lượt là 64% so với 36% [8]. Theo kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới cũng ghi nhận về tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ [9]. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có thể đến từ việc cỡ mẫu còn ít so với các tác giả khác. Ghi nhận về tình trạng sức khỏe trước phẫu thuật, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm ASA1 (80%), chỉ số BMI trung bình là 20,59, nằm trong khoảng bình thường. Cho thấy chiếm đa phần bệnh nhân có tình trạng sức khỏe tổng thể tốt. Cùng với việc phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn I (80%) và kích thước u ≤ 5 cm chiếm 75% (T1, T2) và kích thước trung bình $5,2 \pm 5,26$ cm, cho thấy cơ hội điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần có thể mang lại nhiều kết quả tốt đối với người bệnh. Kết quả đánh giá diện cắt trên và dưới u sau phẫu thuật của nhóm nghiên cứu đạt 100% không còn tế bào u trên giải phẫu bệnh. Việc chẩn đoán xác định GIST và phân biệt với các bệnh lý khác như leiomyoma, schwannoma ... dựa vào các dấu ấn trong nhuộm hóa mô miễn dịch là rất quan trọng để quyết định

phác đồ điều trị sau phẫu thuật và khi có tái phát. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi 100% BN được nhuộm hóa mô miễn dịch bệnh phẩm sau mổ, chúng tôi ghi nhận được 90% DOG-1 (+), 100% CD-117 (+), 100% CD-34 (+), 10% Desmin (+), kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu trên thế giới. Tác giả Chiao-En Wu (2019), tác giả Markku Miettinen (2003) đã cho thấy quan điểm trong chẩn đoán di truyền phân tử của GISTs với kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Các tác giả đã thống kê được tỉ lệ các dấu ấn miễn dịch DOG-1 (+) 92,3%, CD-117 (+) 95%, CD-34 (+) 70%, Desmin (+) 6% [11, 12].

Theo Joensuu và các cộng sự, các yếu tố tiên lượng quan trọng gồm: kích thước khối u, vị trí khối u, chỉ số phân bào và tình trạng vỡ khối u trong lúc phẫu thuật. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được 85% BN có độ phân chia thấp kết hợp với vị trí u thuận lợi cho phẫu thuật cắt/bóc trọn toàn bộ khối u, không gây phá vỡ vỏ u và 100% diện cắt không còn tế bào u nên chúng tôi theo dõi sau mổ, không điều trị liệu pháp đích. Có 3 BN kích thước u lớn hơn 5cm, tổn thương đã phá vỡ vỏ u và di căn vào các tạng, độ phân chia cao nên quyết định điều trị liệu pháp đích Imatinib với liều tiêu chuẩn 400mg/ngày và điều liệu trình 36 tháng đối với trường hợp chưa di căn, điều trị suốt đời với BN đã di căn. Một mô hình phân tầng nguy cơ đã được phát triển để tiên đoán nguy cơ tái phát sau phẫu thuật cho kết quả về tỷ lệ sống sót toàn bộ sau 5 năm ở bệnh nhân GIST giai đoạn sớm sau phẫu thuật dao động từ 80 - 90%, đặc biệt nếu đáp ứng đủ điều kiện R0 và nguy cơ tái phát thấp [10].

Kết quả phẫu thuật và điều trị u mô đệm đường tiêu hóa...

Với sự phát triển của khoa học công nghệ tiên tiến, ngày càng có nhiều phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn được ứng dụng trong điều trị, đảm bảo tính triệt căn cao, phục hồi sức khỏe sớm cho người bệnh và phòng ngừa được các biến chứng, di chứng sau phẫu thuật như GERD, dính ruột ... Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được PTNS chiếm 80%, trong đó 50% là PTNS hoàn toàn, 25% là PTNS xuyên thành dạ dày (laparoscopic transgastric) để bóc GIST vùng tâm vị trong lòng dạ dày, đây cũng là kỹ thuật đầu tiên được ứng dụng tại Việt Nam [15]. Các phương pháp phẫu thuật nhằm mục đích đảm bảo tính triệt căn như cắt hoặc bóc trọn khối u, tránh phá vỡ vỏ u và gieo rắc tế bào ung thư, đảm bảo diện cắt R0. Do đó, tùy vào vị trí u, kích thước khối u, trạng thái bị hiện có cũng như trình độ của phẫu thuật viên để lựa chọn các phương pháp phẫu thuật, xử lý u và phục hồi lưu thông tiêu hóa một cách tối ưu nhất cho người bệnh, xâm lấn tối thiểu, cắt/bóc trọn khối u, chống trào ngược ... nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 45% cắt u hình chêm, 25% là bóc u tâm vị qua PTNS xuyên thành, 15% cắt cực trên dạ dày, 10% cắt đoạn ruột non kèm cắt đoạn mạc nối lớn và bóc nhiều nốt di căn phúc mạc. Trong đó có 3 BN, chiếm 15% cắt cực trên dạ dày thì vấn đề đặt ra trong mổ là phải kết hợp các kỹ thuật chống trào ngược thực quản cho BN sau phẫu thuật. Nhóm nghiên cứu đã tiến hành phục hồi lại lưu thông thực quản dạ dày theo phương pháp Double-tract và Double-flap, cả 3 BN sau mổ diễn tiến ổn định và khám định kỳ theo dõi không có biểu hiện trào ngược, sức khỏe tốt, tăng cân, có 2 BN đang điều trị liệu pháp đích.

Có 2 BN GIST ruột non tái phát di căn phúc mạc, đây là những bệnh nhân được phẫu thuật lần đầu cắt u ruột non theo chương trình và cấp cứu, sau mổ xét nghiệm u có tế bào hình thoi nhưng không được chỉ định làm xét nghiệm hóa mô miễn dịch nên không có chỉ định điều trị đích. Trường hợp mổ cấp cứu tái phát sau 6 tháng với kích thước khối u lớn 25cm và được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột non kèm u và cắt toàn bộ mạc nối lớn, bóc nhiều nốt di căn phúc mạc. Trường hợp mổ chương trình tái phát sau 1 năm với kích thước khối u lớn hơn 15cm và được chỉ định cắt bỏ đoạn ruột non có u kèm cắt toàn bộ mạc nối lớn và bóc nhiều nốt phúc mạc do di căn. Sau mổ cả 2 BN diễn tiến ổn định và khám định kỳ

theo dõi sức khỏe tốt, tăng cân. Đến 2 năm thì có 1 BN bỏ điều trị liệu pháp đích và bị tái phát sau 6 tháng, tiếp tục được chỉ định mổ lại vì khối u kích thước lớn hơn 20cm, chèn ép, gây đau, ứ nước 2 thận. Sau đó BN tiếp tục được điều trị lại với liệu pháp đích Imatinib duy trì suốt đời. Vấn đề đặt ra là cần phải có chiến lược điều trị liệu pháp đích duy trì suốt đời sau mổ cho các BN có GIST kích thước lớn, di căn, độ phân chia cao và cung cấp lý thuyết đến tất cả các đội ngũ y tế trong chuyên ngành tiêu hóa từ trung ương đến địa phương để có cùng một hướng dẫn điều trị phù hợp với bệnh này. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận đến 70% trường hợp không phải làm kỹ thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa sau cắt/bóc GIST, nhờ ứng dụng được các kỹ thuật tiên tiến nên chẩn đoán được sớm và ứng dụng kỹ thuật mổ nội soi ít xâm lấn (PTNS hoàn toàn và PTNS xuyên thành dạ dày) và tiến hành cắt hình chêm bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler). Và cũng từ đó cải tiến được các kỹ thuật phẫu thuật làm giảm được các thao tác kỹ thuật như đặt sonde dạ dày, dẫn lưu ổ bụng sau mổ, nâng cao được chất lượng cuộc sống sau mổ và phục hồi sức khỏe sớm sau mổ. Kết quả nghiên cứu ghi nhận lượng máu mất trung bình là $37 \pm 30,3$ ml, thời gian phẫu thuật trung bình là $97,75 \pm 45,7$ (45 - 220) phút, 45% BN không đặt sonde dạ dày sau mổ, 85% không đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ và không có trường hợp nào có tai biến và tử vong trong mổ. Kết quả điều trị sau mổ ghi nhận thời gian trung tiện sau mổ trung bình $49,7 \pm 3,65$ giờ, thời gian rút sonde dạ dày trung bình sau $21,91 \pm 1,13$ giờ, thời gian ăn lại đường miệng sau mổ trung bình $2,35 \pm 0,49$ ngày và thời gian nằm viện trung bình là $6,6 \pm 1,4$ ngày. Không có BN nào có biến chứng và tử vong sau mổ. Các kết quả trên cho thấy tính an toàn, khả năng phục hồi sớm sau mổ, đặc biệt trong các trường hợp giai đoạn sớm. Ghi nhận Ke Chen và cộng sự đánh giá phẫu thuật nội soi cho nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở đối với những tổn thương GIST ở dạ dày cụ thể với quy mô nghiên cứu trên 1060 trường hợp nhóm tác giả đã cho kết quả như sau phẫu thuật nội soi ít mất máu hơn (chênh lệch trung bình là - 54,21 ml, 95% CI - 82,65 đến - 25,77, $P < 0,01$), thời gian đầy hơi sớm hơn (chênh lệch trung bình - 1,34 ngày, 95% CI - 1,62 đến - 1,06, $P < 0,01$) và thời gian uống bằng đường miệng (chênh lệch trung bình

Kết quả phẫu thuật và điều trị u mô đệm đường tiêu hóa...

-1,80 ngày, 95% CI - 2,18 đến - 1,42, $P < 0,01$), thời gian nằm viện ngắn hơn (chênh lệch trung bình - 3,68 ngày, 95% CI - 4,52 đến - 2,85, $P < 0,01$) và giảm các biến chứng về tổng thể nguy cơ tương đối (RR) 0,51, 95% CI 0,32 - 0,80, $P < 0,01$) [13].

Kết quả theo dõi xa sau mổ ghi nhận 100% BN còn sống đến thời gian kết thúc nghiên cứu và được khám lại theo hẹn định kỳ sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình $11,57 \pm 8,34$ (1,6 - 30,0) tháng. Có 3 BN có chỉ định điều trị liệu pháp đích sau mổ với Imatinib. Có 1 trường hợp tái phát sau mổ do ngừng điều trị đích ở thời điểm 24 tháng, BN được phẫu thuật lại cắt đoạn ruột non, cắt toàn bộ mạc nối lớn và bóc nốt di căn phúc mạc, sau đó tiếp tục điều trị liệu pháp đích với Imatinib. So với các nghiên cứu của tác giả Đỗ Hùng Kiên (2017) [7] và Chun-Nan Yeh (2011) [14] thì thời gian nghiên cứu của chúng tôi đang còn ngắn hơn nên giá trị của kết quả theo dõi xa chưa cao, đó cũng là hạn chế của nghiên cứu và chúng tôi tiếp tục nghiên cứu, theo dõi xa hơn để có kết quả dài hạn và cung cấp thêm thông tin về thời gian sống thêm sau mổ. Cùng với đó là việc số BN trong nghiên cứu của chúng tôi tiếp cận điều trị liệu pháp đích Imatinib chỉ có 3 BN chiếm 15% nên chưa đủ lớn về cỡ mẫu nghiên cứu và chúng tôi chỉ ghi nhận những kết quả bước đầu trong theo dõi điều trị liệu pháp đích.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị GIST là phương pháp an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, phục hồi sức khỏe sớm cho người bệnh. Đảm bảo triệt căn cho GIST giai đoạn sớm, vị trí thuận lợi, kích thước dưới 5cm, độ phân chia thấp. Với GIST có kích thước lớn, di căn, độ phân chia cao thì phẫu thuật vừa góp phần làm giảm kích thước u, làm giảm các biến chứng từ u, và làm tăng cơ hội tiếp cận cũng như hiệu quả giảm liều của liệu pháp điều trị đích.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Corless C L, Fletcher JA, Heinrich MC. Biology of gastrointestinal stromal tumors. J Clin Oncol. 2004 Sep 15;22(18):3813-25.

2. Heinrich PC, Behrmann I, Haan S, Hermanns HM, Müller-Newen G, Schaper F. Principles of interleukin (IL)-6-type cytokine signalling and its regulation. Biochemical Journal. 2003;374:1-20.
3. Beham AW, Schaefer IM, Schöler P, Cameron S, Ghadimi BM. Gastrointestinal stromal tumors. Int J Colorectal Dis. 2012;27(6):689-700. doi:10.1007/s00384-011-1353-y.
4. Kim KM, Kang DW, Moon WS, Park JB, Park CK, Sohn JH, et al. Gastrointestinal stromal tumors in Koreans: its incidence and the clinical, pathologic and immunohistochemical findings. J Korean Med Sci. 2005;20(6):977-84. doi:10.3346/jkms.2005.20.6.977.
5. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. Semin Diagn Pathol. 2006;23(2):70-83.
6. Bùi Diệu, Trần Văn Thuấn. Thực hành điều trị nội khoa bệnh ung thư - Điều trị u mô đệm đường tiêu hóa, Điều trị u mô đệm đường tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2013
7. Đỗ Hùng Kiên. Nghiên cứu kết quả điều trị u mô đệm đường tiêu hóa giai đoạn muộn bằng imatinib tại bệnh viện K 2017. Luận án tiến sĩ y học - Đại học Y Hà Nội 2017.
8. Diệp Bảo Tuấn. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị bướu mô đệm đường tiêu hóa. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2016; 2:7-14.
9. Corless CL. Gastrointestinal stromal tumors: what do we know now? Mod Pathol. 2014;27(Suppl 1):S1-16.
10. Joensuu H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor. Hum Pathol. 2008;39(10):1411-9.
11. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: definition, occurrence, pathology, differential diagnosis and molecular genetics. Pol J Pathol. 2003;54(1):3-24.
12. Wu CE, Tzen CY, Wang SY, Yeh CN. Clinical diagnosis of gastrointestinal stromal tumor: from the molecular genetic point of view. Cancers (Basel). 2019;11(5):679.
13. Chen K, Zhou YC, Mou YP, Xu XW, Jin WW, Ajoodheha H. Systematic review and meta-analysis of safety and efficacy of laparoscopic resection for gastrointestinal stromal tumors of the stomach. Surg Endosc. 2015;29(2):355-67.
14. Yeh CN, Chen YY, Tseng JH, Chen JS, Chen TW, Tsai CY, et al. Imatinib mesylate for patients with recurrent or metastatic gastrointestinal stromal tumors expressing KIT: a decade experience from Taiwan. Transl Oncol. 2011;4(5):328-35.
15. Đinh Văn Chiến. Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày cắt u mô đệm đường tiêu hóa vùng tâm vị. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế - Số 94/2024, 69-74.